

Aplicación de un modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.

Application of a model for the improvement of care in major outpatient and short-stay surgery.

DrC. Javier Cruz Rodríguez¹

DrC. Abraham Dimas Reyes Pérez²

MSc. Jaime Cándido Monteagudo Ramírez³

Dr.C. María del Carmen Rodríguez Fernández⁴

MSc. María Margarita Ríos Cabrera⁵

¹ Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”/ Servicio Cirugía General, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: javiercruzr@infomed.sld.cu

² (Jubilado) Hospital Militar “Comandante Manuel Fajardo Rivero”/ Servicio Cirugía General, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: abrahamdimas.2019@gmail.com

³ Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”/ Servicio Cirugía General, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: monteagudoramirez@gmail.com

⁴ (Jubilada) Universidad Central “Marta Abreu de Las Villas”/ Facultad Ciencias Económicas, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: mcarmen@uclv.cu

⁵ Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”/ Departamento de Docencia e Investigaciones, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: mariamrc@infomed.sld.cu

Introducción: Se han evidenciado dificultades en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud en el proceso de atención a pacientes en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía que atentan contra calidad del servicio. En respuesta se diseñaron propuestas asistenciales (un modelo teórico-asistencial, un manual para la organización procedimental y un modelo de historia clínica) en etapas investigativas anteriores. **Objetivo:** Evaluar la satisfacción y calidad percibida por pacientes y familiares con la aplicación de propuestas diseñadas. **Método:** Se realizó un estudio cuasi-experimental desde enero de 2016 hasta marzo de 2019 en Santa Clara, mediante la aplicación de las propuestas para comparar el efecto que produce la manipulación de la variable independiente (modelo asistencial con sus contribuciones prácticas) sobre las variables dependientes (satisfacción y calidad percibida en pacientes y familiares). Se aplicó un diseño con preprueba, posprueba y grupo de control en los pacientes con antecedentes de intervención quirúrgica electiva por esas modalidades. Para pacientes sin este tipo de cirugía previa y para los familiares se emplearon diseños sólo con posprueba y un grupo de control. La inclusión de los sujetos a los grupos se basó en la procedencia del área de salud (tres aportaron al experimental y tres al control). **Resultados:** Se obtuvieron niveles más favorables en la satisfacción y percepción de la calidad en los pacientes y familiares de los grupos experimentales. **Conclusiones:** La aplicación del modelo diseñado y las propuestas de carácter práctico contribuyeron al logro de elevados niveles de satisfacción y calidad percibida en pacientes y familiares.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria, cirugía de corta estadía, organización y administración, modelo, salud pública.

I. INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) constituye una forma organizativa de atención multidisciplinaria que se ha definido como los procedimientos o intervenciones mayores en pacientes seleccionados que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, posibilita que el paciente retorne a su domicilio el mismo día de la intervención sin necesidad de realizar su hospitalización.⁽¹⁻³⁾ Por otra parte, se entiende como cirugía de corta estadía (CCE) a aquellos programas de trabajo de cirugía mayor en los que se requiere de estancias entre uno y tres días.^(1,2)

Su desarrollo se ha visto condicionado por el aumento de la expectativa de vida de la población y la crisis económica mundial, y favorecida por la introducción de nuevos fármacos anestésicos y la cirugía endoscópica⁽¹⁾; y viabilizado por sus ventajas económicas dadas en la reducción de los costos hospitalarios estimados entre el 25-68%.^(4,5) Su rápida difusión también obedece a ventajas que han sido ampliamente abordadas y consisten en el acortamiento del tiempo en lista de espera; el aumento de la disponibilidad de camas hospitalarias para hacer frente a otros tipos de demandas sanitarias; la disminución del riesgo de infección nosocomial y ansiedad en el paciente; la incorporación más rápida del paciente al medio familiar, laboral y social y su atención más personalizada; que contribuye a una mayor motivación profesional y de los usuarios y satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece.^(1,6-9)

En los últimos años la CMA ha experimentado un notable crecimiento a nivel mundial, considerándose que pueden constituir el 80% de las cirugías electivas.⁽¹⁰⁾ En el año 2018 en Cuba fueron reportadas como ambulatorias el 55,4% de las intervenciones quirúrgicas mayores.⁽¹¹⁾

No obstante su desarrollo, difusión y aceptación, existen insatisfacciones en la población por varios factores, como la falta de continuidad en la atención, la cual se interrumpe frecuentemente cuando el paciente ingresa en un hospital. En acercamientos a esta temática, autores como Cruz⁽¹²⁾, Cousin⁽¹³⁾ y Gutiérrez⁽¹⁴⁾ han planteado la existencia de dificultades en su ejecución, principalmente dadas por la deficiente comunicación y coordinación entre estos niveles primario y secundario de atención. En trabajos más recientes López⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ planteó que, pese a la implementación y desarrollo de un sistema de salud integrado en Cuba, existen dificultades en la implementación de programas verticales que no se integran con la práctica del primer nivel de atención.

La presente obra es consecuencia del trabajo realizado por un equipo de investigadores que incluyó profesionales de varias instituciones de los niveles primario y secundario de salud, así como de otras no pertenecientes a este sector en el proyecto «Modelo para el perfeccionamiento asistencial en CMA y CCE» del Hospital Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro» de Santa Clara. En etapas precedentes del proyecto se identificaron la necesidad del perfeccionamiento del proceso de atención a los pacientes en esas modalidades quirúrgicas basado en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud⁽¹⁸⁾, se diseñó un modelo teórico-asistencial, acompañado de propuestas de carácter práctico (un manual para la organización procedimental y un modelo de historia clínica para esta actividad). Estas propuestas, evaluadas por expertos que coincidieron en su calidad, pertinencia y posibilidades de implementación⁽¹⁹⁻²¹⁾, pueden consultarse íntegramente al examinar las referencias correspondientes.^(19,21,22)

Con el presente trabajo se procura exponer las experiencias iniciales en la evaluación de la satisfacción y calidad percibida por los usuarios del servicio con la aplicación experimental del modelo teórico-asistencial y las propuestas de carácter práctico.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio cuasi-experimental, que se extendió desde el 4 de enero de 2016 hasta el 29 de marzo de 2019, mediante la aplicación de las propuestas con el propósito de comparar el efecto que produce la manipulación de la variable independiente (modelo asistencial -con sus contribuciones prácticas-) sobre las variables dependientes (satisfacción y calidad percibida en pacientes y familiares). La manipulación de la variable independiente alcanzó dos niveles en la investigación: presencia y ausencia.

Se pretendió incluir a la totalidad de los pacientes residentes en el municipio Santa Clara, disponibles por haber sido atendidos e intervenidos quirúrgicamente de manera convencional por CMA y CCE durante el período comprendido en esta etapa por los médicos de especialidades quirúrgicas de los hospitales «Arnaldo Milián Castro» y «Comandante Manuel Fajardo Rivero» que, como miembros del proyecto de investigación, realizaron esa función. La inclusión de los pacientes y su familiar acompañante en un grupo experimental (GE) o en un grupo de control (GC), se basó en la procedencia del área de salud (de las seis áreas de salud del municipio Santa Clara, tres aportaron pacientes al GE y las otras tres al GC); asimismo fueron fijados criterios de exclusión en atención al propósito de la investigación: 1.- Paciente o acompañante que se negase a participar en la investigación o a continuar en ella antes de su culminación; 2.- Paciente y acompañante que no contasen con teléfono para facilitar la entrevista o imposibles de localizar por cualquier causa; 3.- Paciente que falleciera o se trasladara hacia otra área de salud, municipio, provincia o país antes de culminar su participación en el estudio; 4.- Paciente o acompañante que hubiese participado en alguna investigación semejante o con conocimientos relacionados sobre esta.

Como preparación al estudio, durante el año 2015, se procedió a la coordinación con los directivos de los tres centros del nivel primario que aportarían al GE. Seguidamente, en las reuniones ordinarias de los 10 grupos básicos de trabajo involucrados, se presentó y explicó el proyecto. Se entregó un material impreso para la autopreparación de los médicos y enfermeras de la familia de los 156 consultorios correspondientes. Dicho material consistió en una sinopsis de la investigación que contenía su fundamentación, el flujograma del paciente quirúrgico en CMA y CCE, el modelo asistencial propuesto, y las aclaraciones e instrucciones para la utilización del modelo de historia clínica diseñada. Fueron explicitados todos los aspectos que incluye para lograr su comprensión, facilitar la autopreparación y su utilización (de ser preciso), así como para procurar una retroalimentación en relación a posibles necesidades no previstas inicialmente y que requirieran ser consideradas. También se concedió acceso al manual.

Se aplicaron simultáneamente para pacientes y familiares dos tipos de diseños cuasi-experimentales. En pacientes sin antecedentes de intervención quirúrgica en CMA o CCE se empleó un diseño con un GE y un GC con posprueba únicamente. El GE fue conformado por 78 pacientes y el GC por 96. En los pacientes con antecedentes de intervención quirúrgica electiva por CMA o CCE se usó un diseño con preprueba, posprueba y un GC. El GE quedó conformado por 40 pacientes y el GC por 52. Para los familiares se recurrió a un diseño con posprueba únicamente y un GC. El GE quedó integrado por 117 miembros y el GC por 143. Aunque se procuró incluir un familiar acompañante por cada paciente, en seis casos no fue posible contactar con ellos; éstos se correspondían con pacientes con experiencia en CMA o CCE (uno del GE y tres del GC) y dos con pacientes sin experiencia en CMA y CCE del GC.

Los pacientes involucrados en ambos grupos del proceso investigativo fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar enfermedades herniarias, ginecológicas o litiasis vesicular; sus edades se encontraron comprendidas entre los 19 y los 76 años.

Los instrumentos quedaron constituidos por una pregunta para determinar la satisfacción y otra en la que se indagó sobre la calidad percibida mediante 12 indicadores a evaluar. Para obtener la información reque-

rida se aplicó una encuesta en la primera consulta preoperatoria a los pacientes de los GE y GC a los que correspondía la preprueba (al definirse su intervención). Como procedimiento en la realización de la posprueba a todos los pacientes y su familiar acompañante, se distribuyó una guía para la entrevista telefónica y su explicación oral a fin de asegurar su comprensión total (en la primera consulta posquirúrgica en el nivel secundario de atención). En el procedimiento descrito se valoró el análisis de las ventajas (atención personalizada con acceso a todos los pacientes y familiares de la muestra, rapidez en la recepción de la información por vía telefónica, probable mayor sinceridad, amplitud y seguridad en las respuestas al disponer de mayor espacio temporal para reflexionar en las valoraciones a ofrecer). La entrevista se efectuó por el investigador principal en el transcurso de los 15 días posteriores a la primera consulta posquirúrgica.

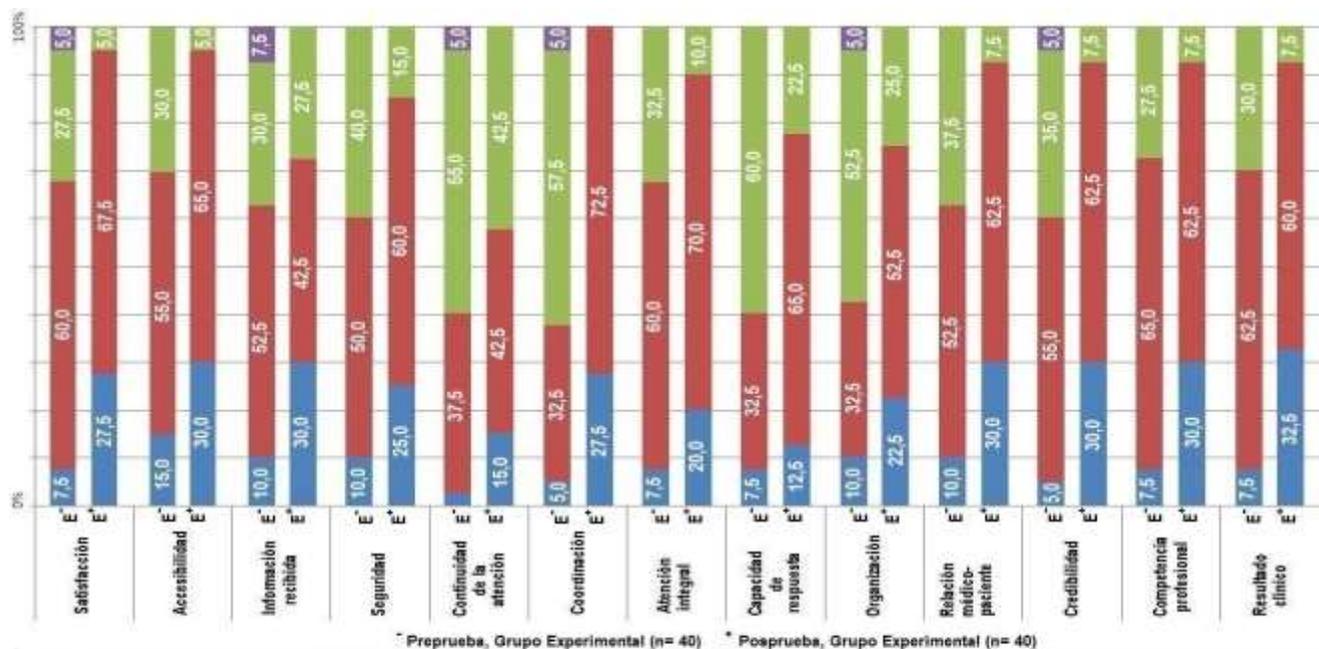
La satisfacción fue evaluada mediante una escala ordinal (Insatisfecho, Poco satisfecho, Satisfecho, Bastante satisfecho y Muy satisfecho) y los indicadores de calidad percibida (Accesibilidad, Información recibida, Seguridad, Continuidad en la atención, Coordinación, Atención integral, Capacidad de respuesta, Organización, Relación médico-paciente, Credibilidad, Competencia profesional y Resultado clínico) también fueron evaluados mediante una escala equivalente (Mucho peor de lo que esperaba, Peor de lo que esperaba, Como lo esperaba, Mejor de lo que esperaba y Mucho mejor de lo que esperaba).

Para las comparaciones entre los GE y GC, tanto en la preprueba realizada a los pacientes como en las pospruebas a pacientes y familiares, se aplicó la Dócima U de Mann-Whitney para dos muestras independientes; para la comparación entre los resultados de la preprueba y la posprueba en el GE de los pacientes con experiencia en CMA o CCE se utilizó la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. En el empleo de estas pruebas se utilizó el paquete estadístico el SPSS versión 20.0. Al aplicar ambas pruebas se tuvo en cuenta un nivel de significancia de 0,05. Se asumió, como hipótesis nula, que las distribuciones de las dos poblaciones no difieren (no existen diferencias en las evaluaciones de la satisfacción y los indicadores de calidad percibida entre los pacientes de los GE y GC) y como hipótesis alternativa, lo opuesto.

A los pacientes y familiares participantes se les garantizó anonimato y se les aseveró que su decisión de participar o no, así como los criterios que emitiesen, no influirían en la atención que les sería prestada.

III. RESULTADOS

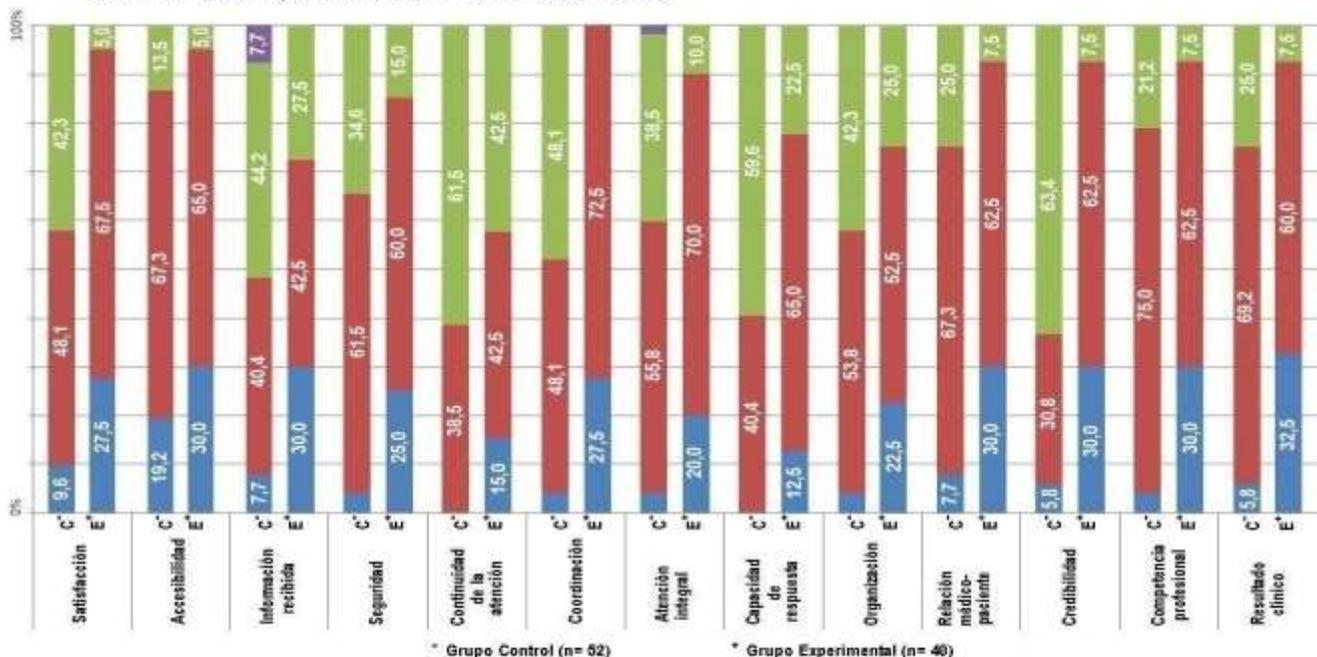
Los resultados de la preprueba aplicada a los GE y GC de pacientes con experiencia en CMA o CCE; se apreciaron criterios similares en la valoración de la satisfacción y de los indicadores de calidad percibida. Ello se corroboró con la obtención de resultados que no permitieron rechazar la hipótesis nula al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes. En el gráfico 1 se muestran los resultados comparativos de las valoraciones ofrecidas por los pacientes con experiencia en CMA o CCE del GE en la posprueba respecto a la preprueba. Se empleó la prueba estadística Wilcoxon para dos muestras relacionadas lo que permitió rechazar la hipótesis nula y corroborar que existen diferencias significativas en los resultados de satisfacción y calidad percibida con la aplicación de los resultados científicos propuestos. En el gráfico 2 se muestran los resultados comparativos de las valoraciones ofrecidas en la posprueba por los pacientes con experiencia en CMA o CCE de GE y GC. Se empleó la prueba U de Mann-Whitney lo que permitió rechazar la hipótesis nula y corroborar que existen diferencias significativas en los resultados de satisfacción y calidad percibida con la aplicación de las propuestas asistenciales. Un caso excepcional fue la percepción de la Accesibilidad en el que el valor p fue de 0,112.



Leyenda:

- Muy satisfecho / Mucho mejor de lo que esperaba
- Bastante satisfecho / Mejor de lo que esperaba
- Satisfecho / Como lo esperaba
- Poco satisfecho / Peor de lo que esperaba
- Insatisfecho / Mucho peor de lo que esperaba

Gráfico 1. Satisfacción y calidad percibida (en preprueba y posprueba) por los pacientes con experiencia en cirugía mayor ambulatoria o de corta estada del grupo experimental, enero de 2016 - marzo de 2019.



Leyenda:

- Muy satisfecho / Mucho mejor de lo que esperaba
- Bastante satisfecho / Mejor de lo que esperaba
- Satisfecho / Como lo esperaba
- Poco satisfecho / Peor de lo que esperaba
- Insatisfecho / Mucho peor de lo que esperaba

Gráfico 2. Satisfacción y calidad percibida (en la posprueba) por los pacientes con experiencia en cirugía mayor ambulatoria o de corta estada de los grupos experimental y control, enero de 2016 - marzo de 2019.

La aplicación de las propuestas influyó positivamente en la satisfacción y la calidad percibida por los pacientes:

- En la preprueba aplicada a los pacientes con experiencia en CMA o CCE incluidos en los GE y GC y en la posprueba aplicada al GC se constató, en relación a la satisfacción, un predominio de las evaluaciones entre “Bastante satisfecho” y “Satisfecho” y en relación a la percepción de la calidad se constató un predominio de las evaluaciones entre “Mejor de lo que esperaba” y “Como lo esperaba”, así como la presencia de criterios de “Poco satisfecho” y “Peor de lo que esperaba” en los indicadores de al menos una de las pruebas aplicadas en estos grupos, excepto en los indicadores: Accesibilidad, Relación médico-paciente y Competencia profesional en los que no hubo este tipo de evaluaciones.
- No ocurrió del mismo modo en la posprueba de los pacientes incluidos en el GE en los que se apreció, en relación a la satisfacción, un predominio de las evaluaciones entre “Muy satisfecho” y “Bastante satisfecho” y, en relación a la percepción de la calidad, un predominio de las evaluaciones entre “Mucho mejor de lo que esperaba” y “Mejor de lo que esperaba”; ningún paciente ofreció criterios de “Poco satisfecho” e “Insatisfecho” o “Peor de lo que esperaba” y “Mucho peor de lo que esperaba”.

En el gráfico 3 se muestran los resultados comparativos de las valoraciones ofrecidas por los pacientes sin experiencia en CMA o CCE en la posprueba aplicada a los GE y GC. Se constató en el GE, en relación a la satisfacción, un predominio de las evaluaciones entre “Muy satisfecho” y “Bastante satisfecho” y, en relación a la percepción de la calidad, un predominio de las evaluaciones entre “Mucho mejor de lo que esperaba” y “Mejor de lo que esperaba”; no se ofrecieron criterios de “Poco satisfecho” e “Insatisfecho” ni de “Peor de lo que esperaba” o “Mucho peor de lo que esperaba”. No ocurrió del mismo modo con los pacientes incluidos en el GC, en los que se constató, en relación a la satisfacción, un predominio de las evaluaciones entre “Bastante satisfecho” y “Satisfecho” y, en relación a la percepción de la calidad, un predominio de las evaluaciones entre “Mejor de lo que esperaba” y “Como lo que esperaba”, así como la presencia de criterios de “Peor de lo que esperaba” en los indicadores Información recibida y Atención integral. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes se obtuvieron resultados que permitieron rechazar la hipótesis nula con lo que se corroboró que existen diferencias significativas en los resultados de satisfacción y calidad percibida con la aplicación de las propuestas asistenciales. Un caso excepcional fue el de la percepción de la Accesibilidad en el que el valor p fue de 0,118.

En el gráfico 4 se muestran los resultados comparativos de las valoraciones ofrecidas por los familiares involucrados en el estudio. Los familiares incluidos en el GE expresaron la satisfacción con un predominio de evaluaciones entre “Muy satisfecho” y “Bastante satisfecho” y la calidad percibida con predominio en las evaluaciones de “Mucho mejor de lo que esperaba” y “Mejor de lo que esperaba” sin ofrecer criterios de “Poco satisfecho” e “Insatisfecho” ni de “Peor de lo que esperaba” o “Mucho peor de lo que esperaba”. No ocurrió del mismo modo en el GC en el que se constató un predominio de las evaluaciones de satisfacción entre “Bastante satisfecho” y “Satisfecho” y de calidad percibida entre “Mejor de lo que esperaba” y “Como lo esperaba”; en este grupo se constató la presencia de criterios de “Poco satisfecho”, así como de “Peor de lo que esperaba” en los indicadores Información recibida, Continuidad de la atención, Coordinación, Atención integral, Capacidad de respuesta, Organización y Credibilidad, así como criterios de “Mucho peor de lo que esperaba” en los indicadores Coordinación y Atención integral. Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes se obtuvieron resultados que permitieron rechazar la hipótesis nula con lo que se corroboró que existen diferencias significativas en los resultados de satisfacción y calidad percibida en los familiares con la aplicación de las propuestas asistenciales.

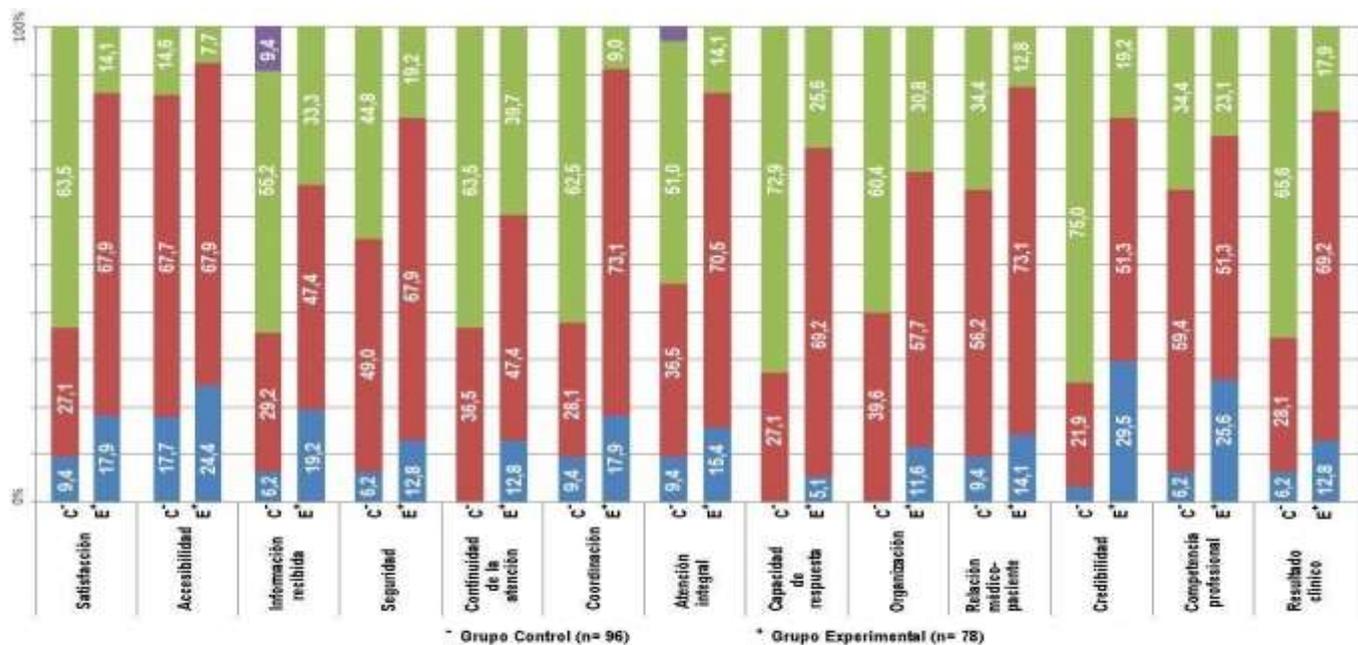


Gráfico 3. Satisfacción y calidad percibida por los pacientes sin experiencia en cirugía mayor ambulatoria o de corta estada de los grupos experimental y control, enero de 2016 - marzo de 2019.

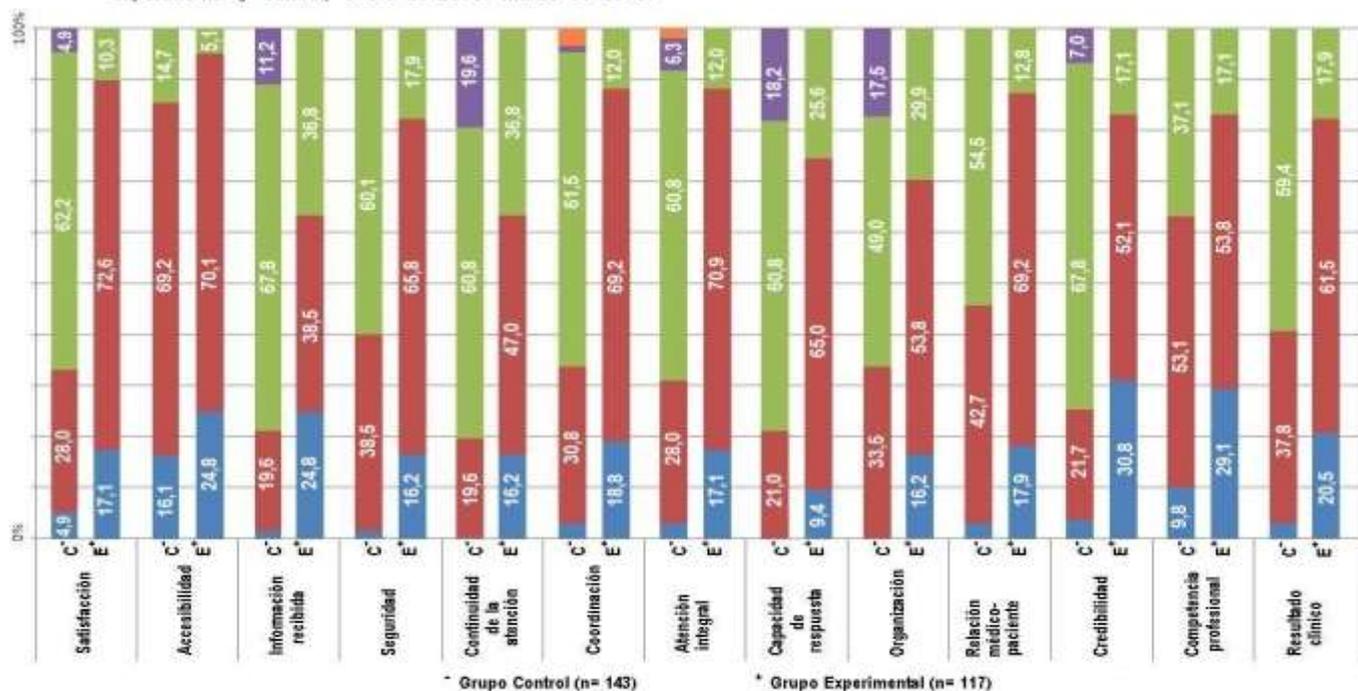


Gráfico 4. Satisfacción y calidad percibida por los familiares de los grupos experimental y control, enero de 2016 - marzo de 2019.

Aunque se reconoce la importancia de la monitorización y evaluación mediante indicadores de calidad en CMA para contribuir a la introducción de mejoras en el sistema, se ha plasmado en la literatura internacional la existencia de dificultades y lagunas de conocimiento en la aplicación práctica de este tipo de análisis dadas por la falta de homogeneidad en las definiciones, la falta de unificación de criterios de medición y de estándares comparativos. ^(23,24)

No fue posible comparar los resultados obtenidos en la presente investigación con otros autores por no encontrar estudios similares en CMA y CCE. Aunque resulta evidente que los niveles más altos de satisfacción y calidad percibida fueron encontrados en los pacientes y familiares de los GE (en opinión de los autores, ello es atribuible a la aplicación de las propuestas), también es cierto que los resultados obtenidos en los GC fueron satisfactorios lo que pudiera deberse a la buena acogida que estas modalidades quirúrgicas han presentado históricamente basado en sus reconocidas ventajas. Igualmente, los autores consideran que el acceso a los servicios de salud, derecho establecido por igual para toda la población cubana, así como la atención médica recibida por los pacientes y familiares incluidos en los GE y GC durante el proceso asistencial e investigativo con los mismos profesionales del nivel secundario de salud, pudieron influir en tal resultado.

La CMA ha demostrado ser una modalidad asistencial segura que proporciona una atención sanitaria de calidad ⁽²⁴⁾ con la que se consiguen resultados mejores o, cuando menos, equivalentes a los logrados con la cirugía convencional con un elevado grado de satisfacción de los pacientes. ⁽²⁵⁾ García-Blanch⁽²⁵⁾, al citar a Donabedian, plantea que “la satisfacción del paciente es una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente”. En consonancia con este planteamiento, los autores de esta obra estimamos que la percepción de la calidad y la satisfacción de los pacientes y familiares alcanzan niveles superiores al experimentar mayor y mejor interacción con los prestadores de la asistencia en un proceso coordinado, continuo y en equipo.

IV. CONCLUSIONES

La aplicación del modelo diseñado y las propuestas de carácter práctico, enfocados en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud, contribuyeron al logro de elevados niveles de satisfacción y calidad percibida en pacientes y familiares lo cual representa un estímulo para promover su mayor aplicación en aras de favorecer el perfeccionamiento del proceso de atención en CMA y CCE.

REFERENCIAS

- 1) Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Revista Habanera de Ciencias Médicas [serie en Internet]. 2015 May-Jun [citado 2016 Ene 16]; 14(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/934>
- 2) Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria en Villa Clara: ¿cómo continuar su desarrollo? [Carta al editor]. Medicentro. 2017; 21(4): 361-3.
- 3) Nazar C, Zamora M, González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev Chil Cir. 2015; 67(2): 207-13.
- 4) Recart A. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. RREV. MED. CLIN. CONDES. 2017; 28(5): 682-90.
- 5) Vergara F, Ramírez AF, Gispert R, Coll JJ, Saltó E, Trilla A. Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña, 2001-2011. Gac Sanit. 2015; 29(6): 451-3.

- 6) Marmaneu Vicent P, Planells Roig MV, García Espinosa R, Cervera Delgado M. La intervención enfermera y la consulta de enfermería en la mejora de la calidad asistencial (calidad percibida y calidad científico-técnica) en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria. *CIR MAY AMB* 2016; 21(3): 93-137.
- 7) Ceballos Medina C, Gómez Cagigas M, Lavin Saiz CR, Escobio González P, Guerra García M, Expósito Jerez F, et al. Evolución y mejora de procesos CMA. *CIR MAY AMB* 2016; 21(2): 80-1.
- 8) Brahin FA, Álvarez VM, Martín PA. Cirugía mayor ambulatoria. *Revista Argentina de residentes de Cirugía*. 2016; 21: 21-37.
- 9) Marchal-Santiago A, Segura-Sampedro JJ, Reguera-Rosal J, Capitán-Vallvey JM, González Argenté FJ, Padillo FJ, et al. Situación actual de la hernia en cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía Andaluza*. 2018; 29(2): 124-6.
- 10) Gironés Muriel A, Matute E, González Perrino C, Serradilla Mateos L, Molinero T, Mariné M. Resultados globales en un hospital privado sobre su modelo de gestión quirúrgica. *CIR MAY AMB* 2013; 18 (2): 61-8.
- 11) Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2018. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2019. p. 14.
- 12) Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía: necesaria coordinación entre los niveles primario y secundario de salud. *Rev Medicentro Electrónica*. [serie en Internet] 2015 Abr-Jun [citado 05 Mayo 2015]; 19(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1773/1549>
- 13) Cousin Otomuro L, Cervera Estrada L, Hernández Riera R, Rodríguez Ramírez M. Evaluación del trabajo realizado por médicos y enfermeras de la familia con pacientes quirúrgicos ambulatorios. *Rev Arch Méd Camagüey* [serie en internet]. 2012 sep.-oct. [citado 10 ene. 2014]; 16(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/637>
- 14) Gutiérrez Aquino JB. Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria [tesis]. Santa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz; 2005.
- 15) López Puig P. Procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. Cuba, 2013. [Tesis Doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. 2013.
- 16) López Puig P, Segredo Pérez AM, García Milián AJ. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014; 40(1): 75-84.
- 17) López Puig P, García Milian AJ, Alonso Carbonell L, Bayarre Veá HD, Segredo Pérez AM. Definición de integración de redes de servicios en la estrategia de Atención Primaria de Salud en Cuba, 2013. *Horizonte sanitario*. 2014; 13(1): 138-47.
- 18) Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez A, Zurbano Fernández J, Álvarez-Guerra González E, Méndez Gálvez L, Álvarez Luna, Truffín Hernández R. Diagnóstico de necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía. *Medisur* [serie en Internet]. 2018 [citado 2022 Abr 18]; 16(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3563>
- 19) Cruz Rodríguez J. Modelo para el perfeccionamiento del proceso de atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. *Revista Cubana de Cirugía* [serie en Internet]. 2021 Abr-Jun [citado 2021 Sep 11]; 60(2): [aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.revcirologia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1036/574>
- 20) Cruz Rodríguez J. Evaluación de una guía de procedimientos para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. *MEDISUR* [serie en Internet]. 2017 Sep-Oct [citado 2021 Sep 11]; 15(5): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3564>
- 21) Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J, Rodríguez Fernández MC, Ríos Cabrera MM. Propuesta de modelo de historia clínica para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. *Acta Médica del Centro* [serie en Internet]. 2021 [citado 2022 Abr 18]; 15(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1278/1440>

- 22) Cruz Rodríguez J. Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en coordinación con el equipo de la Atención Primaria de Salud. Medisur [serie en Internet]. 2015 Sep-Oct [citado 2022 Abr 18]; 13(5): [aprox. 27 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3042/1894>
- 23) Rodríguez Ortega M. Análisis de la evolución de los indicadores de calidad asistencial en una unidad de cirugía mayor ambulatoria de cirugía general. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2017.
- 24) Rodríguez Ortega M, Porrero Carro JL, Aranaz Andrés JM, Castillo Fe MJ, Alonso García MT, Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra. Análisis comparativo de indicadores de eficiencia en cirugía mayor ambulatoria. Gac Sanit. 2018; 32(5):473-6.
- 25) García-Blanch de Benito G. Estudio del programa de cirugía mayor ambulatoria en un servicio de cirugía general y aparato digestivo. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. 2013.