

Resultados globales en un hospital privado sobre su modelo de gestión quirúrgica

Global results in a private hospital on its management model in day surgery an inpatient surgery

A. Gironés Muriel¹, E. Matute¹, C. González Perrino¹, L. Serradilla Mateos², T. Molinero³, M. Mariné⁴

¹Adjunto al Servicio de Anestesiología. ²Supervisora de Enfermería del Área Quirúrgica. ³Jefe Servicio de Anestesiología. ⁴Director médico. Hospital La Moraleja. Madrid

Autor para correspondencia: agirones@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El entorno actual pone de manifiesto la necesidad de encontrar modelos de gestión sanitaria con calidad, eficientes y seguros. Las unidades de cirugía mayor ambulatoria se han convertido en un modo de gestionar parte de la actividad quirúrgica con esas características. Actualmente, sin una forma de acreditarlas oficialmente, existen variaciones sobre unas recomendaciones mínimas, originando diferentes modelos, consecuencia de adaptar dicha gestión quirúrgica a las especiales características que cada centro hospitalario tiene.

Material y métodos: Proponemos en el presente trabajo nuestro particular modelo de gestión quirúrgica, nacido de nuestras circunstancias, junto a los principales indicadores objetivos de actividad y de calidad, y que han originado el reconocimiento por parte de una auditoría externa tras valorar a 163 centros hospitalarios, de una manera voluntaria, gratuita y confidencial y en todo el territorio nacional.

Resultados: Nuestro modelo de gestión quirúrgica que integra, tanto la cirugía sin ingreso como la ambulatoria, basado en modelos de actuación coordinados sobre la misma estructura física y organizativa ha propiciado que un hospital, de tan solo 90 camas, consiga realizar 17.366 intervenciones anuales en base a una tasa bruta de ambulatorización del 78-80 %, con unos índices de calidad superiores a la media de otros hospitales, de similares características; una tasa bruta de mortalidad del 1,3 (0,802 si la ajustamos por riesgo), una tasa de complicaciones del 1,7 (1,04 si la ajustamos por riesgo) y una tasa de readmisiones a los 30 días de 2,9 (0,83 ajustado por riesgo).

Conclusiones: A pesar de que múltiples autores proponen estructurar la cirugía ambulatoria en forma de unidades autónomas y satélites como forma de obtener una relación costo-efectiva más favorable, creemos que el modelo quirúrgico que se realiza en nuestro hospital es perfectamente válido y asimilable por otros hospitales que, como el nuestro, no tengan las posibilidades de modificar o reformar sus instalaciones para adecuar unidades independientes.

Palabras clave: cirugía ambulatoria, modelo de gestión, indicadores de gestión.

ABSTRACT

Introduction: The actual environment outlines the need of finding high quality management models that are efficient and safe. Ambulatory surgery facilities have become a way of managing part of the surgical activity with such features.

Nowadays, with no means of formal accreditation, multiple variations exist on what should be considered minimum recommendations for this type of facility. This results in different models, as a consequence of adapting such surgical management to the special features that each hospital possesses.

Materials and method: In our present study, we present our own surgical management model, adapted to fit our circumstances. We also present main objective quality indicators for surgical activity that have earned us recognition from an external audit that assessed 163 hospital facilities voluntarily, confidentially and wantonly across the country.

Results: Our surgical management model includes day surgery and inpatient surgery and is based on performance models coordinated on the same physical and organizational structure. This has enabled a hospital facility of only 90 beds to achieve 17,366 surgeries a year, with a gross rate of ambulatory surgery of 70-80% and with quality indicators above the majority of hospitals with similar characteristics.

The complication rate was of 1,7 (1,04 if adjusted to risk) and the readmission rate in 30 days was of 2,9 (0,33 if adjusted to risk).

Conclusions: Although some authors propose structuring day surgery in independent and satellite units, as a way of obtaining a more favorable cost-effective relation, we believe that the surgical model that operates in our hospital is perfectly valid and reproducible by other hospital centers that, as in our case, do not have the possibility of modifying their facilities to create independent units.

Key words: Day surgery, management model, quality indicators.

INTRODUCCIÓN

La situación actual de crisis económica ha puesto el foco de atención en modelos asistenciales sanitarios que consigan ofertar unos servicios de salud eficientes, asumibles en sus costes y que proporcionen la adecuada calidad y seguridad a los pacientes. Dentro de estas formas de gestión de recursos hospitalarios, las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA) se han convertido en paradigma del modelo asistencial eficiente. En nuestro país, este modelo de gestión empezó su andadura con la publicación por parte de Rivera y cols. (1) en 1988 del primer trabajo sobre cirugía ambulatoria, un trabajo no entendido en su momento pero que abrió las puertas a las unidades de CMA con la creación de la primera unidad autónoma en Barcelona en 1999.

En la actualidad, aunque este modelo está reconocido y aceptado, no presenta ningún sistema de acreditación específico a nivel nacional, existiendo, sin embargo, una serie de estándares y recomendaciones que, sin tener un carácter normativo, pues no establecen requisitos mínimos para una acreditación oficial, son de gran ayuda para una profundización y mejora en las condiciones de seguridad y calidad asistencial. La elaboración de una guía de la cirugía mayor ambulatoria por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo publicada en 1993, y su posterior manual en 2008, fue la base sobre la que construimos una estructura de ambulatorización quirúrgica, o cirugía sin ingreso, con modificaciones para integrarla a las circunstancias propias de nuestro hospital y nuestro entorno (2). Dicho modelo ha ido obteniendo muy buenos resultados, pudiendo valorarse objetivamente en base a los criterios estadísticos que ofrecemos.

El objetivo de este trabajo es la presentación de la experiencia del modelo asistencial quirúrgico seguido en nuestro hospital, un centro de ámbito privado inaugurado en 2005. A pesar de contar con una gran carga asistencial, se ha posicionado como uno de los mejores centros hospitalarios

privados de tamaño mediano en cuanto a gestión hospitalaria global y a la gestión quirúrgica sin hospitalización¹, obteniendo un reconocimiento por ello.

MATERIAL Y MÉTODOS

Obtención y clasificación de resultados

El programa de hospitales TOP es una iniciativa que la empresa IASIST, perteneciente a la división médica CMP-Médica de la compañía UBM (United Business Media, una compañía líder mundial de medios de comunicación), ofrece a los hospitales que lo desean una forma de evaluar su actividad. De manera voluntaria, anónima, gratuita y con resultados confidenciales (pues no se publica ni la lista de participantes ni los datos individuales por hospital) se ofrece una valoración objetiva de la labor asistencial mediante los datos cuantitativos disponibles aportados. El programa muestra los valores conseguidos por los centros que han alcanzado en su conjunto las mejores posiciones en los indicadores de evaluación utilizados (los mejores de cada nivel de hospitales forman el grupo Benchmark), siendo estos valores un referente para el resto de centros hospitalarios en su camino hacia la excelencia del servicio.

En su 12.^a edición, para el año 2011, los datos ofrecidos reflejan una muestra representativa del sistema sanitario actual. Se han valorado 163 centros hospitalarios distribuidos por todo el territorio español, de los cuales, 37 hospitales (un 22 % del total) corresponden a centros privados, los 126 restantes son de ámbito público y suponen por sí mismos el 47 % del total de centros del Sistema Nacional de Salud Pública (SNS) (3).

Para el análisis de resultados se ha realizado como paso previo una clasificación de los centros, puesto que la diversidad existente en cuanto a carteras de servicios, dimensiones y complejidad de procesos influía en la valoración de los resultados.

¹ El hospital ha recibido el premio TOP 20 a la gestión hospitalaria global dentro de la categoría de centros hospitalarios privados medianos, según el ranking de hospitales que elabora anualmente la consultora independiente IASIST.

Como primera clasificación se dividió en dos grandes grupos a los centros según su financiación, incluyéndose en el grupo de hospitales del SNS a aquellos que superan en un 70 % el número de pacientes financiados por el estado o sus administraciones. El dimensionamiento de los centros, tanto públicos como privados, en base al número de camas tal y como lo hace actualmente el Ministerio de Sanidad (4) ha sido mejorado con la inclusión de parámetros como el nivel de docencia, la inclusión de especialidades de referencia en la cartera de servicios, número de altas hospitalarias, número de urgencias y el volumen del personal contratado (5).

Teniendo en cuenta estos datos se han establecido 8 grupos (Tabla I). Dentro del SNS se incluyen como hospitales de referencia a aquellos que cuentan con las especialidades de cirugía cardíaca, cirugía torácica y neurocirugía y que presenten un número mínimo de residentes de especialidades hospitalarias en formación. La inclusión de los centros en el grupo de grandes hospitales de referencia se realiza cuando cumplen las anteriores condiciones y además ofrecen en su cartera de servicio el trasplante de órganos. El resto de los hospitales del SNS se han clasificado en tres grupos según el volumen de su actividad quirúrgica. El número de altas sin ingreso (CSI), más las altas de la cirugía hospitalizada, excluyendo de las mismas aquellas relacionadas con el parto y los neonatos sanos, nos dan un intervalo para clasificar como hospitales públicos de nivel intermedio a aquellos que presentan entre 7.000 y 12.000 altas, incluyéndose en el grupo de grandes hospitales y de pequeños hospitales a los que estén por encima y por debajo de tales cifras respectivamente.

En cuanto a los hospitales privados, se han considerado grandes hospitales privados a aquellos que cuentan con servicios denominados de referencia (cirugía cardíaca, torácica y neurocirugía). Los hospitales privados pequeños y los medianos son clasificados según alcancen o no la cifra de 6.000 altas hospitalarias anuales, excluyendo las altas relacionadas con el recién nacido sano y los partos.

Estructura hospitalaria

Nuestro hospital se inauguró en el año 2005 y cuenta con 90 camas de hospitalización, 10 camas de cuidados intensivos para adultos, 10 camas de recuperación postquirúrgica, 8 camas de cuidados intensivos pediátricos y 9 de cuidados intermedios neonatales. La labor asistencial del servicio de anestesiología se desarrolla en cuatro zonas parcialmente diferenciadas físicamente, aunque integradas todas en el circuito quirúrgico hospitalario. Comparten la misma estructura organizativa, sin existir una especialización por parte del personal facultativo, incluida la actividad ambulatoria.

El hospital, de ámbito privado, da servicio a sus asegurados en una zona de influencia que está calculada en unas

150.000 pólizas. Entre su cartera de servicios consta de una unidad de neurocirugía y una de cirugía torácica. El hospital atendió en 2011 a 117.622 urgencias anuales, realizándose 17.366 intervenciones quirúrgicas repartidas entre las diferentes zonas de actuación (Tabla II).

Estas zonas de actuación quirúrgicas, donde anestesiología desarrolla su labor principal, son: a) la zona quirúrgica propiamente dicha, que consta de 6 quirófanos; b) la zona obstétrica con 6 salas de dilatación y 2 quirófanos, lugar donde se desarrolla la asistencia al parto, incluidas las cesáreas; c) la zona técnica constituida por 3 salas es el medio físico donde se realizan las intervenciones endoscópicas digestivas, las fibrobronoscopias, así como las intervenciones de cirugía menor que requieren anestesia local con nula o mínima sedación, y d) la zona de radiología intervencionista, donde se desarrollan procedimientos que también necesitan de un adecuado servicio anestésico.

Circuito quirúrgico ambulatorio (Fig. 1)

Aunque la actividad quirúrgica del hospital es eminentemente ambulatoria, no existe un circuito específico para tal efecto debido a las circunstancias de adecuación del espacio disponible. Por tal motivo, la estructura para la ambulatorización está compartida con el resto de recursos hospitalarios. El recorrido de un paciente para realizar cualquier intervención, ya sea hospitalaria o ambulatoria, es compartido salvo



Fig. 1. Circuito quirúrgico ambulatorio.

TABLA I
DATOS COMPARATIVOS DE HOSPITALES DEL SNS PÚBLICA Y PRIVADA**

	Hospitales sistema nacional de salud	Hospitales generales pequeños	Hospitales generales medianos	Grandes hospitales generales	Hospitales con especialidades de referencia	Grandes hospitales de referencia	Hospitales privados pequeños	Hospitales privados medianos	Hospitales privados grandes	Hospital Sanitas la Moraleja
Estructura										
Camas	...	87	166	334	544	897	74	140	159	90
Residentes familia	...	5	7	18	31	21	21	25	95	0
Residentes otras especialidades	...	0	7	43	157	313	0	0	0	2
Facultativos	...	69	133	257	399	652	0	0	0	
Personal total	...	341	643	1.356	2.235	3.808	183	327	533	
Actividad										
Altas totales	...	6.373	12.956	23.604	33.567	50.003	17.366*
Altas hospitalización	...	3.777	7.894	14.666	22.854	33.486	2.939	7.337	9.966	7.204
Urgencias	...	30.934	52.898	83.062	11.8213	168.100	15.642	45.168	55.987	117.622
Estancia media bruta	...	5,5	5,2	5,8	6,2	7,2	3,5	3,7	3,9	5,06
Cirugía sin ingreso										
Intervenciones CSI	...	1.380	2.945	3.914	5.957	7.801	1.056	2.988	5.282	4.824
Tasa cirugía sin ingreso bruta %	63,4	69,3	67,9	67,5	60,6	63,4	44,1	57,6	61,3	78,3
Índice CSI ajustado por riesgo	1,08	1,11	1,14	1,06	1,06	1,1	0,78	1,04	1,27	1,42
Índice hospitalización evitable ajustado por riesgo	1,02	1,1	1,03	0,96	1,06	0,95
Indicadores de calidad										
Tasa bruta mortalidad	...	4,3	3,6	3,7	3,3	3,6	1,1	1,7	2,2	1,3
Índice mortalidad ajustada por riesgo	0,91	0,93	0,97	0,84	0,88	0,93	0,69	1,11	1,07	0,802
Tasa bruta complicaciones	...	2,4	3	4,11	3,6	5,2	1,1	1,2	2,1	1,7
Índice complicaciones ajustado por riesgo	1,02	1,04	0,9	1,11	0,99	1,05	1,1	0,95	1,14	1,04
Tasa bruta de readmisiones urgentes a 30 días	...	4,9	4,9	5,4	4,5	4,3	1,7	2,1	2,7	2,9
Índice readmisión ajustado por riesgo	0,96	0,91	0,92	1,01	0,96	0,98	0,8	1,07	1,07	0,83

** Datos promedio según informe TOP 11.

* Datos primarios del hospital según programa HP-His.

TABLA II
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA 2011

ÁREA OBSTÉTRICA	2.427	
Partos	1.587	65,3 % de partos
Cesáreas	560	23,07 % de partos
Área reproducción asistida	280	
ÁREA QUIRÚRGICA	8.129	
Anestesia generales	4.776	58,7 % de la actividad en quirófano
Anestesia troncal/regional	342	4,2 % de la actividad en quirófano
Anestesia local con sedación	2.556	31,4 % de la actividad en quirófano
No recogidas	453	5,57 %
ÁREA SALA TÉCNICA	5.904	
Endoscopias	4.437	
Fibrobronoscopias	45	
Cirugía con anestesia local	1.422	
ÁREA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	906	
Radiología intervencionista coronaria	335	
Tratamiento dolor crónico	396	
Otros	175	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS TOTALES	17.366	
Datos recogidos programa gestión interna HIS-HP Hewlet packard y base datos interna del servicio de anestesiología.		

en el tramo final. Asimismo, tampoco está diferenciada la admisión de pacientes susceptibles de presentar cirugía sin ingreso de los que van a ser hospitalizados. La organización y coordinación del personal, tanto facultativo como auxiliar, es también global, para toda la actividad quirúrgica.

A diferencia de otros modelos de ambulatorización, a nivel anestésico, no hay una selección protocolizada previa de pacientes susceptibles de evitar ingreso hospitalario. En la consulta de preanestesia se informa al paciente de las posibilidades de evitar el ingreso en todas aquellas intervenciones que serían susceptibles de serlo, excluyendo, lógicamente, a pacientes ASA IV y cirugías que requieran necesariamente de cuidados postquirúrgicos específicos hospitalarios (6). A efectos de un control de disposición de camas, sí se realiza una preselección por parte de cirugía, que hay que confirmar tras realizar la intervención, aunque informamos al paciente que la decisión final es una decisión consensuada entre el cirujano, el anestesiólogo responsable y él mismo, y que dicha decisión depende no solo de sus circunstancias médico-sociales previas, sino también de las propias circunstancias intraoperatorias y postquirúrgicas.

En pacientes dudosos, dicha decisión se realiza de manera flexible y bajo una fluida información entre los distintos equipos quirúrgicos y el servicio de anestesiología, especialmente en los casos no tan evidentes.

Por tanto, en la consulta de preanestesia, junto al debido informe preanestésico, se exponen los riesgos y beneficios de todas las posibles técnicas que se podrían realizar, dejando la decisión última de la ambulatorización a todo el equipo implicado y al paciente, decisión que se confirma en la sala de recuperación postanestésica (URPA).

El paciente, tanto el ambulante como el hospitalizado, llega al lugar donde se desarrolla la intervención desde las tres áreas consideradas prequirúrgicas. Desde la propia urgencia, desde las camas de hospitalización, o desde la zona de preadmisión, constituida esta por 8 estancias, donde el paciente ingresa desde su domicilio horas antes (Fig. 2). Tras finalizar la intervención, el paciente pasa o bien a las unidades de cuidados intensivos, o a la zona de recuperación postanestésica (Fig. 3). Desde esta zona, y tras cumplir criterios de alta por parte de nuestro servicio, el paciente se



Fig. 2. Sala pre-quirúrgica.

dirige hacia su habitación ya confirmada, o bien, si se opta por la ambulatorización, es trasladado a la zona adyacente de adaptación al medio (SAM) (Fig. 4). Allí se realizan la tolerancia y deambulación, se constata el cumplimiento de los criterios de alta con la ausencia de sangrado, ausencia de náuseas y control del dolor, haciéndose efectiva el alta hospitalaria bajo supervisión del servicio de anestesiología. Aunque el análisis pormenorizado de las distintas técnicas aplicadas para la ambulatorización no entra dentro del presente trabajo, sí exponemos algunas conclusiones que nos parecen importantes, puesto que un porcentaje significativo de las causas que impiden la ambulatorización (dolor, vómitos, bloqueo motor, etc.) dependen en gran medida de nuestra actuación anestésica.

Un porcentaje muy alto de la CMA se realiza en nuestro hospital bajo anestesia general, coadyuvado en gran medida con técnicas de analgesia loco-regional. Esta técnica anestésica se sobrepone a otras, como las clásicas anestésicas neuroaxiales. Dentro de las diferentes técnicas anestésicas generales, el uso de técnicas inhalatorias, balanceadas o VIMA está muy difundido, sin perjuicio de un supuesto empeoramiento de los tiempos medios quirúrgicos ni de un retraso en el alta por náuseas y vómitos (7). Se ha integrado también, dentro de los protocolos clínicos, la tolerancia precoz, especialmente en el paciente pediátrico. Asimismo, el alta precoz, con tiempos de recuperación menores de tres horas, es una práctica habitual. Esto es posible por una disminución significativa del consumo de relajantes musculares y de opiáceos que nos aportan las diferentes técnicas inhalatorias.

RESULTADOS

El análisis de IASIST TOP, que estudia los valores aportados por los distintos hospitales durante 2011, ha estu-



Fig. 3. Sala de recuperación postanestésica.

diado ocho indicadores para valorar la actividad global: a) calidad (mortalidad, complicaciones, readmisiones); b) funcionamiento (cirugía sin ingreso y hospitalizaciones evitables), y 3) eficiencia económica (estancias, productividad y coste). El galardón obtenido por el Hospital Sanitas La Moraleja es el resultado de los datos obtenidos. Estos datos reflejan, por ejemplo, un índice de mortalidad global un 25 % inferior si se compara con la media del resto de hospitales analizados dentro de la misma clasificación. Del igual modo, los datos demuestran una reducción de un 15 % menos de complicaciones y un 13 % menos de readmisiones cuando son comparados en las mismas circunstancias (4).

Cuando estudiamos la comparativa en conjunto, podemos ver cómo la estructura de nuestro hospital se enmarcaría dentro de los hospitales pequeños, por sus ratios de camas,



Fig. 4. Sala readaptación al medio.

personal y formación en residentes (Tabla I). En cambio, cuando comparamos parámetros de actividad, el hospital presenta unos valores similares a los hospitales medianos, tanto privados como públicos, contando con un número de intervenciones quirúrgicas y de urgencias brutas análogas a la de los grandes hospitales de referencia, con 17.366 intervenciones anestésicas anuales y 117.622 urgencias. Llama la atención una estancia media superior a la media de los hospitales privados, cuya explicación pudiera ser por la mayor complejidad de los procesos y por la marcada disminución de las estancias de un día y, por tanto, con una sobreponderación de la estancia media.

Estos datos no están reñidos con los índices de calidad comentados anteriormente, puesto que el hospital presenta una índice de mortalidad bruta en su conjunto del 1,3 %, siendo del 2,0 % la media estándar. Asimismo, la tasa de mortalidad ajustada por riesgo es del 0,8026. Las complicaciones se presentan con una tasa bruta del 1,7 %, con un índice ajustado por riesgo de 1,0438. Finalmente, la tasa bruta de readmisiones a los 30 días post-alta es del 2,9 % con un índice ajustado por riesgo del 0,8378. Estos datos están avalados por una calidad de datos tras estudiar 11.844 altas que ofrecen un 0,0 % de episodios con diagnóstico preoperatorio (DP) inválidos o procedimientos no válidos, o un 0,8 % de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) inválidos o con patología quirúrgica no relacionada.

Los datos obtenidos de la cirugía sin ingreso (Tabla I) demuestran que aunque el hospital no cuenta con estructuras funcionales dedicadas exclusivamente a la CMA, la ambulatorización es, sin duda, sobresaliente. El bajo ratio de camas por intervención nos ha empujado a alcanzar unas tasas de sustitución ambulatorias que rondan los últimos años el 78-80 %, (78,3 % en 2010), siendo un 17 % superiores a la media de hospitales con similares niveles de actividad quirúrgica, con un número de cirugías sin ingreso de 4.824 intervenciones anuales. Presentamos unos índices de cirugía sin ingreso ajustados por riesgo de 1,42, lo cual es aproximadamente un 28 % superior a la media de los hospitales medianos del SNS. Con ello se ha contabilizado un ahorro de 330,8 estancias hospitalarias respecto a la media durante el año 2010.

DISCUSIÓN

Los avatares económicos de nuestro entorno ponen de relieve la importancia de encontrar modelos asistenciales sobresalientes en cuanto a coste y efectividad, es decir, modelos eficientes conservando los criterios más estrictos de calidad. A pesar de que múltiples autores proponen estructurar la cirugía ambulatoria en forma de unidades autónomas y satélites como forma de obtener una relación costo-efectiva más favorable (8), creemos que el modelo quirúrgico que se realiza en nuestro hospital es perfectamente válido y asimilable por otros hospitales que, como el nuestro, no tengan las posibilidades de

modificar o reformar sus instalaciones para adecuar unidades independientes.

La tendencia mundial en cuanto al número de camas de ingreso por habitante es a disminuir tal proporción. En España, esa proporción ha aumentado de 3,2 a 3,4/1.000 habitantes en 2009 (9). Creemos que el número de camas no puede ser un indicador de las capacidades reales de un centro hospitalario, y nuestros datos dan prueba de ello. Un hospital de 90 camas de hospitalización que realiza unas 17.300 intervenciones quirúrgicas y más de 117.000 urgencias es sostenible por la potenciación y mejora de la cirugía sin ingreso. Por ello, aunque estamos de acuerdo en la conveniencia de tener instalaciones específicas, no lo consideramos imprescindible para desarrollar una buena actividad quirúrgica ambulatoria. Creemos que es más importante conseguir integrar unas guías clínicas consensuadas entre todo el personal implicado, tanto cirujanos como anestesiólogos, enfermería y dirección. Asumir por todos esas formas de actuar conforma un grupo cohesionado, con una estructura funcional basada en un personal altamente motivado, coordinado, formado y con un *hábito ambulatorio*. La aplicación de horarios flexibles de ambulatorización, que van incluso hasta las 00:00 horas si el paciente lo desea, la elección de técnicas tanto anestésicas como quirúrgicas no excluyentes y enfocadas a una recuperación anestésica precoz, entre otras, nos lleva a obtener una tasa de sustitución en cirugía ambulatoria en torno al 80 % con muy buenos resultados en cuanto a reingresos y complicaciones.

Aun así, creemos que el trabajo no está hecho, y que es necesario reformar y cambiar conceptos, aprender de otros modelos y adaptarlos a nuestras especiales características, incorporando nuevas técnicas y mejorando lo que tenemos, todo en beneficio de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía mayor ambulatoria. Estudio piloto. *Cir Esp* 1988;44:865-74.
2. Terol García E. Unidad de Cirugía Mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
3. Hospitales TOP 20 2011. Informe anual. IASIST UBM-Médica.
4. Clasificación de hospitales públicos españoles mediante el uso del análisis de conglomerados, realizado por el Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y gestión de la Universidad de las Palmas. Publicado por el Ministerio de Sanidad (2007).
5. Hospitales TOP 20 clasificación de hospitales. Actualización del algoritmo. Julio 2011, IASIST. UBM Médica.
6. Listado A y B de ambulatorización según los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Coordinación Enrique Terol García.
7. Perrino CG, Gironés Muriel A, Puertas J. ¿Qué puede aportar la anestesia inhalatoria a la CMA? Marzo 2010. *Anestesiari.org*
8. Development of the health Resources Administration USA. Comparative evaluation of cost, quality and system effects of ambulatory surgery performed in alternative settings. Final report submitted to Bureau of Health Planning and Resources; 1997.
9. Página web del ministerio de Sanidad y Política Social.

