

Desarrollo e implantación de la CMA en España: evolución en los hospitales del INSALUD

Julio Miguel Vila-Blanco

Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Salamanca. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Gestión y Organización Sanitaria Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero (Burgos). España.

Resumen

Introducción. Los objetivos de este trabajo han sido evaluar la implicación de los profesionales, los financiadores y los gestores sanitarios en la implantación y expansión de la cirugía mayor ambulatoria (CMA), y la importancia de las unidades de CMA o sin ingreso (UCMA/UCSI) en su consolidación.

Material y método. En España, la CMA se desarrolla en 3 etapas: inicio (antes de 1992), afianzamiento (1992-1998) y madurez (desde 1999). Origina cambios económicos, de organización y funcionamiento, así como en la calidad asistencial de los hospitales y en la perspectiva de gestores y financiadores sanitarios. Se estudia la actividad de la CMA en los 4 grupos de hospitales del INSALUD. Las estructuras organizativas idóneas para desarrollar esta modalidad asistencial son las UCMA/UCSI, por lo que se compara la CMA realizada en un hospital con UCSI y sin ella.

Resultados. En el INSALUD, la CMA creció un 282,61% entre 1994 y 1998 y un 266% de 1998 al 2001. De un 22% de CMA en los hospitales en 1998 se ha pasado a un 41,4% en el 2001. La cirugía con ingreso aumentó un 12% de 1994 a 2001 y el peso medio hospitalario un 40,95%. La estancia media descendió un 8,3%. En la UCSI del Hospital Nuestra Señora del Prado se realizó, en el año 2001, un 98,17% más CMA que en 1998 (no existía unidad), con mejora de los indicadores hospitalarios. En el Hospital Santos Reyes aumentó un 3,75%, al carecer de unidad, de 1999 al 2001.

Conclusiones. Los médicos iniciaron e implantaron la CMA en los hospitales. Los gestores y los financieros sanitarios, *a posteriori*, ayudaron a su consolidación y expansión. La CMA introduce cambios en la organización de los hospitales, aumenta la calidad asistencial, la satisfacción del paciente y del equipo asistencial, y mejora la utilización de los recursos. La

UCMA/UCSI incrementa la capacidad resolutiva de los hospitales (efectividad y eficiencia) y es fundamental para que la CMA cumpla con sus objetivos.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria (CMA). Unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA). Unidad de cirugía sin ingreso (UCSI).

DEVELOPMENT AND IMPLANTATION OF AMBULATORY SURGERY IN SPANISH PUBLIC HOSPITALS

Introduction. The aims of this study were to evaluate the involvement of health professionals, accountants and managers in the implementation and expansion of ambulatory surgery (AS) and the role of AS units in its consolidation.

Material and method. In Spain, AS evolved in three stages: an initial stage (<1992), a consolidation stage (1992-1998) and a fully functional stage (>1999). This process generated financial changes and modifications in hospital organization and functioning and healthcare quality, as well as in the point of view of health accountants and managers. We studied AS activity in all four groups of hospitals in the Spanish public health system. The optimal organizational structures for developing this type of health care are AS units (outpatient surgery units). We compared AS activity in two hospitals: one with an AS unit and another without.

Results. Within the Spanish public health system, AS activity increased 282.61% from 1994 to 1998 and 266% from 1998 to 2001. AS activity in hospitals increased from 22% in 1998 to 41.4% in 2001. Inpatient surgery grew 12% from 1994 to 2001, and the average hospital weight increased by 40.95%. The mean length of stay decreased by 8.3%. In the AS unit of the Nuestra Señora del Prado Hospital, AS activity was 98.17% higher in 2001 than in 1998 (there was no unit in 1998), with all hospital indicators showing improvement. From 1999 to 2001, AS increased by 3.75% at the Santos Reyes Hospital, which lacks a unit.

Conclusions. AS was initiated and implanted in hospitals by physicians. Health managers and ac-

Correspondencia: Dr. J.M. Vila-Blanco.
Avda. Pocito de las Nieves, 4, 2.º A.
28230 Las Rozas (Madrid). España.
Correo electrónico: jmvblanco@navegalia.com

Manuscrito recibido el 20-10-2003 y aceptado el 29-3-2004.

countants subsequently helped to consolidate and expand its implementation. AS has led to changes in hospital organization and has increased health care quality and satisfaction among patients and health care teams, and has also improved resource use. AS units increase the effectiveness and efficiency of hospitals and are fundamental to allowing the goals of AS to be reached.

Key words: Outpatient surgery. Ambulatory surgery unit. Outpatient surgery unit.

Introducción

Los inicios de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) datan de principios de siglo xx, con esfuerzos personales e individuales. A partir de los años sesenta se desarrolla en Estados Unidos, primero por profesionales que creen en ella y, con posterioridad, aparecen los primeros centros o unidades dedicados a la CMA (Surgicenter, 1969). En la década de los ochenta comienza su desarrollo en Europa, primero en Gran Bretaña, por el esfuerzo personal de los profesionales, para extenderse al resto de los países de manera paulatina.

En España, en 1988 se publicó el primer artículo sobre pacientes quirúrgicos en régimen ambulatorio (Rivera et al¹), en 1990 se organizó la primera unidad autónoma de CMA (Viladecans)² y en 1992 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el INSALUD (Toledo).

En 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria³. En 1994, el INSALUD declaró la CMA objetivo prioritario, pero abonando una tarifa fija. Desde 1999 se financia por proceso, a través de la unidad de complejidad hospitalaria (UCH), y el hospital recibe la misma financiación al realizar una intervención (CMA o con ingreso), lo que da el impulso definitivo a la CMA⁴.

El objetivo de este trabajo ha sido evaluar la importancia de la implicación de los profesionales, los financiadores y los gestores sanitarios en el desarrollo, implantación y expansión de la CMA. Un segundo objetivo es valorar la importancia de las unidades de CMA –UCMA y unidad de cirugía sin ingreso (UCSI)– en su consolidación.

Material y método

De forma esquemática, podríamos distinguir 3 etapas en el desarrollo y expansión de la CMA en España y en los hospitales del INSALUD:

1. Inicio (constatación y viabilidad) (antes de 1992).
2. Afianzamiento (implantación y crecimiento) (1992-1998).
3. Madurez (consolidación y expansión) (desde 1999).

Inicio

A principios de los años ochenta, determinados profesionales comienzan a realizar mediante CMA procedimientos de ginecología y de

cirugía⁵. En 1988 aparece la primera publicación de CMA (Rivera et al¹). En el ámbito del INSALUD, entre 1988 y 1990 se realiza CMA en el Complejo Hospitalario de Toledo, que constata su efectividad.

En 1990 (Servicio Catalán de Salud) se creó la primera unidad de CMA de funcionamiento autónomo en España, en el Hospital de Viladecans (Barcelona)².

Afianzamiento

La etapa de afianzamiento de la CMA coincide con una mayor aceptación de esta práctica por los profesionales, los pacientes, los gestores y los financiadores, lo que permite su implantación y crecimiento, como demuestra el incremento progresivo del número y tipo de procesos incluidos en la CMA. Ha sido, también, la fase de los análisis económicos (se ha demostrado el ahorro en estancias hospitalarias innecesarias y la disminución del coste unitario por proceso).

En 1992 se inauguró la primera unidad de CMA del INSALUD en el Complejo Hospitalario de Toledo y también tuvo lugar el Primer Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria (Barcelona); en 1994 (Toledo) se crea la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA); en 1995 se realiza el Segundo Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria (Sevilla) y se crea la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS).

En 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la Guía de Organización y Funcionamiento de la CMA, y el INSALUD comenzó a fijar objetivos de realización de CMA como actividad independiente. En 1994, el INSALUD declaró la CMA objetivo prioritario (financiación con tarifa fija)^{3,4}.

Madurez

La madurez y expansión de la CMA como una práctica coordinada con el resto de las actividades del hospital coinciden con la instauración prioritaria de unidades específicas (UCMA/UCSI) y una financiación específica para los procesos de CMA.

Desde 1999, el INSALUD financia la CMA igual que las enfermedades que requieren ingreso hospitalario (financiación por proceso), lo que ha permitido su consolidación definitiva y el incremento del número de intervenciones^{4,6}.

Para conocer la implicación de los profesionales, los financiadores y los gestores, el estudio se ha realizado utilizando los datos, desde 1994 hasta el 2001, de los hospitales del INSALUD: 24 hospitales del grupo I, 29 del grupo II, 9 del grupo III y 12 del grupo IV (hospitales de menor a mayor tamaño).

Para contrastar y valorar la importancia de las unidades de CMA (UCMA/UCSI) se comparan el crecimiento y la consolidación de la CMA en 2 hospitales, uno con unidad específica de CMA y otro sin ella:

1. El Hospital Nuestra Señora del Prado, hospital del grupo II del INSALUD, situado en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina, con 275 camas y que da cobertura a 139.976 habitantes, de los cuales 67.768 (48,41%) viven en la ciudad de Talavera y 72.208 (51,59%) en los restantes 78 municipios del área, la mayoría con padrones por debajo de los 1.000 habitantes.

Se utilizan datos del período 1997-2001. Hasta 1998 realizaba intervenciones de CMA sin tener una unidad específica. En 1999 se inauguró la UCSI, integrada de tipo III con 12 puestos y horario continuo de 07:30 a 21:30 h, de lunes a viernes laborables. Se intervienen las enfermedades controladas por el INSALUD y todos los procesos y las distintas funciones a realizar (pre y postoperatorio, funciones de enfermería y médicos) están protocolizados, con diferentes carpetas por servicio y enfermedad. El personal de enfermería es específico de la unidad. El personal facultativo es el propio de los diferentes servicios quirúrgicos.

2. El Hospital Santos Reyes, hospital del grupo I del INSALUD, situado en el Área Sanitaria de Aranda de Duero, con 123 camas y que da cobertura a 53.214 habitantes, de los cuales 30.309 (56,96%) viven en la ciudad de Aranda y 22.905 (43,04%) en los restantes 65 municipios del área (60 de Burgos y 5 de Segovia), la mayoría con padrones por debajo de los 500 habitantes.

En el hospital se realizan intervenciones de CMA sin disponer de una unidad específica. Se utilizan datos (INSALUD) del período 1999-2001.

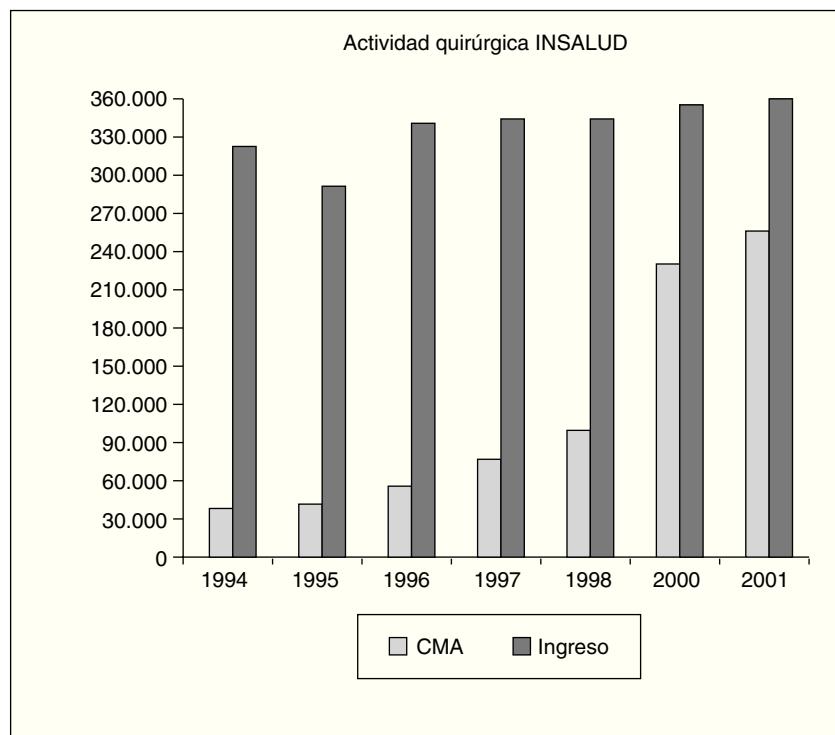


Fig. 1. Actividad quirúrgica en el INSALUD.

CMA: cirugía mayor ambulatoria.

Fuente: INSALUD. Subdirección General de Desarrollo. Sistemas de información (CMBD).

Los datos del estudio fueron incluidos en una hoja de cálculo (Excel®), con diferentes campos. Las variables categóricas se expresan como porcentaje y las continuas como la media.

Resultados

Desde 1994 hasta el año 2001, en el INSALUD, el volumen de procedimientos de CMA realizados ha aumentado progresivamente y se ha multiplicado por 7,5. En el período 1994-1998 creció un 282,61%, y desde 1998

hasta 2001 el crecimiento ha sido espectacular, de un 266%. Mientras, el crecimiento de la cirugía programada con ingreso fue del 12% del total. Por tanto, el número total de intervenciones ha ido aumentando: 353.118 en 1994, 323.354 en 1995, 388.977 en 1996, 412.016 en 1997, 432.373 en 1998, 576.915 en el 2000 y 608.809 en el año 2001 (fig. 1).

A causa del incremento de la CMA, desde 1995 hasta el 2001, la estancia media en los hospitales del INSALUD ha disminuido, de forma lenta pero continuada, des-

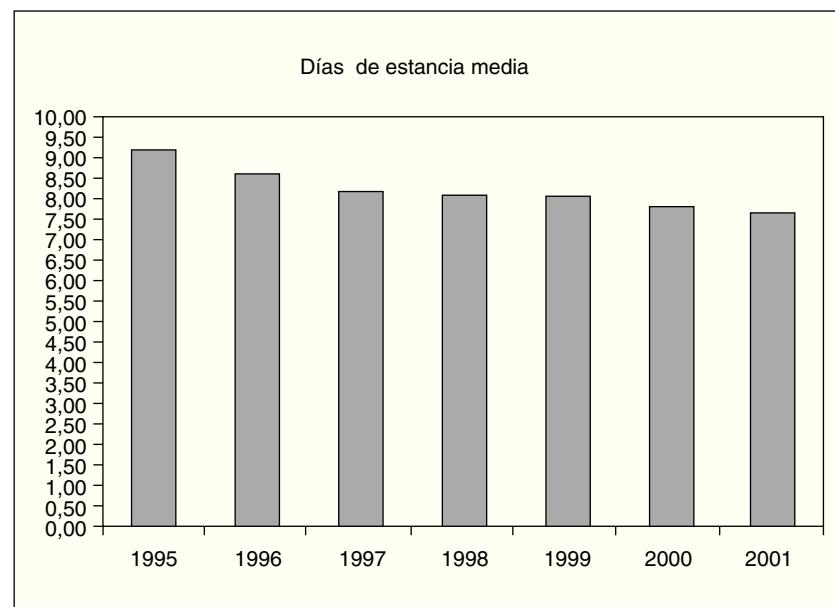


Fig. 2. Estancia media de los hospitales del INSALUD.

Fuente: INSALUD. Subdirección General de Desarrollo. Sistemas de información (CMBD).

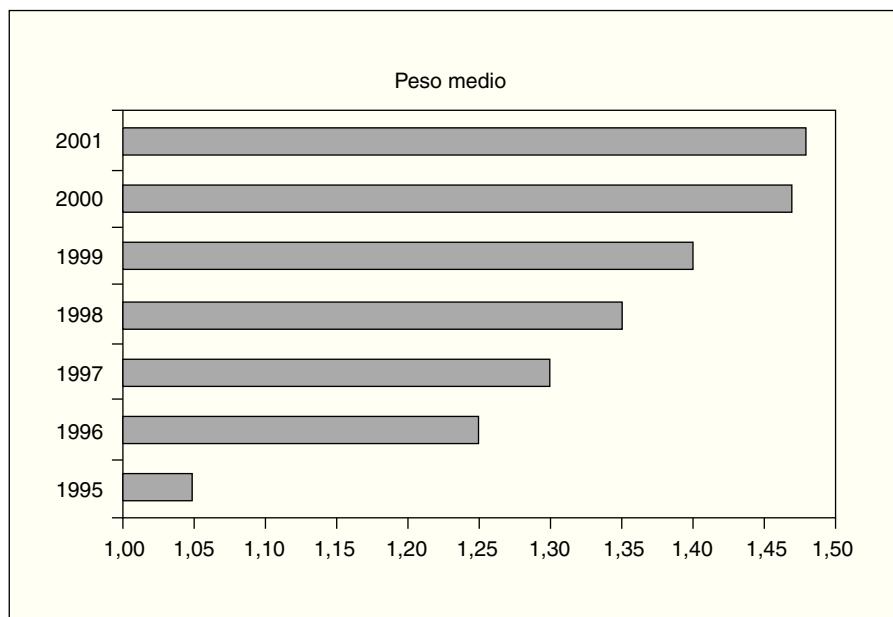


Fig. 3. Peso medio de los hospitales del INSALUD.

Fuente: INSALUD. Subdirección General de Desarrollo. Sistemas de información (CMBD).

de 9,20 días en 1995 a 7,65 en 2001 (disminución en 1,55 días o un 8,3%) (fig. 2).

El peso medio (PM) en el mismo período ha aumentado un 40,95%, desde 1,05 en 1995 hasta 1,48 en el 2001 (fig. 3).

Las estancias ahorradas han aumentado un 105,4% en el período 1996-1999: 149.286 en 1996, 217.658 en 1997, 287.303 en 1998 y 306.543 en 1999.

El porcentaje de procedimientos de CMA realizados en el INSALUD era del 22% en 1998, del 39,2% en 2000 y del 41,4% en 2001. Es decir, desde 1999 se ha mantenido próximo al 40% (respecto a los procedimientos denominados de CMA por el INSALUD).

En el Hospital Nuestra Señora del Prado se realizaron 784 intervenciones mediante CMA en 1997 y 1.084 en 1998. En 1999 se inauguró la UCSI; se realizó 1.470 intervenciones, 1.786 en el 2000 y 1.984 en el 2001 (incremento del 98,17% respecto a 1998). Asimismo, ha aumentado el PM de la CMA de 0,52 en 1998 a 0,82 en

2000 y a 0,78 en 2001. El incremento de las intervenciones ha producido una mejora generalizada en los indicadores quirúrgicos del hospital (tabla 1). Desde 1998 hasta el año 2001 se ha producido una disminución del índice de estancia media ajustada de 1,00 a 0,96; un aumento del índice de complejidad de 1,00 a 1,05; un incremento del PM del hospital de 1,22 a 1,39 y del índice de sustitución en cirugía del 28 al 51% (fig. 4). El incremento de las intervenciones por CMA ha originado un descenso importante en el número de intervenciones con ingreso, de 2.723 en 1998 a 1.867 en el 2001. Asimismo, las estancias ahorradas han sido 4.283 en 1999, 5.303 en 2000 y 4.776 en 2001.

En el Hospital Santos Reyes, que realiza CMA sin una unidad específica, se efectuaron 693 intervenciones en 1999, 672 en 2000 y 720 en 2001 (incremento del 3,75%). Desde 1999 hasta el 2001, el PM del hospital osciló de 1,33 a 1,32, el PM de la CMA se mantiene cercano a 0,78 y el IS ha aumentado del 43,23 al 43,88%. Las

TABLA 1. Indicadores del Hospital Nuestra Señora del Prado

Concepto/Indicadores	Años				
	1997	1998	1999	2000	2001
Entradas en LEQ	4.273	5.247	5.583	5.609	6.954
Salidas de LEQ	3.403	4.231	6.457	6.233	6.683
Intervención programada con ingreso	2.489	2.723	3.107	1.892	1.867
Intervención programada con CMA	784	1.084	1.407	1.786	1.948
IQ programada/quirófano funcionante/día hábil	2,64	4,19	4,57	4,99	5,20
Estancia media preoperatoria (días)	5,01	1,02	0,21	0,20	0,17
IQ programada procedentes LEQ (%)	40,06	77,01	82,32	86,13	88,86
Salidas IQ programada jornada ordinaria hospital (%)	56,78	64,70	72,45	75,30	78,82
Utilización quirófano (%)	73,50	79	78,50	80,05	78,24
Salidas por depuración (%)	43,22	23,70	19,22	16,26	10,90
Estancia media global (días)	7,84	7,34	7,17	7,45	6,98
Estancia media quirúrgica (días)	7,99		7,48	8,39	7,75

CMA: cirugía mayor ambulatoria; IQ: intervenciones quirúrgicas; LEQ: lista de espera quirúrgica.

Fuente: UDCA. Hospital Nuestra Señora del Prado. INSALUD. Subdirección General de Desarrollo. Sistemas de información/CMBD.

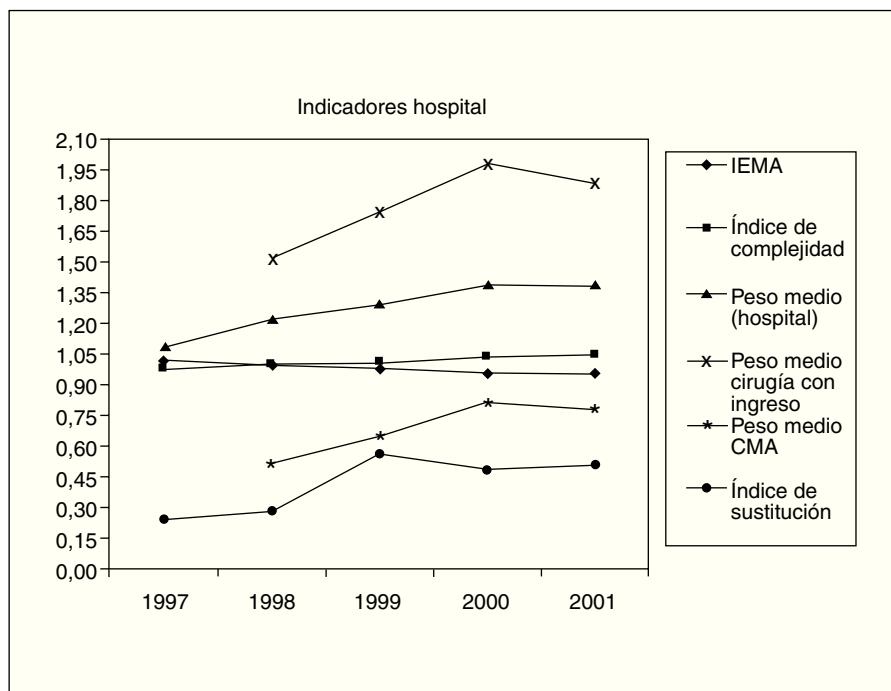


Fig. 4. Indicadores Hospital Nuestra Señora del Prado.

CMA: cirugía mayor ambulatoria; IEMA: índice de estancia media ajustada; índice de sustitución: 100.

Fuente: UDCA. Hospital Nuestra Señora del Prado. INSALUD. Subdirección General de Desarrollo. Sistemas de información (CMBD).

intervenciones con ingreso se han mantenido en cifras próximas, al igual que el resto de indicadores quirúrgicos (tabla 2). Las estancias ahorradas han sido 2.381 en 2000 y 2.320 en 2001.

Discusión

La CMA nació con la intención de disminuir las largas listas de espera quirúrgica y adecuar, de forma más racional, el binomio demanda asistencial-recursos sanitarios disponibles. En 1986 nace el término "cirugía mayor ambulatoria" en una publicación de David⁶.

Desde principios del siglo XX se tiene noticia de intervenciones mayores en régimen ambulatorio, realizadas

de forma aislada por profesionales que creían en ella. En Gran Bretaña, la CMA fue propuesta en 1955 como solución a las listas de espera para el tratamiento de la hernia inguinal. Desde 1967, el Ministerio de Sanidad promovió la CMA⁷.

La incorporación de la CMA a la práctica clínica comienza a partir de la década de los sesenta en Estados Unidos gracias a las iniciativas individuales de diferentes profesionales. A partir del comienzo de los ochenta se extendió ampliamente en este país apoyada por una política, promovida por los financiadores de servicios, de contención de costes y reducción de ingresos hospitalarios innecesarios.

En España, es a principios de los ochenta cuando algunos profesionales tomaron la iniciativa de comenzar a

TABLA 2. Indicadores del Hospital Santos Reyes

Conceptos/Indicadores	Años		
	1999	2000	2001
Entradas en LEQ	2.549	2.710	2.859
Salidas de LEQ	2.598	2.674	2.813
Intervención programada con ingreso	910	904	921
Intervención programada con CMA	693	672	720
IQ programada/quirófano funcionante/día hábil			5,09
Estancia media preoperatoria (días)	0,77	0,89	0,76
IQ programadas procedentes LEQ (%)		76,50	85,75
Salidas IQ programada jornada ordinaria hospital (%)	85,90	83,15	84,56
Utilización quirófano (%)		66,52	85,56
Salidas por depuración (%)	14,00	16,18	15,44
Estancia media global (días)	5,79	5,45	5,44
Estancia media quirúrgica (días)	4,68	5,34	5,30

CMA: cirugía mayor ambulatoria; IQ: intervenciones quirúrgicas; LEQ: lista de espera quirúrgica.

Fuente: Servicio de Informática/Sistema de Información. Hospital Santos Reyes. INSALUD. Subdirección General de Desarrollo. Sistemas de información/CMBD.

realizar CMA. A partir de 1990, las administraciones comienzan a darse cuenta de la importancia de la CMA^{1,4}.

Por ello, no estamos de acuerdo con la afirmación de que la CMA, como proceso de innovación tecnológica, presenta la característica particular de que su difusión, desde sus comienzos, fue impulsada por responsables de la gestión y financiación de los servicios sanitarios y no por los profesionales médicos⁷. Y sí compartimos que todos estos cambios han sido lentos y ha sido necesaria una corriente de influencia liderada por algunos profesionales y apoyada desde la Administración⁴.

A su implantación y crecimiento han contribuido a su aceptación por más profesionales (los avances tecnológicos en el campo de la cirugía y anestesiología), por los pacientes (búsqueda de una mayor comodidad y bienestar), y por los gestores y los financiadores (en 1994 el INSALUD declaró la CMA objetivo prioritario), que comprueban que la CMA no sólo contribuye al ahorro de estancias en los pacientes susceptibles de ser intervenidos de forma ambulatoria, sino que por analogía su implantación contribuye a disminuir las estancias en los pacientes ingresados (puesto de manifiesto en el INSALUD desde 1996)^{8,9}. Además, se demuestra la reducción del coste por proceso frente a la cirugía con ingreso^{4,10}.

Asimismo, su fase de consolidación o madurez coincide con la implicación de los financiadores de los servicios sanitarios y de los gestores. A partir de ese momento, su incremento en España ha sido imparable y su aplicación ha dejado de ser anecdótica. En los últimos años, la primacía de la hospitalización tradicional ha dado paso al afianzamiento de la atención ambulatoria.

Pero la realización de CMA varía con cada grupo de hospital (clasificación INSALUD). En 1999 (media del 41%), en el grupo I osciló entre el 25 y el 50%; en el grupo II entre el 30 y el 55%; en el grupo III entre el 25 y 58%, y en el grupo IV entre el 25 y 45%⁸.

Hasta la última década, los intereses profesionales de los cirujanos giraban en torno al "arte y ciencia de la cirugía". En la actualidad, nos hemos visto obligados, además, al conocimiento de aspectos socioeconómicos relacionados con nuestra actividad, como la estancia media hospitalaria, el índice de rotación de camas, la actividad del bloque quirúrgico (rendimiento quirúrgico y número de intervenciones por quirófano), la mejora de los informes de alta para su codificación (diagnósticos y procedimientos al alta y agrupación por grupos relacionados por el diagnóstico), el incremento progresivo de los costes de los servicios hospitalarios, el aumento de las listas de espera quirúrgica y los avances en las tecnologías sanitarias. Todo ello es el resultado de nuestra parte de responsabilidad en la mejor utilización de los medios materiales puestos a nuestra disposición por el sistema sanitario público, responsable, a su vez, de las listas de espera quirúrgicas existentes y de una mayor demanda asistencial por parte de los ciudadanos. Todo ello ha originado cambios organizativos y estructurales en nuestros hospitales, con la creación de las UCMA/UCSI, responsables de los programas de CMA.

La UCMA/UCSI se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos de CMA y que cumple unos requisitos

funcionales (uso de protocolos), estructurales (instalaciones específicas, cómodas para los pacientes y que facilitan la labor de los profesionales) y organizativos (liderazgo, estructura de equipo y adecuada supervisión), de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia para realizar este tipo de actividad⁷.

Se ha podido demostrar que para que la CMA cumpla bien sus objetivos es recomendable su realización en unidades diferenciadas de tipo autónomo, integradas o independientes, con una actividad paralela a las habituales del hospital. De esta forma se puede aumentar la capacidad resolutiva y la comodidad de los pacientes, al contar con quirófanos y circuitos adicionales, protocolos y dinámicas específicas, así como personal entrenado y eficiente².

La CMA se estaba realizando en nuestros hospitales desde hace varios años, pero sin que hubiera unos criterios definidos ni unos canales organizativos óptimos, lo cual llevó a la pérdida de una parte importante de la actividad realizada. En la actualidad, las unidades de CMA (UCMA o UCSI) se afianzan como un modelo asistencial de calidad, y un número cada vez mayor de hospitales está reconociendo la importancia de la CMA y creando unidades específicas. Se ha avanzado en el diseño de modelos organizativos que fueran más allá de la mera atención ambulatoria de los procesos y se han establecido circuitos de pacientes independientes de la cirugía con ingreso, protocolizando las actividades (criterios de selección, alta y seguimiento) y, lo que es más importante, favoreciendo su medición y evaluación. En el futuro se ampliarán las indicaciones para CMA, con inclusión de procedimientos de mayor complejidad (mayor peso) y un período de recuperación postoperatoria más prolongado^{10,11}.

Sin embargo, la implantación de este tipo de unidades no debe realizarse de una forma brusca desde la hospitalización tradicional a la ambulatoria. Las unidades de corta estancia no sólo representan un paso útil para permitir al profesional un período previo de adaptación, sino que en sí mismas son útiles y necesarias, y deberían ser un componente más del propio departamento quirúrgico².

El 80% de las intervenciones quirúrgicas que hace 5 años precisaban ingreso hospitalario ahora se realiza de forma ambulatoria. Este tipo de intervenciones representa el 40-50% del total de intervenciones quirúrgicas. La CMA tiene ventajas para el paciente, ya que su recuperación en el domicilio es más agradable y se reducen las listas de espera. Asimismo, también tiene ventajas para la Administración, ya que se consigue una mayor eficiencia y se reducen los costes, y para el personal sanitario, que está motivado.

Si tuviéramos que expresar un objetivo general para la gestión clínica, podríamos definirlo en dos aspectos: mantener y, si es posible, mejorar la calidad asistencial y seguir siempre una política de contención de gastos, lo que expresado de otra manera equivale a trabajar con eficiencia^{10,12}. Y la UCMA/UCSI, como unidad funcional dentro de un hospital, puede ser considerada como un instrumento clave a la hora de mejorar la efectividad, lo que se justificaría mediante la protocolización de la asistencia, la división funcional de las tareas y la redistribución de los recursos y enfermedades¹³.

Conclusiones

1. Los médicos fueron quienes iniciaron e implantaron la CMA en los hospitales. Los gestores y los financiadores de los servicios sanitarios, *a posteriori*, ayudaron a su consolidación y expansión.
2. La CMA introduce cambios en la organización de los hospitales; además, aumenta la calidad asistencial, la satisfacción del paciente y del equipo asistencial, y mejora la utilización de recursos.
3. La UCMA/UCSI aumenta la capacidad resolutiva de los hospitales y es fundamental para que la CMA cumpla con los objetivos por los cuales se realiza.
4. La UCMA/UCSI es un instrumento clave a la hora de mejorar la efectividad y aumentar la eficiencia del sistema, ya que mantiene los resultados con un menor consumo de recursos y coste unitario, pues aunque el coste de la intervención es muy similar, se reduce el coste hospitalero y de personal.

Bibliografía

1. Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía ambulatoria: estudio piloto. *Cir Esp* 1988;44:865-74.
2. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. *Cir Esp* 2001;69:337-9.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y Funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
4. Porrero JL. Motivos de la lenta y desigual implantación de la cirugía mayor ambulatoria en nuestro país. *Cir Esp* 2000;68:1-2.
5. Morales R, Polo JR, Lasala MA, Hernández P, García JL. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la hernia inguinal. *Inform Ter SNS* 1991;15:85-91.
6. Marín J, Zaragoza C, Barrera JM. Antecedentes históricos y evolución de la cirugía mayor ambulatoria en España. En: Porrero JL, editor. Cirugía mayor ambulatoria. 2.^a ed. Barcelona: Masson, 2002.
7. Moral L, Alonso M. Impacto de la cirugía mayor ambulatoria en España. En: Porrero JL, editor. Cirugía mayor ambulatoria. 2.^a ed. Barcelona: Masson, 2002.
8. INSALUD. Subdirección General de Desarrollo. Sistemas de información/CMBD. Datos generales de hospitalización y asistencia ambulatoria especializada. Madrid: INSALUD, 1994-2001.
9. Jiménez A. Aspectos clínicos y organizativos de la cirugía mayor ambulatoria. *El Médico* 2000;749:64-72.
10. Vila JM. Gestión de costes mediante la implantación de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2002;6:66-72.
11. Esarte JM, Cebollero MP, Escartín J, Relanzón MJ. Alternativa a las vías clínicas para la gestión de la calidad asistencial. *Gestión Hospitalaria* 1999;10:16-26.
12. Varó J. Gestión de la calidad. La calidad en la atención sanitaria. Conceptos básicos. En: Jiménez Jiménez J, editor. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. 1.^a ed. Madrid: MSD, 1997; p. 189-218.
13. Vila JM. Tecnologías sanitarias: evaluación de la unidad de CMA del Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina, Toledo). *Cir Esp* 2002;72:329-36.