

## Organització i funcionament de la cirurgia major ambulatoria a Catalunya. Resultats del projecte europeu DAYSAFE

Vicky Serra-Sutton, Maria-Dolors Estrada

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). CIBER Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP). Barcelona.

Adaptat de: Report on DS current organization and performance in participating countries-WP4. DAYSAFE. Improving patient safety of hospital care through Day Surgery Project. Grant Agreement 2009 1104. Deliverable n°1; November 2011 [consultat novembre 2012]. Disponible a: [www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe\\_finalreportwp4.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe_finalreportwp4.pdf)

### Introducció

La cirurgia major ambulatoria (CMA) ha mostrat que redueix les infeccions nosocomials i altres complicacions derivades de la cirurgia, així com el temps de recuperació<sup>1,2</sup>. La CMA també ha mostrat que redueix els costos hospitalaris ja que no requereix, per definició, ingrés hospitalari ni consum de llits per part dels pacients. Així, l'any 1995 els membres fundadors de la *International Association for Ambulatory Surgery* van definir la CMA com "...una intervenció quirúrgica o diagnòstica, actualment realitzada amb hospitalització convencional, que es podria, en la majoria dels casos, realitzar amb total confiança sense una nit d'hospitalització [...]. La CMA moderna no és només una estada hospitalària reduïda o model arquitectònic. Més aviat, inclou un concepte complex que té en compte aspectes institucionals, organitzatius, mèdics, econòmics i qualitatius"<sup>3</sup>.

En el nostre context es publicà al 2008 un document d'estàndards i recomanacions sobre la CMA en el *Sistema Nacional de Salut* espanyol<sup>2</sup>. En aquest document, es considera la CMA una modalitat assistencial (organitzativa i de gestió sanitària específica) que atén una determinada demanda de serveis de salut per la qual cosa requereix d'unes condicions estructurals, funcionals i de recursos, que garanteixin la seva eficiència, qualitat i seguretat dels pacients.

Les primeres intervencions en CMA es van realitzar a l'Hospital de Viladecans, un dels centres pioners a nivell català i espanyol. Segons els sistemes d'informació disponibles a Catalunya, es mostra un augment en els darrers anys en l'índex de substitució de la CMA del 36,1% al 2005 a un 44,7% al 2011<sup>4,5</sup>. Quan es compara l'eficiència dels hospitals del sistema sanitari integral d'utilització pública

de Catalunya (SISCAT), s'observa que aquest índex varia entre centres<sup>5,6</sup>. El percentatge d'altres de CMA respecte al total d'altres amb un Grup Relacionat Diagnòstic Quirúrgic (GRD) va oscil·lar entre el 5,9% i 73,3% al 2011 en els centres catalans<sup>5</sup>. Quan s'ajusta aquest índex de substitució per la complexitat dels pacients, es mantenen aquestes diferències en el nivell d'ambulatorització entre centres<sup>6</sup>.

A nivell europeu també s'ha mostrat variabilitat entre països quant al nivell d'ambulatorització (indicador d'eficiència en la majoria de sistemes sanitaris)<sup>7</sup>. Així, es considera que el 80% de les intervencions quirúrgiques convencionals podrien portar-se a terme en la modalitat assistencial de CMA, tot i que aquest percentatge se situa al voltant del 40% a nivell europeu; i és del 60% al Regne Unit i del 80% o més als Estats Units o Canadà<sup>1,7</sup>. En aquest context, comença al 2009 el projecte europeu *Improving patient safety of hospital care through Day Surgery* (DAYSAFE com a acrònim del projecte), amb l'objectiu principal de millorar la seguretat del pacient i la qualitat de l'atenció hospitalària mitjançant la promoció de les millors pràctiques i estàndards de la CMA. Aquest projecte inclou 6 grups de treball (*workpackage*, WP). Tres d'aquests WP són transversals (coordinació, disseminació i avaluació del projecte) i quatre principals amb els següents objectius: a) avaluar l'organització i funcionament de la CMA actual (WP4); b) identificar les millors pràctiques i estàndards en CMA (WP5); c) promoure les millors pràctiques i estàndards en CMA en què s'inclou un curs de formació per a professionals (WP6); d) desenvolupar eines per incrementar el compliment per part dels pacients atesos amb CMA i la conformitat per part dels serveis de CMA amb els estàndards (WP7).

El projecte DAYSAFE es lidera per l'*Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali*-AGENAS, Roma (Pascale Camporese) i el WP4 per l'*Administração Regional de Saude do Norte*-ARNS i *Centro Hospitalario do Porto*-CHP servei d'anestèsia (Paulo Lemos). En aquest projecte participen 8 països de la Unió Europea i 13 institucions dedicades a l'avaluació de serveis sanitaris i qualitat assistencial<sup>8</sup> (veure nota al final). A Catalunya participa en el DAYSAFE com a centre col·laborador l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS). L'objectiu d'aquest manuscrit

Correspondència: Vicky Serra-Sutton  
Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS)  
C/ Roc Boronat, 85-91, 2a planta  
08005 Barcelona  
Tel. 935 513 917  
Fax 935 517 510  
Adreça electrònica: [vserra@aatrm.catsalut.cat](mailto:vserra@aatrm.catsalut.cat)

ha estat presentar de forma resumida els principals resultats del WP4 en relació amb el volum de CMA a nivell nacional en els països participants i l'organització i funcionament d'aquesta modalitat assistencial a Catalunya.

## Metodologia

Es va aplicar el protocol comú del projecte europeu durant aquesta fase del projecte que es va implementar durant els mesos de maig a setembre de 2011.

Des de l'AIAQS, es van seleccionar per conveniència 12 centres assistencials de l'àmbit de Catalunya que realitzaven CMA (Figura 1). En aquesta selecció es van tenir en compte els següents criteris: a) centres amb diferents volums d'activitat en CMA; b) tipus de model organitzatiu de CMA (integrada en un hospital d'aguts, autònoma en un hospital d'aguts o independent [sense vinculació directa amb un hospital d'aguts]); c) tipus d'hospital d'aguts (comarcal, de referència o d'alta tecnologia) i d) representació territorial a nivell català (regions sanitàries a Catalunya: Alt Pirineu i Aran, Barcelona, Camp de Tarragona, Catalunya Central, Girona, Lleida i Terres de l'Ebre). Es va contactar amb el director de cada centre seleccionat per demanar la col·laboració del centre en l'estudi i la proposta de persones clau que participarien en la fase quantitativa i qualitativa d'aquest estudi (director mèdic/assistencial, responsable de qualitat o coordinador de CMA). També es va demanar la col·laboració de la Divisió de Compres i Registres d'Activitat del Servei Català de la Salut-Catsalut per obtenir dades a nivell nacional de tota Catalunya.

## Instruments de recollida d'informació

Es va realitzar una revisió exhaustiva de la literatura (liderada per l'*Administração Regional de Saude do Norte-Porto*<sup>b</sup>, veure nota al final). Aquesta revisió va evidenciar que les publicacions que descriuen l'organització i rendiment de la CMA a nivell internacional incloïen, principalment, documents estratègics de departaments de salut / agències governamentals o guies / protocols de societats científiques de cirurgia o organitzacions independents. La síntesi d'aquesta informació va donar lloc a tres qüestionaris, així com guions semiestructurats per a la recollida d'informació qualitativa (entrevistes i grups focals).

En el cas dels centres hospitalaris amb un model organitzatiu de CMA integrada (n = 8) o autònoma (n = 1) en un hospital d'aguts, es van enviar dos qüestionaris per recollir informació sobre dades de l'hospital i dades de la unitat de CMA (Figura 1). També es van realitzar 9 entrevistes semiestructurades. Aquestes entrevistes es van portar a terme per una persona de l'equip de recerca a l'AIAQS; van durar aproximadament 60 minuts i van ser gravades en format àudio per a la seva posterior anàlisi.

En el cas dels centres amb una organització de la CMA independent (n = 3) es va enviar només el qüestionari sobre dades de la unitat de CMA als directors mèdics o responsa-

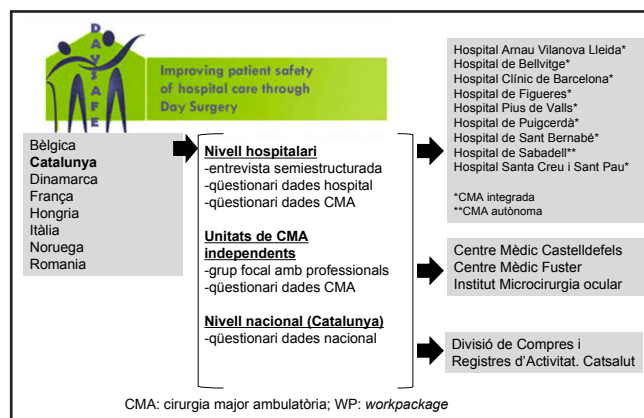


FIGURA 1. Països i centres participants en el projecte europeu DAYSAFE i metodologia aplicada en el WP4

bles de CMA per al seu emplenament. Es van realitzar, també, 2 grups focals. Cada grup focal va incloure la participació d'uns 8-9 professionals (gerent, responsable de qualitat, cirurgians, anestesistes, infermeres, auxiliars d'infermeria i recepcionista) que va durar uns 90 minuts. Aquests grups focals es van moderar per una persona de l'equip de recerca de l'AIAQS i una sociòloga independent utilitzant guions semiestructurats per a la conducció de la dinàmica i es van gravar també en àudio.

Es va recollir informació sobre el volum de la CMA i cirurgia convencional, el percentatge d'ambulatorització (percentatge total de procediments en CMA amb relació al total de procediments en cirurgia convencional i CMA), dades de la infraestructura (per exemple, nombre de llits quirúrgics a l'hospital, lliteres en les unitats de CMA, nombre de quiròfans a l'hospital i dedicats a CMA, etc.), tipus de procediments quirúrgics, estratègia de l'hospital en matèria de CMA, recursos humans, informació sobre monitoratge de processos i indicadors de qualitat assistencial. Aquesta informació es va completar amb la informació recollida en les entrevistes semiestructurades i els grups focals per descriure les estratègies i l'evolució de la CMA, així com les barreres en el desenvolupament o en aquesta evolució a cada centre i aspectes de millora. En el cas dels grups focals, es va recollir informació sobre aspectes de millora amb relació al sistema de comunicació amb els pacients (abans, durant i després de la cirurgia), mesura de la satisfacció dels pacients i seguretat així com aspectes de formació, educació continuada.

## Anàlisi de la informació

L'anàlisi va incorporar una perspectiva descriptiva i exploratòria, amb l'objectiu d'investigar com funcionava i s'organitzava la CMA en diferents països a Europa. Per aprofundir en l'organització de la CMA a Catalunya, l'equip de l'AIAQS va realitzar noves anàlisis<sup>8</sup>.

En aquest article es descriu el volum de procediments quirúrgics programats i procediments en CMA, així com el percentatge d'ambulatorització (percentatge de proce-

diments de CMA en relació al total de procediments quirúrgics programats) durant 2010 a partir de les dades disponibles en els registres clínicoadministratius facilitades per cada centre participant; en el cas de Catalunya, a partir de Conjunt Mínim Bàsic de Dades a l'Alta Hospitalària (CMBDAH) disponible fins al mes de setembre de 2011. Es va descriure el nombre de centres segons model organitzatiu de CMA, la realització de procediments quirúrgics de forma ambulatoria, altres aspectes organitzatius i de seguretat dels pacients, així com el monitoratge d'indicadors de qualitat assistencial.

Es va realitzar un buidatge de les entrevistes semiestructurades amb informants clau i grups focals amb els professionals per una sociòloga independent. Es va portar a terme una anàlisi qualitativa del contingut de les entrevistes semiestructurades i grups focals, identificant categories temàtiques i subtemàtiques des de l'AIAQS.

## Resultats

El volum d'activitat quirúrgica convencional i CMA varia entre els països participants en el projecte DAYSAFE. En alguns casos es recull gairebé la totalitat d'intervencions quirúrgiques programades i CMA realitzades a nivell estatal i, en d'altres, com a Catalunya, només les facilitades per la divisió de registres d'activitat del Catsalut. A Catalunya, es van realitzar 441.538 procediments quirúrgics programats i 212.821 en CMA al 2010, amb percentatge d'ambulatorització del 48,0% (Taula 1). Als països nòrdics el percentatge d'ambulatorització va ser dels més elevats (91% a Dinamarca i 64% a Noruega); mentre que a Itàlia, Catalunya, Bèlgica o Portugal van ser iguals o propers al 50%. A Catalunya, aquest percentatge varia segons tipus de procediment en els centres participants en el projecte DAYSAFE. En el cas de les cataractes gairebé el 100% es realitzen en modalitat de CMA en tots els centres, mentre que varia el percentatge d'ambulatorització per altres tipus de procediments quirúrgics. Per exemple, per a les hèrnies

inguinals aquest percentatge en els centres amb un model de CMA integrada o autònoma va oscil·lar entre un 0% i 95%, mentre que en les artroscòpies de genoll, entre un 61% i 97%.

Dels 12 centres participants a Catalunya en el WP4, 8 presenten un model organitzatiu de CMA amb unitat integrada a un hospital d'aguts, 1 presenta un model autònom (té la unitat de CMA en un edifici satèl·lit de l'edifici central de l'hospital d'aguts) i 3 un model de CMA independent (sense vinculació directa amb un centre hospitalari d'aguts) (Figura 1 i Taula 2). Amb relació a altres aspectes organitzatius, tots els centres catalans participants en el WP4, presenten un model organitzatiu de CMA on els anestesistes sempre estan presents al quiròfan durant la cirurgia. En el cas dels centres hospitalaris amb unitat de CMA integrada o autònoma, el nombre de seients/liters quirúrgiques oscil·la entre 2 i 28, i el nombre de quiròfans disponibles per a CMA entre 2 i 29. En la majoria de centres amb CMA integrada, s'utilitzen els mateixos quiròfans per CMA que per a cirurgia convencional. D'altra banda, en la majoria d'unitats de CMA hi ha la figura del coordinador de CMA, i també disposen d'una unitat de recuperació postanestèsia independent, així com un sistema informatitzat de llistes d'espera i de quiròfan (Taula 2).

Tots els centres catalans participants en el WP4 realitzen un seguiment telefònic a les 24 hores de la CMA com a estratègia per garantir la seguretat postoperatòria dels pacients (Taula 2). Es monitoren indicadors de qualitat de l'atenció en el marc dels programes de seguretat i qualitat de l'hospital o específics per a CMA. Els indicadors de qualitat de l'atenció més freqüentment monitorats són les cancel·lacions d'intervencions programades, les readmissions a la setmana de la intervenció per complicacions en la CMA, complicacions, satisfacció dels pacients i l'eficiència dels quiròfans (rendiment de quiròfan i volum d'activitat). Així, el percentatge de cancel·lacions va oscil·lar entre el 0,2% i 0,7%; el percentatge de complicacions per l'anestèsia entre un 0% i 14%, i la satisfacció dels pacients entre un 87% i un 99% en els centres que monitoren aquests indicadors.

A la Figura 2 es presenta un resum dels resultats qualitius obtinguts de les entrevistes amb experts clau. Es van identificar barreres en el desenvolupament inicial de la CMA i es mantenen, en alguns casos, actualment. Entre aquestes barreres, es troben les psicològiques i culturals, relacionades amb les pors dels propis pacients i resistències dels professionals (pel fet de marxar a casa el mateix dia de la cirurgia), així com aspectes culturals dels professionals o cultura organitzativa del centre que atorga un major valor a la cirurgia convencional i l'hospitalització dels pacients. Altres barreres mencionades pels professionals durant les entrevistes van ser les estructurals i tècniques, relacionades amb la disponibilitat d'espai físic per realitzar aquest tipus de cirurgia, l'existència de recursos humans i d'un coordinador de quiròfan que promoguéssin la CMA com a alternativa a la cirurgia convencional. L'evolució de les tèc-

TAULA 1. Volum d'activitat quirúrgica en els països participants en el DAYSAFE

País	Total procediments quirúrgics programats (n)	Total procediments quirúrgics CMA (n)	% procediments quirúrgics CMA en relació al total de procediments quirúrgics programats
Bèlgica	-	-	45,0
Catalunya	441.538	212.821	48,0
Dinamarca	316.279	343.639	91,0
França	4.800.000	-	37,0
Hongria	713.240	130.000	18,0
Itàlia	2.896.734	1.516.000	50,0
Noruega	320.604	-	64,0
Portugal	411.173	179.646	43,7
Romania	34.257	-	7,0

Font: informe final DAYSAFE WP4 disponible a: [www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe\\_finalreportwp4.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe_finalreportwp4.pdf)



TAULA 2. Aspectes organitzatius, qualitat i monitoratge de resultats en els centres participants a Catalunya (n = 12)

	Nre. de centres	
	Sí	No
<b>Model organitzatiu</b>		
-CMA en unitat integrada hospital	8	4
-CMA en unitat autònoma hospital	1	11
-CMA en unitat independent	3	9
<b>Procediments en CMA</b>		
-cirurgia oftalmològica	12	0
-cirurgia ortopèdica	11	1
-cirurgia vascular	10	2
-cirurgia general	10	2
-cirurgia pediàtrica	3	9
-neurocirurgia	3	9
-recanvi marcapassos	1	11
<b>Aspectes organitzatius</b>		
-estàndards de CMA definits	2	10
-anestèsista sempre present quiròfan	12	0
-existència coordinador CMA	11	1
-disponibilitat URPA	10	2
-àrea recuperació independent (*)	4	5
-llista d'espera informatitzada	11	1
-quiròfan amb suport TIC	11	1
<b>Seguretat dels pacients</b>		
-contacte telefònic seguiment 24 hores	12	0
-estratègia seguretat pacients	11	1
-sistema monitoratge infecció ferida	6	5
<b>Monitoratge indicadors qualitat</b>		
-cancel·lacions	9	3
-readmissions 7 dies	9	3
-complicacions	9	3
-satisfacció pacients	10	2
-eficiència quiròfans	9	3

CMA: cirurgia major ambulatoria; URPA: unitat de recuperació postanestèsica. TIC: tecnologia de la informació i comunicació. (\*) valor absent (n = 3).

niques quirúrgiques i anestèsiques ha possibilitat un augment en els procediments realitzats per CMA. Algunes de les barreres actuals es relacionen amb els criteris d'exclusió d'aquesta modalitat quirúrgica, com són les barreres socials i geogràfiques dels pacients (no tenir acompanyant el dia de la cirurgia, viure sol o massa lluny del centre).

Dins dels aspectes de millora mencionats pels professionals vinculats a centres de CMA independent durant els grups focals, destaca la comunicació amb els pacients per garantir la comprensió del procés i la seva seguretat. Altres són la comunicació entre els professionals dels centres, millores en els circuits per assegurar la seguretat d'aquests pacients i les necessitats formatives dels professionals en matèria de CMA i la seva organització. Finalment, es va mencionar que la disponibilitat d'històries clíniques compartides ajudaria entre d'altres aspectes en el monitoratge de resultats dels pacients en CMA després de la seva intervenció.

### Conclusions

En els països europeus participants al projecte DAYSAFE, el percentatge de procediments realitzats en CMA en relació amb el total de procediments programats varia molt, entre un 7% i un 90%. Aquest últim percentatge es pot considerar el nivell màxim assolible d'ambulatorització. Tant a nivell europeu com específic de Catalunya, encara hi ha d'haver canvis culturals i organitzatius per poder arribar a aquest màxim assolible de procediments realitzats per CMA.

Segons les conclusions de l'informe del WP4, en els països on hi ha un fort incentiu financer a través d'un sistema de reemborsament de la CMA, s'ha assolit un alt percentat-

Estratègia de CMA i evolució	
<b>Objectius unitat CMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ "...bàsicament l'objectiu és millorar la qualitat de l'assistència sanitària per al pacient i minimitzar els possibles riscos i complicacions..." [professional 1, CMA integrada]</li> <li>❖ "...augmentar l'índex de substitució per tal de ser més eficients pel que fa a l'ocupació de llits..."[professional 2, CMA integrada]</li> </ul>
<b>Augment i evolució</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ "... el nombre de procediments absolut s'ha incrementat en els últims anys...també era un dels objectius de l'ICS millorar l'índex de substitució..." [professional 3, CMA integrada]</li> <li>❖ "...estem incorporant noves patologies / intervencions, gràcies a les millores tecnològiques [professional 4, CMA autònoma]</li> </ul>
<b>Facilitadors desenvolupament</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ "... el bon treball de l'equip ha estat el factor més important que ha contribuït a l'èxit de la nostra unitat de CMA..." [professional 5, CMA integrada]</li> <li>❖ "... Això [cultura que promougués alternatives a l'hospitalització] va ser principalment per l'equip de direcció, responsable de dirigir i promoure estratègies que afavoreixin l'eficiència i la qualitat assistencial [professional 6, CMA integrada]</li> </ul>
Barreres en el desenvolupament	
<b>Psicològiques i culturals</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ "...el cirurgià és responsable del pacient, però els pacients necessiten marxar a casa i prendre responsabilitat de la seva condició, ser més actius ..." [professional 7, CMA integrada]</li> <li>❖ "... A l'inici érem més acurats en la introducció de cirurgies més complexes...al final, ens hem adonat que ens limitem per pors irracionals (com a professionals) [professional 8, CMA integrada]</li> </ul>
<b>Estructurals i tècniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ "...l'hospital no estava preparat ni psicològicament ni funcionalment. Buscàvem una bona ubicació...volíem trobar algú que pogués coordinar la CMA i convèncer a altres cirurgians que moltes cirurgies convencionals es podien fer per CMA..." [professional 7, CMA integrada]</li> <li>❖ "...hi ha hagut canvis importants en les tècniques quirúrgiques , hem introduït tècniques MIS que ens han permès reduir la necessitat d'hospitalitzacions [professional 9, CMA integrada]</li> </ul>
<b>Socials i geogràfiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ "... De vegades, les tècniques quirúrgiques permeten una cirurgia per CMA, però la situació social del pacient no ho permet. La manca de familiars disponibles, una distància geogràfica massa gran o la manca de recursos pot significar que ha de dormir a l'hospital ..." [professional 4, CMA autònoma]</li> </ul>

CMA: cirurgia major ambulatoria; ICS: Institut Català de la Salut; MIS: *minimal invasive surgery*

FIGURA 2. Aspectes clau en el desenvolupament i barreres dels centres participants a Catalunya

ge d'ambulatorització. En aquests casos s'equipara el nivell de reemborsament de la CMA a la cirurgia convencional amb hospitalització. En aquest sentit, els gestors clínics (en aquests països amb alt nivell d'ambulatorització) van considerar convenient aquest canvi envers la CMA. Altres aspectes facilitadors esmentats van ser l'entusiasme d'alguns equips que produïen resultats d'alt rendiment en termes d'efectivitat i eficiència en la CMA. Un altre factor important va ser l'elevada satisfacció dels pacients amb aquest tipus de model assistencial.

A Catalunya, els hospitals de la SISCAT i les unitats de CMA negocien amb el Catsalut contractes anuals per al reemborsament de procediments. La cartera de serveis i el nombre de procediments realitzats en CMA varia entre centres mostrant diferències no només en el percentatge d'ambulatorització sinó també en aspectes organitzatius i del procés assistencial tal com es mostra amb els resultats d'aquest estudi.

L'ús de la història clínica compartida plenament desenvolupada o el monitoratge de resultats dels pacients més enllà de l'alta podrien ser aspectes de millora identificats amb relació al procés assistencial i eficiència dels centres que realitzen CMA a Catalunya.

Altres aspectes de millora mencionats van ser la comunicació amb els pacients i entre els professionals implicats en el procés assistencial, un lideratge que promogui una major implementació de la CMA, així com una formació continuada dels professionals que inclogui no només aspectes tècnics i biomèdics relacionats amb la cirurgia sinó també de procés assistencial i organització de la CMA.

La definició d'estàndards de millor pràctica en CMA en el següent grup de treball (WP5) d'aquest projecte europeu servirà com a instrument per ajudar els professionals i institucions en l'homogeneïtzació d'aquest model assistencial.

## Activitats futures

Durant el mes d'octubre de 2012 s'han realitzat noves entrevistes i s'ha recollit informació quantitativa i qualitativa mitjançant un nou qüestionari a 3 hospitals que realitzen CMA a Catalunya en el marc del WP5 del projecte DAYSAFE. Està previst que es realitzi una anàlisi en profunditat per tal d'identificar les millors pràctiques del procés de CMA i realitzar un exercici de benchmarking a nivell europeu a partir de les dades facilitades.

La informació d'aquesta fase permetrà realitzar un informe així com el desenvolupament d'un curs *online* per a professionals vinculats a la CMA als països participants en el projecte DAYSAFE (WP6). Des de l'AIAQS està previst la difusió dels productes que es generin a partir d'aquest projecte.

**Agraïments:** Volem agrair la seva col·laboració a tots els professionals participants en el *workpackage* 4 que va tenir com a objectiu descriure l'organització de la cirurgia major

ambulatoria actual a Europa: Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (Xavier Vila); Hospital Universitari de Bellvitge (Carlos Bartolomé); Hospital Clínic de Barcelona (Lina Manasanch, Teresa Anglada); Hospital de Figueres (Jesús Marimon); Hospital Pius de Valls (Dolors Segura, Anton Benet); Hospital de Puigcerdà (Francina Riu); Hospital de Sant Bernabé (Josep M. Casanellas); Hospital de Sabadell (Joan Martí); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Ferran Caballero); Centre Mèdic Castelldefels (Jesús Toril); Centre Mèdic Fuster (Sílvia Escarrà i professionals vinculats a la unitat de cirurgia major ambulatoria-CMA); Institut de Microcirurgia Ocular -IMO (Rosa Lainez i professionals vinculats a la CMA). També volem expressar el nostre agraïment a la Divisió de Compres i Registres d'Activitat del Catsalut (Xavier Salvador). A Carla Montané (sociòloga independent) la seva col·laboració en la moderació d'un grup focal i buidatge inicial de les entrevistes i grups focals realitzats en els centres participants a Catalunya. A Rosa Farré Bregolat de l'AIAQS la revisió lingüística del català d'aquest manuscrit.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Report on DS current organization and performance in participating countries-WP4. DAYSAFE. Improving patient safety of hospital care through Day Surgery Project. Grant Agreement 2009 1104. Deliverable n°1; November 2011 [consultat novembre 2012]. Disponible a: [www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe\\_finalreportwp4.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe_finalreportwp4.pdf)
2. Grupo de trabajo para la elaboración de estándares y recomendaciones de la UCMA. Manual unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consultat novembre 2012]. Disponible a: [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf)
3. Lemos P, Jarrett P, Philip B, editores. Day surgery. Development and practice. London (United Kingdom): International Association for Ambulatory Surgery; 2006.
4. Divisió de registres de demanda i d'activitat. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2010. Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). Barcelona: Àrea de Serveis i Qualitat. Servei Català de la Salut; 2012 [consultat novembre 2012]. Disponible a: [http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/cmbd/cmbd\\_2010.pdf](http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/cmbd/cmbd_2010.pdf)
5. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Quart informe. Àmbit hospitalari. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012 [consultat, novembre 2012]. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Central\\_resultats/Informes/Fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_quartinforme\\_2012.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_quartinforme_2012.pdf)
6. Mòduls per al seguiment d'indicadors de qualitat (MSIQ). Indicadors d'eficiència i complexitat. Any 2011. Barcelona: Divisió de registres de demanda i d'activitat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.
7. Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, McKee M. Policy brief. Day Surgery: making it happen. World Health Organization 2007 on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. European Observatory on Health Systems and Policies; 2007 [consultat novembre 2012]. Disponible a: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/1108965/E90295.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/1108965/E90295.pdf)
8. Serra-Sutton V, Estrada MD, Espallargues M, Ferranti C, Camporese P, Lemos P. Organization of ambulatory surgery and quality strategies: results of the DAYSAFE project in Catalonia. A: 9th Health Technology Assessment International (HTAi) Annual Meeting. Bilbao; juny 2012.

## NOTES

- a. Més informació dels centres participants i del projecte DAYSAFE a: [www.daysafe.eu](http://www.daysafe.eu)
- b. Un resum d'aquesta revisió es pot consultar a: [www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe\\_finalreportwp4.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/daysafe_finalreportwp4.pdf)