Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Diagnóstico de necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía

Diagnosis of care improvement needs in ambulatory major surgery and surgery with short stay

Javier Cruz Rodríguez[1] Abraham Dimas Reyes Pérez[2] Joaquín Zurbano Fernández[1] Elizabeth Álvarez-Guerra González[3] Lázara Méndez Gálvez[4] Yamilet Álvarez Luna[5] Rosa Caridad Truffín Hernández[1]

[1] Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro, Villa Clara, Cuba
[2] Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo Rivero, Villa Clara, Cuba
[3] Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate, Villa Clara, Cuba
[4] Policlínico Universitario Chiqui Gómez Lubían, Villa Clara, Cuba
[5] Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz, Villa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:
Cruz-Rodríguez J, Reyes-Pérez A, Zurbano-Fernández J, Álvarez-Guerra-González E, Méndez-Gálvez L, Álvarez-Luna Y, Truffín-Hernández R. Diagnóstico de necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía. **Medisur** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Nov 8]; 16(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3563

Resumen

Fundamento: La cirugía mayor ambulatoria y la cirugía de corta estadía han experimentado un notable desarrollo en las últimas décadas, sin embargo, existen dificultades en su ejecución, principalmente dadas por la deficiente comunicación y coordinación entre los niveles primario y secundario de atención.
Objetivo: realizar un diagnóstico de las necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.
Métodos: se realizó un estudio observacional y descriptivo, desde enero hasta junio de 2012, en el Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro, de Santa Clara, Villa Clara. Se realizaron entrevistas y encuestas a cirujanos, médicos y enfermeras de la familia, pacientes y familiares. También se realizó el análisis de documentos normativos del sector de la salud.
Resultados: el análisis de documentos reveló el planteamiento de una concepción sistémica en el proceso asistencial en general, así como en el caso particular de la cirugía mayor ambulatoria y la cirugía de corta estadía, aunque no quedan explícitas las formas para el logro de dicha concepción. Existió coincidencia en la información aportada por las entrevistas y encuestas realizadas, respecto a la falta de coordinación entre los niveles de atención de salud, el papel determinante de los profesionales de la atención primaria de salud en este proceso, a la ausencia de instrumentos normativos para esa actividad y a la importancia de estos últimos.
Conclusión: quedó evidenciada la falta de coordinación entre los niveles de atención primario y secundario, respecto a la planificación de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.

Palabras clave: Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, organización y administración, atención médica secundaria, atención primaria de salud

Abstract

Foundation: Major outpatient surgery and short stay surgery have undergone a remarkable development in the last decades; there are, however, difficulties in their execution, mainly due to poor communication and coordination between the primary and secondary care levels.
Objective: to make a diagnosis of care improvement needs in ambulatory major surgery and short stay surgery.
Methods: an observational and descriptive study was conducted from January to June 2012, at the Arnaldo Milián Castro University Hospital in Santa Clara, Villa Clara. Interviews and surveys were applied to surgeons, family doctors and nurses, patients and family members. The normative documents of the health sector were also analyzed.
Results: the analysis of documents revealed the systemic conception approach in the care process in general, as well as in the particular case of the ambulatory major surgery and the short stay surgery, although the ways for this conception achievement are not explicit. There was a coincidence in the information provided by the interviews and surveys conducted, regarding the lack of coordination between the health care levels, the determining role of primary health care professionals in this process, the absence of regulatory instruments for that activity and the importance of the latter.
Conclusion: the lack of coordination between the levels of primary and secondary care was evident, with respect to planning of major ambulatory and short-stay surgery interventions.

Key words: Ambulatory surgical procedures, organization and administration, secondary care, primary health care

Aprobado: 2017-07-31 09:50:07

Correspondencia: Javier Cruz Rodríguez. Hospital Arnaldo Milian Castro. Santa Clara. Villa Clara javiercruzr@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) constituye un modelo organizativo y multidisciplinario que se ha definido como aquellos procedimientos o intervenciones de variada complejidad en pacientes seleccionados que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, posibilita que el paciente retorne a su domicilio el mismo día de la intervención sin necesidad de su hospitalización.[1-3] Desde el punto de vista conceptual, la cirugía de corta estadía (CCE) difiere de la CMA en que constituye un programa de trabajo que resuelve afecciones quirúrgicas que necesitan cirugía mayor, con estancias entre uno y tres días. Ambos conceptos responden a una misma forma de pensar, donde la CMA se considera como la fase final de un proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria.[1]

Entre las acciones que han demostrado ser eficientes para el logro de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, se encuentra la ambulatorización de los procesos, especialmente la generalización de la CMA.[4] En los últimos años ha experimentado un notable crecimiento a nivel mundial, considerándose que pueden constituir el 80 % de las cirugías electivas.[5] En Cuba se reportó un 53 % de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias en el año 2015.[6] No obstante su desarrollo, difusión y aceptación, existen insatisfacciones en la población por varios factores, como la falta de continuidad en la atención, la cual se interrumpe frecuentemente cuando el paciente ingresa en un hospital.

En otros acercamientos a estas temáticas, autores como Cruz,[7] Cousin[8] y Gutiérrez,[a] plantean la existencia de dificultades en su ejecución, principalmente dadas por la deficiente comunicación y coordinación entre los niveles primario y secundario de atención.

El objetivo del presente trabajo, es realizar un diagnóstico de las necesidades de perfeccionamiento de la asistencia en CMA y CCE.

---

[a]Gutiérrez JB. Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria[Tesis]. Santa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz; 2005.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y descriptivo, desde el 3 de enero hasta el 30 de junio de 2012, período en el que se realizó el diagnóstico de las necesidades de perfeccionamiento en el proceso de atención al paciente quirúrgico intervenido por CMA o por CCE. En esta fase fueron aplicadas encuestas a 19 cirujanos de los 29 presentes en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro, de Santa Clara. (Anexo 1). También fueron realizadas entrevistas (con preguntas cerradas y abiertas para su fácil análisis y tabulación, sin limitar la libertad de los entrevistados al emitir sus criterios) a médicos y enfermeras de la familia (118 de los 524 presentes en los consultorios del Médico de la Familia, de los seis policlínicos de la ciudad Santa Clara). (Anexo 1). Asimismo fueron realizadas entrevistas a 112 pacientes de los 546 que tuvieron una intervención quirúrgica programada en régimen ambulatorio por el servicio de Cirugía General, así como a una cantidad equivalente de familiares acompañantes que acudieron al Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro el día de la intervención. (Anexo 2). Estos fueron seleccionados de forma aleatoria simple.

Se aplicó la triangulación metodológica y de fuentes para contrastar la información derivada de la aplicación de los diferentes instrumentos a los grupos estudiados y lograr confiabilidad, consistencia y validez en las deducciones presentadas. Los aspectos considerados en la triangulación fueron:

- Conocimiento de la intervención quirúrgica por el médico o enfermera de la familia del paciente.
- Valoración sobre la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud en CMA y CCE.
- Valoración sobre la realización de la CMA y CCE de manera normada, teniendo en cuenta las particularidades de los centros asistenciales involucrados.
- Valoración sobre la necesidad de comprender la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud en la aplicación de cualquier instrumento encaminado a perfeccionar la actividad quirúrgica en CMA y CCE.
- Valoración de la importancia de la labor del

médico y la enfermera de la familia en el proceso de atención al paciente en CMA y CCE.
- Opiniones expresadas de forma abierta en relación con la temática abordada.

Fueron revisados varios documentos rectores del sector de la salud ("Ley de la Salud Pública", "Reglamento general de policlínico", "Programa del médico y la enfermera de la familia", "Reglamento general de hospitales", "Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios" y "Metodología de trabajo en los servicios de Cirugía General), con el fin de valorar lo establecido en los aspectos que norman la organización, coordinación y calidad de los servicios de salud, principalmente en lo relacionado a la CMA y CCE.

Entre los aspectos considerados para la realización del análisis de estos documentos (atendiendo a la particularidad de cada cual) se encontraron:

- Premisas generales en la organización del trabajo asistencial en los niveles de atención primario y secundario de salud.
- Funciones del policlínico y el hospital.
- Premisas generales en que se sustenta el perfeccionamiento del proceso asistencial en CMA y CCE.
- Los principios por los que se rige la calidad de los servicios en el policlínico, el hospital y el sistema de salud en general.
- Premisas para garantizar la calidad en la atención médica integral y familiar.
- Metodologías para garantizar la coordinación entre los niveles de atención primario y secundario de salud.
- Existencia de herramientas normativas particulares para el desarrollo de la actividad asistencial en CMA y CCE.

A los participantes (médicos y enfermeras de la APS, cirujanos generales, pacientes y familiares entrevistados) se les garantizó anonimato y que los resultados obtenidos solo serían empleados para fines científicos. Se les aseguró a pacientes y familiares que su decisión de participar o no, así como los criterios que emitiesen, no influirían en la atención que les sería prestada. Previo a su ejecución, la investigación fue valorada y aprobada por Consejo Científico y el Comité de Ética del Hospital.

RESULTADOS

Al indagar si la intervención quirúrgica era del conocimiento del médico o la enfermera de la familia, hubo coincidencia en pacientes y familiares. Respondieron negativamente el 83,93 %. Entre las razones que manifestaron se encontraron las siguientes:

- No recibieron orientación de comunicarle anticipadamente al médico y enfermera del consultorio.
- Consideraron suficiente la atención que ofrece el consultorio con posterioridad al acto quirúrgico.
- No estimaron necesaria la atención que podrían recibir en el consultorio.

Al preguntar si existe coordinación entre los niveles primario y secundario de salud que garantice la atención de calidad al paciente quirúrgico intervenido por CMA o CCE, respondieron negativamente el 81,36 % de los médicos y enfermeras de la familia, quienes plantearon:

- Los pacientes acuden al hospital en muchas oportunidades sin ser atendidos en el consultorio del médico de la familia (CMF).
- Los médicos y enfermeras de la familia no son informados sobre la planificación y realización del acto quirúrgico.
- Los pacientes solo acuden al CMF en busca de atención de enfermería para retirar material de sutura.
- No existen normas de coordinación entre los niveles de atención primario y secundario.
- Inestabilidad en el personal del CMF que atenta contra el óptimo desarrollo del proceso asistencial.

Ante la misma pregunta, el 84,21% de los cirujanos respondió negativamente y manifestó:

- El médico de la familia no emite un documento donde consten los antecedentes y situación de los pacientes.
- No se realiza seguimiento a los pacientes durante el posoperatorio en la Atención Primaria de Salud (APS), a menos que sea solicitada su atención.
- Poco dominio de la actividad quirúrgica ambulatoria por parte de los médicos de la APS.

- No existe un documento que norme la coordinación para la CMA entre los dos niveles.
- Existencia de carencias materiales que atentan contra el óptimo desarrollo del proceso asistencial.
- Los pacientes son remitidos en muchas oportunidades sin ser examinados.
- Deficiencias en el transporte sanitario.

Respondió negativamente a la misma pregunta el 49,11 % de los pacientes y el 51,79 % de los familiares. Las razones ofrecidas fueron:

- No se orienta comunicar la intervención anticipadamente al médico y enfermera del consultorio.
- No existe suficiente coincidencia entre lo planteado en ambos niveles de atención.

Al inquirir si la actividad quirúrgica ambulatoria y de corta estadía se debe realizar de manera normada, teniendo en cuenta las particularidades del centro o los centros asistenciales involucrados, las respuestas fueron positivas en el 100,0 % de los médicos y enfermeras de la familia y en el 94,74 % de los cirujanos. Los elementos manifestados fueron también coincidentes:

- De acuerdo a las potencialidades de cada centro de salud, se deben realizar determinadas intervenciones por CMA.
- Garantizaría una correcta atención en cuanto al tratamiento y seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso de atención.
- La implementación de normas contribuye al mejor funcionamiento de la actividad asistencial.
- Toda actividad médica debe ser normada para garantizar mejores resultados, y por tanto, mayor calidad.

Al preguntar si la aplicación de cualquier instrumento normativo encaminado a lograr el perfeccionamiento de la actividad quirúrgica ambulatoria y de corta estadía, debe comprender la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud, respondió afirmativamente el 100,0 % de los médicos y enfermeras de la familia y los cirujanos, así como el 98,21 % de los pacientes y familiares. Los criterios emitidos también fueron coincidentes:

- Garantizaría una actuación uniforme e integral en el manejo de los pacientes quirúrgicos en CMA y CCE en los aspectos relacionados con el seguimiento y tratamiento.
- Contribuiría a brindar una atención preoperatoria y posoperatoria de mayor calidad y seguridad, principalmente en el posoperatorio.
- Contribuiría al aumento de la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

Al solicitar valoración sobre la importancia de la labor del médico y la enfermera de la familia en el proceso de atención al paciente quirúrgico ambulatorio o con corta estadía, hubo unidad de criterios, que fueron además muy positivos. El 100,0 % de las valoraciones de todos los entrevistados o encuestados, se enmarcaron entre importante y muy importante. También hubo similitud en los elementos argumentativos expresados:

- Es en la comunidad donde el paciente pasa la mayor parte del proceso de atención quirúrgica, por tanto:

a. Son los médicos y enfermeras de la familia los profesionales que conocen más a los pacientes en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que deben recomendar o desaconsejar la realización de la CMA o la CCE.
b. Los médicos y enfermeras de la familia deben realizar la mayor parte del seguimiento posoperatorio de los pacientes.
c. Deben ser los médicos y enfermeras de la familia los primeros en detectar complicaciones posoperatorias y actuar en consecuencia.

Al solicitar que se expresase cualquier observación que estimaran necesaria en relación con la temática abordada, se planteó que:

- Se requeriría de una consulta especializada para esta actividad en los policlínicos.
- Se requeriría de una unidad adjunta al hospital para el desarrollo de esta cirugía.
- Se debe profundizar en el área de salud en los temas relacionados con los períodos preoperatorio y posoperatorio.
- Todo no es perfecto, pero hay que aspirar a la perfección, sobre todo en lo concerniente a la

coordinación entre los niveles de atención primaria y secundaria en la actividad quirúrgica, por lo que se requiere de control sistemático de la actividad.
- Se deben trazar estrategias para mejorar la interrelación entre los niveles primario y secundario de salud.
- Se debe realizar una historia clínica ambulatoria corta donde se plasmen los datos fundamentales (preoperatorios, transoperatorios y posoperatorios).
- Se requiere de un trabajo duro y sistemático para garantizar la coordinación entre niveles de atención en CMA y CCE.

A continuación se presentan los aspectos de interés relacionados con esta temática encontrados en la revisión documental efectuada:

- En la "Ley 41-83 de la Salud Pública" en su artículo 31, se plantea: "La atención ambulatoria se brinda en las unidades del Sistema Nacional de Salud creadas para tal fin. El policlínico constituye la unidad fundamental de prestación de servicios de salud (…)".
- En el "Reglamento general de policlínico", haciendo mención a las funciones de esta entidad, se plantea en su artículo 16 (i) "Conducir al paciente hacia todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud hasta la solución de sus problemas" y (j) "Conducir el proceso de integración con las demás instituciones de salud del territorio". En su artículo 48 (e) referente a los derechos de los pacientes y sus familiares, establece que "desde el Policlínico se le realicen las coordinaciones necesarias que garanticen su atención integral y continuada".
- En el "Programa del médico y la enfermera de la familia", entre los aspectos de la organización del consultorio (2.1.5) se plantea "la coordinación de la atención de sus pacientes en cualquier nivel del Sistema Nacional de Salud" y en los aspectos relacionados con la atención médica (3.11), "participar en la atención hospitalaria de sus pacientes por medio de visitas e intercambio con los médicos del hospital y recibir información para su seguimiento en el hogar".
- En el "Reglamento general de hospitales", se plantea en el artículo 85: "La integración es el resultado de un proceso institucional, organizado y continuo del hospital en coordinación con los policlínicos y otras unidades de salud, organismos estatales, administrativos y de masas, con el objetivo de brindar una atención de excelencia a los pacientes, acompañantes, trabajadores y otras partes interesadas". En el artículo 86 continúa: "La integración del hospital con los policlínicos y otras instituciones, tiene como objetivo esencial conducir al paciente durante su atención médica, en todos los servicios y departamentos que se requiera para alcanzar su total satisfacción". En el artículo 87 finaliza con lo siguiente: "La integración comienza en la propia institución e integra todos los servicios, departamentos y secciones con enfoque basado en procesos y no por especialización individualizada. El hospital se integra con las instituciones del territorio buscando solución a los problemas de salud de la población, y utiliza todas las potencialidades de las instituciones, hace entre ellas las coordinaciones necesarias para garantizar una asistencia integral e integrada".
- En el "Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios" en su acápite de Organización (VII), al referirse a la visión integral de la calidad hospitalaria, se propone "Alcanzar la total integración del hospital con los policlínicos y otras instituciones con el objetivo esencial de conducir al paciente durante su atención médica, mediante un proceso institucional, organizado y continuo, que es responsabilidad del Sistema de Salud".
- En la "Metodología de trabajo en los servicios de Cirugía General" del Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento en Cirugía (actualización 2005-2006), se pudo constatar en el acápite 5 dedicado a la CMA, inciso 5.2 relacionado con las condiciones que reúnen los centros para realizar procedimientos ambulatorios, se plantea que se requiere de "adecuada coordinación con los médicos de la atención primaria para la atención pre y posoperatoria de los pacientes". En el inciso 5.6, relacionado con los cuidados posoperatorios, se plantea que "(…) la atención directa debe ser por el médico de la familia, quien lo visita en su hogar, brindándole toda la atención y cuidados necesarios, y es quien mantiene una adecuada

comunicación con el cirujano y la institución donde se operó el paciente".

DISCUSIÓN

No se encontraron otros artículos en los que se abordara críticamente esta temática, ni enfocada en los aspectos normativos ni en las opiniones de médicos y enfermeras de la familia, cirujanos, pacientes y familiares. Los elementos observados mediante el análisis de documentos revelaron el planteamiento de una concepción sistémica en el proceso asistencial en general, así como en el caso particular de la CMA y CCE, aunque no se explicitan las formas para el logro de esta. Por este motivo, los autores consideran que se requiere de instrumentos metodológicos en los que se tracen las directrices generales para el desarrollo de esta actividad.

El presente estudio constituye la fase diagnóstica de determinación de necesidades de perfeccionamiento del proceso asistencial en CMA y CCE, en un proyecto de investigación institucional que se desarrolla actualmente en el Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro, de Santa Clara, con el título Modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Este proyecto se encuentra iniciando etapa de implementación (en fase experimental). Las propuestas derivadas de él consisten en un modelo general teórico y metodológico, una guía de procedimientos y un modelo de historia clínica.

Los resultados evidencian el frecuente desconocimiento por parte del equipo de la APS acerca de las intervenciones planificadas por CMA y CCE, así como la falta de coordinación entre los niveles primario y secundario de atención. Hubo unidad de criterios en cuanto a la necesidad de la realización de esta modalidad quirúrgica de manera normada, teniendo en cuenta las particularidades de los centros asistenciales involucrados y comprendiendo la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud. Fue reconocida la importancia del médico y la enfermera de la familia en este tipo de actividad.

ANEXOS

Anexo 1

Elementos contenidos en la encuesta dirigida a cirujanos y en la entrevista dirigida a médicos y enfermeras de la familia

Objetivos:

- Conocer el criterio de los cirujanos que realizan sistemáticamente CMA y CCE en el Hospital Arnaldo Milián Castro, en relación al proceso asistencial en esta actividad.
- Conocer el criterio de los médicos y enfermeras de la familia del municipio Santa Clara sobre el proceso asistencial en la CMA y CCE en coordinación con el nivel secundario de salud.

Estimado(a) colega:

Se solicita su cooperación en la investigación que se lleva a cabo con el propósito de perfeccionar la actividad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía de corta estadía (CCE), siendo su cooperación de gran importancia para la realización de esta. Para ello se requiere que responda las siguientes preguntas, resultando de gran valor sus criterios y sugerencias.

Muchas gracias por su participación.

1. ¿Considera que existe coordinación entre los niveles primario y secundario de salud que garantiza la atención de calidad al paciente quirúrgico intervenido por CMA o CCE?
   _____ Sí _____ No ¿Por qué?
2. ¿Considera que la actividad asistencial en CMA y CCE se debe realizar de manera normada, teniendo en cuenta las particularidades del centro o los centros asistenciales involucrados?
   _____ Sí _____ No ¿Por qué?
3. ¿Considera que la aplicación de cualquier instrumento encaminado a lograr el perfeccionamiento de la actividad asistencial en CMA y CCE debe comprender la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud?
   _____ Sí _____ No ¿Por qué?
4. ¿Cómo valora la importancia de la labor del médico y la enfermera de la familia en el proceso de atención al paciente quirúrgico ambulatorio o con corta estadía?
   ___Muy importante ___Bastante importante ___Importante ___Poco importante ___Insignificante
   ¿Por qué?
5. Exprese cualquier observación relacionada con la temática abordada que estime necesaria.

Anexo 2

Elementos contenidos en la entrevista dirigida a pacientes y familiares citados para cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía

Objetivo:

Conocer el estado de opinión que sobre la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud en el proceso asistencial en cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía de corta estadía (CCE), tienen los pacientes citados para intervención por estas modalidades en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro y sus familiares.

Estimado(a) compañero(a):

Se solicita su cooperación en la investigación que se lleva a cabo con el propósito de perfeccionar la actividad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (CMA) y cirugía de corta estadía (CCE), siendo su cooperación de gran importancia para la realización de esta. Para ello se requiere que responda las siguientes preguntas, resultando de gran valor sus criterios y sugerencias.

Muchas gracias por su participación.

1. ¿Es su intervención quirúrgica del conocimiento de su médico o su enfermera de la familia?
   _____ Sí _____ No ¿Por qué?
2. ¿Cómo valora la importancia de la labor del médico y la enfermera de la familia en su atención como paciente quirúrgico ambulatorio o con corta estadía?
   ___Muy importante ___Bastante importante ___Importante ___ Poco importante ___Insignificante ¿Por qué?
3. ¿Considera que existe coordinación entre los niveles primario y secundario de salud que garantiza la atención de calidad al paciente intervenido por CMA y CCE?
   _____ Sí _____ No ¿Por qué?
4. ¿Considera que la aplicación de cualquier instrumento encaminado a lograr el perfeccionamiento de la actividad asistencial en CMA y CCE debe comprender la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud?
   _____ Sí _____ No ¿Por qué?
5. Exprese cualquier observación relacionada con la temática abordada que estime necesaria.

Regresar

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Rev Haban Cienc Méd [revista en Internet]. 2015 [cited 12 Ene 2016] ; 14 (3): [aprox. 3p]. Available from: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/934.

2. Cortiñas M, Sáenz S, Martínez JD. Programa de cirugía mayor ambulatoria en dermatología. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2012 ; 103 (3): 175-8.

3. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria en Villa Clara: ¿cómo continuar su desarrollo?. Medicentro Electrónica [revista en Internet]. 2017 [cited 10 Dic 2017] ; 21 (4): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2204/2097.

4. Betancort P. Sostenibilidad del sistema sanitario: la visión del profesional médico. CIR MAY AMB [revista en Internet]. 2014 [cited 12 Ene 2016] ; 19 Suppl 1: [aprox. 7p]. Available from: http://www.simposioasecma2014.com/revistacomunicacionesyponencias/VOLUMEN_19_SUP_1_OCTUBRE_2014.pdf.

5. Gironés A, Matute E, González C, Serradilla L, Molinero T, Mariné M. Resultados globales en un hospital privado sobre su modelo de gestión quirúrgica. CIR MAY AMB [revista en Internet]. 2013 [cited 12 Ene 2016] ; 18 (2): [aprox. 14p]. Available from: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/03_18_2_OR_Girones.pdf.

6. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana: MINSAP; 2016. p. 14.

7. Cruz J, Reyes AD, Zurbano J. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía: necesaria coordinación entre los niveles primario y secundario de salud. Medicentro Electrónica [revista en Internet]. 2015 [cited 5 May 2015] ; 19 (2): [aprox. 7p]. Available from: http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1773/1549.

8. Cousin L, Cervera L, Hernández R, Rodríguez M. Evaluación del trabajo realizado por médicos y enfermeras de la familia con pacientes quirúrgicos ambulatorios. AMC [revista en Internet]. 2012 [cited 10 Ene 2014] ; 16 (5): [aprox. 16p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.