

**ANÁLISIS DEL INDICADOR CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE  
LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BUCARAMANGA**

**CINDY CLARIDZA SALAZAR ANGARITA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2015**

**ANÁLISIS DEL INDICADOR CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE  
LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BUCARAMANGA**

**CINDY CLARIDZA SALAZAR ANGARITA**

**Trabajo de grado presentado como requisitos  
para optar al título de Especialista en  
Administración de Servicios de Salud**

**DIRECTORA:**

**RUBY HELENA ACELA DÍAZ**  
Especialista en cuidado intensivo  
Administradora en servicios de salud  
Diplomado en gerencia de quirófanos

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

La Autora expresa sus agradecimientos a:

Directivos, Docentes y Administrativos de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander (UIS), por permitirnos cursar en este claustro universitario nuestros estudios de Especialización.

Ruby Helena Acela Díaz, Directora del Proyecto, por sus orientaciones y contribución de conocimientos, que me permitieron llevar a cabo este trabajo. Mi admiración y respeto, agradezco su incondicional apoyo y entrega en nuestros encuentros

La Corporación IPS SALUDCOOP Bucaramanga, por su apoyo en todo el proceso pues sin en este no hubiera sido posible la elaboración de este trabajo.

Mis compañeros de trabajo que nunca dudaron en compartir sus experiencias en la institución.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma dieron su aporte para hacer este trabajo. Aquellas que se cruzan en el camino y que siempre te invitan una bella sonrisa, que hace que sigas y te entregues en excelencia en cada una de las cosas que realizas, Infinitas gracias.

*Por el milagro de la vida que nos regala esa fuerza divina y misericordiosa, a ti mi Dios,  
tú que siempre estas hay para apoyar nuestros sueños.*

*A mi mamá y a mi papá por su incondicional apoyo e inagotable amor.*

*A Isaac Díaz por pintar mi mundo de hermosos colores y por regalarme un poco de su  
tiempo para seguir mis sueños.*

*A mis compañeros por cada una de sus enseñanzas y hacer de mi proceso de aprendizaje  
uno inolvidable.*

**CINDY CLARIDZA**

## CONTENIDO

	pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>19</b>
<b>1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>19</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>22</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>22</b>
<b>4. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>23</b>
<b>4.1 MARCO INSTITUCIONAL</b>	<b>23</b>
<b>4.2 MARCO TEÓRICO</b>	<b>25</b>
4.2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCAS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 1011 de 2006)	25
4.2.2 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de Salud	26
4.2.3 Tipo de acciones	27
4.2.4 Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud	28
4.2.5 Indicadores de Gestión Hospitalaria	28
4.2.6 Indicadores del Área Quirúrgica	29
4.2.7 Clasificación de procedimientos quirúrgicos por complejidad	30
4.2.8 Clasificación de procedimientos quirúrgicos por prioridad	30
4.2.9 Clasificación de procedimientos quirúrgicos por tipo de actividad	30
4.2.10 Modalidades de hospitalización para la actividad quirúrgica	31
4.2.11 Cancelación de intervención quirúrgica	31
4.2.12 Índice de utilización de quirófanos programados	32
4.2.13 Tipos de intervención quirúrgica	33
4.2.14 Seguridad en los procedimientos quirúrgicos	35

<b>5. METODOLOGÍA</b>	<b>39</b>
<b>5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>39</b>
<b>5.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>40</b>
<b>5.3 ACTIVIDADES REALIZADAS</b>	<b>40</b>
<b>6. INDICADOR DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS CANCELADAS MENSUALMENTE A LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP</b>	<b>42</b>
<b>7. IMPACTO QUE TIENE A NIVEL DE COSTOS LA CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMA PARA LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BUCARAMANGA</b>	<b>45</b>
<b>7.1 CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE</b>	<b>46</b>
<b>7.2 CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS EN EL MES DE OCTUBRE</b>	<b>48</b>
<b>7.3 CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS EN EL MES DE NOVIEMBRE</b>	<b>50</b>
<b>8. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL ÍNDICE DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS CANCELADS EN LA IPS</b>	<b>53</b>
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>65</b>

## LISTA DE FIGURAS

		<b>pág.</b>
Figura 1.	Corporación IPS SALUDCOOP, Bucaramanga	23
Figura 2.	Herramientas implementadas en Corporación SALUDCOOP	24
Figura 3.	Barreras dentro del área quirúrgica	36
Figura 4.	Comparativo de cirugías canceladas y realizadas, mes de Septiembre	47
Figura 5.	Comparativo de cirugías canceladas y realizadas, mes de Octubre	49
Figura 6.	Comparativo de cirugías canceladas y realizadas, mes de Noviembre	51
Figura 7.	Casa de CPI5 and visual control: 5S y control visual	57

## LISTA DE CUADROS

	<b>pág.</b>
Cuadro 1. Cronograma	40
Cuadro 2. Actividades realizadas	41
Cuadro 3. Servicio de Cirugía en SALUDCOOP	42
Cuadro 4. Cirugías programadas	43
Cuadro 5. Cancelación de cirugías por causas de administración	43
Cuadro 6. Cancelación de cirugías por causas médicas	44
Cuadro 7. Cancelación de cirugías por causas del paciente	44
Cuadro 8. Costos por cancelación de cirugía programada	45
Cuadro 9. Estado de cirugías en el mes de Septiembre	47
Cuadro 10. Motivos de cancelación de cirugías en el mes de Septiembre	48
Cuadro 11. Estado de cirugías en el mes de Octubre	49
Cuadro 12. Motivos de cancelación de cirugías en el mes de Octubre	50
Cuadro 13. Estado de cirugías en el mes de Noviembre	50
Cuadro 14. Motivos de cancelación de cirugías en el mes de Noviembre	52

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Competencias de liderazgo	<b>pág.</b> 56
----------	---------------------------	-------------------

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
Anexo A. Formato de cancelación de cirugía Corporación IPS SALUDCOOP	65
Anexo B. Carta de autorización de manejo de datos otorgada por Corporación IPS SALUDCOOP	66

## GLOSARIO

**CALIDAD:** Conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención de la salud”.

**CIRUGÍA:** se le denomina a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico. Rama de la medicina que efectúa una intervención manual o con ayuda de instrumentos. Los avances en las técnicas de anestesia, reanimación, esterilización, en inmunología y en la innovación de los instrumentos han permitido un gran desarrollo de esta área. Se divide en gran número de especialidades: neurocirugía, bucal, dental, cirugía torácica, digestiva, ortopédica, plástica y reparadora, maxilofacial, etc.

**COSTOS:**es el valor monetario de los consumos de factores que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien, servicio o actividad. Todo proceso de producción de un bien supone el consumo o desgaste de una serie de factores productivos, el concepto de coste está íntimamente ligado al sacrificio incurrido para producir ese bien. Todo coste conlleva un componente de subjetividad que toda valoración supone.

**MODELO LEAN:** La metodología Lean adaptada a la salud se ha descrito como un enfoque racional y científico para resolver los problemas y aprende, un marco de referencia familiar y alineado con un personal asistencial entrenado científicamente.

**PRODUCTIVIDAD:**es la relación entre la cantidad de productos obtenida por un sistema productivo y los recursos utilizados para obtener dicha producción. También puede ser definida como la relación entre los resultados y el tiempo utilizado para obtenerlos: cuanto menor sea el tiempo que lleve obtener el resultado deseado, más productivo es el sistema. En realidad la productividad debe ser definida como el indicador de eficiencia que relaciona la cantidad de recursos utilizados con la cantidad de producción obtenida

**QUIRÓFANO:**es un término que, en su acepción original, refería a un espacio para realizar intervenciones quirúrgicas cuyo diseño permitía observar la operación a través de un vidrio. En la actualidad, se conoce como quirófano a cualquier lugar que está destinado a la realización de intervenciones de tipo quirúrgico.

## RESUMEN

**TITULO:**ANÁLISIS DEL INDICADOR CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BUCARAMANGA\*

**AUTOR:**SALAZAR ANGARITA, Cindy Claridza\*\*

**PALABRAS CLAVES:**Cirugía, indicadores, condiciones pacientes, causas estructurales y administrativas,

**CONTENIDO:** El servicio de cirugía tiene un gran impacto dentro de una institución de salud, pues no solo es un gran generador de recursos sino que a su vez afecta los resultados de calidad. Es por esto, que la cancelación de cirugías programadas debe ser controlada, pues trae un sin número de consecuencias a nivel operacional, financiero y de baja oportunidad en los servicios que se ofertan.

En la monografía, se analizan las causas por las que se suspenden las cirugías programadas en la Corporación IPS SALUDCOOP Bucaramanga, en un periodo de tiempo que va desde septiembre al mes de noviembre del 2014. La recolección de datos los cuales son autorizados por la gerencia de la institución se realizó por medio de un formato de seguridad del paciente, y el análisis se realizó con una metodología de tipo descriptivo.

Dentro del análisis de más 1.380 cirugías programadas durante estos tres meses las causas más importantes de cancelación quirúrgica, están relacionadas con las condiciones del paciente, causas estructurales y administrativas. De acuerdo a estos resultados, se debe comenzar a manejar procedimientos estandarizados, controlar tiempos quirúrgicos, iniciar un proceso donde se intervenga al paciente antes del procedimiento quirúrgico por medio de consulta preoperatoria y el manejo de la programación quirúrgica por medio de programas que realicen una excelente franja quirúrgica.

---

\*Trabajo de Grado

\*\* Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Salud Pública, Especialización en Administración de Servicios de Salud. Directora Ruby Helena Acela Díaz.

## ABSTRACT

**TITLE:**INDICATORANALYSISOF CANCELLATIONOF SURGERYSCHEDULEDIPSCORPORATION SALUDCOOPBUCARAMANGA\*

**AUTHOR:**SALAZAR ANGARITA, Cindy Claridza\*\*

**KEYWORDS:** Surgery, indicators, patient conditions, structural and administrative cases,

**CONTENT:** The surgery department has a big impact in a health institution, it is not only a great resource if no generator which in turn affects the quality results. It is for this reason that the cancellation of elective surgery should be controlled; it brings a number of consequences at the operational, financial and low opportunity in the services offered level.

In the paper, the causes of scheduled surgeries in the Corporation are suspended IPS SALUDCOOP Bucaramanga, over a period of time from September to November 2014. The data collection which are authorized by the management of analyzes the institution was done through a format of patient safety, and the analysis was performed using descriptive methodology.

Within the analysis of more than 1.380 surgeries scheduled during these three months the most important causes of surgical cancellation, they are related to patient conditions, structural and administrative cases, according to these results, we must begin to manage standardized procedures, control operating times start a process where the patient before surgery is involved through consultation and preoperative surgical management program through programs that make an excellent surgical strip

---

\* Graduation Monograph

\*\* Universidad Industrial de Santander. Faculty of Health,School of Medicine, Department of Public Health. Specialization in Health Services Administration. Director. Ruby Helena Acelas Diaz

## INTRODUCCIÓN

El presente análisis hace referencia al indicador de cancelación de cirugía programada en la institución de salud Corporación IPS SALUDCOOP Bucaramanga, puesto que tiene un alto índice, lo cual genera expectativa debido al gran impacto que tiene el mismo no solo en el área de cirugía, sino en toda la Corporación, ya que interfiere en indicadores de calidad y productividad de la institución, información que es tomada de los informes de cancelación de cirugía en términos mensuales.

El servicio de cirugía no solo es un gran generador de recursos, también tiene un gran impacto en los resultados de calidad, debido a que la cancelación de cirugía trae consigo un sin número de consecuencias a nivel operacional, financiero y de baja oportunidad en los servicios que se ofertan.

La cancelación de cirugías programadas es un fenómeno de análisis, debido a los procesos de mejora que se pueden implementar, pues muchas de sus causas son evitables, mediante estrategias que incluyan a todo el equipo de salud y el uso racional de sus recursos.

Por esta razón, se deduce que dentro de los procesos de mejora del servicio quirúrgico se basan la planificación de sus procesos encaminados hacia el cumplimiento de objetivos, que motiven al aprovechamiento de todos los recursos y las necesidades de cada uno de los usuarios.

El objetivo de este análisis es identificar algunas causas de la cancelación de cirugía programada, partiendo de un estudio descriptivo, por recolección de datos de un formato creado por el Departamento de Calidad, para conocer dichas causas, con esto se realizarían procesos de mejoramiento que tengan impacto

dentro del servicio de cirugía tanto en su productividad, calidad y en costos, si se tiene en cuenta que es un servicio con gran capacidad, tanto humana como tecnológica que puede ofertar diariamente más procedimientos, solo requiere de una reorganización y es lo que se quiere dentro de este análisis lograr estrategias a corto plazo, pero con gran impacto en el tiempo.

# **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

El proceso de Auditoría incluye una evaluación concurrente de los servicios que se brindan, buscando promover la mejora en los resultados de la atención en salud, centrados en el paciente, a partir de la gestión del riesgo en salud y de la calidad de atención y por ende de la utilización de recursos; por esta razón, se debe evaluar a través de diferentes formas, la oportunidad, pertinencia, accesibilidad, continuidad y seguridad en la prestación de servicios.

La actividad de una institución que presta servicios de salud, debe ser medida por indicadores que permitan fijar objetivos y monitorizar el dinamismo de la misma, por tal razón se realiza diariamente una recolección de datos de la gestión hospitalaria, entre los que se encuentra, el indicador de la cancelación de cirugías programadas; este puede estar relacionado con ineficiencia en los procesos de programación o asignación de recursos, planificación de la atención al paciente, considerándose entonces, como un indicador de alto impacto para las instituciones de salud. La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos, tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana, disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, así como efecto positivo en la contención de costos de no calidad, originados en la no atención oportuna.

La suspensión de cirugía es un problema cotidiano que afecta la calidad de atención. El objetivo de este trabajo es conocer la incidencia y causas por las que se suspenden las cirugías programadas en el servicio de cirugía de la Corporación IPS Saludcoop Bucaramanga, a través de la recolección de información del formato de cancelación de cirugía, por un periodo de 4 meses.

Este servicio cuenta con 5 quirófanos habilitados para cirugía de tercer nivel de complejidad, 10 camillas en recuperación y 4 camas en admisión ginecobstétrica. Estas causas son atribuibles a tres áreas clasificadas de la siguiente forma: causas administrativas, causas médicas y causas atribuibles al paciente.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La Corporación IPS SALUDCOOP Bucaramanga, es una institución de tercer nivel de complejidad que brinda atención a todos los afiliados de SALUDCOOP EPS Contributiva y Subsidiada, CAFESALUD EPS-S, CRUZ BLANCA y particulares. La institución brinda servicios de hospitalización, urgencias, imágenes diagnósticas, y el servicio de cirugía, presentando este último, un alto porcentaje de cancelación de cirugías programadas, siendo ello un indicador de gestión asistencial, que no puede superar el 5% y se encuentra en el 13%; cabe anotar, que este estándar es establecido por el Área de Calidad de la Corporación IPS SALUDCOOP.

La presente monografía de grado, tiene como propósito, el análisis de las causas por las que se suspenden las cirugías programadas en la Corporación IPS SALUDCOOP Bucaramanga, en un periodo de tiempo que va desde septiembre, al mes de noviembre del 2014, siendo este el mejor propósito para realizar el trabajo, entregar un excelente aporte tanto a nivel universitario, como a la misma Institución SALUDCOOP, donde se apunta a mejorar directamente no solo la productividad del Área Quirúrgica, sino también sus indicadores de calidad.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar las causas por las que se suspenden las cirugías programadas en la Corporación IPS SALUDCOOP Bucaramanga, en un periodo de tiempo que va desde septiembre al mes de noviembre del 2014.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Informar sobre el porcentaje de cancelación de cirugías programadas canceladas mensualmente a la Corporación IPS SALUDCOOP.
- Determinar el impacto que tiene a nivel de costos la cancelación de cirugía programada, para la Corporación IPS SALUDCOOP Bucaramanga
- Definir estrategias para disminuir el índice de cirugías programadas canceladas en la IPS.

## 4. CONTEXTO TEÓRICO

### 4.1 MARCO INSTITUCIONAL

El contexto de esta monografía se realiza en la Clínica SALUDCOOP de Bucaramanga, IPS ubicada en Calle 52 No. 31-89.

Desde 1990, y bajo la más genuina filosofía cooperativa, se empezó a gestar la idea de crear una cooperativa que prestara servicios de salud con la mejor calidad humana y técnico científica del país, bajo los principios de equidad e inclusión social.

Tres años después se dio la coyuntura: se promulgó la Ley 100 de 1993, que reformó radicalmente la seguridad social. Allí confluyen las voluntades y los visionarios: los principales empresarios del cooperativismo colombiano coincidieron en la necesidad, que estas entidades sin ánimo de lucro, se uniesen para lanzar un modelo de atención al alcance de todos los colombianos.

**Figura 1. Corporación IPS SALUDCOOP, Bucaramanga**



Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga.

SALUDCOOP ha implementado en sus IPS de primer nivel y de especialistas, la Historia Clínica en Línea, herramienta mediante la cual el profesional médico puede ingresar su información completa o de un paciente, a un sistema central.

**Figura 2. Herramientas implementadas en Corporación SALUDCOOP**



Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga.

El procedimiento garantiza que desde cualquier IPS de primer nivel en que se encuentre el afiliado o un familiar, la respectiva historia clínica esté disponible para la consulta del profesional médico, lo cual permite agilizar el proceso de autorización de procedimientos médicos y la entrega de medicamentos.

Es importante resaltar que con el manejo de la Historia Clínica en Línea, se puede consultar en cualquier momento, los antecedentes de cada uno de los usuarios y conocer su estado de salud.

## 4.2 MARCO TEÓRICO

### 4.2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCAS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 1011 DE 2006)<sup>1</sup>

- **Definiciones.** Los estándares de calidad propuestos se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

- **Características del SOGCS.** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características<sup>2</sup>:

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

---

<sup>1</sup>GUERRERO, Ramiro, y otros.. Sistema de salud de Colombia. En: Revista Salud Pública de México. 2011. Vol. 53, p.144-155.

<sup>2</sup>Ibíd.

- Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

- Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

**4.2.2 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.** Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

**4.2.3 Tipos de acciones.** El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- **Acciones preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios, para garantizar la calidad de la misma.

- **Acciones de seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

- **Acciones coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de

intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

**4.2.4 Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.** Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

- **Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad, a que hace referencia el artículo 3° del Decreto 2011 de 2006.
- **Atención al usuario.** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

**4.2.5 Indicadores de Gestión Hospitalaria.** Los indicadores son variables que intentan medir en forma cuantitativa, sucesos colectivos para de esta forma poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) los ha definido como “variables que sirven para medir los cambios”<sup>3</sup>.

Los indicadores en salud son herramientas de evaluación que dan una idea, ya sea directa o indirecta, del estado de un programa o servicio.

---

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. [en línea]. 1981 Disponible en internet: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>

Un indicador debe tener atribuciones de tipo científicas como validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad.

- **Fuentes de información.** Un indicador requiere siempre el uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación.

Las principales fuentes constituyen generalmente las fuentes primarias de información, es decir aquellas que recogen sistemáticamente información con una finalidad determinada; cuando no se dispone de información específica se recurre a fuentes de información secundaria.

- **Tipos de indicadores.** Los indicadores pueden ser simples o complejos de acuerdo a lo que se quiera medir; según esto, existen indicadores establecidos por procesos de mayor impacto a nivel institucional.

**4.2.6 Indicadores del Área Quirúrgica.** Dentro de los indicadores diseñados hay múltiples formas de medir los diferentes procesos que se desarrollan en el área quirúrgica, a saber, los siguientes:

- **Jornada quirúrgica**

- Jornada quirúrgica programada: Es el tiempo de quirófano a lo largo de un día, cuya actividad se ha planificado con al menos, 24 horas de antelación.

- Duración jornada quirúrgica ordinaria: La jornada quirúrgica habitual de un quirófano es de 7 horas, esto es, 420 minutos. En caso que el Servicio de Anestesiología realice el acto quirúrgico, se descontarán 60 minutos a la jornada de ese día.

**4.2.7 Clasificación de procedimientos quirúrgicos por complejidad.** Los procedimientos quirúrgicos se clasifican según su complejidad en: cirugía mayor y cirugía menor, intervenciones quirúrgicas incluidas en los códigos de procedimiento considerados en esta categoría en el documento "Clasificación de códigos cie-9-mc en cirugía menor y procedimientos no quirúrgicos". Deben cumplir los siguientes criterios: escasa complejidad, anestesia local o sin anestesia, recuperación inmediata, realizado en consulta o en quirófano menor.

**4.2.8 Clasificación de procedimientos quirúrgicos por prioridad.** Los procedimientos quirúrgicos se clasifican según su prioridad en:

- Intervención quirúrgica urgente: Es aquella cirugía que, por sus características, debe ser realizada de forma indemorable, y por tanto, no incluida en la programación quirúrgica, pudiendo provenir tanto del área de hospitalización, como del propio servicio de urgencias.

- Intervención quirúrgica programada: Es aquella cirugía que, por sus características, puede ser demorada e incluida en la programación quirúrgica con al menos 24 h. de antelación. Su origen puede ser: de pacientes en lista de espera (preferente y ordinaria) de pacientes no incluidos en lista de espera indemorables, cuya programación está justificada (trasplantes). De pacientes ingresados urgentes sometidos a intervención quirúrgica diferida (la intervención se realiza transcurrido el período de guardia de los facultativos).

**4.2.9 Clasificación de procedimientos quirúrgicos por tipo de actividad.** Son:

- Actividad quirúrgica ordinaria: Intervenciones quirúrgicas realizadas en el horario ordinario de trabajo del centro, por personal del mismo.

- Actividad quirúrgica extraordinaria: Intervenciones quirúrgicas de carácter no urgente realizadas fuera del horario ordinario de trabajo del centro por personal del mismo o contratado al efecto y orientadas a la absorción de la demanda asistencial no satisfecha (cumplimiento de objetivos de la lista de espera quirúrgica).

#### **4.2.10 Modalidades de hospitalización para la actividad quirúrgica**

- Hospitalización tradicional
- Hospital de día quirúrgico

- **Tipos de anestesia**

- General: Aquella en la que se produce pérdida de conciencia con hipnosis, analgesia y protección neurovegetativa y que requiere la intubación del paciente.
- Regional: Incluye anestesia espinal epidural regional, intradural, intravenosa, troncular o pleural y retrobulbar.
- Local: incluye local con sedación tópica incluye tópica con sedación.

**4.2.11 Cancelación de intervención quirúrgica.** Intervención quirúrgica programada que por diversas causas no ha podido realizarse en la fecha prevista ni ser sustituida en la programación quirúrgica. Dentro de las causas de análisis en cancelación de cirugía se pueden calcular:

- De cancelaciones programadas por todas las causas porcentaje de intervenciones que habiendo sido programadas son finalmente canceladas por

cualquier causa, sobre el total de intervenciones programadas previstas. Se excluye la cirugía menor y la cirugía programada extraordinaria.

- Porcentaje de cancelaciones programadas atribuibles al centro porcentaje de intervenciones programadas, que son finalmente canceladas por causas debidas al centro, sobre el total de intervenciones programadas previstas. Se excluye la cirugía menor y la cirugía programada extraordinaria.

#### **4.2.12 Índice de utilización de quirófanos programados.** Comprende:

- Tiempo de utilización de quirófanos programados en relación con el tiempo disponible total en una jornada quirúrgica:

\*S(tiempo de duración en minutos de los procedimientos programados realizados en quirófano) + 15 x (nº iq programadas de cirugía mayor – nº jornadas) / (nº jornadas x 7 h. x 60 min.) la duración de una jornada quirúrgica es de 420 minutos.

- Intervenciones pag/quirófano promedio mensual de intervenciones quirúrgicas programadas con anestesia general o regional realizadas por quirófano disponible de manera efectiva.

- **Índice de pacientes intervenidos.** Porcentaje de pacientes ingresados que son sometidos a intervención quirúrgica

- **Porcentaje intervenciones urgentes.** Diferidas sobre total urgentes porcentaje de intervenciones diferidas de la urgencia sobre el total de intervenciones urgentes.

- **Porcentaje de intervenciones urgentes.** Diferidas sobre total programado porcentaje de intervenciones diferidas de la urgencia sobre el total de intervenciones programadas.

- **Tasa prescripción quirúrgica.** En el numerador se excluye la cirugía menor en el denominador se excluyen las consultas de cupo.

- Entrada en lista de espera quirúrgica: Un paciente entrará en lista de espera quirúrgica en el momento en que la hoja de solicitud de intervención quirúrgica es registrada.

- Salida de lista de espera: La salida de un paciente en lista de espera quirúrgica, tendrá lugar en el momento en que éste sea dado de baja de la misma, por cualquiera de los siguientes motivos haber sido intervenido el paciente rechaza la propuesta de intervención a petición propia o al ser requerido para ello. Paciente procedente de la lista b (lista de espera por causas voluntarias) y que transcurridos 6 meses tras el primer requerimiento, continua desistiendo de aceptar fecha de intervención. Ser aceptada la solicitud de intervención en otro centro. Ser ilocalizable. para ser aceptado este motivo será necesario: haberle llamado por teléfono como mínimo tres veces, cubriendo el horario de mañana, tarde y sábados por la mañana no obtener respuesta 15 días después de remitirle carta certificada. Sufrir otro proceso intercurrente que contraindique definitivamente la intervención haber fallecido demora media es la media de los tiempos de espera del conjunto de pacientes en lista de espera quirúrgica. Se puede medir en: días meses (hay que dividir los días entre una constante  $k=30,42$ )

**4.2.13 Tipos de intervención quirúrgica.** En la práctica, en las definiciones, intervención quirúrgica se entiende comocada uno de los actos quirúrgicos

practicados a un paciente, aunque se realicen en cada uno de ellos, uno o más procedimientos.

- La cirugía mayor se subclasificará según el tipo de anestesia (general – regional - local - tópica). No todas las intervenciones realizadas con anestesia local son cirugía menor.

- La Cirugía Menor se subclasificará según el tipo de anestesia (general-regional – Local - tópica). No todas las intervenciones de cirugía menor se realizan con anestesia Local o Tópica<sup>4</sup>.

En la práctica y con la finalidad de realizar una correcta adscripción de todas las intervenciones, se definen las siguientes categorías ordenadas de manera que cualquier intervención incluida en un apartado de orden superior, no puede formar parte de otro grupo inferior.

- **Cirugía Programada Extraordinaria.** Intervenciones quirúrgicas de carácter no urgente realizadas fuera del horario ordinario de trabajo del centro por personal del mismo o contratado al efecto y orientadas a la absorción de la demanda asistencial no satisfecha (cumplimiento de objetivos de la lista de espera quirúrgica)
- **Cirugía Menor Intervenciones.** Quirúrgicas incluidas en los códigos de procedimiento considerados en esta categoría en el documento "Clasificación de Códigos CIE-9-MC en Cirugía Menor y Procedimientos no Quirúrgicos".

---

<sup>4</sup>MORENO DOMENE, Pilar; ESTÉVEZ LUCAS, Joaquín y MORENO RUIZ, José Antonio: Indicadores de Gestión Hospitalaria. En: Revista Sedisa s.XXI, 2010, N° 16.

- **Cirugía Urgente.** Es aquella cirugía que por su severidad se realiza de forma imprevista e indomable, y por tanto no incluida en la programación quirúrgica, pudiendo provenir tanto del área de hospitalización como del propio servicio de urgencias. UAG: intervenciones quirúrgicas urgentes realizadas con anestesia general o regional. UAL: intervenciones quirúrgicas urgentes realizadas con anestesia local o tópica.

- **Cirugía Programada Ordinaria PAG.** Intervenciones quirúrgicas programadas realizadas con anestesia general o regional. PAL: intervenciones quirúrgicas programadas realizadas con anestesia local o tópica.

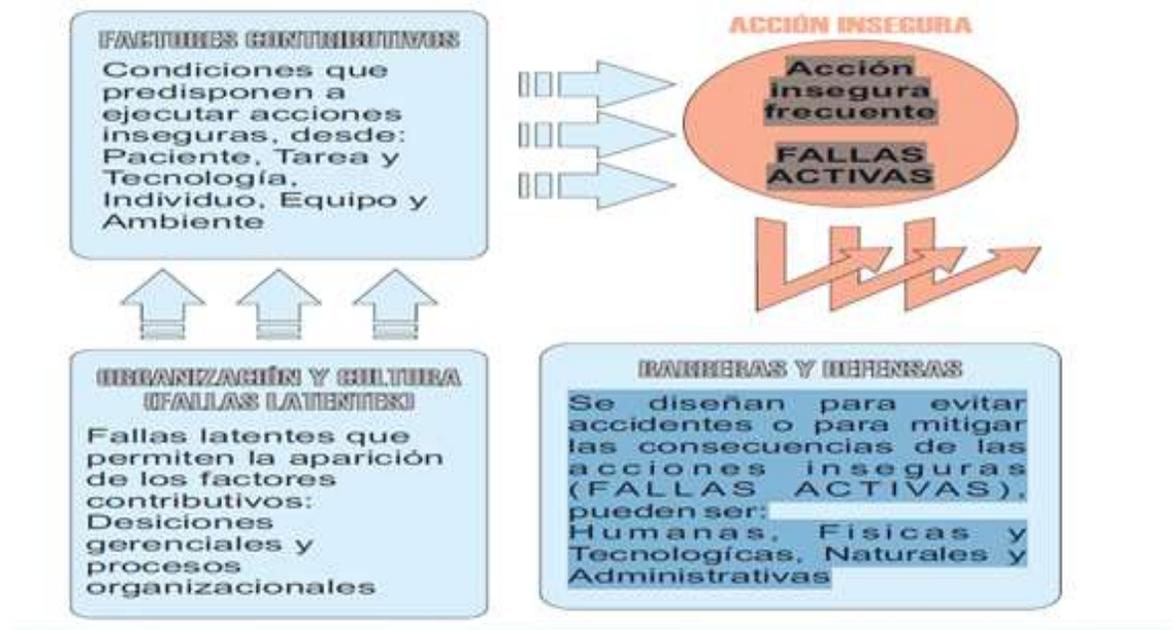
**4.2.14 Seguridad en los procedimientos quirúrgicos.** Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía. En países industrializados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5- 10% en operaciones de cirugía mayor<sup>5</sup>. Para explicar el esquema de análisis causal desarrollado a las cinco (5) primeras acciones inseguras más frecuentes, nos valdremos de un esquema gráfico, que permita relacionar todos los elementos.

---

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La cirugía segura salva vidas. Alianza mundial para seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. [En línea]. 2008. Disponible en internet: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf).

La siguiente Figura3, muestra las diferentes barreras que se presentan en el área quirúrgica para el correcto funcionamiento de la misma

**Figura 3. Barreras dentro del área quirúrgica**



Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La cirugía segura salva vidas. Alianza mundial para seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. [En línea]. 2008. Disponible en internet: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf).

El objetivo es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS. Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo, y coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida

quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos definiéndose a continuación<sup>6</sup>:

- **Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica.** La infección de la herida quirúrgica sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, no se cumplen de manera sistemática. El motivo no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino una mala sistematización. Por ejemplo, la administración perioperatoria de antibióticos se hace tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, pero a menudo demasiado pronto, demasiado tarde o simplemente de forma errática, volviéndola ineficaz para reducir el daño al paciente<sup>7</sup>.

- **Seguridad de la anestesia.** Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de 1 en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 200 000 en el mundo desarrollado, es decir, un riesgo 40 veces menor. Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100-1000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup>Ibíd., p. 8-9

<sup>7</sup>Ibíd., p. 8

<sup>8</sup>Ibíd., p. 9

- **Equipos quirúrgicos seguros.** El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En el quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación. La mejora de las características del equipo debería facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente<sup>9</sup>.

- **Medición de los servicios quirúrgicos.** Un gran problema para la seguridad de la cirugía ha sido la escasez de datos básicos. Los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y neonatal durante el parto se han basado fundamentalmente en las tasas de mortalidad registradas mediante la vigilancia sistemática y en los sistemas de atención obstétrica para evaluar los éxitos y los fracasos. Por lo general, no se ha llevado a cabo una vigilancia similar de la atención quirúrgica. Sólo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría de países y no están normalizados. Si se quiere que los sistemas de salud públicos garanticen el avance en materia de seguridad de la cirugía debe ponerse en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup>Ibíd., p. 9

<sup>10</sup>Ibíd., p. 9

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación, de acuerdo al nivel de medición y análisis de la información, será cuantitativa, pues permite al proyecto, hacer un análisis de las causas de cancelación de cirugía, de esta forma se puede analizar con objetividad, y claridad según el registro de servicios cancelados en los informes estadísticos históricos. Se considera que el enfoque es cuantitativo, permitiendo el descubrimiento, exploración libre y comprensión de la realidad de los quirófanos y las cirugías de la IPS SALUDCOOP de la ciudad de Bucaramanga<sup>11</sup>.

El alcance será de tipo descriptivo entendido este, como aquel que se encarga de analizar un fenómeno y sus componentes de manera detallada, el cual aplica para el contexto de este proyecto donde se estudiarán las causas de la cancelación de cirugías programadas.

La información será recolectada a partir de los formatos de cancelación de cirugía programada creada por el departamento de seguridad del paciente, los cuales son tabulados mensualmente a partir de estos datos se hace un análisis de las causas más iterativas.

---

<sup>11</sup>MONJE ÁLVAREZ Carlos Arturo. Guía didáctica. Metodología de la Investigación cuantitativa y cualitativa. Neiva, Colombia: Universidad Surcolombiana, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Programa de Comunicación Social y Periodismo. [en línea]. 2011. Disponible en internet: <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo++Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>

## 5.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En el Cuadro 1, se presenta el cronograma de actividades seguido para recolectar la información, tabulación y análisis.

**Cuadro 1. Cronograma**

Fecha	Actividad	Encargado	Herramientas
	Recopilación información cancelación de Cirugías	CINDY SALAZAR ANGARITA	Excel de Sistemas de la Clínica Saludcoop
	Tabulación de la información	CINDY SALAZAR ANGARITA	Programa de Excel
	Desarrollo de objetivos de Monografía	CINDY SALAZAR ANGARITA	Programa de Excel e internet casero.
	Realización de análisis de causas de cancelación de cirugía	CINDY SALAZAR ANGARITA	Programa de Excel
	Elaboración de la Monografía	CINDY SALAZAR ANGARITA	Un pc e internet casero.

## 5.3 ACTIVIDADES REALIZADAS

Las actividades seguidas en la realización del trabajo, mencionadas en el Cuadro 1, se realizan en los siguientes tiempos asignados para ello. Véase Cuadro 2.

**Cuadro 2. Actividades**

Actividad	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo
1	■								
2	■	■							
3	■	■	■						
4			■						
5				■	■				
6						■			
7						■	■		
8								■	
9									■

## 6. INDICADOR DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS CANCELADAS MENSUALMENTE A LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

La Corporación IPS SALUDCOOP cuenta con 5 quirófanos, 10 camillas en recuperación y 4 camas en admisión ginecobstétrica. En el Cuadro 3, se relacionan los servicios de cirugías que se prestan en la Corporación IPS SALUDCOOP.

**Cuadro 3. Servicio de Cirugía en SALUDCOOP**

○	CABEZA -CUELLO
○	CIRUGIA GENERAL
○	ORTOPEDIA
○	MAXILOFACIAL
○	GINECOOBSTETRICIA
○	NEUROCIRUGIA
○	ONCOLOGICA
○	VASCULAR
○	PEDIATICA
○	TORAX
○	PLASTICA
○	OTORRINOLARINGOLOGIA
○	DERMATOLOGIA

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

En la Corporación IPS SALUDCOOP se programan las siguientes cirugías: Véase Cuadro 4.

**Cuadro 4. Cirugías programadas**

<b>Cirugía</b>	<b>Programación</b>	<b>Urgencias</b>
Ginecoobstetricia	12	110
Ortopedia	106	29
Cirugía general	15	132
Otras especialidades	226	23
Neurocirugía	10	3
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>297</b>
Canceladas	48	55

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

Según la estadística que se genera en la Corporación IPS SALUDCOOP, las siguientes son las causas posibles de la cancelación de cirugías, teniendo en cuenta la clasificación de Causas por la Administración. Véase Cuadro 5.

**Cuadro 5. Cancelación de cirugías por causas de administración**

<b>Causas</b>	<b>Posibles causas</b>	<b>Cantidad</b>
<b>ATRIBUIBLE A ÁREA DE ADMINISTRACIÓN</b>	Falta de tiempo quirúrgico	9
	Error de admisión- programación	
	Falta de insumos-medicamentos	1
	Falta de material de osteosíntesis	2
	Cancelada por oficina de programación de cx	1
	Presentación simultánea de urgencias	
	No disponibilidad de cama en el piso	
	No disponibilidad de cama en la UCI	
	Incapacidad médica del especialista	
	No disponibilidad de camillas	6
	Verificación ayudas diagnósticas incompletas para programar procedimiento quirúrgico	
	Otras	1

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

Se muestra a continuación las causas de la cancelación de las cirugías, por causas médicas. Véase Cuadro 6.

**Cuadro 6. Cancelación de cirugías por causas médicas**

<b>Causas</b>	<b>Posibles causas</b>	<b>Cantidad</b>
<b>ATRIBUIBLE A CAUSAS MÉDICAS</b>	Enfermedad del paciente	7
	Cancelación del cx.	9
	No valoración preanestésica	
	Historia Clínica incompleta	
	Prolongación de Cx o complicaciones quirúrgicas	
	El paciente no requiere procedimiento quirúrgico	4
	No se logra realizar intubación del paciente	
	Alteraciones en los laboratorios	
	Falta de exámenes de laboratorios en vx. médica	
	No solicitud de sangre- hemoderivados	
	Otras	

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

A continuación se presentan las posibles causas por el paciente, entregadas en las estadísticas de la Corporación IPS SALUDCOOP. Véase Cuadro 7.

**Cuadro 7. Cancelación de cirugías por causas del paciente**

<b>Causas</b>	<b>Posibles causas</b>	<b>Cantidad</b>
<b>ATRIBUIBLE A CAUSAS POR EL PACIENTE</b>	No se presentó	4
	No asistió consulta cx	
	No asistió a valoración preanestésica	
	No realización de exámenes de laboratorio	1
	El paciente no aceptó el procedimiento	2
	El paciente falleció	
	No preparación adecuada del paciente	1
	Paciente sin estudios clínicos recientes	
	Se operó el paciente de urgencia	
	Otros	

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

## 7. IMPACTO QUE TIENE A NIVEL DE COSTOS LA CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA PARA LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BUCARAMANGA

Para entender y calcular el impacto que ocasiona la cancelación de cirugías programadas en la Corporación IPS SALUDCOOP de Bucaramanga, se realiza el siguiente análisis partiendo de la evidencia. El Cuadro 8 muestra a continuación, el contexto de un caso de cancelación de cirugía programada en un paciente con múltiples comorbilidades, con consecuencias no solo a nivel de costos, si no de eventos adversos.

**Cuadro8. Costos por cancelación de cirugía programada**

COSTOS DE CANCELACION DE CIRUGIA CASO EJEMPLO COLECTOMIA TOTAL+VACIAMIENTO		
Paciente con diagnóstico de cáncer de colon programado para hemicolectomía radical derecha+ anastomosis ileo- cólica + liberación de adherencias + lavado quirúrgico. Se hospitaliza paciente el 12 de junio con orden de hospitalización 5 días antes para swith de anti coagulación. sin embargo se trata de un paciente con múltiples comorbilidades, con ivu asociada , INR por encima de rango , anémico, se iniciará optimización de sus comorbilidades , el 17 se cancela procedimiento por no disponibilidad de unidad de cuidados intensivos paciente que queda en el servicio de hospitalización para manejo antibiótico y demás soporte en espera de reprogramación , la cirugía, la cual es realizada el 1 de julio		
Evento	Descripción	Valor
COSTOS DIRECTOS DE CIRUGIA	Costos anestesia	226.560
	Costos sala	291.425
	Ayudante	84.960
	Laboratorios	1.186.738
	Transfusión glóbulos rojos 2	valor unidad 2.923.587 menos 4 días=999.248
ESTANCIA EXTRA	Habitación unipersonal	Valor unidad 120.980 menos 13 días=1.572.740
MANEJO MEDICO	Especialista tratante	Valor unidad 21.375 menos 13 =27.7875
TRATAMIENTO DURANTE ESTANCIA	medicamentos	Valor unidad-42.593 menos 13 días=553.709
<b>Costo real facturado</b>		15.615.613
<b>Costo de mala calidad</b>		3.403.572

<b>Diferencia</b>	<b>12.212.041</b>
-------------------	-------------------

Este es un ejemplo de los tantos casos que se presentan en el día a día de las jornadas del servicio de cirugía, donde se cancelan procedimientos programados por diferentes causas que ya se han identificado, donde se mitiga el acceso, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia y la continuidad de los tratamientos médicos, creando costos directos e indirectos de mala calidad, que dejan pérdidas incalculables para las instituciones en unidades tan generadoras de recursos, como el servicio de cirugía.

En el caso que se presentó, se hace un análisis macro de una serie de eventos que generan costos innecesarios en la atención de un paciente, por la prolongación de su estancia dentro de la institución y los diferentes riesgos a los que queda expuesto, si se coloca un promedio de derechos de sala sobre un derecho especial de cirugía grupo 20 según tarifa SOAT \$715.000 como ganancia para la institución con las 126 cirugías canceladas en los tres meses de recolección de información de cirugías canceladas programadas, se perderían alrededor de \$ 90.090.000 por un servicio no prestado, por causas prevenibles o planificables y por múltiples factores desencadenantes de costos de mala calidad; es innegable que un servicio tan rentable como cirugía, en una institución de salud, con población cautiva, tenga un déficit económico como tiene la corporación IPSSALUDCOOP según informes por parte de la intervención administrativa y del Ministerio de Salud, que ha venido generando barreras en los servicios y más aún cuando existe la infraestructura, el recurso humano y la jornada quirúrgica.

## **7.1 CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE**

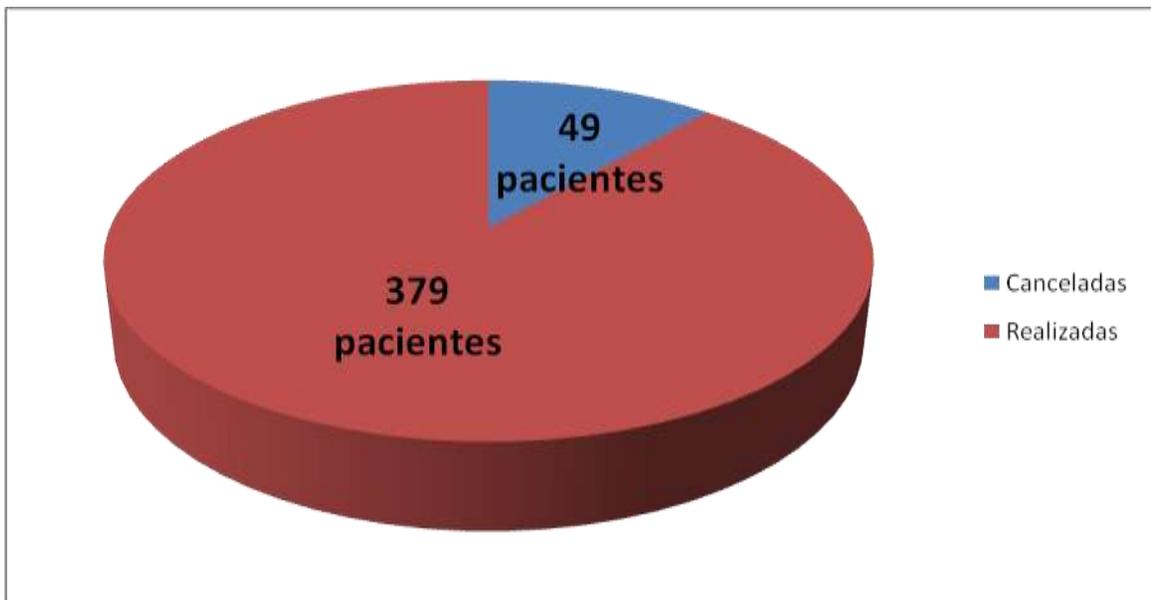
En el Cuadro 9 y Figura 4 se presenta el estado de cirugías correspondientes al mes de septiembre.

**Cuadro 9. Estado de cirugía en el mes de Septiembre**

Estado cirugías	Pacientes	
	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Canceladas	49	9,2
Realizadas	379	71,7

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

**Figura 4. Comparativo de cirugías canceladas y realizadas, mes de septiembre**



Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

En el Cuadro 10, se condensan los motivos de cancelación de las cirugías.

### **Cuadro 10. Motivos de cancelación de cirugías en el mes de septiembre**

<b>Motivo de cancelación</b>	<b>Pacientes cancelados</b>
Aire T°	6
Problemas médicos (incapacidades médicas,)	4
Valoración médica	1
Enfermedad del paciente	18
Falta tiempo quirúrgico (tiempo para la realización del procedimiento)	7
No acepta cirugía	1
No requiere procedimiento quirúrgico	2
Falta material	1
No unidad de cuidados intensivos	1
Falta marcación	2
No se presentó paciente	2
PACIENTE SANO(no requiere procedimiento)	4

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

### **7.2 CANCELACIÓN DE CIRUGIAS EN EL MES DE OCTUBRE**

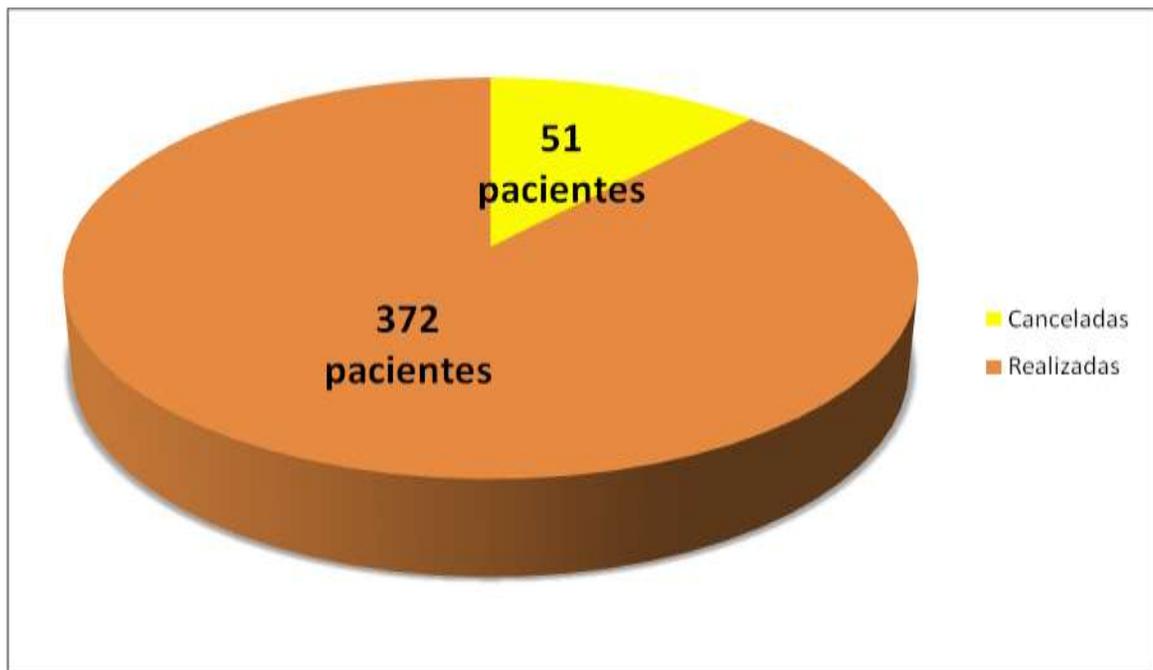
En el Cuadro 11 se presenta el número de cirugías canceladas y realizadas en el mes de octubre. La Figura 5, presenta el comparativo entre estos dos eventos analizados.

**Cuadro 11. Estado de cirugías en el mes de Octubre**

Estado cirugías	Pacientes	
	Número de pacientes	Porcentaje (%)
Canceladas	51	12
Realizadas	372	87.9

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

**Figura 5. Comparativo de cirugías canceladas y realizadas, mes de octubre**



Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

En el Cuadro 12, se presentan los motivos de cancelación de las cirugías, en el mes de octubre.

**Cuadro 12. Motivos de cancelación de cirugías en el mes de Octubre**

<b>Motivos de cancelación</b>	<b>Pacientes cancelados</b>
Material incompleto	6
Aire T°	6
Enfermedad del paciente	14
Falta tiempo quirúrgico	5
No unidad de cuidados intensivos	2
Paciente no se presenta	2
Falta médico	4
Falta mesa quirúrgica	1
Insumos	1
Preparación quirúrgica	3
Tiempo quirúrgico	3

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

### **7.3 CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS EN EL MES DE NOVIEMBRE**

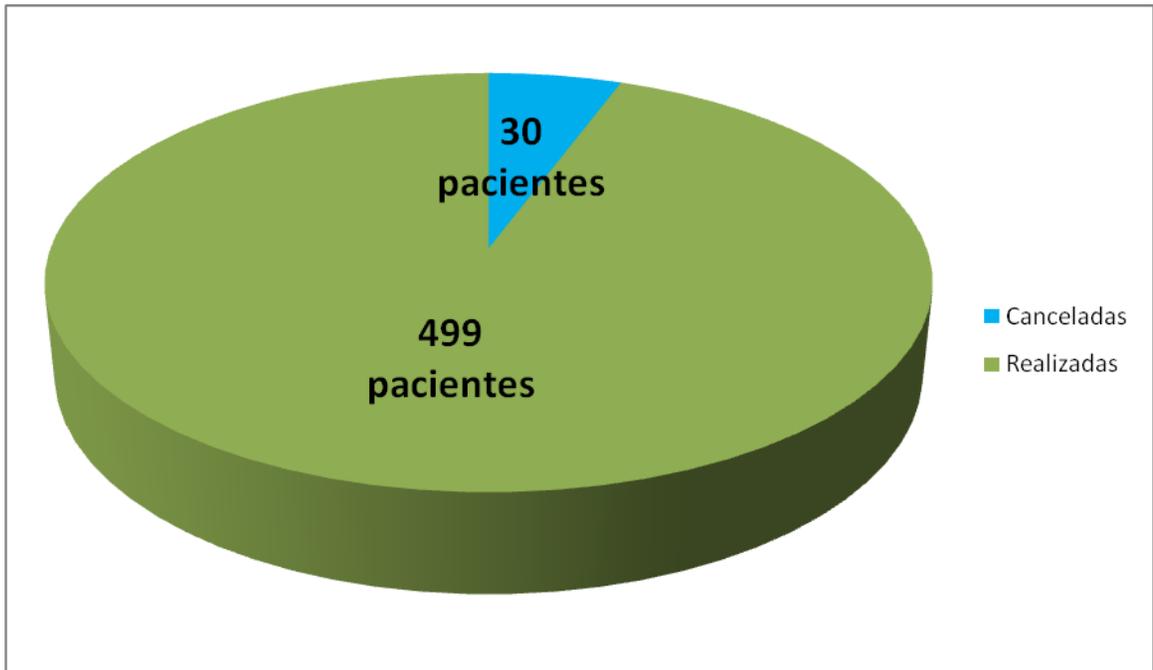
En el Cuadro 13 y Figura 6, se presenta el número de cirugías canceladas y realizadas durante este período de tiempo.

**Cuadro 13. Estado de cirugías en el mes de Noviembre**

<b>Estado cirugías</b>	<b>Pacientes</b>	
	<b>Número de pacientes</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Canceladas	30	5,6
Realizadas	499	94,3

Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

**Figura 6. Comparativo de Cirugías canceladas y realizadas, mes de octubre**



Fuente: Corporación IPS SALUDCOOP. Bucaramanga

En el Cuadro 14, se presentan los motivos de cancelación de las cirugías, en el mes de noviembre.

**Cuadro 14. Motivos de cancelación de cirugías en el mes de Noviembre**

<b>Motivo de cancelación</b>	<b>Pacientes cancelados</b>
Enfermedad del paciente	7
Material incompleto	8
Paciente no se presento	4
No requiere procedimiento	3
No disponibilidad de unidad de cuidados intensivos	1
Incapacidad médica	3
Falta tiempo quirúrgico	3
Aire T°	2
No unidad de cuidados intensivos	2

Fuente: Corporación IPS Saludcoop.

## 8. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL ÍNDICE DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS CANCELADAS EN LA IPS

Las estrategias para disminuir el volumen de cirugías canceladas, de acuerdo a sus causas, están planteadas de la siguiente forma:

- **Causas por el equipo de salud.** Falta de preparación del paciente preoperatorio, falta historia, radiografía, ausencia de facultativo, ausencia de anesthesiólogo, ausencia de personal de enfermería/auxiliar, falta de preparación del instrumental, falta de sangre, falta de quirófano, cancelación de patologías más leves por otras más graves o urgentes, orden médica, falta de tiempo de quirófano (prolongación de la duración prevista de la intervención previa, prolongación de los tiempos muertos entre intervenciones quirúrgicas por fallos de infraestructura, camillas), falta de camas en la unidad de cuidados intensivos (uci) o reanimación, otras no atribuibles al paciente.
- **Debidas al paciente.** Mejoría del paciente, enfermedad intercurrente, incomparecencia del paciente, a petición del paciente, preparación incorrecta, por no haber seguido bien las instrucciones (no está en ayunas, ha tomado anticoagulantes).

Como estrategias para corregir dicha falencia en la Corporación IPS SALUDCOOP, se plantea una reorganización de funciones, teniendo en cuenta la administración de servicios de salud, donde los procesos encuentren un equilibrio entre la calidad, productividad y seguridad del paciente que muestran que el trabajo se enfoca en brindar un valor agregado, seguir los procesos de acuerdo a

la reglamentación y realizar procesos con los recursos necesarios, trayendo mejores oportunidades de crecimiento a la Corporación.

Dentro de las revisiones de bibliografía de modelos aplicados a salas de cirugía, se encuentran innumerables software que modifican todo tipo de programación, pero existe un modelo en particular que ha sido aplicado a la industria manufacturera denominado modelo LEAN de Toyota<sup>12</sup>. Este modelo muestra cómo variando la práctica clínica puede lograrse resultados de alto impacto. Este modelo que sería muy útil dentro de la corporación, muestra como enfocándose en la familia y paciente, apoyando al personal en su trabajo, adoptando una visión a largo plazo, puede cambiar el trabajo improductivo que se realiza en quirófanos; el modelo LEAN solo muestra como el trabajo en equipo y bien direccionado, logra cumplir los objetivos. Dentro de los planteamientos se encuentra disminuir los tiempos preoperatorios, donde el paciente debe llegar a sala de espera e inmediatamente, debe iniciarse su proceso de admisión; muestra además que, procedimientos como la iniciación de anestesia regional, puede aumentar tiempos e interferir en la programación y cómo centrando este procedimiento en un solo quirófano puede mejorarlos; el modelo LEAN es enfático en el manejo de procesos estandarizados que contribuyan a mitigar infecciones de sitio operatorio, disminución de costos. En el equipo de trabajo se plantean pautas que dan valor al servicio y se muestra como mejorando el liderazgo y transformando la comunicación se agrega cultura dentro del servicio de cirugía; es vital mejorar la relación entre las disciplinas, incentivar el trabajo en equipo con el fin de dar lo mejor al paciente que es nuestro objetivo una cirugía segura.

La metodología Lean sería un gran aporte para el sistema de salud en Colombia, pues habla del mejoramiento continuo del desempeño (CPI en inglés). Esta filosofía incluye 3 principios fundamentales:

---

<sup>12</sup>LYNN, Martin y otros. Mejoramiento de los procesos en el quirófano mediante la aplicación de la metodología Lean de Toyota. En: Revista Colombiana de Anestesiología, 2014, vol. 42, N° 3.

- Enfocarse ante todo en el paciente y la familia. Enfocarse en los pacientes implicó involucrarlos como miembros del equipo que trabajan de la mano con el personal a fin de mejorar el sistema. Solamente los pacientes y las familias definen los pasos que agregan valor al proceso.
  
- Apoyar al cuerpo médico y al personal en su trabajo. Apoyar al personal implica aliarse con él para proporcionarle los recursos necesarios para que cumpla bien con su labor.
  
- Adoptar una visión de largo plazo en la toma de decisiones. Es necesario establecer un horizonte de largo plazo al planear mejoras pequeñas y graduales a nivel de las personas y los procesos, con rendimientos menores sobre la inversión<sup>13</sup>.

Dentro de las mayores causas de cancelación se evidencia un alto índice de causas atribuidas a la preparación del paciente, donde se podría plantear un mejoramiento en la lista prequirúrgica o preoperatoria para la ejecución de los procedimientos quirúrgicos según lo programado; también la garantía del entendimiento de la información que se le da al paciente, cuando se dan las indicaciones sobre la fecha de los procedimientos quirúrgicos; debe aclararse al paciente sus inquietudes para garantizar el cumplimiento del objetivo.

La cultura de aprendizaje y mejoramiento continuo es una de las características de la metodología Lean. Se utilizan datos en lugar de opiniones para tomar las decisiones. La recopilación de los datos comienza con ejercicios de observación

---

<sup>13</sup>Ibíd., p. 3.

clínica denominados los 3 reales: observar a personas reales mientras hacen el trabajo real en el sitio real. A partir de estas observaciones se elaboran mapas de la secuencia del trabajo y después se plantean hipótesis para mejorar los procesos y, en último término, los resultados. Estas hipótesis se someten a prueba aplicando el método científico en la forma del ciclo planteada por Deming, a saber, Planear-Hacer-Verificar-Actuar (PDCA en inglés). Todo este trabajo se logra con el compromiso del personal de primera línea reunido en equipos multidisciplinarios. Los líderes hacen las veces de entrenadores al brindar direccionamiento, alineación, instrucción y motivación para los miembros del equipo. Esto requiere un cambio importante de las competencias de liderazgo (Tabla 1).

**Tabla 1. Competencias de liderazgo**

Gestión tradicional	Gestión <i>Lean</i>
Autoridad	Responsabilidad
Dar respuestas	Hacer preguntas
Obtener resultados a toda costa	Los procesos correctos llevan a los resultados correctos
Elaborar planes	Planear experimentos
Decisiones tomadas en las oficinas y salas de conferencias con base en opiniones	Decisiones tomadas en el trabajo con base en hechos y datos
Eliminar las barreras a toda costa	Comprender la raíz del problema antes de actuar
Contabilizar mano de obra como gasto mayor	Contabilizar el desperdicio, la complejidad y la variación
La calidad, el costo y la velocidad se manejan por separado y suelen entrar en conflicto	La calidad, el costo y la velocidad están altamente integrados y se manejan simultáneamente
Acelerar hacia el mejoramiento	Planear lentamente, ejecutar prontamente

Los instrumentos, las prácticas de gestión y las filosofías del modelo CPI se resumen en una adaptación de la casa de Toyota (Véase Figura 6). Los cimientos de la casa los constituye el mejoramiento de la cadena de valor por medio de la reducción del desperdicio y la creación de un sitio de trabajo visual. Las 2 columnas principales de la casa son el justo a tiempo (el servicio correcto y los insumos en el sitio correcto y a la hora correcta) y la calidad incorporada (identificar el problema y escalarlo para una rápida resolución), las cuales sirven de soporte al techo, constituido por nuestra filosofía centrada en el paciente. Este sistema en último término mejora hasta el punto de que no hay esperas para los pacientes, las familias o el personal asistencial y nadie sale perjudicado (pacientes, familias ni prestadoras). Las mediciones del centro de la casa son elementos clave requeridos para lograr este resultado donde no hay espera ni perjuicio<sup>14</sup>. Véase Figura 7.

**Figura 7. Casa de CPI 5 S and visual control: 5 S y control visual**



(Fuente: Original de los autores)

Balance the work: equilibrar el trabajo; Built-in Quality: calidad incorporada, visibilizar los problemas, no dejar pasar nunca un defecto a la etapa siguiente, a prueba de error, parar cuando hay un problema de calidad; Continuous flow, pull vs. push: flujo continuo, halar vs. empujar; Engage everyone in a patient focus philosophy: comprometer a todo el mundo con una

<sup>14</sup>Ibid., p. 5

filosofía centrada en el paciente; Just in time: justo a tiempo; el servicio correcto en la cantidad correcta en el momento correcto en el lugar correcto, eliminar los lotes, transiciones rápidas; No waiting: sin espera; Standard work: trabajo estandarizado; Value stream improvement through waste reduction: mejoramiento de la cadena de valor por medio de la reducción del desperdicio.

El modelo Lean no solo es una excelente alternativa de aplicación dentro del área quirúrgica sino dentro del sistema de salud , dentro de la explicación de los procesos que maneja deja al lector una forma clara del planteamiento de temas de fácil aplicación y de un coste mínimo con gran impacto dentro de un servicio como lo es cirugía.

## 9. CONCLUSIONES

- Entre las causas más importantes de cancelación quirúrgica, están las atribuibles a las condiciones del paciente por enfermedad en el momento de presentarse para el procedimiento programado, y administrativas por causas de mala programación y disponibilidad de material de osteosíntesis.
- La realización de evaluaciones concurrentes a la productividad y calidad del servicio de cirugía, debería ser una constante, en razón a que se deben encender alarmas cuando no se cumplen con los objetivos de la programación quirúrgica ni las metas quirúrgicas.
- En gran notabilidad las causas de cancelaciones son por situaciones no médicas; muchas de estas quedan consignadas en los registros clínicos como causas administrativas sin justificación alguna; por esta razón se hace una sugerencia en el tipo de contratación que se pacta con los cirujanos, quienes reciben su pago por programación quirúrgica, mas no por cirugías realizadas. Mientras se conserven dichas contrataciones el compromiso laboral es mínimo y no podrían implementarse planes de mejora ni control en la programación.
- Se puede reducir el número de casos de inasistencia a la cirugía, si se mejora la Comunicación mediante llamadas telefónicas entre la clínica y el paciente donde se establezca una relación con el paciente que muestre el compromiso por parte de la institución con su situación clínica, esto para pacientes ambulatorios.

- Las causas atribuibles al estado de salud del paciente no son causas previsibles; pero si se realiza una consulta preanestésica donde se le den las indicaciones al paciente sobre la presencia de síntomas que afecten la realización de su procedimiento, puede darse una comunicación a tiempo de su situación y cambiar dicha programación.
  
- Dentro del análisis del indicador de cancelación de cirugía programada se percibe en gran medida la ausencia de una persona líder dentro del servicio de cirugía que dirija diariamente el programa quirúrgico y el recurso humano del servicio.
  
- El servicio de cirugía realiza procedimientos de alta complejidad, los cuales deberían incluirse dentro de la programación quirúrgica en la semana; de esta forma procedimientos ambulatorios podrían programarse para franjas los fines de semana, donde los quirófanos son improductivos.
  
- Dentro de los cambios administrativos propuestos para la corporación, está la asignación de quirófanos por especialidades. Sería significativo dar un cambio en la contratación. Un contrato donde se entrega un quirófano, un número de cirugías pendientes por cada especialidad, un lapso de tiempo, unas indicaciones de cumplimiento y de ésta manera, mejorar la productividad, competitividad, oportunidad y por ende, calidad de los procedimientos.
  
- Se observa que cada procedimiento quirúrgico tiene un horario diferente pues el cirujano es el que solicita su tiempo. Los procedimientos deben estandarizarse o tener un parámetro de tiempo que garantice la efectividad y productividad de los quirófanos.

- Dentro de los costos de no calidad se evidencia que no se ha adoptado al 100% los protocolos de seguridad del paciente por parte del personal, pues se presentan infecciones de sitio operatorio, según reportes del comité de infecciones donde la especialidad de ortopedia supero el estándar de 2.0 a 2.08, en los últimos 4 meses según informes del comité de infecciones, las otras especialidades se mantienen, por dicha razón se recomienda seleccionar personal con experiencia dentro del área quirúrgica que apunte a resultados en calidad.
  
- El personal de programación quirúrgica debe ser un grupo interdisciplinario es decir un recurso humanizado, conocedor del proceso y entrenado en pautas específicas para realizar efectivamente el proceso. Se recomienda que la programación debe estar a cargo de una persona con formación y experticia en el área quirúrgica, es decir por un médico, enfermera e instrumentadora.
  
- Dentro de las causas de cancelación quirúrgica se evidencia la no disponibilidad de unidad de cuidados intensivos, situación que por ser inevitable, podría establecer dentro de la programación, pacientes opcionales, los cuales se admisionarían y así evitar tiempos muertos. También a su los procesos de contraremisión.
  
- La institución cuenta con instalaciones y equipos en estados no muy favorables para la demanda de servicios. Razón por la cual deberían incluirse recursos para la renovación de los equipos depreciados.

## BIBLIOGRAFIA

ARENAS MÁRQUEZ, Humberto. Introducción segura de nueva tecnología. En: Revista Cirujano General. 2011. Vol. 33.Sup. 1. Enero-Marzo 2011.

ARENAS MÁRQUEZ, Humberto y ANAYA PRADO, Roberto. Errores en cirugía. Estrategia para mejorar la seguridad quirúrgica. En: Cirugía y Cirujanos. 2008. Vol. 76, N° 4, Julio-Agosto. p. 361

BARBOSA, María Helena y otros. Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. En: Enfermería Global, 2012, vol. 11, N° 26, p. 164-173.

BEJARANO, Mónica. Evaluación de eficiencia en cirugía. 273 artículo original. En: Revista Colombiana, 2011.

COLABORADORES DE WIKIPEDIA. Productividad [en línea]. Wikipedia, la enciclopedia libre, 2015 [citado 4 de agosto del 2015]. Disponible en internet: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=productividad&oldid=83880550>

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución número 1446 (8 mayo, 2006). Por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. Bogotá: El Ministerio, 2006.

CORPORACION IPS SALUDCOOP, Bucaramanga. Dirección Administrativa. Departamento de Seguridad del Paciente. Información formato de cancelación de cirugía meses de septiembre, octubre, noviembre, año 2014.

----- . Dirección Administrativa. Comité de Infecciones. INFORMACIÓN infecciones de sitio operatorio año 2014-2015

CHAVES, S.A., GOMES DO CARMO, T. y SECCHIN CANALE, I. Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enferm. Glob.* [en línea]. 2011, vol.10, N° 23

(citado 2014-10-13), pp. 190-199. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s169561412011000300014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s169561412011000300014&lng=es&nrm=iso)

DAVICO VILLAZÓN, Oscar y CASTAÑEDA CÁRDENAS, Oscar A. Quirófano integral y tecnología aplicada a la cirugía. En: Cirujano general, 2003, vol. 25, N° 1-2003.

DUEÑAS CARREÑO, Alexander. Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008. En: Universidad & empresa, 2009, vol. 11, N° 17, p. 203-222.

ESTUPIÑAN SOLÓRZANO, Isabel, y otros. Creación de un modelo de monitoreo de gestión para un servicio quirúrgico. Bogotá: Universidad EAN, 2012.

GALVÁN, M.A. y otros. La suspensión de cirugía programada en la atención hospitalaria. En: Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González. 2006, vol., N° 2, p. 59-62

GAVIRIA-GARCÍA, Gladis, LASTRE-AMELL, Gloria y SUÁREZ-VILLA, Mariela. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. En: Enfermería Universitaria, 2014, vol. 11, N° 2, p. 47-51.

GUANCHE GARCELL, Humberto. Un análisis ético por la calidad de la atención médica quirúrgica, Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán". En: Revista Cubana Cir., 2007. Vol. 46, N° 3, Julio-Sep.

GUERRERO, Ramiro, y otros.. Sistema de salud de Colombia. En: Revista Salud Pública de México. 2011. Vol. 53, p.144-155.

JAIME, Varo. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, España: Asociación Española para la calidad, 1994.

JIMÉNEZ, A. M., VELASCO, Nubia y AMAYA, C. A. Estrategias de programación de salas de cirugía: un caso de aplicación en un hospital de Bogotá. Bogotá: s.e., 2009.

LYNN, Martin y otros. Mejoramiento de los procesos en el quirófano mediante la aplicación de la metodología Lean de Toyota. En: Revista Colombiana de Anestesiología, 2014, vol. 42, N° 3, p. 220-228.

MORENO DOMENE, Pilar; ESTÉVEZ LUCAS, Joaquín y MORENO RUIZ, José Antonio: Indicadores de Gestión Hospitalaria. En: Revista Sedisa s.XXI, 2010, N° 16.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La cirugía segura salva vidas. Alianza mundial para seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. [En línea]. 2008. Disponible en internet: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)

------. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. [en línea]. 1981 Disponible en internet: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>

SUTTON SERRA, Vicky, DOMÉNECH, Maite Solans y CARRERA, Mireia Espallargues. Eficiencia en la utilización de los bloques quirúrgicos. Definición de indicadores. [en línea]. 2011. Disponible en internet: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/310/browse?value=Espallargues-Carreras%2C+Mireia&type=author>

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Estudios de Postgrado, 2008.

## Anexo A. Formato de cancelación de cirugía Corporación IPS SALUDCOOP

FORMATO DE REGISTRO DE CANCELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

CLINICA SALUDCOOP BUCARAMANGA

NOMBRE DEL PACIENTE		IDENTIFICACION		EDAD	EPS			
Fecha:		HORA:		SALA No.:				
TIPO DE PROCEDIMIENTO		CIRUJANO:		ANESTESIOLOGO:				
INSTRUMENTADORA:		MEDICO AYUDANTE:		ENFERMERO JEFE:				
CAUSAS DE CANCELACION DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS								
COD	1. ATRIBUIBLE AREA ADMINISTRATIVA	X	COD	2. ATRIBUIBLE A CAUSAS MEDICAS	X	COD	3. ATRIBUIBLE AL PACIENTE	X
1.1	FALTA DE TIEMPO QUIRURGICO		2.1	ENFERMEDAD DEL PACIENTE		3.1	NO SE PRESENTO	
1.2	ERROR ADMISION Y/O PROGRAMACION		2.2	CANCELACION POR EL CIRUJANO	X	3.2	NO ASISTIO CONSULTA CIRUGIA	
1.3	FALTA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS		2.3	NO VALORACION PRE ANESTESICA		3.3	NO ASISTIO A VALOR. ANESTESIA	
1.4	FALTA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS		2.4	HISTORIA CLINICA INCOMPLETA		3.4	NO REALIZACION DE EXAMENES DE LABDRATO	
1.5	CANCELADA POR OFICINA DE PROGRAMACION DE CIRUGIA		2.5	PROLONGACION DE CIRUGIA Y/O COMPLICACIONES QUIRURGICAS		3.5	EL PACIENTE NO ACEPTO EL PROCEDIMIENTO	
1.6	PRESENTACION SIMULTANEA DE URGENC		2.6	EL PACIENTE NO REQUIERE PROCED. QX		3.6	EL PACIENTE FALLECIO	
1.7	NO DISPONIBILIDAD CAMA EN PISO		2.7	NO SE LOGRA REALIZAR INTUBACION DEL PACIENTE		3.7	NO PREPARACION ADECUADA DEL PACIENTE (AYUNO U OTROS)	
1.8	NO DISPONIBILIDAD DE CAMA EN UCI		2.8	ALTERACIONES EN LOS LABORATORIOS		3.8	PACIENTE SIN ESTUDIO CLINICOS RECIENTES	
1.9	INCAPACIDAD MEDICA DEL ESPECIALISTA		2.9	FALTA DE EXAMENES DE LABORATORIO NO SS EN VX MEDICA		3.9	SE OPERO EL PACIENTE DE URGENCIAS	
1.10	NO DISPONIBILIDAD CAMILLAS,		2.10	NO SOLICITUD DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS		3.10	Otras, cual?	
1.11	VERIFICACION AYUDAS DR INCOMPLETA PARA PROGRAMAR PROCEDIMIENTO QX		2.11	OTRAS, CUAL?		3.11		
1.12	otras, cual?		2.12					
OBSERVACIONES (amplie causa de cancelación)						No es consolidada en su totalidad		
FIRMA DE QUIEN NOTIFICA								

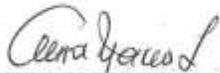
## Anexo B. Carta de autorización de manejo de datos

UNIVERSIDAD DE INDUSTRIAL SANTANDER  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACION DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

**CARTA DE AUTORIZACION DE MANEJO DE DATOS**

- **TITULO DE LA MONOGRAFIA:** análisis del indicador de cirugía programada de la corporación IPS SALUDCOOP Bucaramanga
- **DESCRIPCION:** la suspensión de cirugía es un problema cotidiano que afecta la calidad en la atención, el objetivo de este trabajo es conocer la incidencia y causas por las que se suspenden las cirugía programadas en el servicio de cirugía de la corporación IPS saludcoop Bucaramanga a través de la recolección de información del formato de cancelación de cirugía programadas por un periodo de tres meses que van desde octubre a diciembre de 2014, esto solo con fines académicos y poder brindar estrategias para disminuir dichas causas.
- **SERVICIO:** cirugía
- **INVESTIGADOR:** Cindy Claridza Salazar Angarita
- **FECHAS DE RECOLECCION DE DATOS:** octubre-noviembre-diciembre 2014 (formato de cancelación de cirugía programada)
- **CONFIDENCIALIDAD:** todo manejo de datos que puedan identificar algún tipo de situación interna serán manejados confidencialmente, estos datos serán usados única y exclusivamente para este análisis y para la retroalimentación a la institución.

\*Firma de autorización

  
AURA MARIA LATORRE GUERRERO  
GERENTE  
CORPORACION IPS SALUDCOOP BUCARAMANGA

