

Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza / Servicio Vasco de Salud

Rueda, J.R.

Diciembre-2001

**Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza /
Servicio Vasco de Salud**

Rueda, J.R.

Proyecto de Investigación Comisionada

Diciembre-2001

Este documento debe ser citado como:

Rueda, JR. *Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza / Servicio Vasco de Salud*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: **Osteba** D-00-11.

Edita: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria.

C/Donostia-San Sebastián, 1 01010- Vitoria-Gasteiz

Tel.: 945 019250

Fax: 945 01 9280

e-mail: osteba-san@ej-gv.es

web: www.euskadi.net/sanidad

Financiación: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Depósito Legal: VI-453-02

© Copyright: Osasun Teknologiak Ebaluazioko Zerbitzua. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, **Osteba**. Osasun Saila-Departamento de Sanidad. Eusko Jaurlaritzza-Gobierno Vasco. 2.001.

Las conclusiones y recomendaciones de este documento reflejan exclusivamente la opinión de los investigadores y no son necesariamente compartidas en su totalidad por los revisores externos o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Equipo de Investigación

Investigador principal

José Ramón Rueda.

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. UPV-EHU
(Leioa. Bizkaia)

Investigadores

Dr. Juan Carlos Arenaza. Traumatología, Hospital de Basurto. Bilbao

Dña. Inmaculada Aróstegi. Matemática, EHU – UPV, Unidad Investigación,
Hospital de Galdakao.

Dña. Begoña Ayerdi. Unidad de Cirugía Ambulatoria. Hospital de Galdakao.

Dr. Alfredo Echevarría. Unidad de Cirugía Ambulatoria. Hospital de Cruces.

Dr. J. Manuel Esquisabel. Cirugía, Hospital de Galdakao.

Dr. Pablo López-Arbeloa. Gestión Clínica, Hospital de Basurto. Bilbao

Dr. José Antonio Municio. Otorrinología, Hospital de Txagorritxu. Vitoria-
Gasteiz

Dra. Adelina Pérez. Programas de alternativas a la hospitalización. Osakidetza.
Vitoria – Gasteiz.

Dña. Carolina Ortega. Economista. Hospital de Galdakao.

Dr. Santiago Rabanal. Gerente. Hospital de San Eloy. Baracaldo

Dr. José Ramón Rueda. Departamento de Preventiva y Salud Pública.
UPV/EHU. Leioa

Dr. José Luis Sáez de Eguilaz. Anestesia. Hospital de Galdakao.

Dr. Sebastián Sarabia. Cirugía. Hospital de Galdakao.

Dr. Francisco Ugalde. Ginecología. Complejo Hospitalario Donostia.

Revisión Externa

Dra. Elena Sánchez, Subdirectora de Calidad Asistencial. Servicios Centrales
de Osakidetza. Vitoria-Gasteiz

Dr. Juan José Múgica. Gerente del Hospital de Gipúzkoa. Donostia.

Coordinación del Proyecto en Osteba

Rosa M^a Rico Iturrioz

Agradecimientos:

Quisiéramos agradecer a **D. Gonzalo López Arbeloa** y al **Dr. Félix Gutiérrez** su colaboración facilitando la información necesaria de las bases de datos de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud.

ÍNDICE

	Página
ABSTRACT	ix
LABURPENA	xv
RESUMEN	xxi
1.- INTRODUCCIÓN	3
2.- OBJETIVOS	9
3.- METODOLOGÍA	13
4.- LA UTILIZACIÓN DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA ANÁLISIS POR SERVICIOS	17
4.1 Metodología	17
4.2 Análisis de servicios	
4.2.1 Cirugía General	
4.2.2 Ginecología	
4.2.3 Oftalmología	
4.2.4 Otorrinolaringología	
4.2.5 Traumatología	
4.2.6 Urología	
5.- ENCUESTA A PROFESIONALES	43
5.1 Metodología	43
5.2 Resultados	
5.2.1 Tasa de respuestas	
5.2.2 Opinión general sobre la cirugía mayor ambulatoria	
5.2.3 Criterios de inclusión y exclusión de pacientes	
5.2.4 Aspectos organizativos	
5.2.5 Propuestas de mejora	
6.- EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	75
7.- ALGUNAS CONSIDERACIONES DE TIPO ECONÓMICO	81
8.- DISCUSIÓN	91
9.- RECOMENDACIONES	97
10.- BIBLIOGRAFIA	101

Abstract

TITLE

Health centre major surgery in Osakidetza - Basque Health Service.

AIMS

Analyse the variability in the use of major surgery performed in the health centres of Osakidetza, determine the opinions of the professionals involved and make recommendations for the development of health centre surgery.

MATERIAL AND METHODS

The first survey analyses the variability in the performance of surgical processes in health centres of the Osakidetza network and for this purpose a study is made of information contained in the Basic Set of Minimum Data on Hospital Admissions and of the P.M.C.'s of Osakidetza hospitals. Data is gathered on the actual rates of health centre surgical interventions compared to the potential number for each hospital, speciality and process and an analysis is made of the development of these rates between 1995 and the first six months of 1998.

The second study is a survey aimed at all professionals who belong to a series of groups involved in health centre surgery, whereby it is intended to determine their opinion with regard to several factors that influence the implementation and development of day surgery in the Osakidetza network. The results of the survey have been discussed by a research team in order to identify key elements with a view to drawing up a number of recommendations.

RESULTS

In the Osakidetza network as a whole, it can be said that the level of surgical operations actually performed in health centres compared to those that could, potentially, be carried out, is, in general, medium to low, except in the case of cataracts and adenoid operations, over 90% of which are performed in health centres.

With regard to the analysis of general tendencies, it can be pointed out that there has been a gradual and continuous growth in the number of surgical procedures performed in health centres over the last four years.

On analysing and comparing the percentages per centres, it is observed that there are significant variations in almost all the processes studied.

The percentage of responses to the survey sent to all the professionals in several different specialities involved in major health centre surgery was 23%.

Major differences are to be found when analysing the attitude of different groups to health centre surgery. Thus, while almost all the administrators and co-ordinators of the Out Patients Surgery Units consider that it is a positive option both for patients, professionals and administrators, there is a significant percentage of clinics that consider that health centre surgery is negative for both patients and professionals.

The high percentage of professionals who consider that the practice of health centre surgery might bring more problems of a legal nature than surgery involving the admission to hospital of the patient, is remarkable.

Responses to the survey show that there are no common clinical criteria with regard to the selection of patients and pathologies suitable for dealing with in health centres. This inconsistency of clinical criteria is perhaps the main reason for the variability found in the percentages of processes dealt with in the health centre of different hospitals.

Moreover, the individual organisational characteristics of each centre would explain another major aspect of this inconsistency. Organisational factors include the time-tabling of surgical operations and the dynamics of the teams in each individual hospital are considered to be key issues, and the co-ordination between the different groups involved is of great importance.

The role of the patient-requested appointment service, which might be a key issue is controversial as in many operations that can be performed in health centres, there are waiting lists and patient-requested appointment programmes. On the one hand, it enables administrators to negotiate specific conditions such as providing the treatment in a health centre, but on the other hand, as this is currently done in the afternoons, this requires that in certain cases patients be

admitted to hospital in order to guarantee an appropriate postoperative treatment.

RECOMMENDATIONS

- Develop and maintain mechanisms to analyse the variability of clinical practice between different centres, and disseminate this information.
- Determine and analyse the development of health centre surgery in other contexts and/or health systems.
- Promote meetings in each specialist field to foster and encourage joint analysis of the variability of the clinical practice found, among professionals in the same specialist fields in different hospitals.
- Foster meetings in each hospital among clinics of different specialities and managers, officers of Surgery with Admission Units and Home Hospitalisation to analyse the characteristics of an organisational nature or other type that might have an important influence on the chances for the performance surgical processes in each health centre.
- Favour the development of common protocols for every process that might be performed potentially by health centres in the Osakidetza network as a whole, as well as specific training activities such as courses or periods of work in centres of recognised prestige in new techniques or in ways of organising health services.
- Analyse throughout the Osakidetza network the reasons why the vast majority of professionals who consider that major health centre surgery may create more problems of a legal nature than surgery with admission to hospital, and propose initiatives in order to promote the protection of professionals.
- Test the hypotheses arising from the opinions obtained in surveys of professionals.
- Develop measures to improve the information for patients and family members about major ambulatory surgery.
- Analyse the current situation with a study of the costs of different health alternatives and a system of establishing priorities when developing and implementing these in the centres.
- Assess in each specific centre the interest in increasing the resources and the operational capacity of the Day Hospital units.

Laburpena

IZENBURUA

Osakidetzako Ospitaleetako kirurgia handi ambulatorioa.

HELBURUAK

Aldakortasuna aztertzea Osakidetzako Ospitaleetako kirurgia handi ambulatorioa erabiltzerakoan, inplikaturako profesionalen iritziak ezagutzea eta gomendioak ematea kirurgia ambulatorioaren garapenerako.

MATERIALA ETA METODOAK

Lehenengo ikerlan batean, Osakidetzako prozesu kirurgikoen ambuladorizazioaren aldakortasuna aztertzen da; horretarako, informazioa aztertzen da, hots, Ospitale-altaren Oinarrizko eta Gutxienezko Datu-multzoen informazioa eta Osakidetzako ospitaleetako P.M.C.ena. Ospitale bakoitzeko potentzial ambuladorizagarriari, espezialitateari eta prozesuari dagozkien ambuladorizazio-tasak biltzen dira eta 1995. urtetik 1998ko lehenengo sei hilabetera arteko eboluzioa aztertzen da.

Bigarren ikerlana inkesta bat da, kirurgia ambulatorioarekin erlazionatuta dauden zenbait kolektibotako profesional guztientzat eginda. Inkesta horrekin nahi dena da jakitea zer iritzi duten profesional horiek Osakidetzako sareko eguneko kirurgiako interbentzioen inplantazio eta garapenean eragina duten faktoreei buruz. Inkestaren emaitzak ikerketa-taldeak eztabaidatu zituen lan-sesio batean, gomendioen elaboraziorako elementu gakoak identifikatzeko.

EMAITZAK

Osakidetzako sarean, operazio kirurgiko potentzialki ambulatorioen maila, oro har, ertaina/baxua dela esan daiteke, kataratak eta adenoideak salbu, zeren bi horien prozesuen ambuladorizazio-portzentajeak %90tik gorakoak baitira.

Joera nagusien azterketari dagokionez, azpimarratzekoa da prozedura kirurgikoen ambuladorizazioa gutxi baina etenik gabe ari dela hazten azken lau urteetan.

Osteba 00-11

Portzentajeak zentroen arabera aztertu eta konparatzerakoan, zera ikusten da, aztertutako ea prozesu guztietan aldaketa esanguratsuak ikusten direla.

Kirurgia handi anbulatorioko zenbait espezialitateren profesional guztiei bidali zaien inkestaren erantzun-portzentajea %23a izan da.

Kirurgia anbulatorioarekiko kolektibo desberdinen aldetiko jarrera aztertzerakoan, desberdintasun nabariak aurkitzen dira; izan ere, Ingresu Gabeko Kirurgiako Unitateetako ea gestore eta koordinatzaile guztiek uste dute aukera positiboa dela pazienteentzat, profesionaleentzat eta gestoreentzat; klinikoan portzentaje esanguratsu baten iritziz, ostera, kirurgia anbulatorioa negatiboa da paziente eta profesionalentzat.

Azpimarratzekoa da, baita ere, profesionalen portzentaje altu baten iritzia: kirurgia anbulatorioaren praktikak lege-arazo gehiago eman liezaiekeela ingresu-kirurkiak baino.

Inkestako erantzunek diotenez, ez dago irizpide kliniko komunik ez pazienteak aukeratzeari buruz ez bide anbulatorioz abordatzeko moduko patologiei buruz. Irizpide klinikoan aldakortasun hori izan daiteke ospitaleetako prozesuen anbulatorizazio-portzentajeetan aurkitutako aldakortasunaren zio nagusia.

Horrekin batera, zentro bakoitzeko antolakuntza-berezitasunek adieraziko lukete aldakortasun horren beste zati handi bat. Antolakuntza-faktoreen artean funtsezkoenetakotzat jotzen dira kirurgiaren ordutegia eta ekipoen dinamika bera planifikatzea ospitale bakoitzean, eta batez ere talde inplikatuak koordinatuta egotea.

Autokontzertazioaren papela eztabaidagarria da; izan ere, funtsezkoa izan liteke, zeren prozesu anbulatorizagarri askotan itxaron-zerrendak eta autokontzertazio-programak daude. Beste alde batetik, bide ematen die gestoreei baldintza konkretuak negoziatzeko, esate baterako, tratamendua anbulatorizatzeke; baina, bestetik, gaur egun kirurgia anbulatorioa arratsaldez egiten denez gero, kasu batzuk ingresatu behar dira, operazio ondokoa behar den modukoa izan dadin garantizatzeke.

GOMENDIOAK

- Praktika klinikoaren aldakortasunaren azterketa-mekanismoak zentroen artean garatu eta mantentzea, eta informazio hori hedatzea.
- Kirurgia ambulatorioaren eboluzioa beste inguru edota sistema sanitarioetan ezagutu eta aztertzea.
- Bilerak espezialitateka bultzatzea, aurkitutako praktika klinikoaren aldakortasunari buruzko elkarren arteko azterketa sustatu eta indartzeko, ospitale desberdinetako espezialitate bereko profesionalen artean.
- Ospitale bakoitzean bilerak sustatzea, espezialitate desberdinetako klinikoen, zuzendarien, Ingresu Gabeko Kirurgia-unitateetako arduradunen eta etxe-ospitalizazioko arduradunen artean, antolakuntzako edo bestelako ezaugarriak aztertzeko, ezaugarri horiek eragin garrantzitsua dutenean zentro bakoitzean gertatzen diren prozesu kirurgikoen ambulatozazio-posibilitateetan.
- Osakidetzako sare barruan, prozesu potentzialki enbulatoriagarri bakoitzerako protokolo komunen garapenaren alde jotzea, baita etengabeko prestakuntzako jarduera espezifikoaren alde, hots, asistentzia sanitarioari buruzko teknika berri edo antolakuntza-moduak erakusten prestigio handiko zentroetan ikastaroak edo egonaldiak egitearen alde.
- Ambulatorio-kirurgia handiak ingresu-kirurkiak baino lege-arazo gehiago eman diezaiekeela uste duten profesionalik gehien-gehien iritziaren oinarriak Osakidetzako maila orokorrean aztertzea, eta inizatibak planteatzea
- Profesionalei egindako inkestetan lortu diren iritzietatik abiatuz, han sugeritzen diren hipotesiak testatzea.
- Neurriak garatzea pazienteek eta familiakoek informazio hobea izan dezaten ambulatorio-kirurgia handiari buruz.
- Gaur eguneko egoeraren azterketa bat egitea, aukera sanitario desberdinen kostu eta lehentasun-sistema bat aztertuz, zentroetan aukera horiek jarri eta garatzerakoan.
- Zentro konkretu bakoitzeko mailan, Eguneko Ospitaleko unitateen baliabide eta ahalmen operatiboa handitzeko interesa baloratzea.

Resumen

TÍTULO

Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza - Servicio vasco de salud

OBJETIVOS

Analizar la variabilidad en el uso de la cirugía mayor ambulatoria en los Hospitales de Osakidetza, conocer las opiniones de los profesionales implicados y realizar recomendaciones para el desarrollo de la cirugía ambulatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un primer estudio se analiza la variabilidad de la ambulatorización de procesos quirúrgicos en Osakidetza y para ello se estudia la información del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria y de los P.M.C.'s de los hospitales de Osakidetza. Se recogen las tasas de ambulatorización respecto al potencial ambulatorizable para cada hospital, especialidad y proceso y se analiza la evolución entre los años 1995 y primer semestre de 1.998.

El segundo estudio es una encuesta dirigida a todos los profesionales de una serie de colectivos relacionados con la cirugía ambulatoria, con la que se pretende conocer su opinión acerca de los diversos factores que influyen en la implantación y desarrollo de las intervenciones de cirugía de día en la red de Osakidetza. Los resultados de la encuesta han sido discutidos en una sesión de trabajo por el equipo de investigación, con el fin de identificar los elementos clave para la elaboración de recomendaciones.

RESULTADOS

En el conjunto de la red de Osakidetza se puede considerar que el nivel de ambulatorización de las operaciones quirúrgicas potencialmente ambulatorias es en general medio bajo, excepto en el caso de las cataratas y las adenoides, que son procesos con porcentajes superiores al 90% de ambulatorización.

Con respecto al análisis de las tendencias generales se puede señalar que se está produciendo un ligero y continuo crecimiento de la ambulatorización de procedimientos quirúrgicos en los últimos cuatro años.

Osteba 00-11

Al analizar y comparar los porcentajes por centros se observa que existen variaciones significativas en casi todos los procesos estudiados.

El porcentaje de respuestas a la encuesta enviada a todos los profesionales de diversas especialidades implicadas en la cirugía mayor ambulatoria ha sido del 23%.

Se encuentran diferencias importantes al analizar la actitud de los distintos colectivos hacia la cirugía ambulatoria. Así, mientras que casi todos los gestores y coordinadores de las Unidades de Cirugía Sin Ingreso consideran que es una opción positiva tanto para pacientes, profesionales y gestores, existe un porcentaje significativo de clínicos que consideran que la cirugía ambulatoria es negativa para pacientes y profesionales.

Es llamativo también el alto porcentaje de profesionales que consideran que la práctica de la cirugía ambulatoria pudiera acarrearles más problemas de tipo legal que la cirugía con ingreso.

Las respuestas a la encuesta reflejan que no existen criterios clínicos comunes respecto a la selección de pacientes y de las patologías susceptibles de ser abordadas de manera ambulatoria. Esta variabilidad de criterios clínicos es posiblemente la causa principal de la variabilidad encontrada en los porcentajes de ambulatorización de procesos en los distintos hospitales.

Junto a ello, las particularidades de tipo organizativo de cada centro explicarían otra parte importante de esa variabilidad. Entre los factores organizativos se consideran claves la planificación horaria de la cirugía y la dinámica propia de los equipos en cada hospital, y en especial es clave la coordinación entre los distintos grupos implicados.

El papel de la autoconcertación, que pudiera ser clave ya que en muchos de los procesos ambulatorizables existen listas de espera y programas de autoconcertación, se considera controvertido. Por una parte posibilita a los gestores el negociar condiciones concretas, como la ambulatorización del tratamiento, pero por otro lado al realizarse en la actualidad en horario de

tarde, ello condiciona que ciertos casos deban ser ingresados para garantizar un apropiado postoperatorio.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar y mantener mecanismos de análisis de la variabilidad de la práctica clínica entre diversos centros, y difundir esa información.
- Conocer y analizar la evolución de la cirugía ambulatoria en otros contextos y/o sistemas sanitarios.
- Potenciar reuniones por especialidad para fomentar y potenciar el análisis conjunto, entre profesionales de la misma especialidad de distintos hospitales, de la variabilidad de la práctica clínica encontrada.
- Potenciar reuniones en cada hospital entre clínicos de distintas especialidades y directivos, responsables de Unidades de Cirugía Sin Ingreso y de Hospitalización a Domicilio para analizar las características organizativas o de otro tipo que pueden influir de manera importante en las posibilidades de ambulatorización de procesos quirúrgicos en cada centro.
- Favorecer el desarrollo de protocolos comunes para cada proceso potencialmente ambulatorizable en el conjunto de la red de Osakidetza, así como actividades específicas de formación continuada, tales como cursos o estancias en centros de reconocido prestigio en técnicas novedosas o en formas de organización de la asistencia sanitaria.
- Analizar al nivel general de Osakidetza las bases de la opinión muy mayoritaria de los profesionales que consideran que la cirugía mayor ambulatoria puede crearles más problemas de tipo legal que la cirugía con ingreso, y plantear iniciativas de cara a fomentar la protección de los profesionales.
- Testar las hipótesis surgidas a partir de las opiniones obtenidas en las encuestas a profesionales.
- Desarrollar medidas para mejorar la información a pacientes y familiares acerca de la cirugía mayor ambulatoria.
- Realizar un análisis de situación actual con un estudio de costes de las diferentes alternativas sanitarias y un sistema de priorización a la hora de su desarrollo e implantación en los centros.
- Valorar a nivel de cada centro concreto el interés de aumentar los recursos y la capacidad operativa de las unidades de Hospital de Día.

I. Introducción

1. INTRODUCCIÓN

El número de patologías y situaciones clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, susceptibles de intervención quirúrgica sin ingreso hospitalario crece de manera paulatina.

La progresiva implantación de programas de Cirugía Ambulatoria o Cirugía Sin Ingreso a situaciones clínicas que anteriormente eran tratadas en régimen de hospitalización responde a razones diversas entre las que se han señalado las siguientes: la aparición de técnicas diagnósticas o terapéuticas menos cruentas; los avances en el área de la anestesia, que han facilitado el uso de técnicas de anestesia regional o locoregional; el desarrollo de programas de atención domiciliaria y de hospital de día que facilitan la continuidad de los cuidados necesarios para los y las pacientes sin necesidad de ingreso y el interés de la gestión sanitaria en optimizar los recursos.

Las ventajas potenciales de la cirugía de día se pueden resumir en dos grandes áreas: la mejora de la calidad asistencial y la optimización del uso de recursos.

- ◆ La **calidad asistencial** puede mejorar tanto por producir una mínima interrupción en la vida del paciente y de su familia y reducir los tiempos de espera, como por la disminución de los riesgos inherentes a la hospitalización. Una encuesta de satisfacción de usuarios de Osakidetza realizada en pacientes de tres hospitales atendidos en cirugía de día en los años 1992-1993 arrojaba resultados muy positivos para el programa de cirugía de día. (Osakidetza 1993).
- ◆ El aumento de la utilización de la cirugía ambulatoria puede conllevar una **optimización del uso de recursos** ya que al disminuir el número de camas necesarias facilita la respuesta a demandas no satisfechas, disminuyendo las listas de espera - más del 70 % de los pacientes en lista de espera están diagnosticados con una patología candidata a Cirugía Ambulatoria-. Además suele conllevar una mejora de los indicadores hospitalarios de actividad y rendimiento y puede reducir los costes medios de la atención sanitaria.

Entre las posibles limitaciones y/o desventajas de la cirugía mayor ambulatoria estaría el posible rechazo por parte de los y las profesionales, bien sea por la pérdida de seguimiento del paciente, bien por el aumento del riesgo de demandas médico-legales, o bien porque la reducción del número de camas puede percibirse como una pérdida de “poder”.

Dentro de las estrategias de cambio para la Sanidad Vasca contempladas en el documento "Osasuna Zainduz", la Circular 1/96 y la Instrucción 3/96 desarrollan los instrumentos normativos necesarios para una gestión activa de modalidades asistenciales como la cirugía de día.

La información de la actividad hospitalaria que se deriva de la explotación de los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Registro de Altas Hospitalarias (C.M.B.D.), y la aplicación de técnicas de análisis de *case-mix* como el programa de P.M.C.s (Patient Management Categories) y actualmente G.R.D.s (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) facilita la detección de los episodios de ingreso hospitalario que son susceptibles de ser resueltos por medio de cirugía ambulatoria.

El porcentaje de casos atendidos en cirugía de día suponía en 1996 en torno al 20 % de la cirugía programada en la red de Osakidetza, y estimamos que hasta un 40 % de esa cirugía programada puede ser candidata a Cirugía de día.

Es pues importante investigar las causas que expliquen ese desfase entre lo posible y deseable, una mayor utilización de la cirugía de día, y la realidad de baja cobertura.

Los **porcentajes de ambulatorización** que se encuentran en la literatura tienen en cuenta básicamente aspectos relacionados con el procedimiento y con el paciente pero no aspectos económicos, organizativos o de disponibilidad de recursos, o de criterios de los profesionales que pueden hacer que lo técnicamente posible no sea factible o deseable en la práctica en un sistema sanitario concreto en un momento determinado.

Por ello consideramos que junto a los **criterios clínicos** de selección de pacientes y patologías se deben investigar otros aspectos como pueden ser los relacionados con los **aspectos organizativos** de los hospitales, el clima organizacional o los sistemas de incentivos. Aspectos todos ellos que no sólo están relacionados con los y las cirujanas sino con el resto del personal de las unidades de cirugía de día, personal de enfermería y de anestesia en particular, de la hospitalización a domicilio o de la atención primaria domiciliaria, así como con los equipos directivos de los hospitales.

Igualmente es importante que el desarrollo de los programas de cirugía ambulatoria se base en la evidencia científica de que es mejor que la alternativa de hospitalización, en cada caso, tanto a nivel de efectividad clínica como de relación coste-beneficio.

Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza - Servicio vasco de salud

El presente estudio es una investigación comisionada por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco que realizó en septiembre de 1997 un concurso público para la realización de un estudio sobre la situación de la cirugía ambulatoria en la Comunidad Autónoma Vasca. Los objetivos del estudio vienen marcados por las bases de dicha convocatoria.

El equipo investigador que ha realizado este estudio está formado por profesionales de distintas áreas: cirujanos de las especialidades que practican cirugía mayor ambulatoria en el circuito asistencial, anestesistas, enfermeras responsables del Hospital de Día y diversos profesionales de la gestión sanitaria.

Como el estudio se realiza en los hospitales del ámbito de Osakidetza, queremos hacer dos especificaciones:

- las unidades que se han desarrollado para organizar la atención de esos pacientes son de tipo integrado y pluridisciplinar, es decir, inmersas en el conjunto de recursos del Hospital y en las que pueden participar los diferentes servicios quirúrgicos del centro. El espacio o unidad donde se atiende a esos pacientes se denomina Hospital de Día.
- existen diversos términos utilizados para denominar a este tipo de cirugía, tales como: Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía Ambulatoria, Cirugía Sin Ingreso y Cirugía de Día. En este trabajo utilizaremos el término Cirugía Mayor Ambulatoria para referirnos al tipo de cirugía y procesos susceptibles de ser atendidos en ese circuito asistencial.

II. Objetivos

2. OBJETIVOS

Los objetivos del estudio han sido definidos en la convocatoria pública de investigación comisionada y son los siguientes:

Objetivo General

- Conocer los diversos factores que influyen en la implantación y desarrollo de las intervenciones de cirugía de día en la red de Osakidetza – Servicio Vasco de Salud.

Objetivos específicos

- Conocer la utilización de la cirugía mayor ambulatoria en los hospitales de Osakidetza y su evolución en los últimos años.
- Identificar los factores que influyen en la implantación y desarrollo de las intervenciones de cirugía mayor ambulatoria y puedan explicar la variabilidad encontrada entre los hospitales de Osakidetza.
- Conocer las opiniones de profesionales, gestores y responsables de las Unidades de Cirugía Sin Ingreso acerca de la cirugía mayor ambulatoria, y en concreto de los siguientes aspectos:
 - los criterios utilizados para incluir o excluir a los pacientes en un programa de cirugía ambulatoria
 - su opinión acerca de qué variables influyen en que se produzca un mayor o menor desarrollo del porcentaje de pacientes atendidos en programas de cirugía ambulatoria
 - su opinión acerca de qué medidas serían más útiles y eficaces para conseguir aumentar los porcentajes de ambulatorización en su especialidad
 - los porcentajes que realiza en su práctica clínica cada especialista en pacientes con determinados procesos o patologías y los porcentajes de cirugía sin ingreso posibles en su práctica clínica en caso de darse las condiciones organizativas y de incentivos ideales
- Analizar las repercusiones económicas reales y potenciales del desarrollo de la cirugía ambulatoria.
- Elaborar recomendaciones para el desarrollo de la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.

III. Metodología

3.- METODOLOGÍA

Este trabajo se basa fundamentalmente en dos estudios que se pueden considerar complementarios para conocer la situación de la cirugía mayor ambulatoria en los hospitales de la red de Osakidetza.

En el capítulo cuatro se aborda el "Análisis de la utilización de la ambulatorización de procesos quirúrgicos" y en el quinto capítulo la "Encuesta a profesionales".

Al comienzo de cada uno de esos capítulos se describe la metodología utilizada para cada subestudio.

***IV. La utilización de la cirugía mayor
ambulatoria en los hospitales de Osakidetza***

4.- LA UTILIZACIÓN DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LOS HOSPITALES DE OSAKIDETZA

Como se ha señalado anteriormente el objetivo de este subestudio es conocer la utilización de la cirugía mayor ambulatoria en los hospitales de Osakidetza y su evolución en los últimos años.

4.1 Metodología

Sujetos y patologías a estudio

Se han analizado todas las altas de procesos de cirugía mayor susceptibles de abordaje ambulatorio atendidos en los 12 hospitales de agudos de Osakidetza.

Se han utilizado los datos informatizados de las altas hospitalarias en los años 1995, 1996, 1997 y el primer semestre de 1998.

Criterios de inclusión y exclusión

Los procesos analizados son:

- aquellos que el programa informático de los P.M.C.s recoge como ambulatorizables, y
- otros procesos que no aparecen en ese programa como ambulatorizables, pero que el grupo de trabajo consideraba necesario analizar dado que en la red de Osakidetza se realizan también de manera ambulatoria, por ejemplo los juanetes o hallux valgus.

Dado que la lista de procesos potencialmente ambulatorizables es larga solo se han analizado aquellos procesos con una frecuencia mínima, para poder realizar comparaciones entre los atendidos en los distintos hospitales.

Para favorecer la comparabilidad entre los distintos centros se han descartado todos los pacientes en los que existiera comorbilidad recogida en el informe de alta, esto es aquellos casos de pacientes en los que existiera algún otro diagnóstico diferente al que ocasiona la operación. Se han excluido también aquellos casos en los que el paciente hubiera fallecido durante ese ingreso.

Análisis estadístico

Aunque se dispone de la significación estadística de las diferencias en los porcentajes de ambulatorización entre los distintos hospitales, se ha descartado realizar tests de significación estadística dado que la probabilidad de que den diferencias significativas es muy alta, por el alto número de centros comparados.

Se realizará una simple descripción de los porcentajes de ambulatorización por cada proceso entre los distintos hospitales, señalándose los niveles medios, mínimos y máximos en el conjunto de hospitales.

Se ha considerado de interés aportar también información acerca del porcentaje de pacientes que realizan una estancia de un día, para tener una referencia para juzgar si los cambios en la ambulatorización se deben o no a cambios en los porcentajes de pacientes que están una sola estancia hospitalaria. Esa información se aporta sólo en las tablas referentes a la ambulatorización global en el conjunto de Osakidetza.

Los datos se han analizado con el programa EpiInfo 6.

A continuación se presenta la información disponible acerca de cada especialidad quirúrgica. El texto se acompaña una información que se acompaña de tablas, donde se puede encontrar un nivel más detallado de datos de cada hospital.

Los códigos numéricos que aparecen en las tablas corresponden a los hospitales siguientes:

111 Txagorritxu	214 Bidasoa
112 Santiago	215 Mendaro
113 Alto Deba	311 Cruces
211 Aranzazu	312 Galdakao
212 Gipuzkoa	313 Basurto
213 Zumarraga	314 San Eloy

4.2 Análisis por Servicios

4.2.1 Cirugía general

Los procesos sobre los que se ha recogido información son por orden de frecuencia de las intervenciones: hernia abdominal (femoral, inguinal, umbilical), patología benigna de recto, venas varicosas, masa benigna de mama, lesión benigna de piel, neo colorectal benigna/maligna in situ, y apéndices cutáneos.

Tabla 1. SERVICIO DE CIRUGIA.

Procesos quirúrgicos susceptibles de ambulatorización según programa PMC % global de ambulatorización en el conjunto de hospitales de Osakidetza (% mínimo y máximo), y % 1 día de estancia

PMC ↓	AÑO ⇒	1995	1996	1997	1998 (6
		Nº Casos % (mín-max) % 1estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1estancia	Meses) Nº Casos % (mín-max) % 1estancia
Hernia abdominal: 1203 femoral/inguinal/umbilical		2726	2802	2857	1494
		19 (0-51)	17,1(0-57,1)	16,6(1,2-54,8)	20,3(0-56,3)
		14	19,1	26,4	31,5
Patología benigna de recto 5415		2232	2324	2263	1184
		10,5(1,6 - 30)	12,9(1,5 - 46)	13,6(1,2-55,8)	19,3(0-69,8)
		28,4	34,4	35,7	37,2
Venas varicosas 4136		1893	1932	2084	1136
		3,8 (0 - 35,8)	4,8 (0 - 35,1)	2,3(0-18,7)	2,3(0-14,5)
		42,4	57,6	66,7	74,2
Lesión benigna piel 4902		475	538	427	263
		60,6 (0 - 88,9)	60,4 (6,3 - 93,5)	57,6(0-88,9)	66,5(0-100)
		10,1	12,5	15,2	16,7

Tabla 2. SERVICIO DE CIRUGIA.

Otros procesos potencialmente ambulatorizables. % global de ambulatorización en el conjunto de hospitales de Osakidetza (y % mínimo y máximo), y % 1 estancia

PMC ↓	AÑO ⇒	1995	1996	1997	1998 (6
		Nº Casos % (mín-max) % 1estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1estancia	Meses) Nº Casos % (mín-max) % 1estancia
Masa benigna en mama 201		667	752	725	393
		15,1(1,8 - 47,4)	24,2 (0 - 71,4)	25,1(0-85)	23,9(0-50)
		% 22,5	% 28,5	35,6	35,4
Neo colorectal 801 benigna/maligna in situ		127	120	141	75
		5,5 (0 - 14,3) %	5 (0 - 7,7) %	10,6(0-28,6)	42,7(0-88,9)
		20,5	18,3	17,2	13,3
Apéndices cutáneos 4904		29	37	35	26
		48,3 (0 - 100) %	37,8 (0 - 100) %	42,9(0-100)	46,2(0-100)
		10,3	13,5	8,6	15,4

Osteba 00-11

A nivel del conjunto de los hospitales de Osakidetza, **las lesiones benignas de piel** son las que más se tratan de manera ambulatoria, en torno al 60%, seguidos por **los apéndices cutáneos**, en torno al 40%, y **las masas benignas de mama** con un 30% y tendencia creciente a la ambulatorización.

La **hernia abdominal** (femoral, inguinal, umbilical) es un proceso cuyo porcentaje de ambulatorización ha sido decreciente entre los años 1995 a 1997, pero que según los datos del primer semestre de 1998 se encontraría en torno al 20%.

La **patología benigna de recto** se ambulatoriza por encima del 10% y con tendencia a aumentar ese porcentaje.

El resto de procesos las **venas varicosas** y la **neo colorectal benigna/maligna in situ**, se han ambulatorizado muy poco, en porcentajes inferiores al 10 %, aunque en el caso de la neo colorectal *in situ* según los datos del primer semestre de 1998 se habría producido en ese periodo un fuerte aumento en la ambulatorización.

No obstante en la tabla 1 se puede observar que el porcentaje de pacientes con esas patologías que han sido tratadas con un solo día de estancia ha crecido de manera importante en el período estudiado.

En el caso de la hernia inguinal, en 1996 un 14 % de los pacientes solo estaban ingresados un día, mientras que en el primer semestre de 1998 ese porcentaje ascendía al 20,3 en el conjunto de casos tratados en Osakidetza. Si sumamos los pacientes con tratamiento sin ingreso y los que han tenido una estancia de un solo día se observa que se ha pasado del 33% al 51,8% en ese período.

En el caso de las venas varicosas se detecta una tendencia a la disminución en la ambulatorización de su tratamiento, del 3,8% al 2,3%, mientras que a la vez se ha mantenido un crecimiento importante en el porcentaje de casos tratados con una estancia de un solo día, pasando del 42,4 al 74,2 % en el conjunto de Osakidetza.

En los casos de la patología benigna de recto y de las lesiones benignas de piel se han incrementado tanto los porcentajes de ambulatorización como los de los pacientes que están ingresados un solo día.

Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza - Servicio vasco de salud

Al comparar los porcentajes de ambulatorización por centros, ver tablas 3 y 4, se observa que existen variaciones significativas en todos los procesos estudiados.

Tabla 3. SERVICIO DE CIRUGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirurgicos ambulatorizables según programa “pmc” y % de ambulatorizacion. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

1203: Hernia abdominal: femoral/inguinal/umbilical (mayores de 14 años); 5415:Patología benigna de recto; 4136: Venas varicosas; 4902: Lesión benigna piel

PMC	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
1203	339 18%	261 15,7 %	296 17,6 %	147 19%	128 0%	193 0%	166 1,2%	107 1,9%	105 1,9 %	109 1,9%	79 2,5%	48 0%	208 51%	198 57,1 %	199 54,8 %	87 56,3 %	157 2,5%	195 1%	189 4,2%	90 20%	120 0%	146 8,9%	165 3,6%	87 17,2 %
5415	253 10,7 %	244 17,6 %	234 22,2 %	146 39%	122 2,5%	137 1,5%	121 2,5%	69 2,9%	81 3,7%	97 3,1%	82 1,2%	33 0%	115 7%	107 9,3%	92 5,4%	53 3,8%	140 5,7%	166 17,5 %	165 20%	80 33,8 %	126 15,1 %	107 19,6 %	118 19,5 %	56 21,4 %
4136	219 2,3%	173 3,5%	274 2,6%	150 4%	266 0,8%	176 2,2%	146 0,7%	72 4,2%	83 1,2%	83 0%	99 1%	40 0%	51 2%	40 2,5%	34 8,8%	20 10%	94 0%	121 1,7%	147 1,4%	86 2,3%	129 6,2%	133 13,5 %	157 1,3%	63 4,8%
4902	24 41,7 %	40 45%	40 70%	39 76,9 %	14 7,2%	15 6,7%	14 7,1%	10 40%	4 0%	6 16,7 %	2 0%	5 0%	71 59,2 %	69 66,7 %	31 38,7 %	17 47,1 %	11 9,1%	25 48%	14 50%	14 78,6 %	20 75%	31 93,6 %	23 65,2 %	12 75%

PMC	HOSPITAL																							
	214				215				311				312				313				314			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
1203	144 21,5 %	174 28,2 %	146 29,5 %	60 28,3 %	124 1,6%	117 3,4%	221 2,7%	53 3,8%	537 44,3 %	575 30,8 %	528 33,9 %	300 37%	265 15,8 %	247 19,4 %	278 15,5 %	181 27,1 %	447 2,9%	401 2,5%	397 2%	233 0,9%	152 13,2 %	185 11,4 %	193 8,8%	101 10,9 %
5415	143 30,1 %	137 46%	138 55,8 %	63 69,8 %	128 1,6%	136 4,4%	157 4,5%	77 6,5%	361 6,7	430 2,6%	390 2,6%	209 8,6%	254 24%	224 24,1 %	255 19,2 %	152 18,4 %	314 2,6%	334 5,7%	346 2,3%	159 5%	195 14,9 %	205 18,5 %	165 24,2 %	87 28,7 %
4136	120 35,8 %	148 35,1 %	123 18,7 %	55 14,5 %	91 0%	79 0%	90 2,2%	45 0%	283 0,7%	363 0,3%	388 0,5%	232 0,9%	192 2,1%	260 0%	265 0,8%	153 0%	290 1,4%	254 2,4%	272 1,1%	171 0%	75 2,7%	101 2%	89 0%	49 0%
4902	27 88,9 %	42 85,7 %	25 84%	18 100 %	12 33,3 %	16 6,3%	3 0%	7 57,1 %	108 57,4 %	124 62,9 %	142 57,7 %	67 68,7 %	76 78,9 %	71 73,2 %	22 54,5 %	14 42,9 %	38 31,6 %	44 15,9	39 10,3 %	20 30%	69 82,6 %	55 80%	72 88,9 %	39 84,6 %

Tabla 4. SERVICIO DE CIRUGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirúrgicos ambulatorizables según programa “pmc” y % de ambulatorización. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

201: Masa benigna en mama; 801: Neo colorectal benigna/maligna in situ; 4904: Apéndices cutáneos

	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
PMC	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
201	46 47,8 %	101 46,5 %	116 46,6 %	54 50%	5 40%	13 0%	11 0%	7 0%	19 26,3 %	12 25%	26 26,7 %	14 0%	273 1,8%	284 19%	275 21,8 %	155 26,5 %			1 0%		19 47,4 %	30 23,3 %	17 29,4 %	6 16,7 %
801	18 5,6%	14 0%	15 0%	9 33,3 %	7 0%	6 0%	5 0%	1 0%	1 0%	2 0%	2 0%		7 0%	5 0%	21 28,4 %	18 88,9 %	6 0%	3 0%	11 0%	4 75%	22 4,5%	21 4,8%	16 0%	7 0%
4904	1 100 %	2 100 %	6 100 %	3 100 %	2 0%	1 0%	2 50%	2 0%					2 0%	5 0%	6 0%	3 0%	2 100 %		4 50%	6 33,3 %		2 100 %		

	HOSPITAL																							
	214				215				311				312				313				314			
PMC	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
201	19 47,4 %	16 62,5 %	20 85%	3 33,3 %	5 20%	2 0%	2 50%	1 0%	111 4,5%	157 3,8%	154 5,2%	64 4,7%	78 42,3 %	71 63,4 %	73 35,6 %	65 29,2 %	73 13,7 %	59 8,5%	25 45	17 5,9%	7 28,6 %	7 71,4 %	5 60%	7 14,3 %
801	11 0%	5 0%	1 0%		4 0%		2 0%	1 0%	18 5,6%	11 0%	16 0%	2 50%	15 13,3 %	13 7,7%	30 26,7 %	17 52,9 %	14 14,3 %	31 6,5%	20 5%	16 0%	4 0%	8 0%	2 0%	
4904	2 100 %	2 50%	2 100 %	3 100 %	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	13 30,8 %	6 16,7 %	8 37,5 %	7 42,9 %	5 100 %	6 83,3 %	2 50%	1 100 %	3 0%	11 27,3 %	4 0%					

4.2.2 Ginecología

Los procesos sobre los que se ha recogido información son: “otras alteraciones del Aparato Reproductivo femenino”, esterilización electiva, e infertilidad sin obstrucción.

Tabla 5. SERVICIO DE GINECOLOGIA

Procesos quirúrgicos susceptibles de ambulatorización según programa PMC y % global de ambulatorización en el conjunto de hospitales de Osakidetza (y % mínimo y máximo), y % 1 estancia

PMC ↓	AÑO ⇒	1995	1996	1997	1998 (6 Meses)
		Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia
Ap. Reprod. femenino:		1154	1381	1096	616
Otras alteraciones 2618		13,9 (0 - 70) 39,8	24,8 (0 - 60) 39,3	38(2-72,2) 37,6	43,8(0-69,5) 32
Esterilización electiva femenina 2627		492 33,9 (0 - 89) 34,1	440 36,1 (0 - 82,9) 39,5	390 33,1(0-86,6) 50,5	162 27,8(0-93,5) 55,6
Ap. Reprod. femenino:		232	449	680	377
Infertilidad sin obstrucción 2630		47,8 (0 - 100) 12,1	89,3 (0 - 97) 4,7	94,7(0-99) 4,1	93,1(0-99,7) 4,8

Ap. Reprod. femenino: Otras alteraciones (PMC 2618) incluía en 1996 los siguientes diagnósticos: Pólipo de cuerpo uterino (20 %); Metrorragia (14%); Carcinoma in situ en otros órganos genitales no especificados, No cervix, no utero: (12 %); Absceso de glándula de Bartholin (9,4%); Hemorragia postmenopáusica (7,1%); Transtornos menopáusicos y postmenopáusicos (5,1%); Menstruación excesiva o frecuente (4,4%); Otras enfermedades inflamatorias específicas del cervix, vagina y vulva (4%); y otros con menor frecuencia.

Se ha producido un crecimiento importante del abordaje ambulatorio de la **infertilidad sin obstrucción**, pasando del 47,8% en 1996 al 93,1 % en el primer semestre de 1998

El porcentaje de ambulatorización de la **esterilización electiva** no habría variado sustancialmente, encontrándose en valores en torno al 35 %, mientras que se ha producido un crecimiento constante del porcentaje de pacientes que tendrían ingresos de solo 1 día, pasando del 34,1 % en 1996 al 55,6% en el primer semestre de 1998.

Con respecto a “**otras alteraciones del Aparato Reproductivo femenino**” la tendencia de ambulatorización es creciente en los últimos años, habiendo pasado progresivamente del 14 % al 44 %, crecimiento que ha ido paralelo a un descenso en los pacientes que tendrían un ingreso de 1 día, que habría pasado del 39,8% al 32% en el período estudiado.

Al comparar los porcentajes de ambulatorización por centros, ver tabla 6, se observa que existen variaciones significativas en todos los procesos estudiados.

Osteba 00-11

Tabla 6. SERVICIO DE GINECOLOGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirúrgicos ambulatorizables según programa "PMC" y % de ambulatorización. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

2618: Aparato Reproductor femenino: Otras alteraciones; 2627: Esterilización electiva femenina; 2630: Ap. Reprod. femenino: Infertilidad sin obstrucción

PMC	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
2618	98 11,2 %	229 32,8	230 72,2	82 69,5 %	60 70	40 60	22 50%	19 68,4 %	25 36	40 22,5	33 27,3 %	16 25%	368 2,2	353 26,6	301 39,5 %	229 53,3 %					36 8,3	50 2	50 2%	24 12,5 %
2627	59 0	31 0	70 4,3%	38 2,6%	1 0	1 0			14 0	15 0	7 0%	6 0%	1 0	7 42,9	4 0%	1 0%					12 0	21 4,8	13 0%	4 0%
2630	13 0	11 0	6 16,7 %	7 0%	- -				1 0				84 1,2	59 62,7	75 70,7 %	65 78,5 %					1 0			

PMC	HOSPITAL																							
	214				215				311				312				313				314			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
2618	35 40%	58 44,8	35 48,6 %	16 56,3 %	66 3%	71 5,6%	40 5%	18 0%	302 5,3%	275 6,3%	169 4,7%	97 15,5 %	94 54,3	90 46,7	71 50,7 %	40 65%	125 4%	176 27,8	145 32,4 %	74 28,4 %				
2627	63 33,3	80 45	47 42,6 %	27 51,9 %	16 0	12 0	9 0%	6 0%	154 89	123 82,9	112 86,6 %	31 93,5 %	120 7,5	105 14,3	93 3,2%	32 0%	52 0	45 4,4	35 17,1 %	17 5,9%				
2630					3 0	3 0	1 0%		119 84	362 97	590 86,8 %	299 99,7 %	10 100	14 92,9	8 1,2%	4 50%	1 0				2 0%			

4.2.3 OFTALMOLOGÍA

Los procesos analizados son la catarata/afaquia, el glaucoma crónico, el estrabismo, las alteraciones del sistema lacrimal, y los tumores y lesiones menores del párpado.

Tabla 7. SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Procesos quirúrgicos susceptibles de ambulatorización según programa PMC y % global de ambulatorización en el conjunto de hospitales de Osakidetza (y % mínimo y máximo), y % 1 estancia

PMC ↓	AÑO ⇒	1995	1996	1997	1998 (6
		Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Meses) Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia
Catarata / afaquia 2701		6857 83,9 (14,8-98,8) 6,7	7871 90,6 (62,8 - 99) 5,6	8919 95,3(57,5-98,7) 3,6	5381 95,7(52,7- 99,4) 3
Glaucoma Crónico 2702		359 57,9 (0 - 100) 21,2	378 68 (0 - 100) 15,6	348 78,7(0-100) 8,9	171 77,2(10-100) 11,7
Estrabismo 2704		246 17,5 (0 - 80,4) 37,8	328 20,7 (0 - 88,1) 46	327 14,4(0-83,3) 55	154 16,2(0-75) 64,3
Alteración del Sistema lacrimal 2708		186 46,8 (0 - 87,5) 16,1	183 57,9 (0 - 94,7) 14,2	199 54,3(0-87,5) 27,1	107 64,5(14,3- 100) 20,6
Tumor / lesión menor párpado 2706		111 78,4 (33,3-100) 7,2	161 85,7 (43,8 - 100) 3,7	136 82,4(50-100) 10,3	81 87,7(33,3- 100) 6,2

Las **cataratas** son un proceso sobre el que se realiza un alto número de intervenciones, y cuyo porcentaje de ambulatorización es muy alto, superior al 90%.

El **glaucoma crónico**, segundo proceso potencialmente ambulatorizable más frecuente, cuenta con una alta ambulatorización del mismo. Los porcentajes de ambulatorización han crecido en los últimos años desde el 58 % al 78%. Por su parte el porcentaje de pacientes atendidos con 1 solo día de estancia ha disminuido del 21,2 % en 1996 al 11,7% en el primer semestre de 1998.

No obstante existe una variabilidad importante entre centros hospitalarios. Los centros con más número de casos atendidos, y también alguno de los centros con pocos casos, han ido aumentando de manera importante la

Osteba 00-11

ambulatorización del tratamiento de esos procesos a porcentajes superiores al 90%. Otros centros, en general con pocos casos cada uno, tienen porcentajes de ambulatorización muy bajos.

Con respecto al **estrabismo**, siguiente patología en número de casos, el porcentaje de ambulatorización es bajo, globalmente entre el 14,4 y el 20,7 % en esos años, y no se registra una tendencia al crecimiento. La variabilidad entre centros es muy importante, ver tabla 8, existiendo un centro con alta ambulatorización, en torno al 80%, y otros con nula ambulatorización de ese proceso. Por su parte el porcentaje de pacientes atendidos con 1 solo día de estancia ha crecido en el conjunto de Osakidetza pasando del 37,8% en 1996 al 64,3% en el primer semestre de 1998.

Las **alteraciones del sistema lacrimal**, estarían en un nivel medio de ambulatorización en torno al 60 % en el conjunto de la red. El porcentaje de pacientes con estancia de 1 solo día ha crecido del 16,1 % al 20,6% en el período estudiado. La variabilidad de ambulatorización entre centros es alta.

Los **tumores y lesiones menores del párpado**, estarían en un nivel alto de ambulatorización en torno al 80 % en el conjunto de la red, y la variabilidad entre centros sería pequeña.

Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza - Servicio vasco de salud

Tabla 8. SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirúrgicos ambulatorizables según programa "PMC" y % de ambulatorización. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

2701: Catarata / afaquia; 2702: Glaucoma Crónico; 2704: Estrabismo ; 2708: Alteración del Sistema lacrimal ; 2706: Tumor / lesión menor Párpado

PMC	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
2701	752 71,7	935 81,1	912 93%	422 97,6%	466 81,1	610 96,6	446 96%	234 99,1%	182 14,8	250 62,8	359 88,6%	161 91,9%	561 62,6	546 74,4	669 86,4%	495 95,8%	558 94,3	695 96,8	1164 98,7%	344 99,1%	174 87,9	246 93,1	288 91%	222 92,8%
2702	13 38,5	12 0	13 0%	13 61,5%	11 45,5	10 90	10 100%	2 100%	5 20	1 100	9 55,6%	1 100%	26 7,7	29 3,4	26 11,5%	10 10%	9 100	12 83,3	14 100%	12 83,3%	3 0	10 20	10 0%	4 25%
2704	25 0	19 0	24 4,2%	10 0%	18 11,1	27 0	20 5%	9 0%	3 0	1 0	1 0%	4 25%	60 0	47 6,4	57 7%	28 3,6%	3 0	3 0	11 36,4%	6 50%	8 0	12 8,3	6 0%	
2708	14 42,9	10 70	29 48,3%	16 68,8%	17 5,9	21 47,6	16 43,8%	7 14,3%	2 0	2 0	4 25%		35 37,1	21 47,6	26 11,5%	17 41,2%	4 0	7 28,6	13 23,1%	7 100%	1 0			
2706	3 33,3	1 100	22 86,4%	20 100%	8 100	28 100	9 88,9%	17 88%					11 54,5	16 43,8	14 71,4%	14 78,6%	7 85,7	6 100	4 75%	1 100%	1 100		1 100%	2 100%

PMC	HOSPITAL																							
	214				215				311				312				313				314			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
2701	131 42	249 65,1	287 57,5%	165 52,7%	564 98,8	521 98,7	485 99,2%	289 98,6%	1269 90,9	1200 95,2	1257 95,6%	852 94,7%	1048 97,8	1254 99	1366 99%	983 99,4%	441 75,5	727 91,1	869 95,3%	585 97,6%	712 92,1	637 93,6	816 95,3%	629 96,8%
2702	10 10	7 28,6	14 57,1%	7 71,4%	12 75	4 100	8 100%	4 100%	104 80,8	100 87	121 89,3%	52 84,6%	28 25	52 55,8	38 92,1%	11 90,9%	80 63,8	96 88,6	62 98,4%	37 81,1%	58 58,6	45 60	23 95,7%	18 88,9%
2704		1 0	3 0%		6 16,7	6 33,3	6 83,3%	4 75%	51 3,9	97 3,1	110 8,2%	51 7,8%	46 80,4	67 88,1	29 75,9%	13 84,6%	21 4,8	34 0	48 2,1%	25 4%	5 0	14 0	12 0%	4 25%
2708	1 0		1 0%		6 33,3	13 23,1	9 66,7%	5 100%	39 66,7	37 70,3	53 77,4%	26 73,1%	24 87,5	19 94,7	16 87,5%	6 83,3%	31 58,1	41 70,7	29 65,5%	19 68,4%	12 0	12 8,3	7 14,3%	
2706	34 97,1	47 100	3 100%	2 100%	1 100	3 100	6 100%	6 83,3%	11 36,4	11 72,7	42 90,5%	9 88,9%	20 95	30 90	12 100%	6 83,3%	11 45,5	11 45,5	18 50%	3 33,3%	5 60	8 75	5 60%	1 100%

4.2.4 Otorrinolaringología

Los procesos sobre los que se ha recogido información son por orden de frecuencia de las intervenciones: adenoidectomía/amigdalectomía, lesión laringea benigna, otitis media (miringotomía/timpanoplastia).

Tabla 9. SERVICIO DE OTORRINOLOGIA
Procesos quirúrgicos susceptibles de ambulatorización según programa PMC y % global de ambulatorización en el conjunto de hospitales de Osakidetza (y % mínimo y máximo), y % 1 estancia

PMC ↓	AÑO ⇒	1995 Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	1996 Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	1997 Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	1998 (6 Meses) Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia
Adenoidectomía/ amigdalectomía 1004		1858 58,6 (3,6 -78,8) 29,7	1914 57,8 (3,7 - 76,1) 33,6	1733 58,6(0-84,7) 35,5	788 54,1(0-93) 39,6
Lesión Laringea benigna 4336		879 63,6 (1,1- 94,7) 15,4	1006 68,4 (5,7 - 92,9) 16,2	979 68,9(6,8-91,7) 17,2	500 72,2(0-100) 16,4
Otitis media: Miringotomía / Timpanoplastia 907		268 62,7 (10 - 100) 10,1	260 74,2 (0 -100) 6,2	267 71,9(12,5-100) 7,1	165 81,2(0-100) 4,2

La ambulatorización de esos tres procesos en el conjunto de la red de Osakidetza puede considerarse medio-alta ya que la **adenoidectomía/amigdalectomía** suele encontrarse en torno al 60%, y la **lesión laringea benigna** y la otitis media (**miringotomía / timpanoplastia**) en porcentajes alrededor del 70%.

Se ha realizado un análisis más detallado de la **adenoidectomía/amigdalectomía**, diferenciándose por su código de la CIE-9 los procesos incluidos en el mismo P.M.C., y que por orden de frecuencia son: adenoides solo, amigdalitis crónica, hipertrofia de amígdalas con adenoides, amígdalas solas.

Tabla 10. SERVICIO DE OTORRINOLOGIA

Algunos procesos quirúrgicos susceptibles de ambulatorización clasificados según C.I.E.- 9. % global de ambulatorización en el conjunto de hospitales de Osakidetza (y % mínimo y máximo), y % 1 estancia

C.I.E. 9 ↓	AÑO ⇒	1995	1996	1997	1998 (6 Meses)
		Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia
Adenoides solo 474.12		935 88 (14,3-98,2) 8,2	947 89,4 (0-100) 8,7	848 90,7(36,4- 97,5) 6,8	342 90,4(25-100) 6,7
Amigdalitis crónica 474.0		335 14,6 (0- 38,5) 63,1	383 15,7 (0-62,5) 69,5	397 17,9(0-100) 71	208 12(0-16,7) 77,4
Hipertrofia de amígdalas con adenoides 474.10		334 28,4(0-91,2) 52,4	347 24,8 (0-92,4) 58,5	345 32,2(0-89,5) 62,3	136 25,7(0-100) 65,4
Amígdalas solo 474.11		82 22 (0-92,3) 54,5	88 18,2 (0-83,3) 61,5	49 30,6(0-100) 51	29 24,1(0-100) 65,5

El porcentaje de ambulatorización de las **adenoides solo** ha crecido ligeramente del 88% en 1996 al 90,4 del primer semestre del 98, pero en paralelo se ha producido un descenso del porcentaje de pacientes con 1 solo día de estancia, del 82 al 6,7%. Por ello se mantendría en torno 97 % el porcentaje de pacientes con 0 ó 1 día de estancia.

El porcentaje de ambulatorización de la **amigdalitis crónica** se mantendría en torno al 15%, mientras que el porcentaje de pacientes con un solo día de estancia ha mostrado una tendencia creciente, pasando del 63,1 % al 77,4 en el periodo estudiado.

El porcentaje de ambulatorización de la **hipertrofia de amígdalas con adenoides** en torno al 30%, mientras que el porcentaje de pacientes con un solo día de estancia ha mostrado una tendencia creciente, pasando del 52,4% al 65,4% en el periodo estudiado.

El porcentaje de ambulatorización de las **amígdalas solas** ha variado entre el 18,2 % y el 30,6 %, observándose una tendencia al crecimiento en el

Osteba 00-11

porcentaje de pacientes con estancia de 1 solo día, pasando del 54,5% en 1996 al 65,5% en el primer semestre de 1998.

Al comparar entre distintos centros, ver tablas 11 y 12, se observa que existen variaciones significativas en los porcentajes de ambulatorización en todos los procesos estudiados.

Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza - Servicio vasco de salud

Tabla 11. SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirurgicos ambulatorizables según programa “PMC” y % de ambulatorizacion. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

1004: Adenoidectomia / amigdalectomía; 4336: Lesión Laríngea benigna; 907: Otitis media: Miringotomía / Timpanoplastia

PMC	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
1004	249 65,1	201 54,2	209 50,2 %	94 48,9 %	91 23,1	90 16,7	94 29,8 %	25 24%	63 38,1	69 62,3	45 60%	36 66,7 %	55 3,6	54 3,7	31 19,4 %	18 0%	20 5	24 8,3	27 0%	16 0%	83 41	89 60,7	91 56%	39 46,2 %
4336	100 55	100 43	84 69%	36 83,3 %	92 1,1	88 5,7	73 6,8%	32 6,3%	17 11,8	19 21,1	24 8,3%	13 7,7%	42 26,2	54 27,8	40 15%	28 7,1%	41 73,2	41 51,2	44 27,3 %	25 0%	29 21	29 44,8	37,5 %	11 54,5 %
907	23 78,3	29 72,4	33 60,6 %	11 72,7 %	36 69,4	31 71	18 66,7 %	9 55,6 %	17 35,3	11 54,5	21 57,1 %	8 62,5 %	29 10,3	22 4,5	8 12,5 %	8 12,5 %	4 50	2 50	1 100 %		6 16,7	5 0	2 50%	1 0%

PMC	HOSPITAL																							
	214				215				311				312				313				314			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
1004	102 33,3	90 31,1	46 32,6 %	31 22,6 %	107 63,6	79 69,6	72 84,7 %	43 93%	641 78,8	652 76,1	582 76,1 %	272 71%	276 55,8	316 57,6	286 60,5 %	107 56,1 %	85 44,7	191 47,1	202 40,6 %	89 29,2 %	85 44,7	191 47,1	48 50%	18 33,3 %
4336	27 44,4	26 26,9	37 43,2 %	17 23,5 %	11 54,5	19 94,7	32 84,4 %	19 100 %	203 89,7	241 92,9	216 91,7 %	129 93,8 %	184 91,3	226 92	192 84,4 %	97 94,8 %	76 42,1	106 76,4	142 85,2 %	68 89,7 %	76 42,1	106 76,4	63 88,9 %	25 92%
907	12 58,3	9 77,8	14 92,9 %	5 100 %	5 100	11 100	12 91,7 %	5 100 %	73 84,9	75 96	100 88%	97 95,9 %	31 83,9	30 100	14 85,7 %	11 90,9 %	21 19	19 31,6	30 30%	9 22,2 %	21 19	19 31,6	14 85,7 %	1 0%

Tabla 12. SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirurgicos ambulatorizables ciertos procesos C.I.E.-9 y % de ambulatorizacion. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

CIE-9. 474.0: Amigdalitis crónica ; 474.10: Hipertrofia de amígdalas con adenoides; 474.11: Amígdalas solo; 474.12: Adenoides solo

CIE-9	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
474.0	21 14,3	14 0	18 22,2 %	13 15,4 %	33 12,2	21 0	35 5,7%	16 6,3%	8 12,5	8 62,5	8 37,5 %	3 0%	15 0	10 0	9 22,2 %	6 16,7 %	19 5,3	19 0	24 4,2%	17 11,8 %	13 7,7	15 26,7	17 17,6 %	13 0%
47410	51 15,7	54 5,6	61 8,2%	26 3,8%	15 0	31 3,2	21 14,3 %	4 0%	14 28,6	17 29,4	14 64,3 %	13 53,8 %	16 0	20 5	7 0%	5 0%	-	-			18 11,1	15 0	20 15%	6 16,7 %
47411	11 9,1	15 0	14 7,1%	11 18,2 %	1 0	5 0	1 0%	1 0%	1 100	-		1 100 %	3 33,3	2 0			-	1 0		1 0%	2 0	6 16,7	4 25%	1 0%
47412	143 93	109 91,7	105 90,5 %	40 95%	29 48,3	20 40	20 65%	1 100 %	16 50	-			7 14,3	12 0	11 36,4 %	8 25%	-	1 100			39 64,1	45 93,3	51 88,2 %	20 90%

CIE-9	HOSPITAL																											
	214				215				311				312				313				314							
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
474.0	4 0	6 0	7 0%	3 0%	13 38,5	10 40	1 100 %	2 0%	145 20,7	181 22,7	157 24,2 %	78 19,2 %	34 0	51 3,9	43 0%	18 0%	26 15,4	37 10,8	65 26,2 %	33 9,1%	4 0	11 0	13 0%	6 16,7 %				
47410	30 6,7	32 0	8 12,5 %	9 11,1 %	20 75	13 92,3	22 86,4 %	2 100 %	68 91,2	66 92,4	76 89,5 %	25 92%	66 1,5	60 3,3	58 0%	24 0%	16 6,3	29 3,4	48 0%	17 0%	20 0	10 0	10 30%	5 0%				
47411	10 0	6 0	3 0%	2 0%	3 33,3	5 80	3 100 %	3 100	13 92,3	12 83,3	13 76,9 %	4 25%	19 0	27 3,7	4 0%	2 0%	2 0	5 0	4 0%	2 0%	17 11,8	4 0	3 0%	1 0%				
47412	33 51,5	22 90,9	11 45,5 %	12 50%	43 46,5	48 66,7	45 82,2 %	33 97%	394 98,2	378 97,9	317 97,5 %	130 98,5 %	150 97,3	160 99,4	173 97,1 %	55 94,5 %	39 82,1	118 72	90 76,7 %	35 71,4 %	42 95,2	34 88,2	25 96%	8 87,5 %				

4.2.5 Traumatología

Los procesos sobre los que se ha recogido información son por orden de frecuencia de las intervenciones: Otras artritis con reparación menor, Juanetes u otras deformidades, retirada de material ortoprotésico de extremidades inferiores, rotura de menisco o cartílago de la rodilla, retirada de material ortoprotésico de extremidades superiores, tunel tarsal o deformidad del pie.

Tabla 13. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA
Procesos quirúrgicos susceptibles de ambulatorización. % global de ambulatorización en el conjunto de hospitales de Osakidetza (y % mínimo y máximo), y % 1 estancia

AÑO ⇒ PMC ↓	1995	1996	1997	1998 (6 Meses)
	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia	Nº Casos % (mín-max) % 1 estancia
Otras artritis con reparación menor 3605	2103 0,6 (0 - 3,4) %	2154 0,8 (0 - 2,5) %	2030 1,4(0-7,5) 2,1	1009 2,1(0-10,4) 2,6
Juanete / otras deformidades 3607	770 14,9 (0 - 32,6) %	888 19,9 (2,4 - 47,2) %	908 18(0-33,9) 26,5	587 29,8(0-46,2) 27,3
EEII: Retirada Material Ortoprotésico 3024	268 22 (0 - 55,6) 21,6	267 23,6 (0 - 38,9) 24,7	327 24,8(0-42,9) 35,8	180 31,7(0-50) 38,3
Túnel tarsal / deformidad del pie 3608	308 6,2 (0 - 16,7) %	299 8(0 - 37,5) %	284 4,9(0-33,3) 29,2	171 11,7(0-30,8) 34,5
EEII: Rotura Menisco / Cartílago Rodilla 3001	218 33 (0 - 43,1) 32,6	162 38,9 (0 - 100) 34	25* 28(0-55,6) 20	14* 28,6(0-100) 28,6
EESS: Retirada Material Ortoprotésico 2924	88 40 (0 - 66,7) 12,5	114 43,9 (0 - 63,7) 24,6	103 36,9(0-50) 37,9	64 45,3(0-62,5) 37,5

* Los bajos números de estas intervenciones se deben posiblemente a cambios en la codificación diagnóstica.

“**Otras artritis con reparación menor**”, el proceso potencialmente ambulatorizable más frecuente, solo se haría de manera ambulatoria en torno al 2% de casos.

El porcentaje de ambulatorización de los **juanetes u otras deformidades articulares** ha ido creciendo desde el 14,9 % en 1996 al 29,8% en el primer semestre de 1998. El porcentaje de pacientes con 1 solo día de ingreso está en torno al 27%.

Osteba 00-11

Las intervenciones sobre **rotura de menisco o cartilago de la rodilla** se ambulatorizan en torno al 30%, estando en torno al 30% también el porcentaje de pacientes con un solo día de estancia, detectándose una tendencia a la baja en ambos porcentajes.

El abordaje del “**tunel tarsal o deformidad del pié**” se realizaría de manera ambulatoria en porcentajes muy bajos, no muy superiores al 10%, estando en torno al 30% el porcentaje de pacientes con un solo día de estancia.

A nivel del conjunto de los hospitales de Osakidetza, la **retirada de material ortoprotésico de extremidades**, hay una tendencia de crecimiento de la ambulatorización en ambos procesos. La ambulatorización de la “retirada de material ortoprotésico de extremidades inferiores” ha pasado del 22% en 1996 al 31,7% en el primer semestre de 1998; y en el caso de la “retirada de material ortoprotésico de extremidades superiores” ha pasado del 40 al 45,3 % en el período estudiado. Asimismo es creciente el porcentaje de pacientes con una estancia de 1 solo día: en el caso de la “retirada de material ortoprotésico de extremidades superiores” ha pasado del 12,5% en 1996 al 37,5% en el primer semestre de 1998; mientras que en el de la “retirada de material ortoprotésico de extremidades inferiores” ha pasado del 21,6% en 1996 al 38,3% en el primer semestre de 1998.

Al comparar los porcentajes por centros se observa que existen variaciones significativas en todos los procesos estudiados.

Tabla 14. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirurgicos ambulatorizables según programa "PMC" y % de ambulatorización. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

3024: Extremidades Inferiores: Retirada Material Ortoprotésico; 3001: Extremidades Inferiores: Rotura Menisco / Cartílago Rodilla; 2924: Extremidades Superiores: Retirada Material Ortoprotésico

PMC	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
3024	26 30,8	40 25	14 30,2 %	32 25%	31 16,1	25 8	18 16,7 %	11 27,3 %	6 0	10 10	90 12,5 %		27 22,2	17 5,9	18 0%	10 0%	27 11,1	30 10	52 10%	14 28,6 %	15 13,3	16 18,8	6 0%	11 27,3 %
3001	12 25	2 0	1 0%	1 0%	2 0					1 0				1 0	1 0%		7 0		2 0%	2 0%		1 100		
2924	8 25	11 45,5	11 36,4 %	10 50%	3 0	7 14,3	5 40%	2 50%	2 0	5 0	2 0%	3 0%	7 28,6	11 36,4	8 25%	4 50%	7 0	7 57,1	7 28,4 %	2 50%	2 50	4 50	4 50%	4 0%

PMC	HOSPITAL																							
	214				215				311				312				313				314			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
3024	9 55,6	2 0	14 42,9 %	11 9,1%	5 0	6 16,7	18 22,2 %	1 0%	57 26,3	60 31,7	90 37,8 %	48 43,8 %	15 53,3	16 37,5	18 5,6%	12 25%	40 15	36 38,9	52 28,8 %	26 50%	10 10	9 33,3	6 16,7 %	4 25%
3001	162 38,9	144 43,1	4 50%				4 0%	5 0%	1 0	2 0	2 0%		4 0	2 0	1 0%		18 33,3	2 0	9 55,6 %	6 66,7 %	12 0	7 0	1 0%	
2924	9 55,6	11 63,7	12 25%	4 50%	3 66,7	3 0	5 40%	1 0%	18 38,9	17 47,1	18 38,9 %	18 50%	12 66,7	12 41,7	3 37,5 %	6 50%	14 50%	24 58,3	18 44,4 %	8 62,5 %	3 33,3	1 0	5 60%	314 50%

Tabla 15. SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirurgicos ambulatorizables según programa “PMC” y % de ambulatorizacion. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

3605: Otras artritis con reparación menor; 3607: Juanete / otras deformidades; 3608: Túnel tarsal / deformidad del pie

PMC	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
3605	208 0	240 0,4	202 0,5%	89 0%	104 0	121 0	60 0%	26 0%	52 0	60 0	62 0%	32 0%	322 0	277 0	207 0%	77 0%	120 0	141 0	131 0%	57 0%	75 0	89 0	100 0%	42 0%
3607	92 20,7	133 29,3	127 33,9%	91 46,2%	60 0	84 8,3	65 12,3%	31 19,4%	25 0	22 4,5	33 0%	8 0%	49 8,2	68 13,2	33 15,2%	24 20,8%	32 6,3	34 11,8	41 4,9%	20 35%	17 11,8	21 23,8	28 25%	17 29,4%
3608	20 0	26 7,7	23 8,7%	7 14,3%	6 0	6 0	3 0%	1 0%	6 0	6 0	4 0%	2 0%	19 0	19 5,3	16 6,3%	10 20%	4 0	7 0	4 0%	6 0%	8 0	5 0	4 0%	1 0%

PMC	HOSPITAL																							
	214				215				311				312				313				314			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
3605	116 3,4	119 1,7	120 7,5%	77 10,4%	62 0	67 0	45 0%	42 0%	459 0,7	446 2	463 1,7%	262 4,2%	202 0	237 0	249 0%	110 0%	271 1,8	241 2,5	273 3,7%	136 1,5%	112 0	116 0	118 0%	59 0%
3607	50 18	65 9,2	61 4,9%	37 10,8%	57 1,8	45 2,4	50 6%	24 8,3%	98 32,6	127 47,2	109 32,1%	99 40,4%	147 17	148 20,3	155 18,1%	100 18%	66 9	64 7,8	126 13,5%	75 38,7%	77 0	77 13	80 15%	61 27,9%
3608	3 0	4 0	3 0%	3 0%	3 0		2 0%	1 0%	205 6,8	195 6,2	188 4,3%	109 8,3%	5 0	7 14,3	4 0%	2 0%	23 8,7	16 31,3	29 6,9%	26 30,8%	6 16,7	8 37,5	3 33,3%	3 0%

4.2.6 UROLOGÍA

Los procesos sobre los que se ha recogido información son: la infertilidad masculina + varicocele, y la criptorquidia, únicos procesos potencialmente ambulatorizables sobre los que el número de casos permite la comparación entre centros.

Tabla 16. SERVICIO DE UROLOGIA

Procesos quirúrgicos susceptibles de ambulatorización según programa PMC y % global de ambulatorización en el conjunto de hospitales de Osakidetza (y % mínimo y máximo), y % 1 estancia

PMC ↓	AÑO ⇒	1995	1996	1997	1998 (6 Meses)
		Nº Casos	Nº Casos	Nº Casos	Nº Casos
		% (mín-max) % 1 estancia	% (mín-max) % 1 estancia	% (mín-max) % 1 estancia	% (mín-max) % 1 estancia
Infertilidad masculina + varicocele 4204		477 32,1 (0 - 86,4) 21,8	480 28,9 (0 - 68,2) 28,1	465 30,1(0-66,7) 30,1	255 27,8(0-91,7) 41,6
Criptorquidia 4205		232 30,6 (0 - 76,6) 24,6	216 33,3 (0- 65,9) 27,3	207 46,9(0-65,1) 24,2	120 51,7(0-72) 25

El porcentaje de ambulatorización de la infertilidad masculina + varicocele muestra una tendencia a la disminución habiendo pasado del 32,1 % en 1996 al 27,8 % en el primer semestre de 1998. Por su parte hay crecimiento importante del porcentaje de pacientes con 1 solo día de estancia, que habría pasado del 21,8% en 1996 al 41,6 en el primer semestre de 1998.

El porcentaje de ambulatorización de la criptorquidia ha pasado del 30,6% en 1996 al 51,7% en el primer semestre de 1998, habiéndose mantenido por su parte en torno al 25% el porcentaje de pacientes con 1 solo día de estancia.

Al comparar los porcentajes por centros, ver tabla 17, se observa que existen variaciones significativas en los dos procesos estudiados.

Osteba 00-11

Tabla 15. SERVICIO DE UROLOGIA.

Hospitales de Osakidetza. Número de procesos quirurgicos ambulatorizables según programa “PMC” y % de ambulatorizacion. Años 1995, 1996, 1997 y 1998 (1er semestre)

4204: Infertilidad masculina + varicocele; 4205: Criptorquidia

PMC	HOSPITAL																							
	111				112				113				211				212				213			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
4204	43 0 %	61 16,6	38 0%	26 11,5 %	19 0	25 0	25 4%	19 10,5 %			2 0%	1 0%	53 41,5	55 27,3	73 26%	24 41,7 %	19 36,8	19 52,6	18 27,8 %	7 14,3 %	9 11,1	33 48,5	29 27,6 %	6 0%
4205	16 0	24 0	13 7,7%	4 0%	8 0	13 0	14 0%	3 0%				1 0%	64 76,6	41 65,9	63 65,1 %	36 66,7 %	3 0	4 25	7 14,3 %	4 0%	2 0		1 0%	

PMC	HOSPITAL																							
	214				215				311				312				313				314			
	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98	95	96	97	98
4204	27 48,1	22 9,1	15 20%	16 25%	22 86,4	22 68,2	21 66,7 %	12 91,7 %	162 51,2	147 45,6	134 51,5 %	86 40,7 %	73 23,3	34 32,4	60 33,3 %	27 14,8 %	26 3,8	42 2,4	36 0%	22 4,5%	22 0	20 0	14 7,1%	9 0%
4205	1 0		1 0%		4 50%	7 14,3	8 25%	1 0%	90 22,2	97 39,2	78 64,1 %	50 72%	8 0	10 5	2 0%	2 0%	30 0	18 0	21 9,5%	18 11,1 %	6 0			

V. Encuesta a profesionales

5.- ENCUESTA A PROFESIONALES

El segundo subestudio que compone el presente trabajo es una encuesta realizada a profesionales relacionados con la cirugía mayor ambulatoria. Se pretende con ella identificar los factores que influyen en la implantación y desarrollo de las intervenciones de cirugía mayor ambulatoria y puedan explicar la variabilidad encontrada entre los hospitales de Osakidetza, así como conocer las opiniones de profesionales, gestores y responsables de las Unidades de Cirugía Sin Ingreso acerca de la cirugía mayor ambulatoria, y en concreto de los siguientes aspectos:

La metodología empleada y los resultados obtenidos se exponen a continuación.

5.1. METODOLOGÍA

Población a estudio:

Todos los cirujanos de hospitales agudos de Osakidetza de las especialidades de cirugía general, traumatología, ginecología, otorrinología, oftalmología, urología, así como a todos los especialistas en anestesia; los gerentes de hospital y las coordinadoras de las Unidades de Cirugía Sin Ingreso.

La lista de profesionales utilizada nos fue facilitada por los Servicios Centrales de Osakidetza.

Algunas encuestas fueron devueltas con alguna indicación de que la persona a la que se enviaba no estaba en ese centro o de los datos acerca de la especialidad no eran correctos. Esos casos fueron corregidos en la lista de personas encuestadas.

Identificación de áreas relevantes

La identificación de las áreas o preguntas relevantes y su redacción ha sido realizada por un grupo de trabajo específico, formado por personas del propio equipo de investigación con experiencia en la cirugía ambulatoria desde diferentes perspectivas (la clínica, la gestión, la epidemiología), y ha sido completado con las sugerencias y aportaciones del conjunto de miembros del equipo investigador.

Para detectar los factores clínicos y no clínicos nos hemos apoyado, además, en la revisión bibliográfica sobre al cirugía mayor ambulatoria.

Redacción de preguntas y respuestas

El grupo de trabajo elaboró las preguntas y las escalas de respuesta, intentando que la redacción de las preguntas y respuestas no den lugar a equívocos, o interpretaciones distintas de las preguntas.

La encuesta provisional fue revisada por el resto del equipo antes de hacerse definitiva.

La encuesta se basa principalmente en preguntas cerradas, para facilitar su análisis posterior, pero debido al tipo de información que se quería obtener la encuesta contaba también en todos los apartados con preguntas abiertas, para identificar los factores que el equipo de investigación no haya podido detectar *a priori*.

Formato y sistema de realización de la encuesta

El sistema elegido para realizar la encuesta es el correo debido principalmente a que garantiza el anonimato de quien responde, condición que se creía importante para facilitar las respuestas, y a que tiene un coste menor al de otros sistemas.

El formato de la encuesta se ha adaptado, por lo tanto, a ese tipo de encuesta, incluyendo las instrucciones pertinentes para ayudar a comprender y cumplimentar la encuesta, y con un diseño adecuado para facilitar su lectura.

Las encuestas iban acompañadas de una carta personalizada en la que se informaba de los objetivos del estudio, de su fuente de financiación, y en la que se solicitaba su colaboración.

El sobre que contenía la encuesta y la carta mencionada iba acompañado de otro sobre ya franqueado y con la dirección de destino impresa, así como de un bolígrafo.

Varias semanas después del primer envío de las encuestas se realizó un segundo envío esta vez no dirigido a cada persona individual sino a todos los Jefes de Servicio de las especialidades encuestadas, informándoles de la tasa de respuestas obtenida, agradeciendo la colaboración de quienes respondieron

y solicitando que difundiera entre las personas de su servicio esa información, así como copias de las encuestas y sobres franqueados, solicitándoles que animaran a que quienes no hubieran respondido en la primera petición para que lo hicieran entonces.

En el caso de los gestores y responsables de las Unidades de cirugía Sin Ingreso se realizó un solo envío de la encuesta.

A los gerentes se les sugería que respondiera la encuesta la persona del equipo directivo (gerente, director o subdirector médico) que tenga mayor conocimiento de los temas relacionados con la cirugía mayor ambulatoria en su hospital.

Análisis de los datos

Las respuestas recibidas han sido introducidas en una base de datos, programa Access 97, y su análisis se ha realizado por medio del programa Epiinfo 6.

Se ha realizado un análisis de tipo descriptivo recogiendo las frecuencias de aparición de diferentes respuestas y estableciendo como categorías para el desglose en el análisis, por un lado los distintos centros hospitalarios, y por otro las distintas especialidades médicas y gestores.

Así, de manera general las respuestas a cada pregunta se presentan por un lado en una tabla con los resultados globales de todos los profesionales de cada centro, y por otro lado en otra tabla que recoge las respuestas de cada colectivo profesional.

No se ha considerado razonable realizar un análisis más detallado exponiendo por ejemplo las respuestas de los médicos de una especialidad en los distintos centros, debido por una parte al hecho de que desconocemos la representatividad de esas respuestas en el colectivo de una especialidad en cada centro, y debido también a que en algunos casos la tasa de respuesta ha sido baja en algunos centros.

La encuesta recogía algunos datos, como la edad del/la respondente, que solo se ha utilizado para analizar las primeras preguntas de la encuesta, preguntas que intentan recoger la valoración global que realizan acerca de la cirugía ambulatoria. Se ha visto que no había diferencias estadísticamente significativas referentes a esa valoración global entre los profesionales de

distintos grupos de edad, por lo que no hemos visto interés en desagregar por esa variable en las diferentes preguntas. Igualmente, para completar la imagen de las personas encuestadas, se recogía el dato del sexo de la persona que responde, pero dado que no hay ninguna razón para pensar que esa variable pudiera tener alguna influencia en los temas planteados en la encuesta no ha sido utilizada en el análisis.

Por otro lado, aparte de algunas preguntas abiertas, la encuesta tiene dos tipos de preguntas. Un tipo de preguntas se responden sí o no, o marcando una opción, y son de interpretación directa. Otras preguntas dan tres opciones que pueden reflejar un gradiente de opciones, por ejemplo un factor puede ser “poco importante”, “importante” y “muy importante”, cuya interpretación es menos directa pero que pueden añadir una mayor riqueza que dos opciones extremas solas.

Los datos se presentan en general en tablas que recogen los porcentajes de personas del colectivo analizado que responden a cada opción dada en la encuesta.

Aunque se han realizado test de significación estadística de las diferencias encontradas, dado que al compararse un número alto de grupos - 12 hospitales - la probabilidad de que estas diferencias aparezcan por azar es alta, se ha optado en muchos casos por no incluirlos en este informe.

5.2. RESULTADOS

En este apartado, por una parte se aportan datos referentes a las tasas de respuestas a la encuesta, y por otra se realiza un resumen de algunos resultados considerados relevantes.

5.2.1. Tasas de respuestas

En la tabla siguiente se recogen el número de profesionales a los que se envió la encuesta y el número de respuestas por hospital y especialidad.

Tabla 16. Encuestas respondidas y profesionales a los que se envió la encuesta sobre cirugía ambulatoria por centros y especialidades. Hospitales agudos de Osakidetza. 1998.

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINE	OFTALMO	OTORRINO	TRAUMA	UROLO.	TOTAL
ALTO DEBA MONDRAGON	1 de 5	1 de 5	1 de 5	0 de 3	1 de 3	0 de 4		4 de 25 16%
ARANZAZU	1 de 28	2 de 21	2 de 39	3 de 13	1 de 10	8 de 24	0 de 11	18 de 146 12,3%
BASURTO	10 de 28	3 de 17	2 de 19	4 de 9	1 de 6	3 de 23	1 de 5	24 de 107 22,4%
BIDASOA HONDARRIBI A	2 de 5	4 de 6	0 de 3	1 de 4	0 de 3	3 de 6	0 de 2	10 de 29 34,5%
CRUCES	8 de 51	3 de 25	10 de 35	3 de 12	1 de 12	7 de 29	4 de 10	36 de 174 20,7%
GALDAKAO	5 de 13	3 de 19	3 de 16	1 de 8	0 de 11	1 de 17	1 de 8	14 de 92 15,2%
GIPUZKOA	1 de 7	4 de 13		2 de 8	0 de 6	0 de 15	0 de 5	8 de 54 14,8%
MENDARO BAJO DEBA	0 de 3	0 de 9	1 de 6	2 de 3	0 de 3	3 de 6	2 de 2	8 de 32 25%
SAN ELOY	1 de 9	3 de 9		0 de 8	0 de 9	0 de 12	0 de 4	4 de 51 7,8%
SANTIAGO	3 de 6	2 de 9	0 de 4	1 de 7	1 de 6	8 de 11	2 de 5	17 de 48 14,6%
TXAGORRI- TXU	5 de 14	7 de 16	4 de 21	1 de 10	1 de 7	8 de 15	0 de 6	26 de 89 29,2%
ZUMARRAGA	1 de 6	0 de 4	0 de 8	0 de 3	3 de 3	2 de 8	1 de 3	7 de 35 20%
Sin especificar hospital	5	5	4	1	2	10	0	26
TOTAL	43 de 175	37 de 153	27 de 156	19 de 88	11 de 79	53 de 170	11 de 61	203 de 882
% respuestas	24,6%	24,2%	17,3%	22,6%	13,9%	31,2%	18%	23%

* 2 encuestas recibidas (una del Hospital de Aranzazu y otra del Hospital de Gipuzkoa) sin poder saber especialidad ya que las han devuelto contestadas pero en el apartado donde se pregunta sobre % de ambulatorización en su especialidad refieren no ser de la especialidad de las que se les envió la encuesta.

De las encuestas dirigidas a las Direcciones Gerencia de los 12 Hospitales de Agudos de Osakidetza, se han recibido 8 encuestas contestadas, lo que supone el 75 %.

Se han recibido 5 encuestas contestadas (45%) de las remitidas a las coordinadoras de las 11 Unidades de Cirugía Sin Ingreso existentes (no hay en el Hospital de Mondragón).

A la vista de estos datos, lo primero a reseñar es que el nivel de respuesta ha sido bajo, en conjunto el 23%, en alguna especialidad solo un 14%, y en el caso de un hospital solo un 8%. El nivel más alto de respuesta se ha

producido entre los directivos de los hospitales de los cuales el 75% han respondido la encuesta, y entre las coordinadoras de Unidades de Cirugía Sin Ingreso de las cuales la mitad ha contestado la encuesta.

Ese hecho, unido a la imposibilidad de conocer en realidad hasta qué punto las respuestas recibidas pueden ser representativas de lo que opina el conjunto de los profesionales a los que se dirigió la encuesta, limita las posibles generalizaciones a partir de los datos de las respuestas recibidas. Desconocemos si se han producido sesgos de selección a la hora de responder la encuesta, y en caso de haberse producido es difícil saber en qué sentido podían influir los resultados.

Asimismo al haber centros en los que el número de profesionales que ha contestado la encuesta es muy bajo se limita también la posibilidad y utilidad de comparar opiniones de profesionales de una especialidad entre distintos centros.

No obstante esas limitaciones, los datos de la encuesta pueden considerarse útiles a nivel exploratorio para aproximarnos a las opiniones de los profesionales implicados en la cirugía ambulatoria en la red de Osakidetza.

En las páginas siguientes se recogen diversas tablas que exponen a nivel de especialidades y hospitales las respuestas pregunta a pregunta. En texto se recogen algunos datos que nos han parecido relevantes.

5.2.2 Opinión general respecto a la cirugía ambulatoria.

Este fue el primer tema que se planteó en la encuesta.

Prácticamente la totalidad de las respuestas coinciden en valorar la cirugía ambulatoria como positiva para la administración, solo una persona lo ha considerado indiferente.

Como puede observarse en la tabla siguiente no hay diferencias significativas de opinión entre especialistas de diferentes grupos de edad.

Tabla 17. Considera Vd. que, cuando es posible, la cirugía mayor ambulatoria, en general es:

	Menos de 35 años	De 36 a 45 años	De 46 a 55 años	Más de 55 años
Para los pacientes:				
%Positiva	96,4 %	77,4%	76,5%	84,2%
%Indiferente	0%	9,7%	13,7%	5,3%
%Negativa	3,6%	12,9%	9,8%	10,5%
Para los profesionales:				
%Positiva	65,6%	63%	51%	60%
%Indiferente	17,2%	19,6%	23,5%	25%
%Negativa	17,2%	17,4%	25,5%	15%
Para la Administración:				
%Positiva	100%	98,9%	100%	100%
%Indiferente	0%	1,1%	0%	0%
%Negativa	0%	0%	0%	0%

Al comparar colectivos la primera diferencia significativa se encuentra en la consideración de la cirugía ambulatoria para pacientes y profesionales, ver tabla 18.

Mientras los directivos y coordinadoras la consideran positiva o indiferente, un 12 % de los clínicos la consideran negativa para los pacientes y cerca del 20% consideran que es negativa para los profesionales.

Estos datos nos hacen pensar que la encuesta ha sido contestada tanto por clínicos que consideran positiva la cirugía ambulatoria como por quienes la consideran negativamente.

Es difícil saber si las respuestas recibidas son representativas del conjunto del colectivo de clínicos, pero es muy significativo encontrar esos niveles de valoración negativa respecto a la cirugía ambulatoria.

Tabla 18. Considera Vd. que, cuando es posible, la cirugía mayor ambulatoria, en general es:

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINECO	OFTALMO	OTORRINO	TRAUMA	UROLOGIA	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVOS	COORDINADORAS UCSI.
Para los pacientes:	42	35	27	19	11	53	10	197	8	5
%Positiva	88,1%	71,4%	88,9%	84,2%	90,9%	67,9%	80%	79,2%	88%	100%
%Indiferente	2,4%	14,3%	3,7%	5,3%	9,1%	13,2%	10%	8,6%	12%	0%
%Negativa	9,5%	14,3%	7,4%	10,5%	0%	18,9%	10%	12,2%	0%	0%
Para los profesionales:	43	36	27	19	11	50	11	197	8	5
%Positiva	58,1%	66,7%	63%	73,7%	36,4%	46%	100%	59,9%	75%	100%
%Indiferente	27,9%	19,4%	14,8%	10,5%	54,5%	20%	0%	20,8%	25%	0%
%Negativa	14%	13,9%	22,2%	15,8%	9,1%	34%	0%	19,3%	0%	0%
Para la Administración:	43	37	27	19	11	52	11	200	8	5
%Positiva	100%	100%	100%	100%	100%	98,1%	100%	99,5%	100%	100%
%Indiferente	0%	0%	0%	0%	0%	1,9%	0%	0,5%	0%	0%
%Negativa	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

	ALTO DEBA MONDRAGON	ARANZASU	BASURT O	HONDAR.	CRUCES	GALDAKAO	GIPUZK OA	MENDAR O	SAN ELOY	SANTIAGO	TXAGO-RRITXU	ZUMARRAGA	TOTAL
Para los pacientes:	4	18	23	10	36	14	8	8	3	16	26	7	174
%Positiva	75%	50%	87%	90%	83,4%	85,7%	100%	62,5%	66,7%	93,7%	92,4%	85,7%	82,8%
%Indiferente	0%	11,1%	4,3%	10%	8,3%	14,3%	0%	0%	0%	6,3%	3,8%	14,3%	6,9%
%Negativa	25%	38,9%	8,7%	0%	8,3%	0%	0%	37,5%	33,3%	0%	3,8%	0%	10,3%
Para profesionales:	4	18	24	10	36	13	8	8	4	17	24	7	174
%Positiva	75%	33,3%	66,6%	90%	58,4%	46,1%	87,5%	75%	75%	82,3%	62,5%	14,3%	62,1%
%Indiferente	25%	16,7%	16,7%	10%	33,3%	30,8%	12,5%	12,5%	25%	5,9%	8,3%	71,4%	20,7%
%Negativa	0%	50%	16,7%	0%	8,3%	23,1%	0%	12,5%	0%	11,8%	29,2%	14,3%	17,2%
Para Administración:	4	18	24	10	36	14	8	8	4	17	26	7	177
%Positiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%Indiferente	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
%Negativa	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

5.2.3 Criterios de inclusión y exclusión de pacientes

Los resultados a las preguntas referidas a los criterios que los especialistas están utilizando para incluir o excluir pacientes en un programa de cirugía ambulatoria se muestran en las tablas de las páginas siguientes.

Es difícil extraer conclusiones a partir de esos datos ya que cada persona estaría con seguridad pensando en su casuística concreta al contestar la encuesta.

No obstante se puede señalar que en general los criterios clínicos son bastante similares entre las distintas especialidades, con la única excepción de la oftalmología. Según las respuestas de la encuesta, entre los oftalmólogos sólo un porcentaje significativamente más bajo que entre otros especialistas utilizan como criterios de exclusión las patologías sobre las que se preguntaba.

No se ha realizado análisis “por hospitales” por considerar que, dado que este apartado se refiere sobre todo a criterios clínicos, tiene sentido analizarlo principalmente desde el punto de vista de cada especialidad, pese a que en muchos centros existen protocolos con criterios de inclusión y exclusión.

En la pregunta abierta referente a qué Otras circunstancias dependientes del tipo de intervención, que no venían en las preguntas directas de la encuesta, y que han sido citadas por algún profesional, se citaban:

Hora de intervención posterior a las 15 horas, uso de anestesia locoregional o espinal, intervención de duración mayor de 90 minutos, que no permita deambulación precoz, que requiera inmovilización prolongada, que las complicaciones postoperatorias sean frecuentes, la magnitud del proceso quirúrgico, la necesidad de realizar curas difíciles, la colocación de drenajes duraderos intervención susceptible de infección, que el control postquirúrgico lo realice personal ajeno al servicio que realiza la operación, el tener que introducir un cuerpo extraño, la necesidad de inclusión inmediata en programa de rehabilitación, pacientes que vayan a necesitar reposo absoluto, y las complicaciones intraoperatorias no previstas.

Tabla 19. Circunstancias dependientes del tipo de intervención programada. Porcentaje de profesionales que las tienen en cuenta para EXCLUIR a un paciente del programa de cirugía mayor ambulatoria.

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINE	OFTALMO	OTORRINO	TRAUMA	UROLOGIA	TOTAL	DIRECTIVOS	COORDINADORAS UCSI
		A					A	CLINICOS		
* La intervención precisa una preparación compleja	48,8	75,7	66,7	26,3	90,1	67,9	81,8	63,2	63	40
* La intervención es de una duración prevista superior a 60 minutos	34,9	54,1	59,3	10,5	72,7	52,8	45,5	46,8	63	20
El dolor post-operatorio no es controlable con analgésicos orales	95,3	86,5	85,2	68,4	100	94,3	81,8	89,1	88	80
Sea necesaria la antibioterapia intravenosa postoperatoria	79,1	64,9	74,1	68,4	90,9	73,6	81,8	74,1	75	60
Se prevén pérdidas hemáticas importantes	97,7	100	92,6	78,9	100	100	90,9	96	100	80

* diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $P < 0,05$ al 5 % Nivel de Significación.

Tabla 20. Características clínicas del paciente. Porcentaje de profesionales que las tienen en cuenta para EXCLUIR a un paciente del programa de cirugía mayor ambulatoria.

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINE	OFTALMO	OTORRINO	TRAUMA	UROLOGIA	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVOS	COORDINADORAS UCSI
Paciente que esté clasificado como ASA II	4,7	24,3	18,5	0	54,5	18,9	9,1	16,4	0	0
Paciente que esté clasificado como ASA III	62,8	67,6	70,4	10,5	90,9	86,8	36,4	66,2	50	20
Paciente que esté clasificado como ASA IV	100	97,3	85,2	52,6	90,9	94,3	72,7	89,6	75	40
Paciente alérgico a anestésicos locales	16,7	45,9	7,4	31,6	27,3	49,1	54,5	32,8	38	0
Paciente que esté en tratam. Anticoagulante	65,1	73	63	5,3	81,8	81,1	63,6	65,7	63	0
Paciente que esté en tratamiento corticoideo	20,9	37,8	22,2	0	9,1	35,8	0	24,4	25	0
Paciente que esté en tratamiento con IMAO	37,2	43,2	25,9	0	36,3	41,5	0	32,3	50	20
Paciente que padece epilepsia	30,2	59,5	14,8	10,5	45,5	54,7	27,3	38,8	50	0

En todos ellos diferencias estadísticamente significativas. Chi Cuadrado $P < 0,05$ al 5 % Nivel de Significación.

Otras circunstancias o criterios clínicos que se han mencionado como causas posibles para excluir a un paciente del programa de cirugía ambulatoria en una pregunta abierta:

Alteraciones respiratorias o hemodinámicas, frecuentes náuseas o vómitos, problema neurológico o vascular en extremidades, trastornos venosos periféricos, obstrucción crónica del flujo aéreo, insuficiencia renal, patología psiquiátrica, patología previa que hubiera ocasionado ingreso hospitalario durante los tres meses anteriores, hipertensos tratados con fármacos, cualquier enfermedad descompensada, cardiopatía severa, bronquitis tosedora importante, prostatismo importante, dificultades en la marcha y en el apoyo de extremidades, alergia a AINEs, infección activa, o los malos resultados previos.

Tabla 21. + Características clínicas del paciente. Porcentaje de profesionales que las tienen en cuenta para EXCLUIR a un paciente del programa de cirugía mayor ambulatoria.

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINE	OFTALMO	OTORRINO	TRAUMA	UROLOGIA	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVOS	COORDINADORAS UCSI
Paciente que padece hipertensión arterial	14	16,2	18,5	0	9,1	32,1	9,1	17,9	0	
Paciente que es diabético tipo I	30,2	32,4	18,5	10,5	36,4	26,4	9,1	25,4	50	
* paciente que es diabético tipo II	44,2	24,3	40,7	5,3	36,4	66	9,1	39,8	25	
* paciente que padece insuficiencia cardiaca congestiva o angina	93	89,2	88,9	26,3	63,6	90,6	72,7	82,1	50	20
* paciente con antecedentes personales o familiares de transt. de la coagulación	55,8	70,3	55,6	0	72,7	77,4	45,5	59,2	38	20
Paciente con antecedentes personales o familiares de hipertermia maligna	14	16,2	18,5	0	9,1	30,1	9,1	17,9	50	20
Paciente que es alcohólico o tenga otra drogodependencia	58,1	64,9	51,9	26,3	72,7	66	45,5	57,7	88	20
* paciente obeso con peso mayor del 30% teórico, y que precise anestesia	90,7	64,9	51,9	21,1	81,2	58,5	36,4	62,2	88	20

* diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $P < 0,05$ al 5 % Nivel de Significación.

Tabla 22. Criterios no clínicos de selección de pacientes. Porcentaje de profesionales que los tienen en cuenta para INCLUIR a un paciente en el programa de cirugía mayor ambulatoria

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINECOL	OFTALMOL	OTORRINOL	TRAUMATOL	UROLOGI	TOTAL	DIRECTIVOS	COORDINADO-
		A	OGIA	OGIA	OGIA	OGIA	A	CLINICOS		RAS UCSI
El paciente tiene una persona responsable con él las primeras 24-48 horas	97,7	97,3	96,3	73,7	81,8	81,1	90,9	89,6	100	80
El paciente dispone de teléfono en su domicilio	90,7	91,9	70,4	63,2	100	79,2	100	83,6	88	100
* El paciente dispone de ascensor en su domicilio (para ciertas intervenciones)		94,6	59,3	52,6	72,7	67,9	63,6	75,6	75	60
* El paciente o familiares disponen de vehículo	60,5	64,9	37	15,8	81,8	47,2	36,4	50,2	63	60
El domicilio del paciente se encuentra a menos de media hora de viaje									38	80
* El domicilio del paciente se encuentra a menos de 1 hora de viaje del hospital	39,5	54,1	44,4	31,6	36,4	17	54,5	36,8	63	40
El paciente ha firmado el consentimiento informado	81,4	89,2	92,6	57,9	100	79,2	90,9	83,1	63	100

* diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $P < 0,05$ al 5 % Nivel de Significación.

Otros criterios no clínicos mencionados para excluir a los pacientes para el Programa de Cirugía Ambulatoria, señalados en la respuesta a una pregunta abierta son:

Problemática psico-social del enfermo, condiciones familiares inadecuadas, nivel sociocultural, condiciones de la vivienda, dificultades de comunicación o comprensión, paciente que vive solo, niños pequeños con padres que trabajan ambos, paciente ansioso y familia no colaboradora, negativa del paciente y/o familiares, problemas para cuidados domiciliarios.

Límites de edad para incluir a un paciente en un programa de cirugía mayor

En la tabla siguiente se muestra el porcentaje de profesionales de cada especialidad que no especifica **límites de edad** de los pacientes que incluyen en el programa de cirugía ambulatoria

Tabla 23. Porcentaje de profesionales que no especifica edad mínima y/o máxima

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINE	OFTALM	OTORRIN	TRAUMA	UROLOGIA	TOTAL
no especifica ninguna Edad mínima	65,1%	70,3%	96,3%	73,7%	72,7%	83%	45,5%	75,1%
no especifica ninguna Edad máxima	86%	81,1%	96,3%	89,5%	81,8%	81,1%	63,6%	84%

Entre los/las **anestesiastas** 28 de los 43 que respondieron a la encuesta, el 65,1 % no especificaron que usaran ninguna edad mínima, y 37, el 81,8% no especificaron ninguna edad máxima.

- De los 15 que especificaron alguna edad mínima 8 señalaron 1 año de edad, 3 tres años, 1 doce años, 2 quince años, y 1 veinte años.
- De los 6 que especificaron alguna edad máxima 1 señaló cincuenta años, 1 los sesenta años, y 4 los sesenta y cinco años.

Entre los/as **cirujanos/as** 26 de los 37 que respondieron a la encuesta, el 70,3% no especificaron que usaran ninguna edad mínima y 30, el 81,1% no especificaron ninguna edad máxima.

- De los 11 que especificaron alguna edad mínima 1 señaló un año, 1 cinco años, 4 los 14 años, 3 los 16 años, 1 los 17 años, y 1 los 18 años.
- De los 7 que especificaron alguna edad máxima 1 señaló los 45 años, 3 los setenta años, y 3 los 75 años.

Entre los **ginecólogos/as** 26 de los 27 que respondieron a la encuesta, 96,3 %, no especificaron ni edad mínima ni máxima.

- 1 señaló los 10 años como edad mínima, y
- 1 señaló los 50 años como edad máxima.

Entre los **oftalmólogos/as** 14 de los 19 que respondieron a la encuesta, el 73,7%, no especificaron edad mínima, y 17 de los 19, el 89,5 %, no especificaron edad máxima.

- De los 5 que especificaron alguna edad mínima, 1 señaló los 14 años, 1 los 15 años, 1 los 18 años, 1 los 25, y 1 los 30 años.
- De los dos que especificaron edad máxima 1 era los 70 años y 1 los 90 años.

Entre los **otorrinólogos/as** 8 de los 11 que respondieron la encuesta, el 72,7%, no especificaron edad mínima, y 9 de los 11, el 81,8%, no especificaron edad máxima.

- De los 3 que especificaron alguna edad mínima, 1 señaló los 2 años, y 2 los 3 años.
- De los dos que especificaron edad máxima 1 era los 65 años y 1 los 70 años.

Entre los **traumatólogos/as** 44 de los 53 que respondieron a la encuesta, el 83%, no especificaron edad mínima, y 43 de los 53, el 81,1%, no especificaron edad máxima.

- De los 9 que especificaron alguna edad mínima, 1 señaló los 7 años, 1 los 10 años, 1 los 11 años, 1 los 12 años, 1 los 14 años, 1 los 15 años, 1 los 16 años, 1 los 18 años y 1 los 25 años.
- De los 10 que especificaron edad máxima 1 era los 50 años, 1 los 60 años, 1 los 65 años, 6 los 70 años, y 1 los 75 años.

Entre los **urólogos/as** 5 de los 11 que respondieron a la encuesta, el 45,5%, no especificaron edad mínima, y 7 de los 11, el 63,6%, no especificaron edad máxima.

- De los 6 que especificaron alguna edad mínima, 1 señaló los 2 años, 1 los 8 años, 2 los 14 años, 1 los 15 años, y 1 los 18 años.
- De los 4 que especificaron edad máxima 1 era los 70 años, 1 los 75 años, 1 los 80 años, y 1 los 85 años.

En ninguna de las 9 encuestas recibidas de **directivos** se señala ningún límite de edad, y solo en dos de las 5 de **coordinadoras de UCSI** se señala una edad mínima, una de 2 y otra de 3 años.

5.2.4 Aspectos organizativos

En las tablas siguientes se recogen las respuestas dadas a las preguntas referente a la importancia de diferentes aspectos organizativos para el desarrollo de la cirugía ambulatoria

De esas respuestas resaltaremos que:

- las **unidades de cirugía sin ingreso** son consideradas como muy importantes o importantes por el 90% de los clínicos y por la totalidad de respuestas de directivos y coordinadores de UCSI.
- las **unidades de hospitalización** a domicilio son consideradas importantes por el 86% de los clínicos, y solo por el 37% de los directivos y el 60% de coordinadoras de UCSI.
- la **coordinación con atención primaria** domicilio es considerada importante por el 83% de los clínicos, y por solo el 50% de los directivos y el 60% de coordinadoras de UCSI.
- la existencia de un **teléfono de contacto** para los pacientes es considerada importante por el 95% de los clínicos y por el 100% de los directivos y de coordinadoras de UCSI.
- la **planificación horaria** de la cirugía es considerada importante por el 97,5% de los clínicos y por el 100% de los directivos y de coordinadoras de UCSI.
- la existencia de **protocolos específicos** para cirugía sin ingreso es considerada importante por el 97,5% de los clínicos y por el 100% de los directivos y de coordinadoras de UCSI.

Tabla 24. Aspectos organizativos del hospital y porcentaje de profesionales que lo considera muy importante, importante poco importante para el desarrollo de los programas de cirugía mayor ambulatoria.

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINECOLOGI A	OFTALMO	OTORRINO	TRAUMA	UROLOGI A	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVO S	COORDINADO- RAS UCSI
Existencia de una unidad o espacio específico para cirugía sin ingreso	MI: 81,4% I: 14 % P: 4,7%	MI: 62,2 % I: 29,7% P: 8,1%	MI: 55,6 % I: 33,3% P: 11,1 %	MI: 68,4 % I: 31,6% P: 0 %	MI: 27,3 % I: 54,5% P: 18,2%	MI: 53,8 % I: 26,9% P: 19,2%	MI: 54,5 % I: 45,5% P: 0%	MI: 61,5 % I: 28,5% P: 10 %	MI: 50% I: 50% P: 0%	MI: 100% I: 0% P: 0%
Existencia de unidad de hospitalización a domicilio	MI: 48,8% I: 46,5% P: 4,7 %	MI: 54,1 % I: 27 % P: 18,9 %	MI: 53,8 % I: 38,5 % P: 7,7 %	MI: 22,2 % I: 33,3% P: 44,4%	MI: 18,2 % I: 63,6% P: 18,2 %	MI: 48 % I: 38 % P: 14 %	MI: 63,6 % I: 36,4 % P: 0 %	MI: 46,9 % I: 38,8 % P: 14,3 %	MI: 0% I: 37% P: 63%	MI: 20% I: 40% P: 40%
Existencia de coordinación e implicación de los profesionales de atención primaria	MI: 38,5 % I: 53,8 % P: 7,7 %	MI: 45,9 % I: 35,1 % P: 18,9 %	MI: 25 % I: 50 % P: 25 %	MI: 27,8 % I: 44,4 % P: 27,8 %	MI: 27,3 % I: 63,6 % P: 9,1 %	MI: 35,3 % I: 45,1 % P: 19,6 %	MI: 60 % I: 40 % P: 0 %	MI: 36,8 % I: 46,3 % P: 16,8 %	MI: 25% I: %25 P: 50%	MI: 60% I: 0% P: 40%
Existencia de un número de teléfono con el que los pacientes o familiares pueden ponerse en contacto con el hospital a cualquier hora del día para consultar cualquier problema	MI: 81,4 % I: 18,6 % P: 0 %	MI: 75,7 % I: 18,9 % P: 5,4 %	MI: 42,3 % I: 46,2 % P: 11,5 %	MI: 47,4 % I: 42,1 % P: 10,5 %	MI: 63,6 % I: 36,4 % P: 0 %	MI: 56,9 % I: 37,3 % P: 5,9 %	MI: 72,7 % I: 27,3 % P: 0 %	MI: 64,1 % I: 30,8 % P: 5,1 %	MI: 100% I: 0% P: 0%	MI: 100% I: 0% P: 0%
Planificación horaria de la cirugía programada que posibilite que el paciente sea operado y esté en la unidad las horas necesarias del postoperatorio y pueda ser enviado a casa a una hora razonable	MI: 93 % I: 7 % P: 0 %	MI: 75,7 % I: 21,6 % P: 2,7 %	MI: 63 % I: 37 % P: 0 %	MI: 57,9 % I: 36,8 % P: 5,3 %	MI: 54,5 % I: 45,5 % P: 0 %	MI: 65,4 % I: 30,8 % P: 3,8 %	MI: 36,4 % I: 54,5 % P: 9,1 %	MI: 70 % I: 27,5 % P: 2,5 %	MI: 75% I: 25% P: 0%	MI: 100% I: 0% P: 0%
Existencia de protocolos de organización y cuidados específicos de cirugía sin ingreso	MI: 83,3 % I: 16,7 % P: 0 %	MI: 59,5 % I: 40,5 % P: 0 %	MI: 57,7 % I: 38,5 % P: 3,8 %	MI: 73,7 % I: 26,3 % P: 0 %	MI: 72,7 % I: 27,3 % P: 0 %	MI: 61,5 % I: 30,8 % P: 7,7 %	MI: 27,3 % I: 72,7 % P: 0 %	MI: 65,2 % I: 32,3 % P: 2,5 %	MI: 88% I: 12% P: 0%	MI: 100% I: 0% P: 0%

Tabla 25. Aspectos organizativos del hospital y porcentaje de profesionales que lo considera muy importante, importante poco importante para el desarrollo de los programas de cirugía mayor ambulatoria.

	ALTO DEBA MONDR.	ARANZA-ZU	BASUR-TO	HONDAR.	CRUCES	GALDA-KAO	GIPUZ-KOA	MENDA-RO	SAN ELOY	SANTIA-GO	TXAGO-RRITXU	ZUMA-RRAGA	TOTAL
Existencia de una unidad o espacio específico para cirugía sin ingreso	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 72,2 % I: 16,7 % P: 11,1 %	MI: 75 % I: 16,7 % P: 8,3 %	MI: 70 % I: 20 % P: 10 %	MI: 61,1 % I: 36,1 % P: 2,8 %	MI: 42,9 % I: 50 % P: 7,1 %	MI: 100 % I: 0 % P: 0 %	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 100 % I: 0 % P: 0 %	MI: 64,7 % I: 29,4 % P: 5,9 %	MI: 50 % I: 30,8 % P: 19,2 %	MI: 42,9 % I: 42,9 % P: 14,2 %	MI: 63,9 % I: 28,2 % P: 7,9 %
Existencia de unidad de hospitalización a domicilio	MI: 25 % I: 50 % P: 25 %	MI: 82,4 % I: 11,8 % P: 5,9 %	MI: 50 % I: 37,5 % P: 12,5 %	MI: 30 % I: 50 % P: 20 %	MI: 65,8 % I: 22,9 % P: 11,4 %	MI: 35,7 % I: 50 % P: 14,3 %	MI: 12,5 % I: 75 % P: 12,5 %	MI: 12,5 % I: 75 % P: 12,5 %	MI: 50 % I: 25 % P: 25 %	MI: 41,2 % I: 41,2 % P: 17,6 %	MI: 33,3 % I: 45,8 % P: 20,8 %	MI: 42,9 % I: 42,9 % P: 14,3 %	MI: 46,3 % I: 39,3 % P: 14,4 %
Existencia de coordinación e implicación de los profesionales de atención primaria	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 37,5 % I: 43,8 % P: 18,8 %	MI: 39,1 % I: 47,8 % P: 13 %	MI: 20 % I: 70 % P: 10 %	MI: 33,3 % I: 42,4 % P: 24,2 %	MI: 28,6 % I: 71,4 % P: 0 %	MI: 37,5 % I: 50 % P: 12,5 %	MI: 50 % I: 37,5 % P: 12,5 %	MI: 0 % I: 75 % P: 25 %	MI: 47,1 % I: 52,9 % P: 0 %	MI: 41,7 % I: 33,3 % P: 25 %	MI: 28,6 % I: 71,4 % P: 0 %	MI: 36,9 % I: 48,5 % P: 14,8 %
Existencia de un número de teléfono con el que los pacientes o familiares pueden ponerse en contacto con el hospital a cualquier hora del día para consultar cualquier problema	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 61,1 % I: 38,9 % P: 0 %	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 70 % I: 30 % P: 0 %	MI: 65,7 % I: 28,6 % P: 5,7 %	MI: 64,3 % I: 35,7 % P: 0 %	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 50 % I: 50 % P: 50 %	MI: 25 % I: 25 % P: 50 %	MI: 64,7 % I: 29,4 % P: 5,9 %	MI: 64 % I: 32 % P: 4 %	MI: 57,1 % I: 42,9 % P: 0 %	MI: 64,6 % I: 31,4 % P: 4 %
Planificación horaria de la cirugía programada que posibilite que el paciente sea operado y esté en la unidad las horas necesarias del postoperatorio y pueda ser enviado a casa a una hora razonable	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 83,3 % I: 16,7 % P: 0 %	MI: 79,2 % I: 20,8 % P: 0 %	MI: 60 % I: 30 % P: 10 %	MI: 63,9 % I: 30,6 % P: 5,6 %	MI: 78,6 % I: 21,4 % P: 0 %	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 87,5 % I: 12,5 % P: 0 %	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 82,4 % I: 11,8 % P: 5,9 %	MI: 65,4 % I: 30,8 % P: 3,8 %	MI: 14,3 % I: 85,7 % P: 0 %	MI: 70,1 % I: 27,1 % P: 2,8 %
Existencia de protocolos de organización y cuidados específicos de cirugía sin ingreso	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 77,8 % I: 22,2 % P: 0 %	MI: 78,3 % I: 21,7 % P: 0 %	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 69,4 % I: 27,8 % P: 2,8 %	MI: 57,1 % I: 42,9 % P: 0 %	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 62,5 % I: 37,5 % P: 0 %	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 64,7 % I: 35,3 % P: 0 %	MI: 72 % I: 28 % P: 0 %	MI: 28,6 % I: 57,1 % P: 14,3 %	MI: 66,9 % I: 32 % P: 1,1 %

Con respecto a la **autoconcertación** señalar que el 48% de los profesionales considera que no influye en el desarrollo de la cirugía ambulatoria, que un 34% considera que la favorece y que un 18% considera que la frena. Entre los directivos el mismo número, 38%, opina que favorece, y el 38% opina que lo frena, y el 24 % considera que no influye.

Entre las coordinadoras de UCSI.s el 80% considera que la autoconcertación frena el desarrollo de la cirugía sin ingreso, mientras que el 20% considera que la favorece.

Con respecto a si el **miedo a la pérdida de camas** puede influir en el sentido de no incluir a un paciente en un programa de cirugía ambulatoria, ver tabla 28, consideran que no el 85% de los clínicos, el 75% de los directivos y solo el 40% de las coordinadoras de UCSI.s, de las cuales el 60% consideran que si puede influir.

Con respecto a si el realizar operaciones de cirugía mayor ambulatoria pudiera conllevar más **problemas de responsabilidad civil o legal**, ver tabla 29, el 70% de los clínicos considera que sí, mientras que solo lo consideran así el 38% de los directivos y ninguna de las coordinadoras de UCSI.s.

En relación a la pregunta abierta acerca de qué factores organizativos pueden incentivar o favorecer el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria en la tabla siguiente se recogen las respuestas.

Tabla 26. Otros factores organizativos que pudieran influir en el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria

Favorecerían:	No favorecerían:
-la existencia de quirófanos especiales para cirugía ambulatoria, -la implicación de los profesionales de atención primaria del medio rural, -mejorar la organización pre y postoperatoria, -la simplificación de los papeleos de alta, -más plantilla de cirugía general, -más médicos de guardia disponibles, -organigramas, -operar por la mañana y dar el alta a la tarde, -adquirir más material, -renovar equipos, -guardias localizadas o de presencia en servicio, -que cada médico operara las personas que ha visto antes, -las formas de retribución, -obligar a ambulatorizar los procesos autoconcertados.	- la falta de representación de los profesionales, - el adaptarse a nueva metodología sin recibir beneficio, -las formas de retribución, -el riesgo de infecciones nosocomiales, -algunos cirujanos consideran menos prestigiosa la cirugía ambulatoria, -es necesario estar motivado por requerir esfuerzo mayor, -los problemas burocráticos, -la cirugía ambulatoria compite con la autoconcertación, -se pierde responsabilidad por parte del cirujano, -el tiempo de consulta externa, -los protocolos rígidos.

Tabla 27 A. Influencia de la autoconcertación en el desarrollo de la cirugía ambulatoria. Por especialidades

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINE	OFTALMO	OTORRINO	TRAUMA	UROLOGIA	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVOS	COORDINADORAS UCSI
Favorece	50%	13,9%	21,7%	44,4%	22,2%	36,2%	45,5%	33,7%	38%	20%
Frena	27,5%	27,8%	13%	0%	55,6%	10,6%	0%	18,5%	38%	80%
No influye	22,5%	58,3%	65,2%	55,6%	22,2%	53,2%	54,5%	47,8%	24%	0%

Diferencias estadísticamente muy significativas.

Tabla 27 B. Influencia de la autoconcertación en el desarrollo de la cirugía ambulatoria. Por hospitales.

	ALTO DEBA MONDRAGON	ARANZAZU	BASURTO	HONDARR	CRUCES	GALDAKAO	GIPUZKOA	MENDARO	SAN ELOY	SANTIAGO	TXAGO	ZUMARRAGA	TOTAL *
Favorece	75%	25%	73,9%	10%	31,4%	28,6%	28,6%	12,5%	0%	25%	33,3%	0%	33,1%
Frena	25%	6,3%	4,3%	30%	17,1%	14,3%	57,1%	0%	25%	6,3%	29,2%	80%	18,7%
No influye	0%	68,8%	21,7%	60%	51,4%	57,1%	14,3%	87,5%	75%	68,8%	37,5%	20%	48,2%

Diferencias estadísticamente muy significativas.

* Los % totales no coinciden con los de la tabla por especialidades por no ser igual el número de encuestad@s de los que se conoce el dato hospital, que el número de los que se conoce su especialidad, y hayan contestado a la pregunta

Tabla 28 A. El miedo a la pérdida de camas para el servicio puede influir en el sentido de no incluir a un paciente en el programa de cirugía mayor ambulatoria. Por especialidades.

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINECOLOGI	OFTALMOLOGI	OTORRINOLOGI	TRAUMATOLOGIA	UROLOGIA	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVOS	COORDINADORAS UCSI
	A	A	A	A	A				S	AS UCSI
% SI	17,1	13,9	19,2	0	45,5	11,8	0	14,5	25	60
%NO	82,9	86,1	80,8	100	54,5	88,2	100	85,5	75	40

diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $P < 0,05$ al 5 % Nivel de Significación.

Tabla 28 B. El miedo a la pérdida de camas para el servicio puede influir en el sentido de no incluir a un paciente en el programa de cirugía mayor ambulatoria. Por hospitales.

	ALTO DEBA MONDRAGON	ARANZAZU	BASURTO	HONDAR A	CRUCES	GALDAKAO	GIPUZKO A	MENDAR O	SAN ELOY	SANTIAG O	TXAGORRITXU	ZUMA- RRAGA	TOTAL *
% SI	25	11,1	13	0	19,4	9,1	14,3	0	0	23,5	11,5	33,3	14
%NO	75	88,9	87	100	80,6	90,9	85,7	100	100	76,5	88,5	66,7	86

diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $P < 0,05$ al 5 % Nivel de Significación.

* Los % totales no coinciden con los de la tabla por especialidades por no ser igual el número de encuestad@s de los que se conoce el dato hospital, que el número de los que se conoce su especialidad, y hayan contestado a la pregunta

Tabla 29 A. Más problemas potenciales de responsabilidad civil o legal por la cirugía ambulatoria. Por especialidades.

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINECOLOGIA	OFTALMOLOGI A	OTORRINOLOGIA	TRAUMATOLOGI A	UROLOGIA	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVOS	COORDINADORAS UCSI
% SI	65,1	66,7	74,1	41,2	90,9	82,7	54,5	70,1	38	0
%NO	34,9	33,3	25,9	58,8	9,1	17,3	45,5	29,9	62	100

diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $P < 0,05$ al 5 % Nivel de Significación.

Tabla 29 B. Más problemas potenciales de responsabilidad civil o legal por la cirugía ambulatoria. Por hospitales.

	ALTO DEBA MONDRAGON	ARANZAZU	BASURTO	HONDARRIBI A	CRUCES	GALDAKAO	GIPUZKO A	MENDAR O	SAN ELOY	SANTIAG O	TXAGORRITXU	ZUMA- RRAGA	TOTAL *
% SI	75	77,8	58,3	60	68,6	69,2	28,6	75	25	76,5	73,1	85,7	67,2
%NO	25	22,2	41,7	40	31,4	30,8	71,4	25	75	23,5	26,9	14,3	32,8

diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $P < 0,05$ al 5 % Nivel de Significación

* Los % totales no coinciden con los de la tabla por especialidades por no ser igual el número de encuestad@s de los que se conoce el dato hospital, que el número de los que se conoce su especialidad, y hayan contestado a la pregunta.

5.2.5 Propuestas de mejora

En las tablas siguientes se recogen las respuestas dadas a las preguntas referente a la importancia de diferentes aspectos organizativos para el desarrollo de la cirugía ambulatoria

De esas respuestas resaltaremos a continuación algunos de los puntos más relevantes.

Prácticamente todas las propuestas planteadas han sido consideradas como importantes o muy importantes por todos los colectivos. La diferencia más significativa se encuentra al comparar las opiniones e clínicos y gestores en la utilidad de la potenciación de los servicios de hospitalización a domicilio. Mientras el 90% de los clínicos lo consideran importante el 63 % de los directivos y el 40% de las responsables de UCSI.s lo consideran poco importante.

Al preguntárseles en su opinión cuáles serían las tres propuestas de mejora que priorizarían, como se puede ver en la tabla siguiente, todos los grupos coinciden en dos de ellas: la “mejora de la información a pacientes y familiares” y la “mejora de la organización interna en el hospital”.

Esas dos propuestas serían además las primeras en opinión de directivos y coordinadoras de U.C.S.I., mientras que los clínicos proponen como primera medida los “incentivos a los profesionales”.

Tabla 30. Propuestas prioritarias según distintos colectivos.

Clínicos	Directivos	Coordinadoras U.C.S.I.
<ul style="list-style-type: none"> • incentivos a los profesionales • mejora de la información a pacientes y familiares • mejora de la organización interna en el hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • mejora de la organización interna en el hospital • mejora de la información a pacientes y familiares • favorecer el intercambio de información acerca de los profesionales o centros de excelencia 	<ul style="list-style-type: none"> • mejora de la organización interna en el hospital • mejora de la información a pacientes y familiares • mejora de la coordinación con los equipos de atención primaria

Tabla 31 A. Medidas que considera más importantes en su hospital para potenciar la cirugía ambulatoria. Por especialidades

	ANESTESIA	CIRUGIA	GINE	OFTALMO	OTORRINO	TRAUMA	UROLOGIA	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVOS	COORDINADORAS UCSI
5.1. Mejorar la información al paciente y familiares	MI: 65,9 % I: 29,3% P: 4,9 %	MI: 67,6% I: 29,7% P: 2,7 %	MI: 48,1 % I: 44,4 % P: 7,4 %	MI: 42,1 % I: 47,4 % P: 10,5 %	MI: 63,6% I: 36,4 % P: 0 %	MI: 52,9 % I: 43,1 % P: 3,9 %	MI: 72,7 % I: 27,3 % P: 0 %	MI: 58,4 % I: 37,1 % P: 4,6 %	MI: 88% I: 12% P: 0%	MI: 100% I: 0% P: 0%
5.2. Potenciar los servicios de hospitalización a domicilio	MI: 46,3 % I: 46,3 % P: 7,4 %	MI: 48,6 % I: 32,4 % P: 18,9 %	MI: 44,4 % I: 55,6 % P: 0 %	MI: 16,7 % I: 50 % P: 33,3 %	MI: 45,5 % I: 54,5 % P: 0 %	MI: 51 % I: 41,2 % P: 7,8 %	MI: 72,7 % I: 27,3 % P: 0 %	MI: 46,4 % I: 43,4 % P: 10,2 %	MI: 12% I: 25% P: 63%	MI: 20% I: 40% P: 40%
5.3. Mejorar la coordinación con los equipos de atención primaria	MI: 53,8 % I: 35,9 % P: 10,3 %	MI: 43,3 % I: 32,4 % P: 24,3 %	MI: 29,6 % I: 59,3 % P: 11,1 %	MI: 23,5 % I: 47,1 % P: 29,4 %	MI: 36,4 % I: 63,6 % P: 0 %	MI: 39,2 % I: 41,2 % P: 19,6 %	MI: 45,4 % I: 45,5 % P: 9,1 %	MI: 40,4 % I: 43 % P: 16,6 %	MI: 38% I: 50% P: 12%	MI: 60% I: 0% P: 40%
5.4. Mejorar la coordinación interna en el hospital	MI: 81,4 % I: 16,3 % P: 2,3 %	MI: 47,2 % I: 30,6 % P: 22,2 %	MI: 37 % I: 55,6 % P: 7,4 %	MI: 57,9 % I: 36,8 % P: 5,3 %	MI: 60 % I: 40 % P: 0 %	MI: 42,3 % I: 51,9 % P: 5,8 %	MI: 27,3 % I: 72,7 % P: 0 %	MI: 55 % I: 37,4 % P: 7,6 %	MI: 88% I: 12% P: 0%	MI: 100% I: 0% P: 0%
5.5. Incentivos a los profesionales	MI: 59,5 % I: 35,7 % P: 4,8 %	MI: 59,5 % I: 32,4 % P: 8,1 %	MI: 51,9 % I: 40,7 % P: 7,4 %	MI: 42,1 % I: 42,1 % P: 15,8 %	MI: 63,6 % I: 18,2 % P: 18,2 %	MI: 40,4 % I: 44,2 % P: 15,4 %	MI: 72,7 % I: 27,3 % P: 0 %	MI: 52,8 % I: 37,2 % P: 10,1 %	MI: 25% I: 63% P: 12%	MI: 20% I: 80% P: 0%
5.6. Favorecer el intercambio de información acerca de la experiencia de los profesionales o centros de excelencia	MI: 51,2 % I: 41,5 % P: 7,3 %	MI: 36,1 % I: 55,6 % P: 8,3 %	MI: 33,3 % I: 48,1 % P: 18,5 %	MI: 42,1 % I: 52,6 % P: 5,3 %	MI: 54,5 % I: 45,5 % P: 0 %	MI: 15,7 % I: 64,7 % P: 19,6 %	MI: 18,2 % I: 63,6 % P: 18,2 %	MI: 34,2 % I: 53,6 % P: 12,2 %	MI: 75% I: 25% P: 0%	MI: 40% I: 60% P: 0%
5.7. Mejorar la formación de los profesionales implicados	MI: 48,4 % I: 43,9 % P: 7,3 %	MI: 37,8 % I: 48,6 % P: 13,5 %	MI: 33,3 % I: 55,6 % P: 11,1 %	MI: 63,2 % I: 36,8 % P: 0 %	MI: 40 % I: 50 % P: 10 %	MI: 28 % I: 50 % P: 22 %	MI: 45,5 % I: 54,5 % P: 0 %	MI: 40 % I: 48,2 % P: 11,8 %	MI: 25% I: 75% P: 0%	MI: 60% I: 40% P: 0%

* Diferencias significativas estadísticamente

Tabla 31 B. Medidas que considera más importantes en su hospital para potenciar la cirugía ambulatoria. Por Hospitales.

	ALTO DEBA MONDRAGON	ARANZA ZU	BASURTO	HONDAR RIBIA	CRUCES	GALDA KAO	GIPUZK OA	MENDAR O	SAN ELOY	SANTIA GO	TXAGO RRITXU	ZUMAR RAGA	TOTAL
Mejorar la información al paciente y familiares	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 52,2 % I: 43,5 % P: 4,3 %	MI: 40 % I: 40 % P: 20 %	MI: 57,1% I: 40 % P: 2,9 %	MI: 57,1% I: 35,7 % P: 7,1 %	MI: 75 % I: 12,5 % P: 12,5 %	MI: 62,5% I: 25 % P: 12,5 %	MI: 25 % I: 75 % P: 0 %	MI: 70,6% I: 29,4 % P: 0 %	MI: 69,2% I: 30,8 % P: 0 %	MI: 57,1% I: 42,9 % P: 0 %	MI: 57,7% I: 38,3 % P: 4 %
Potenciar los servicios de hospitalización a domicilio	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 61,1 % I: 27,8 % P: 11,1 %	MI: 43,5 % I: 52,2 % P: 4,3 %	MI: 40 % I: 50 % P: 10 %	MI: 58,3% I: 36,1 % P: 5,6 %	MI: 30,8% I: 46,2 % P: 23,1 %	MI: 37,5% I: 50 % P: 12,5 %	MI: 37,5% I: 62,5 % P: 0 %	MI: 25 % I: 50 % P: 25 %	MI: 35,3% I: 52,9 % P: 11,8 %	MI: 40 % I: 44 % P: 16 %	MI: 57,1% I: 42,9 % P: 0 %	MI: 46 % I: 44,3 % P: 9,7 %
Mejorar la coordinación con los equipos de atención primaria*	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 31,3 % I: 50 % P: 18,7 %	MI: 39,1 % I: 56,5 % P: 4,4 %	MI: 20 % I: 70 % P: 10 %	MI: 47,2% I: 33,3 % P: 19,5 %	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 37,5% I: 50 % P: 12,5 %	MI: 37,5% I: 37,5 % P: 12,5 %	MI: 0 % I: 0 % P: 100 %	MI: 29,4 % I: 58,8 % P: 11,8 %	MI: 36 % I: 40 % P: 24 %	MI: 28,6% I: 57,1 % P: 14,3 %	MI: 38 % I: 46,2 % P: 15,8 %
Mejorar la coordinación interna en el hospital*	MI: 75 % I: 25 % P: 0 %	MI: 61,1 % I: 27,8 % P: 11,1 %	MI: 75 % I: 20,8 % P: 4,2 %	MI: 40 % I: 40 % P: 20 %	MI: 52,8% I: 44,4 % P: 2,8 %	MI: 57,1% I: 28,6 % P: 14,3 %	MI: 37,5% I: 50 % P: 12,5 %	MI: 37,5% I: 50 % P: 12,5 %	MI: 25 % I: 50 % P: 25 %	MI: 41,2% I: 58,8 % P: 0 %	MI: 53,8% I: 30,8 % P: 15,4 %	MI: 71,4% I: 28,6 % P: 0 %	MI: 54,3% I: 37,2 % P: 8,5 %
Incentivos a los profesionales*	MI: 25 % I: 50 % P: 25 %	MI: 44,4 % I: 50 % P: 5,6 %	MI: 75 % I: 12,5 % P: 12,5 %	MI: 30 % I: 50 % P: 20 %	MI: 66,7% I: 30,6 % P: 2,8 %	MI: 85,7% I: 14,3 % P: 0 %	MI: 50 % I: 50 % P: 0 %	MI: 25 % I: 75 % P: 0 %	MI: 100 % I: 0 % P: 0 %	MI: 23,5% I: 53% P: 23,5 %	MI: 28 % I: 52 % P: 20 %	MI: 57,1% I: 42,9 % P: 0 %	MI: 52,2% I: 38,1 % P: 9,7 %
Favorecer el intercambio de información acerca de la experiencia de los profesionales o centros de excelencia	MI: 25 % I: 75 % P: 0 %	MI: 5,9 % I: 88,2 % P: 5,9 %	MI: 47,8 % I: 52,2 % P: 0 %	MI: 20 % I: 70 % P: 10 %	MI: 38,9% I: 44,4 % P: 16,7 %	MI: 42,9% I: 35,7 % P: 21,4 %	MI: 62,5% I: 25 % P: 12,5 %	MI: 37,5% I: 50 % P: 12,5 %	MI: 25 % I: 50 % P: 25 %	MI: 35,3% I: 47,1 % P: 17,6 %	MI: 23,1% I: 69,2 % P: 7,7 %	MI: 57,1% I: 42,9 % P: 0 %	MI: 34,9% I: 54,3 % P: 10,9 %
Mejorar la formación de los profesionales implicados	MI: 25 % I: 50 % P: 25 %	MI: 31,3 % I: 56,2 % P: 12,5 %	MI: 39,1 % I: 52,2 % P: 8,7 %	MI: 30 % I: 60 % P: 10 %	MI: 52,8% I: 36,1 % P: 11,1 %	MI: 35,7% I: 42,9 % P: 21,4 %	MI: 62,5% I: 37,5 % P: 0 %	MI: 62,5% I: 25 % P: 12,5 %	MI: 25 % I: 50 % P: 25 %	MI: 29,4% I: 64,7 % P: 5,9 %	MI: 26,9% I: 57,7 % P: 15,4 %	MI: 71,4% I: 28,6 % P: 0 %	MI: 40,8% I: 47,7 % P: 11,5 %

* Diferencias significativas estadísticamente

La encuesta incluía una pregunta en la que se solicitaba que señalaran por orden de importancia las **tres medidas** que consideraban **más importantes en su hospital** de cara a conseguir un aumento del porcentaje de personas que son atendidas por los programas de cirugía ambulatoria. La lista de opciones era la siguiente:

1. Mejorar la información al paciente y familiares
2. Potenciar los servicios de hospitalización a domicilio
3. Mejorar la coordinación con los equipos de atención primaria
4. Mejorar la organización interna en el hospital
5. Incentivos a los profesionales
6. Favorecer el intercambio de información acerca de la experiencia de los profesionales o centros de excelencia
7. Mejorar la formación de los profesionales implicados

En las tablas siguientes se recogen los resultados a esa pregunta.

Tabla 32 A. Propuestas prioritarias. Todas especialidades médicas juntas.

Propuesta ⇒	1	2	3	4	5	6	7
Prioritaria 1^a	53	32	13	25	45	3	12
Prioritaria 2^a	18	28	21	36	33	23	20
Prioritaria 3^a	27	17	13	25	28	16	41
SUMA	98	77	47	86	106	42	73

Si diéramos el mismo peso a las tres opciones prioritarias se podría concluir que en el conjunto de especialidades la medida considerada más importante sería “Incentivos a los profesionales” con 106 personas que la señalan entre las prioritarias. La segunda sería “Mejorar la información al paciente y familiares”, con 98 personas que la señalan entre las prioritarias. La tercera sería “Mejorar la organización interna en el hospital” con 86 personas que la señalan entre las prioritarias.

Tabla 32 B. Propuestas prioritarias. Directivos.

Propuesta ⇒	1	2	3	4	5	6	7
Prioritaria 1^a	3			3		2	
Prioritaria 2^a		1	1	2		2	2
Prioritaria 3^a			1		5	1	1

Tabla 32 C. Propuestas prioritarias. Coordinadoras de U.C.S.I.

Propuesta ⇒	1	2	3	4	5	6	7
Prioritaria 1^a	1			4			
Prioritaria 2^a	3		1				1
Prioritaria 3^a			2		1	2	

Osteba 00-11

Con respecto a si los **objetivos de cirugía ambulatoria** deben estar o no incluidos en la negociación de los **objetivos de cada servicio**, ver tabla 33, consideran que deben estar incluidos el 72% de los clínicos, el 63% de los directivos y el 60% de responsables de UCSI.s.

Señalaremos que es curioso que por especialidades no haya diferencias significativas mientras que sí las hay al comparar personal de distintos hospitales, ello puede reflejar tanto una diferente composición por especialidades de la muestra de profesionales que respondieron a la encuesta como la posibilidad de que existan condiciones específicas en cada hospital a la hora de negociar los objetivos de cada servicio, y que se reflejarían en las respuestas.

Tabla 32 A. Incluir o separar objetivos relacionados con la cirugía ambulatoria en la negociación de los objetivos generales de cada servicio. Por especialidades.

	ANESTESI A	CIRUGIA	GINECOLOGI A	OFTALMOLOG IA	OTORRINOLOGI A	TRAUMATOLOGIA	UROLOGI A	TOTAL CLINICO S	DIRECTIVOS	COORDINADO RAS UCSI
Incluir	70%	79,4%	76%	78,9%	70%	66%	63,6%	72%	63%	60%
Separar	30%	20,6%	24%	21,1%	30%	34%	36,4%	28%	37%	40%

Tabla 32 B. Incluir o separar objetivos relacionados con la cirugía ambulatoria en la negociación de los objetivos generales de cada servicio. Por Hospitales.

	ALTO DEBA MONDRAGON	ARANZAZU	BASURTO	HONDARRIBI A	CRUCES	GALDAKAO	GIPUZKO A	MENDAR O	SAN ELOY	SANTIAG O	TXAGORRITXU	ZUMA- RRAGA	TOTAL
Incluir	75%	47,1%	39,1%	90%	70,6%	53,8%	100%	87,5%	50%	93,8%	84,6%	71,4%	70,2%
Separar	25%	52,9%	60,9%	10%	29,4%	46,2%	0%	12,5%	50%	6,3%	15,4%	28,6%	29,8%

diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado P< 0,05 al 5 % Nivel de Significación

Los % totales no coinciden con los de la tabla por especialidades por no ser igual el número de encuestad@s de los que se conoce el dato hospital, que el número de los que se conoce su especialidad, y hayan contestado a la pregunta

Osteba 00-11

Con respecto a si **se debe incentivar a los profesionales** para que crezca la actividad de cirugía sin ingreso, ver tabla 34, consideran que sí el 85% de los clínicos, el 88% de los directivos y el 60% de responsables de UCSI.s.

Con respecto al tipo de incentivos que debieran utilizarse, ver tabla 35, el 40% de los clínicos, el 24 % de los directivos y el 0% de responsables de UCSI.s, consideran que debieran ser de tipo *económico*. Consideran que los incentivos debieran ser tanto *económicos como no económicos* el 43% de los clínicos, el 38% de los directivos y el 0% de responsables de UCSI.s. consideran que debieran ser *no económicos* el 17% de los clínicos, el 38% de los directivos y el 100% de responsables de UCSI.s.

A la pregunta abierta acerca de otras posibles propuestas de mejora, los clínicos señalan las siguientes:

Protección civil, actualización del personal, crear especialistas específicos para cirugía ambulatoria, programas subvencionados de formación en otros centros, mayor dedicación a cirugía ambulatoria, que el cirujano y no la enfermería controle el postoperatorio, valorar las unidades funcionales no los servicios, facilitar los circuitos preoperatorios, más información social, respeto profesional, incentivar formación en forma de estancias, más plazas de especialistas, más cobertura legal, estudios prospectivos, tiempo libre como incentivo, normas escritas para los pacientes, protocolos de analgesia oral, seguimiento de la información, formación al personal de enfermería, más material de endoscopia, facilitar los trámites internos en el hospital y disminuir la burocracia, mejorar el circuito preoperatorio, sabáticos.

Tabla 34 A. Incentivos a los profesionales para que crezca la actividad de cirugía sin ingreso. Por especialidades.

	ANESTESI A	CIRUGIA	GINECOLOGI A	OFTALMOLOG IA	OTORRINOLOGI A	TRAUMATOLOG IA	UROLOGIA	TOTAL CLINICOS	DIRECTIVO S	COORDINADO- RAS UCSI
SI	95,1%	91,4%	84%	68,4%	81,8%	81,6%	81,8%	85,3%	88%	60%
NO	4,9%	8,6%	16%	31,6%	18,2%	18,4%	18,2%	14,7%	12%	40%

Diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado P= 0,01 al 5 % Nivel de Significación.

Tabla 34 B. Incentivos a los profesionales para que crezca la actividad de cirugía sin ingreso. Por Hospitales.

	ALTO DEBA MONDRAG ON	ARANZAZ U	BASURT O	HONDARRI BIA	CRUCE S	GALDAKA O	GIPUZK OA	MENDAR O	SAN ELOY	SANTIAG O	TXAGORRIT XU	ZUMA- RRAGA	TOTA L
SI	75%	100%	72,7%	80%	94,3%	100%	100%	62,5%	100%	82,4%	73,1%	100%	86%
NO	25%	0%	27,3%	20%	5,7%	0%	0%	37,5%	0%	17,6%	26,9%	0%	14%

Diferencias ligeramente significativas estadísticamente Chi Cuadrado P= 0,04 al 5 % Nivel de Significación

Los % totales no coinciden con los de la tabla por especialidades por no ser igual el número de encuestad@s de los que se conoce el dato hospital, que el número de los que se conoce su especialidad, y hayan contestado a la pregunta.

Tabla 35 A. Tipos de incentivos deseables, de existir, para fomentar la cirugía ambulatoria. Por especialidades.

	ANESTESI A	CIRUGIA	GINECOLO GIA	OFTALMOLO GIA	OTORRINOLO GIA	TRAUMATOLO GIA	UROLOG IA	TOTAL CLINICO S	DIRECTIV OS	COORDINAD O- RAS UCSI
Económicos	47,5%	21,9%	55%	23,1%	22,1%	43,6%	66,7%	40,2%	24%	0%
Los dos	22,5%	56,2%	40%	69,2%	66,7%	41,1%	33,3%	42,5%	38%	0%
No económicos	30%	21,9%	5%	7,7%	11,1%	15,4%	0%	17,3%	38%	100%

Diferencias no significativas estadísticamente

Tabla 35 B. Tipos de incentivos deseables, de existir, para fomentar la cirugía ambulatoria. Por Hospitales.

	ALTO DEBA MONDRAG ON	ARANZAZ U	BASURT O	HONDARRI BIA	CRUCE S	GALDAKA O	GIPUZK OA	MENDAR O	SAN ELOY	SANTIAG O	TXAGORRIT XU	ZUMA- RRAGA	TOTA L
Econó	33,3%	40%	33,3%	37,5%	51,5%	64,3%	12,5%	33,3%	75%	23%	30%	16,7%	39,2%
Los dos	33,3%	46,6%	50%	50%	42,4%	28,6%	62,5%	50%	25%	38,5%	30%	66,6%	42,6%
No económico	33,3%	13,4%	16,7%	12,5%	6,1%	7,1%	25%	16,7%	0%	38,5%	40%	16,7%	18,2%

diferencias estadísticamente significativas Chi Cuadrado $P \lll 0,05$ al 5 % Nivel de Significación.

VI. Evidencia científica sobre la efectividad y seguridad de la cirugía mayor ambulatoria

6.- EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Metodología:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los trabajos publicados en los años 1992 a julio de 1998 en las siguientes bases de datos:

- Medline,
- EMBASE
- Índice Médico Español
- Cochrane Library
- Health Care Standards (ECRI).

Las palabras claves utilizadas fueron “ambulatory surgery” en las bases de datos en inglés, y “cirugía ambulatoria” y “cirugía sin ingreso” en el Índice Médico Español.

Criterios de inclusión:

Se han buscado **Ensayos Clínicos Controlados**, que son los estudios que proporcionan la mejor evidencia de la efectividad de la cirugía mayor ambulatoria comparada a la cirugía con ingreso. Solo ese tipo de estudios minimizan la aparición de distintos sesgos.

Resultados:

Solo hemos encontrados dos ensayos clínicos que comparen la cirugía ambulatoria frente a la cirugía sin ingreso, el de Pineault (1985) y el de Castells (1998).

El Ensayo Clínico Castells (1998) es el único realizado en un medio cercano a nosotros. Ese estudio, terminando recientemente, analiza el abordaje de las cataratas en 1034 pacientes atendidos en tres hospitales públicos de Barcelona.

Solo disponemos de un resumen de los resultados, cuyos aspectos más significativos son los siguientes:

- Las tasas de complicaciones perioperatorias, medidas hasta las 48 horas de la intervención, fué superior en los pacientes ambulatorios, el 14,4% frente al 9,6%. Concretamente se observaron diferencias en la tasa de incremento

Osteba 00-11

de la presión intraocular. Después de las 48 desaparecieron las diferencias entre los grupos.

- No se observaron diferencias en variables clínicas como la agudeza visual del ojo operado y del mejor ojo, ni en las medidas de salud percibida.
- Los pacientes ambulatorios presentaron una mayor satisfacción con la atención, fundamentalmente debido a la mejor información relativa a las curas postquirúrgicas.
- Los costes del proceso fueron inferiores en los pacientes ambulatorios, 166.174 pesetas frente a 202.484; $p < 0,001$.

Se han publicado varios ensayos clínicos que analizan, por ejemplo, las ventajas o inconvenientes de diferentes técnicas quirúrgicas, productos anestésicos o antiálgicos en pacientes operados en régimen de cirugía ambulatoria. Esos estudios no compararon el tratamiento ambulatorio frente al tratamiento con ingreso.

Aparte de los estudios mencionados existen numerosas publicaciones y comunicaciones a congresos donde se informa de series clínicas de pacientes operados ambulatoriamente en distintos centros; a veces comparan si las complicaciones eran diferentes a las de pacientes atendidos con ingreso hospitalario. Es imposible saber si los grupos eran comparables, aunque se puede deducir que no lo son porque lo más lógico es que fueran seleccionados para cirugía ambulatoria los casos más sencillos, los pacientes más sanos y con mejores condiciones personales y sociales.

De todo ello se puede concluir que la evidencia existente acerca de la efectividad y seguridad de la cirugía mayor ambulatoria provienen fundamentalmente de estudios que aportan una calidad de evidencia baja.

No obstante se ha de tener en cuenta que el proceso histórico de selección de las patologías, procedimientos y pacientes que han pasado a ser atendidas de manera ambulatoria ha tenido en cuenta la seguridad de la intervención y la baja existencia de complicaciones postoperatorias. De no ser así esos casos no hubieran sido ambulatorizados, tanto por la propia lógica de la práctica médica que no asumiría como aceptable riesgos injustificados para los pacientes, como por el impacto que las demandas legales que se producirían en caso de suceder complicaciones serias.

Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza - Servicio vasco de salud

Además en la mayoría de los casos lo que ha determinado el paso al abordaje ambulatorio de numerosas patologías han sido los importantes cambios científicos que se han producido en el campo de la cirugía, técnicas cada vez menos invasivas, y la anestesia, que requiere periodos cada vez más cortos de recuperación postoperatoria. Una vez que se incorporaba una técnica nueva ello conllevaba la ambulatorización automática en muchos casos.

Esas circunstancias son las que probablemente explican la falta de Ensayos Clínicos que comparen la cirugía ambulatoria frente a la cirugía con ingreso.

***VII. Algunas consideraciones de tipo
económico***

7.- ALGUNAS CONSIDERACIONES DE TIPO ECONÓMICO

7.1 Consideraciones previas

- En primer lugar señalaremos que no hemos encontrado estudios españoles sobre el coste efectividad de realizar una misma técnica quirúrgica a pacientes tratados ambulatoriamente o con ingreso.

Se encuentran publicados varios estudios económicos que muestran que técnicas ambulatorias como las intervenciones laparoscópicas son mejores que las no laparoscópicas, y concluyen presentando como ahorro para el sistema todos los días de estancia hospitalaria que se evitan. La presentación se cierra multiplicando esos días de estancia por el coste medio de una estancia hospitalaria y tendríamos el dinero que se ahorraría.

Este enfoque de considerar como días de estancia evitables todos los días de ingreso por determinadas patologías es excesivamente simplista y sesgado:

- con frecuencia tienden a atribuir como costes de esa estancia los costes medios de una estancia hospitalaria, lo que no es correcto porque lo relevante es saber el coste extra de tener al paciente 1 día más. Ese día supondrá unos costes hoteleros, unos costes de atención o vigilancia médica y de enfermería, pero no supondrá un consumo de pruebas o tratamientos que se suelen imputar a la hora de calcular el coste medio de una estancia de un hospital. Normalmente esos estudios no tienen en cuenta los costes de la atención sanitaria a domicilio.
 - puede haber numerosos sesgos de selección de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria: debido a los criterios de inclusión y exclusión, en general, son candidatos a cirugía mayor ambulatoria los pacientes más jóvenes, más sanos o con patologías menos severas y/o no complicadas, con más nivel cultural, con mejor apoyo social o familiar y con mejores condiciones en su domicilio.
 - en general no se analiza qué pasa realmente después de que el paciente sale del hospital, por ejemplo la tasa de complicaciones o reingresos posteriores, o las visitas a centros de atención primaria.
- En segundo lugar señalaremos que es difícil creer de entrada que muchos de los pacientes que han sido ingresados, después de una operación

Osteba 00-11

potencialmente ambulatorizable y permanecen más de dos días ingresados, estén en el hospital sin que su estancia esté justificada.

Una persona puede ser enviada a su casa después del postoperatorio si dispone de apoyo familiar o social y sanitario pero que si ese apoyo no existe el ingreso sería la decisión clínica y social más sensata.

La presión a disminuir o liberar camas, o a bajar las estancias medias, no debe suponer que esas condiciones se deterioran, y que los costes simplemente se desplazan de los hospitales a otros grupos sanitarios o sociales.

El objetivo clínico y económico debe ser ambulatorizar aquellos pacientes en los que ello no supone un riesgo inaceptable para su salud y para quienes se garantiza el nivel adecuado de cuidados en su domicilio, bien por sus familiares o amigos, bien por los servicios sanitarios o sociales.

Hechas estas reflexiones, señalar que desde el punto de vista económico se podrían realizar fundamentalmente dos tipos de análisis.

- el análisis de **coste-efectividad** de la decisión clínica de tratar al paciente de manera ambulatoria o con ingreso hospitalario. Las dos opciones pueden subdividirse cada una en diversas opciones dentro de ellas. Este nivel de análisis es el que es más relevante para el clínico que debe decidir el tratamiento de un paciente concreto.
- el estudio de los **costes y beneficios globales para un centro** que se derivarían del incremento de la ambulatorización de procesos quirúrgicos, y de las decisiones que los gestores y directivos pueden tomar en ese contexto. Este tipo de análisis es el que compete fundamentalmente al campo de la gestión sanitaria.

Dado que ambos tipos de análisis solo tienen sentido en el contexto de cada centro sanitario concreto se ha optado por no realizar aquí un análisis detallado. No obstante se ha considerado que puede ser de utilidad plantear aquí los elementos que debieran ser tenidos en cuenta para posibles estudios como los comentados.

7. 2 Apuntes para el estudio del coste-efectividad

El primer punto a clarificar sería la explicitación de las opciones a comparar, cuyas hipótesis básicas son las siguientes:

- **Cirugía Mayor Ambulatoria**, dentro de la cual se puede considerar diversas posibilidades:
 - ninguna atención tras abandonar el hospital, (salvo si es necesario quitar puntos que se produciría en cualquier caso). Probablemente con respecto a persona ingresada a la que no se le explica nada y se le pasa a la planta, se necesite más tiempo de enfermería explicando cosas, recomendando cuidados, dando medicamentos para el dolor para que lleven a casa para uso en caso de necesidad.
 - tenerlos más horas pero que no duerma allí, sobre todo para operados a la mañana
 - llevarlos en ambulancia a casa, quizás en algunos casos por la patología o las circunstancias familiares
 - atención por servicios de hospitalización a domicilio
 - que el paciente pase por consultas externas del hospital para seguimiento, una, dos, o más veces.
 - atención primaria de salud realiza seguimiento a domicilio o en la consulta del centro
- **cirugía con ingreso**. Lo razonable es suponer que los pacientes que pudieran ser incluidos en un programa de cirugía mayor ambulatoria, de ser ingresados solo permanezcan ingresados un día, lo que se conoce como *cirugía de corta estancia*. Los costes extra de ese tiempo de ingreso añadido serían fundamentalmente los hoteleros más los de la atención de enfermería y probablemente una visita diaria del médico.

El análisis de costes del uso de recursos sanitarios será lo más “fácil”, el problema es como cuantificar otros costes y resultados de cada estrategia, y en particular:

- la seguridad o inseguridad percibida por el paciente y familiares entre estar ingresado o en el domicilio y con los diversos tipos de atención domiciliaria, y las percepciones respecto a los riesgos o seguridades que cada opción implica. Además, la utilidad o no utilidad para el paciente o familiares de estar en casa u hospitalizado puede ser muy variable entre personas. Personas de edad avanzada o niños pequeños pueden sufrir mayor impacto con la hospitalización, pero probablemente es muy poco relevante para otros muchos pacientes. En el caso de los pacientes o familiares la razón de preferir un ingreso no se basaría en el potencial ahorro de costes de comida, sino en la percepción de mayor seguridad.

Osteba 00-11

- los costes de los cuidados “informales” que recaen en familiares y amigos de los operados ambulatoriamente son difíciles de evaluar y tener en cuenta. Es a veces más costoso ir al hospital a acompañar al paciente que tenerlo en casa en la cama cuando se sabe que no está grave y que no hay riesgo de complicaciones serias. Muchos padres y madres prefieren cuidar a sus hijos en su casa si se les da la seguridad y apoyo necesario.
- distintos profesionales pueden percibir de manera diferente los riesgos de tipo sanitario o legal que afrontan con las diferentes opciones
- la presión social para la incorporación al mundo laboral puede ser mayor para aquellas personas tratadas ambulatoriamente que para las “ingresadas”, pudiendo las primeras tener un período de convalecencia más corto del que pudiera ser recomendable.

En ese contexto podemos afirmar que el potencial ahorro de la ambulatorización de cada paciente individual es limitado y pequeño, y depende en gran medida de la prestación o no de atención domiciliaria después del alta.

En cualquier caso el ahorro de los costes hoteleros y de cuidados de enfermería probablemente no sería superior a unas 10.000 pesetas por paciente.

Ese dinero es poco relevante en el conjunto de costes de tratamiento de cada paciente individual como puede verse en la tabla siguiente donde se reflejan los costes medios por paciente en los hospitales de Osakidetza.

Además en esa tabla se muestran los valores mínimos y máximos de costes medios de atender una patología en hospitales de Osakidetza. Se observa que hay grandes diferencias entre los costes medios del hospital más barato y el más caro los costes, a veces en torno al doble del coste del más barato. Sin excluir posibles errores debidos a las limitaciones del sistema de contabilidad indirecta empleado por Osakidetza, esas importantes diferencias de costes medios no parecen explicarse por los niveles de ambulatorización de pacientes.

Tabla 36. Costes medios por procesos quirúrgicos ambulatorizables. Hospitales de agudos de Osakidetza 1997. Fuente: Osakidetza (1998)

Proceso	Coste medio	Coste mínimo	Coste máximo	PIR Medio	PIR Mínimo	PIR Máximo
Catarata	156.425	124.869	194.433	0,656	0,649	0,668
Hernia abdominal	343.551	233.924	449.370	0,939	0,881	0,974
Artritis con reparación menor	382.230	311.211	551.252	1,036	1,025	1,072
Patología benigna de recto	295.703	199.688	433.608	0,822	0,757	1,005
Venas varicosas	346.029	272.144	422.735	1.037	1,018	1,069
Amígdalas Adenoides	159.599	130.643	231.231	0,403	0,397	0,457
Lesión laríngea benigna	236.586	187.996	351.701	0,595	0,569	0,714
Juanete	266.823	219.821	385.696	0,741	0,724	0,783
Masa benigna mama	224.523	188.185	304.502	0,702	0,655	0,794

Además y dado que gran parte de los costes – ansiedad, in/seguridad, hospitalización,... o atención en el domicilio - son soportados principalmente por los pacientes y familiares y puede variar de manera importante entre los diversos pacientes, es pues muy importante su participación informada en la decisión, ya que son los únicos que pueden valorar la utilidad o desutilidad derivada de estar en el hospital o en su domicilio.

Un estudio realizado en el Hospital de Galdakao, (Ortega 1994), utilizando técnicas de análisis de costes marginales, encontraba que el ahorro que supondría cada estancia evitada era pequeño en ese centro concreto, entre las 1.500 y las 3.100 pesetas para los pacientes tratados en diversos servicios quirúrgicos. No obstante el estudio concluía que un aumento significativo de la cirugía ambulatoria supondría un ahorro importante para el centro si conlleva el cierre de unidades de enfermería tradicionales.

Un estudio realizado en el Hospital San Eloy (1995), basado en métodos indirectos de análisis económico, concluye que los pacientes tratados en Hospital de Día son más baratos que los tratados en cirugía convencional. Estimaban reducciones de costes que podían suponer hasta un 70% en algunos procesos frecuentes atendidos en ese hospital.

Aunque la disparidad de los resultados entre ambos estudios puede deberse a las características y circunstancias de cada centro probablemente se deba al tipo de metodología utilizada para la medición de los costos.

7.3 Apuntes para el estudio de las repercusiones del conjunto de la actividad de cirugía ambulatoria

Desde el punto de vista del personal directivo y de los gestores clínicos es también relevante el análisis comentado en el punto previo, pero compete directamente a su tarea realizar el análisis de las implicaciones que el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria puede suponer en la actividad global de cada centro y en el uso de recursos tales como las camas del hospital.

Al incrementarse la ambulatorización de esos procesos se produce una disminución del número de estancias hospitalarias por caso.

- ◆ La repercusión que esto puede tener en relación al ahorro global o el aumento de la eficiencia en el uso de recursos de un hospital depende de varias asunciones o situaciones.

Un análisis global del tipo del planteado solo tiene sentido en el contexto de cada hospital concreto y del uso que de los recursos liberados, personal, camas o instalaciones, realice cada centro.

Los recursos liberados pueden:

- ser utilizados para atender otros pacientes con la misma o diferentes patologías
- ser amortizados, por no considerarse necesarios para el centro para atender su demanda actual o futura. El hecho de que se cierren no quiere decir que se ahorre el coste medio de mantenimiento de una cama ocupada, ya que “cerrar” X camas no necesariamente conlleva que se cierre el local donde se ubican, ni que disminuyan los costes de mantenimiento de los locales o de gastos generales del hospital. De la misma manera los recursos humanos liberados pueden ser amortizados, dedicados a otras actividades o quedar “ociosos”.

Se han realizado análisis de este tipo en dos hospitales de Osakidetza, Galdakao y San Eloy, estudios que concluyen que a nivel global de esos hospitales la cirugía ambulatoria y las unidades específicas de U.C.S.I., conllevarían un ahorro económico para el centro.

Una parte significativa del ahorro se debe al hecho de que el personal de enfermería que trabaja en el Hospital de Día resulta más barato que el personal

necesario para mantener una planta de hospitalización, al eliminarse conceptos retributivos tales como los de cobertura nocturna y los pluses de días festivos.

- ♦ Se ha defendido la cirugía ambulatoria en base a la afirmación de que la liberación de recursos, en este caso camas, favorecería el tratamiento de pacientes en *listas de espera*.

Para que ello fuera así la lista de espera debe estar en relación con el hecho de que el recurso escaso, el que generara la lista de espera y la demora en el tratamiento, sea el recurso cama; en muchos casos se deben a la escasez de otros recursos, principalmente de tiempo de quirófanos y de profesionales.

En todo caso si las camas liberadas por el programa de cirugía mayor ambulatoria se utilizan para atender a pacientes en listas de espera el gasto global del hospital aumentará.

7.4. Influencia del modelo de financiación del hospital y de los profesionales en lo referente a la cirugía ambulatoria y al conjunto de la actividad profesional.

Los servicios hospitalarios de Osakidetza se encuentran en un proceso de cambio entre cuyos rasgos más distintivos se encuentran la potenciación de la denominada Gestión Clínica y del pago por proceso a los centros y servicios hospitalarios.

A continuación se plantean algunas reflexiones acerca de las implicaciones que pudieran tener los mecanismos actuales de financiación de la actividad sanitaria y las nuevas alternativas de gestión y financiación que se apuntan en nuestro sistema sanitario.

- Dado que una importante parte de los procesos ambulatorizables son procesos sobre los que existen listas de espera y programas de *autoconcertación* o concertación externa ese estímulo financiero puede influir en el desarrollo de la cirugía ambulatoria, pero es difícil predecir en qué sentido para cada centro concreto.

Una ventaja que tienen los programas de autoconcertación es que al negociarse los objetivos de ese programa se pueden especificar también aspectos como la ambulatorización de los procesos autoconcertados.

Osteba 00-11

Resulta curioso observar la diversidad de respuestas encontradas en la encuesta a la pregunta sobre si la autoconcertación frena o favorece la ambulatorización de procesos quirúrgicos.

- Ya se ha señalado que una de las condiciones para poder enviar una persona a casa después de haberla operado es que haya tiempo suficiente de postoperatorio en una unidad de observación. Si la operación se realiza a la tarde en una unidad de Hospital de Día que cierra a las diez de la noche, muchos de los pacientes operados a la tarde serán necesariamente ingresados.

Los clínicos pueden estar incentivados económicamente para operar por las tardes procesos en los que hay listas de espera, procesos que en su mayoría son potencialmente ambulatorizables. Muchos de esos pacientes serían enviados a su casa ese mismo día si se operaran por la mañana, pero al ser operados por la tarde se debe esperar al día siguiente, debido al tiempo necesario para la recuperación postoperatoria.

- Se podría analizar asimismo si el *sistema de financiación global del hospital y de cada servicio* incentiva o desincentiva la cirugía mayor ambulatoria.

Si el modelo de financiación dominante es el de los presupuestos incrementales, esto es y simplificando, el mismo dinero del año anterior más un porcentaje de subida, entonces ese modelo no incentiva directamente la cirugía ambulatoria. En todo caso puede desincentivar porque cualquier ahorro puede suponer una pérdida de ingresos económicos para el siguiente presupuesto.

Los nuevos modelos planteados de pago por procesos atendidos, tanto al hospital como a los servicios que adopten la llamada Gestión Clínica, pueden incentivar el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria. En este caso cada centro decidirá cual es el circuito o la organización más eficiente y el ahorro no perjudica la financiación del hospital.

VIII. Discusión

8.- DISCUSION

Con la información presentada en los apartados anteriores el grupo de trabajo realizó las siguientes reflexiones.

- En el conjunto de la red de Osakidetza se puede considerar que el *nivel de ambulatorización* de las operaciones quirúrgicas potencialmente ambulatorias es en general medio bajo, excepto en el caso de las cataratas y de las adenoides, que son procesos con porcentajes superiores al 90% de ambulatorización.
- Con respecto al análisis de la *evolución general* se puede señalar que se está produciendo un ligero y continuo crecimiento de la ambulatorización de procedimientos quirúrgicos.
- Al analizar y comparar los porcentajes por centros se observa que existen variaciones significativas en casi todos los procesos estudiados. Es difícil interpretar la variabilidad encontrada, pero si se pueden avanzar hipótesis:
 - la posible heterogeneidad clínica, el excluir del análisis los casos en los que se constata la existencia de patologías diferentes de la que originaba la operación limita mucho esa posibilidad, pero no descarta que se produzca y que no haya sido recogida.
 - otras posibles explicaciones pueden ser la diferencia de criterios de inclusión, las características geográficas (hospitales más o menos alejados de la población que atienden), pacientes con características socio-económicas diferentes, circunstancias organizativas diferentes – disponibilidad de quirófanos o de hospitalización a domicilio, u otras- o del impacto que pudieran tener los programas de autoconcertación en cada centro concreto.

No obstante, y dado que el dato de que un paciente ha sido atendido ambulatoriamente en sí mismo no nos informa acerca de si esa decisión ha sido correcta desde el punto de vista sanitario y social, es importante que se introduzcan y generalicen otras herramientas que valoren la adecuación del ingreso y las estancias, como el A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol). Ese protocolo recoge una serie de criterios clínicos y no clínicos que justificarían un ingreso o una estancia hospitalaria, y puede ser modificado para cada patología o procedimiento concreto y ha sido validado en numerosos contextos; sirve no solo para determinar si una estancia o ingreso son o no adecuados, sino también para detectar las causas en los casos en que sean inadecuados.

Osteba 00-11

- En relación a la *encuesta* realizada, la *baja tasa de respuesta* -sólo uno de cada cuatro encuestados respondió a la misma-, pese a ser esperable y normal en encuestas anónimas por correo, se considera que puede reflejar desinterés por el tema o desconocimiento del mismo.

Ello, unido a la constatación de los bajos niveles generales de utilización de la ambulatorización de ciertos procesos de cirugía mayor, parece reflejar que los profesionales tienen poco interiorizada esta alternativa, con la excepción de los especialistas de oftalmología y en menor medida en otorrinolaringología.

La baja tasa de respuesta de la encuesta y el desconocimiento de en qué medida las opiniones recogidas son representativas de cada colectivo impide sacar conclusiones directas de la misma. No obstante ello no invalida la utilidad de los datos para detectar diferencias entre diversos colectivos o centros y aproximarnos a la opinión de los profesionales implicados en la cirugía ambulatoria en la red de Osakidetza.

- Así, se encuentran diferencias importantes al analizar la *actitud de los distintos colectivos hacia la cirugía ambulatoria*.

Mientras que casi todos los gestores y enfermeras-coordinadoras de las Unidades de Hospital de Día consideran que es una opción positiva tanto para pacientes, profesionales y gestores, existe un porcentaje significativo de clínicos que consideran que la cirugía mayor ambulatoria es negativa para pacientes y profesionales. En algunos centros concretos porcentajes altos de los clínicos que han respondido a la encuesta consideran negativa para pacientes y profesionales la cirugía mayor ambulatoria.

Estos datos sugieren que existen problemas de comunicación entre gestores y clínicos y/o diferencias de opinión significativas entre ambos grupos.

- Hay un alto porcentaje de profesionales que consideran que la práctica de la cirugía ambulatoria puede acarrear más *problemas de tipo legal* que la cirugía con ingreso.
- La variabilidad de respuestas en la encuesta refleja que no existen *criterios clínicos* comunes respecto a la selección de pacientes y de las patologías susceptibles de ser abordados de manera ambulatoria.

Esta variabilidad de criterios clínicos es posiblemente una de las causas principales de la variabilidad en los porcentajes de ambulatorización.

- Junto a ello, las *particularidades de tipo organizativo* de cada centro pueden explicar otra parte importante de esa variabilidad.

Entre *los factores organizativos* se consideran claves la planificación horaria de la cirugía y la dinámica propia de los equipos en cada hospital, y en especial es clave la coordinación entre los distintos grupos implicados.

- El papel de la *autoconcertación*, que pudiera ser clave ya que en muchos de los procesos ambulatorizables existen listas de espera y programas de autoconcertación, se considera controvertido. Por una parte, posibilita a los gestores el negociar condiciones concretas como la ambulatorización del tratamiento, pero, por otra parte, al realizarse en la actualidad en horario de tarde, condiciona que ciertos casos deban ser ingresados para garantizar un apropiado postoperatorio.
- Con respecto a las *implicaciones de tipo económico* que pudiera acarrear el crecimiento de la cirugía mayor ambulatoria se pueden señalar varios aspectos.
 - El potencial ahorro por la ambulatorización de un paciente individual es limitado y pequeño, y depende en gran medida de la prestación o no de atención domiciliaria después del alta. Los costes hoteleros, comida y cama, que se ahorran en una estancia son muy poco relevantes en el conjunto de costes de tratamiento de cada paciente individual.
 - Dado que parte de los costes – ansiedad, in/seguridad, hospitalización o atención en el domicilio – son soportados principalmente por los pacientes y familiares, es importante su participación “informada” en la decisión.
 - A nivel general de un centro hospitalario el ahorro que se pueda derivar de la liberación de camas que se produciría de darse un aumento significativo de la cirugía ambulatoria depende fundamentalmente de si se cierran o no camas o unidades, de si ese cierre conlleva una disminución significativa en los gastos generales, y fundamentalmente de si se amortizan plazas de personal.
 - No obstante, si los recursos liberados, camas, instalaciones y personal, son dedicados a prestar atención sanitaria a otros pacientes conllevaría un aumento de la eficiencia del uso de recursos sanitarios, aunque puede acompañarse de un aumento del gasto sanitario global.

Osteba 00-11

Diversos estudios encuentran que es más barato el operar y atender el postoperatorio de los pacientes en Unidades de Hospital de Día, al compararlo con la atención quirúrgica en planta de hospitalización tradicional. Gran parte de ese beneficio se deriva de los ahorros en gastos de personal, al funcionar las unidades sólo en horarios diurnos y en días laborables.

En el contexto de las reflexiones previas, la opción de aumentar o crear nuevas Unidades de Cirugía Sin Ingreso puede ser una de las primeras opciones a considerar, ya que parece es una herramienta eficiente y bien valorada por clínicos, pacientes y gestores. En cualquier caso esa y otras opciones deben analizarse en el contexto específico de cada centro hospitalario.

IX. Recomendaciones

9.- RECOMENDACIONES

En el contexto de la información aportada por este estudio y de la discusión del apartado anterior planteamos las siguientes recomendaciones con el fin de favorecer el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria en los centros de Osakidetza – Servicio Vasco de Salud:

- ◆ Desarrollar y mantener mecanismos de análisis de la variabilidad de la práctica clínica entre diversos centros, y difundir esa información.
- ◆ Conocer y analizar la evolución de la cirugía ambulatoria en otros contextos y/o sistemas sanitarios.
- ◆ Potenciar reuniones por especialidad para fomentar y potenciar el análisis conjunto, entre profesionales de la misma especialidad de distintos hospitales, de la variabilidad de la práctica clínica encontrada.
- ◆ Potenciar reuniones en cada hospital entre clínicos de distintas especialidades y directivos, responsables de Unidades de Cirugía Sin Ingreso y de Hospitalización a Domicilio para analizar las características organizativas o de otro tipo que pueden influir de manera importante en las posibilidades de ambulatorización de procesos quirúrgicos en cada centro.
- ◆ Favorecer el desarrollo de protocolos comunes para cada proceso potencialmente ambulatorizable en el conjunto de la red de Osakidetza, así como actividades específicas de formación continuada, tales como cursos o estancias en centros de reconocido prestigio en técnicas novedosas o en formas de organización de la asistencia sanitaria.
- ◆ Analizar al nivel general de Osakidetza las bases de la opinión muy mayoritaria de los profesionales que consideran que la cirugía mayor ambulatoria puede crearles más problemas de tipo legal que la cirugía con ingreso, y plantear iniciativas de cara a fomentar la protección de los profesionales.
- ◆ Testar las hipótesis surgidas a partir de las opiniones obtenidas en las encuestas a profesionales.
- ◆ Desarrollar medidas para mejorar la información a pacientes y familiares acerca de la cirugía mayor ambulatoria.

Osteba 00-11

- ◆ Realizar un análisis de situación actual con un estudio de costes de las diferentes alternativas sanitarias y un sistema de priorización a la hora de su desarrollo e implantación en los centros.

X. Bibliografía

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. La chirurgie ambulatoire. 1997.
2. Alcalde G, Pérez A., López G, Bacigalupe T, Arcelay A. Impacto de la cirugía ambulatoria en la estancia media por proceso. Comunicación al XIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.
3. Ancona-Berk CA, Chalmers TC. An analysis of the costs of ambulatory and inpatient care. *Am J Public Health* 1986; 76: 1102 – 1104.
4. Castells FX, Alonso J. Coste eficacia de la cirugía ambulatoria de cataratas. *Informatiu AATM* 1998, 13: 18.
5. Castells X, Beneficios e incertidumbres de la cirugía ambulatoria. ¿Disponemos de suficientes evidencias?. *Gaceta Sanitaria*, 1998; 12, 3: 97 – 99.
6. Colomer J, Ramón C, Varela J, Borrás JM. La cirugía ambulatoria en España: un estudio Delphi. *Gaceta Sanitaria* 1996; 10: 238 – 243.
7. Cots F, Castells X, García A, Sáez M. Relación de los costes directos de hospitalización con la duración de la estancia. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11, 6: 287 – 295.
8. Espinás J, Borrás JM, Granados A. La cirugía ambulatoria. Informe técnico OTATM. 1992.
9. Espinás J, Borrás, JM, Colomer J, Ramón C, Varela J. Estimación del impacto potencial de la cirugía ambulatoria en Cataluña. *Medicina Clínica* 1997; 109: 81 –84.
10. Gallud J. Evaluación económica de la hospitalización a domicilio frente a la hospitalización convencional: algunas consideraciones. *Medicina Clínica* 1997: 802.
11. González RM, Gistau C, Alonso M, Axpe M, Peña C, Pérez MA. La estandarización de cuidados bajo soporte documental en las Unidades de Cirugía de Día en Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. 1997. III Congreso Nacional de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Zaragoza.
12. Grau N, Meneu de Guillerna R, Peiró S, Librero J, Ordiñana R. Hospitalizaciones evitables por cirugía sin ingreso en la Comunidad Valenciana: un estudio Delphi. *Revista Española de Salud Pública* 1997; 71: 343 – 356.
13. Hospital San Eloy. Análisis de costes por procesos atendidos en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso. 1995. Mimeo.
14. Moral MJ, Martín MP, Romera MM, Ayerdi B. Protocolo para pacientes diabéticos en Cirugía Ambulatoria. 1997. III Congreso Nacional de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Zaragoza.
15. Morales R, Polo JR, Lasala MA, Hernández P, García JL. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la hernia inguinal. *Información Terapéutica Sistema Nacional de Salud* 1991; 5: 85 – 91.
16. Mugica I. y cols. Estudio de la posible demanda de la cirugía de corta estancia en cirugía general. *Osasunkaria* 1995; 9: 6-10.
17. Office of Health Economics. The economics of day case surgery. 1991. Complete Medical Communications LTD.
18. Ortega C. Unidad de cirugía ambulatoria – hospital de día Hospital de Galdakao. Osakidetza. 1994. Mimeo.

Osteba 00-11

19. Ortega C. La cirugía sin ingreso, una alternativa a la hospitalización. En: Propuestas para una mejor gestión económica de la sanidad. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. 1994.
20. Ortún V. La cirugía ambulatoria. Entre el Informe Abril y Maastricht. Revista de Enfermería, 1992; 15, 163: 14 – 16.
21. Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. Encuesta de Satisfacción. Cirugía de Día (U.C.SI.). 1993. Dirección de Asistencia Sanitaria.
22. Osakidetza, Dirección General. Iharduera klinikoak eta kostuak. Prozesu bakoitzaren kostua. Osakidetzako gaixo larrientzako ospitaleak. 1997 Urtea. 1998. Mimeo.
23. Osakidetza, Dirección General. Iharduera klinikoak eta kostuak. Prozesu bakoitzaren kostua. GRD'S. Osakidetzako gaixo larrientzako ospitaleak. 1997 Urtea. 1998. Mimeo.
24. Oterino de la Fuente D, Ridao M, Peiró S, Marchan C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica. Medicina Clínica 1997; 109: 207 – 211.
25. Peiró S, Oterino D, Ridao M. Sr.Director. Medicina Clínica 1997; : 802 – 803.
26. Pérez A, Alcalde G, Urtasun MD, Bacigalupe M, Gutiérrez F, López G. Cirugía Mayor Ambulatoria: de elección para iniciar un programa de "Gestión de Procesos". 1997. III Congreso Nacional de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Zaragoza.
27. Percival SP, Setty SS. Prospective audit comparing ambulatory surgery for treating cataracts. Qual Health Care 1992; 1: 38 – 42.
28. Pineault R, Contandriopoulos Ap, Valois M, Bastian ML, Lance JM. Randomized clinical trial of one-day surgery. Patient satisfaction, clinical outcomes, and costs. Medical Care 1985; 23: 171 – 182.
29. Revuelta S, Hernanz de la Fuente F, Puente C, Mayoral I, Ramón C, Sierra E, Marín J, Sañudo S. Ahorro económico propiciado por disminución de la incapacidad temporal con programas de cirugía mayor ambulatoria. Estudio multicéntrico. Cirugía Española 1997; 61: 167 – 170.
30. Saez de Eguilaz JL, Aguirre J, Arzuaga M, Martínez de Bourio R, Arizaga A, Aguilera L. Encuesta sobre criterios de selección y procedimientos realizados en un programa de Cirugía Ambulatoria. 1997. III Congreso Nacional de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Zaragoza.
31. Sánchez E, Gómez E. Estancias inadecuadas en cirugía general. Estrategias de análisis y cálculo de costes. XV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Revista de Calidad Asistencial 1997; 12, 5: 266 – 273.
32. Sierra E. Cirugía ambulatoria y de corta estancia ¿Cómo la hacemos?. Cirugía Española 1995, 58, 6: 473 – 475.
33. Sierra E. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Expectativas, realidad actual y posibilidades. Medicina Clínica 1997; 109: 92 – 94.
34. Tomás C, Moreno LA, Germán C. ¿Se deben tener en cuenta los costes de los cuidados informales?. Medicina Clínica 1997: 802.

