

The Hidden

Capacity Report

Obstáculos, facilitadores y mecanismos de
actuación para expandir la cirugía
ambulatoria

Junio de 2026

Índice

Prólogo	3
Resumen ejecutivo.....	4
Introducción.....	6
Métodos.....	9
Definir la cirugía mayor ambulatoria.....	11
¿Qué es la cirugía ambulatoria o de día?.....	12
¿Qué procedimientos y especialidades están pasando a la cirugía de día?.....	14
Aspectos a considerar sobre calidad, seguridad y equidad	18
Seguridad	18
Seguridad a lo largo de todo el itinerario asistencial	19
Selección y valoración preoperatoria	20
Diseño del itinerario perioperatorio	20
Alta	21
Recuperación en casa y apoyo tras el alta.....	21
Equidad.....	22
Recuperación en casa.....	24
Comunicación sanitaria y desigualdades en salud.....	25
Obstáculos para ampliar la escala	27
Barreras operativas y organizativas.....	28
Infraestructura específica y capacidad programada protegida	28
Priorización por parte de la dirección y capacidad de cambio.....	29
Incentivos financieros desalineados	30
Variaciones clínicas y culturales entre equipos.....	31
Barreras para los pacientes	32
Factores que facilitan la expansión de la cirugía ambulatoria.....	33
Diseño del itinerario asistencial	34
Recuperación en casa	36
Personal	38
Tecnología.....	40
Palancas normativas y financieras.....	41
Recomendaciones de política pública.....	44
Conclusión	47
Referencias	48
Anexo	52
Preguntas de la encuesta	52
Entrevistas	60
Consejo asesor.....	64
Participantes	64
Orden del día de la reunión.....	65
Resumen de los temas tratados	67

Prólogo



Sr. David Bunting

Consultor en Cirugía Digestiva Alta y Reconstrucción de la Pared Abdominal, responsable del órgano gestor del North Devon District Hospital, expresidente de la International Association of Ambulatory Surgery, British Association of Day Surgery

Los sistemas sanitarios de todo el mundo se enfrentan a un reto común y cada vez más urgente: cómo atender a más pacientes y ofrecer más cuidados con recursos limitados, sin renunciar a los máximos estándares de calidad, seguridad y experiencia del paciente. Con las listas de espera para intervenciones programadas en aumento, presión sobre las plantillas y una capacidad hospitalaria ajustada, nunca ha sido tan necesaria la búsqueda de soluciones innovadoras y sostenibles.

La cirugía mayor ambulatoria es una de las oportunidades más relevantes para los sistemas de salud modernos. En las últimas décadas, los avances en las técnicas quirúrgicas, la anestesia, los cuidados perioperatorios y los itinerarios de recuperación han ampliado de forma notable lo que hoy es posible. Intervenciones que antes exigían estancias hospitalarias prolongadas pueden realizarse ahora con seguridad y eficacia en el mismo día, permitiendo que las personas se recuperen en la comodidad de su hogar y reduciendo, al mismo tiempo, la presión sobre camas y recursos hospitalarios.

Sin embargo, pese a la evidencia clara de sus beneficios, la implantación de la cirugía ambulatoria sigue siendo irregular. Persisten diferencias importantes entre países, organizaciones sanitarias, especialidades y equipos clínicos. En muchos sistemas, la cirugía ambulatoria aún no ha desplegado todo su potencial, limitada por barreras organizativas, financieras, operativas y culturales que siguen favoreciendo los modelos tradicionales de hospitalización.

Este informe aporta una contribución oportuna y valiosa al debate en curso sobre cómo los sistemas sanitarios pueden afrontar estos desafíos. A partir de evidencia internacional, conocimiento profesional, entrevistas con expertos y la visión de las partes interesadas, ofrece un análisis completo de los obstáculos que frenan la expansión, de los factores que permiten el éxito y de los instrumentos de política pública que pueden impulsar un cambio real y sostenible.

El resultado es un argumento convincente para replantear la cirugía ambulatoria no como una mejora puntual del servicio, sino como un componente estratégico central en la prestación de la atención programada. Los hallazgos muestran que los sistemas con mejores resultados se distinguen por un diseño intencionado de los circuitos asistenciales, capacidad protegida, incentivos alineados, desarrollo de la fuerza laboral y un enfoque constante en una atención centrada en la persona. Igual de importante, el informe recuerda que la expansión debe abordarse con criterio, garantizando que la seguridad, la calidad, la equidad y la elección del paciente sigan siendo prioritarias.

Las recomendaciones que se presentan aquí son pragmáticas, están respaldadas por la evidencia y resultan de gran utilidad para líderes sanitarios, profesionales clínicos, responsables de políticas y gestores de servicios por igual. Ofrecen una hoja de ruta clara para ampliar la cirugía mayor ambulatoria de forma segura y a gran escala, sin perder de vista las realidades de su implantación en entornos sanitarios complejos.

A medida que los sistemas sanitarios siguen buscando fórmulas para mejorar la productividad, reforzar los resultados de los pacientes y ganar resiliencia de cara al futuro, los principios que recoge este informe merecen una consideración detenida. La evidencia es clara: cuando sea clínicamente apropiado, la cirugía mayor ambulatoria debería convertirse cada vez más en el modelo asistencial por defecto. Lograr esta transformación exigirá liderazgo, inversión y compromiso, pero los beneficios para pacientes, profesionales sanitarios y sistemas de salud son considerables.

Resumen ejecutivo

Este informe analiza las barreras, los factores facilitadores y los mecanismos de actuación asociados a la ampliación de la cirugía mayor ambulatoria de forma segura y a gran escala. Sostiene que la cirugía ambulatoria debería convertirse en la vía por defecto para los procedimientos clínicamente adecuados, ya que ofrece una manera práctica de aumentar la capacidad de cirugía programada, aliviar la presión sobre las camas de hospitalización, reducir costes y mejorar la experiencia del paciente.

A partir de una revisión de la literatura internacional, una encuesta a 256 profesionales sanitarios de diez países, entrevistas en profundidad y las aportaciones del consejo asesor, el informe concluye que sigue existiendo un importante potencial sin aprovechar, incluso en sistemas relativamente avanzados donde aún no están plenamente implantadas las vías específicas, la capacidad protegida y un apoyo fiable para la recuperación en el domicilio.

El informe concluye que las tasas de cirugía mayor ambulatoria aumentan cuando los sistemas sanitarios rediseñan de forma deliberada la atención en torno a circuitos específicos para este tipo de cirugía.

Las barreras para ampliar la cirugía ambulatoria

La evidencia apunta a un conjunto de obstáculos de múltiples factores para ampliar la cirugía mayor ambulatoria. Entre ellos, la competencia con la actividad urgente y la hospitalización por el uso de quirófanos, camas, capacidad de reanimación y personal; una atención directiva insuficiente; incentivos financieros que en algunos sistemas favorecen el ingreso; diferencias en las prácticas clínicas entre equipos; y barreras relacionadas con las y los pacientes, como comorbilidades, escaso apoyo en casa, largas distancias de desplazamiento y poca confianza en la recuperación en el hogar. El informe constata que las tasas de cirugía ambulatoria aumentan cuando los sistemas sanitarios rediseñan de forma deliberada la atención en torno a circuitos específicos de cirugía ambulatoria.

Características de los sistemas de alto rendimiento

Los sistemas de alto rendimiento crean circuitos ambulatorios específicos, protegen la capacidad para actividad programada, alinean los incentivos, estandarizan los procesos perioperatorios y de alta, invierten en las capacidades del personal y sitúan la cirugía ambulatoria como una prioridad del sistema. El informe subraya que el crecimiento de la cirugía ambulatoria debe basarse en la seguridad del paciente y la equidad. En muchas intervenciones, la cirugía en el mismo día es, como mínimo, tan segura como la atención con ingreso cuando se apoya en una selección cuidadosa de pacientes, protocolos de recuperación mejorada, criterios funcionales de alta y vías claras de escalada tras el alta.



Implicaciones para la equidad de los pacientes

Las desigualdades en salud siguen presentes en la cirugía ambulatoria, y afectan tanto al acceso como a los resultados. Ampliar la cirugía ambulatoria sin tener en cuenta la alfabetización en salud, el transporte, el acceso digital, las necesidades lingüísticas y el entorno de recuperación en casa puede agravar estas desigualdades. La comunicación con los pacientes es un aspecto clave en el marco de las desigualdades en salud.

Recomendaciones

La principal implicación para la política pública es crear circuitos fiables, protegidos y centrados en el paciente, haciendo de la cirugía mayor ambulatoria la opción por defecto cuando sea clínicamente adecuado:

- + **Hacer de la cirugía mayor ambulatoria la opción por defecto cuando sea clínicamente adecuado**, manteniendo al mismo tiempo la seguridad del paciente y su capacidad de elección.
- + **Seguir una estrategia de crecimiento en tres pasos**: dar prioridad a procedimientos de gran volumen y baja complejidad, reducir la variabilidad injustificada en los casos ya consolidados y ampliar de forma selectiva hacia procedimientos de nueva frontera y nuevos grupos de pacientes.
- + **Construir circuitos de cirugía mayor ambulatoria sólidos y diferenciados** con protocolos estandarizados de selección, atención perioperatoria, alta y apoyo tras el alta.
- + **Proteger la capacidad de cirugía programada** reservando recursos para la cirugía mayor ambulatoria y, cuando sea posible, creando instalaciones o circuitos específicos.
- + **Incorporar la equidad desde el diseño**, teniendo en cuenta el transporte, la alfabetización en salud, el idioma, el acceso digital, el apoyo en el hogar y otras circunstancias sociales más amplias.
- + **Reforzar la comunicación con los pacientes** y el seguimiento para que comprendan la recuperación en casa, sepan cuándo pedir ayuda y puedan acceder a apoyo después del alta.

Introducción

En todo el mundo, los sistemas sanitarios tienen dificultades para ofrecer suficiente capacidad programada para atender la demanda, lo que se traduce en largas listas de espera y acumulación de casos¹. Gracias a los avances en técnicas mínimamente invasivas², a circuitos estandarizados de recuperación y alta³, y a una mayor atención de las políticas sanitarias^{4,5}, hoy puede realizarse un número cada vez mayor de procedimientos en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Existe una gran variabilidad en la capacidad de los sistemas sanitarios para trasladar la cirugía del ámbito de hospitalización al entorno ambulatorio.

Realizar intervenciones en régimen ambulatorio permite que los equipos quirúrgicos aumenten el volumen de actividad y la productividad^{4,6,7}, reduzcan los costes y el uso de recursos⁸, y ofrezcan una mejor experiencia a los pacientes⁹. Sin embargo, la capacidad de los sistemas sanitarios para trasladar la cirugía del entorno de hospitalización al ámbito ambulatorio varía ampliamente, con diferencias notables entre países⁴, entre hospitales y equipos dentro de cada país¹⁰⁻¹², y también según los procedimientos y las especialidades^{2,13}.

Este informe reúne múltiples fuentes de evidencia para analizar las barreras, los facilitadores y las palancas de política que permiten ampliar de forma segura las tasas de cirugía mayor ambulatoria en los sistemas sanitarios. Se apoya en una revisión de la literatura internacional sobre desempeño comparado, modelos de financiación, diseño de circuitos asistenciales, resultados en pacientes y buenas prácticas emergentes, además de entrevistas con especialistas clínicos y un panel de expertos con experiencia directa en la prestación, gestión y expansión de servicios de cirugía mayor ambulatoria.



El panel de expertos estuvo formado por:



Profesor Jaideep Pandit
Catedrático y profesor de Anestesia,
Universidad de Oxford, Reino Unido



Jaana Perttunen
Presidenta de la Asociación Europea de
Enfermeras de Quirófano (EORNA),
Finlandia



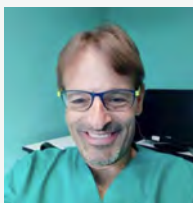
Laurens Van Houte
Responsable del Departamento de Cirugía,
Medisch Spectrum Twente, Países Bajos



Dr Shaan Chhabra
Responsable de Transformación y Mejora
del Flujo en el Hospital de Newham, Barts
Health NHS Trust, Reino Unido



Daniela Matos
Directora de enfermería, Unidade
Local de Saúde de Santo António,
Portugal

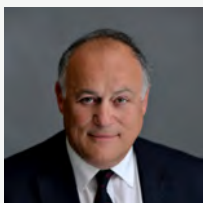


Dr Francesco Venneri
Director del Centro de Gestión del Riesgo Clínico y
Seguridad del Paciente, Región de Toscana, Italia

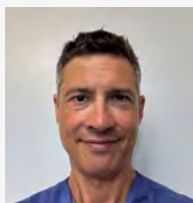


Dr. Jaroslaw J. Fedorowski
Presidente de la Federación Polaca
de Hospitales (PFSz), Polonia

Se realizaron entrevistas con:



Profesor Tim Briggs CBE
Responsable del programa GIRFT y director nacional
de NHS England para la mejora clínica, la recuperación
de la actividad programada y UEC, Reino Unido



Sr. David Bunting
Consultor en Cirugía Esofago-gástrica y
Pared Abdominal, Hospital del Distrito de
North Devon
Miembro del órgano de gobierno, Asociación Internacional
de Cirugía Ambulatoria; expresidente de
la Asociación Británica de Cirugía Mayor
Ambulatoria, Reino Unido



Profesora Karine Nouette-Gaulain
Profesora de Anestesiología, Cuidados Críticos
y Medicina Perioperatoria, CHU de
Burdos, Francia



Sr. Bjarne Skjødt Hjaltalin
Médico jefe del Departamento de Cirugía
Mayor Ambulatoria, Hospital de Amager
y Hvidovre, Dinamarca



Este informe sostiene que aún hay un amplio margen para seguir aumentando las tasas de cirugía ambulatoria

El estudio se diseñó para comprobar dónde creen las partes interesadas que sigue existiendo potencial sin explotar en la cirugía mayor ambulatoria, qué obstáculos impiden con más frecuencia que los casos adecuados se realicen como cirugía de día y qué intervenciones prácticas acelerarían más el avance. Estos resultados aportan un complemento basado en la realidad a la literatura publicada y ayudan a identificar en qué puntos la ambición de las políticas y la realidad operativa aún no van de la mano.

Este informe sostiene que existe un amplio margen para seguir aumentando las tasas de cirugía ambulatoria, incluso en países con sistemas de cirugía de día más consolidados. La mejor manera de aprovechar ese margen es convertir la cirugía ambulatoria en la opción por defecto cuando proceda y desarrollar circuitos específicos de cirugía de día, con capacidad y recursos protegidos.

Métodos

Este informe se basa en una evaluación rápida de la bibliografía disponible sobre los obstáculos y los facilitadores de la cirugía mayor ambulatoria. Para recopilar fuentes pertinentes en inglés de todo el mundo, publicadas en los últimos cinco años, se utilizó una herramienta de IA: Undermind.ai.

Undermind es una herramienta de IA diseñada para realizar revisiones de literatura académica y consulta la base de datos Semantic Scholar, con más de 200 millones de artículos (que incluye PubMed y otras colecciones de ciencias de la vida). Un revisor evaluó los resúmenes de los artículos recopilados para asegurar su pertinencia. En la revisión inicial se incluyeron 64 publicaciones. A partir de los artículos recopilados se extrajeron temas relacionados con las barreras y los facilitadores para maximizar la cirugía ambulatoria, y se llevaron a cabo búsquedas adicionales y específicas en literatura gris y en bibliografía académica más antigua para aportar más detalle cuando fue necesario.

Para complementar estos hallazgos, se encargó una encuesta con el fin de recoger la visión del personal de primera línea sobre el futuro de la cirugía ambulatoria.

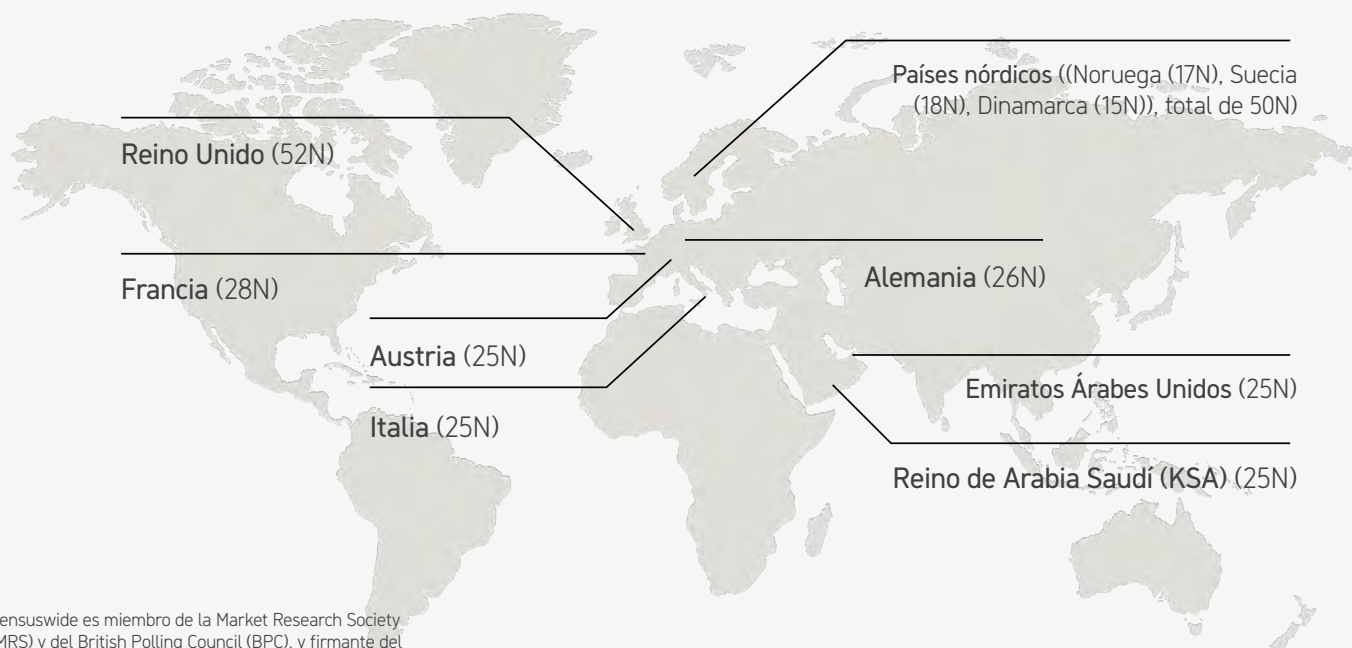
Además, se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas con profesionales sanitarios implicados en la cirugía ambulatoria. Todas las citas y atribuciones de este informe se incluyen con el permiso de las personas entrevistadas.

Una encuesta a

256

profesionales sanitarios de 10 países realizada por Censuwide entre el 2 y el 22 de abril de 2026¹⁴.

La investigación se dirigió a cirujanos (63N), anestesiistas (25N), enfermeros quirúrgicos (60N), responsables de quirófano (32N), profesionales de compras (35N) y la dirección ejecutiva del hospital (41N), que participan en la gestión/compra/realización de cirugía ambulatoria al menos una vez al mes.



Censuwide es miembro de la Market Research Society (MRS) y del British Polling Council (BPC), y firmante del Global Data Quality Pledge. Cumple el Código de Conducta de la MRS y los principios de ESOMAR.



Por último, se presentó una versión preliminar de este informe a un consejo asesor formado por siete profesionales sanitarios de seis países distintos, implicados en la cirugía mayor ambulatoria, y se celebró un debate moderado para analizar en profundidad los hallazgos del informe y elaborar recomendaciones¹⁵.

Tras la reunión del consejo asesor, se llevaron a cabo nuevas búsquedas bibliográficas específicas sobre la seguridad del paciente y las desigualdades en salud en la cirugía mayor ambulatoria. El informe se volvió a redactar y las recomendaciones se desarrollaron a partir de las conversaciones mantenidas en dicho consejo. Posteriormente, se remitieron al consejo asesor para recabar más comentarios.



Definición de la cirugía mayor ambulatoria

En distintos países del mundo se emplean términos diferentes para referirse a la “cirugía de día”, y también varía la forma en que este concepto se aplica en cada contexto. La terminología utilizada suele reflejar cómo se organiza y financia la atención sanitaria en cada país, y cómo se encaja la cirugía de día dentro de los marcos de rendición de cuentas y de los modelos de prestación.

Mientras que algunos países definen la cirugía de día como una estancia inferior a 24 horas⁹, otros aplican una definición más estricta de estancia cero días, porque resulta más fácil de identificar en los datos rutinarios¹⁶.

Tabla 1

Término	Significado habitual	Ejemplo contexto del país	Observaciones
Cirugía mayor ambulatoria / cirugía de día	Cirugía programada con alta el mismo día natural de la intervención	Ingllaterra, Irlanda, países nórdicos ^{4,10}	
Cirugía ambulatoria	Cirugía sin ingreso nocturno, a menudo vinculada a unidades ambulatorias específicas	Norteamérica y España ^{6,17,18}	Puede referirse tanto a un circuito asistencial como al ámbito del proveedor
Cirugía ambulatoria	Cirugía realizada sin ingreso hospitalario	Alemania, Suiza, Estados Unidos ^{6,17,18}	A veces es un concepto más amplio que el alta en el mismo día e incluso puede incluir estancias inferiores a 24 o 23 horas
Cirugía ambulatoria	Un término de financiación para la atención quirúrgica con alta el mismo día en Hungría	Hungría ¹⁹	

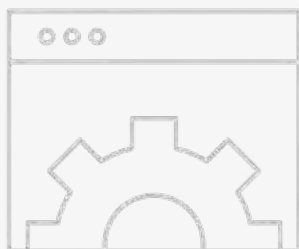
Este informe utiliza la definición de la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS): “Una operación/procedimiento, excluyendo una operación/procedimiento en consulta o ambulatorio, en el que el paciente recibe el alta el mismo día laborable”²⁰ y, al igual que la IAAS, emplea indistintamente los términos “cirugía de día” y “cirugía ambulatoria”.

¿Qué es la cirugía ambulatoria/de día?

La cirugía de día es un itinerario asistencial integral pensado para realizar intervenciones programadas sin necesidad de pasar la noche ingresado, en pacientes y procedimientos adecuados²⁰.

Para lograr un alta más temprana, los procedimientos de cirugía de día siguen una ruta asistencial compuesta por: ^{3,9,21}

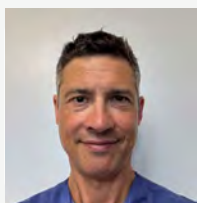
- + Selección de pacientes
- + Técnicas anestésicas y quirúrgicas adaptadas a una recuperación temprana
- + Protocolos perioperatorios estandarizados
- + Criterios de alta claros, basados en la funcionalidad del paciente y no en el tiempo transcurrido desde la intervención
- + Recomendaciones y apoyo tras el alta
- + Seguimiento del paciente
- + Mecanismos de escalada si la recuperación en casa no evoluciona según lo previsto



¿Qué es la cirugía ambulatoria o de día?



La cirugía de día es una alternativa claramente diferenciada a la hospitalización. Nuestras conversaciones con profesionales de referencia en cirugía mayor ambulatoria sugieren que los sistemas sanitarios que logran crecer en este ámbito crean circuitos específicos para la cirugía de día, en lugar de intentar acelerar los ya existentes. Es decir, rediseñan cómo se presta la atención en los casos ambulatorios. En los sistemas con mejores resultados, la cirugía de día es la opción por defecto cuando el procedimiento y el paciente son adecuados.



David Bunting

Consultor en Cirugía Esófago-gástrica y de la Pared Abdominal,

Hospital del Distrito de North Devon

Miembro del Órgano de Gestión, International Association of Ambulatory Surgery

Expresidente, Asociación Británica de Cirugía Mayor Ambulatoria, Reino Unido

“ Se trata de encontrar formas en que la cirugía de día pase a ser lo habitual. Y, una vez cruzado ese umbral y convertida en la nueva normalidad, suele haber impulso suficiente para mantenerla, porque por su propia naturaleza es mucho más sostenible que otros tipos de cirugía.”

A nivel de sistema, un crecimiento sostenido de la cirugía de día también puede permitir una menor dotación de camas para cirugía programada, o la posibilidad de reasignarlas a otras necesidades. Esto puede reducir los costes globales del sistema y liberar una capacidad de hospitalización limitada para pacientes que se beneficiarían más de un ingreso. Por ejemplo, el Programa de Cirugía Programada de Irlanda ha estimado que **aumentar los casos ambulatorios y acortar las estancias en 14 especialidades quirúrgicas podría ahorrar aproximadamente 41.500 días de cama al año**²³, mientras que la evidencia disponible más amplia ha mostrado que los circuitos específicos de cirugía de día pueden reducir costes y mejorar el rendimiento, y también contribuir a acortar las listas de espera al aumentar la capacidad de cirugía programada^{3-5,19,24}.



Daniela Matos

Supervisora de Enfermería, Unidade Local de

Saúde de Santo António, Portugal¹⁵

“ En mi centro contamos con 11 quirófanos y cada día se realizan alrededor de 200 intervenciones. En el quirófano principal de hospitalización se tarda una semana en alcanzar esa cifra, así que nuestro nivel de productividad es muy alto. El tiempo de rotación entre pacientes en cada sala es de unos ocho a nueve minutos, gracias a nuestra formación. Tenemos tasas de satisfacción elevadas y un nivel bajo de complicaciones.”

¿Qué procedimientos y especialidades están pasando a cirugía ambulatoria?



Jaana Perttunen

Presidenta, Asociación Europea de
Enfermeras de Quirófano, Finlandia¹⁵

“ En Finlandia, el porcentaje de cirugía ambulatoria no deja de crecer, llegando al 90% en algunas especialidades. Usamos muchas apps móviles para que los pacientes puedan comunicarse con el hospital. Casi todos los pacientes programados acuden la mañana de la intervención, salvo si tienen un viaje largo. Tras la cirugía, pueden recibir el alta cuando sea clínicamente seguro y les resulte conveniente. Estamos desarrollando varias aplicaciones para que el personal de enfermería pueda acompañar a los pacientes a lo largo de todo el proceso quirúrgico. La educación del paciente y las competencias de enfermería para apoyarlo son fundamentales.”

Históricamente, la cirugía ambulatoria ha sido la opción más adecuada para procedimientos menores, de alto volumen y baja complejidad^{4,12}. Sin embargo, su alcance evoluciona de forma constante: de intervenciones menores a algunas operaciones de mayor complejidad^{2,19,25-27}, gracias a los avances en las técnicas quirúrgicas², los procedimientos y la recuperación. Esto incluye la robótica²⁸, técnicas de anestesia y estrategias de recuperación mejorada, además de protocolos perioperatorios estandarizados^{25,29}.

La transición hacia la cirugía ambulatoria se está extendiendo a más especialidades, aunque a ritmos distintos en todo el mundo^{2,4}. Esta tendencia se vio reforzada por los datos de la encuesta¹⁴, en la que las personas encuestadas señalaron un potencial aún sin aprovechar para la cirugía ambulatoria en todas las especialidades evaluadas, lo que sugiere que muchos sistemas sanitarios consideran que la transición todavía está en una fase relativamente temprana.

Figura 1a

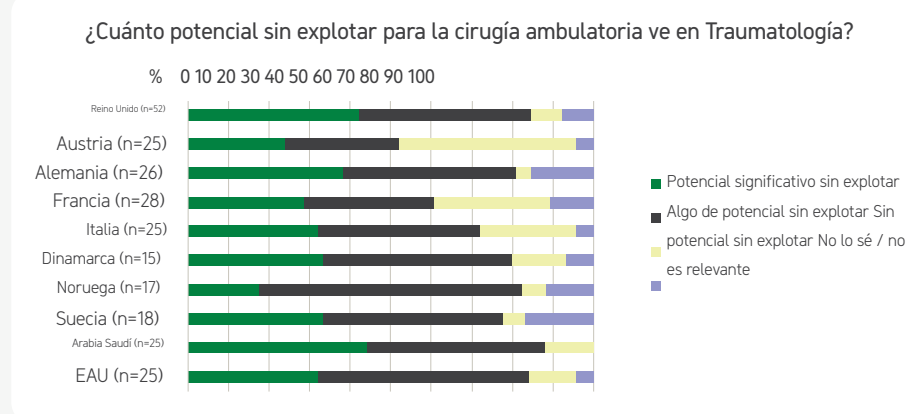


Figura 1b

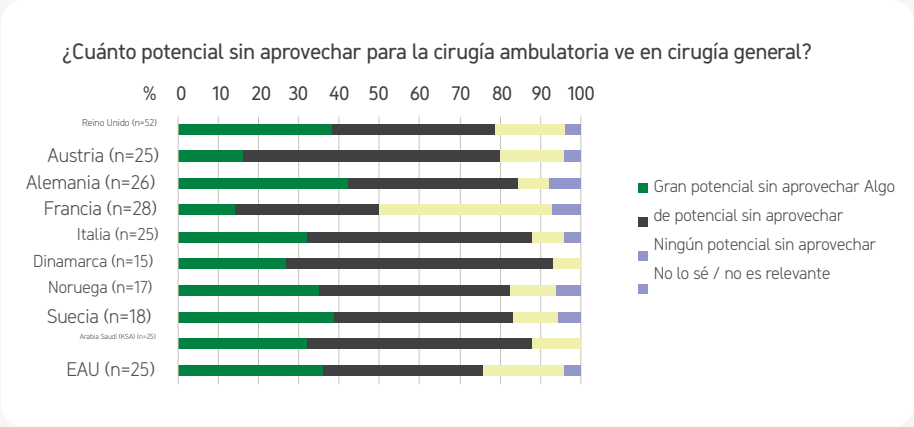
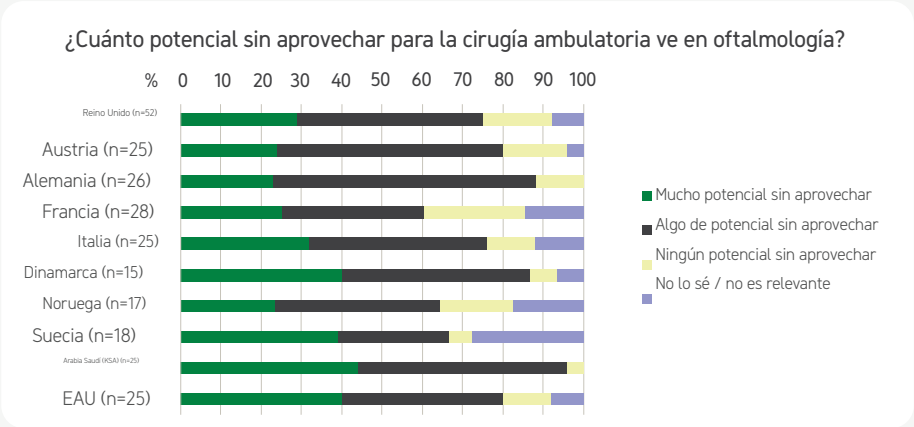


Figura 1c



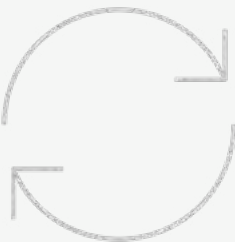
Fuente: encuesta de cirugía ambulatoria de Mölnlycke, Censuswide, 2-22 de abril de 2026.
Base: todos los encuestados (n=256).

El optimismo varió entre países. Los encuestados del Reino Unido y Dinamarca estuvieron entre los más confiados en una mayor expansión, con especial seguridad en traumatología, oftalmología y cirugía general. En Alemania también se señaló un margen de crecimiento destacado en cirugía general, mientras que en Arabia Saudí (KSA) las respuestas fueron especialmente positivas respecto a traumatología y oftalmología. En cambio, en Francia y Austria se mostraron relativamente más prudentes en algunas especialidades ya consolidadas, lo que sugiere que la percepción de la oportunidad restante depende del grado de madurez de las vías locales de cirugía ambulatoria y de los niveles de adopción actuales.

La cirugía de alto volumen sigue siendo la clave para aumentar las tasas de cirugía ambulatoria. Estos procedimientos son el caso de prueba más claro para los sistemas sanitarios que diseñan y desarrollan circuitos de cirugía ambulatoria, y son los que mejor se prestan a realizarse sin ingreso.

Varios procedimientos electivos habituales pueden considerarse indicadores del desempeño del sistema en la adopción de la cirugía ambulatoria. Entre ellos:

- + Colecistectomía laparoscópica²⁴
- + Reparación de hernia inguinal¹²
- + Cirugía oftalmológica^{30,31} Informe del Potencial Oculto 2026



¿Qué procedimientos y especialidades están pasando a cirugía mayor ambulatoria?

Sin embargo, los avances técnicos están redefiniendo qué puede realizarse de forma viable como cirugía mayor ambulatoria, y están surgiendo nuevos ámbitos. Por ejemplo, en urología, las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas con láser permiten que la cirugía por obstrucción prostática benigna se realice cada vez más en régimen ambulatorio².

La artroplastía total de grandes articulaciones es otra candidata emergente para la cirugía mayor ambulatoria. En el Reino Unido, un metaanálisis de 17 estudios mostró que la artroplastía total en régimen ambulatorio tuvo una tasa de reingreso del 1,9% frente al 2,0% en pacientes ingresados, con un perfil de seguridad muy similar en ambos casos³². Realizar estos casos de mayor complejidad como cirugía ambulatoria también puede contar con una alta aceptación por parte de los pacientes: en un estudio, el 80-96% afirmó que volvería a elegir la artroplastía ambulatoria³³.

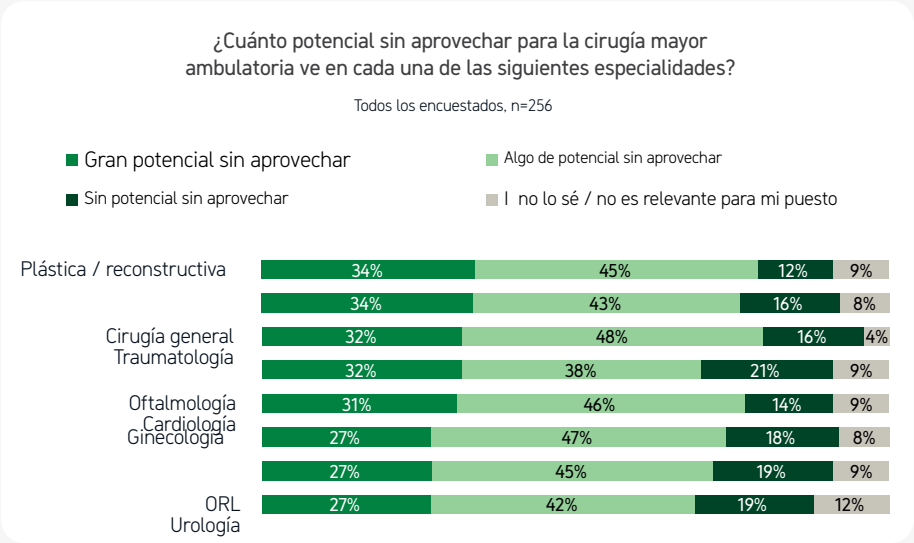
Esto coincide con los resultados de la encuesta¹⁴, donde traumatología (77%) registró uno de los niveles más altos de potencial significativo percibido aún sin aprovechar, lo que sugiere que el personal clínico ve cada vez más los procedimientos de grandes articulaciones como candidatos realistas para el alta el mismo día cuando se cuenta con las vías asistenciales adecuadas.

Figura 2

Hasta

80%

ven potencial sin aprovechar en la cirugía mayor ambulatoria



Fuente: encuesta de cirugía mayor ambulatoria de Mölnlycke, Censuwide, 2-22 de abril de 2026.
Base: todos los encuestados. (n=256)

Ahora bien, aunque los avances técnicos han impulsado la expansión de la cirugía mayor ambulatoria en múltiples especialidades, **esto debe ir de la mano de un rediseño de las vías asistenciales** para convertir de forma sistemática los posibles casos ambulatorios en procedimientos que, por defecto, se realicen en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

A medida que los sistemas menos maduros avanzan para aumentar sus tasas de cirugía ambulatoria, deberían adoptar una estrategia en tres partes²². En primer lugar, conviene desarrollar vías asistenciales modelo de cirugía mayor ambulatoria en procedimientos de alto volumen y baja complejidad, idóneos para realizarse como casos ambulatorios. En segundo lugar, deben reducir la variabilidad y lograr una implantación homogénea de procedimientos que ya cuentan con una sólida evidencia de seguridad como casos ambulatorios, pero que aún no se realizan así por defecto en todos los proveedores.

¿Qué procedimientos y especialidades están pasando a cirugía ambulatoria?



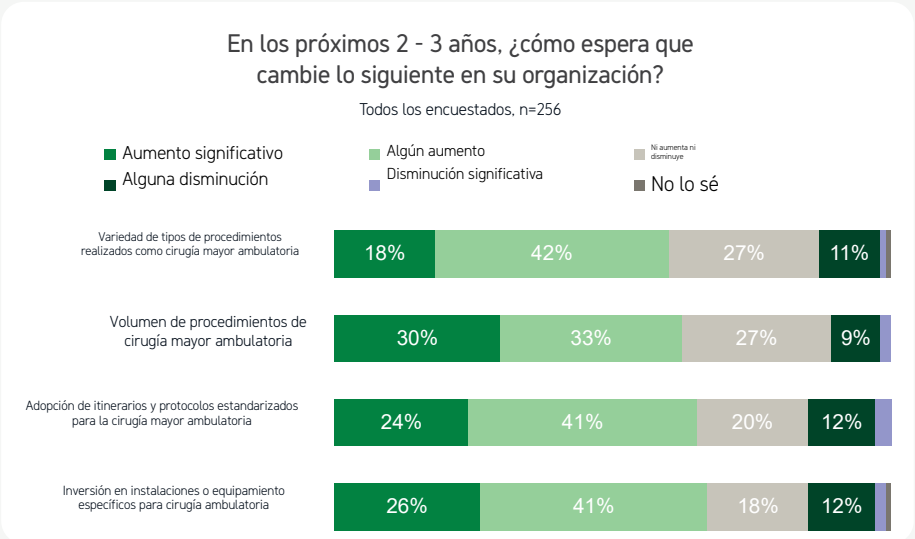
Por último, deberían ampliar los límites de la cirugía ambulatoria posible identificando procedimientos «nuevos» y grupos de pacientes que, a medida que evolucionan las técnicas, ya son clínicamente adecuados para operarse y recibir el alta el mismo día.

En la práctica, esto significa²²:

- 1. Priorizar los procedimientos de alto volumen para consolidar circuitos maduros de cirugía en el día y lograr aumentos rápidos de capacidad
- 2. Rediseñar los circuitos, aplicar protocolos estandarizados y ofrecer apoyo a la implantación para convertir casos potencialmente ambulatorios en casos realmente ambulatorios
- 3. Desarrollar de forma selectiva la capacidad para procedimientos de vanguardia, garantizando que se realicen como cirugía ambulatoria cuando sea clínicamente adecuado

La oportunidad de ampliar la cirugía ambulatoria ya no se limita a la cirugía «menor»: cada vez entran más en juego casos de mayor complejidad y poblaciones de pacientes más amplias. Las personas encuestadas señalaron que aún existe una oportunidad importante (cierto o considerable potencial sin explotar y considerable potencial sin explotar) no solo en las especialidades tradicionales de alto volumen, sino también en Traumatología y Ortopedia (77%, 34%), Cardiología (70%, 32%), Urología (72%, 27%) y Cirugía Plástica y Reconstructiva (79%, 34%)¹⁴, lo que pone de relieve lo amplia que podría ser la próxima fase de expansión de la cirugía ambulatoria. Esto sugiere que existe un amplio margen para lograr los aumentos de capacidad hospitalaria que promete la cirugía ambulatoria.

Figura 3



Fuente: encuesta de Mölnlycke sobre cirugía ambulatoria. Censuswide, 2-22 de abril de 2026.
Base: todas las personas encuestadas. (n=256)

Consideraciones sobre calidad, seguridad y equidad

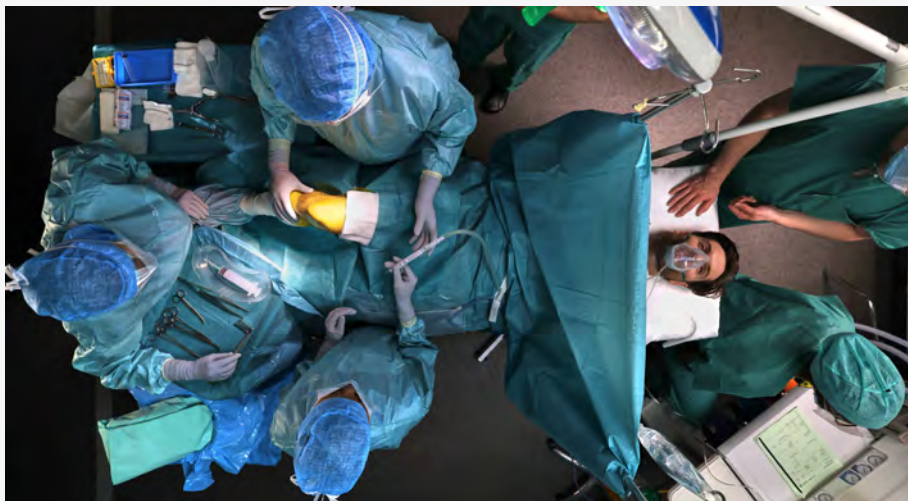
Seguridad

La seguridad del paciente debe estar en el centro de cualquier iniciativa para aumentar la cirugía ambulatoria. A diferencia de la cirugía con ingreso, en la cirugía de día una parte mayor de la recuperación tiene lugar en casa, fuera de la supervisión directa de los profesionales sanitarios^{9,34}. Esto implica valorar cuidadosamente qué intervenciones son adecuadas para un entorno de cirugía de día y qué pacientes encajan mejor con este enfoque^{35,36}.

En la práctica actual, se ha demostrado de forma consistente que la cirugía ambulatoria es, como mínimo, tan segura como la cirugía con ingreso^{16,32,37}. En un ejercicio de comparación realizado en EE. UU., los casos ambulatorios presentaron menos complicaciones y reingresos en 13 de los 14 procedimientos analizados¹⁶. No obstante, conviene subrayar que este perfil de seguridad se ha logrado gracias a una selección adecuada de pacientes y a un circuito sólido y deliberado, diseñado para maximizar las probabilidades de una intervención y una recuperación seguras y sin complicaciones¹⁶.

Hay lecciones de seguridad muy reveladoras en estudios que analizan resultados dentro de grupos de procedimientos. En Inglaterra, la artroplastia en régimen ambulatorio se comportó de manera distinta según el tipo de sustitución articular: la prótesis unicompartimental de rodilla pareció segura cuando se realizó como cirugía de día. La artroplastia total de cadera fue, en general, segura, pero exigió una curva de aprendizaje, con mayor riesgo de reingreso en las seis primeras cirugías ambulatorias realizadas por cada unidad del estudio. En cambio, la artroplastia total de rodilla mostró un mayor riesgo de reintervención, especialmente por manipulación bajo anestesia para tratar la rigidez posoperatoria¹³.

Esto pone de relieve la importancia de no generalizar en exceso dentro de las categorías de procedimientos quirúrgicos y de analizar el perfil de seguridad del paciente en cada intervención.

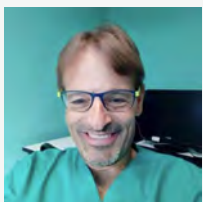


Seguridad a lo largo de todo el recorrido asistencial

La seguridad del paciente debe contemplarse en todo el itinerario asistencial, desde la selección y la evaluación previa hasta el alta y la recuperación en casa.

Tabla 2

Seguridad a lo largo de todo el recorrido asistencial		
Etapa del recorrido	Prácticas que favorecen la seguridad	Posibles puntos de fallo
Selección y evaluación preoperatoria	Valoración del riesgo de la persona paciente, la complejidad del procedimiento, el plan anestésico, la capacidad del centro y el apoyo en el domicilio ^{35,36,38,39}	Alta fallida el mismo día, ingresos no planificados ⁴⁰⁻⁴²
Atención perioperatoria	Protocolos de Recuperación Intensificada Tras Cirugía (ERAS), anestesia de acción rápida, analgesia con reducción de opioides, profilaxis eficaz de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO), técnica quirúrgica mínimamente invasiva, movilización precoz ^{34,43-45}	Dolor, NVPO, movilización retrasada, recuperación más prolongada, pernocta en el hospital ^{29,43,44}
Alta	Criterios de alta fisiológicos (no basados en el tiempo): constantes estables, estado de alerta, deambulación, dolor y náuseas controlados, sangrado aceptable. Instrucciones por escrito, acompañante, transporte a casa y apoyo la primera noche ^{29,34,47,48}	Alta tardía, alta no segura, reingresos evitables ^{40,49}
Recuperación en casa	Vía clara de escalada, seguimiento proactivo al día siguiente, monitorización remota, revisión de la medicación, registro de síntomas ^{34,50-52}	No detectar el empeoramiento del estado del paciente, síntomas sin controlar, errores de medicación, uso de urgencias ^{40,51}
Gobernanza	Medición rutinaria de ingresos no planificados, visitas al hospital, complicaciones, fallos en el alta, recuperación informada por el paciente y variación entre prácticas ^{6,7,16,53}	Variación evitable entre prácticas y contextos, oportunidades de mejora desaprovechadas ^{16,40}



Dr. Francesco Venneri

Director del Centro de Gestión del Riesgo Clínico y
Seguridad del Paciente, Región de Toscana, Italia¹⁵

Un metaanálisis en pacientes con apnea obstructiva del sueño concluyó que la cirugía mayor ambulatoria puede apoyarse en un cribado activo, el cumplimiento de un manejo perioperatorio basado en algoritmos y una vigilancia reforzada tras el procedimiento⁴².

Selección y evaluación preoperatoria

“Existe el riesgo de infravalorar la complejidad del paciente. Así, podría considerarse adecuada para un entorno ambulatorio, pero en realidad puede presentar factores de riesgo subyacentes que no se han identificado plenamente.”

La seguridad del paciente en la cirugía mayor ambulatoria empieza al valorar si es apto. En muchos sistemas sanitarios, se ha pasado de categorías fijas de selección a un modelo que determina la idoneidad de forma dinámica, en función de las comorbilidades del paciente, la invasividad del procedimiento, la técnica anestésica, el entorno quirúrgico y el apoyo social/el entorno domiciliario³⁵. Al decidir si un paciente es adecuado para cirugía ambulatoria, debe evaluarse tanto su capacidad fisiológica para tolerar el procedimiento como los factores contextuales —por ejemplo, el acceso a apoyo en la comunidad, el entorno de vida, la distancia al hospital o su nivel de alfabetización en salud— que pueden influir en su capacidad para seguir con seguridad un plan de recuperación^{36,38}.

En la literatura se describen varios factores de riesgo fisiológicos que suelen asociarse a una mayor probabilidad de ingreso hospitalario o de volver a requerir atención tras el alta. Entre ellos se encuentran la edad avanzada, la obesidad, las enfermedades respiratorias, las cardiopatías, la diabetes, la apnea obstructiva del sueño, la fragilidad y una mayor carga de comorbilidad^{37,40–42,54}. Estos factores de riesgo no excluyen necesariamente a los pacientes de la cirugía ambulatoria^{37,55}, pero pueden requerir una atención y unos cuidados reforzados.

Más allá de la idoneidad física, la literatura señala varios aspectos de preparación social que determinan si un paciente debe considerarse apropiado para cirugía ambulatoria. Entre ellos figuran la cercanía a los servicios asistenciales, el acceso a transporte y la disponibilidad de apoyo en casa^{29,34,35,48}. El programa Getting It Right First Time en Inglaterra, por ejemplo, recomienda que los pacientes vivan a una hora en coche de un hospital que pueda atenderlos en caso de complicación; de lo contrario, puede ser necesario alojarlos en un hotel local la primera noche antes de regresar a casa⁵⁵. Estas son salvaguardas esenciales para la seguridad del paciente y deben valorarse con el mismo peso que la idoneidad física.

Diseño de la vía perioperatoria

Una vez seleccionados los pacientes de forma adecuada, el siguiente punto clave para la seguridad del paciente es el circuito perioperatorio. En la bibliografía revisada, los protocolos de Recuperación Mejorada tras la Cirugía (ERAS) se mencionaron con frecuencia como una estrategia esencial para reforzar la seguridad^{34,43,44}. Los elementos principales de ERAS incluyen educación preoperatoria del paciente, optimización de la nutrición (incluido un ayuno limitado) y la hidratación, técnica anestésica de vía rápida, analgesia con ahorro de opioides, profilaxis de NVPO, equilibrio de fluidos, técnica mínimamente invasiva cuando sea posible y movilización precoz^{34,43,44}. Un estudio mostró que la formación continua del personal y la retroalimentación mejoraron el cumplimiento de estos protocolos y, en consecuencia, los resultados en los pacientes⁴⁵.

Alta

La bibliografía recomienda de forma consistente protocolos de alta basados en criterios fisiológicos, y no en el tiempo^{34,47}. En lugar de dar el alta tras un periodo fijo, conviene evaluar a cada paciente con una lista de verificación que incluya aspectos fisiológicos como constantes vitales estables, estado de alerta y capacidad de deambular, con el dolor y las náuseas controlados³⁴, lo que indica que puede continuar con seguridad sus cuidados en casa. Estos criterios funcionales de alta pueden variar según la especialidad^{29,48} para adaptarse a las particularidades de las distintas cirugías.

Recuperación en casa y apoyo tras el alta



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Médico jefe del Departamento de
Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital
de Amager y Hvidovre, Dinamarca⁵⁶

“Tenemos que asegurarnos de que, después, el paciente tenga alguna vía de escalada si lo necesita.

Si se sienten seguros y creen que pueden contactar con alguien después de la operación... eso es lo principal que piden.”

Poner más el foco en la recuperación en casa es una de las características que definen la cirugía mayor ambulatoria^{34,35}. Esto hace que el paciente asuma un papel mucho más activo en su propia recuperación, trasladando más responsabilidad a pacientes y familias para manejar síntomas, autocuidados y decidir cuándo pedir ayuda^{9,57,58}. Muchas preocupaciones de seguridad pueden evitarse con una selección cuidadosa de pacientes^{36,38,59}, pero los fallos en el circuito de la cirugía ambulatoria siguen siendo más frecuentes tras el alta que en el quirófano⁴⁰. En un estudio de EE. UU., los procedimientos ambulatorios registraron una tasa de reingreso del 4,8%, y la edad avanzada, la comorbilidad y algunos grupos de procedimientos aumentaron el riesgo⁴⁰.

Un estudio estadounidense constató que muchos procedimientos ambulatorios considerados no invasivos se excluían de la vigilancia rutinaria de infecciones del sitio quirúrgico, pero aun así estos procedimientos suponían una carga de infección considerable⁶¹.

El dolor y el sangrado posoperatorios son de los motivos más frecuentes por los que los pacientes vuelven a recibir atención tras una cirugía ambulatoria⁴¹, lo que pone de relieve la importancia de que estos síntomas queden bien controlados antes del alta^{43,44}. Otra cuestión importante son las infecciones del sitio quirúrgico, que casi siempre requieren reingreso: el 93% de los casos con infección del sitio quirúrgico necesitan tratamiento hospitalario⁶⁰.

Están surgiendo nuevas pruebas sobre el uso de informes electrónicos de síntomas para pacientes que se recuperan en casa tras una cirugía. En un estudio sobre cirugía oncológica ambulatoria, el registro electrónico de síntomas con respuesta de enfermería redujo las visitas urgentes potencialmente evitables⁵². Otro estudio sobre atención virtual con monitorización automatizada remota observó mejoras en la detección de errores de medicación y en los resultados del dolor⁵¹.

Equidad



Dr. Shaan Chhabra

Responsable de Transformación y Mejora
del Flujo en el Hospital de Newham, Barts
Health NHS Trust, Reino Unido¹⁵

“

La equidad no va solo de acceso, también de exclusión. Se puede dejar a pacientes fuera por muchos motivos y circunstancias. A algunas personas les cuesta orientarse en el sistema sanitario, tienen barreras lingüísticas o no disponen de transporte. Y, a veces, no pueden afrontar la recuperación en casa, y es importante reconocerlo.”

Las desigualdades en salud están muy presentes en todos los ámbitos de la atención sanitaria, y la cirugía mayor ambulatoria no es una excepción. Se notan especialmente en el alta posoperatoria: una menor alfabetización en salud, la falta de opciones de transporte y entornos domésticos de peor calidad pueden convertirse en barreras potenciales».

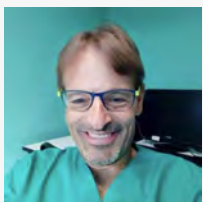


La literatura identificó varios ámbitos en los que las desigualdades en salud tienen impacto:

Tabla 3

Problema de desigualdad	Evidencia en la literatura	Análisis de implicaciones
Geografía y privación	Los nuevos centros de cirugía ambulatoria en EE. UU. tendían más a abrir en condados con más recursos y menor privación ¹⁸ .	Sin intervención, la capacidad puede ampliarse allí donde los retornos son mayores, en lugar de donde la necesidad no cubierta es más alta.
Raza y etnia	El aumento de las prótesis de cadera en régimen ambulatorio, tras retirarse de la lista de procedimientos de Medicare exclusivos de hospitalización, se concentró en pacientes blancos ⁶² .	El crecimiento de la cirugía mayor ambulatoria puede agrandar las desigualdades en el acceso si no se eliminan las barreras existentes.
Ingresos	En un estudio de EE. UU. sobre el cambio hacia la atención ambulatoria tras la pandemia, las zonas con menores ingresos recuperaron peor el volumen de procedimientos ⁶³ .	Los beneficios de ampliar la cirugía de día y de la recuperación del sistema pueden repartirse de forma desigual.
Seguro y sector	En España, los pacientes con seguro público tenían mucha más probabilidad de recibir una reparación de hernia en régimen ambulatorio que quienes contaban con seguro privado o pagaban de su bolsillo ¹² .	Los incentivos de los proveedores y los modelos de negocio condicionan el acceso a las vías de cirugía en el mismo día.
Apoyo familiar y en el hogar	Los pacientes con poco apoyo en casa pueden tener más dificultades tras una cirugía ambulatoria ⁷ .	Los factores sociales importan: la idoneidad clínica no basta sin un entorno doméstico adecuado para la recuperación.
Acceso digital	La adopción de soluciones digitales sigue patrones sociales y puede afianzar desigualdades si se convierte en la vía predeterminada para recibir apoyo ⁶⁴ .	Las vías no digitales, de alta calidad, deben mantenerse junto a la innovación digital.

Recuperación en casa

**Dr. Francesco Venneri**

Director del Centro de Gestión del Riesgo Clínico y Seguridad del Paciente, Región de Toscana, Italia¹⁵

“¿Quién se hará cargo del paciente tras el alta, especialmente de quienes no tienen familia, viven en residencias o en comunidades sociales? Son aspectos que debemos tener muy en cuenta, porque el entorno al que vuelve el paciente después de la cirugía puede influir de forma decisiva en sus resultados.”

Las desigualdades en salud influyen tanto en el acceso a la atención como en los resultados tras la cirugía^{62,65}, y la recuperación en casa es uno de los principales factores que alimentan esas desigualdades en el ámbito de la cirugía ambulatoria^{9,57,58}.

Dado que la cirugía ambulatoria traslada una parte importante de los cuidados posoperatorios al domicilio del paciente^{9,57}, el paciente debe asumir tareas como vigilar los síntomas, controlar el dolor y la movilidad, y decidir cuándo es el momento adecuado para pedir ayuda. Quienes no cuentan con una red de apoyo sólida —un reto presente en distintos perfiles— tienen muchas más dificultades para responder a estas exigencias⁹. Además, existe el riesgo de que la percepción de la cirugía de día, y la forma en que el personal clínico la presenta, agraven el problema: a menudo se llega pensando que la recuperación será leve y, en cambio, se encuentran con un proceso más doloroso y angustiante de lo previsto⁵⁷.

Un estudio de entrevistas en ortopedia describió diversas emociones negativas que las personas podían experimentar tras la cirugía. Se mencionaron sentimientos de soledad, dudas sobre si la recuperación iba bien y dependencia de familiares para la higiene y otras actividades cotidianas⁵⁸. Muchas personas querían la tranquilidad que aportan las enfermeras, pero evitaban llamar a la consulta por miedo a molestar⁵⁸. Por eso, el seguimiento telefónico rutinario es una vía clave para ofrecer una oportunidad accesible de plantear dudas que, de otro modo, los pacientes más vulnerables podrían guardarse⁶⁶.

En este contexto, las personas que viven solas y no cuentan con un apoyo familiar fiable son las más vulnerables a tener dificultades durante el posoperatorio^{9,57}.





Comunicación sanitaria y desigualdades en salud



Dr. Francesco Venneri

Director del Centro de Gestión del Riesgo Clínico y Seguridad del Paciente, Región de Toscana, Italia¹⁵

“

Existen barreras lingüísticas: no solo las lenguas extranjeras, también los dialectos y las diferencias en el nivel educativo. Puede que una persona paciente no llegue a comprender del todo el lenguaje técnico que utilizamos, y eso puede afectar a su capacidad para seguir las indicaciones o implicarse en su atención. Por eso, es fundamental transmitir la información de forma sencilla, sin abusar de tecnicismos.”

La capacidad de entender e interpretar la comunicación sanitaria es también una dimensión importante de las desigualdades en salud en el contexto de la cirugía ambulatoria. En este tipo de intervenciones, la comunicación suele ser muy condensada y se ofrece con poco margen de tiempo, antes o después de la operación, cuando las personas pacientes van con prisa, están nerviosas o notan los efectos de la sedación^{9,67,68}.

En la literatura en inglés, un dominio limitado del idioma se asocia con frecuencia a peores resultados asistenciales, sobre todo en aspectos del proceso de atención como^{67,69} la comprensión del consentimiento y de las instrucciones al alta⁶⁸. Esto puede tener consecuencias reales: las personas pacientes con un dominio limitado del inglés presentan un peor control del dolor cuando no hay un intérprete presente en el momento del alta⁶⁸.

Cuando la comunicación es deficiente, los pacientes pueden parecer clínicamente estables al recibir el alta, pero comprender peor cómo recuperarse con seguridad en casa⁶⁹.

La alfabetización en salud es otro ámbito en el que pueden aparecer desigualdades. Una buena alfabetización en salud es un predictor importante de la calidad de la recuperación en cirugía ambulatoria⁷⁰, pero las intervenciones de alfabetización en salud en el ámbito quirúrgico son poco frecuentes, muy dispares y están mal evaluadas en la literatura⁷¹, lo que pone de manifiesto un desajuste entre las necesidades de las personas pacientes y la práctica actual.

Las enfermeras desempeñan un papel esencial en la comunicación con los pacientes durante el periodo perioperatorio y en el postoperatorio; su contacto directo con ellos las convierte en una fuente clave de apoyo y orientación.



Daniela Matos Enfermera jefa,
Unidade Local de Saúde de Santo
António, Portugal¹⁵

“ En Portugal, la cirugía ambulatoria [ha crecido notablemente] desde que se implantó en 2008. Realizamos una preevaluación muy minuciosa, ya sea por teléfono o, cada vez más, por vía digital. La interacción con el paciente se da en cada punto de contacto, donde aporta o recibe información.

Tras la evaluación previa, el cirujano y el paciente decidirán si la intervención es adecuada; después, el paciente pasará por el anestesiólogo y por enfermería antes de fijar el día de la cirugía. Al salir de la consulta ya tiene asignada la fecha. Más tarde, se le contactará para realizar nuevas consultas online con el equipo de enfermería y comprobar de nuevo que todo está en orden.

Al llegar al centro de cirugía ambulatoria, se pasa directamente a la cama o al sillón preoperatorio. Nos aseguramos de que se cumplan estrictamente los criterios, con preguntas obligatorias sobre comprensión de la información sanitaria y la presencia de un acompañante responsable. Siempre hay disponible un número de teléfono y una app, para que los pacientes puedan comunicarse y participar durante todo el proceso.”

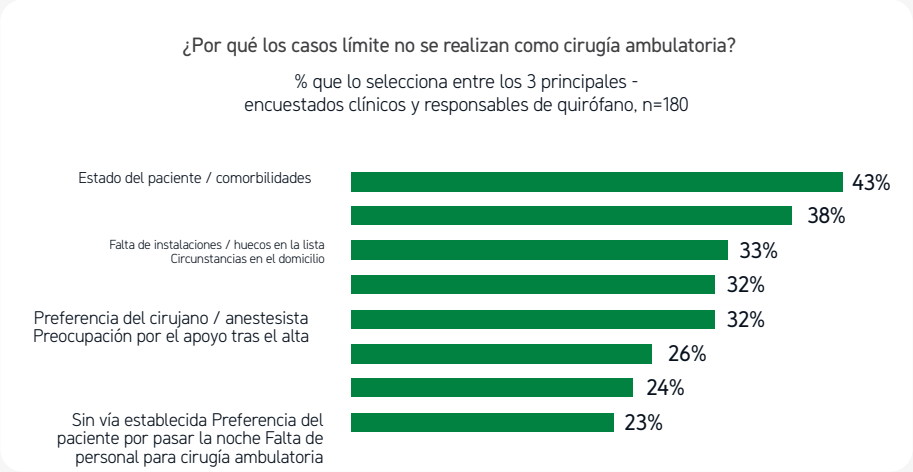


Barreras para escalar

Las barreras para que los países adopten la cirugía ambulatoria como estándar son multifactoriales y pueden variar según el país, la especialidad y el itinerario asistencial.

Los resultados de la encuesta lo confirman claramente: las personas encuestadas mencionan una combinación de motivos clínicos, operativos, de personal y relacionados con el paciente por los que los casos límite o aptos no se realizan como cirugía ambulatoria¹⁴. No predominó ninguna barrera en particular, lo que sugiere que ampliar la cirugía ambulatoria exige soluciones a nivel de sistema, más que intervenciones aisladas¹⁴.

Figura 4



Fuente: encuesta de cirugía ambulatoria de Mölnlycke, Censuwide, 2-22 de abril de 2026.
Base: personal clínico encuestado y responsables de quirófano, n=180

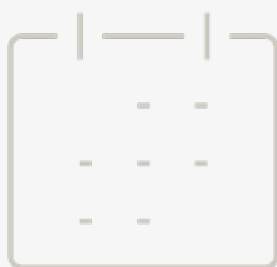




Barreras operativas y organizativas

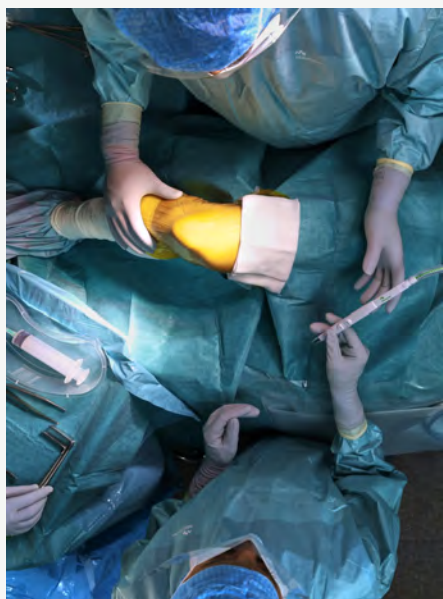
Infraestructura específica y capacidad electiva protegida

Las pruebas y la experiencia de las partes interesadas recopiladas en nuestras entrevistas señalan de forma constante la “disputa” entre la cirugía electiva programada (incluida la de día) y la actividad urgente por el tiempo de quirófano, las camas, el espacio de recuperación y la atención del personal. En la encuesta, el 28% afirmó que “procedimientos que podrían realizarse con seguridad como cirugía mayor ambulatoria se hacen en su lugar como cirugía con ingreso” a menudo o siempre¹⁴. Se trata de una barrera práctica importante, especialmente en unidades con una utilización del quirófano muy elevada. Cuando los casos ambulatorios comparten el mismo espacio físico, las mismas bolsas de personal y las mismas vías de escalado que las rutas de hospitalización y urgencias, la cirugía electiva de día puede verse desplazada, cancelada o convertirse en estancias de una noche^{3,29}. Esto reduce la fiabilidad del circuito y la confianza del personal clínico en la cirugía de día.



Por ello, los sistemas con mejores resultados protegen la capacidad de cirugía mayor ambulatoria mediante unidades específicas de cirugía ambulatoria/de día cuando es viable, o recurriendo a una «separación virtual», por ejemplo con listas reservadas, capacidad dedicada de reanimación y alta, y vías claras de escalado cuando no es posible una separación completa. Esto se reflejó en la encuesta: el 33% de las personas encuestadas señaló que los casos límite no se realizan como cirugía de día por falta de una instalación adecuada de cirugía de día o por falta de disponibilidad en las listas. En los países nórdicos esta cifra fue aún mayor (42%), lo que indica que incluso sistemas relativamente maduros pueden encontrarse con limitaciones prácticas de capacidad¹⁴.

En el Reino Unido, la creación, siempre que ha sido posible, de centros específicos de cirugía electiva de gran volumen y baja complejidad, junto con la separación de emplazamientos quirúrgicos «calientes» y «fríos»⁷², ha sido clave para alcanzar algunas de las tasas más altas del mundo en cirugía de día. Estados Unidos⁷³ y Canadá⁷⁴ también cuentan con «centros de cirugía ambulatoria» específicos para ofrecer un espacio exclusivo para procedimientos ambulatorios. Además, las personas encuestadas en el Reino Unido fueron especialmente propensas a citar la preocupación por el apoyo tras el alta como motivo por el que los casos no se convierten en cirugía de día (49% frente al 32% en el conjunto), lo que sugiere que la infraestructura por sí sola no basta si no se cuenta con circuitos de recuperación igual de sólidos más allá del hospital.



Esta revisión concluyó que la combinación de servicios, el volumen de procedimientos y la infraestructura contribuyeron a las diferencias en las tasas de cirugía ambulatoria, lo que sugiere que la organización hospitalaria es un factor clave que impulsa dichas tasas¹¹.

Priorización por parte de la dirección y capacidad de cambio

Una de las barreras más relevantes para aumentar las tasas de cirugía mayor ambulatoria que se mencionó en las entrevistas es la falta de un enfoque claro en las políticas organizativas y la ausencia de circuitos estandarizados concebidos para prestar cirugía ambulatoria.

Nuestras entrevistas apuntan a que los proveedores que maximizan de forma sistemática la cirugía mayor ambulatoria suelen tratarla como una prioridad de gestión. Esto se traduce en una responsabilidad claramente asignada, hitos de implantación y coordinación entre la programación, la preevaluación, los quirófanos, las plantas y la reanimación, los procesos de alta, las compras y los equipos de datos. Bajo presión operativa, la ampliación de la cirugía ambulatoria programada puede estancarse si la atención y los recursos de la dirección se destinan a otras áreas, o porque los líderes son prudentes para no dar la impresión de que se están entrometiendo en el «terreno clínico».

En nuestro consejo asesor, escuchamos que los programas con mejores resultados lo abordan estableciendo una gobernanza clínica/operativa conjunta, con derechos de decisión explícitos, y una sólida capacidad de gestión de proyectos y del cambio, con medición rutinaria, bucles de retroalimentación y resolución de incidencias tanto a nivel de listas como de circuitos asistenciales. La encuesta puso de relieve la preocupación de que la disciplina operativa sigue siendo irregular. Con frecuencia, las personas encuestadas señalaron barreras de proceso evitables, como las preferencias del personal clínico, el acceso a las listas y las dudas sobre los circuitos de escalado, además de carencias de infraestructura¹⁴.

En Europa, Alemania ha adoptado la cirugía mayor ambulatoria con relativa lentitud (aunque las reformas recientes han impulsado el crecimiento de sus tasas), especialmente si se compara con sistemas sanitarios de alto rendimiento similares. En la literatura, las históricamente bajas tasas de cirugía ambulatoria se han vinculado a incentivos financieros en Alemania que, en cambio, han premiado las estancias hospitalarias⁴. Sin embargo, una revisión de la evidencia con métodos mixtos encontró una variación significativa en la provisión de cirugía ambulatoria, incluso entre hospitales que operaban bajo el mismo marco financiero¹¹.

Un reto concreto aparece cuando los casos de cirugía mayor ambulatoria se realizan junto con procedimientos de hospitalización. Cuando estas dos vías compiten por el mismo personal, el mismo espacio y los mismos recursos, a los hospitales les cuesta mantener la cirugía ambulatoria como opción por defecto³. Varios países con alto rendimiento, incluido Estados Unidos, recurren a centros de cirugía ambulatoria que se dedican exclusivamente a procedimientos ambulatorios, evitando estos problemas.

En resumen, si el flujo de quirófano, los protocolos del paciente, el transporte y la cultura de trabajo están pensados para un modelo de hospitalización, las tasas de cirugía ambulatoria no despegarán.

Incentivos financieros desalineados

Los incentivos financieros desalineados pueden suponer un obstáculo difícil de superar para aumentar las tasas de cirugía ambulatoria en los países donde existen⁴.

Una comparación de las tasas de cirugía ambulatoria en 13 países de la OCDE reveló que los tres países con peor desempeño en el momento de la revisión (Austria, Alemania y Suiza) tenían incentivos financieros desalineados⁴. En Austria, tanto los sistemas de pago como los financiadores de la cirugía ambulatoria frente a la cirugía con ingreso eran distintos, lo que suponía una barrera importante para trasladar la actividad a entornos ambulatorios⁴.

En Alemania, la arraigada separación institucional entre la atención ambulatoria en consultas y la atención hospitalaria con ingreso hizo que los hospitales que realizaban cirugía ambulatoria recibieran reembolsos pensados para consultas privadas, sin llegar a cubrir sus mayores costes fijos. En Suiza, la cirugía con ingreso de día bajo pagos basados en los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) podía reducir el reembolso hospitalario, en lugar de ahorrar dinero, generando un desincentivo financiero perverso para la cirugía ambulatoria⁴.

Además del despliegue operativo y la infraestructura necesarios para la cirugía ambulatoria, unos incentivos financieros desalineados pueden suponer una barrera estructural importante para sacar la atención de los entornos de hospitalización, premiando de forma perversa un modelo quirúrgico menos eficiente⁴.

Incluso en países donde los incentivos financieros están bien alineados, la falta de financiación protegida y de capacidad para la cirugía ambulatoria puede hacer que los recursos se desvíen hacia la cirugía con ingreso, al ser el modelo asistencial más consolidado¹¹.



Variación clínica y cultural entre equipos



Profesor Jaideep Pandit

Catedrático y profesor de Anestesia,
Universidad de Oxford, Reino Unido¹⁵

“

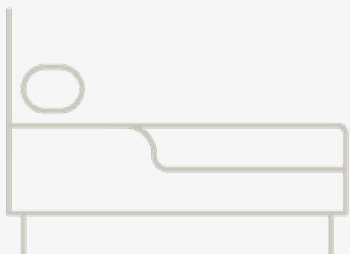
La formación quirúrgica arraigada puede ser un obstáculo. A los cirujanos se les enseña a menudo a considerar determinadas intervenciones como propias de ingreso, por motivos buenos y otros no tanto. Puede que les cueste dar el paso de la hospitalización a la cirugía mayor ambulatoria: llámalo factor psicológico, costumbre, inercia o una mala experiencia.”

Varios estudios muestran que la variabilidad de la práctica local puede ser un reto dentro de los sistemas. Por ejemplo, en Irlanda en 2019, las tasas de cirugía ambulatoria en la colecistectomía laparoscópica oscilaron del 0% a más del 90% según el hospital, y las diferencias entre equipos quirúrgicos explicaban una parte importante de esa variación¹⁰. Del mismo modo, en EE. UU., persisten variaciones no explicadas entre instituciones incluso tras ajustar por factores del paciente. Esto fue especialmente frecuente en intervenciones de mama, endocrinas y de hernia¹⁶.

Además, aunque nuestra encuesta reveló que el 44% considera la cirugía ambulatoria un ámbito “gratificante y de alta calidad” para trabajar, el 31% sigue viéndola como de “menor estatus” que el trabajo con ingreso¹⁴.

En conjunto, este informe sostiene que existe una tensión importante entre las políticas impulsadas de arriba abajo y una cultura promovida desde abajo por los consultores, y que es necesario resolverla para aprovechar al máximo los beneficios de la cirugía ambulatoria. Es preciso desarrollar normas clínicas compartidas en paralelo a los esfuerzos de política para ampliar la cirugía ambulatoria. También es clave identificar y escalar ejemplos de buenas prácticas clínicas dentro de los sistemas, ya que la innovación temprana suele estar liderada por clínicos individuales y equipos quirúrgicos.

Barreras para los pacientes



Aunque en muchos países la cirugía mayor ambulatoria goza de una alta aceptación por parte de los pacientes, y se prioriza recuperarse en casa frente a permanecer ingresado, es importante seguir poniendo el foco en la experiencia del paciente, sobre todo a medida que la cirugía ambulatoria traslada el trabajo de recuperación del hospital al hogar⁹. Incluso una intervención menor puede implicar dolor, náuseas y cansancio, y los sistemas sanitarios necesitan mecanismos sólidos para alinear expectativas, aplicar protocolos de recuperación mejorada y realizar seguimiento en el domicilio. A medida que se amplía el alcance de la cirugía ambulatoria, es esencial mantener la experiencia del paciente como una prioridad.

Este fue uno de los mensajes más claros de la encuesta. La condición física del paciente, las comorbilidades o la complejidad del procedimiento fue el motivo más señalado por el que los casos no se realizan como cirugía ambulatoria (43%), seguido de las circunstancias en el hogar, como vivir solo, la distancia de desplazamiento o la falta de apoyo de un cuidador (38%). Las preocupaciones sobre el apoyo tras el alta o la escalada asistencial si surgen complicaciones fueron seleccionadas por el 32%¹⁴.

Además, la aceptación de la cirugía ambulatoria por parte de los pacientes varía entre países. Hay países, como Japón, donde las estancias hospitalarias más largas son una expectativa cultural⁷, lo que puede hacer que la cirugía ambulatoria choque con las expectativas de los pacientes en esos lugares.

La encuesta también apunta a diferencias culturales y de madurez de los circuitos asistenciales entre los distintos sistemas sanitarios. Las personas encuestadas en el Reino Unido pusieron un énfasis especial en el alta segura y en el apoyo para la recuperación en casa, mientras que en los países nórdicos se mencionaron con más frecuencia las limitaciones de listas y de instalaciones, lo que sugiere que las barreras cambian a medida que los sistemas evolucionan. Los sistemas menos maduros quizá necesiten primero aumentar su capacidad, mientras que los más avanzados tienden cada vez más a centrarse en la confianza del paciente, la calidad del alta y la fiabilidad del itinerario asistencial¹⁴.



Factores que facilitan la ampliación de la cirugía mayor ambulatoria

En los países con mejor desempeño, las altas tasas de cirugía ambulatoria se explican por un enfoque político claro en aumentar los casos de día, incentivos financieros bien alineados y capacidad de respuesta a las mejores prácticas clínicas sobre el terreno.

Esto se traduce en circuitos muy estandarizados, capacidad protegida y la expectativa de que, por defecto, los procedimientos adecuados se realicen como cirugía ambulatoria. Habitualmente, estos países fijan objetivos ambiciosos de casos de día y buscan ampliar de forma continua el abanico de procedimientos y los perfiles de pacientes cubiertos por la cirugía ambulatoria.

Los resultados de la encuesta respaldan firmemente esta interpretación. Las personas encuestadas señalaron que la combinación de intervenciones en circuitos, infraestructuras, tecnología y participación del paciente es la vía más eficaz para acelerar el crecimiento de la cirugía ambulatoria, lo que refuerza que ninguna palanca, por sí sola, es suficiente. En conjunto, la fiabilidad y la estandarización son fundamentales¹⁴.

Figura 5



Fuente: encuesta de Mölnlycke sobre cirugía ambulatoria, Censuswide, 2-22 de abril de 2026.
Base: participantes del área de compras, n=35.

Diseño de itinerarios asistenciales



A medida que se avanza hacia la cirugía mayor ambulatoria, los sistemas están pasando de una cirugía centrada en el hospital y basada en camas —con una minoría de casos realizados como procedimientos de día— a modelos quirúrgicos guiados por itinerarios, donde el trabajo previo a la intervención (evaluación de riesgos, triaje digital) y posterior (movilización temprana y seguimiento remoto) resulta clave para que el sistema funcione¹⁵. Los miembros de nuestro panel del consejo asesor nos indicaron que una gestión eficaz de todo el itinerario debe ir de la mano de que los cirujanos determinen qué nuevos procedimientos pueden realizarse como cirugía de día¹⁵.

Un diseño de la vía asistencial claramente orientado a lograr el alta el mismo día es un requisito imprescindible para aumentar con éxito las tasas de cirugía mayor ambulatoria. Las respuestas de la encuesta lo confirman: el 27% señaló unas vías clínicas y unos protocolos de alta más estandarizados como una de las principales diferencias prácticas para ampliar la cirugía ambulatoria, y otro 26% destacó programas específicos de formación del personal¹⁴.

Es importante que las vías de cirugía ambulatoria constituyan un circuito de pacientes diferenciado, separado de los procesos de hospitalización³ (y, a ser posible, también de los entornos de hospitalización). Disponer de capacidad ambulatoria protegida es, probablemente, la señal institucional más contundente para que la cirugía sin ingreso sea la opción por defecto. Cuando no es posible contar con un edificio o centro específico para cirugía ambulatoria, esa capacidad protegida puede traducirse en tiempo de quirófano reservado, un área de recuperación protegida, recursos específicos para la preevaluación y el alta, y separación de los circuitos de urgencias^{3,24}. Fue una de las medidas con mayor respaldo en nuestra encuesta: el 32% de las personas encuestadas eligió instalaciones de cirugía ambulatoria diseñadas específicamente o centros quirúrgicos como un factor clave para seguir ampliando la capacidad. Europa Central apoyó especialmente este enfoque (42%), lo que sugiere que la infraestructura sigue siendo una limitación especialmente relevante en algunos países¹⁴.



En la encuesta,

94%

de los encuestados del área de compras confirmaron que la capacidad de personalizar y estandarizar packs personalizados para vías asistenciales específicas era importante al valorar a un proveedor o socio de soluciones».



La personalización del equipamiento y los consumibles también parece clave para ampliar la cirugía mayor ambulatoria de forma eficiente. Fue la opción mejor valorada dentro de ese subgrupo, lo que sugiere que las personas encuestadas ven los packs personalizados para procedimientos de CMA como una herramienta de la ruta asistencial capaz de mejorar el flujo en quirófano, reducir retrasos y hacer que las listas de CMA de mayor volumen funcionen con más fiabilidad.

La cirugía mayor ambulatoria suele exigir un mayor nivel de estandarización y protocolización que las vías de hospitalización, porque el sistema tiene menos margen para escalar incidencias y hay menos oportunidades de recuperar retrasos a lo largo del día. Por ello, ampliar la cirugía ambulatoria debe ser una prioridad para la dirección del hospital. Una vez establecidos los protocolos, los responsables del hospital también deberían centrarse en su cumplimiento, por ejemplo mediante formación, listas de verificación, auditorías, recogida de comentarios y resolución rápida de incidencias. Esto ayuda a garantizar que la vía sea coherente entre equipos.

Las vías de cirugía ambulatoria deberían demostrar: 3,9,11,20,29,55

- + Protocolos estandarizados y previamente acordados
- + Una lista definida de procedimientos adecuados
- + Criterios explícitos de inclusión y exclusión de pacientes
- + Ingresos escalonados “justo a tiempo”
- + Preparación del paciente y preevaluación integral
- + Movilización temprana y criterios de alta funcional (en lugar de criterios de alta basados en el tiempo)
- + Alta gestionada por enfermería
- + Programación de los pacientes aptos a primera hora del día
- + Apoyo tras el alta
- + Seguimiento del paciente y criterios de escalado, incluida una vía fiable para el apoyo tras el alta
- + Formación continua del personal y apoyo a la implantación

Recuperación en casa

Lo que ocurre en el hospital —una valoración previa ágil, la cirugía y el alta — es una pieza clave para que la cirugía mayor ambulatoria funcione, pero también lo es facilitar una buena recuperación en casa²⁰.

La recuperación en casa tras una cirugía ambulatoria traslada la responsabilidad de los cuidados del equipo clínico del hospital al paciente o a su cuidador, por lo que es imprescindible un traspaso de información claro. La recuperación debe empezar antes de que el paciente salga del hospital, con una educación sanitaria completa. Los pacientes deberían disponer de instrucciones tanto por escrito como verbales, y los estudios sugieren que pueden olvidar hasta el 80% de lo que se les explica de viva voz⁷⁴. Esta fue la intervención práctica más elegida en la encuesta: el 34% optó por la educación del paciente para ajustar las expectativas sobre la cirugía ambulatoria y la recuperación en casa¹⁴, lo que subraya que la confianza y la preparación del paciente son tan importantes como la eficiencia dentro del hospital.

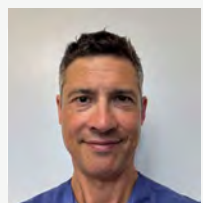


Profesora Karine Nouette-Gaulain

Jefa de Departamento, Anestesia, Cuidados Críticos y Medicina Perioperatoria, Hospital Infantil y Maternidad Aliénor d'Aquitaine, Hospital Universitario de Burdeos, Francia⁷⁸

“El problema de la cirugía ambulatoria es que a los pacientes les da miedo irse a casa. Tienen miedo y, a menudo, tenemos que tranquilizarlos: si no va bien, se quedará a pasar la noche. En cuanto termina la intervención, ya están deseando volver a casa.”

A medida que la cirugía mayor ambulatoria traslada la recuperación al hogar, la prevención de infecciones y el cuidado de la herida cobran aún más importancia. Las infecciones posoperatorias pueden ser más difíciles de detectar de forma temprana en el ámbito comunitario y pueden aparecer después de que el paciente haya dejado de estar bajo la supervisión directa del equipo quirúrgico⁷⁹. Por ello, los circuitos asistenciales deben incluir instrucciones claras para el cuidado de la herida, reforzar la comprensión del paciente sobre qué síntomas son esperables frente a cuáles indican complicaciones, y fomentar el uso constante de apósitos adecuados y de buenas prácticas de control de infecciones^{79,80}. Esto debe ir acompañado de vías para solicitar asesoramiento clínico. Es especialmente relevante al ampliar la cirugía en el mismo día a procedimientos de mayor complejidad o a grupos de pacientes con mayor riesgo. También hay oportunidades para orientar a los pacientes sobre la preparación preoperatoria óptima para reducir la probabilidad de infección, por ejemplo mediante el baño preoperatorio⁸¹.



David Bunting

Consultor en Cirugía Esófago-gástrica y Pared Abdominal, North Devon District Hospital
Miembro del órgano de gestión, Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria
Expresidente, Asociación Británica de Cirugía mayor ambulatoria, Reino Unido

“Cada vez que hemos analizado resultados comunicados por los propios pacientes, hemos visto que, en general, probablemente en más del 95% de los casos, prefieren la cirugía de día. Por lo común, prefieren recuperarse con la comodidad de estar en su propia casa.”



Los pacientes también deben comprender la diferencia entre las molestias normales tras la cirugía y las complicaciones graves⁷⁹. Deben contar con una vía sólida para solicitar apoyo adicional si aparecieran complicaciones graves. Debe existir una estrategia proactiva, y no reactiva, para manejar los síntomas relacionados con el dolor. Las náuseas y los vómitos postoperatorios (NVPO) son una de las principales causas de reingreso hospitalario no planificado⁸². Los circuitos asistenciales eficaces deberían incluir antieméticos de “rescate” para su uso en casa⁸³.

Los pacientes también deben conocer plazos realistas de recuperación, incluido cuándo pueden retomar actividades habituales como conducir, volver a la actividad física y reincorporarse al trabajo, para no poner en riesgo el proceso de recuperación⁸⁴.

Es fundamental mantener un seguimiento continuo y una comunicación constante con el paciente en su domicilio⁹. El Centre for Perioperative Care recomienda una llamada de seguimiento a las 24 horas por parte de una enfermera para detectar pequeños problemas antes de que vayan a más⁸⁵. Además, las llamadas de seguimiento se asocian con una mayor satisfacción del paciente y más confianza⁶⁶.



Personal

La cirugía ambulatoria funciona mejor cuando hay un equipo específico dedicado a los casos de día. Alcanzar el alto volumen que permite la cirugía ambulatoria exige que el personal del hospital tenga funciones bien definidas dentro del circuito de cirugía ambulatoria y experiencia en la realización de este tipo de intervenciones^{9,29}.

Un circuito sólido de cirugía ambulatoria debería desglosar cada caso en fases diferenciadas, con el personal asumiendo claramente la responsabilidad de las distintas funciones^{3,9,28}.

Tabla 4

Función en el circuito	Qué debe hacer el puesto	Por qué es importante
Evaluación preoperatoria y selección	Comprobar la idoneidad clínica, el apoyo social y si la recuperación en casa es viable	Evita altas fallidas el mismo día y una selección no segura ^{9,29}
Coordinación de la lista	Situar a los pacientes adecuados con suficiente antelación en la lista quirúrgica	Reserva tiempo para la movilización del paciente, el control de síntomas y el alta ²⁹
Recuperación y alta	Aplicar criterios funcionales de alta para el dolor, las náuseas, la movilidad y el sangrado	Hace que las decisiones de alta sean más uniformes y dependan menos del criterio clínico o de criterios basados en el tiempo ²⁹
Educación del paciente	Explicar en qué consistirá realmente la recuperación en casa y cuándo hay que pedir ayuda	Ayuda a ajustar las expectativas sobre la recuperación tras la operación ⁹
Apoyo tras el alta	Facilitar un teléfono de contacto, seguimiento proactivo o apoyo comunitario cuando sea necesario	Tranquiliza a los pacientes y permite detectar problemas a tiempo ⁹
Datos y apoyo a la coordinación	Hacer seguimiento del flujo de pacientes, los resultados y las complicaciones entre centros/unidades	Favorece la estandarización y la mejora continua ^{3,29}

Estas funciones no encajan del todo con los modelos actuales de hospitalización, por lo que deben diseñarse a medida para la cirugía ambulatoria, con la formación y el desarrollo adecuados para el personal que pasa a la cirugía mayor ambulatoria. Esto se refleja directamente en la encuesta: el 26% señaló como intervención prioritaria programas de formación específicos para el personal de quirófano, planta y reanimación, mientras que en otra pregunta el 88% consideró importante que proveedores y socios aporten formación, educación y refuerzo de capacidades clínicas¹⁴.

Debe prestarse una atención especial a las enfermeras dentro de la plantilla de cirugía mayor ambulatoria: son los profesionales sanitarios que más tiempo pasan con los pacientes y desempeñan un papel esencial para acompañarlos con seguridad a lo largo de todo el proceso¹⁵. La cirugía es un momento de gran vulnerabilidad para los pacientes, y las enfermeras pueden ofrecerles apoyo tanto práctico como emocional durante este periodo, asegurándose de que sus necesidades se escuchen y se atiendan¹⁵.



Jaana Perttunen

Presidenta, Asociación Europea de Enfermería de Quirófano

Finlandia¹⁵

“

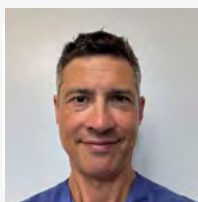
Acompañar a los pacientes durante todo el proceso de cirugía mayor ambulatoria es una labor de enorme importancia para las enfermeras.”



Tecnología

Con las vías asistenciales y los incentivos adecuados, la tecnología es un factor clave para ampliar las fronteras de la cirugía ambulatoria.

La cirugía robótica, por ejemplo, es cada vez más compatible con la cirugía ambulatoria, ya que facilita intervenciones mínimamente invasivas y reduce el tiempo de recuperación necesario²⁸. Hoy, más del 50% de las prostatectomías radicales asistidas por robot en Estados Unidos se realizan con alta el mismo día, con un gasto un 20% menor que el ingreso hospitalario⁸⁶.



David Bunting

Consultor de Cirugía Esófago-gástrica
y Pared abdominal, North Devon
District Hospital

Miembro del órgano de dirección, Asociación
Internacional de Cirugía Ambulatoria

Expresidente, Asociación Británica de
Cirugía Mayor Ambulatoria, Reino Unido

“Las plataformas robóticas nos están permitiendo realizar muchas reparaciones de hernia ventral que antes habrían requerido varias noches de ingreso —quizá cuatro o cinco, con drenajes—, y convertirlas en cirugía mayor ambulatoria, sin necesidad de drenajes.”

En la recuperación en casa, la salud digital y las herramientas de monitorización remota ayudan a lograr altas más tempranas y seguras. El seguimiento por telemedicina en pacientes quirúrgicos obtiene valoraciones de satisfacción de “muy buena” por parte del 80,6% de los pacientes, y se han demostrado ahorros de costes de más de \$1 million a lo largo de periodos de cinco años. En Australia, un modelo de colecistectomía aguda en cirugía ambulatoria con monitorización remota ahorró 1,7 días por paciente y AU\$1,416 por caso frente a la atención convencional con ingreso⁸⁷.

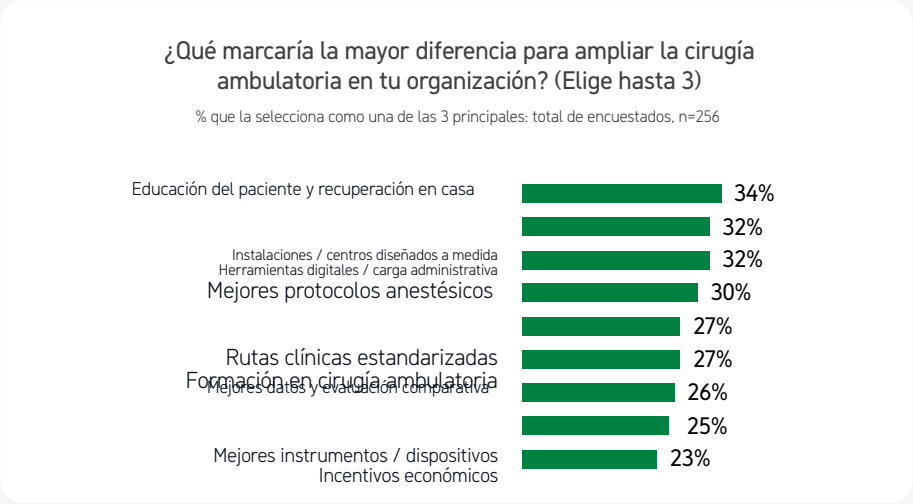
“Estamos viendo cómo la monitorización remota se utiliza en casa. Las plataformas de “hospitalización virtual” empezaron aplicándose en la atención urgente de un solo día dentro del ámbito médico. Ahora las estamos viendo en el entorno posoperatorio: que los pacientes se vayan a casa con monitorización remota aporta mucha tranquilidad tanto a los clínicos como a los propios pacientes en determinados procedimientos.”

Figura 6

32%

afirmó que las herramientas digitales / la carga administrativa ayudarían a marcar la mayor diferencia para ampliar la cirugía ambulatoria

Palancas de política y financiación



Fuente: encuesta de cirugía mayor ambulatoria de Mölnlycke, Censuwide, 2-22 de abril de 2026. Base: todas las personas encuestadas.

Dadas las claras ventajas de la cirugía ambulatoria en términos de ahorro de costes,⁴ liberación de capacidad^{19,23}, eficiencia⁴ y satisfacción del paciente⁹, existe un fuerte incentivo para priorizarla como opción por defecto. Las barreras y los factores que facilitan aumentar la cirugía ambulatoria son múltiples, por lo que las políticas deben diseñarse con cuidado y tener en cuenta posibles desigualdades en salud y consideraciones de seguridad.

Los resultados de la encuesta refuerzan claramente esta necesidad de priorización¹⁴. Los encuestados señalaron una combinación de innovación clínica, demanda de los pacientes, presión por la eficiencia, consideraciones de seguridad y objetivos políticos explícitos como principales impulsores del cambio hacia la cirugía ambulatoria, lo que sugiere que el impulso lo generan varias fuerzas a la vez, y no una única palanca de política¹⁴.

Un incentivo potente a nivel de sistema es utilizar la comparación entre países y el benchmarking para impulsar la adopción. La revisión de 13 países de la OCDE⁴ mostró que todos identificaban la transición a la cirugía ambulatoria como una prioridad estratégica, pero diferían en el grado de apoyo a esa prioridad mediante regulación, reforma de pagos y rendición de cuentas. Los informes comparativos pueden demostrar que unas tasas bajas de cirugía ambulatoria no son inevitables y que es posible avanzar. Además, ayudan a justificar el uso de otros mecanismos de política al poner de relieve el rendimiento relativo inferior. El benchmarking también contribuye al convertir la cirugía ambulatoria en un indicador de desempeño medible, incentivando a los sistemas locales a cumplir objetivos y demostrar el cumplimiento.



El 27% de las personas encuestadas señaló el coste o la presión presupuestaria como un factor clave para la expansión de la cirugía ambulatoria¹⁴.

Los incentivos económicos pueden enviar señales al sistema sobre dónde conviene invertir y qué debe ser prioritario. Un buen ejemplo es Hungría, donde quienes diseñan las políticas reasignaron primero capacidad hospitalaria de hospitalización que estaba infrautilizada hacia la cirugía mayor ambulatoria («cirugía de un día» en el sistema húngaro). Al principio, Hungría imponía topes de volumen para la cirugía de un día, que eliminó en 2015. Para impulsar aún más su adopción, en 2017 Hungría añadió un incremento del 10% en el pago de estos procedimientos, alineando mejor sus incentivos financieros con los resultados que quería lograr¹⁹. Entre 2010 y 2019, Hungría vio cómo las tasas de casos ambulatorios en los procedimientos incluidos pasaban del 42% al 80%, mientras que los días de hospitalización descendían un 17% en el mismo periodo. En general, los sistemas sanitarios deberían, como mínimo, asegurarse de que no existan desincentivos económicos para la cirugía de un día⁴.

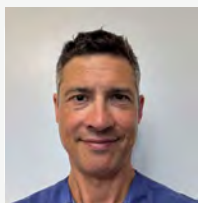
La regulación y las políticas también pueden funcionar incluso sin palancas financieras. Suiza ha aplicado con éxito normas obligatorias de sustitución para trasladar determinados procedimientos a la atención ambulatoria, incluso después de retirar el reembolso mejorado en 2017⁵. Esto ha hecho que la cirugía de un día sea más asequible para el sistema sanitario suizo, aumentando su atractivo para quienes gestionan los presupuestos nacionales, a la vez que protege los avances hacia la cirugía de un día que se habían conseguido mediante señales financieras. La encuesta indica que la política puede ser eficaz cuando se combina con la viabilidad clínica¹⁴. En conjunto, el factor más señalado para el crecimiento de la cirugía de un día fueron las mejoras en las técnicas quirúrgicas y en los protocolos de recuperación (36%), por delante de presiones puramente financieras o regulatorias. Esto sugiere que los mandatos resultan más creíbles cuando están respaldados por una capacidad clínica práctica¹⁴.



También es importante ser prudentes con los incentivos económicos, porque pueden ser instrumentos poco precisos. La experiencia de Inglaterra con la English Best Practice Tariff sí generó efectos positivos indirectos, al impulsar y hacer crecer determinados procedimientos seleccionados. Sin embargo, con el tiempo los beneficios se fueron debilitando y los incentivos tarifarios también apuntan a una desviación de recursos e inversión desde procedimientos no priorizados dentro de la cartera de cirugía programada, de modo que parte de las mejoras se lograban a costa de otras áreas⁸⁸. Los resultados de la encuesta respaldan esta cautela. Las personas encuestadas no consideraron suficiente la presión financiera por sí sola y, en cambio, situaron la educación del paciente, los centros diseñados específicamente, las herramientas digitales y el rediseño de los itinerarios asistenciales entre las intervenciones más prácticas para seguir creciendo¹⁴.

La evidencia irlandesa también muestra por qué los incentivos financieros deben ir de la mano de cambios operativos, una atención rediseñada y capacidad protegida. En el caso de Irlanda, ni la financiación basada en la actividad ni un incentivo de precio específico para la colestectomía laparoscópica en cirugía mayor ambulatoria lograron un cambio medible en las tasas de cirugía ambulatoria ni en la estancia media⁸⁹. El ejemplo irlandés demuestra que la reforma financiera puede fracasar cuando es demasiado débil en relación con el esfuerzo operativo necesario para acceder a ella; los hospitales pueden limitarse a absorber la señal sin rediseñar la atención. Las señales de política solo funcionan cuando incentivan que la cirugía ambulatoria pase a ser una prioridad de gestión.

Otra alternativa sólida en materia de políticas es impulsar de forma coordinada la creación de capacidad específica, protegida o reservada para la cirugía mayor ambulatoria. La evidencia revisada mostró de manera reiterada que, cuando los servicios comparten ubicación, se difuminan las fronteras entre la atención con ingreso y la ambulatoria, con el consiguiente riesgo de que las intervenciones quirúrgicas acaben realizándose por defecto en régimen de hospitalización. El estándar de referencia para salvaguardar la cirugía ambulatoria son instalaciones dedicadas a este fin, pero responsables de políticas y directivos hospitalarios pueden valorar otras fórmulas para proteger la capacidad y los recursos destinados a la cirugía ambulatoria.



David Bunting

Consultor en Cirugía Esófago-gástrica y Pared Abdominal, responsable del órgano de gestión del North Devon District Hospital, expresidente de la International Association of Ambulatory Surgery, British Association of Day Surgery, Reino Unido

“Una de las medidas más importantes es contar con camas de cirugía ambulatoria reservadas y protegidas frente a ingresos médicos y quirúrgicos no planificados.”

Por tanto, los esfuerzos de política para mejorar las tasas de cirugía sin ingreso deben abordar el problema de forma integral: identificar las barreras y los factores facilitadores del sistema y tratar de establecer un circuito diferenciado y estandarizado para la cirugía ambulatoria. Hay distintas vías para lograrlo —desde la regulación hasta las señales financieras o las medidas de rendición de cuentas—, pero todas deben evaluarse para evitar incentivos perversos y distorsiones no deseadas. La encuesta respalda esta conclusión equilibrada. Las personas encuestadas describieron el giro hacia la cirugía ambulatoria como un cambio impulsado a la vez por la innovación, las expectativas de los pacientes, las limitaciones presupuestarias, la presión de las listas de espera y objetivos explícitos¹⁴. Por ello, los modelos de política más eficaces probablemente serán los que consigan alinear estos motores, en lugar de depender de una única intervención aislada.

También es esencial prestar la debida atención a las mejores prácticas clínicas, identificando a quienes innovan y ampliando su impacto, aprendiendo de su experiencia. Avanzar hacia mayores tasas de cirugía mayor ambulatoria depende tanto de las políticas como de la cultura organizativa: hay que tener en cuenta ambas.

Recomendaciones de política



Dr. Shaan Chhabra

Responsable de Transformación y Mejora del Flujo en el Hospital de Newham, Barts Health NHS Trust, Reino Unido¹⁵

“

El aumento de la cirugía mayor ambulatoria en el Reino Unido plantea dos retos principales: la variabilidad y la planificación. En determinados tipos de intervención, los ICB alcanzan hasta un 95% de procedimientos en régimen ambulatorio, mientras que otros, a veces dentro de la misma región, se quedan en apenas un 60%. Cerca del 20% de los casos de cirugía ambulatoria en el NHS se cancelan en la fase preoperatoria o en las 24 horas previas a la intervención, lo que dificulta planificar y operar con eficiencia.

En un proyecto reciente en el que participé para abordar las tasas de complicaciones, obtuvimos resultados muy reveladores. Vimos que los problemas relacionados con la identidad y el propósito del equipo, la llegada tardía de pacientes por procesos poco ágiles, una excesiva dependencia del hospital que acaba generando competencia por las camas, y el escaso intercambio de datos contribuían a entender peor qué mejoras podían aplicarse. Para mí, esto demostró que, si se permite a los equipos organizarse de forma intencionada para la cirugía mayor ambulatoria, podemos impulsar el éxito.”

Estas recomendaciones se debatieron y se perfeccionaron en el consejo asesor de cirugía ambulatoria¹⁵ y, posteriormente, se sometieron a una ronda adicional de revisión.

La seguridad del paciente es lo primero

La cirugía mayor ambulatoria es una herramienta clave para reducir las listas de espera de intervenciones programadas, mejorar la eficiencia hospitalaria y el flujo asistencial, y proteger la disponibilidad de camas. Sin embargo, solo es adecuada cuando es segura para los pacientes. Cualquier incentivo que promueva aumentar las tasas de cirugía mayor ambulatoria debe revisarse por el riesgo de efectos indeseados que puedan mermar la seguridad del paciente, y ajustarse en consecuencia. La cirugía mayor ambulatoria debe aportar siempre valor a los pacientes.

La seguridad del paciente debe protegerse a lo largo de todo el proceso de cirugía mayor ambulatoria, especialmente en la selección y la planificación preoperatoria, y al valorar la recuperación en casa. Los pacientes deben contar con un profesional sanitario de referencia al que contactar si surgen complicaciones posoperatorias, y deben saber qué entra dentro de una recuperación normal. Deben existir vías claras de escalada.

Los profesionales sanitarios deben priorizar los principales factores que impulsan los reingresos, prestando especial atención al control del dolor, a las náuseas y los vómitos posoperatorios, y a la infección del sitio quirúrgico (también en procedimientos mínimamente invasivos).



Hacer que la cirugía ambulatoria sea la opción por defecto cuando sea clínicamente apropiado



Bjarne Skjødt Hjaltalin

Médico jefe del Servicio de Cirugía
Mayor Ambulatoria, Hospital
Amager y Hvidovre, Dinamarca⁵⁶

“ La cirugía ambulatoria debería ser la vía principal, y el personal médico debería justificar cualquier alternativa.”

Los sistemas sanitarios deberían aspirar a que la cirugía mayor ambulatoria sea la opción por defecto en aquellos procedimientos con un claro respaldo de seguridad y que resulten clínicamente adecuados, así como para pacientes que, por su situación física y social, puedan someterse a la intervención sin ingreso. Esto puede lograrse por distintas vías, como capacidad protegida y reservada; instalaciones específicas; requisitos operativos; mecanismos de rendición de cuentas; e incentivos financieros. Debe preservarse la elección del paciente y hacer seguimiento de su satisfacción/aceptación como un indicador clave de éxito.

Sigue un enfoque en tres pasos para impulsar la cirugía ambulatoria

1. Realizar por defecto como cirugía ambulatoria los casos de alto volumen y baja complejidad, cuando sea clínicamente apropiado para el paciente
2. Reducir la variabilidad en procedimientos con buen perfil de seguridad/viabilidad pero con una implantación local desigual
3. Ampliar las fronteras de la cirugía ambulatoria identificando nuevos procedimientos y nuevas poblaciones posibles



Centrar la política sanitaria en construir circuitos asistenciales fiables

La cirugía ambulatoria debería contar con circuitos diferenciados de los de la cirugía con ingreso y diseñarse desde cero teniendo en cuenta sus particularidades. Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, conviene prestar especial atención a la selección de pacientes y a la planificación y comunicación preoperatorias. Aunque la estandarización es importante, las nuevas áreas de la cirugía ambulatoria deberían desarrollar sus propios circuitos, adaptados a sus rasgos específicos.

Los sistemas sanitarios también deberían tener en cuenta la coordinación entre los centros quirúrgicos y los servicios comunitarios y sociales, entendiendo que el recorrido del paciente en la cirugía mayor ambulatoria va más allá del hospital o la clínica.



Como el personal sanitario que pasa más tiempo cara a cara con los pacientes en el periodo perioperatorio, debe facilitarse a las enfermeras el tiempo suficiente para dedicarse a la comunicación e interacción con los pacientes.

Estandarizar los itinerarios asistenciales sin perder flexibilidad

Apostar por una estandarización adaptable dentro de los itinerarios asistenciales, garantizando que los procesos se unifiquen para reforzar líneas claras de responsabilidad, tareas repetibles, eficiencia y familiaridad del personal, sin renunciar a la flexibilidad necesaria para responder a las diferencias entre procedimientos y contextos. Innovaciones como packs personalizados pueden ayudar a aplicar este tipo de estandarización flexible en distintos tipos de procedimientos.

Proteger la capacidad para actividad programada reservando recursos y capacidad de cirugía mayor ambulatoria y creando instalaciones específicas

Evitar que el ingreso hospitalario sea la opción por defecto: reservar o, en su defecto, proteger la capacidad de cirugía mayor ambulatoria, garantizando siempre una vía de acceso a cuidados reforzados para quienes realmente los necesiten.

Incorporar la equidad desde el diseño

Los sistemas sanitarios deberían esforzarse por identificar y vigilar las desigualdades en salud relevantes a nivel local. Estas desigualdades no deberían impedir que las personas reciban cirugía mayor ambulatoria. Al contrario, los sistemas sanitarios deberían introducir ajustes que garanticen un acceso seguro a la cirugía mayor ambulatoria para pacientes vulnerables. Debe valorarse de cerca el entorno de recuperación en el domicilio y activar los servicios comunitarios adecuados para facilitar la recuperación en la comunidad cuando no exista un apoyo familiar sólido.

Debe contemplarse a los pacientes de forma integral, dando a sus circunstancias sociales el mismo peso que a los aspectos clínicos.

Comunícate con los pacientes de forma sencilla y fácil de entender

Los sistemas sanitarios deben garantizar que la comunicación con los pacientes sea una prioridad dentro de la planificación del itinerario asistencial. La información debe darse con la mayor claridad posible, evitando jerga médica y recurriendo a un intérprete cuando sea necesario. Conviene facilitar los datos importantes en el momento en que sea más probable que se recuerden y ofrecer tiempo suficiente para resolver dudas. Toda la información relevante debe entregarse por escrito, además de explicarse verbalmente. Tras la intervención, deben realizarse seguimientos rutinarios para que los pacientes puedan plantear cualquier preocupación.

Los profesionales sanitarios deben procurar dedicar tiempo a los pacientes y escuchar con empatía y atención, reconociendo que una intervención quirúrgica los sitúa en una posición de gran vulnerabilidad. Los pacientes deben comprender con claridad en qué consiste la cirugía ambulatoria, qué implica la recuperación en casa y contar con la oportunidad de otorgar un consentimiento informado.

Conclusion

La cirugía ambulatoria tiene un gran potencial para mejorar la experiencia de los pacientes en los sistemas sanitarios, al tiempo que reduce costes y libera capacidad programada para más casos de hospitalización que realmente necesitan pasar la noche. Aun así, las tasas de cirugía sin ingreso siguen variando mucho en todo el mundo, con ejemplos de adopción lenta incluso cuando se considera una prioridad del sistema. Este informe defiende un impulso amplio para aumentar estas tasas, empezando por intervenciones muy frecuentes y de baja complejidad, y ampliando el alcance mediante protocolos y circuitos asistenciales estandarizados, además de recurrir a distintas herramientas de política pública para incentivar el paso a la cirugía ambulatoria.

Referencias

1. Siciliani L. Tiempos de espera para los servicios sanitarios, salud y resultados en el mercado laboral. *Eur J Public Health* [Internet]. 1 Mar 2026;36(Supplement_2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41329126/>
2. Turney BW, Cornu JN, Schatteman P, et al. Evolución del abordaje quirúrgico endoscópico para la obstrucción prostática benigna en países europeos. *Eur Urol Focus* [Internet]. Abr 2025;11(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40189998/>
3. Rieder L, Schoder J. Estrategias para una atención ambulatoria hospitalaria exitosa: aprendizajes de Suiza y Alemania. *Hospitals (Lond)* [Internet]. Jun 2025;2(2). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2813-4524/2/2/13>
4. Kreutzberg A, Eckhardt H, Milstein R, et al. Estrategias internacionales, experiencias y modelos de pago para incentivar la cirugía mayor ambulatoria. *Health Policy (New York)*. Dic 2023;140:104968.
5. Baumann A, Wyss K. El cambio de la atención hospitalaria a la atención ambulatoria en Suiza desde 2017: procesos de política y el papel de la evidencia. *Health Policy (New York)* [Internet]. Ene 2021;125(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579560/>
6. Glowka L, Tanella A, Hyman J. Indicadores de calidad y resultados en cirugía ambulatoria. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. Ago 2023;36:624–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37871296/>
7. Rodriguez L, Bloomstone J. Comparación de resultados de referencia en cirugía mayor ambulatoria. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. Mar 2023;37 3:331–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938080/>
8. Brüngger B, Bähler C, Schwenkglenks M, et al. Procedimientos quirúrgicos en régimen de hospitalización frente a régimen ambulatorio y su posible impacto en los costes de seguimiento. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jul;125(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348846/>
9. Sig JR, Nielsen C, Bille Camilla y Thomsen JB, et al. Experiencias de los pacientes en la cirugía mayor ambulatoria: revisión sistemática cualitativa. *J Adv Nurs* [Internet]. 2025 Mar;82(1):247–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40159718/>
10. Brick A, Walsh B, Kakoulidou T, et al. Variación de las tasas de cirugía ambulatoria en los hospitales públicos irlandeses. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Nov;152:105215. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39837055/>
11. Messerle R, Hoogestraat F, Wild EM. ¿Qué factores influyen en la decisión de los hospitales de realizar procedimientos en régimen ambulatorio? Evidencia de métodos mixtos procedente de Alemania. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2024 Oct;150:105193. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39488029/>
12. Guillaumes S, Hidalgo N, Bachero I, et al. Reparación ambulatoria de hernia inguinal en España: estudio poblacional con 1.163.039 pacientes—factores clínicos y socioeconómicos asociados a la elección de la cirugía ambulatoria. *Updates Surg* [Internet]. 2022 Oct;75(1):65–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36287386/>
13. French J, Deere K, Sayers A, et al. Prótesis de cadera y rodilla en cirugía ambulatoria en Inglaterra: estudio de cohorte poblacional con datos enlazados del National Joint Registry y de Hospital Episode Statistics. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088192/>
14. Censuwide. Encuesta a profesionales clínicos y responsables de gestión hospitalaria implicados en cirugía ambulatoria (n=256). El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 2 y el 22 de abril de 2026. 2026.
15. Mölnlycke Healthcare. Comité asesor de cirugía ambulatoria, 7 de mayo de 2026. Datos en archivo. 2026.
16. Zhang C, Shariq O, Bews K, et al. Referentes de cirugía ambulatoria y patrones de variación en la práctica: estudio de casos y controles. *Int J Surg* [Internet]. 2024 Mar;110(10):6297–305. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526509/>
17. Morales-García D, García MZ, Lanza JCC, et al. Proyecto DUCMA 2.0: actualización de la situación actual de las unidades de cirugía ambulatoria en España. *Cir Esp* [Internet]. 2024 Jan;102(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38224773/>
18. Berlin NL, Brownlee S, Yu E, et al. El crecimiento de los centros de cirugía ambulatoria es más probable en condados con más recursos y menor privación, 2014–2021. *Health Affairs Scholar* [Internet]. 2025 Oct;3(11). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12596691/>
19. Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. El desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria en Hungría entre 2010 y 2019. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 Jun;22. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9210767/>
20. International Association for Ambulatory Surgery. Manual de cirugía ambulatoria [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/day_surgery_manualLiaas.pdf
21. Hirs AA, Danielsen O, Varnum C, et al. La artroplastia de cadera y rodilla en régimen ambulatorio no incrementa los contactos con el sistema sanitario: estudio prospectivo multicéntrico en un entorno de sanidad pública. *Acta Orthop* [Internet]. 2025;96:265–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40099463/>
22. Mölnlycke Healthcare. Entrevista con el Sr. David Bunting. 1 April 2026. Datos en archivo. Informe del Potencial Oculto 2026 **48**

Referencias

23. Royal College of Surgeons in Ireland. Modelo de atención para la cirugía programada [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.rcsi.com/surgery/practice/publications-and-guidelines>
24. Ayyaz F, Joyner J, Cheetham M, et al. Relación entre las tasas de cirugía ambulatoria y la recuperación pos-COVID-19 de la actividad de colecistectomía laparoscópica programada en toda Inglaterra. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2024 Apr;107(1):54–60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38563060/>
25. Wainwright T. Situación actual de la artroplastia de cadera y rodilla en régimen ambulatorio dentro del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra: análisis retrospectivo de los datos de Hospital Episode Statistics. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021 Mar;103(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33739152/>
26. Danielsen O, Jensen CB, Varnum C, et al. Éxito de la cirugía de día o ¿por qué se sigue en el hospital tras artroplastias totales de cadera, totales de rodilla y unicompartmentales mediales de rodilla? *Bone Jt Open* [Internet]. 2024;5(11):977–83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39496281/>
27. French J, Deere K, Sayers A, et al. Tendencias en la estancia hospitalaria y la demografía de pacientes en las prótesis de cadera y rodilla en Inglaterra: estudio poblacional de 1.455.842 procedimientos primarios. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088116/>
28. Ricciardi R, Seshadri-Kreaden U, Yankovsky A, et al. Estudio COMPARE: comparación de los resultados perioperatorios en procedimientos oncológicos laparoscópicos mínimamente invasivos, robóticos da Vinci y abiertos: revisión sistemática y metanálisis de la evidencia. *Ann Surg* [Internet]. 2025 May 1;281(5):748–63. Disponible en: https://journals.lww.com/annalsurgery/fulltext/2025/05000/the_compare_study_comparing_perioperative.8.aspx
29. Danielsen O, Varnum C, Jensen CB, et al. Implantación de la artroplastia ambulatoria de cadera y rodilla en un entorno sanitario público multicéntrico. *Acta Orthop* [Internet]. 2024 May;95:219–24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38715473/>
30. Wada S, Miyake M, Hata M, et al. Tendencias anuales de las cirugías oftalmológicas en la sociedad superenvejecida de Japón, 2014–2020: un estudio basado en una base de datos nacional de reclamaciones. *Sci Rep* [Internet]. 2023 Dec;13(1). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49705-x>
31. Kabata Y. Tendencias de la cirugía oftalmológica en pacientes de edad avanzada en Japón (años fiscales 2018 a 2022): un estudio de base de datos nacional de reclamaciones sobre los cambios quirúrgicos y el impacto de la pandemia de la COVID-19. *Cureus* [Internet]. 2025 Jun;17(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40656271/>
32. Dey S, Gadde R, Sobti A, et al. Seguridad y eficacia de la artroplastia total de grandes articulaciones en cirugía mayor ambulatoria. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021;103(9). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335200/>
33. Hoffmann JD, Kusnezov NA, Dunn JC, et al. El paso a la artroplastia articular ambulatoria con alta el mismo día: una revisión sistemática. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Apr 1;33(4):1265–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224990/>
34. Rohi A, Olofsson M, Jakobsson J. Anestesia ambulatoria y alta: actualización sobre guías y tendencias. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022 Oct;35(6):691–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194149/>
35. Rajan N, Rosero E, Joshi G. Selección de pacientes para cirugía ambulatoria en adultos: una revisión narrativa. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1415–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784328/>
36. Young SM, Osman B, Shapiro F. Consideraciones de seguridad ante las tendencias actuales en cirugía ambulatoria: procedimientos más complejos y pacientes más complejos. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2023;76(5):400–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912006/>
37. Courtney PM, Boniello AJ, Berger RA. Complicaciones tras la artroplastia total ambulatoria de grandes articulaciones: análisis de una base de datos nacional. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 May 1;32(5):1426–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034481/>
38. Filipovic MG, Schwenter A, Luedi M, et al. Evaluación preoperatoria moderna en cirugía ambulatoria: ¿quién, dónde y cómo? *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022;35:661–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194141/>
39. Hodgson JAB, Cyr KL, Sweitzer B. Selección de pacientes en cirugía ambulatoria. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Jan;37(3):357–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938082/>
40. Bongiovanni T, Parzynski C, Ranasinghe I, et al. Visitas hospitalarias no programadas tras la atención quirúrgica ambulatoria. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283840/>
41. Alharthi AA, Mohammed A, Jamil M, et al. Evaluación de los factores de riesgo de ingreso hospitalario imprevisto tras cirugía ambulatoria: un estudio observacional. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2022 Sep;16(4):419–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36337418/>
42. Ceban F, Yan E, Pivetta B, et al. Eventos adversos perioperatorios en pacientes adultos con apnea obstructiva del sueño sometidos a cirugía ambulatoria: revisión sistemática y metanálisis actualizados. *J Clin Anesth* [Internet]. 2024 May;96:111464. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38718686/>
43. Joshi G. Vías de recuperación mejorada para la cirugía ambulatoria. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020 Sep;33(6):711–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33002957/>
44. Cukierman D, Cata J, Gan TJ. Protocolos de recuperación mejorada para la cirugía ambulatoria. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Apr;37(3):285–303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938077/>
45. Afonso A, McCormick P, Assel M, et al. Programas de recuperación mejorada en un centro oncológico quirúrgico ambulatorio. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1391–401. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784326/>

Referencias

46. Emery SL, Jeannot E, Dallenbach P, et al. Histerectomía ambulatoria mínimamente invasiva por indicación benigna: revisión sistemática. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2024 May;53(8):102804. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38797369/>
47. Fang L, Wang Q, Xu Y. Criterios de puntuación para el alta posoperatoria tras anestesia ambulatoria: revisión de la literatura. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2023 Jan;38(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670045/>
48. Philteos J, Baran E, Noel CW, et al. Viabilidad y seguridad de la tiroidectomía ambulatoria: revisión narrativa de alcance. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021;12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394008/>
49. Shah S, Qureshi F, Stanley S, et al. Ingresos hospitalarios no planificados en las 24 h posteriores a 53.185 procedimientos quirúrgicos en un centro de cirugía ambulatoria de EE. UU. *Perioperative Medicine* [Internet]. 2024 Aug;13(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39138487/>
50. Sun W, Wu F, Du Y, et al. Diseño de un sistema integral de cuidados de enfermería para pacientes de cirugía mayor ambulatoria basado en el modelo Kano: ensayo piloto aleatorizado por conglomerados. *Digit Health* [Internet]. 2024;10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39372810/>
51. McGillion M, Parlow J, Borges F, et al. Atención virtual tras el alta posquirúrgica con tecnología de monitorización remota automatizada-1 (PVC-RAM-1) frente a la atención estándar: ensayo controlado aleatorizado. *The BMJ* [Internet]. 2021 Sep;374(30). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593374/>
52. Simon B, Assel M, Tin A, et al. Asociación entre el registro electrónico de síntomas del paciente con alertas y las visitas a urgencias potencialmente evitables tras cirugía oncológica ambulatoria. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun;156(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076691/>
53. Pinto J, Matias A, Sá L, et al. Indicadores de calidad en cirugía ambulatoria: una revisión de alcance. *Nurs Econ* [Internet]. 2022;40(5). Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/8bef025f13ceedcd7278991ba3a6a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
54. Alder CC, Bronsert MR, Meguid R, y Stuart CM, et al. Factores de riesgo preoperatorios y complicaciones posoperatorias asociadas a la mortalidad tras cirugía ambulatoria en una población quirúrgica amplia: análisis de 2,8 millones de pacientes del ACS-NSQIP. *Surgery* [Internet]. 2023 Jun;174(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290998/>
55. GIRFT. Prioridad a la cirugía mayor ambulatoria: paquete nacional para la implantación de la cirugía de día [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wpcontent/uploads/2024/09/National-Day-Surgery-Delivery-Pack-V2.0-September-2024.pdf>
56. Mölnlycke Healthcare. Entrevista con el Sr. Bjarne Skjødt Hjaltalin. 30 April 2026. Datos archivados.
57. Thoen CW, Sæle M, Strandberg RB, et al. Experiencias de los pacientes en la cirugía de día y la recuperación: una metaetnografía. *Nurs Open* [Internet]. 2024 Jan 1;11(1):e2055. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.2055>
58. Larsson F, Strömbäck U, Rysst Gustafsson S, et al. Recuperación posoperatoria: experiencias de pacientes sometidos a cirugía ortopédica de día. *Journal of Perianesthesia Nursing* [Internet]. 2022 Aug 1;37(4):515–20. Disponible en: <https://www.jopan.org/action/showFullText?pii=S1089947221003610>
59. Rajan N. El paciente de alto riesgo en cirugía ambulatoria. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020;33(6):724–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093300/>
60. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, et al. Infecciones del sitio quirúrgico tras procedimientos de cirugía ambulatoria. *JAMA* [Internet]. 19 feb 2014;311(7):709–16. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1829988>
61. Linsenmeyer K, Branch-Elliman W, Kalver E, et al. Infecciones del sitio quirúrgico en cirugías ambulatorias: los procedimientos menos invasivos contribuyen de forma sustancial a la carga global. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 1 oct 2019;40(10):1191. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7328464/>
62. Tsai TC, Brownlee S, Dai D, et al. Desigualdades en el acceso a la cirugía ambulatoria relacionadas con la retirada de procedimientos de la lista de “solo ingreso” de Medicare. *Ann Surg* [Internet]. abr 2024;281(5):779–86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38660795/>
63. Chen AT, Saynisch PA, Song H, et al. Del ingreso a la cirugía ambulatoria: persistencia de los cambios de la era de la COVID-19 y variaciones socioeconómicas. *Medical Care Research and Review* [Internet]. dic 2025;83(2):156–64. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10775587251396718>
64. Theiss LM, Wood L, Shao C, et al. Desigualdades en el uso perioperatorio de tecnologías de implicación del paciente: no todos los usos son iguales. *Ann Surg* [Internet]. 1 ene 2023;277(1):E218–25. Disponible en: https://journals.lww.com/annalsurgery/fulltext/2023/01000/disparities_in_perioperative_use_of_patient.57.aspx
65. Janeway MG, Sanchez SE, Chen Q, et al. Asociación entre raza, situación del seguro sanitario e ingresos del hogar con el lugar y los resultados de la cirugía ambulatoria en pacientes adultos de 2 estados de EE. UU. *JAMA Surg* [Internet]. 1 dic 2020;155(12):1123–31. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770165>
66. Rajala M, Kääriäinen M, Tanhua A, et al. Perspectivas de los pacientes sobre las llamadas de seguimiento posoperatorio en cirugía mayor ambulatoria: un estudio cualitativo. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 1 sep 2025;39(3):e70077. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12209737/>
67. Joo H, Fernández A, Wick EC, et al. Asociación entre las barreras lingüísticas y los resultados perioperatorios y quirúrgicos: revisión sistemática. *JAMA Netw Open* [Internet]. 3 jul 2023;6(7):e2322743–e2322743. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807136>

Referencias

68. Luan-Erfe BM, Erfe JM, Decaria B, et al. Dominio limitado del inglés y resultados perioperatorios centrados en el paciente: una revisión sistemática. *Anesth Analg* [Internet]. 2023 Jun 1;136(6):1096–106. Disponible en: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2023/06000/limited_english_proficiency_and_perioperative.13.aspx
69. Dai X, Ryan MA, Clements AC, et al. El efecto de las barreras lingüísticas al alta en los resultados de la adenoamigdalectomía pediátrica y el contacto con el sistema sanitario. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* [Internet]. 2021 Jul 1;130(7):833–9. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003489420980176> **51**
70. Wu C, Lin K, Fan Q, et al. El impacto de la alfabetización en salud en la recuperación postoperatoria temprana de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria. *Technology and Health Care* [Internet]. 2024 Mar 14;32(2):1091–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38073342/>
71. Maria J, Wångdahl J, Karuna D. Organizaciones amigables con la alfabetización en salud: una revisión de alcance sobre cómo promover la alfabetización en salud en un entorno quirúrgico. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2024 Aug 1;125:108291. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399124001587>
72. Clarke G. Centros quirúrgicos: ¿la clave para reducir las listas de espera hospitalarias? [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/surgical-hubs-key-to-tackling-hospital-waiting-lists>
73. Jain S, Rosenbaum PR, Reiter JG, et al. Evaluación de la asociación entre el volumen y los resultados en centros de cirugía ambulatoria. *JAMA Surg* [Internet]. 2024 Apr 1;159(4):397–403. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2814240>
74. Pace D, Hounsell C, Boone D. Centros de cirugía ambulatoria: una posible solución a un problema crónico. *Canadian Journal of Surgery* [Internet]. 2023 Mar 17;66(2):E111. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9998099/>
75. Mölnlycke Healthcare. Entrevista con el profesor Tim Briggs. 23 de abril de 2026. Datos en archivo.
76. Muramatsu N, Liang J. Duración de la estancia hospitalaria en Estados Unidos y Japón: estudio de caso en pacientes con infarto de miocardio. *Int J Health Serv* [Internet]. 1999;29(1):189–209. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10079404/>
77. Kessels RPC. La memoria de los pacientes sobre la información médica. *J R Soc Med* [Internet]. 1 May 2003;96(5):219. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC539473/>
78. Mölnlycke Healthcare. Entrevista con la profesora Karine Nouette-Gaulain. 10 de abril de 2026. Datos en archivo.
79. National Institute for Health and Care Excellence. Infecciones del sitio quirúrgico: prevención y tratamiento. Guía NICE [Internet]. 2019; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
80. OMS. Directrices mundiales para la prevención de la infección del sitio quirúrgico [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
81. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Guía de los Centers for Disease Control and Prevention para la prevención de la infección del sitio quirúrgico, 2017. *JAMA Surg* [Internet]. 1 Aug 2017;152(8):784–91. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725>
82. Brown EG, Burgess D, Li CS, et al. Reingresos hospitalarios: ¿un mal necesario o un objetivo prevenible para mejorar la calidad? *Ann Surg* [Internet]. 2014;260(4):583–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203874/>
83. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Cuartas guías de consenso para el manejo de las náuseas y los vómitos posoperatorios. *Anesth Analg* [Internet]. 2020 Aug 1;131(2):411–48. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467512/>
84. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, et al. Guías de práctica para los cuidados posanestésicos: informe actualizado del Grupo de Trabajo sobre Cuidados Posanestésicos de la Sociedad Americana de Anestesiólogos. *Anesthesiology* [Internet]. 2013 Feb;118(2):291–307. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364567/>
85. Centre for Perioperative Care & GIRFT. Paquete nacional para la implementación de la cirugía mayor ambulatoria [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.cpoc.org.uk/sites/cpoc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf
86. Kumar N, Miocinovic R, Beris TD, et al. Comparación del alta el mismo día tras prostatectomía radical asistida por robot en un centro de cirugía ambulatoria frente al entorno hospitalario. *J Robot Surg* [Internet]. 2026 Dec 1;20(1):48–. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11701-025-03014-9>
87. Kuwornu JP, Brain D, Ng KS, et al. Coste-efectividad de la cirugía mayor ambulatoria con monitorización remota del paciente en la colecistitis aguda: estudio de modelización económica. *JMIR Perioper Med* 2025;8:e76807 <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807> [Internet]. 2025 Oct 20;8(1):e76807. Disponible en: <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807>
88. Britton P, Kristensen S, Lau YS, et al. Efectos indirectos de los incentivos financieros a los proveedores sobre pacientes no objetivo: cirugía ambulatoria en hospitales de Inglaterra. *Health Econ Policy Law* [Internet]. 2023 May;18(3):1–16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37190849/>
89. Valentelyte G, Keegan C, Sørensen J. Respuesta hospitalaria a la financiación basada en la actividad y a los incentivos de precios: evidencia de Irlanda. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Sep;137:104915. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37741112/>

Anexo

Preguntas de la encuesta

P1

En su trabajo diario, ¿con qué frecuencia, si es que ocurre, sucede cada una de las siguientes situaciones?

	Siempre	A menudo	A veces	Ocasionalmente	Nunca	No lo sé / no aplica	Prefiero no responder
Procedimientos que podrían realizarse con seguridad como cirugía ambulatoria se hacen, en cambio, con ingreso hospitalario	7%	22%	30%	32%	8%	1%	1%
La presión por aumentar el volumen de cirugía ambulatoria influye negativamente en las decisiones de selección de pacientes	7%	22%	30%	28%	12%	1%	0%
Se da el alta en cirugía ambulatoria cuando no tengo la seguridad de que están preparados	9%	16%	24%	32%	18%	1%	0%
Se da el alta en cirugía ambulatoria sin el apoyo adecuado para la recuperación en casa	4%	19%	28%	27%	22%	0%	0%
Los pacientes aptos para cirugía mayor ambulatoria sufren retrasos por falta de disponibilidad de quirófanos	7%	25%	33%	24%	10%	1%	0%

N: Cirujanos, anestesistas o enfermería de quirófano (148)

	Siempre	A menudo	A veces	Ocasionalmente	Nunca	No lo sé / no aplica	Prefiero no responder
La ampliación prevista de la cirugía mayor ambulatoria se retrasa por falta de instalaciones o de inversión	9%	19%	34%	26%	11%	0%	1%
Presión de financiadores, reguladores u objetivos nacionales para aumentar las tasas de cirugía mayor ambulatoria	9%	20%	34%	32%	3%	0%	1%

N: Responsables de quirófano, compras o dirección ejecutiva del hospital (108)

	Siempre	A menudo	A veces	Ocasionalmente	Nunca	No lo sé / no aplicable	Prefiero no contestar
Dificultad para contratar o retener personal para puestos de cirugía mayor ambulatoria	10%	27%	33%	23%	5%	0%	1%

N: Responsables de quirófano O Dirección ejecutiva del hospital (73)

	Siempre	A menudo	A veces	Ocasionalmente	Nunca	No lo sé / no aplicable	Prefiero no contestar
Retrasos en la adquisición o en la disponibilidad de equipos y consumibles necesarios para la cirugía mayor ambulatoria	9%	14%	20%	43%	14%	0%	0%

N: Compras (35)

	Siempre	A menudo	A veces	Ocasionalmente	Nunca	No lo sé / no aplicable	Prefiero no contestar
Las listas de cirugía mayor ambulatoria se cancelan o se acortan por limitaciones operativas	8%	21%	39%	27%	5%	0%	0%

N: Total (256)

P2

¿Cómo valoraría cada uno de los siguientes aspectos en su entorno actual?

	Muy malo	Bastante malo	Ni malo ni bueno	Bastante bueno	Muy bueno	No lo sé / no aplicable
Formación y preparación del personal para procedimientos de cirugía mayor ambulatoria	2%	12%	17%	36%	31%	1%
Estandarización de los circuitos y protocolos de cirugía mayor ambulatoria	3%	9%	18%	44%	27%	0%
Procesos de preevaluación y selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria	5%	11%	22%	36%	27%	0%
Instalaciones físicas y equipamiento disponibles para cirugía mayor ambulatoria	2%	11%	17%	41%	29%	1%
Bienestar del personal y condiciones de trabajo en cirugía mayor ambulatoria frente a la hospitalización	5%	8%	22%	38%	28%	0%
Disponibilidad de capacidad de recuperación posoperatoria y de alta	4%	10%	24%	38%	24%	0%

N: Total (256)

P3

Pensando en pacientes y procedimientos adecuados, según tu propia experiencia o conocimiento, ¿en qué entorno, si procede, crees que se obtienen mejores resultados en cada uno de los siguientes aspectos?

	Mucho mejor en cirugía ambulatoria	Algo mejor en cirugía ambulatoria	Más o menos igual	Algo mejor en cirugía con ingreso	Mucho mejor en cirugía con ingreso	No lo sé
Tasas de complicaciones quirúrgicas e infecciones posoperatorias	11%	30%	30%	19%	9%	1%
Tasas de reingreso no planificado o de vuelta al hospital	11%	29%	30%	21%	7%	2%
Dolor y experiencia de recuperación según lo comunicado por el paciente	12%	26%	30%	20%	10%	1%
Menores costes sanitarios globales, tanto para hospitales como para financiadores	22%	28%	24%	15%	9%	2%
Menos efectos secundarios asociados a la anestesia	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Mayor capacidad de producción y eficiencia operativa para los equipos quirúrgicos	11%	35%	25%	18%	10%	1%

N: Total (256)

P4

¿Cuánto potencial sin aprovechar para la cirugía mayor ambulatoria, si lo hay, ves en cada una de las siguientes especialidades? Es decir, dónde podrían hacerse de forma realista más procedimientos como casos de día, pero actualmente no se hacen.

Especialidad	Sin potencial sin explotar	Algo de potencial sin explotar	Potencial sin explotar significativo	No lo sé / no es relevante para mi función
Ortopedia	16%	43%	34%	8%
Cirugía general	16%	48%	32%	4%
Oftalmología	14%	46%	31%	9%
Ginecología	18%	47%	27%	8%
Urología	19%	45%	27%	9%
ORL	19%	42%	27%	12%
Cirugía plástica / reconstructiva	12%	45%	34%	9%
Cardiología (p. ej., intervenciones con catéter)	21%	38%	32%	9%

N: Total (256)

P5

En su entorno, ¿qué factores, si los hay, están impulsando con más fuerza el avance hacia la cirugía ambulatoria? (Seleccione hasta 3)

	Total
Mejoras en las técnicas quirúrgicas y en los protocolos de recuperación	36%
Preferencia del paciente por el alta en el mismo día y la recuperación en casa	30%
Reducción del riesgo de infecciones adquiridas en el hospital y mejora de la seguridad del paciente	27%
Presión de costes o presupuestaria	27%
Objetivos del sistema sanitario nacional o regional para las tasas de cirugía mayor ambulatoria	26%
Presión de capacidad que impulsa objetivos de producción asistencial	25%
Reducir las listas de espera o los retrasos de procedimientos programados	25%
Creación de centros de cirugía mayor ambulatoria o hubs quirúrgicos específicos	24%
Presión por mejorar la eficiencia del quirófano	22%
Cambios en políticas, normativa o reembolso	21%
No lo sé	0%
Otros, especifique	0%

N: Total (256)

P6

Para cada par de afirmaciones de abajo, ¿dónde te situarías entre ambas?

Afirmación de la izquierda	Totalmente de acuerdo con la afirmación de la izquierda	Bastante de acuerdo con la afirmación de la izquierda	Ni una ni otra / igual	Bastante de acuerdo con la afirmación de la derecha	Totalmente de acuerdo con la afirmación de la derecha	Afirmación de la derecha
La cirugía ambulatoria se percibe entre los profesionales como un ámbito gratificante y de alta calidad para trabajar	15%	29%	25%	22%	9%	La cirugía mayor ambulatoria se percibe entre los profesionales como de menor estatus o menos compleja que la atención con ingreso
La cirugía mayor ambulatoria favorece un mejor trabajo en equipo y una mayor coordinación entre perfiles profesionales	13%	29%	23%	23%	11%	La cirugía mayor ambulatoria dificulta un trabajo en equipo realmente eficaz
El personal clínico aporta de forma relevante en el diseño de los circuitos de cirugía mayor ambulatoria	14%	26%	23%	27%	10%	Los circuitos de cirugía ambulatoria se diseñan en gran medida sin contar lo suficiente con el personal que los lleva a cabo
La cirugía ambulatoria funciona mejor cuando se presta en una unidad específica, con su propio equipo	16%	29%	21%	24%	10%	La cirugía ambulatoria funciona bien en un entorno de quirófanos de un hospital general
Las decisiones sobre qué casos son adecuados para cirugía ambulatoria se toman de forma colaborativa entre los equipos clínicos y de gestión	13%	25%	27%	24%	12%	Las decisiones sobre qué casos son adecuados para cirugía ambulatoria las impulsa un solo grupo, sin suficiente aportación del resto
La carga de trabajo y el ritmo en la cirugía ambulatoria son asumibles y sostenibles	12%	24%	27%	25%	13%	La carga de trabajo y el ritmo en la cirugía ambulatoria someten al personal a una presión excesiva

N: Total (256)

P7
¿Qué, si es que hay algo, marcaría la mayor diferencia práctica para ampliar la cirugía ambulatoria en tu entorno? (Selecciona hasta 3)

Todos	
Educación al paciente para ajustar expectativas sobre la cirugía ambulatoria y la recuperación en casa	34%
Instalaciones de cirugía ambulatoria diseñadas específicamente o centros quirúrgicos	32%
Herramientas digitales que reduzcan la carga administrativa y permitan al personal acceder más rápido a la información que necesita	32%
Mejores protocolos anestésicos para una recuperación rápida (p. ej., anestesia regional, fármacos de acción más corta)	30%
Vías clínicas estandarizadas y protocolos específicos por procedimiento	27%
Programas de formación específicos para equipos de cirugía ambulatoria	27%
Mejores datos y comparativas (benchmarking) sobre los resultados de la cirugía ambulatoria	26%
Incentivos económicos más claros para tratar a los pacientes como casos ambulatorios	25%
Instrumental y dispositivos mejor diseñados para procedimientos de cirugía ambulatoria	23%
No lo sé	1%
Otros, especifique	0%

N: Total (256)

P8
Según tu experiencia, ¿cuáles son, si los hay, los principales motivos por los que un caso límite no se realiza como cirugía ambulatoria? (Selecciona hasta 3)

Todos	
Estado físico del paciente, comorbilidades o complejidad del procedimiento	43%
Situación en el domicilio del paciente (vive solo, distancia al hospital, disponibilidad de cuidador)	38%
Falta de un centro de cirugía ambulatoria adecuado o de disponibilidad en la lista	33%
Preocupación por el apoyo tras el alta o por la derivación si surgen complicaciones	32%
Preferencia del cirujano o del anestesista por mantener al paciente ingresado	32%
Falta de disponibilidad de personal adecuado para cirugía ambulatoria	26%
Preferencia del paciente por pasar la noche ingresado	24%
No existe una vía de cirugía ambulatoria establecida para ese procedimiento	23%
Otros, especifique	0%
No lo sé	0%

N: Cirujanos, anestelistas, enfermería de quirófano O responsables de quirófano (180)

Q8a

¿Qué, si acaso algo, aumentaría más su confianza para ampliar la cirugía mayor ambulatoria en su organización? (Seleccione hasta 3)

Todos	
Packs quirúrgicos personalizados que reducen el tiempo de preparación y la variabilidad entre casos	42%
Mejores protocolos de cuidado de heridas posoperatorias para pacientes que se recuperan en casa	38%
Soluciones de prevención de infecciones diseñadas para entornos de cirugía ambulatoria de alto volumen	36%
Programas de formación y capacitación para reforzar la capacidad de cirugía ambulatoria en los equipos	36%
Evidencia y datos de referencia (benchmark) sobre resultados de cirugía ambulatoria por tipo de procedimiento	30%
Apoyo para rediseñar las rutas asistenciales, reducir actividades sin valor y mejorar la eficiencia del quirófano	30%
Herramientas digitales que agilizan la gestión de materiales, los flujos de trabajo del día de la cirugía y la visibilidad de la actividad	21%
Soluciones sostenibles que reducen los residuos sin comprometer la seguridad	21%
No lo sé	1%
Otro, especifique	0%

N: Total (256)

Q9

Al elegir un proveedor o socio de soluciones para productos y servicios de cirugía mayor ambulatoria, ¿qué importancia tienen para usted los siguientes aspectos, si es que tienen alguna?

	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Muy importante	No lo sé / no es relevante para mi función
Productos uniformes, de alta calidad, en los que los equipos clínicos puedan confiar	4%	8%	36%	51%	2%
Suministro fiable y disponibilidad cuando se necesite	3%	13%	34%	50%	1%
Servicio y soporte del proveedor con capacidad de respuesta	2%	13%	44%	41%	0%
Productos y soluciones que mejoran la eficiencia del quirófano y reducen el tiempo de preparación	3%	10%	41%	45%	1%
Evidencia y datos para respaldar decisiones clínicas y de compras	2%	11%	45%	41%	2%
Formación, educación y desarrollo de capacidades clínicas	3%	8%	30%	57%	2%
Productos y embalajes sostenibles que contribuyen a los objetivos medioambientales	2%	14%	41%	41%	2%
Capacidad para personalizar y estandarizar packs personalizados para circuitos específicos	2%	11%	43%	43%	1%

N: Total (256)

P10

En los próximos 2-3 años, ¿qué cambio, si lo hay, prevé en su centro en cada uno de los ámbitos siguientes?

	Disminución significativa	Ligera disminución	Ni disminuye ni aumenta	Ligero aumento	Aumento significativo	No lo sé
Volumen de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria	2%	9%	27%	33%	30%	0%
Variedad de tipos de procedimientos realizados como cirugía ambulatoria	1%	11%	27%	42%	18%	1%
Inversión en instalaciones o equipamiento específicos para cirugía ambulatoria	2%	12%	18%	41%	26%	1%
Adopción de itinerarios y protocolos estandarizados de cirugía mayor ambulatoria	3%	12%	20%	41%	24%	0%
Menos efectos secundarios asociados a la anestesia	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Mayor capacidad de producción y eficiencia operativa de los equipos quirúrgicos	11%	35%	25%	18%	10%	1%

N: Total (256)



David Bunting

Consultor en Cirugía Esófago-gástrica y Pared Abdominal, responsable del órgano de gestión del North Devon District Hospital, expresidente de la International Association of Ambulatory Surgery, British Association of Day Surgery, Reino Unido

1 de abril de 2026

Entrevistas

Preguntas:

- + Desde su doble perspectiva, como cirujano en activo y como referente nacional en cirugía mayor ambulatoria, ¿cuáles diría que son las principales razones por las que algunas zonas del Reino Unido han logrado ampliar con éxito la cirugía de día, mientras que otras siguen quedándose atrás?
- + En concreto, en cirugía digestiva alta y de pared abdominal, ¿dónde ve la mayor oportunidad que aún queda para trasladar con seguridad más atención a entornos ambulatorios o de cirugía de día en los próximos años?
- + ¿Qué elementos de la ruta asistencial o del diseño del servicio son más decisivos para que la cirugía de día funcione bien en la práctica, especialmente en un entorno del NHS sometido a presión?
- + A medida que la cirugía de día se extiende a procedimientos y perfiles de pacientes más complejos, ¿cómo deberían plantearse los proveedores la selección de pacientes sin volverse excesivamente conservadores con el riesgo?
- + ¿Hasta qué punto son clave la innovación y la tecnología —como las técnicas mínimamente invasivas, la cirugía robótica, una mejor analgesia y el seguimiento digital— para impulsar la próxima etapa de la cirugía ambulatoria en el Reino Unido?
- + Para los sistemas sanitarios fuera del Reino Unido que quieren ampliar la cirugía ambulatoria y la cirugía mayor ambulatoria, ¿cuáles diría que son las lecciones más transferibles de la experiencia británica y qué aspectos no deberían copiarse sin más, sino adaptarse?

Informe del Potencial Oculto 2026



**Prof. Karine Nouette-Gaulain,
MD, PhD**

Jefa de Departamento, Anestesia,
Cuidados Críticos y Medicina Perioperatoria
Hospital Infantil y Unidad de Maternidad
Aliénor d'Aquitaine Hospital Universitario
de Burdeos (CHU de Burdeos)

10 de abril de 2026

Preguntas:

- + Según su experiencia, ¿cómo han evolucionado en Francia, en los últimos años, los modelos de cirugía ambulatoria y de cirugía de día, y qué cambios le parecen hoy los más determinantes?
- + En el sistema sanitario francés, ¿cuáles son los principales factores clínicos, organizativos o sistémicos que explican la aceleración del paso hacia itinerarios quirúrgicos con alta el mismo día?
- + ¿Hasta qué punto cree que el desarrollo de la cirugía ambulatoria exige dar más prioridad a infraestructuras y capacidades específicas, para evitar la competencia constante entre la cirugía programada y la actividad urgente por el tiempo de quirófano y los recursos clínicos?
- + Desde la perspectiva de la anestesia y la reanimación, ¿qué avances han sido más decisivos para que el alta el mismo día sea más segura y fiable para un número cada vez mayor de pacientes y procedimientos?

Informe del Potencial Oculto

2026



Prof. Tim Briggs

Responsable del programa GIRFT y Director Nacional de Mejora Clínica y Recuperación de la Actividad Programada, NHS England

23 de abril de 2026

Preguntas:

- + Desde la óptica de la política nacional, ¿cuáles considera que son las palancas más eficaces para aumentar las tasas de cirugía ambulatoria en todo el NHS, especialmente en aquellos procedimientos donde la variación entre los distintos centros sigue siendo elevada?
- + Según su experiencia con GIRFT, ¿cuáles son los principales obstáculos que impiden a los centros trasladar más procedimientos adecuados a un modelo de cirugía mayor ambulatoria, incluso cuando la evidencia clínica respalda este enfoque?
- + En su opinión, ¿en qué medida el avance depende de una orientación clara de la política nacional y en qué medida depende del liderazgo a nivel de cada centro o de sistema a la hora de reducir la variabilidad en las tasas de cirugía ambulatoria?
- + ¿Hasta qué punto los actuales modelos de financiación, los incentivos y los marcos de desempeño ayudan a los centros a priorizar la cirugía ambulatoria y las vías asistenciales de atención ambulatoria como parte de la recuperación de la actividad electiva?
- + A medida que más atención se traslada a modelos de cirugía ambulatoria, ¿cómo deberían plantearse los responsables de políticas y los líderes clínicos la recuperación en casa, y qué debe estar establecido para garantizar que los pacientes reciban apoyo de forma segura y uniforme tras el alta?
- + De cara al futuro, ¿qué cambios adicionales de política o qué prioridades nacionales tendrían mayor impacto para que la cirugía ambulatoria de alta calidad y la recuperación en el hogar sean la norma en todo el NHS?
- + Con su experiencia en traumatología, ¿dónde ve las mayores oportunidades para ampliar la cirugía ambulatoria y qué enseñanzas podría aportar la traumatología al conjunto del sistema?

Informe sobre el Potencial Oculto 2026



Bjarne Skjødt Hjaltalin, MD, MPG

Médico jefe, Departamento de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospitales Amager y Hvidovre

30 de abril de 2026

Preguntas:

- + Basándose en su experiencia en anestesiología, cuidados intensivos y urgencias, ¿cuáles diría que son las salvaguardas clínicas más importantes para ampliar la cirugía mayor ambulatoria con seguridad?
- + Según su experiencia, ¿cuáles han sido los principales obstáculos prácticos para escalar la cirugía ambulatoria en su hospital?
- + Según su experiencia, ¿qué factores clave han impulsado el avance de Dinamarca en cirugía ambulatoria y de día?
- + Centrando la mirada en Dinamarca, ¿qué tendencias cree que marcarán el futuro de la cirugía de día en los próximos cinco a diez años?
- + Dado su papel en la estrategia nórdica de cirugía ambulatoria, ¿qué lecciones de la experiencia de Dinamarca considera más relevantes para otros sistemas sanitarios europeos?

El informe Reimagining Day Surgery fue revisado y debatido por un panel de especialistas clínicos en una sesión del consejo asesor de 120 minutos. El panel se reunió por Microsoft Teams el jueves 7 de mayo, de 17:00 a 19:00 (BST).

Consejo asesor

Participantes:



Presidente: Sr. Chris Hopson

Exdirector de Estrategia de NHS
Inglaterra



Profesor Jaideep Pandit

Presidente y catedrático de Anestesiología,
Universidad de Oxford, Reino Unido



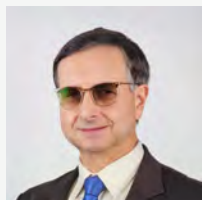
Laurens Van Houte

Responsable del Departamento de Cirugía,
Medisch Spectrum Twente, Países Bajos



Daniela Matos

Enfermera jefe, Unidade Local de
Saúde de Santo António, Portugal



Dr. Jarosław J. Fedorowski

Presidente, Federación Polaca de
Hospitales (PFSz), Polonia



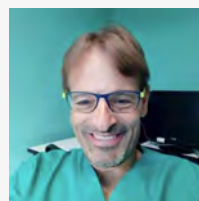
Jaana Perttunen

Presidenta, Asociación Europea de
Enfermería de Quirófano (EORNA), Finlandia



Dr. Shaan Chhabra

Responsable de Transformación y Mejora
del Flujo en el Hospital de Newham, Barts
Health NHS Trust, Reino Unido



Dr. Francesco Venneri

Director del Centro de Gestión del Riesgo Clínico y
Seguridad del Paciente, Región de Toscana, Italia

Orden del día del debate

Punto del orden del día	Descripción
Bienvenida y presentaciones	Repaso de los objetivos de la reunión y del orden del día; presentación de las personas miembros del consejo asesor.
Sección 1A: Cirugía ambulatoria de día en mi sistema sanitario	Las personas asistentes ofrecen una panorámica de tres minutos sobre la situación actual de la cirugía ambulatoria en su país o sistema sanitario. El objetivo es facilitar una comparación rápida de cómo se define, se presta y se prioriza actualmente la cirugía ambulatoria en distintos entornos, e identificar las similitudes y diferencias más relevantes entre sistemas.
Sección 1B: Reflexiones sobre las presentaciones	Debatir los temas comunes, las diferencias y sus implicaciones para el informe. El objetivo de esta sesión es identificar los patrones más relevantes que surgen entre sistemas y decidir qué cuestiones conviene destacar en el informe final. Preguntas para el debate: 1. ¿Cuáles fueron las similitudes y diferencias más importantes entre los sistemas sanitarios presentados, y qué nos dicen sobre los obstáculos y los factores que facilitan la cirugía ambulatoria? 2. ¿Qué temas, ejemplos o aprendizajes de las presentaciones deberían reflejarse con más fuerza en el informe?
Sección 2: Reflexiones sobre el informe	Debate en grupo para compartir impresiones sobre el borrador del informe y valorar si enmarca correctamente la oportunidad que supone la cirugía ambulatoria en distintos sistemas sanitarios. Preguntas para el debate: 1. ¿El informe expone con claridad el potencial y la importancia de la cirugía ambulatoria? 2. ¿El informe logra el equilibrio adecuado entre presentar la cirugía ambulatoria como una oportunidad y reconocer las limitaciones prácticas? 3. ¿El informe refleja con precisión los siguientes retos? Pensad cómo encaja esto en vuestro propio sistema sanitario si no se trata de forma específica en el informe. + Presión sobre las camas + Escasez de personal + Eficiencia de los procesos en quirófano + Listas de espera de cirugía programada + Restricciones financieras + Otros que consideréis que faltan
Sección Tres:	En esta sesión se analizará si el informe se centra en los procedimientos, las especialidades y las oportunidades adecuadas para ampliar la cirugía ambulatoria/de día. Comprobar si el marco de priorización propuesto refleja la práctica real en distintos sistemas de salud y si faltan en el borrador especialidades, procedimientos o tendencias emergentes relevantes. El grupo debe valorar dónde existen las mayores oportunidades para aumentar rápidamente la capacidad, dónde el avance ha sido más lento de lo esperado y qué ámbitos tienen más probabilidades de marcar el rumbo futuro de la cirugía ambulatoria/de día. Preguntas para el debate: 1. ¿Tiene sentido el enfoque de priorización propuesto? + Procedimientos con evidencia sólida pero baja adopción + Procedimientos de alto volumen con circuitos consolidados de alta en el día + Procedimientos de frontera que podrían ser viables en el futuro 2. ¿Qué especialidades o procedimientos es más importante incluir para vuestro sistema? Informe del Potencial Oculto 2026

Punto del orden del día	Descripción
Sección cuatro: Impulsar la eficiencia en el Quirófano	En esta sesión se analizará si las recomendaciones del borrador del informe son lo bastante prácticas, pertinentes y aplicables en distintos sistemas sanitarios. El debate se centrará en si el informe identifica las acciones, prioridades y palancas adecuadas para favorecer una adopción más amplia de la cirugía ambulatoria/de día en diferentes entornos. Por favor, valoren cómo el informe puede apoyar mejor a clínicos, equipos directivos y responsables de políticas públicas. En la sesión también se analizará qué orientaciones adicionales, ejemplos o adaptaciones podrían ser necesarias para que las recomendaciones resulten convincentes y, sobre todo, aplicables en la práctica. Preguntas para el debate: 1. ¿Reflejan las recomendaciones del borrador las acciones más importantes para acelerar la cirugía ambulatoria/de día? 2. ¿Qué recomendaciones cree que serían más viables en su sistema sanitario? 3. ¿Qué recomendaciones probablemente serían las más difíciles de aplicar o las más controvertidas? 4. ¿Aporta el informe orientación suficiente sobre: + Rediseño de la plantilla + Capacidad electiva protegida + Incentivos financieros y reembolso + Consideraciones de seguridad y equidad + Uso de herramientas digitales y seguimiento remoto
Próximos pasos y seguimiento	Resumen de los próximos pasos, calendario de elaboración del informe e invitación a aportar comentarios adicionales.

La reunión del Consejo Asesor se centró en validar los hallazgos y las recomendaciones del borrador del informe sobre cirugía ambulatoria/de día, al tiempo que se recogían perspectivas internacionales sobre las barreras, los facilitadores y las oportunidades futuras para ampliar la atención en el mismo día.

Resumen de los temas tratados

1. Situación actual de la cirugía ambulatoria en los sistemas sanitarios

Los miembros del Consejo compartieron sus puntos de vista sobre cómo se define, se presta y se prioriza actualmente la cirugía ambulatoria en sus respectivos países y sistemas sanitarios. El debate abordó las diferencias en los marcos normativos, el grado de implantación, los modelos de financiación, las infraestructuras y los circuitos clínicos.

Los principales temas de debate fueron:

- + Diferencias en las definiciones nacionales y en la medición de la cirugía ambulatoria/de día
- + Hasta qué punto la cirugía ambulatoria se prioriza en las políticas sanitarias y en las estrategias hospitalarias
- + Barreras habituales que frenan su expansión, como las limitaciones de personal, las restricciones de infraestructura y los retos de financiación
- + Ejemplos de enfoques eficaces que han acelerado su implantación

2. Temas comunes y aprendizaje entre sistemas

Tras las presentaciones, el grupo reflexionó sobre las similitudes y diferencias entre los distintos sistemas sanitarios y valoró sus implicaciones para el informe.

La discusión se centró en:

- + Retos compartidos que afectan a la cirugía ambulatoria, independientemente de la geografía
- + Factores habilitadores a nivel de sistema vinculados a mayores tasas de adopción
- + Aprendizajes transferibles entre sistemas sanitarios
- + Ámbitos en los que el informe debería poner más énfasis, a partir de los temas recurrentes surgidos en las presentaciones

3. Reflexiones sobre el borrador del informe

El consejo analizó si el informe recoge con precisión la oportunidad que ofrece la cirugía ambulatoria y si refleja adecuadamente la realidad a la que se enfrentan los sistemas sanitarios.

Los principales puntos de debate fueron:

- + Si el informe expone con claridad la importancia estratégica de la cirugía ambulatoria
- + El equilibrio entre poner en valor las oportunidades y reconocer los retos prácticos de implantación
- + Hasta qué punto el informe refleja las principales presiones que afrontan los sistemas sanitarios, entre ellas:
 - Limitaciones de capacidad de camas
 - Escasez de personal
 - Eficiencia de los quirófanos
 - Acumulación de listas de espera en la atención programada
 - Presiones financieras
- + Identificación de cualquier reto adicional o factor de contexto que deba incorporarse

4. Priorización de procedimientos y oportunidades futuras

El debate analizó si el informe se centra en los procedimientos, las especialidades y las oportunidades de crecimiento adecuados.

Los temas tratados fueron:

- + La idoneidad del marco de priorización propuesto
- + Oportunidades para ampliar las vías ya consolidadas de cirugía ambulatoria en el mismo día para procedimientos de alto volumen
- + Procedimientos con sólida evidencia que respalda su realización en régimen ambulatorio, pero cuya adopción sigue siendo limitada
- + Procedimientos emergentes y de vanguardia que podrían ser adecuados para entornos ambulatorios en el futuro
- + Oportunidades específicas por especialidad y variaciones entre sistemas sanitarios
- + Áreas en las que el avance ha sido más lento de lo previsto y las razones de ello

5. Mejorar la eficiencia de los quirófanos y del sistema

El consejo analizó si las recomendaciones del informe son prácticas, aplicables y pertinentes en distintos entornos asistenciales.

El debate se centró en:

- + Las medidas con más potencial para acelerar la adopción de la cirugía ambulatoria
- + Recomendaciones realistas y viables en distintos sistemas sanitarios
- + Ámbitos con probables dificultades de implantación o resistencia por parte de los grupos de interés
- + El papel de:
 - Rediseño de la plantilla y cambios en la combinación de competencias
 - Capacidad quirúrgica programada protegida
 - Incentivos financieros y mecanismos de reembolso
 - Consideraciones de seguridad y equidad
 - Tecnologías digitales y circuitos de seguimiento remoto

