

Editorial

UN AÑO DE RETOS, TRANSFORMACIÓN EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Transferencia de conocimientos útiles que salvan vidas



Infraestructura Hospitalaria

IMPACTO GLOBAL SANITARIO

Decisiones en calidad que generan valor en salud

Seguridad del paciente

ENFERMERÍA COMO LÍDER DE LA GESTIÓN PARA REDUCIR RIESGOS CLÍNICOS

Gobernanza, operación y mejora del cuidado

Calidad

SINERGIA ESTRATÉGICA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Articulando prioridades globales y la práctica asistencial

Proyecto Destacado - Noticias HDQ

CLÍNICA INMACULADA, Bogotá, Colombia

HOSPITAL ESPECIALIZADO DE MEDICINA AVANZADA - HEMA,
Santiago de los Caballeros, República Dominicana.



EN ESTA EDICIÓN

Diciembre de 2025 | Nro. 49

EDITORIAL

03

Un año de retos, transformación en calidad y seguridad del paciente, transferencia de conocimientos útiles que salvan vidas

INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

06

Impacto global sanitario, decisiones en calidad que generan valor en salud

SEGURIDAD DEL PACIENTE

09

Enfermería como líder de la gestión para reducir riesgos clínicos

CALIDAD

12

Sinergia estratégica en la seguridad del paciente, articulando prioridades globales y la práctica asistencial

PROYECTO DESTACADO - NOTICIAS

16

Clínica Inmaculada, Bogotá, Colombia
Hospital Especializado en Medicina Avanzada - HEMA,
Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

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

UN AÑO DE RETOS, TRANSFORMACIÓN EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Transferencia de conocimientos útiles que salvan vidas

Por: Héctor Mario Mejía Hoyos
Médico experto en Calidad e Infraestructura Hospitalaria
CEO HDQ



Desde sus inicios en 2014, HDQ ha apostado por un modelo de acompañamiento integral en calidad y seguridad del paciente para organizaciones de salud, enfocándose en dos líneas específicas:

- Consultoría y acompañamiento en calidad y seguridad del paciente.
- Diseño arquitectónico especializado en salud.

Hemos colaborado con más de 125 organizaciones de salud en diversos países, integrándonos a sus equipos de trabajo para lograr objetivos significativos, tales como:

- Acreditación con The Joint Commission International - JCI.
- Estructuración de modelos de calidad.
- Elaboración de planes maestros en infraestructura hospitalaria.
- Diseño arquitectónico de clínicas y hospitales.
- Validación y revisión de proyectos arquitectónicos de salud.
- Asesoría en diseño e infraestructura hospitalaria para firmas de arquitectura.
- Entre otros.

Este enriquecedor viaje nos ha permitido comprender que la calidad se manifiesta únicamente cuando establecemos una conexión entre nuestras acciones y el propósito que las impulsa.

Cada proyecto, organización y persona nos han brindado valiosas lecciones que permiten a nuestro equipo comprender cada vez mejor sus verdaderas necesidades, facilitando así la identificación de estrategias efectivas para lograr resultados.

Nuestro trabajo se alinea con las visiones de nuestros clientes y socios, lo que nos permite alcanzar importantes transformaciones. Compartimos algunas de sus opiniones:

- "HDQ ha sido un aliado clave a lo largo de nuestra historia tanto en el proceso de acreditación como en el diseño de nuevos procesos. Su acompañamiento caracterizado por un alto rigor técnico y calidad humana ha tenido un impacto significativo en nuestra evolución, lo que nos ha permitido avanzar con mayor claridad y solidez hacia un modelo de atención de excelencia, alineado con los más altos estándares del sector salud." **Erick Zacarias - Director de Calidad CEMDOE, Santo Domingo, República Dominicana.**
- "El apoyo de HDQ ha sido fundamental para cambiar la forma en que concebimos la atención con calidad y la seguridad del paciente, así como para alinear nuestro modelo de atención con nuestra misión de servir, sanar y salvar. Su equipo, conformado por expertos en diversas líneas del conocimiento, demostró no solo un alto nivel técnico, sino también un compromiso genuino y una generosa transferencia de conocimientos que marcaron una diferencia significativa en nuestra organización. Gracias a este trabajo conjunto, hoy somos una clínica que piensa diferente y hemos alcanzado un logro sin precedentes para la red adventista de Latinoamérica, al convertirnos en la primera organización de la red en obtener la acreditación de The Joint Commission International (JCI)." **Dra. Sara Muñoz - Directora General Clínica Adventista Good Hope, Lima, Perú.**

Nuestro modelo de trabajo colaborativo y de **"asesorar haciendo"** ha sido fundamental para impulsar **cambios significativos y avances** en nuestros socios y clientes. Al comprender la diferencia entre **los deseos y las realidades necesarias**, hemos logrado transformar organizaciones de salud, **abarcando desde su visión hasta su modelo de calidad.**

- "El equipo de HDQ ha brindado un acompañamiento continuo, cercano y comprometido al proyecto de HEMA. La combinación de su calidez humana, alto nivel técnico y capacidad resolutive ha sido un aporte fundamental para el fortalecimiento del sistema de calidad y la consolidación de una cultura de seguridad del paciente, con miras a una acreditación bajo estándares internacionales." **Laura Estrella - Gerente de Calidad Hospital de Medicina Avanzada - HEMA, Santiago de los Caballeros, República Dominicana.**
- "Durante todo el camino hacia la Acreditación Internacional con Joint Commission International (JCI), contamos con un apoyo cercano, oportuno y altamente profesional. HDQ y el Dr. Héctor Mario Mejía estuvieron siempre al pie de nosotros orientándonos,

sugiriéndonos mejoras, acompañándonos en cada ajuste y guiándonos con claridad y experiencia para fortalecer nuestros procesos, estándares, infraestructura y, especialmente, la cultura de seguridad del paciente. Gracias a este trabajo conjunto, no solo logramos obtener el Sello Dorado de Acreditación Internacional JCI, sino que también conseguimos proyectarnos ante el mundo y ante las demás instituciones de salud como una institución de excelencia, sólida, confiable y comprometida con las mejores prácticas internacionales. Este acompañamiento nos permitió brillar por la calidad de nuestros procesos y consolidarnos como una institución segura, centrada en el cuidado del paciente y en la mejora continua". **Sandra Monica Rios Velasquez, Gerente IQ InterQuirófanos, Medellín, Colombia.**



NUESTRO EQUIPO DE EXPERTOS EN
CALIDAD E INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
LES DESEA A TODOS UNAS
FELICES FIESTAS Y PROSPERO 2026

HDQ
www.hdq.com.co

Su organización podrá disponer de un
**equipo de expertos en calidad e
infraestructura hospitalaria** con
experiencia internacional que le ayudará a
consolidar sus proyectos y el logro de
acreditaciones y certificaciones



IMPACTO GLOBAL SANITARIO

Decisiones en calidad que generan valor en salud

Por: Ing. Carlos Correa
Coordinador de Proyectos de Calidad HDQ

Paradójicamente, los centros de salud, instituciones creadas para preservar la vida, pueden convertirse en importantes focos de contaminación y riesgo ambiental. La alta generación de residuos peligrosos, el consumo intensivo de agua y energía, y la complejidad de sus cadenas de suministro posicionan al sector salud como uno de los mayores contribuyentes al impacto ambiental global. Diversas estimaciones internacionales señalan que, si el sector salud fuera un país, se ubicaría entre los principales emisores de gases de efecto invernadero, con una proporción significativa de su huella climática asociada a procesos indirectos como compras, logística y producción de insumos médicos.

Este escenario plantea una reflexión necesaria: no es posible hablar de calidad asistencial ni de seguridad del paciente sin integrar la sostenibilidad ambiental como un eje estratégico. Hoy la protección del entorno no es un objetivo accesorio, sino un componente estructural del desempeño institucional, con efectos directos sobre la salud pública, la resiliencia del sistema sanitario y la continuidad de la atención.

Sostenibilidad y calidad: una relación inseparable

Tradicionalmente, la calidad en salud se ha evaluado a partir de la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la experiencia del usuario y la eficiencia operativa. Sin embargo, la evidencia reciente demuestra que los impactos ambientales derivados de la atención sanitaria también generan consecuencias clínicas como el aumento de enfermedades respiratorias, eventos climáticos, extremos que afectan la infraestructura hospitalaria, interrupciones en la cadena de suministro y la mayor vulnerabilidad de poblaciones ya expuestas.

En este contexto, la sostenibilidad ambiental emerge como una extensión natural de la gestión de riesgos, ampliando su alcance desde el entorno intrahospitalario hacia el ecosistema social y ambiental en el que operan las instituciones. Un hospital que gestiona responsablemente sus recursos no solo reduce costos y emisiones, sino que previene daños futuros a la salud de las comunidades que atiende.

Un marco estructurado para la sostenibilidad hospitalaria

Los modelos internacionales más recientes de evaluación hospitalaria han incorporado un enfoque integral de impacto sanitario global, estructurado en cinco ejes estratégicos que permiten a las organizaciones avanzar de manera progresiva y medible hacia una operación sostenible. Estos ejes no deben entenderse como iniciativas aisladas, sino como un sistema interdependiente que fortalece la gobernanza, la cultura organizacional y la resiliencia institucional.

1. Gobernanza, seguimiento y rendición de cuentas

La sostenibilidad requiere liderazgo, integrar la salud ambiental en la agenda estratégica implica que la alta dirección asuma compromisos formales, defina responsabilidades claras y establezca mecanismos de seguimiento mediante indicadores verificables.

La gobernanza efectiva transforma la sostenibilidad en una prioridad institucional de largo plazo, evitando que dependa exclusivamente de proyectos puntuales o del interés individual de algunos equipos.

La formación continua sobre impacto ambiental, sumada al empoderamiento de los equipos para liderar iniciativas locales, **convierte a los colaboradores en agentes de cambio.**

Incorporar reportes periódicos, metas ambientales y análisis de riesgos climáticos dentro de los sistemas de gestión fortalece la toma de decisiones y consolida una cultura organizacional orientada a la mejora continua.

2. Compromiso y empoderamiento del talento humano

Ninguna estrategia ambiental es viable sin la participación activa del personal de salud. Médicos, enfermeras, personal asistencial y administrativo influyen diariamente en el consumo de recursos, la segregación de residuos y el uso de insumos.

La formación continua sobre impacto ambiental, sumada al empoderamiento de los equipos para liderar iniciativas locales, convierte a los colaboradores en agentes de cambio. Este enfoque no solo mejora los resultados ambientales, sino que incrementa el sentido de pertenencia, el compromiso institucional y la percepción de propósito del talento humano.

3. Gestión de recursos y operaciones verdes

El uso eficiente de agua, energía y materiales constituye uno de los mayores retos y oportunidades para los hospitales. La implementación de tecnologías limpias, sistemas de monitoreo de consumo, programas de reciclaje y sustitución progresiva de sustancias peligrosas permite reducir significativamente la huella ambiental sin comprometer la seguridad clínica.

Así mismo, la correcta gestión de residuos hospitalarios, especialmente los peligrosos, protege tanto al personal como a la comunidad, disminuyendo riesgos sanitarios y ambientales asociados a prácticas inadecuadas de disposición final.

4. Compras responsables y cadena de suministro sostenible

Una parte sustancial del impacto ambiental del sector salud se origina fuera de sus muros. Por ello, la sostenibilidad exige ampliar la mirada hacia la cadena de suministro, incorporando criterios ambientales y sociales en los procesos de adquisición.

Priorizar proveedores responsables, reducir empaques innecesarios, favorecer productos reutilizables o con menor huella de carbono y exigir prácticas éticas, se traduce en un efecto multiplicador que trasciende a la institución y fortalece el ecosistema sanitario en su conjunto.

5. Infraestructura resiliente y continuidad de los servicios

El cambio climático incrementa la frecuencia de eventos extremos que pueden afectar la operación hospitalaria como inundaciones, olas de calor, fallas energéticas o interrupciones logísticas. Diseñar y mantener infraestructuras resilientes es una condición esencial para garantizar la continuidad de la atención y la seguridad del paciente.

La evaluación de vulnerabilidades climáticas, la planificación de contingencias y la adaptación progresiva de las instalaciones permiten a los hospitales responder eficazmente a escenarios adversos, protegiendo tanto a los pacientes como al personal.

Avanzar hacia la sostenibilidad requiere medir. En los últimos años, se han desarrollado plataformas digitales que permiten a las instituciones de salud diagnosticar su nivel de madurez, priorizar acciones y compararse con referentes internacionales mediante ejercicios de benchmarking.

Estas herramientas facilitan la integración de la sostenibilidad en los sistemas de gestión existentes, promoviendo decisiones basadas en datos y evidenciando el impacto real de las intervenciones. La medición sistemática convierte la sostenibilidad en un proceso tangible, evaluable y alineado con estándares globales de reporte.

La sostenibilidad hospitalaria en el contexto latinoamericano

En América Latina, el sector salud avanza de forma progresiva, aunque heterogénea, en la incorporación de la sostenibilidad ambiental como un componente estratégico de la gestión hospitalaria. Este proceso está impulsado tanto por marcos regulatorios nacionales como por compromisos voluntarios con estándares y buenas prácticas internacionales, en un contexto regional marcado por la vulnerabilidad al cambio climático, brechas de infraestructura y presiones crecientes sobre los sistemas de salud.

Países como Colombia, Chile, México, Perú, Brasil y Costa Rica han comenzado a integrar políticas orientadas al desarrollo bajo en carbono, la economía circular y la resiliencia climática, reconociendo a los establecimientos de salud como actores clave en la reducción de riesgos ambientales y sanitarios.

La sostenibilidad ambiental ya no es una opción ni una tendencia pasajera, **es una responsabilidad ética** y estratégica del sector salud



En este escenario, hospitales de alta complejidad y redes integradas de servicios han asumido un rol pionero, avanzando en diagnósticos ambientales, medición de huella de carbono, reporte de indicadores y fortalecimiento de la gobernanza en sostenibilidad.

A nivel institucional, crece el interés por integrar la sostenibilidad en los sistemas de gestión de la calidad, la seguridad del paciente y la gestión del riesgo, alineando los esfuerzos con marcos internacionales de reporte y evaluación. Estos avances se articulan con las estrategias nacionales de mitigación y adaptación al cambio climático y con los compromisos regionales asociados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, posicionando la resiliencia del sistema sanitario como un factor crítico para la estabilidad social y económica.

La experiencia regional demuestra que las organizaciones de salud que incorporan tempranamente la sostenibilidad obtienen beneficios tangibles en eficiencia operativa, reducción de riesgos y reputación institucional, además de fortalecer su rol social. En este contexto, la sostenibilidad hospitalaria deja de ser una aspiración futura para consolidarse como un habilitador estratégico de la calidad, la seguridad del paciente y la continuidad de la atención en América Latina.

Conclusión

La sostenibilidad ambiental ya no es una opción ni una tendencia pasajera, es una responsabilidad ética y estratégica

del sector salud. Integrar estos principios mejora la eficiencia, fortalece la seguridad del paciente y protege la salud de las generaciones presentes y futuras.

Adoptar marcos estructurados de sostenibilidad permite a las instituciones avanzar de forma ordenada, medible y alineada con las mejores prácticas internacionales. En esencia, se trata de reconocer que el planeta, al igual que muchos de nuestros pacientes, requiere cuidados intensivos, decisiones basadas en evidencia y un compromiso genuino con su recuperación a largo plazo.

Fuentes consultadas

- Joint Commission International. (2024). Joint Commission International accreditation standards for hospitals (8th ed.). Joint Commission Resources.
- Joint Commission International, & Geneva Sustainability Centre. (2024). Global health impact (GHI): Environmental sustainability in health care. International Hospital Federation.
- International Hospital Federation. (2023). Hospitals and health systems: Leading the way on climate action. IHF.
- World Health Organization. (2015). Operational framework for building climate-resilient health systems. WHO.
- United Nations. (2021). The climate crisis is a health crisis. United Nations.
- United Nations Environment Programme. (2023). Emissions gap report 2023. UNEP.
- Global Reporting Initiative. (2021). GRI standards 2021. GRI.
- Global Reporting Initiative. (2022). Sustainability reporting in the healthcare sector. GRI.
- Karliner, J., Slotterback, S., Boyd, R., Ashby, B., & Steele, K. (2019). Health care's climate footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis. Health Care Without Harm.
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2020). Hospitals safe from disasters: Reduce risk, protect health facilities, save lives. UNDRR.
- Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. (2021). Estrategia colombiana de desarrollo bajo en carbono (ECDBC). Gobierno de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Lineamientos para la gestión integral de residuos generados en la atención en salud. Gobierno de Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). Política de crecimiento verde. DNP.

ENFERMERÍA COMO LÍDER DE LA GESTIÓN PARA REDUCIR RIESGOS CLÍNICOS

Gobernanza, operación y mejora del cuidado

Por: Lic. Leonela Vargas
Enfermera, Magíster en Dirección y Gestión en Salud
especialista en calidad - líder de procesos
asistenciales y calidad HDQ

Reducir riesgos clínicos exige algo más que protocolos de seguridad: requiere gestión del cuidado. Enfermería está en una posición privilegiada para liderar este enfoque por su presencia continua, su capacidad de coordinar el trabajo interdisciplinario y su responsabilidad en la continuidad del cuidado. Este artículo describe un marco práctico para orientar la gestión de enfermería hacia la reducción del riesgo clínico, integrando gobernanza, operación y aprendizaje. Se proponen responsabilidades por nivel, principios para estabilizar procesos críticos y una ruta de implementación sin plazos rígidos, enfocada en instalar rutinas, fortalecer competencias y verificar efectividad.

El riesgo clínico como asunto de gestión

En el hospital, el riesgo clínico suele aparecer como un evento: una caída, una infección asociada a dispositivos, una lesión por presión o un error de medicación. Sin embargo, al revisar los casos, lo común es encontrar fallas de sistema: sobrecarga, roles difusos, variabilidad entre turnos, transiciones vulnerables, interrupciones en procesos críticos y recursos que no siempre están disponibles en el momento adecuado. En otras palabras, el riesgo no es solo un problema técnico; también es un problema de gestión.

Por eso, la pregunta clave no es únicamente qué práctica

segura adopta, sino cómo hacer que esa práctica ocurra de forma confiable, todos los días y con todo el equipo. Ahí, la gestión de enfermería es determinante: traduce prioridades clínicas en organización del turno, asignaciones coherentes, rutinas de verificación y coordinación que evitan omisiones. Gestionar el riesgo desde enfermería significa dirigir el cuidado con método para reducir variabilidad y garantizar continuidad.

¿Qué significa gestionar el riesgo clínico desde enfermería?

Gestionar el riesgo clínico desde enfermería es dirigir el cuidado para disminuir la probabilidad de daño y su impacto, integrándolo a la operación cotidiana. No se trata de sumar tareas administrativas, sino de tomar decisiones consistentes sobre dotación y mezcla de habilidades, prioridades de vigilancia clínica, protección de procesos vulnerables (por ejemplo, medicación de alto riesgo) y comunicación efectiva en transiciones.

El foco se desplaza de reaccionar ante eventos a prevenir recurrencias mediante barreras que funcionen en la práctica real. Para lograrlo, se necesita una mirada clínica y a la vez organizacional: identificar qué condiciones del entorno empujan a fallas (interrupciones, ausencia de recursos, herramientas poco útiles) y rediseñar el sistema para que hacer lo correcto sea lo más fácil.

Desde enfermería, reducir riesgo clínico exige estabilizar tres elementos: **el trabajo del turno, los procesos críticos y las condiciones que los sostienen**

Marco práctico: gobernanza, operación y aprendizaje

Un sistema gestionado por enfermería para reducir riesgos clínicos puede organizarse en tres capas complementarias. La gobernanza define el rumbo y asigna responsabilidades; la operación asegura que los procesos críticos se ejecuten con consistencia; y el aprendizaje convierte eventos y cuasi fallas en mejoras sostenibles.

- **Gobernanza: prioridades, roles y cultura.** La gobernanza se concreta cuando la Dirección de Enfermería y los liderazgos clínicos acuerdan cuáles riesgos son prioritarios por servicio y qué prácticas deben considerarse “no negociables” por su impacto en daño prevenible. Esta decisión debe acompañarse de roles claros, rutas de escalamiento definidas y un tablero mínimo de seguimiento. En paralelo, la cultura define la calidad de la información disponible: cuando el equipo teme reportar, el sistema aprende menos. Una cultura justa habilita el reporte, favorece el análisis del sistema y mantiene la rendición de cuentas proporcional.
- **Operación: estabilizar procesos críticos.** La operación es el lugar donde el riesgo se produce o se controla. Desde enfermería, reducir riesgo clínico exige estabilizar tres elementos: el trabajo del turno, los procesos críticos y las condiciones que los sostienen. En el trabajo del turno, la asignación debe considerar complejidad y dependencia; cuando la carga no guarda relación con el riesgo del paciente, aparecen omisiones y demoras. También ayuda definir roles para momentos críticos (ingresos, traslados, procedimientos), evitando que tareas esenciales queden sin responsable.

En procesos críticos, la estandarización debe centrarse en lo esencial: vigilancia y reevaluación ante cambios clínicos, rutas de escalamiento, administración segura de medicación de alto riesgo, indicación diaria de dispositivos, y transferencias con información clínica crítica. Además, la documentación debe cumplir un propósito clínico: un plan de cuidados útil hace explícitas prioridades, metas y criterios de escalamiento; esto reduce interpretaciones diferentes entre turnos y mejora continuidad.

Finalmente, las condiciones importan: insumos disponibles, tecnología configurada de forma segura, herramientas de registro que guíen el pensamiento clínico y manejo de interrupciones en tareas de alto riesgo. Sin estas condiciones, el estándar se degrada y el sistema termina dependiendo del esfuerzo individual.

- **Aprendizaje: del reporte a la efectividad.** El aprendizaje se sostiene cuando el ciclo se cierra: se reporta, se analiza, se interviene y se verifica

efectividad. El error más frecuente es quedarse en acciones de baja potencia como “recordar la norma” o “capacitar” sin cambiar el sistema. Las mejoras con mayor impacto suelen ajustar flujos, estandarizar herramientas, reducir interrupciones, asegurar recursos y validar competencias en el puesto de trabajo. La retroalimentación visible al equipo es decisiva para sostener el reporte y la mejora continua.

- **Responsabilidades por nivel en la gestión de enfermería.** En el nivel estratégico, la Dirección de Enfermería asegura coherencia institucional: define prioridades de riesgo, establece prácticas críticas, alinea recursos y consolida la medición. En el nivel táctico, coordinadores y supervisores hacen que la estrategia ocurra en la realidad del turno: balancean cargas, acompañan procesos vulnerables, identifican variabilidad y conducen auditorías formativas con retroalimentación inmediata. En el nivel operativo, enfermeras y técnicos sostienen la continuidad del cuidado mediante vigilancia clínica, ejecución de barreras, registro útil y escalamiento oportuno.

La clave es que cada nivel cumpla su función sin trasladar el peso al punto de atención. Si la operación está desbalanceada, el riesgo se gestiona a punta de esfuerzo individual. La gestión busca lo contrario: crear un sistema que facilite hacer lo correcto de manera consistente.

- **Medición para decidir: resultados, procesos y sostenibilidad.** Para gestionar, hay que medir. Los indicadores de resultado muestran impacto (por ejemplo, caídas con daño o lesiones por presión adquiridas), pero suelen ser tardíos. Los indicadores de proceso muestran si las barreras se ejecutan con consistencia (por ejemplo, reevaluación ante cambios clínicos, doble verificación en alto riesgo o calidad de la entrega de turno). Y los indicadores de sostenibilidad muestran la capacidad de aprendizaje (tasa de reporte de cuasi fallas, oportunidad de análisis, cierre y verificación de acciones).

La utilidad real surge cuando los datos se revisan con una cadencia definida, se discuten con el equipo y se convierten en decisiones operativas. Esto puede incluir revisión de casos seleccionados, análisis de tendencias por unidad y seguimiento visual (por ejemplo, gráficas de barra) para ver si una acción produjo cambio. Medir sin decidir solo acumula información; medir para decidir cambia la práctica.

Ruta práctica de implementación

Implementar un enfoque de gestión de enfermería orientado a reducir riesgos clínicos no requiere iniciar con cambios masivos simultáneos; requiere orden, foco y consistencia.

Cuando **gobernanza, operación y aprendizaje se integran**, el cuidado se vuelve más confiable

Una ruta efectiva suele avanzar por etapas lógicas que permiten comprender la realidad del cuidado, estabilizar procesos críticos, acompañar al equipo en la práctica y consolidar la medición para sostener mejoras en el tiempo.

La primera etapa consiste en construir un diagnóstico operativo que refleje lo que ocurre en el punto de atención, más allá de lo documental. En esta fase conviene identificar dónde se concentra la variabilidad: cómo se distribuye la carga asistencial, qué procesos se interrumpen con mayor frecuencia, cuáles transiciones son más vulnerables (ingresos, traslados, egresos) y qué prácticas críticas se ejecutan de manera distinta entre turnos o unidades. La revisión de historias clínicas complementa esta mirada al evidenciar patrones como planes de cuidado genéricos, reevaluaciones poco trazables, escalamiento tardío ante deterioro o registros que no facilitan continuidad. El objetivo es priorizar un conjunto acotado de riesgos por unidad, con alto impacto y abordables desde la gestión.

La segunda etapa se centra en estabilizar la operación seleccionando pocas prácticas críticas que funcionen como barreras fundamentales frente a los riesgos priorizados. Estas prácticas deben hacerse visibles en la rutina del servicio: organización del turno, asignaciones coherentes con la complejidad, definición de roles y una comunicación estructurada que asegure información clínica crítica. En paralelo, suele ser necesario ajustar condiciones que sostienen la práctica: herramientas de registro útiles, apoyos prácticos, disponibilidad real de insumos y organización del entorno para disminuir errores por improvisación o confusión.

La tercera etapa consolida el comportamiento clínico en condiciones reales. La capacitación es necesaria, pero la adherencia se fortalece cuando existe acompañamiento en turno, retroalimentación inmediata y verificación de competencias donde ocurren los riesgos. La auditoría debe ser principalmente formativa, orientada a comprender por qué una barrera no se ejecuta de manera consistente (claridad insuficiente, interrupciones, sobrecarga, coordinación deficiente) y a rediseñar el sistema para facilitar el desempeño.

Finalmente, la sostenibilidad exige consolidar el tablero de medición, establecer una rutina de revisión periódica y verificar la efectividad real de las acciones. No basta con “realizar actividades”; se requiere evidencia de que

el control funciona en la práctica y de que las fallas disminuyen o se detectan más oportunamente. También es clave institucionalizar el aprendizaje, comunicar ajustes y resultados al equipo y desarrollar líderes clínicos internos que mantengan el estándar aun cuando cambien las condiciones del servicio.

Conclusión

La reducción del riesgo clínico es el resultado de la gestión del cuidado. Enfermería puede liderar este enfoque porque conecta la estrategia con el trabajo real: organiza la operación, sostiene barreras, coordina transiciones y promueve aprendizaje. Cuando gobernanza, operación y aprendizaje se integran, el cuidado se vuelve más confiable: disminuye la variabilidad, mejora la continuidad y se detectan fallas de manera oportuna. Gestionar el riesgo desde enfermería es, en esencia, gestionar calidad clínica.

Fuentes consultadas

- Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.). Patient safety primer. PSNet. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/patient-safety>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B.-T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15(Suppl 1), i50–i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Dekker, S. (2012). *Just culture: Balancing safety and accountability*. Ashgate.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Gawande, A. A., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Merry, A. F., Dziekan, G., ... Haynes, A. B. (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
- Institute for Healthcare Improvement. (n.d.). How to improve. <https://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- International Council of Nurses. (n.d.). Position statements. <https://www.icn.ch/policy-and-advocacy/position-statements>
- International Organization for Standardization. (2018). *ISO 31000:2018 Risk management—Guidelines*. ISO.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa012247>
- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., ... Goeschel, C. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 355(26), 2725–2732. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa061115>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- The Joint Commission. (n.d.). Sentinel event. <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/>
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer healthcare: Strategies for the real world*. Springer.
- World Health Organization. (2017). *Medication without harm: Global patient safety challenge*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

SINERGIA ESTRATÉGICA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Articulando prioridades globales y la práctica asistencial

Por: Luisa Fernanda Meza Morales
Bacterióloga, MSc. Gestión de la Calidad en Salud
consultora HDQ

Resumen

La seguridad del paciente (SP) se ha consolidado como un componente esencial de la calidad en la atención en salud y como un indicador clave de la confiabilidad del proceso asistencial. A nivel internacional y nacional, diversos marcos han sido desarrollados para orientar a las instituciones de salud en la prevención del daño asociado a la atención sanitaria, entre ellos los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG) de Joint Commission International (JCI), las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las prácticas de seguridad del paciente implementadas en Colombia en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

Estos enfoques, lejos de constituir modelos independientes, conforman niveles complementarios de un sistema integrado de gestión del riesgo clínico, que acompaña al paciente durante todo el proceso de atención. El presente artículo analiza la taxonomía, el enfoque y la medición de cada uno de estos marcos y propone una lectura articulada que permite fortalecer los procesos asistenciales, reducir eventos adversos prevenibles y mejorar la seguridad, la experiencia del paciente y los resultados en salud.

Palabras clave: seguridad del paciente, gestión del riesgo clínico, JCI, OMS, SOGCS, calidad en salud.

Introducción

La seguridad del paciente ocupa un lugar central en la agenda de la calidad en salud y se reconoce como un indicador fundamental de la confiabilidad del proceso asistencial. Más allá del cumplimiento de requisitos

normativos, la seguridad del paciente refleja la capacidad de las organizaciones para diseñar procesos clínicos seguros, anticipar riesgos, gestionar la variabilidad y aprender de manera sistemática de su propia práctica.

En este contexto, organismos internacionales y autoridades sanitarias han desarrollado marcos de referencia que orientan a las instituciones de salud en la implementación de estrategias de seguridad del paciente. Entre ellos se encuentran los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG) de Joint Commission International (JCI), las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las prácticas de seguridad del paciente definidas en Colombia a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

El presente artículo propone una mirada integradora que permite comprender cómo estos enfoques se articulan para fortalecer la gestión del riesgo clínico a lo largo de todo el proceso de atención, con impacto directo en la seguridad del paciente, la calidad del cuidado y los desenlaces clínicos.

Seguridad del paciente y gestión del riesgo clínico: una perspectiva transversal

Desde una perspectiva contemporánea, la seguridad del paciente puede entenderse como la expresión operativa de una gestión del riesgo clínico madura, tal como lo plantea el marco conceptual de la OMS (WHO, 2009). Esta implica identificar peligros inherentes a la atención, analizar su probabilidad e impacto, implementar barreras de control eficaces, medir el desempeño del sistema y promover el aprendizaje organizacional a partir de eventos adversos y cuasi eventos.

Bajo este enfoque, la seguridad del paciente no se concibe como un programa independiente ni como un conjunto de acciones aisladas, sino como un fundamento transversal que orienta el diseño, la ejecución y la evaluación del proceso de atención en salud en su conjunto (JCI, 2024).

- **JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)**

Taxonomía

En la 8ª edición del Manual de Estándares de JCI, la seguridad del paciente se encuentra integrada de forma transversal en todos los capítulos centrados en el paciente y en la gestión organizacional. Los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG) representan riesgos clínicos críticos priorizados, pero se insertan dentro de una arquitectura más amplia de estándares que abordan el acceso, la evaluación, la atención, la continuidad del cuidado, el uso de medicamentos, la prevención de infecciones, los entornos seguros y la gobernanza clínica.

Enfoque

El enfoque de JCI posiciona la seguridad del paciente como una responsabilidad institucional, bajo el liderazgo de la alta dirección y con una participación activa de los equipos clínicos. La gestión del riesgo se orienta a la prevención proactiva, el análisis sistemático de datos y la reducción de la variabilidad clínica, integrando la seguridad del paciente al sistema de calidad y mejora continua.

Medición e impacto

La medición promovida por JCI se centra en la capacidad sostenida del sistema para ofrecer una atención segura y confiable. El análisis de tendencias, el desempeño de procesos críticos y la efectividad de las barreras de control permiten que la seguridad del paciente se traduzca en mejoras reales en los desenlaces clínicos y en la confiabilidad del proceso asistencial.

- **METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – OMS**

Taxonomía

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente definidas por la Organización Mundial de la Salud establecen prioridades globales orientadas a reducir el daño evitable, estas metas se organizan en líneas estratégicas que abordan riesgos clave a lo largo de todo el proceso de atención, tales como la seguridad en

el uso de medicamentos, la cirugía segura, la prevención de infecciones asociadas a la atención, la seguridad del diagnóstico, las transiciones seguras del cuidado y la participación activa del paciente y su familia.

Enfoque

El enfoque de la OMS refuerza la seguridad del paciente como una responsabilidad compartida entre sistemas de salud, organizaciones, profesionales y pacientes. Se promueve el diseño seguro de los procesos asistenciales y la integración de la seguridad en todas las etapas del recorrido del paciente, tanto en el ámbito hospitalario como en otros niveles de atención.

Medición e impacto

Las metas internacionales de la OMS incorporan indicadores que permiten evaluar no solo la ocurrencia de eventos adversos, sino también la capacidad de los sistemas para prevenir el daño y mejorar los resultados en salud. Este enfoque amplía la visión de la seguridad del paciente y complementa los modelos institucionales de medición.

- **LAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA**

En Colombia, la seguridad del paciente se desarrolla en el marco del SOGCS mediante un conjunto de prácticas que abarcan tanto los procesos institucionales como los procesos asistenciales, permitiendo gestionar el riesgo clínico de manera estructurada y coherente con el contexto nacional.

Procesos institucionales seguros

Las prácticas institucionales fortalecen la estructura del sistema de atención, al abordar factores como la comunicación entre equipos, la gestión del talento humano, la formación en seguridad del paciente, el consentimiento informado y los sistemas de reporte y análisis de eventos adversos. Estas acciones son fundamentales para consolidar una cultura de seguridad y un entorno organizacional confiable.

Procesos asistenciales seguros

Las prácticas asistenciales permiten gestionar riesgos clínicos específicos en el punto de atención, tales como errores de identificación, eventos quirúrgicos, infecciones asociadas a la atención, caídas, complicaciones transfusionales y riesgos propios de poblaciones especiales. Su implementación sistemática impacta directamente en la reducción del daño y en la mejora de los desenlaces clínicos.

DIMENSIÓN CLAVE	ESTÁNDAR IPSP DE JCI 8VA EDICIÓN	METAS INTERNACIONALES DE OMS	BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (SOGCS)
PROPÓSITO	Estructurar la seguridad del paciente como sistema institucional	Definir prioridades globales para reducir el daño evitable	Implementar prácticas seguras en el contexto nacional
ENFOQUE	Transversal, integrado al gobierno clínico y la calidad	Sistémico, centrado en las personas y el continuo de atención	Operativo, institucional y asistencial
ESTRUCTURA	IPSP + estándares clínicos y organizacionales	Metas internacionales de seguridad del paciente	Procesos institucionales y asistenciales seguros
NÚMERO DE METAS/PRÁCTICAS	5 Metas internacionales	7 metas prioritarias globales	21 prácticas de seguridad del paciente
MOMENTO DE APLICACIÓN	Todo el proceso de atención	Todo el proceso de atención	Todo el proceso de atención
MEDICIÓN	Desempeño sostenido y análisis de tendencias	Indicadores de reducción del daño	Indicadores de estructura, proceso y resultado
APORTE AL SISTEMA INTEGRADO	Da estructura y gobernanza	Da dirección y prioridades	Da implementación práctica

Tabla 1: Seguridad del paciente: visión comparativa integrada

Articulación de los marcos: hacia un sistema integrado de gestión del riesgo clínico

La articulación entre las Metas Internacionales de la OMS, los estándares de JCI y las prácticas del SOGCS permite construir un sistema integrado de gestión del riesgo clínico, donde cada marco cumple una función específica y complementaria.

Este sistema integrado favorece:

- Reducción sostenida de eventos adversos prevenibles
- Mejora de la efectividad diagnóstica y terapéutica
- Disminución de complicaciones y estancias prolongadas
- Mayor seguridad percibida por el paciente y su familia

La seguridad del paciente se convierte así en un determinante directo de los resultados en salud, y no solo en un requisito de calidad.

Discusión

El análisis desarrollado en este artículo permite comprender la seguridad del paciente como un sistema integrado que se fortalece cuando los diferentes marcos de referencia se articulan de manera coherente a lo largo del proceso de atención en salud. La revisión de los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente de JCI, las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la OMS y las prácticas de seguridad del paciente del SOGCS colombiano evidencia una convergencia conceptual orientada a la prevención del daño evitable y al fortalecimiento de la confiabilidad del cuidado.

Un elemento central que emerge de esta discusión es que el impacto de la seguridad del paciente no depende del número de metas o prácticas implementadas, sino de su integración dentro de un sistema coherente de atención.

La evidencia internacional señala que las organizaciones que logran articular liderazgo, procesos, medición y



La seguridad del paciente alcanza su mayor impacto cuando se concibe y **se gestiona como un sistema integrado** de gestión del riesgo clínico, transversal a todo el proceso de atención en salud.

aprendizaje presentan mejores resultados en términos de seguridad, efectividad clínica y experiencia del paciente (WHO, 2021). En este sentido, la seguridad del paciente deja de ser un requisito normativo para convertirse en un atributo inherente del modelo de atención.

Asimismo, resalta la importancia de la medición como eje articulador entre los marcos analizados. Mientras la OMS promueve indicadores que permiten evaluar la capacidad del sistema para prevenir el daño, JCI enfatiza la medición del desempeño sostenido de los procesos críticos y el SOGCS facilita el seguimiento operativo mediante indicadores de estructura, proceso y resultado. La integración de estos niveles de medición ofrece a las instituciones una visión amplia y consistente de la seguridad del paciente, favoreciendo el aprendizaje organizacional y la mejora continua.

Finalmente, este análisis pone de relieve que el principal desafío para las instituciones de salud no radica en adoptar nuevos modelos de seguridad del paciente, sino en integrar de manera estratégica los marcos existentes, adaptándolos a su contexto, nivel de complejidad y madurez organizacional. Esta integración permite avanzar hacia sistemas de atención más confiables, centrados en las personas y alineados con los estándares internacionales de calidad en salud.

Conclusión

La seguridad del paciente alcanza su mayor impacto cuando se concibe y se gestiona como un sistema integrado de gestión del riesgo clínico, transversal a todo el proceso de atención en salud. El análisis de los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente de JCI, las Metas

Internacionales de Seguridad del Paciente de la OMS y las prácticas de seguridad del paciente del SOGCS colombiano evidencia que estos marcos no solo son compatibles, sino complementarios y sinérgicos.

La articulación de estos enfoques permite a las instituciones de salud pasar de una implementación fragmentada de prácticas de seguridad a un modelo estructurado, gobernable y medible, orientado a la reducción del daño evitable y a la mejora de los desenlaces clínicos. En este contexto, la seguridad del paciente deja de ser un componente accesorio del sistema de calidad y se consolida como un determinante central de la confiabilidad clínica, la experiencia del paciente y la sostenibilidad organizacional.

Integrar las prioridades globales de la OMS, la estructuración institucional promovida por JCI y el despliegue operativo del SOGCS representa una oportunidad estratégica para fortalecer la gestión del riesgo clínico en las instituciones de salud, particularmente en contextos de alta complejidad y recursos limitados. Este enfoque integrado permite avanzar hacia modelos de atención más seguros, resilientes y centrados en el paciente, alineados con los desafíos actuales y futuros de los sistemas de salud.

Fuentes consultadas

- Joint Commission International. (2024). Joint Commission International accreditation standards for hospitals (8th ed.). Joint Commission International.
- World Health Organization. (2019). Patient safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). Prácticas de seguridad del paciente. <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/paginas/seguridad-del-paciente.aspx>



La **Clínica Inmaculada de las Hermanas Hospitalarias**, ubicada en Bogotá, Colombia, está ampliando su oferta de servicios.

Con el apoyo de HDQ, la clínica está llevando a cabo el diseño arquitectónico especializado en salud mental para la adecuación de una nueva sede, con el objetivo de crear ambientes seguros y acogedores para los pacientes. En estos diseños, se ha otorgado especial importancia a la seguridad del paciente y a la humanización de la atención, así como a un enfoque de gestión de riesgos desde la infraestructura física. Estos elementos, junto con el modelo de atención especializado en salud mental que la clínica ha desarrollado durante más de sesenta (60) años, proporcionarán a los pacientes, sus familias y a los profesionales de la salud mental espacios que promoverán la recuperación y una atención integral.

La nueva sede de Bogotá incluirá:

- Servicio de urgencias
- Servicios ambulatorios
- Hospitalización
- Hospitalización de geriatría
- Áreas administrativas
- Áreas lúdicas y de confort
- Servicio de consulta externa
- Servicio de hospital día
- Servicio de hospitalización

Esta apuesta de la clínica por crear entornos asistenciales seguros, cálidos y controlados permite ofrecer a los pacientes servicios integrales que favorecen su bienestar y proceso de recuperación. La arquitectura se concibe como una parte fundamental del cuidado, entendiendo que el espacio también sana, acompaña y protege.

El diseño parte del reconocimiento del tipo de población que será atendida, incorporando espacios pensados para la recreación, las terapias grupales, el descanso y las actividades formativas. De esta manera, el proyecto integra el modelo de atención con un diseño funcional y humano, que no solo responde a las necesidades operativas del servicio, sino que también promueve la dignidad, la tranquilidad y la contención emocional de los pacientes. Asimismo, el proyecto reconoce la importancia del cuidado del equipo asistencial, incorporando áreas de descanso y pausa que contribuyen a la seguridad, el bienestar y la calidad del trabajo de quienes acompañan los procesos de recuperación.

Como valor adicional, se integran espacios polivalentes que funcionan como un lugar de encuentro y esparcimiento, casi como un parque interior, reforzando la conexión con el entorno y la sensación de libertad y calma. En definitiva, este proyecto no se concibe únicamente como una respuesta técnica a una necesidad, sino como un ejercicio de arquitectura consciente, entendiendo que la calidad de la atención también se construye desde los espacios y que, en algún momento, estos lugares pueden ser para nosotros mismos o para quienes amamos.





El **Hospital Especializado de Medicina Avanzada HEMA**, ubicado en Santiago de los Caballeros, República Dominicana, abrió sus puertas esta Navidad. Este inicio de operaciones brindará próximamente a la comunidad del Cibao acceso a una institución de salud de alta complejidad, comprometida con el cumplimiento de los más altos estándares de calidad y seguridad del paciente. Para el equipo de HDQ ha sido un honor participar en este proyecto como asesores en infraestructura hospitalaria, alineando los diseños y espacios físicos con los principios del diseño arquitectónico en salud, basado en la evidencia

(DBE) y los requisitos necesarios para cumplir con los estándares de acreditación internacional.

Nuestra experiencia en liderar procesos de calidad en diversos países, junto con el acompañamiento a más de 21 procesos de acreditación y reacreditación internacional con The Joint Commission International (JCI), nos permite apoyar a HEMA en la estructuración de sus procesos y la definición de su modelo de atención integral.

Celebramos el compromiso de la organización para proyectarse como un hospital centrado en la calidad y la seguridad del paciente, sus familiares, los visitantes, los proveedores y sus colaboradores.





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