

Julio de 2025 | Nro. 47

Edición trimestral

HDOnotes

Información de Interés de Calidad en Salud e Infraestructura Hospitalaria

Editorial

BENCHMARKING

¿Como se comparan hospitales y clínicas?

Infraestructura Hospitalaria

DISEÑAR EDIFICIOS DE SALUD DESDE EL BIENESTAR

Seguridad del paciente

**CIRUGÍAS INCORRECTAS Y OBJETOS OLVIDADOS
EVENTOS CENTINELA EN CIRUGÍA**

Calidad

MÁS ALLÁ DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE - PROMS Y PREMS

Proyecto Destacado

AURA TORRE MÉDICA EN BARRANQUILLA, COLOMBIA



EN ESTA EDICIÓN

Julio de 2025 | Nro. 47

EDITORIAL	03
Benchmarking ¿Cómo se comparan hospitales y clínicas?	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	06
Cirugías incorrectas y objetos olvidados, eventos centinela en cirugía	
CALIDAD	13
Más allá de la experiencia del paciente - proms y premis	
INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	20
Diseñar edificios de salud desde el bienestar	
PROYECTO DESTACADO	23
AURA TORRE MÉDICA Barranquilla, Colombia	

Director: Héctor Mario Mejía Hoyos
Editor: Carlos Andrés Correa
Editor asistente: Olga Cepeda
Corrección de estilo: Stella Vanegas
Diagramación: Gustavo Maldonado

HDQ NOTES es una publicación trimestral gratuita de **Hospital Design & Quality SAS**. Derechos reservados, inclusive los de traducción. Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley de los países signatarios de las comisiones panamericana e internacional del derecho de autor. todas las imágenes son propiedad de sus respectivos autores y/o marcas registradas. El contenido es responsabilidad de los autores, por tanto, los conceptos emitidos en los artículos no comprometen las opiniones de los editores ni de la empresa Hospital Design & Quality SAS, así como de las marcas publicadas en cada edición.

Para correspondencia por favor dirigirse a HDQ, Cra. 7b No 126-71, Of.201b,
Bogotá D.C., Colombia
Celular: (+57) 3102985938 - 3102879532
E-mail: contacto@hdq.com.co
www.hdq.com.co

BENCHMARKING

¿Como se comparan hospitales y clínicas?

Por: Dr. Héctor Mejía

Medico, fundador de HDQ, especialista en alta gerencia , gerencia de la calidad y auditoría en servicios de salud, consultor internacional en calidad en salud e infraestructura hospitalaria.

Con frecuencia, en mi función como consultor y asesor de organizaciones de salud, me preguntan acerca de la forma más adecuada de referenciarse o de comparar los resultados de una organización de salud con otra. Para tratar de responder a este pregunta, iniciaré desde una experiencia personal como paciente.

Medellín, 1997. Era un día cualquiera en la vida de un estudiante de medicina a pocos meses de graduarse, hasta que se convirtió en el día que marcaría mi existencia para siempre; acababa de retirar dinero de una entidad bancaria cuando dos jóvenes armados me abordaron. La tensión, la inexperiencia, y la violencia desmedida se apoderaron de la escena. Recibí siete disparos. Uno de ellos atravesó la región inguinal, seccionando por completo la arteria y la vena femoral derecha.

La herida era letal. Este tipo de lesión tiene una mortalidad superior al 60% si no se recibe atención en los primeros tres minutos. Logre sobrevivir gracias a una cadena humana invisible pero efectiva, personas en la calle que no dudaron en ayudarme, profesionales de salud que actuaron con precisión y organizaciones de salud que se volcaron en salvarme. La ciencia hizo su parte, pero también lo hicieron la empatía, el coraje y la solidaridad.

Durante la recuperación, viví lo que tantos pacientes enfrentan: miedo, incertidumbre, dolor... pero también esperanza. Esta experiencia redefinió mi manera de ejercer la medicina y hoy recordar que estuve en esa camilla, que fui paciente. Esa memoria se convirtió en brújula, en empatía y en propósito.

Años después, ya dedicado como profesional a la gestión hospitalaria y la calidad de la atención, analizaba las posibilidades de supervivencia ante este tipo de lesiones y encontraba datos e información que la probabilidad de sobrevivir a una lesión por arma de fuego que afecta tanto la arteria como la vena femoral está condicionada por múltiples factores, incluyendo la rapidez con la que se recibe atención médica, la gravedad del daño y el estado general de salud del paciente. No obstante, la tasa de supervivencia puede variar considerablemente en función de la disponibilidad de recursos y la experiencia del equipo quirúrgico.

En mi caso particular, **uno de los factores determinantes para la supervivencia fue la ciudad en la que ocurrió el incidente.** La accesibilidad a una organización comprometida con la calidad, hoy acreditada por The Joint Commission International - JCI, así como la generosidad y cultura solidaria de la comunidad, facilitaron la intervención de un grupo de

Comparar organizaciones de salud, aunque compartan similitudes en complejidad, tamaño y antigüedad, es, en esencia, un arte que requiere tanto sentido común como la disposición de estas para intercambiar información de manera generosa

personas que, desinteresadamente, se coordinó para auxiliar a un desconocido tendido en la calle con heridas potencialmente mortales.

Extrapolando al entorno de la gestión hospitalaria, esta experiencia ilustra cómo la **cultura** es fundamental y puede impulsar a una organización hacia niveles de calidad excepcionales o, por el contrario, convertirse en un obstáculo que impide a cientos de personas ofrecer una atención de calidad y seguridad.

Sin lugar a dudas, y basándome en mi experiencia al haber asesorado más de 21 proyectos exitosos de acreditación internacional con JCI y la oportunidad de acompañar a más de 120 organizaciones de salud en sus procesos de transformación cultural en calidad y seguridad del paciente desde México hasta Uruguay, infiero que al realizar comparaciones entre organizaciones de salud es fundamental asegurar que las dimensiones evaluadas sean comparables y homologables.

A continuación, destaco algunos de los aspectos que considero esenciales:

- La filosofía de la organización con la que se desea realizar la comparación.
- El momento histórico del desarrollo de la cultura de calidad y seguridad en las organizaciones a comparar.
- La transparencia en la gestión de estas organizaciones.
- La disposición genuina y generosa para compartir datos y experiencias.
- La calidad en la fuente de origen de los datos que sustentan las métricas que se comparan.

Existen organizaciones para las cuales los ejercicios de referenciación comparativa son actividades técnicas obligatorias según la normativa de algunos países .

Sin embargo, estos ejercicios deberían ser momentos de honestidad, donde se comparten no solo los resultados exitosos o los avances como forma de autopromoción. Deberían ser oportunidades para compartir y transferir conocimiento sobre cómo se identificaron oportunidades de mejora y cómo se gestionaron, independientemente del éxito obtenido, reconociendo que estas historias son las que realmente contienen la esencia de la mejora y de los proyectos dignos de imitar.

Cuando una organización de salud cuenta con un líder carismático, respetado y que actúa como modelo a seguir, se convierte en una entidad incomparable con aquellas que carecen de este elemento esencial. El éxito, el desarrollo y los niveles de cultura alcanzados dependen en gran medida de la influencia positiva que este líder ejerce sobre sus equipos de trabajo, lo cual es fundamental para obtener los resultados y desenlaces que están intrínsecamente relacionados con sus capacidades. En la actualidad, las nuevas generaciones de organizaciones demandan líderes con estas características, pero a la vez capaces de transformar una organización de salud en un entorno dinámico y adaptable.

La comparación entre organizaciones de salud requiere valentía y sentido común. No todas las personas están en la capacidad de comparar objetivamente una organización de salud; tanto la organización se compara como la que permite la comparación deben contar con conocimientos sólidos, experiencia en liderazgo y desarrollo, y la capacidad de comprender la filosofía, el enfoque, la ética y la disposición para compartir información de manera generosa.

Con frecuencia, algunas organizaciones presentan sus resultados de manera generalizada, sin evidenciar el costo político asociado a esos logros, ni aclarar que estos son asimétricos y que existen procesos adicionales que aún requieren mejoras.





Gráfica: efecto positivo de compararse y transferir conocimientos útiles en gestión entre organizaciones de salud. (fuente propia HDQ 2024)

Esta situación puede convertir cierta información parcial o dispersa en verdades relativas. Lo que funciona en una organización de salud que ha alcanzado visibilidad y/o resultados no necesariamente es aplicable a otra en términos de metodología y costos.

Si bien el benchmarking lateral, que implica comparar los resultados de una organización con los de otras similares, puede proporcionar un contexto valioso, por sí solo, resulta insuficiente para impulsar mejoras significativas.

El benchmarking de mejores prácticas va más allá de la simple comparación; se enfoca en observar y aprender de organizaciones con un rendimiento excepcional. Un ejemplo notable es la ciudad de Seattle (USA), que ha mantenido tasas de supervivencia a paro cardiorrespiratorio notablemente altas durante décadas. Este caso ilustra cómo la identificación y el estudio de estas "mejores prácticas" pueden conducir a mejoras sustanciales en otras comunidades. Ciudades como Minneapolis y Charlotte se han beneficiado de la experiencia de Seattle al implementar procesos de atención estandarizados y fortalecer sus esfuerzos comunitarios, lo que ha resultado en un aumento drástico en sus tasas de supervivencia.

No se trata de competir con el entorno, sino de alcanzar el objetivo de ofrecer una experiencia de atención positiva, minimizando los riesgos para pacientes, personal de salud, proveedores, visitantes, pagadores y la sociedad en general durante todo el proceso de atención. Esta responsabilidad también implica compartir tanto los logros como los fracasos. Es a través de cómo enfrentamos los desafíos que podemos obtener lecciones valiosas que van más allá de los resultados alcanzados.

Adoptar y comprender las mejores prácticas de las mejores organizaciones de salud nos permite generar un

efecto multiplicador/irradiador que, de manera efectiva, creará una masa crítica de conocimientos en gestión que termina beneficiando a todos y contribuyendo a la protección de vidas.

En última instancia, es vital identificar a aquellos que consistentemente logran resultados sobresalientes, estudiar sus procesos y adaptar sus estrategias exitosas a nuestro propio contexto. La clave no radica únicamente en conocer y comparar mi posición actual, sino en entender cómo los líderes alcanzan la cima y en replicar sus métodos. El punto de partida para la comparación debe ser la filosofía y la cultura de la organización más allá de los resultados expresados en indicadores y datos. Pero lo más importante es entender cómo llegaron a este punto de madurez, cuáles fueron sus apuestas y cuáles fueron sus renuncias, su hoja de ruta y cómo visualizan el futuro.

En el caso de redes de hospitales y clínicas, al momento de compararse es fundamental entender el trabajo en red como lo menciona el Dr. Francesc Iglesias en la entrevista del portal sociedad de la innovación (www.sociedaddelainnovacion.es), puesto que "este tiene un componente necesario que se llama "generosidad", y luego saber anticipar las desconfianzas que se van a producir (porque se van a producir). Tenemos que aprender a diferenciar cuando estamos compitiendo de cuando estamos colaborando. Y esto es cultura de trabajo pura."

Fuentes consultadas:

- Conferencia turismo salud cámara de comercio Medellín - HDQ 2025.
- www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-epidemiologia-evolucion-perioperatoria-lesion-vascular-S0003317017300342
- www.hablemosdeestrategia.com/post/la-cultura-se-come-a-la-estrategia-en-el-desayuno-peter-drucker
- www.jointcommissioninternational.org
- www.sociedaddelainnovacion.es
- <https://sociedaddelainnovacion.es/hospital-del-futuro-no-lugar/>

CIRUGÍAS INCORRECTAS Y OBJETOS OLVIDADOS

EVENTOS CENTINELA EN CIRUGÍA ¿POSIBLES DE ELIMINAR?

Por: Tomas Romero Cohen
MD Especialista Anestesiólogo Medicina Crítica y Cuidado Intensivo



Nadie quiere operar al paciente equivocado, ni en el sitio o lado que no corresponde. Y mucho menos que se le quede una compresa olvidada en el acto quirúrgico.

Sin embargo, estos errores eventualmente se presentan, y son eventos "...tan atroces que nunca deberían ocurrir...", según expresó el entonces presidente del National Quality Forum Ken Kizer en 2002, cuando adoptaron el término NEVER EVENTS para describir estos eventos adversos serios que nunca deberían ocurrir.

Unos años atrás, desde 1996, Joint Commission describió el concepto de los Eventos Centinela, como aquellas situaciones que no deberían ocurrir nunca porque pueden generar la muerte o daño permanente y severo en los pacientes.

Dentro de ese grupo aparecen con preocupación cuatro eventos relacionados con cirugía: Cirugía en el paciente incorrecto, cirugía en el sitio incorrecto, procedimiento incorrecto y retención de objetos en cirugía.

De cualquier forma que sean rotulados, estos eventos son serios graves, y merece nuestra atención revisar aspectos fundamentales con el fin de gestionar de manera efectiva estos riesgos con el fin de suprimirlos completamente.

Frecuencia

¿Con qué frecuencia se presentan?

A pesar de la atención prestada a este tema, hay escasez de datos fiables sobre la prevalencia o frecuencia de la

cirugía en sitio incorrecto o la retención de cuerpos extraños.

Las investigaciones previas sobre estos eventos han utilizado una variedad de fuentes de datos, incluyendo agencias gubernamentales, sistemas hospitalarios, organizaciones de acreditación, reclamos por mala praxis a compañías de seguros y encuestas a médicos.

A pesar de los beneficios de usar diferentes fuentes de datos y enfoques para estudiar el tema, al no haber acuerdo en definiciones, puntos de corte, temporalidad y circunstancias asociadas, resulta difícil comparar las diferencias entre reportes e instituciones.

Estas diferentes fuentes claramente nos hacen pensar en las limitaciones de la información, entendiéndolo que las reclamaciones de aseguradoras o reportes de los grupos quirúrgicos suponen un subregistro de un número real mucho mayor que el reportado.

La Joint Commission dentro de su filosofía de Calidad Superior, y mediante la Política de Eventos Centinela, motiva a sus instituciones acreditadas al reporte voluntario de una serie de eventos listados como Centinelas; aunque la notificación de la mayoría de los eventos centinela a Joint Commission es voluntaria, representa solo una pequeña proporción de los eventos reales, sin poder calcular la frecuencia relativa real de los eventos, ni sus tendencias a lo largo del tiempo. Su gran utilidad es el concepto de lecciones aprendidas de una comunidad resiliente, convencida de la calidad superior, y de la indiscutible necesidad de compartir experiencias de forma transparente para alcanzar un aprendizaje de toda la comunidad del sector salud.

Cirugías incorrectas y objetos olvidados

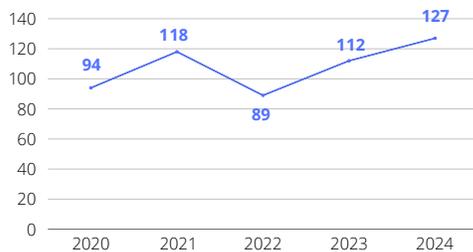
Reducir el desgaste del personal al evitar, el estado de Pensilvania en Estados Unidos, ha mostrado desde el 2004 un compromiso decidido con los reportes de incidentes de seguridad de paciente, mediante actos legislativos y la conformación de la AUTORIDAD DE SEGURIDAD DE PACIENTE, dándole una connotación de madurez muy robusta, con datos confiables que permiten una reflexión objetiva acerca de la información reportada, y una adecuada interpretación de los mismos.

TIPO DE ERROR	EJEMPLOS
Lado equivocado	Stent ureteral colocado erróneamente en el uréter izquierdo, en lugar del derecho.
	Bloqueo regional realizado en la rodilla izquierda, en lugar de la derecha.
Sitio equivocado	Bloqueo anestésico realizado en el dedo equivocado de la misma mano.
	Osteotomía realizada erróneamente en el segundo metatarsiano en lugar del tercero.
Procedimiento equivocado	Túnel carpiano realizado en lugar de liberación del dedo en gatillo.
	Se colocó un catéter de diálisis por error (procedimiento innecesario, no programado, consentido ni previsto).
Paciente equivocado	Catéter central de inserción periférica (PICC) convertido a línea media en el paciente A en lugar del paciente B.
	Circuncisión realizada erróneamente en el paciente A en lugar del paciente B.

Tabla: Cirugía Incorrecta. (Fuente: Yonash y Taylor 2020)

En el sistema de reportes de Pennsylvania, la frecuencia media registrada de eventos WSS por año calendario durante los períodos de cinco años desde el 2005 fue para el período de: 2005-2009: 66, 2010-2014: 51, 2015-2019: 58 casos.

En el reporte del último año recientemente publicado se muestra una tendencia que se mantiene al alza, con un incremento de 13% con respecto al año anterior, mostrando un último dato de 127 casos en el 2024, una preocupante tendencia de casi 2,5 casos por semana.

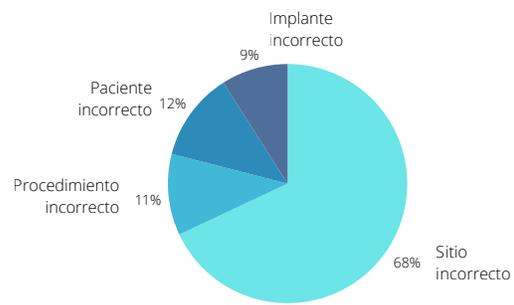


Gráfica: Número de eventos centinela clasificados como cirugías incorrectas (2020-2024) (Fuente: Adaptada de The Joint Commission, 2025. Todos los derechos reservados.)

Estas cifras nos llevan a reflexionar que sólo en el estado de Pennsylvania, con el 4% de la población total de Estados Unidos, reportan cerca de la mitad del dato que se obtiene a nivel nacional todas las instituciones acreditadas.

Cabe destacar que el sistema de Joint Commission, al ser de reporte voluntario a nivel nacional, y el de Pennsylvania, con su compromiso legislativo y datos confiables, no son directamente comparables en extensión ni en cultura de reporte, lo que podría explicar en parte la diferencia en las cifras.

Al analizar donde se presentan más frecuentemente estos errores, vemos que, por tipo de error, el Pareto de cirugía incorrecta del informe Joint Commission lo conforman: Sitio equivocado (68%), es paciente equivocado 12%, es decir quince casos en los que no sabían a quién estaban operando. y en tercer lugar con 11%, procedimiento incorrecto o no intencionado.



Gráfica: Subtipos de cirugía incorrecta (2024) (Fuente: Adaptada de The Joint Commission, 2025. Todos los derechos reservados.)

Las cirugías más frecuentemente involucradas en errores de sitio son la cirugía de columna y la cirugía espinal, y por especialidad Ortopedia, Vascular y en Anestesiología, los principales procedimientos con error fueron las inyecciones, específicamente los bloqueos anestésicos.

Con respecto a los cuerpos extraños, la data es muy variable y ha evolucionado en la línea de tiempo:

Estudios Históricos

- Hyslop en 1982 hablaba de 1 x 1500 operaciones abdominales.
- En el 2003 Gawande, publica un estudio de revisión de 16 años y encontró 54 casos, esto es una incidencia de 1 en 8801 a 1 en 18760 intervenciones, lo cual lo hace un hallazgo infrecuente, es decir que en un hospital grande que realice entre 30 a 50 cirugías diarias puede verse un caso al año; extrapolando esta información, Gawande calcula en su estudio un número nacional de 1500 casos de oblitos al año; estos números son calculados realizados con la data de las reclamaciones, por lo que claramente puede haber sub-reportes.

Reportes de Joint Commission

Según Joint Commission, se recibieron 772 reportes de oblitos entre 2005 y 2012.

El último reporte de Centinelas de Joint Commission muestra con preocupación que el promedio de los últimos cinco años está en 106 eventos al año, con una cifra en aumento de 119 oblitos reportados para el 2024, lo cual a pesar de no significar un dato epidemiológico como ellos lo aclaran, se convierte en una oportunidad para el aprendizaje, al entender mejor el origen de estos eventos.

Datos de Leapfrog

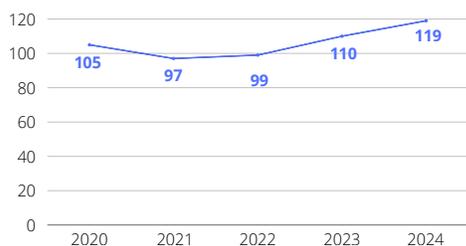
El grupo Leapfrog, muestra hospitales que reportan desde cero eventos hasta 1 por cada 3.000 cirugías realizadas.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

La AHRQ en su reporte de indicadores de Seguridad de Paciente, reportó 1571 cuerpos extraños retenidos en un período de tres años, esto es 1,4 reportes diarios.

El último reporte de Centinelas de Joint Commission del 2024 muestra con preocupación que ese número se mantiene en el rango de los 110 eventos al año, lo cual a pesar de no significar un dato epidemiológico como ellos lo aclaran, se convierte en una oportunidad para el aprendizaje, al entender mejor el origen de estos eventos.

En este reporte el principal hallazgo fue de compresas (35%), guías metálicas (10%), fragmentos de instrumentos (8%).



Gráfica: Número de eventos centinela clasificados como retención no intencionada de un objeto extraño (2020-2024)
(Fuente: Adaptada de The Joint Commission, 2025. Todos los derechos reservados.)

La detección de estos eventos puede ser difícil, como lo muestran las publicaciones; en promedio se encuentran en el día 21 postoperatorio, pero un 26% pasan desapercibidas más allá de los dos meses, con rangos desde el día de la cirugía hasta 6.5 años después, en hallazgos incidentales, por complicaciones abdominales catastróficas, o detectados en el puesto de control de un aeropuerto.

Con alguna frecuencia, estos hallazgos no serán motivo de reclamación por parte de paciente a las aseguradoras por manejo local exitoso, ni reportados por los cirujanos involucrados, dada la connotación legal potencialmente lesiva para médicos e instituciones.

De igual forma, el denominador puede estar sobredimensionado pues la incidencia puede variar según el tipo de procedimiento; las intervenciones laparoscópicas, endoscópicas, o procedimientos intervencionistas poco probable que dejen un objeto olvidado.

El reporte estará atado a la cultura organizacional, y a los factores que permiten que esto ocurra. La búsqueda activa, otra forma de identificar objetivamente los eventos mediante la popular herramienta de Global Trigger Tool de IHI, ha sido rescatada y mejorada con la actual tecnología de sistemas de inteligencia artificial. Se espera que a través de su implementación podamos obtener información más precisa y oportuna para evitar eventos. (Petri M, comunicación personal)

¿Cuál es el impacto potencial?

El impacto clínico más grave, muerte, está reportado en varias series publicadas para ambos eventos. 2.1% en Oblitos (Joint), 7.4% en cirugía de sitio incorrecto. Entre un 40 y un 76% de los reportes de eventos de cirugía equivocada resultaron en daño permanente o temporal severo con requerimiento de un cuidado adicional. Se ha reportado daño grave en 50% de los oblitos y hasta 95% requirieron cuidados adicionales/ hospitalización extendida.

Además de las implicaciones Clínicas y de Seguridad de Paciente, existen otras siete dimensiones a ser consideradas según esquema de la ASHRM:

- Nuestro Capital Humano también se afecta como segundas víctimas por la culpa percibida y el señalamiento de sus colegas;
- Cuando se presentan reclamaciones Legales, estos eventos son considerados negligencia, y la presencia de objetos olvidados siempre son punibles según la ley;
- El impacto Financiero de, asumir los costos de no calidad, intervenciones de mitigación, exámenes, intervenciones y estancia, además de las posibles multas establecidas, se han documentado en hasta USD 200.000 por compresa olvidada según descripciones de la literatura; esto sin tener en cuenta las indemnizaciones ante muerte o daño permanente como perforaciones o parapleja.

- El impacto Operacional de la alteración del flujo normal de atención, en algunos casos con interrupción de los procesos usuales ante las exigencias de un evento centinela;
- El Estratégico o reputacional que implica la afectación importante de la marca institucional al percibir la institución como peligrosa;
- El impacto Tecnológico se da por la necesidad de derivar inversiones para cubrir las deficiencias de procesos y fortalecer los sistemas de alerta, detección y prevención de eventos de este tipo; y finalmente
- Las Amenazas de violencia externa en el sitio de trabajo por represalias de pacientes o familiares afectados.

¿Qué se ha hecho para evitarlos?

Se entiende entonces que, al no ser un evento infrecuente, y además generar un impacto multidimensional elevado, constituye un riesgo alto para pacientes sometidos a intervenciones, así como para el personal e instituciones, por lo cual debe establecerse una gestión de riesgo contundente dirigida a SUPRIMIR el riesgo; si esto no es posible, los controles deberán enfocarse de manera rigurosa en la DETECCIÓN y PREVENCIÓN.

Inmediatamente se hizo evidente este problema y ante la connotación de Centinela/ Never Event, las organizaciones iniciaron la gestión correspondiente dirigida a la prevención de estos eventos.

La Joint Commission estableció en el año 2003, el llamado Protocolo Universal para prevenir Cirugía incorrecta, Paciente incorrecto o Procedimiento incorrecto, resumido en tres fases, Verificación, Marcación y Time Out o pausa quirúrgica.

El año pasado en el documento de Metas Nacionales de Seguridad de Paciente, Joint Commission publica su versión más reciente la cual se adjunta a continuación:

Protocolo Universal de The Joint Commission para la prevención de Cirugías realizadas en el lugar, procedimiento y persona incorrectos™ - Vigente a partir de enero de 2025

UP.01.01.01

Realizar proceso de verificación previa al procedimiento.

Elemento(s) de desempeño para UP.01.01.01

El protocolo establece un proceso de verificación previo al procedimiento que asegura la correcta identificación

del paciente, el procedimiento y el sitio, garantizando la disponibilidad de toda la documentación y elementos necesarios, e involucrando al paciente cuando sea posible.

UP.01.02.01

Marcar el sitio del procedimiento

Elementos de desempeño para UP.01.02.01

La institución identifica los procedimientos que requieran marcación del sitio del procedimiento por el profesional colegiado responsable del mismo, inmediatamente antes de realizarlo, involucrando a los pacientes mediante un proceso sistemático en el que se utilice un método y tipo de marca inequívocos, definiendo alternativas frente a casos en los que sea imposible o los pacientes se nieguen al procedimiento.

UP.01.03.01

Timeout o Pausa

Elemento(s) de desempeño para UP.01.03.01

Implementar una pausa estandarizada por la institución, en presencia de todos los integrantes del equipo a la intervención, verificando como mínimo identidad, sitio y procedimiento a realizar; esta pausa deberá repetirse en caso de requerir múltiples o nuevos procedimientos o el relevo de integrantes en el mismo evento quirúrgico.

Posteriormente, el grupo de la OMS liderado por Atul Gawande publican en New England Journal of Medicine en el 2009; una lista de chequeo implementada en tres fases: antes de la inducción, antes de la incisión y antes de salir de quirófanos.

Para mayor información y consulta del documento completo, puede remitirse al siguiente enlace que corresponde a la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Segunda edición, 2009, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1

Con estas dos estrategias, se encontró, con la primera, una reducción del 18% y con la segunda, del 47% en la mortalidad en salas de cirugía.

Además de eso se lograron avances en la cultura organizacional, cultura del reporte, cultura de la detección y de la conciencia del riesgo existente y en una cultura anticipatoria para esos riesgos.

Los holandeses, en su publicación SURPASS, presentan la experiencia de una lista de chequeo múltiple en diferentes momentos de la atención quirúrgica, mostrando un impacto significativo en la supervivencia, logrando 30% menos complicaciones y una reducción del 50% en la mortalidad frente a las instituciones en grupo control.

Un estudio publicado en la Revista Europea de Obstetricia, mostró el impacto de una estrategia de comunicación efectiva durante traslados de maternas, logrando reducir significativamente del 33% al 1% de cuasi incidentes posterior a la intervención.

Un interesante avance ha sido involucrar a los pacientes como coprotagonistas de su propia seguridad, al hacerlos participar activamente en la verificación de las listas de chequeo, el uso de brazaletes de identificación y sitio correcto de intervención; un pequeño porcentaje prefiere seguir confiando estas tareas en su médico tratante.

Otro avance logrado son las herramientas tecnológicas para validar compresas y objetos dentro de la cavidad, con el uso de código de barras, RFID y softwares de alerta en recuento.

¿Por qué se siguen presentando estos eventos?

A pesar de todos los esfuerzos, los reportes siguen mostrando datos preocupantes de persistencia de estos eventos. La atención hospitalaria actual busca eficiencias en todos sus procesos. Optimizar el uso de los quirófanos, asegurar una ocupación y lograr una rentabilidad ha despertado en los administradores la eficiencia en el funcionamiento de estos procesos.

El reporte de Pensilvania mostró una mayor incidencia en los hospitales de más de 300 camas, indicando que el volumen puede ser un factor relevante.

Así mismo los modelos de bloques quirúrgicos, tandems y procedimientos en serie del mismo cirujano pueden serlo, aunque no hay evidencia contundente que soporte esta hipótesis.

En el estudio de Gawande se identificaron tres condiciones asociadas significativamente a la aparición de oblitos: cirugía de emergencia, cambios inesperados durante la cirugía y un índice de masa corporal elevado.

En un estudio canadiense de cirugía incorrecta en pacientes ambulatorios, se plantearon cinco causas para estos eventos:

- (1) verificación preoperatoria incompleta.
- (2) recuentos quirúrgicos intraoperatorios inadecuados.
- (3) revisión insuficiente de los registros médicos de los pacientes.

(4) cirugía realizada sin los recursos necesarios.

(5) errores administrativos o desorganización de la oficina.

Los principales factores contributivos que se han identificado en un estudio de reclamaciones por cirugía incorrecta se identificaron como:

- Falla en seguir políticas y protocolos (83,8%)
- Falla para revisar los registros médicos (41,2%)

En un análisis muy crítico ante publicaciones que mostraron incapacidad para replicar resultados, Leape y Gawande mencionan que para que las listas funcionen, hay que implementarlas; y la forma de implementar incluye la participación de todos los involucrados en la adaptación, rediseño, socialización e implementación con prueba piloto y luego a gran escala, y por supuesto, medición y mejora correspondiente.

Yonash y Taylor en el año 2024 publican una revisión interesante de cuatro años de historias clínicas, encontrando 1166 errores en los registros, de agendamiento (56%), consentimiento (34%) o de ambos (10%), con una distribución de subtipos de error muy similar a los reportes mencionados anteriormente, evidenciando un riesgo que empieza desde la programación en los consultorios y se puede perpetuar en ausencia de las barreras apropiadas.

De acuerdo con los reportes de JOINT COMMISSION y recopilando los diferentes reportes, las causas de estos eventos centinela pueden consolidarse en las siguientes:

- Ausencia de políticas o incumplimiento de las mismas.
- Problemas de jerarquía e intimidación.
- Fallas de comunicación.
- Educación insuficiente.

¿En caso de presentarse un evento, cómo reaccionamos?

Las instituciones comprometidas con la resiliencia buscan en sus integrantes una reacción transparente, creíble, más humana frente a un evento centinela, lo que definitivamente logra reducir el riesgo de acciones legales.

Sin embargo, es muy frecuente que el pánico que genera un evento lleve a omisión y procrastinación, empeorando la situación al decidir acciones temerarias como silencio colectivo, falsedad de documentos, omisión de registros, ausencia de reportes y ocultamiento a pacientes y familias.

El popular documento rojo de Harvard "When Things Go Wrong, Responding to Adverse Events resulta de mucha utilidad en caso de enfrentarse a un evento

centinela en cirugía, incluyendo el manejo de segundas víctimas. De forma similar, el grupo Leapfrog en su Política de Eventos Nunca recomienda nueve acciones básicas:

1. Disculparse con el paciente y la familia afectados.
2. Renunciar a todos los costos relacionados con el evento y la atención de seguimiento.
3. Informar el evento a una agencia externa.
4. Realizar un análisis de la causa raíz de Cómo y Por Qué ocurrió el evento.
5. Entrevistar a pacientes y familias que estén dispuestos y sean capaces, para recopilar evidencia para el análisis de la causa raíz.
6. Informar al paciente y a su familia sobre las acciones que el hospital tomará para prevenir futuras recurrencias de eventos similares en función de los hallazgos del análisis de causa raíz.
7. Tener un protocolo implementado para brindar apoyo a los cuidadores involucrados en Eventos Nunca y hacer que ese protocolo sea conocido por todos los cuidadores y médicos afiliados.
8. Realizar una revisión anual para garantizar el cumplimiento de cada elemento de la Política de Eventos Nunca de Leapfrog para cada Evento Nunca que haya ocurrido.
9. Poner una copia de esta política a disposición de los pacientes.

Si bien estas acciones pueden parecer ambiciosas, resulta ser un listado completo y estructurado de recomendaciones basadas en evidencia frente a primera, segunda y tercera víctimas, iniciando por una alerta institucional a las directivas, la respuesta inmediata de atención al paciente, buscando prevenir mayores daños, con una información transparente a paciente y familia, y un proceso riguroso no punitivo de análisis interno de causa raíz y un plan inmediato de solución del evento buscando prevenir recurrencias y socializando con los afectados ofreciendo apoyo, con énfasis en el grupo involucrado para atender efectivamente a las posibles segundas víctimas.

Recomendaciones Finales

La meta de la OMS de Cero Daño, enfocada en desaparecer eventos inducidos por la atención es un objetivo posible, si articulamos la visión, confianza, respeto e inclusión, unas directivas comprometidas, el desarrollo del liderazgo en el marco de una cultura justa y con expectativas de comportamiento claramente definidas.

Para comenzar, la visión de los líderes debe ser basada en una convicción de la seguridad total como un valor fundamental para pacientes y personal y considerarlo prioridad en su plan de trabajo.

Para que un líder pueda crear y mantener una cultura de seguridad, es esencial establecer confianza, mostrar respeto y promover la inclusión; los líderes de la institución deben respetar y apoyar a los clínicos en su condición de expertos en seguridad y brindar las herramientas necesarias para este objetivo.

Las Juntas Directivas deben desempeñar un papel protagónico en la creación y el mantenimiento de una cultura de seguridad, entendiendo la criticidad de estos riesgos para todos los niveles y partes interesadas.

Por esta razón, resulta fundamental capacitarlos en los conceptos clave de seguridad y empoderarlos para hacer seguimiento y análisis sistemático de estos avances. Esto incluye liderar y recompensar una verdadera cultura justa donde todos los miembros del personal, tanto clínicos como no clínicos, tengan la capacidad y la libertad de expresar sus preocupaciones sobre las amenazas a la seguridad de los pacientes y del personal; para lograrlo deben fomentar la notificación de errores, lapsos, cuasi accidentes y eventos adversos, con una capacidad de analizar, buscar el aprendizaje, y corregir efectivamente los errores identificados, compartiendo con toda la organización las lecciones y avances obtenidos, sin señalamientos ni conductas punitivas frente al reporte ni al error genuino.

Debe existir en la institución una cultura de rendición de cuentas y responsabilidades de comportamientos y acciones esperadas, en un marco de transparencia, trabajo en equipo eficaz, comunicación activa y retroalimentación efectiva, compromisos culturales que deben aplicarse por igual a todo el personal, independientemente de su rango, función o departamento.

Conclusiones

Los eventos centinelas en cirugía son frecuentes, con un impacto principalmente clínico potencialmente fatal o capaces de causar daño severo al generar intervenciones adicionales o estancias prolongadas no planeadas. Es importante considerar de igual forma los impactos no clínicos para entender la magnitud del problema.

Si bien existen estrategias efectivas como las listas de chequeo, su implementación es incompleta o inadecuada, con un entendimiento parcial del objetivo de las mismas, y para que funcionen bien, debemos entenderlas y sentirlas como nuestra garantía de seguridad para nuestros pacientes. Las listas son buenas, así como todas las ayudas tecnológicas, que resultan incompletas en ausencia de una cultura de la organización que nos haga entender que el cero daño es posible, y un compromiso de todos, partiendo de la voluntad de las directivas para lograrlo.

Se deben desarrollar e implementar políticas y procedimientos estandarizados efectivos y basados en evidencia en toda la organización para la prevención de eventos centinelas en cirugía a través de un proceso colaborativo que promueva la consistencia en la práctica para lograr cero defectos; las políticas no solo deben ser claras y contundentes, deben ser vividas por todos los miembros del equipo, independiente del rol o cargo.

Reconocer y respetar la experticia de todos los miembros del equipo quirúrgico, así como los roles y responsabilidades de profesionales de instrumentación quirúrgica, vigilancia de enfermería y responsabilidad de médicos cirujanos y anesthesiólogos en perfecta armonía, garantizando el adecuado cumplimiento de las funciones de cada uno, manteniendo la rigurosidad del proceso, agendamiento y consentimiento correctos, doble verificación, conteos sistemáticos, atención a las pausas, en constante actitud de optimismo pero manteniéndose alerta frente a la posibilidad real de fallas, detectarlas y corregirlas en equipo.

Para lograr esto, la institución debe contar con un proceso educativo robusto que integre todos los conocimientos requeridos para participar activamente de estos equipos.

En resumen, los centinelas en cirugía son un problema grave que puede tener consecuencias devastadoras para los pacientes. La implementación de listas de chequeo, procesos de conteo precisos, la utilización de tecnología de detección de objetos y la mejora de la comunicación entre el equipo quirúrgico pueden ayudar a prevenir estos incidentes. Es fundamental que los hospitales y los profesionales de la salud tomen medidas para prevenir incidentes y garantizar la seguridad del paciente.

Fuentes consultadas

- The Joint Commission. (s. f.). Sentinel event policy and procedures. Recuperado de http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/
- Taylor, M. A., & Yonash, R. A. (2020). Wrong-site surgery in Pennsylvania during 2015–2019: A study of variables associated with 368 events from 178 facilities. *Data Reports*. <https://doi.org/10.33940/data/2020.12>
- The Joint Commission. (2025). Sentinel event data: 2024 annual review.
- Gawande, A., et al. (2003). Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *The New England Journal of Medicine*. Recuperado de www.nejm.org
- The Joint Commission. (2013). Preventing unintended foreign object retention. Sentinel Event Alert. Recuperado de www.jointcommission.org
- The Leapfrog Group. (2025). Hospital safety grade. Recuperado de www.leapfroggroup.org
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). Quality indicator user guide: Patient safety indicators composite measures.
- Tan, J., Ross, J. M., Wright, D., Pimentel, M. P. T., et al. (2023). A contemporary analysis of closed claims related to wrong-site surgery. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*.
- Carroll, R., et al. (2020). Enterprise risk management: Implementing ERM. *ASHRM Health Care Enterprise Risk Management Playbook* (2.ª ed., pp. 147–148).
- The Joint Commission. (2003). Universal protocol for preventing wrong site, wrong patient, wrong procedure surgery.
- The Joint Commission. (2025). National patient safety goals: Effective January 2025 for the Office-Based Surgery Program.
- Haymes, A. B., Gawande, A., et al. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360, 491–499.
- De Vries, E. N., Prins, H. A., et al. (2010). Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 363.
- Leana, K., Pagea, B. F., & Vincenta, Ch. (2018).
- Krenzischek, D. A., Card, E., et al. (2022). Patients' perceptions of importance for self-administered correct site surgery checklist: A multisite study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 37(6), 827–833. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.01.001>
- Kurisaki, K., & Akhiko, S. (2024). Clinical validation of computer-aided diagnosis software for preventing retained surgical sponges. *Journal of the American College of Surgeons*, 856–860. <https://doi.org/10.1097/XCS.0000000000001012>
- Hajjaj, S., et al. (2025). Wrong-site, wrong-procedure, and retained foreign object events in out-of-hospital settings: Analysis of closed medico-legal complaints in Canada (2012–2021). *Patient Safety in Surgery*.
- Tan, J., Ross, J. M., Wright, D., Pimentel, M. P. T., et al. (2023). A contemporary analysis of closed claims related to wrong-site surgery. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*.
- Leape, L. L. (2014). The checklist conundrum. *The New England Journal of Medicine*. Recuperado de www.nejm.org
- Taylor, M. A., & Yonash, R. A. (2024). Risk factors for wrong-site surgery: A study of 1,166 reports of informed consent and schedule errors. *Patient Safety*. <https://doi.org/10.33940/001c.11708>
- Harvard Medical Practice Study. (2006). When things go wrong: Responding to adverse events. *Harvard Medical Review*.
- The Leapfrog Group. (2019). Never events report 2019. Recuperado de <https://www.leapfroggroup.org/never-events-report-2019>
- Kaplan, G., Stokes, C., et al. (2017). Leading a culture of safety: A blueprint for success. American College of Healthcare Executives, Institute for Healthcare Improvement, National Patient Safety Foundation.
- Jacobs, L. (2024). Wrong surgery, retention of foreign object top 2023 sentinel event list. *Bulletin of the American College of Surgeons*.
- Chinelli, J., et al. (2017). Oblitos en cirugía. Casuística y estrategias de prevención. *Anales de la Facultad de Medicina (Universidad de la República, Uruguay)*.
- Sirihorachai, R., Saylor, K. M., & Manojlovich, M. (2022). Interventions for the prevention of retained surgical items: A systematic review. *World Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06370-3>
- Bowman, C. L., et al. (2023). Identifying a list of healthcare 'never events' to effect system change: A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Open Quality*, 12, e002264. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002264>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Lista de verificación de la seguridad de la cirugía: Segunda edición, 2009.
- Improving communication at handover and transfer reduces retained swabs in maternity services. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.
- Krenzischek, D. A., Card, E., et al. (2022). Patients' perceptions of importance for self-administered correct site surgery checklist: A multisite study. *Journal of Perianesthesia Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.01.001>
- Kurisaki, K., & Akhiko, S. (2024). Clinical validation of computer-aided diagnosis software for preventing retained surgical sponges. *Journal of the American College of Surgeons*. <https://doi.org/10.1097/XCS.0000000000001012>
- Hajjaj, S., et al. (2025). Wrong-site, wrong-procedure, and retained foreign object events in out-of-hospital settings: Analysis of closed medico-legal complaints in Canada (2012–2021). *Patient Safety in Surgery*.
- Tan, J., Ross, J. M., Wright, D., Pimentel, M. P. T., et al. (2023). A contemporary analysis of closed claims related to wrong-site surgery. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*.
- Leape, L. L. (2014). The checklist conundrum. *The New England Journal of Medicine*. Recuperado de www.nejm.org
- Taylor, M. A., & Yonash, R. A. (2024). Risk factors for wrong-site surgery: A study of 1,166 reports of informed consent and schedule errors. *Patient Safety*. <https://doi.org/10.33940/001c.11708>
- Harvard Medical Practice Study. (2006). When things go wrong: Responding to adverse events. *Harvard Medical Review*.
- The Leapfrog Group. (2019). Never events report 2019. Recuperado de <https://www.leapfroggroup.org/never-events-report-2019>
- Kaplan, G., Stokes, C., et al. (2017). Leading a culture of safety: A blueprint for success. American College of Healthcare Executives, Institute for Healthcare Improvement, National Patient Safety Foundation.
- Jacobs, L. (2024). Wrong surgery, retention of foreign object top 2023 sentinel event list. *Bulletin of the American College of Surgeons*.
- Chinelli, J., et al. (2017). Oblitos en cirugía. Casuística y estrategias de prevención. *Anales de la Facultad de Medicina (Universidad de la República, Uruguay)*.
- Sirihorachai, R., Saylor, K. M., & Manojlovich, M. (2022). Interventions for the prevention of retained surgical items: A systematic review. *World Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06370-3>
- Bowman, C. L., et al. (2023). Identifying a list of healthcare 'never events' to effect system change: A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Open Quality*, 12, e002264. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002264>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Lista de verificación de la seguridad de la cirugía: Segunda edición, 2009.

MAS ALLÁ DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE PROMS Y PREMS

Por: Carlos Andrés Correa Benitez
Ingeniero Industrial - Esp. Sistemas
Integrados de Gestión



En la última década, el panorama de la atención sanitaria ha experimentado una transformación significativa, impulsada por un reconocimiento creciente de la importancia de la perspectiva del paciente. Este cambio de paradigma se materializa en la adopción de un enfoque centrado en el paciente y la consolidación del concepto de "Atención Sanitaria Basada en el Valor". En este contexto, surgen herramientas de medición esenciales: las Medidas de Resultados Reportados por el Paciente (PROMs) y las Medidas de Experiencia Reportadas por el Paciente (PREMs).

Aunque a menudo se mencionan juntas y suenan similares, PROMs y PREMs, si bien son complementarias, poseen diferencias fundamentales en lo que miden y en lo que pueden lograr cuando se usan eficazmente. Este artículo busca descubrir el significado, la importancia y la aplicación de estas herramientas, destacando cómo su integración es decisivo para evaluar la calidad de la atención de manera más completa y para impulsar una transformación real en los sistemas de salud a nivel global, priorizando lo que verdaderamente importa: el paciente y sus resultados de salud.

¿QUÉ SON LOS PROMS Y PREMS? FUNDAMENTOS Y DIFERENCIAS CLAVE

Para comprender cómo los PROMs y PREMs colaboran, es fundamental establecer la distinción entre "experiencia" y "resultados" en el ámbito de la salud.

Definición y alcance

PROMs (Patient-Reported Outcome Measures - Medidas de Resultados Reportados por el Paciente): Son herramientas que permiten conocer, directamente de los pacientes, cómo se sienten o cómo evalúan su salud tras un tratamiento o durante una enfermedad. Estas medidas recogen la percepción personal sobre síntomas, calidad de vida o efectos del tratamiento, sin la interpretación de los médicos.

Por ejemplo, después de una cirugía, al paciente se le puede preguntar: "¿Cuánto dolor siente del 1 al 10?" o "¿Qué tan fácil le resulta caminar ahora?". Las respuestas permiten monitorear la evolución del paciente a lo largo del tiempo y evaluar la efectividad real de los tratamientos desde su propia experiencia.

PREMs (Patient-Reported Experience Measures - Medidas de Experiencia Reportadas por el Paciente): Son encuestas que recogen la opinión del paciente sobre su experiencia durante la atención médica. No miden su estado de salud, sino cómo percibió el trato recibido. Evalúan aspectos como la comunicación con los médicos, la amabilidad del personal, la claridad en la información, la accesibilidad y el respeto.

Por ejemplo, después de una consulta, al paciente se le puede preguntar: "¿Sintió que el médico lo escuchó y le explicó claramente su situación?" o "¿Fue tratado con amabilidad y respeto por el personal?". Las respuestas ayudan a mejorar la calidad del servicio y la satisfacción de los pacientes.

Tanto los PROMs como los PREMs son reportados directamente por los propios pacientes, sin la intervención o interpretación de los profesionales de salud. Esto les da un valor único, ya que reflejan la visión personal y directa de quien recibe la atención médica.

Esta información es fundamental para responder preguntas clave como: "¿Los pacientes tuvieron una buena experiencia?", "¿Han mejorado su salud y alcanzado sus objetivos?" o "¿Qué aspectos del cuidado necesitan mejorar?". Solo el paciente, o en algunos casos sus cuidadores más cercanos, puede responder con precisión a estas preguntas, ofreciendo una perspectiva que ningún otro actor del sistema de salud puede proporcionar.

¿Cómo se obtienen? Métodos de recolección

La recolección de datos para PROMs y PREMs se realiza principalmente a través de cuestionarios o encuestas estandarizadas. Estos instrumentos permiten captar de manera directa la percepción de los pacientes sobre su salud y su experiencia con los servicios de atención médica.

Actualmente, los métodos más recomendados para aplicar estas encuestas son los electrónicos, utilizando canales como WhatsApp, SMS o correo electrónico, lo que facilita su acceso y amplia cobertura. No obstante, también pueden ser aplicadas por vía telefónica o mediante formularios impresos, procurando siempre que el paciente no deba acudir presencialmente al centro de salud solo para este fin.

Una vez recopiladas las respuestas, los datos se procesan mediante análisis estadísticos que generan puntuaciones individuales y resultados agregados, útiles tanto para la toma de decisiones clínicas como para la mejora de la calidad en los servicios de salud.

A continuación, se presentan algunos ejemplos concretos de instrumentos ampliamente utilizados a nivel internacional:

Ejemplos de PROMs:

- The Short Form 36 (SF-36) Health Survey: Desarrollado por el RAND Corporation (Estados Unidos), evalúa el estado general de salud y aspectos específicos como la función física y la salud mental.
- The European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) Questionnaire: Desarrollado por la EuroQol Research Foundation, mide el estado de salud en cinco dominios clave: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

- The Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ): Desarrollado por el Dr. Gordon Guyatt y su equipo de la McMaster University (Canadá), es específico para evaluar el impacto de las enfermedades respiratorias crónicas en la calidad de vida.
- Oxford Hip Score (OHS): Desarrollado por el Oxford Orthopaedic Group de la University of Oxford (Reino Unido), evalúa la función y el dolor en pacientes sometidos a cirugía de reemplazo de cadera.
- PROMIS (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System): Sistema desarrollado y financiado por los National Institutes of Health (NIH) de Estados Unidos para medir el bienestar físico, mental y social en diversas condiciones de salud.
- HOOS/KOOS (Hip & Knee Osteoarthritis Outcome Score): Desarrollados por investigadores suecos liderados por la Dra. Ewa Roos, de la University of Southern Denmark, estos cuestionarios se utilizan para evaluar síntomas, función y calidad de vida en pacientes con osteoartritis o sometidos a reemplazos de cadera o rodilla.

Ejemplos de PREMs:

- The Picker Patient Experience Questionnaire (PPEQ): Desarrollado por Picker Institute Europe, evalúa la experiencia del paciente en aspectos como comunicación, acceso a la información y participación en su atención.
- Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Survey: Desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) de Estados Unidos, mide la experiencia hospitalaria de los pacientes, incluyendo comunicación, capacidad de respuesta del personal y satisfacción general durante la hospitalización.
- General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ): Desarrollado por investigadores de la University of Cambridge (Reino Unido), evalúa la experiencia del paciente en atención primaria, centrándose en la comunicación, la continuidad de la atención y la satisfacción general con el proveedor.
- Encuestas del NHS (National Health Service England): Desarrollados por la Care Quality Commission (CQC), estas encuestas evalúan la experiencia del paciente en diversos servicios del sistema de salud inglés, incluyendo hospitales, consultas externas, atención de urgencias y salud mental.



Gráfica: Comparación entre PROMs y PREMs
(Fuente: propia HDQ 2025)

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE LOS PROMS Y PREMS EN LA ATENCIÓN SANITARIA BASADA EN EL VALOR

La creciente necesidad de un enfoque más humano y centrado en el paciente ha impulsado la integración de los PROMs y PREMs en la práctica clínica y la investigación en salud. Su valor va más allá de la simple recopilación de datos: hoy son herramientas esenciales para la mejora continua, la toma de decisiones estratégicas y el diseño de servicios más pertinentes.

Pilares de la atención centrada en el paciente

Actualmente existe un amplio reconocimiento sobre la importancia de incorporar la perspectiva del paciente para ofrecer una atención sanitaria de calidad. Entender cómo los pacientes valoran su experiencia después de un tratamiento o intervención, así como conocer su percepción sobre su estado de salud y calidad de vida, se ha vuelto fundamental para garantizar una atención realmente centrada en sus necesidades.

En este contexto, los pacientes dejan de ser meros receptores de atención para convertirse en “socios activos” en su propio proceso de cuidado. Los profesionales sanitarios no solo los atienden desde un enfoque clínico, sino también considerando dimensiones emocionales, mentales, sociales, espirituales y financieras.

Tanto los PROMs como los PREMs permiten cuantificar estas percepciones, ayudando a comprender el impacto real que tienen las enfermedades, los tratamientos y el sistema de salud en la vida de los pacientes.

Impulsores de la atención sanitaria basada en el valor

Un sistema de salud centrado en el paciente es, por definición, un sistema basado en el valor. La atención sanitaria basada en ello se define como el uso equitativo, sostenible y transparente de los recursos disponibles para lograr mejores resultados de salud y experiencias para cada persona.

Este modelo busca ofrecer los mejores resultados posibles al menor costo, y es aquí donde los PROMs y PREMs desempeñan un papel fundamental. Ambos permiten medir, desde la perspectiva del paciente, los beneficios tangibles de los tratamientos o intervenciones, alejándose del enfoque tradicional que prioriza la cantidad de procedimientos o servicios realizados.

El uso conjunto de PROMs y PREMs representa una estrategia efectiva para involucrar a los pacientes y aprovechar el conocimiento que aportan, posicionándolos como verdaderos aliados en la mejora de la atención.

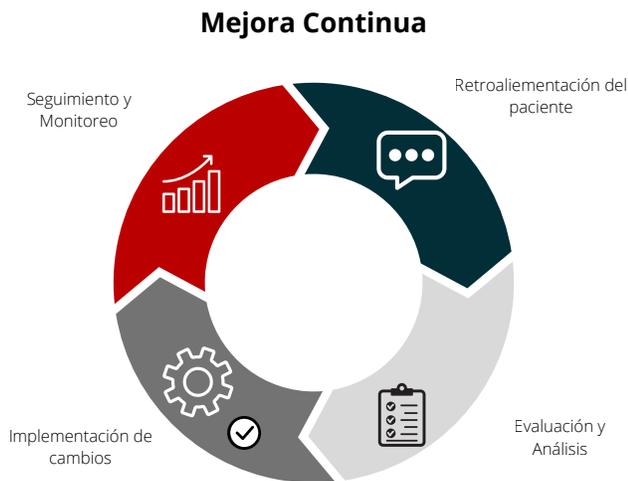
Beneficios y aplicaciones en la práctica clínica y la investigación

Diversos estudios han demostrado que la implementación de PROMs y PREMs, tanto de forma individual como combinada, aporta múltiples beneficios en distintos niveles:

- **Medición del impacto de intervenciones y tratamientos:** los PROMs permiten evaluar el impacto real de los tratamientos. Por ejemplo, en 2015, Bache et al. aplicaron PROMs en tiempo real a pacientes con cáncer de mama avanzado para monitorear síntomas de forma remota, generando alertas automáticas al personal de enfermería ante eventos preocupantes. Los resultados fueron contundentes: los pacientes reportaron una mejor calidad de vida, menor cantidad de hospitalizaciones y mayor adherencia al tratamiento. Además, la mediana de supervivencia aumentó en cinco meses en comparación con el grupo que recibió atención habitual, superando incluso los beneficios obtenidos con muchos medicamentos oncológicos actuales. Esto evidencia que, desde una perspectiva clínica y económica, el uso de PROMs puede mejorar los resultados en salud, optimizar el tiempo del equipo clínico y reducir la sobrecarga asistencial.
- **Mejora continua de la calidad:** los PREMs ofrecen una visión clara sobre la experiencia de los pacientes, lo que permite a los centros de salud identificar oportunidades de mejora, ajustar procesos y diseñar servicios más alineados con las necesidades reales de los usuarios.
- **Complemento a datos clínicos tradicionales:** los PROMs enriquecen la información obtenida mediante registros clínicos o administrativos, proporcionando una visión más completa sobre la efectividad de los servicios sanitarios y su impacto en la calidad de vida.
- **Optimización de la comunicación y la atención individualizada:** a nivel individual, los PROMs facilitan

la comunicación entre pacientes y profesionales, ayudan a detectar problemas tempranos y permiten adaptar el plan de atención a las preferencias y necesidades de cada persona.

- Benchmarking y comparación: PROMs y PREMs son herramientas útiles para comparar el desempeño de diferentes instituciones o servicios, apoyando tanto la evaluación interna como los ejercicios de benchmarking a nivel regional o nacional.
- Apoyo a la investigación: estos instrumentos permiten evaluar no solo la eficacia clínica de las intervenciones, sino también su efectividad en condiciones reales y su costo-efectividad, aspectos clave en estudios de salud pública y economía de la salud.
- Relevancia para la profesión de enfermería: la atención centrada en la persona es un principio fundamental en la enfermería. Por ello, PROMs y PREMs son esenciales para valorar la calidad e impacto de las intervenciones de enfermería, promoviendo prácticas basadas en evidencia y la mejora continua del cuidado.



Gráfica: Ciclo de mejora continua basado en PROMs y PREMs (Fuente: propia HDQ 2025)

DESAFÍOS Y CONSIDERACIONES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROMS Y PREMS

Aunque los PROMs y PREMs ofrecen beneficios innegables para la atención sanitaria centrada en el paciente, su implementación efectiva conlleva desafíos importantes. Estos aspectos deben considerarse cuidadosamente para asegurar la validez, la fiabilidad y la utilidad de los datos consolidados.

Limitaciones potenciales en su uso

A pesar de su creciente adopción, las mediciones reportadas por los pacientes no están exentas de limitaciones, entre las que destacan las siguientes:

- Sesgo de respuesta: los pacientes pueden no reportar con total precisión sus síntomas o experiencias debido a factores como el sesgo de discapacidad social, el sesgo de recuerdo o la incomodidad al expresar percepciones negativas. Esto puede afectar la fiabilidad de los resultados.
- Aplicabilidad limitada: muchos PROMs y PREMs han sido desarrollados y validados para poblaciones o condiciones específicas, lo que puede restringir su aplicabilidad a otros contextos clínicos o poblacionales.
- Comparabilidad limitada: los distintos instrumentos pueden utilizar formatos de preguntas, escalas o métodos de puntuación diferentes, lo que dificulta la comparación entre estudios, centros de salud o países.
- Interpretación limitada: estos instrumentos suelen captar solo ciertos aspectos de la salud o la experiencia del paciente. Por ello, los resultados pueden ser difíciles de interpretar o traducir en acciones concretas en la práctica clínica.
- Sensibilidad limitada al cambio: algunos PROMs y PREMs no son lo suficientemente sensibles para detectar cambios sutiles en el estado de salud o la experiencia a lo largo del tiempo, lo cual puede limitar su utilidad para evaluar la evolución del paciente o la efectividad de las intervenciones.
- Carga de trabajo y consumo de tiempo: la aplicación y análisis de estas encuestas pueden requerir tiempo adicional, tanto para los pacientes como para los profesionales de salud. En algunos casos, también es necesario contar con formación específica para su correcta interpretación.

Identificación y selección de instrumentos adecuados

Para garantizar la efectividad de estas herramientas, es indispensable seleccionar instrumentos que sean válidos, fiables y sensibles al contexto en el que se aplicarán. Además, idealmente, deberían ser fáciles de administrar y de interpretar.

La idoneidad de un PROM o PREM depende de varios factores clave:

- Población: no todos los instrumentos son adecuados para todas las edades, géneros, idiomas o condiciones clínicas.
- Contexto: un instrumento puede ser válido en un entorno hospitalario, pero no necesariamente en la atención primaria o comunitaria.
- Propósito: algunos instrumentos son adecuados para evaluar la calidad de vida, mientras que otros están diseñados para predecir riesgos o evaluar la eficacia de tratamientos.

Por ello, antes de seleccionar un instrumento, es esencial revisar la literatura, consultar bases de datos especializadas y evaluar si ya existe una herramienta validada que pueda adaptarse al contexto específico.

Así mismo, es importante considerar las implicaciones éticas. La aplicación de instrumentos inadecuados o la interpretación incorrecta de los resultados puede conducir a decisiones clínicas erradas, afectar la calidad del cuidado o incluso perjudicar a los pacientes.

Además, se debe evitar la creación innecesaria de nuevos instrumentos. Muchas veces, la percepción de que “no existe un instrumento adecuado” se debe más a una falta de búsqueda exhaustiva que a la inexistencia real de herramientas. Por lo general, es más eficiente adaptar y validar un instrumento ya disponible que desarrollar uno completamente nuevo, lo que además ahorra tiempo y recursos.

PROMS Y PREMS EN LA EVALUACIÓN DE CALIDAD HOSPITALARIA: EL CASO DEL RANKING “WORLD'S BEST HOSPITALS 2025”

Un ejemplo destacado de la aplicación práctica de PROMs y PREMs en la evaluación de la calidad hospitalaria es el ranking “World's Best Hospitals 2025”, desarrollado por Newsweek y Statista R. Esta iniciativa, reconocida mundialmente, busca ofrecer una clasificación integral de los mejores hospitales a nivel global, incorporando de forma explícita la perspectiva del paciente mediante estas mediciones.

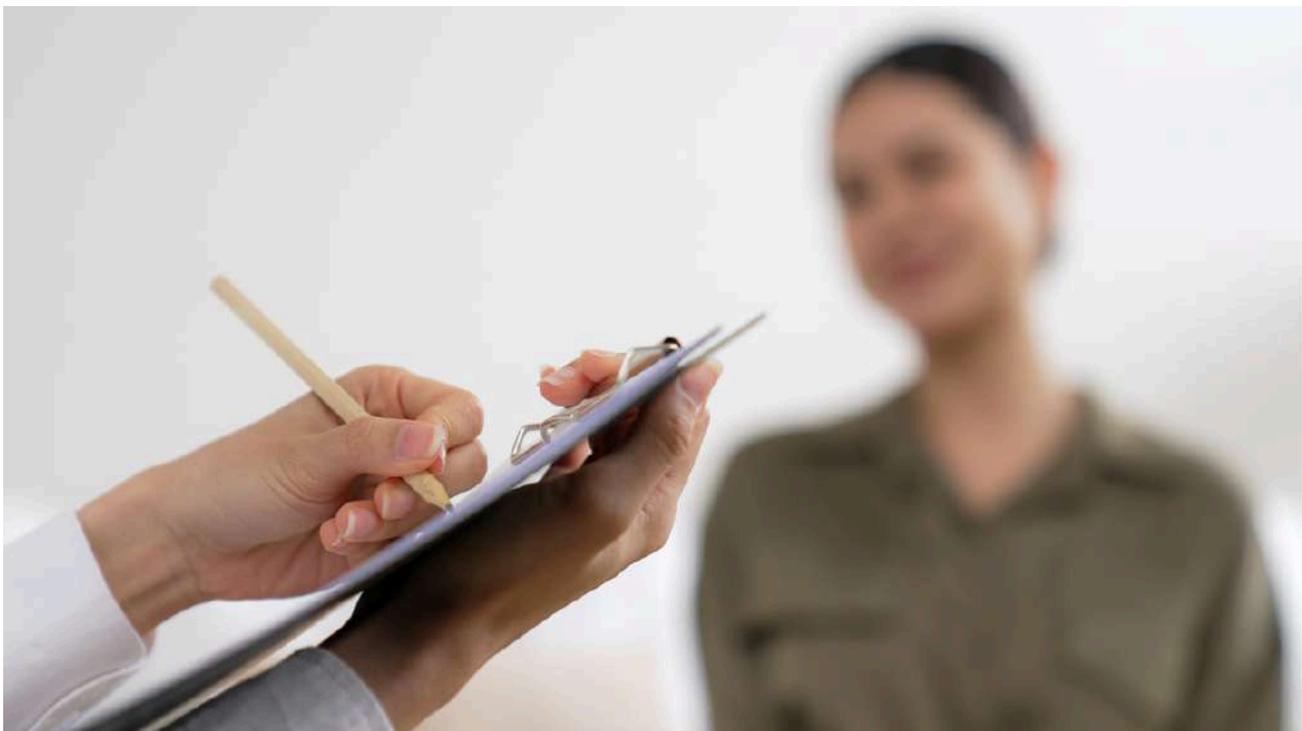


Gráfica: World's Best Hospitals 2025 – Ranking Internacional (Fuente: Newsweek & Statista)

Metodología del ranking

El ranking se basa en cuatro pilares fundamentales, que garantizan una evaluación integral del desempeño hospitalario:

- 1. Recomendaciones de expertos médicos:** basadas en encuestas en línea dirigidas a decenas de miles de



médicos, directivos hospitalarios y profesionales sanitarios en 30 países. Este componente representa el mayor peso en la puntuación total (40%), dividida entre recomendaciones nacionales (35%) e internacionales (5%).

2. Resultados de encuestas a pacientes (Experiencia del Paciente - PREMs): se analizan datos de encuestas públicas sobre satisfacción del paciente, usualmente realizadas por aseguradoras o por los propios hospitales después del alta. Estas encuestas abordan la satisfacción general, la atención médica recibida y la disposición a recomendar el hospital. Este pilar aporta el 17,5% de la puntuación total. En países sin datos oficiales, se recurre a valoraciones en Google Reviews, reduciendo el peso al 7,5%.

3. Métricas de calidad hospitalaria: Incluye indicadores clínicos como resultados de tratamientos, seguridad del paciente, medidas de higiene y dotación de personal. Este pilar representa el 37,5% de la puntuación y, en la edición 2025, su peso se incrementó, junto con la incorporación de PROMs, para enfatizar la evaluación de la calidad asistencial.

4. Encuesta de implementación de PROMs de Statista (PROMs Implementation Survey): este pilar refleja el compromiso institucional con la medición y el uso de resultados reportados por los propios pacientes.

La encuesta de implementación de PROMs de Statista

Esta encuesta, actualizada para la edición 2025 en colaboración con el comité global de expertos médicos y ICHOM, evalúa el grado de implementación de PROMs genéricos y específicos en hospitales. Su objetivo es medir el uso efectivo de los datos obtenidos para mejorar la calidad asistencial.

Entre los aspectos evaluados se encuentran:

- Nivel de implementación de PROMs.
- Existencia de equipos dedicados a su medición.
- Número de instrumentos utilizados y los departamentos implicados.
- Validación científica de los instrumentos y ajuste por características clínicas (case-mix).
- Tasa de participación de los pacientes.
- Reporte interno y externo de los resultados.
- Auditoría previa a la publicación.
- Uso de PROMs para mejorar procesos clínicos y tomar decisiones terapéuticas en tiempo real.
- Comparación y colaboración con otras instituciones para el aprendizaje conjunto.

Para que un hospital obtenga una puntuación en este pilar, debe alcanzar al menos el 50% del puntaje máximo en la encuesta. Según su desempeño, se otorgan niveles de reconocimiento (ribbons):

- Un visto bueno (checkmark) se otorga a la medición de PROM que no alcanza el umbral del 50%.
- Una cinta (1 Ribbon) si el hospital obtiene entre el 50% y menos del 70% del puntaje.
- Dos cintas (2 Ribbons) si logra entre el 70% y menos del 87.5%.
- Tres cintas (3 Ribbons) para aquellos que alcanzan el 87.5% o más.

Medición de PROM que no alcanza el umbral del 50%	50% - < 70%	70% - < 87,5%	>= 87,5%
			

Fuente: Newsweek & Statista - World's Best Hospitals 2025.

Este pilar contribuye con un 5% al puntaje total del ranking, reflejando el creciente protagonismo de la voz del paciente y la atención basada en el valor a nivel internacional.

Cabe destacar que la participación en esta encuesta es opcional. En caso de no participar, los otros tres pilares se recalculan con pesos ajustados.

Impacto global y comparabilidad

La inclusión de PROMs y PREMs como criterios en el ranking "World's Best Hospitals 2025" resalta su creciente relevancia en la evaluación de la calidad hospitalaria. Sin embargo, es importante comprender que las puntuaciones obtenidas en este ranking son comparables únicamente entre hospitales del mismo país.

Esto se debe a que, en cada país, se utilizan fuentes de datos distintas para medir la experiencia del paciente y la calidad hospitalaria. Estas diferencias metodológicas, incluyendo los tipos de encuestas, escalas de medición y criterios regulatorios, limitan la posibilidad de realizar comparaciones internacionales directas y estandarizadas.

A pesar de esta restricción, el ranking mantiene su alcance global mediante la publicación de una lista de los 250 mejores hospitales del mundo, la cual se elabora principalmente con base en:

- Las recomendaciones internacionales de expertos médicos.
- Las posiciones obtenidas en los rankings nacionales.
- La excelencia en métricas de calidad clínica.

Tabla 1: World's Best Hospitals 2025 – Top 10 global

Rk	Hospital	País	Encuesta PROMS
1	Mayo Clinic - Rochester	Estados Unidos de America	
2	Cleveland Clinic	Estados Unidos de America	
3	Toronto General - University Health Network	Canada	
4	The Johns Hopkins Hospital	Estados Unidos de America	
5	Karolinska Universitetssjukhuset	Suecia	
6	Massachusetts General Hospital	Estados Unidos de America	
7	Charité - Universitätsmedizin Berlin	Alemania	
8	Sheba Medical Center	Israel	
9	Singapore General Hospital (SGH)	Singapur	
10	Universitätsspital Zürich	Suiza	

Fuente: Newsweek & Statista - World's Best Hospitals 2025.

Tabla 2: Organizaciones de América Latina incluidas en el ranking 2025

Rk	Hospital	País	Encuesta PROMS
22	Hospital Israelita Albert Einstein	Brasil	
83	Hospital Sirio-Libanes	Brasil	
115	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Brasil	
127	Hospital Moinhos de Vento	Brasil	
148	Clínica Alemana Vitacura	Chile	
149	Fundación Valle de Lili	Colombia	
202	HCOR (Hospital do Coração)	Brasil	
203	Hospital Médica Sur	México	
210	Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo	Brasil	
239	Fundación Santa Fe de Bogotá	Colombia	

Fuente: Newsweek & Statista - World's Best Hospitals 2025.

Conclusión

Los PROMS y PREMS han dejado de ser simples herramientas de recolección de datos para convertirse en elementos clave de un sistema de salud moderno, centrado en el paciente. Como hemos analizado, su valor radica en su capacidad para capturar la voz única del paciente sobre sus resultados de salud y su experiencia durante la atención médica, proporcionando una visión más completa del impacto real de las enfermedades y de la efectividad de las intervenciones.

Su implementación no solo aporta información importante para la mejora continua de la calidad y la seguridad asistencial, sino que también impulsa la atención sanitaria basada en el valor, al permitir evaluar los resultados desde lo que realmente importa: la percepción y el bienestar de los propios pacientes. Iniciativas globales como el ranking World's Best Hospitals evidencian cómo la integración de estas mediciones se está convirtiendo en un estándar para la evaluación del desempeño hospitalario a nivel mundial.

Si bien existen desafíos, como los sesgos de respuesta, la comparabilidad limitada o la complejidad en la selección

de instrumentos, el desarrollo de marcos y guías metodológicas, facilita una adopción más rigurosa, eficiente y efectiva.

En definitiva, incorporar la voz del paciente mediante PROMS y PREMS no es solo una buena práctica, es una necesidad estratégica para cualquier institución que aspire a brindar atención de excelencia.

Fuentes consultadas

- <https://d.newsweek.com/en/file/477034/worlds-best-hospitals-2025-methodology-short.pdf>
- <https://r.statista.com/en/healthcare/worlds-best-hospitals-2025/ranking/>
- <https://rankings.newsweek.com/worlds-best-hospitals-2025>
- <https://www.ichom.org/>
- <https://www.cemplicity.com/blog/how-do-prems-and-proms-work-together/>
- https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html
- <https://mv.com.br/es/blog/prems-y-proms---que-son-y-por-que-integrarlos-al-registro-clinico-electronicor>
- <https://softbrik.com/articles-proms-and-prems-everything-you-need-to-know-about-them/>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-instrumentos-medida-resultados-experiencias-comunicadas-S1130239920300924>
- <https://www.qualitymetric.com/>
- <https://euroqol.org/>
- <https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/oxford-hip-score-ohs/>
- <https://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>
- <https://www.koos.nu/> <https://picker.org/>
- <https://www.cms.gov/medicare/quality/initiatives/hospital-quality-initiative/hcahps-patients-perspectives-care-survey>
- <https://bmjprcmcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-9-13>

DISEÑAR EDIFICIOS DE SALUD DESDE EL BIENESTAR

CLAVES PARA TRANSFORMAR ESPACIOS CLÍNICOS MÁS ALLÁ DE LO TÉCNICO

Por: Iván Cristancho
Arquitecto Hospitalario - Dir. de Diseño HDQ

DISEÑO CON PROPÓSITO: MÁS QUE CUMPLIR NORMAS

En el diseño hospitalario es común escuchar frases como: “cumplir con la norma”, “hacer que funcione” o “que quepa el equipo”. Y aunque todos esos aspectos son indispensables muchas veces se pierde de vista lo más esencial. Que los espacios están al servicio de personas y no solo de máquinas ni de procesos clínicos.

Durante años muchos entornos sanitarios se han concebido como contenedores de tecnología rígidos y fríos desconectados de las emociones humanas. Pero la infraestructura no es neutra tiene un impacto directo en el estado emocional, físico y psicológico de quienes la habitan. El espacio puede reducir la ansiedad, facilitar procesos, mejorar la concentración del personal y sobre todo construir bienestar.

En los últimos años han surgido términos como humanización del espacio, entornos que cuidan, o espacios que curan. Más que modas son señales de una necesidad real de humanizar la arquitectura hospitalaria. Porque si el entorno también enferma debe tener el poder de aliviar.

Hoy es clave que las firmas de diseño, constructoras y equipos técnicos comprendan que su trabajo va más allá de lo normativo o lo funcional. Es necesario lograr una concordancia entre el diseño, la ejecución y la norma, bajo una misma premisa, pensar en el usuario final. Ese usuario no es solo el paciente. También es quien acompaña, quien cuida, quien limpia, quien opera un equipo o quien pasa horas de pie en una jornada hospitalaria.



Fuente: Hospital HC Miraflores, Zaragoza

MINIMALISMO FUNCIONAL: ORDEN QUE CURA

Diseñar espacios simples no es diseñar espacios vacíos. El minimalismo bien aplicado no busca austeridad, sino claridad. Se trata de eliminar lo innecesario para que lo esencial pueda brillar. En un entorno clínico esto se traduce en recorridos claros, mobiliario que cumple funciones específicas, señalética intuitiva, y una estética limpia que evita el ruido visual.

Un ambiente ordenado comunica calma, control y confianza. Menos ruido visual es menos estrés, tanto para el paciente que llega con ansiedad, como para el acompañante que espera, o el personal asistencial que necesita concentración.

Pero el minimalismo funcional va más allá de lo visual se trata también de pensar en los flujos, en los recorridos cotidianos, en cómo se mueven las personas y los equipos dentro del hospital. Diseñar circuitos públicos, privados y técnicos bien definidos no solo mejora la operatividad, también brinda seguridad y sentido de orientación.

Evitar pasillos cerrados que no llevan a ningún lado, estructuras laberínticas o accesos poco legibles es una forma de dignificar la experiencia del usuario. Los espacios hospitalarios deberían leerse como calles y carreras: rutas claras, conectadas, que inviten a moverse sin confusión.

La arquitectura hospitalaria debe simplificar, no complicar. Y si bien es cierto que muchos procesos médicos exigen segmentación y control, eso no puede ser una excusa para generar confusión. El paciente debe poder encontrar su consultorio con facilidad. El familiar debe saber dónde va a recibir información. Y nadie debería sentirse atrapado en una espera sin sentido, aislado de lo que está ocurriendo.

Porque esto no es solo un problema de diseño espacial. Es un problema de humanización del servicio y la arquitectura tiene una responsabilidad directa en ello.

BIOFILIA: NATURALEZA COMO ALIADA DEL CUIDADO



Fuente: Anastasiya Pugacheva - CG artist

Durante años, la biofilia en el diseño hospitalario se redujo a colgar un cuadro con una playa, una cascada o una flor o poner plantas artificiales. Pero aplicar biofilia no es decorar con naturaleza, es integrarla de forma activa y significativa.

Incorporar ventilación natural, aromas reales, vegetación viva, texturas orgánicas y contacto visual con el exterior no es un capricho estético. Es una estrategia de bienestar. Estos elementos no solo embellecen los espacios, sino que reducen el estrés, y generan una atmósfera emocionalmente más segura.

Plantas aromáticas no solo aportan color y vida, también estimulan el sistema nervioso de manera positiva. Las texturas naturales como la madera, la piedra o el agua aportan sensación de arraigo. Y la luz natural bien controlada transforma la percepción del tiempo y del encierro, algo tan común en entornos clínicos.

Sabemos que los espacios asistenciales deben respetar normativas técnicas, flujos estériles y buenas prácticas médicas. Pero eso no significa que deban ser fríos, grises o estériles en su forma de habitarse. Muchas zonas como salas de espera, zonas públicas, espacios de descanso o de información a familiares podrían incorporar naturaleza viva sin interferir con el funcionamiento asistencial.

No podemos seguir usando el cumplimiento normativo como excusa para no humanizar. Porque cuando el entorno natural está presente, el hospital deja de ser solo un lugar de intervención, y empieza a ser también un lugar de cuidado.

CUIDAR A QUIEN ACOMPAÑA Y A QUIEN CUIDA

En un entorno de salud bien diseñado, cada usuario del espacio debe sentirse reconocido. No solo el paciente. También quien lo acompaña, quien lo cuida, quien lo guía, y quien permanece tras bambalinas sosteniendo el servicio. Diseñar pensando en todos ellos es entender que el cuidado es un ecosistema no una línea de atención.

Los acompañantes juegan un rol emocional crucial. Son quienes contienen, traducen información médica, brindan calma o simplemente están presentes. Por eso, disponer de zonas de espera confortables, espacios de descanso, estaciones de café o áreas lúdicas para niños no debe verse como un "detalle". Son recursos que mejoran la experiencia de todos. Un acompañante tranquilo, bien informado y ubicado, es un facilitador del proceso de atención.

Del mismo modo, el personal asistencial merece espacios pensados para su bienestar. Circulaciones claras, iluminación adecuada, zonas de pausa, buena ventilación



Fuente: Indoff.com

y silencio operativo son condiciones básicas que impactan directamente en la calidad del servicio. Un profesional que trabaja cómodo, enfocado y con espacios para el descanso puede cuidar mejor.

Diseñar salud es diseñar relaciones humanas. Y eso incluye a todos los que forman parte del proceso. Cuando cuidamos al cuidador y acompañamos al acompañante, estamos fortaleciendo verdaderamente el sistema de salud

desde su base más humana.

Diseñar para la salud es mucho más que proyectar espacios funcionales. Es comprender que cada metro cuadrado puede aliviar, orientar, acompañar o incluso calmar. Cuando el entorno está pensado para las personas, el cuidado se vuelve más humano. Y esa es, quizás, la forma más profunda de sanar.

Fuentes consultadas

- Masi, C. M., Ben-Joseph, E. P., DeCamp, L. R., & Takvorian, S. U. (2023). The WHO 2021 World report on the ethics and governance of artificial intelligence for health: A critical review. *Frontiers in Digital Health*, 5, 1198339.
- Facility Guidelines Institute (FGI). (s. f.). FGI Guidelines for design and construction of hospitals. <https://fgiguidelines.org/>
- National Fire Protection Association (NFPA). (s. f.). NFPA 99: Health care facilities code. <https://www.nfpa.org/es/codes-and-standards/nfpa-99-standard-development/99>
- World Health Organization (WHO). (2022, 20 de mayo). World health statistics 2022. <https://www.who.int/news/item/20-05-2022-world-health-statistics-2022>
- Khoo Teck Puat Hospital (KTPH). (s. f.). Khoo Teck Puat Hospital. <https://www.ktp.com.sg/>
- Maggie's Centres. (s. f.). Our centres. <https://www.maggies.org/our-centres/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata (Serie 36). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>

ASESORÍA INTEGRAL EN CALIDAD PARA ORGANIZACIONES DE SALUD

Nuestro acompañamiento incluye la estructuración de un modelo de gestión de la calidad integrador que pueda dar respuesta a cualquier iniciativa de acreditación y/o certificación internacional.

CONTÁCTENOS

Consolidamos toda la experiencia de nuestro equipo de consultores expertos en diferentes proyectos en Latinoamérica bajo un modelo de transferencia de conocimientos

1

Optimizar el tiempo de desarrollo de la documentación.

2

Definición del enfoque de la estrategia de mejoramiento.

3

Asegurar una implementación gradual y eficiente.

4

Planteamiento de mediciones y monitoreo desde una etapa temprana.



(+57) 3102985938
www.hdq.com.co
info@hdq.com.co

Desarrollado por **HDQ**



Fuente: INCITI

Para Hospital Design & Quality, es un honor dar la bienvenida al Proyecto **AURA TORRE MÉDICA** de la compañía **INCITI** en Barranquilla, Colombia, a nuestra familia de clientes.

Esta alianza estratégica asegurará que las instalaciones cumplirán con todas las normativas aplicables para Centros Quirúrgicos, así como con los más altos estan-

dares de calidad a nivel mundial, incluyendo los establecidos por The Joint Commission International - JCI desde su infraestructura.

AURA TORRE MÉDICA contará con una infraestructura moderna que se alinea con las tendencias contemporáneas en arquitectura hospitalaria, priorizando la funcionalidad y la seguridad.

Este espacio integral estará diseñado para facilitar la práctica profesional del grupo médico, al tiempo que proporcionará a los pacientes una experiencia de atención cómoda y positiva.

Servicios de AURA TORRE MÉDICA:

- Consultorios multi-especialidad.
- Centro quirúrgico.
- Hospitalización pre y postquirúrgica.
- Central de esterilización.
- Servicios de apoyo.
- Áreas administrativas.

Un equipo de expertos en gestión de calidad, administración hospitalaria y arquitectura especializada en el sector salud se encargará del diseño arquitectónico del Centro Quirúrgico de AURA TORRE MÉDICA. Este diseño incorporará rigurosos criterios relacionados con la seguridad del paciente, la prevención y control de infecciones, la seguridad de las instalaciones y la humanización de la atención.

Nuestro compromiso es garantizar un entorno seguro para los pacientes, sus familias, los profesionales de la salud y todos los visitantes.



Fuente: www.operamed.com - Cirro Medical System

Desarrollado
por **HDQ**

CONTÁCTENOS

OFICINA PRINCIPAL

Bogotá D.C, Colombia - Carrera 7B 126-71 oficina 201B
Cel: +57 310 298 1426 | 310 298 5938

OFICINAS INTERNACIONALES

México, Perú, Estados Unidos

info@hdq.com.co
www.hdq.com.co