



RELACIÓN ENTRE LOS LINEAMIENTOS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL EN UNA
INSTITUCIÓN DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE PASTO NARIÑO – COLOMBIA,
2021

VANESA MERCEDES RIVERA ROSERO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
MANIZALES
2022

RELACIÓN ENTRE LOS LINEAMIENTOS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA DEL
PERSONAL EN UNA INSTITUCIÓN DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE PASTO
NARIÑO – COLOMBIA, 2021

VANESA MERCEDES RIVERA ROSERO

Proyecto de Grado para optar al título de Magister en Gestión de la Calidad en Salud

Tutoras

PHD. DORA CARDONA RIVAS

MAGISTER. ALBA LUCIA PAZ DELGADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD – COHORTE II

MANIZALES

2022

DEDICATORIA

A Dios arquitecto de vida, artífice y guía en cada camino recorrido, tu amor ha sido mi refugio y fortaleza, en cada tormenta me has mostrado la magnitud de tu grandeza.

A mis padres Gilma y Carlos, ejemplos de inspiración, quienes han mostrado en su mayor esplendor el sacrificio y tenacidad con amor incondicional, sus bendiciones me protegen, y su paciencia me ha inculcado la capacidad de superarme y buscar lo mejor a cada paso.

A mis hermanas Caterine y Melissa, quienes han sido mi fuerza constante, me han indicado su apoyo incondicional a cada instante, su sacrificio ha sido la plataforma para muchos logros.

A mis sobrinas, Ángela María y Celeste seres maravillosos, razones de vida, quienes son el motor de mis sueños y esperanza, la inspiración para ir contracorriente en busca de un mundo más bueno, humano y justo.

A quienes fueron mis compañeros de trabajo y recorrieron el camino conmigo para hacer escuela en mi vida laboral desde mi tierra natal, que han sido metros de vida y fuente de conocimiento, de quienes he aprendido la importancia de trabajar con humanidad.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su bondad infinita, su amor y su mano siempre me sostienen.

A mi familia que ha estado para mí con su amor y apoyo incondicional.

A mi hermana Caterine, por su ejemplo de superación, por brindarme todo sin importar nada, su lucha incansable ha aportado a ser quien soy. Gracias por impulsarme en los momentos más difíciles.

A la entidad de salud y sus directivas que me brindaron la oportunidad para desarrollar este proyecto de investigación.

Al personal participante de este estudio, quienes tuvieron la bondad de dedicar un espacio de su tiempo y conocimiento para el desarrollo de la entrevista y aplicación de instrumentos, que además me brindaron la oportunidad de acercarme un poco a su visión desde cada perspectiva.

A las profesoras Alba Lucia Paz y Dora Cardona, quienes me brindaron su apoyo incondicional para motivarme a seguir, cuando la situación se tornaba difícil, gracias por todas sus pautas y orientación de conocimiento para construir este proyecto bajo su acertada dirección.

A la estudiante de derecho, Ángela María Viveros por su apoyo en la sistematización de datos.

A la Ingeniera Elizabeth Muñoz Fernández por su apoyo incondicional en el desarrollo de este proyecto.

Al doctor Carlos David Ortega, por orientarme en la importancia de monitorear los riesgos que se corren para lograr resultados de éxito, y su apoyo en la fase inicial de este proyecto.

A los doctores Jorge Hernández Holguín y Edwin Bastidas Benavides, por sus contribuciones valiosas a este estudio.

A los directivos de la maestría en Gestión de la Calidad en Salud por su comprensión en el transcurso de la pandemia y sus efectos.

A la familia Rivera Alayon, por su apoyo en este proceso.

RESUMEN

Objetivo: Relacionar los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente institucional con el conocimiento y la experiencia del personal en una institución de mediana complejidad de Pasto (Nariño, Colombia) durante el 2021.

Metodología: Enfoque empírico analítico de corte cualitativo sobre el conocimiento y la experiencia en gestión del riesgo (Identificación, valoración y mitigación) en seguridad del paciente mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada con informantes clave por área de desempeño. La entrevista fue grabada y transcrita. Con el objetivo de establecer la relación entre lineamientos en gestión del riesgo en seguridad del paciente y conocimientos y experiencias del personal, el análisis de la información se realizó a través de la codificación de la información según categorías de análisis, la interpretación mediante la confrontación con lineamientos en gestión del riesgo en seguridad del paciente.

Resultados: Se identificó que existen diferentes formas de relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente institucionales con el conocimiento y experiencias del personal que dependen del área de desempeño y nivel organizacional. Lo anterior limita una perspectiva integral de la gestión que es transversal a todas las áreas de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Conclusiones: La comprensión diversa del riesgo y de los elementos relevantes para su gestión, limita la gestión integral del riesgo en seguridad del paciente que demanda procesos de articulación entre niveles organizacionales de la institución.

Palabras Claves: gestión del riesgo, seguridad del paciente, servicios de salud, personal de salud.¹

¹ Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [Consultado 2 julio de 20022]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

ABSTRACT

Objective: Correlate the guidelines of risk management in institutional patient safety with the knowledge and experience of health-care professionals in a medium-complexity institution in Pasto (Nariño, Colombia) during 2021.

Methodology: Through semi-structured interviews from key informants of each work field, a qualitative, empirical, and analytical approach was used to correlate the knowledge and experience in risk management (identification, assessment, and mitigation) in institutional patient safety. The interview was recorded and transcribed to correlate the guidelines of risk management in institutional patient safety and the knowledge and experience of health-care professionals. The data analysis was done through coding the information considering the analytical categories, data interpretation was compared with the guidelines of risk management in patient safety.

Results: There are different ways to correlate between the guidelines of risk management in institutional patient safety and the knowledge and experience of health-care professional depending on the work field and organizational level. This limits a comprehensive perspective of management that covers all the fields in health services providers.

Conclusions: the different risk perception and the relevant elements of its management, limits the integral risk management in institutional patient safety and requires unification processes between organizational levels of the health services providers.

Key words: Risk management, patient safety, health services, health-care personnel.

CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN.....	13
2	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	15
3	JUSTIFICACIÓN.....	22
4	REFERENTE TEÓRICO.....	27
4.1	REFERENTE CONCEPTUAL	27
4.1.1	Gestión Del Riesgo.....	27
4.1.2	Metodologías Gestión Del Riesgo.....	30
4.1.3	Seguridad del Paciente.....	34
4.1.4	Definición Palabras Clave:	39
4.2	REFERENTE NORMATIVO	41
4.3	REFERENTE CONTEXTUAL.....	44
4.3.1	Distribución geográfica.	46
4.3.2	Plataforma estratégica.....	48
5	OBJETIVOS.....	49
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	49
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
6	METODOLOGÍA	50
6.1	ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO.....	50
6.2	UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE TRABAJO	50
6.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	51
6.4	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	51
6.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	52

6.5.1	Fuentes de información	52
6.5.2	Instrumentos.	53
6.6	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	54
6.7	PLAN DE ANÁLISIS	55
7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	57
8	RESULTADOS.....	58
8.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INFORMANTES ..	58
8.2	ANÁLISIS DEL CONTEXTO.....	60
8.2.1	Directivo	63
8.2.2	Administrativo.....	64
8.2.3	Asistencial	66
8.3	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: CONOCIMIENTOS SOBRE AQUELLOS EVENTOS QUE PUEDEN CREAR LA PRESENCIA DE UN RIESGO	67
8.3.1	Directivo	67
8.3.2	Administrativo.....	68
8.3.3	Asistencial	69
8.4	VALORACIÓN: ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS IDENTIFICADOS	71
8.4.1	Directivo	72
8.4.2	Administrativo.....	72
8.4.3	Asistencial	74
8.5	MITIGACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO: ACCIONES PARA CORREGIR O MITIGAR LOS RIEGOS	76
8.5.1	Directivo	76
8.5.2	Administrativo.....	77
8.5.3	Asistencial	79
8.6	FASE INTERPRETATIVA.....	81
8.6.1	Análisis del contexto	81
8.6.2	Identificación de Riesgos.....	85

8.6.3	Valoración de riesgos identificados.....	88
8.6.4	Tratamiento y Mitigación de Riesgos.....	90
9	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	94
10	CONCLUSIONES	98
11	RECOMENDACIONES	100
12	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	101
13	ANEXOS.....	109

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cantidad de participantes	50
Tabla 2 Categorías de Análisis	51
Tabla 3. Característica de los Informantes	58

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Pasos de aplicación de la metodología AMFE. (23)	32
Ilustración 2 Metodología Para la Administración del Riesgo- Departamento Administrativo de la Gestión del Riesgo. (14)	33
Ilustración 3 Proceso Gestión del Riesgo- NTC-31000. (4).....	34
Ilustración 4 Servicios ofertados por la entidad	44
Ilustración 5 Pirámide poblacional actual y proyectada Departamento de Nariño	46
Ilustración 6 Ubicación Municipio de Pasto en el Departamento de Nariño	47
Ilustración 7 Conocimientos sobre Identificación del riesgo	71
Ilustración 8 Conocimientos sobre Análisis y Valoración de riesgos	75

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado	109
Anexo 2. Instrumento 1 Hoja de Registro	111
Anexo 3 Entrevista Semiestructurada	114
Anexo 4. Aval Ético	118

1 PRESENTACIÓN

Las instituciones prestadoras de salud son un elemento fundamental para el desarrollo armónico de los sistemas de salud, se presentan como entidades productoras de servicios que mediante el despliegue efectivo y seguro de los procesos asistenciales y administrativos en su interior evolucionan constantemente para ofertar servicios de calidad con personal calificado y comprometido en busca de mantener, mejorar y facilitar las condiciones de salud de la población. En el desarrollo de este ejercicio se ha demostrado que, para brindar un servicio de calidad, resulta importante el fomentar entornos y prestación de seguros para gestionar la integridad y la seguridad del paciente, ligando esta acción a la manera cómo se administra y previene el riesgo dentro de una entidad. Se debe tener en cuenta que en el normal desarrollo de las instituciones de salud intervienen recursos humanos, económicos, de tiempo e infraestructura, que indudablemente están expuestos a una serie de riesgos que van a influir tanto del nivel interno como externo, que parten desde el manejo de recursos hasta el comportamiento y aplicabilidad de conocimientos del personal de salud.

La conjugación de acciones inherentes al sistema de salud con el actuar y despliegue humano puede resultar indudablemente en la presencia de riesgos potenciales que pueden conducir a resultados con efectos adversos que perturban la seguridad del paciente. Por lo que la gestión del riesgo es un término cada vez más involucrado y utilizado dentro de las entidades de salud, fundamentándose en la identificación temprana de riesgos que permita analizarlos y así subsanarlos para evitar un daño en el paciente.

Son innumerables las omisiones y acciones en las que se puede incurrir para que se presenten este tipo de condiciones desafortunadas durante la atención, situaciones que no simplemente son responsabilidad exclusiva del personal encargado de la prestación del servicio, también cobra importancia el ambiente que rodea al paciente y los lineamientos que se brinden en las entidades de salud para la práctica de conocimientos en la prevención de riesgos. Teniendo en cuenta estas condiciones, es importante que el personal que labora en las distintas entidades de salud tenga claridad de conceptos y conocimiento en gestión

del riesgo dentro de la seguridad del paciente para contribuir a un desarrollo exitoso en la aplicabilidad de las herramientas y programas para gestionar el riesgo.

De esta manera, incrementar la posibilidad de identificar oportunidades de mejora que logren generar valor a partir de la incertidumbre de posibles eventos, impactando en una mejor administración y en una disminución de eventos desafortunados. Lo que implica que afiancen la confianza de los usuarios e incentive a todo el personal a involucrarse en un ciclo de mejora continua, dando como resultado la construcción de una cultura organizacional como lo recomienda el ICONTEC NTC 5254 “La Gestión de riesgos debe formar parte de la cultura organizacional [...] quienes gestionan el riesgo de forma eficaz y eficiente tienen más probabilidad de alcanzar sus objetivos y hacerlo a menor costo”; insistiendo en la significancia de incitar a los miembros de la entidad a fomentar la cultura de gestión del riesgo que obligue a su inclusión dentro de la plataforma estratégica (1).

La práctica de la gestión del riesgo en seguridad del paciente en una entidad de salud es la manera de resguardar en todos los niveles la prestación segura del servicio. Implica la intervención y verificación preventiva, de tal manera que la alta dirección conozca hasta qué punto tiene el control de los sucesos, siendo necesario transmitir e involucrar a toda la organización en la conformación de una cultura de la mitigación y la prevención del riesgo. Para ello, resulta necesario encontrar los aspectos que relacionan los lineamientos de la gestión del riesgo con la experiencia y los conocimientos del personal de la salud entendiendo cómo se manejan las herramientas necesarias para esta labor.

2 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El personal que labora dentro de una institución de salud cumple una función determinante en la prestación de un servicio con calidad, tomando como punto de mayor valor aquellos conocimientos propios para desarrollar sus actividades, entre los que debe existir el conocer la forma de evitar, disminuir y gestionar los riesgos a que se expone un paciente. Lo anterior implica otorgar un grado de importancia a la relación existente entre la seguridad del paciente y la correcta administración y gestión del riesgo, teniendo en cuenta que los sistemas de gestión de calidad se basan en la normatividad vigente donde la igualdad y la universalidad del sistema son los principales componentes de dichas políticas.

Aun así, se evidencia en muy pocas situaciones que estos planteamientos de seguridad generen un impacto real en la mejora de la prestación del servicio y más cuando se habla de instituciones públicas. Estos se presentan como contextos generados debido a la falta de integralidad a la hora de hablar de sistemas de gestión de calidad, dejando de lado que la gestión del riesgo debe llevar a un mejoramiento continuo; donde el desafío debe ser la continuidad que solo se logra mediante una evaluación constante de la relación riesgo-beneficio; componente primordial al momento de efectuar gestión del riesgo, que si se unifica al sistema de gestión de una entidad con el control interno continuo se llegan a obtener metodologías para un aprendizaje organizacional y, de esta forma, evitar una deficiente gestión del riesgo que no es nada más que un atentado a la obligación del cuidado y seguridad con la que debe contar cada institución de salud.

Los inicios de la gestión del riesgo datan de la década de los 60, esto debido a la modernización y la tecnificación en algunos procesos, pasando de la elaboración manual a la automatización. La tecnología trajo consigo mayor celeridad y calidad exigiendo nuevos retos de control en los distintos procesos, aunque solo algunos sectores aportaron a la aplicación y fortalecimiento inicial de la gestión del riesgo como es el ámbito asegurador, tecnológico, militar, la ingeniería náutica y el nuclear (2).

Años más tarde, la gestión del riesgo incursiona completamente dentro de las empresas con la aparición de normas internacionales (2), como el COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Tradeway Commission), cuya construcción está realizada para aportar a los sistemas de control interno con la identificación de efectos potenciales que pueden dañar el normal funcionamiento de las empresas; lo que implica una gestión de riesgos para el logro de objetivos (3). Al mismo tiempo, Australia y Nueva Zelanda promulgan la norma AS/NZ 4360 sobre el riesgo en empresas públicas (2).

La agilidad y velocidad en la elaboración de productos aumentó la posibilidad de la aparición de eventos desafortunados en los distintos tipos de empresas, lo que condujo a la publicación de normas técnicas como la ISO 9001 e ISO 31000, con enfoque genérico y lineamientos para gestionar cualquier forma de riesgo de manera sistemática, partiendo de la premisa que todas las entidades gestionan riesgos en la búsqueda de un aprendizaje organizacional (4). Es importante aclarar que, la gestión del riesgo no es un requisito por cumplir, sino una política de la gestión estratégica que desea llevar a adelantar acciones e implementar medidas que permiten afrontar incidentes y dificultades con un previo conocimiento de sus causas.

Ahora bien, el interés por los riesgos para la salud ha existido a lo largo de la historia, pero durante los últimos decenios ese interés no sólo se ha intensificado, sino que ha comenzado a incluir nuevas perspectivas. El campo del análisis de riesgos ha crecido rápidamente, llegando a centrarse en la identificación, definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana y para el medio ambiente; este conjunto de actividades es lo que en términos generales se conoce como evaluación de riesgos (5).

La Organización Mundial de la Salud (de aquí en adelante OMS) manifiesta que “La aceptabilidad de los riesgos depende de muchos aspectos de la percepción que se tenga tanto de los riesgos de las tecnologías e intervenciones como de sus posibles beneficios. Para comprender las causas de algunos comportamientos de riesgo y la razón de que algunas intervenciones sean más aceptables y eficaces que otras hay que considerar tanto

los riesgos como los beneficios” (5). Resaltando la importancia del reporte anticipado y oportuno de incidentes y riesgos detectados.

Se estima que aproximadamente el 95 % de todos los eventos adversos no se documentan, es decir quedan ocultos. La notificación depende no sólo de la conciencia del error, sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo de culpabilización o punición (6).

En el marco de la seguridad del paciente se han elaborado estudios que intentan valorar la frecuencia con que se presentan eventos adversos, un estudio desarrollado en Dinamarca muestra una frecuencia del 9 % y otro en Australia con frecuencia del 16,6 %. Así mismo, el estudio IBEAS (Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica) indica que la prevalencia global de pacientes con algún evento adverso fue del 10,5 %, reconociendo variables que explican la presencia de estos, al servicio, la complejidad, el tiempo de estancia; destacando que la ocurrencia de eventos adversos tiene como principal relación los cuidados en un 13,27 % (7,8).

Existe una gran variedad de estudios referentes a la ocurrencia de eventos adversos y sus posibles causas, encontrando que son limitados los desarrollados respecto a la evaluación y análisis de los conocimientos y la percepción que maneja el personal de salud con relación a la forma de prevenir, mitigar y disminuir los riesgos, sucesos que no es nada más que gestión del riesgo dentro una institución. En el 2002, la OMS en su informe sobre la salud en el mundo, plantea que “Se admite por lo general que, antes de interpretar los riesgos y de planear cualquier tipo de comunicación o intervención sanitaria, deben comprenderse bien las percepciones básicas de la gente y sus marcos de referencia” (5).

En el mismo orden de ideas, la OMS en su informe hace mención sobre el manejo de la gestión del riesgo en salud, donde manifiesta la importancia de conocer las causas que aumentan la susceptibilidad del riesgo, afirmando que, aun cuando actualmente gran parte de la labor de investigación y de los recursos en salud van dirigidos a tratar las

enfermedades más que a prevenirlas, centrarse en los riesgos para la salud es la clave de la prevención. Esos riesgos no se presentan de manera aislada, razón por la que hay que tener en cuenta las causas tanto inmediatas como lejanas de los resultados sanitarios adversos. Las estrategias orientadas a la población entera proponen que el comportamiento saludable sea la norma, reduciéndose así los riesgos para todos sus miembros (5). En Colombia, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), actualmente el Modelo de Atención Territorial Integral (MAITE), que prioriza su atención en el ciudadano y se forma como instrumento para mejorar las condiciones de salud de la población, se constituye de diferentes estrategias, entre ellas la gestión integral del riesgo.

A partir de ello, esta gestión integral se comprende como una estrategia transversal de la política de atención integral en salud y busca mediante la identificación, la evaluación, la medición, la intervención y el monitoreo de los riesgos coordinar a los agentes del sistema de salud y otros actores para la obtención de resultados y logros en el bienestar de la población, principalmente, de aquella que está encaminada a preceder patologías y traumas. De esta manera, se va a prevenir su aparición y se detectará de forma temprana, o generar un tratamiento precoz que impida la presencia de consecuencias.

Esta gestión integral cuenta con un componente colectivo e individual que se entretienen con la gestión clínica, que es desarrollada por las entidades prestadoras de salud. Esta integración representa lo importante de un modelo de salud basado en riesgos, que aborde todos los componentes del sistema, inculcando en los actores el cumplimiento de objetivos basados en acciones de identificación para establecer un control efectivo. De esta manera, podrá identificarse como resultado la eliminación o disminuir la aparición de eventos desafortunados que involucren desde la reducción de la carga de enfermedad hasta de eventos adversos en las acciones asistenciales (9,10).

Además, dentro de la Ley 100 en su Artículo 182 se reconoce que, para la organización y garantía de la prestación de servicio, los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por

Capitación, UPC. Con lo que se logra la protección integral y el control de riesgo, si se tiene en cuenta que las entidades Promotoras de Salud son responsables de la gestión del riesgo en salud (11).

En Colombia, se establece que todas las entidades públicas deben contar con políticas de administración del riesgo (Decreto 1537 de 2001). En el 2004, el ICONTEC acoge la norma técnica NTC 5254 donde se reconoce que la gestión del riesgo hace parte integral de las buenas prácticas de gestión (1).

La Ley 1122 en su artículo 14 establece la gestión del riesgo como parte del aseguramiento en salud “Entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud”, donde el Congreso de la República instituye que el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con seis meses para definir un Plan Nacional de Salud Pública (12). Por lo que, en el 2007, el Ministerio incluye a la Prevención de Riesgos dentro de las cinco líneas de la Política Nacional de Salud Pública. Para una adecuada verificación y prevención de riesgos es necesario el monitoreo constante y el reporte oportuno de incidentes que permiten establecer un abordaje precoz de los riesgos latentes.

La institución de mediana complejidad del departamento de Nariño seleccionada para el proceso de investigación, en la encuesta de clima de seguridad, aplicada a sus funcionarios en el 2020, revela que el 74,5 % de los encuestados manifiestan no haber realizado reportes de incidentes en los últimos 12 meses. Esta situación, que no debe ser interpretada como ausencia de presentación de estos o del despliegue de actividades con suficiencia en términos del control y la gestión del riesgo, puede analizarse como un posible subregistro que deja de lado la importancia de reportar un evento que permita corregir el error.

Si se toma en cuenta que muchas de estas fallas son prevenibles y que como ser humano no se está exento de cometerlas; sin embargo, el reconocerlas y aprender de ellas va a fomentar una cultura organizacional en la seguridad del paciente, con el único objetivo de ofrecer una atención segura y oportuna. Siendo necesario establecer el grado de conocimiento del personal en términos de seguridad del paciente y gestión del riesgo, más aún cuando la misma encuesta indica que solo 52,7 % expresa que el tipo de reporte para incidentes es voluntario.

El reporte oportuno de incidentes adversos implica el análisis inmediato de los hechos que conducen a la ocurrencia de una atención insegura en las entidades de salud. Estableciendo un camino de aprendizaje derivado de incidentes ocurridos anteriormente, para permitir que a partir de otras experiencias se evite y reduzca la posibilidad de aparición de riesgos que llevan a la materialización de estos.

Un estudio realizado en Colombia, cuyo propósito era determinar los factores que contribuyen a la omisión del reporte del incidente o evento adverso, por parte del personal de salud arrojó información relevante. Mediante la aplicación de encuestas al personal asistencial y administrativos, determinó los factores que influyen en el no reporte y concluye en la necesidad de informar al personal de las entidades sobre las medidas y acciones tanto preventivas como correctivas tomadas a partir de los incidentes presentados; esto en aras de afianzar la credibilidad e incentivar al reporte fortalecido de la política de seguridad del paciente (13). Las actividades preventivas constituyen una acción fundamental en la gestión y mitigación de riesgos, evitando la ocurrencia de efectos adversos. “La administración del riesgo ayuda al conocimiento y mejoramiento de la entidad, contribuye a elevar la productividad y a garantizar la eficiencia y eficacia en los procesos organizacionales, permitido definir estrategias de mejoramiento continuo, brindándole un manejo sistémico a la entidad, difundir y comunicar” (14).

Otro ejemplo se encuentra en una revisión documental sobre gestión del riesgo, que tenía como objetivo identificar estrategias de implementación de sistemas de gestión del riesgo para las instituciones prestadoras de servicios de salud colombianas. En este se indica que

es importante considerar y escudriñar en lo concerniente a la gestión del riesgo en salud haciendo hincapié en las entidades prestadoras de salud. Además, expone que dentro de las metodologías más usuales se concuerda en la significación de tomar en cuenta todos los aspectos tanto internos como externos, y también la socialización en todas las áreas de la entidad. De esta manera, la revisión concluye que las entidades de salud implementan una política de seguridad del paciente que involucra en gran medida los riesgos asociados con la atención clínica (15).

El desconocimiento respecto a las acciones encaminadas a prevenir y gestionar riesgos incrementa la posibilidad de la materialización de estos. Lo anterior ocasiona que ocurran eventos desafortunados y, por ende, la prestación de un servicio inseguro. A partir de ello, resulta imperativo saber si el personal cuenta con el conocimiento necesario sobre gestión del riesgo y si ésta cognición repercute en la ocurrencia de incidentes y eventos adversos, lo que lleva a plantear la siguiente pregunta:

¿Cómo es la relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente institucional con el conocimiento y experiencia del personal en una institución de mediana complejidad de Pasto Nariño –Colombia?

3 JUSTIFICACIÓN

Los sistemas de salud concentran gran parte de los recursos hacia las instituciones asistenciales para la atención o prestación de los servicios. Esto con el propósito de asistir y amparar la salud en busca de un beneficio para el paciente, claramente sin generar daños o afectaciones durante esta prestación. Sin embargo, la aplicación de distintos procedimientos, técnicas y tratamientos, aunado a la utilización de equipamiento y herramientas tecnológicas por personal humano, pueden conllevar a alteraciones no intencionales en la condición de salud del paciente e incluso la muerte; lo que se desvía del objetivo principal de la atención en salud que es preservar y mejorar las condiciones de vida del ser humano.

De esta manera, aparecen inconformidades, protestas y hasta demandas judiciales que terminan afectando a las instituciones y al personal de la salud, pero en un grado de mayor importancia incrementan la posibilidad de aparición de eventos adversos que pueden o no perjudicar personas, lo que pone en tela de juicio la atención segura y, por ende, una prestación de calidad con control de riesgos. Como lo menciona el Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021 donde se concibe el riesgo como “La probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse” (16).

Existen diferentes escenarios y formas que afectan la salud e integralidad social del ser humano, pues son innumerables las omisiones y acciones que pueden desencadenar condiciones desafortunadas durante la atención en los servicios de salud que llevan a cabo un sin número de profesionales. Por ello, en este proyecto se identificó la utilidad de la gestión del riesgo como valor agregado para aportar a salvaguardar la seguridad, la dignidad, el bienestar y la igualdad de las personas, primordialmente de aquellas más vulnerables; estas consideradas condiciones que se pueden afectar al alterar la salud del paciente, pues el riesgo en su carácter de dualidad puede afectar tanto a la persona como a la sociedad.

Por consiguiente, este estudio pretende enfatizar en la significancia que cobra el éxito de una atención segura mediante el desarrollo de un programa de seguridad acertado con enfoque en gestión y mitigación de riesgos. Para ello, resulta imperativo el hecho de contar con un personal comprometido y con información veraz que aporte al desarrollo exitoso de la gestión del riesgo en seguridad del paciente, siendo necesario que el personal que labora dentro de cada institución cuente con los conocimientos necesarios para lograr una correcta difusión y estandarización de la gestión del riesgo.

De esta manera, el objetivo primordial es que se genere un aporte a la aplicación de los diferentes controles y tratamientos para reducir el riesgo y que, a su vez, la ocurrencia de eventos adversos que desvían el objetivo principal de la atención en salud. Así como lo manifiesta la guía para la administración del riesgo 2011, donde se deja claridad que la correcta administración del riesgo contribuye a la construcción interna de un sistema de control que asegura una cultura de la autoevaluación y, por su puesto, del autocontrol “La administración del riesgo comprende el conjunto de elementos de control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales” (14). Situaciones acordes con el objetivo de la Maestría en Gestión de la Calidad en Salud alineada con las políticas públicas y el sistema de salud.

Además, es importante resaltar que la gestión del riesgo debe ser una acción intrínseca en el desarrollo normal de las diferentes instituciones de salud, que implique la estandarización de un andamiaje y aplicación de metodologías sistemáticas que conlleven a fundar una cultura de seguridad que permita identificar y administrar los riesgos relacionados a la evolución de los diferentes procesos misionales, de apoyo y estratégicos de una entidad; y de esta manera, promover la disminución en la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos. Lo anterior, siguiendo los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente que define a la seguridad del paciente como “El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (7).

En esta posición, el proyecto también busca resaltar la importancia sobre el personal que se desempeña en las instituciones de salud, ya que deben conocer las distintas estrategias, políticas y metodologías aplicables con el propósito de lograr una acogida e implementación real de las mismas. Lo anterior, dado que el desconocimiento de estos lineamientos puede generar un incremento ascendente de eventos adversos atribuibles a la ausencia de gestión y de mitigación del riesgo. Estos determinan un aumento excesivo en los costos de la atención, hablando de costos no solamente económicos, sino también sociales, emocionales, profesionales y, lo más importante, la vida y el bienestar de un ser humano.

A partir de ello, se evidencia que la materialización de riesgos en eventos adversos ocasiona una gran variedad de complicaciones en el desarrollo normal de las instituciones, situación que ha sido investigada desde tiempo atrás como lo manifestó el informe “Errar es Humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de 1999, donde establece que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención (17); y que precisa ser analizado en otros contextos. Lo que deja entrever que la gestión precoz del riesgo, que implique la participación del personal inmerso en las labores diarias de una entidad al momento de plantear actividades, como también la aplicación de herramientas e instrumentos que logren identificar riesgos para plantear y desarrollar estrategias que lleven a mitigar riesgos, es un punto clave que aporta a la prevención y disminución en la apuración de estos eventos desafortunados.

Diversos estudios indican que la aparición de muchos de los eventos adversos tiene relación con las prácticas y atenciones en salud, lo que demuestra que existe una marcada conexión entre la ocurrencia de un evento adverso y el error humano, pues son los profesionales de la salud quienes llevan a cabo cada uno de los procedimientos que se practican a los pacientes. El estudio “IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica” que analiza la incidencia y los efectos de eventos adversos, determinó que “Los eventos adversos detectados estaban relacionados con los cuidados en un 16,24 %, con el uso de la medicación en un 9,87 %, con la infección nosocomial en un 35,99 %, con algún

procedimiento en un 26,75 % y con el diagnóstico en un 5,10 % (8). Siendo pertinente este estudio si se tiene en cuenta que para obtener un apropiado proceso de seguridad del paciente es imprescindible entender y conocer sobre riesgos asistenciales tanto en su prevención como mitigación.

De este modo, se considera que la gestión del riesgo debe ser una política transversal, que respalde la eficiencia de la prestación de servicios, situación posible solo si se cuenta con una metodología que mida los riesgos y su impacto en la calidad de la atención, resultando imperioso realizar un reporte apropiado de riesgos identificados, que cuente con un respaldo de conocimientos adecuado por parte del personal que reporta, para evitar situaciones que ponen en peligro la seguridad del paciente y, por ende, desmejoran la calidad de la atención. Ante la presencia de un evento adverso que conlleva a comprometer la seguridad del paciente trae consigo la “pérdida de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción de los usuarios; afectación de la relación médico-paciente y repercusiones en los prestadores de servicios” (18).

Aun así, aunque existen varios estudios donde se demuestra que definitivamente en las atenciones en salud hay una marcada posibilidad de la ocurrencia de un evento adverso, no se puede decir lo mismo de la identificación y la gestión del riesgo en seguridad del paciente involucrado al personal de la salud, pues es muy poco el abordaje y los estudios que se centran en este tema en específico. Una investigación centrada en la evaluación del riesgo en seguridad del paciente, donde se diseña un método para evaluar y gestionar riesgos en entidades de salud concluye que “La diversidad de métodos para evaluar el riesgo en el campo de la salud es indicativa de que aún no hay métodos únicos ni perfectos para identificar los riesgos para la seguridad del paciente, ya que cada uno tiene fortalezas y debilidades inherentes, por lo que es válido aprovechar la experiencia obtenida y explorar recursos” (19). Por consiguiente, es crucial explorar con nuevos estudios e investigaciones en este campo, buscando que dentro de las entidades de salud se cuenten con herramientas y procesos desplegados al personal que permitan gestionar, identificar y monitorear riesgos. Además, de inculcar el compromiso y la cultura de la gestión del riesgo dentro del personal,

teniendo en cuenta que es fundamental captar aliados cada vez más comprometidos y conedores de la gestión del riesgo dentro de las entidades.

En este orden de ideas, se recalca la importancia de valorar los conocimientos del personal y el desligue de socialización por parte de la entidad en relación con la gestión de riesgos asistenciales. Como se evidencia en una investigación realizada en Colombia, donde se estudian los conocimientos de los trabajadores sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad, donde se refiere al conocimiento que tiene el personal de salud en cuanto al reporte de eventos adversos y la incidencia en la política de mejoramiento de la calidad. En este estudio, se concluye que el conocimiento en eventos adversos es insuficiente por “la falta de capacitaciones y socialización sobre el tema de los eventos adversos, ya que debe existir un fundamento teórico basado en la evidencia para ponerlos en práctica a través de las habilidades y las destrezas que se desarrollan para beneficio de las personas, disminuyendo o evitando así la ocurrencia de eventos adversos” (20).

4 REFERENTE TEÓRICO

4.1 REFERENTE CONCEPTUAL

La gestión del riesgo alineada al sistema de la calidad en sus cuatro componentes que son: el sistema único de habilitación, el sistema único de información, la auditoria para el mejoramiento de la calidad y el sistema único de acreditación, son componentes que basan sus estándares en un enfoque de riesgo cuyo objetivo común y primordial es la protección a los usuarios y sus familias de los principales riesgos que pueden ocurrir directa o indirectamente en la prestación de los servicios de salud.

Los riesgos y su gestión tienen un nexo importante con la política de seguridad del paciente, que busca dar seguridad a los usuarios a través de un conjunto de acciones y estrategias que protegen al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud. Estas estrategias encaminadas a establecer implementar y mejorar procesos asistenciales e institucionales seguros, se fundamenta en el mejoramiento de las habilidades del talento humano y del autocuidado en el usuario y su familia.

4.1.1 Gestión Del Riesgo

La gestión del riesgo es una política transversal de la atención en salud, que permite evaluar, medir, intervenir y prevenir con una clara planificación los riesgos. De esta manera, se establece un seguimiento y un monitoreo de riesgos que afectan la salud y la seguridad del paciente, su familia y su comunidad, orientándose al logro de resultados en el correcto desempeño de cada procedimiento, evitando a toda causa la presencia de traumatismos o, en su defecto, se detecten y traten de forma precoz.

En múltiples casos, el concepto de gestión del riesgo está relacionado a la inseguridad, ya sea de manera positiva o negativa, es común asociar el término con aspectos negativos: adversidades, complicaciones o el no cumplimiento de objetivos y metas. De tal manera, el propósito de la gestión del riesgo es controlarlos o mitigar los efectos resultantes de la materialización de los riesgos, los que son inherentes a toda actividad tanto administrativa

como asistencial de manera permanente y continua; aunque en muchas ocasiones no se está consciente de ello, resultando prioritario conocer, identificar, valorar, intervenir, gestionar y monitorizar los factores que configuren un potencial riesgo mediante un proceso estandarizado, sistemático y continuo que fortalezca la cultura organizacional de la prevención y mantenimiento de condiciones controladas. Dentro de esta labor es necesario contar con la claridad de múltiples conceptos para el éxito de una gestión del riesgo. A continuación, se expone una serie de conceptos adicionales y claves dentro de la gestión del riesgo:

- **Prevalencia del riesgo:** Proporción de la población que está expuesta a un determinado riesgo (5).
- **Riesgo relativo:** Probabilidad de un resultado sanitario adverso en las personas expuestas a un riesgo determinado, en comparación con las personas no expuestas (5). Los riesgos contemplan alguna relación con cada una de las actividades que se desarrollan en una institución, que de no tenerlos en cuenta y no conocer sobre la existencia de estos, incrementa la posibilidad de que ocurra un evento adverso, existen clasificaciones de estos riesgos que permiten acoger políticas para intervenirlos de forma práctica (3).
- **Riesgo estratégico:** Se asocia con la forma en que se administra la entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca en asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia (7).
- **Riesgos operativos:** Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y de la operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias (7).
- **Riesgos financieros:** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, los manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes (7).

- **Riesgos de cumplimiento:** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y, en general, con su compromiso ante la comunidad (7).
- **Riesgos de tecnología:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras, como establecer un cumplimiento de la misión (7).
- **Gestionar el riesgo:** En términos generales, la gestión del riesgo se refiere a los principios y la metodología para la gestión eficaz del riesgo, mientras que gestionar el riesgo se refiere a la aplicación de estos principios y metodología a riesgos particulares. La administración del riesgo comprende el conjunto de elementos de control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales. La administración del riesgo contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una cultura de Autocontrol y autoevaluación al interior de esta (7).

Para conocer el manejo y las implicaciones del riesgo existen otros conceptos como:

- **Causas (factores internos o externos):** Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores que se entienden como todos los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo (7).
- **Descripción:** Se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado (7).
- **Efectos:** Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes tales como daños físicos y fallecimiento; sanciones; pérdidas económicas, de información, de bienes,

de imagen, de credibilidad y de confianza; interrupción del servicio y daño ambiental (7).

- **Tratamiento del riesgo:** Existen opciones para el tratamiento del riesgo, tales son:
 - **Evitar el riesgo,** tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización. Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas. Por ejemplo: el control de calidad, manejo de los insumos, mantenimiento preventivo de los equipos, desarrollo tecnológico, etc. (7).
 - **Reducir el riesgo,** implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección). La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles; por ejemplo, a través de la optimización de los procedimientos y la implementación de controles (7).
 - **Compartir o transferir el riesgo,** reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros, o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido.
 - **Asumir un riesgo,** luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso, el gerente del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo (7).

4.1.2 Metodologías Gestión Del Riesgo

La gestión del riesgo especialmente en la prevención de riesgos misionales o asistenciales es manejada a través de la metodología AMFE (Análisis, Modo, Falla y Efecto). Esta

metodología busca la identificación de los riesgos en los procesos asistenciales, la identificación de las causas específicas para cada riesgo, identificación de los efectos en la que exista materialización del riesgo, el establecimiento de controles, priorización de los riesgos basados en su calificación y probabilidad de ocurrencia, severidad y probabilidad de detección y la definición de acciones de mejora en ciclo PHVA (Ciclo de Deming) que ayuden a prevenir, mitigar o eliminar el riesgo.

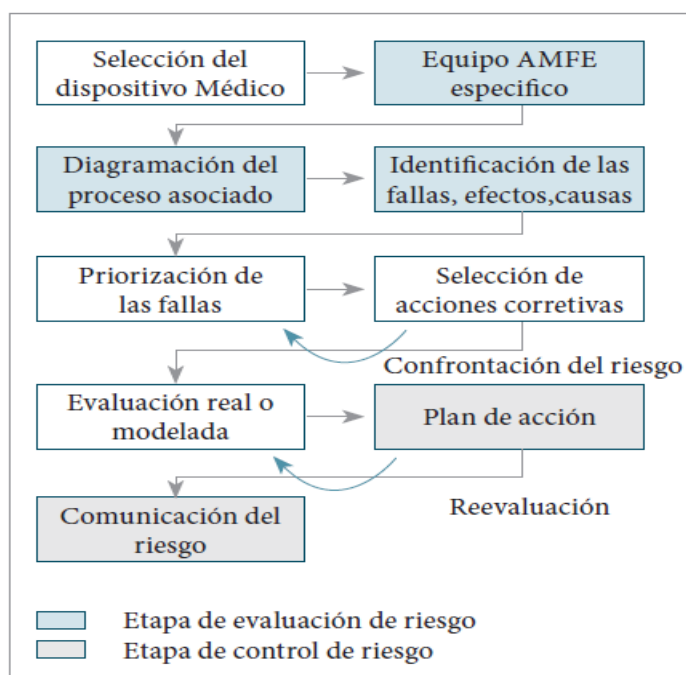
Lo anterior en concordancia con una visión de mejoramiento continuo de la calidad que se logra por medio del seguimiento de los riesgos presentados y específicamente de los riesgos materializados conlleva a que la institución logre una transformación pedagógica basada en la cultura de gestión del riesgo y en la cultura de entornos saludables institucionales, a mediano o largo plazo.

El AMFE utiliza técnicas de investigación cualitativas como la definición de grupos focales, entrevistas estructuradas y semiestructuradas para la recolección de la información en varias fases de la gestión. El AMFE dentro del campo de la salud es una herramienta ligada a la prevención de eventos adversos o incidentes, que no se enfoca en el error humano, sino en las fallas del proceso, en las fallas de la institución o del sistema. Finalmente, optimiza los recursos organizacionales a través de la priorización de riesgos que buscan de manera general la mejor calidad en la atención y la mejor calidad de vida de los usuarios (21). De esta manera, la metodología AMFE en salud como herramienta de gestión del riesgo es entendida como una metodología que permite ser dirigida al análisis de la identificación, evaluación y prevención, lo que permite disminuir los riesgos en salud con un enfoque sistémico y sistemático.

Existen muy pocos estudios con enfoque dentro de esta metodología, pero en Colombia dentro de un contrato interadministrativo entre el Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (INVIMA) y la Universidad Nacional de Colombia, se desarrolló una prueba piloto para la aplicación de AMFE como herramienta de tecnología de vigilancia proactiva en 3 instituciones colombianas, con el objetivo de inferir si era viable la implementación de la metodología AMFE dentro de estas instituciones de salud como

herramienta proactiva para evaluar los procesos relacionados con la utilización de dispositivos médicos, concluyendo que es posible la aplicabilidad de esta metodología y se ajustaría en los programas de seguridad del paciente y oficinas de calidad. (22). La metodología AMFE resalta dentro de su proceso de aplicación que no solo genera impacto en temas relacionados con seguridad del paciente, sino que produce efecto directo en la mejora de la calidad de la atención.

Ilustración 1 Pasos de aplicación de la metodología AMFE. (23)

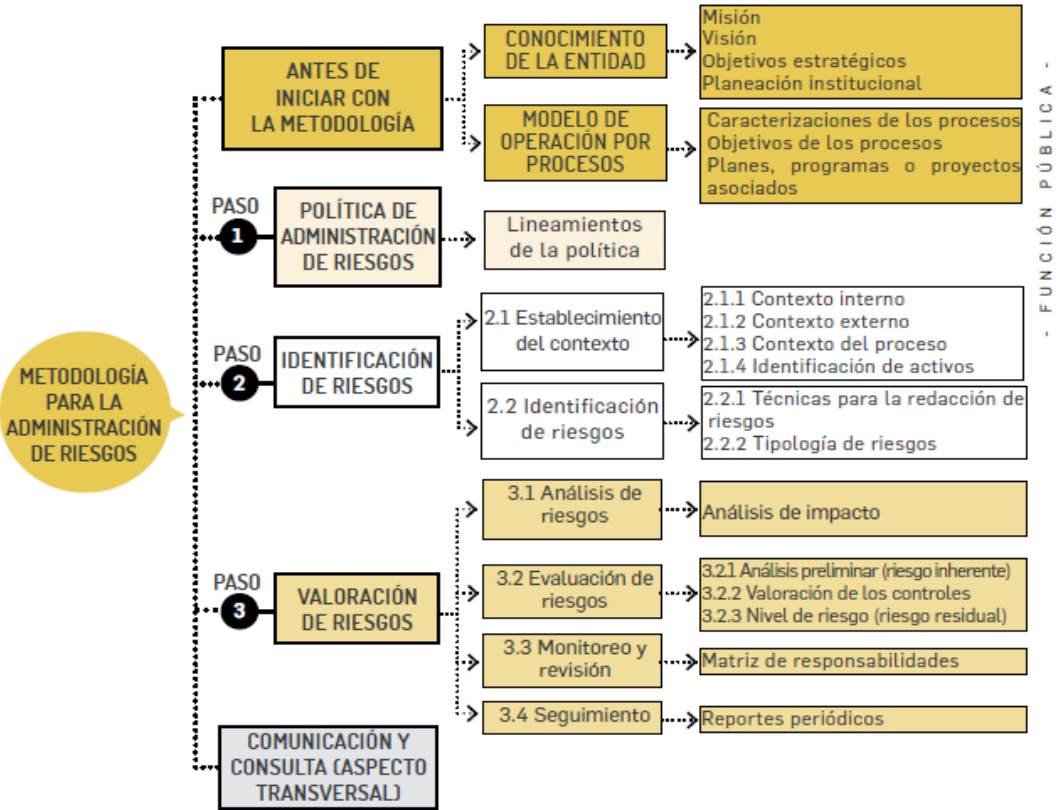


Nota. Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. Revista Cuadernos Latinoamericanos de Administración.

Existen otras metodologías aplicables y que se usan en Colombia para la valoración, cuantificación y mitigación del riesgo, un ejemplo es la guía para la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública, donde se define una metodología para la administración del riesgo que contempla la necesidad de un diagnóstico previo de la entidad en cuanto a su estado inicial referente a la estructura de riesgos y la gestión dentro de la entidad. Puntos importantes para el desarrollo de los diferentes pasos en la identificación valoración y tratamiento del riesgo (14).

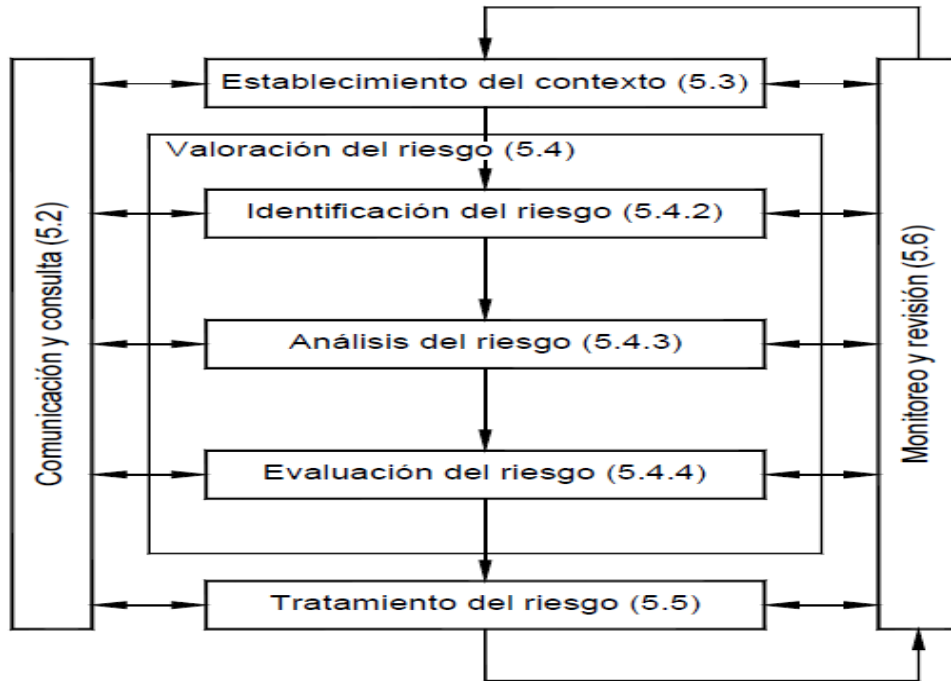
De igual forma, la Norma Técnica Colombiana NTC - ISO 31000 plantea un proceso que describe las actividades necesarias para la gestión del riesgo de forma eficaz cumpliendo los objetivos planteados por la entidad (4).

Ilustración 2 Metodología Para la Administración del Riesgo- Departamento Administrativo de la Gestión del Riesgo. (14)



Nota. Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la administración del riesgo 2018.

Ilustración 3 Proceso Gestión del Riesgo- NTC-31000. (4)



Nota. ICONTEC: Norma Técnica Colombiana NTC-31000

4.1.3 Seguridad del Paciente.

Para la OMS, la seguridad del paciente es uno de los pilares más importantes de la atención en salud en la actualidad (24); siendo el reporte de eventos adversos una parte relevante de seguridad del paciente. Se debe tomar en cuenta que uno de cada diez pacientes se ve involucrado en un evento adverso (25).

A nivel formal, su definición involucra el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. El adecuado reporte de eventos adversos permite fomentar una cultura de vigilancia y registro de estos, puntos primordiales para promover la prevención y gestión del riesgo, pues con estas actividades se logra identificar las causas, permitiendo al personal adquirir bases de conocimiento para desarrollar una práctica segura.

La estandarización de un modelo de notificación permanente de eventos adversos mejora en amplia medida los programas de seguridad del paciente en distintos aspectos, ya que permite identificar posibles riesgos y mitigar los materializados, desarrollando y estableciendo nuevas técnicas para prevenir riesgos y evitar la aparición de eventos adversos, herramientas que ayudan a instituir una cultura de seguridad del paciente. Además, el seguimiento y análisis de los datos reportados ayudan a construir una estadística de sucesos y riesgos que necesiten intervención inmediata. (6).

Dentro de los lineamientos dictados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el 2008 se establecen los mecanismos para la implementación de Seguridad del Paciente, con el objetivo de implementar acciones encaminadas a desarrollar una atención segura desde la gestión del riesgo. En estos se definen conceptos aplicables a la estandarización de esta política (7), como lo son:

- **Atención en salud:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Indicio de atención insegura:** Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **Falla de la atención en salud:** Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo que se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.
- **Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.
- **Evento adverso:** Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- **Evento Adverso Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
 - **Evento Adverso No Prevenible:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- **Incidente:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.
 - **Complicación:** Es el daño o resultado clínico no esperado y no atribuible a la atención en salud, sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.
 - **Violación de la seguridad de la atención en salud:** Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.
 - **Barrera de seguridad:** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
 - **Sistema de gestión del evento adverso:** Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.
 - **Acciones de reducción de riesgo:** Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas; proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo; mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

Prevenir el evento adverso hace parte de la disminución en la prevalencia de daños que lleven a afectar la prestación de un servicio de calidad como lo manifiesta la OMS. “Las medidas adoptadas para reducir el riesgo se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar futuros daños asociados a un incidente o la probabilidad de que se produzcan. Pueden afectar directamente a los incidentes, los factores contribuyentes, la detección, los factores atenuantes o las medidas de mejora, y pueden ser proactivas o reactivas” (26).

Existen diversos estudios sobre seguridad del paciente y eventos adversos “El estudio más importante de este tipo fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York y se conoce como el Harvard Medical Practice Study (HMPS), que estimó una incidencia de EA de 3,7 %. En el 70 % de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3 % de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14 % de los pacientes contribuyeron a la muerte. El motivo de la revisión era principalmente establecer el grado de negligencia en la ocurrencia de estos EA y no tanto medir la posibilidad de prevención de estos. El EA más frecuente fueron las reacciones a los medicamentos (19 %), seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14 %) y de las complicaciones técnicas (13 %)” (8).

De igual forma, en el 2013 se realizó un estudio en una IPS en Pasto Nariño con el fin de describir las causas del no reporte de eventos adversos, a través de la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas que permitió identificar que existen causas “invisibles” como el temor, el cual, al estar en el entretejido subjetivo del personal de la salud, tiene la capacidad de influir y determinar el reporte de estos. Se encontró que el 75 % de los participantes afirmó que en su área de trabajo se levanta un plan de mejora ante el reporte de un evento adverso; reconocen que una opción empleada después de un reporte es la búsqueda de culpables. De la muestra participante el 72 % cree que no se realiza reporte de evento adverso por temor; aun así, el 80 % de los participantes está de acuerdo con que la mejor opción para la institución es el aumento en el reporte (27).

Otro estudio propone el diseño de un programa de vigilancia y reporte de eventos adversos centrado en la seguridad del paciente para la Clínica Metropolitana de Bucaramanga S.A. Con base en las experiencias implementadas en otras instituciones, esperan que con el estudio se pueda diseñar un formato sencillo para el reporte de los eventos adversos que será utilizado con mayor frecuencia por el personal y se incrementará la notificación de estos. Además, proponen diseñar un programa de vigilancia en la seguridad del paciente que oriente a la institución a realizar prácticas seguras y minimizar la ocurrencia de eventos adversos (28).

Otro estudio desarrollado en Latinoamérica recalca que el análisis de los elementos que pueden llevar a una atención insegura en un establecimiento de salud puede contribuir a reducir el número de incidentes capaces de ocasionar daños a los pacientes. Se puede aprender de cada incidente ocurrido, ya sea un evento adverso o un incidente sin daño, utilizando la propia experiencia para reducir el riesgo de que ocurra uno nuevo. Sin embargo, la gestión del conocimiento generado por este tipo de análisis solo es posible si se cuenta con sistemas de notificación funcionales que garanticen la recolección de los datos relacionados con los incidentes sin daño y los eventos adversos de forma estructurada y según pautas que permitan su codificación; el análisis de los elementos vulnerables del sistema y la diseminación de la información a los profesionales. Para el éxito de los sistemas de notificación se recomienda que los profesionales reciban la información de forma ágil y clara, tanto sobre las condiciones de participación en el sistema de notificación como de los resultados del análisis de los casos notificados. Estos deben adaptarse a las características y necesidades de cada hospital y no deben importar los sistemas de otros centros o de otros países. Se recomienda que la participación en el sistema de notificación sea voluntaria y que se ofrezcan garantías a los profesionales de que la notificación de eventos adversos no tendrá consecuencias negativas para ellos (29).

Otro estudio (19) busca desarrollar un instrumento que permita evaluar los riesgos para la seguridad del paciente, teniendo en cuenta que existe una gran variedad de métodos que pueden ser utilizados para evaluar riesgos dentro del área de la salud, lo que conduce a pensar que no existen estudios unificados y exclusivos para generar una evaluación de

riesgos en seguridad del paciente. Por tal motivo, resulta válido aprovechar las acciones que desarrollan en las diferentes entidades de salud, realizando la revisión documental de informes en eventos adversos, las causas que los producen, las medidas adoptadas y el conocimiento que maneja el personal de salud al respecto. Se destaca que existen diferentes aspectos para definir seguridad, siendo un área de la salud muy amplia, dado que incluye áreas y categorías como: seguridad humana, seguridad hospitalaria, seguridad clínica y seguridad del paciente, con una relación entre sí, pero cada una con diferentes riesgos susceptibles de evaluación. Esta última se basa en dos principios: por un lado, que los establecimientos de salud existen factores que constituyen riesgos potenciales para la seguridad de los pacientes y, por otro, que la gestión de riesgo aumenta la seguridad del paciente y reduce la probabilidad de daños atribuibles a la atención sanitaria (19).

4.1.4 Definición Palabras Clave:

- **Gestión del riesgo:** La gestión de riesgos en los servicios de atención en salud es un proceso que considera la planeación y aplicación de estrategias orientadas a controlar posibles efectos adversos que surjan durante la atención a los usuarios, la calidad en el servicio y la seguridad del paciente (30).
- **Evento adverso:** Para Luengas (31), los eventos adversos son aquellos daños no intencionales o involuntarios ocurridos en los pacientes que pueden ser físicos, psicológicos o morales, y que se relacionan directamente con la atención en salud y no con su enfermedad subyacente; pueden ser evitables los que se atribuyen a un error o no evitables y permanentes (como discapacidad o la muerte) o no permanentes (infecciones, sobredosificación de medicamentos, entre otros). Los eventos adversos ocasionan un aumento de la carga de la enfermedad y muerte, con consecuencias económicas, legales, sociales (por pérdida de ingresos, discapacidades, gastos médicos, y demás), y morales (como la pérdida en la calidad de vida).

- **Seguridad del paciente:** El Ministerio de Salud y Protección Social define la seguridad del paciente como el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas tendientes a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”, un proceso de evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias (32).
- **Seguridad:** Para la OMS, la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (26).
- **Servicios de salud:** Para el Comité Internacional de la Cruz Roja los servicios de salud son actividades específicas, como las campañas de vacunación, la educación para la salud, las consultas médicas, así como también el agrupamiento de varias actividades, por ejemplo, los servicios de salud prenatales donde no sólo se recibirán consultas prenatales, sino que también se vacunará contra el tétano, etc. De esta manera, tienen por finalidad la realización concreta de actividades, que requiere la intervención de recursos materiales, humanos debidamente acreditados y logísticos.

Cada servicio de salud debe tener identificada la población objeto, responder al objetivo del servicio (promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación, etc.), selección de tareas y orden de realización (33).

- **Personal de Salud:** Individuos que trabajan en la prestación de servicios de salud, ya sea como practicantes individuales o como empleados de instituciones y programas de salud, aunque no tengan entrenamiento profesional, y estén o no sujetos a regulación pública (34).

Dentro de las políticas de admiración del riesgo se busca ubicar la gestión del riesgo en salud que se puede comprender como el proceso de afrontar la incertidumbre sobre la situación de salud de una población o de una persona que busca reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables. Además, de disponer de medidas preventivas que se enfocan en anticipar el riesgo y medidas mitigatorias que se concentran en modificar los efectos de la enfermedad (35).

4.2 REFERENTE NORMATIVO

En el desarrollo y progreso de una nación es fundamental contar con distintos métodos para la gestión del riesgo, razón por la que el Estado colombiano ha regulado los lineamientos que conlleven su consecución. A continuación, se exhiben algunas de estas regulaciones.

A través de la Ley 87 de 1993, en el Artículo 2 se insta a proteger los recursos de las Instituciones Públicas por medio de una adecuada administración de los posibles riesgos y también, establece el deber de definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en las organizaciones y que puedan afectar el logro de los objetivos (36). Dichas directrices se reglamentan con el Decreto 1537 de 2001 (37), en el que se estableció que todas las entidades públicas debían contar con políticas de administración del riesgo, sin embargo como no se contaba con un mecanismo que instruya en la implementación de este propósito, el Gobierno crea, adopta y promulga el Modelo Estándar de Control Interno (MECI 1000:2005), a fin de orientar la gestión de las entidades hacia el logro de los objetivos, presentando dentro de su anexo técnico la metodología de implementación del componente de administración del riesgo, que forma parte integral de este modelo y, por relevancia, ha sido sujeto de actualización, mejoramiento y orientación por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, difundiendo a lo largo de los años la guía de administración de riesgo en su última versión.

Al abordar la gestión de riesgo desde el sector salud se puede evidenciar que las autoridades de esta instancia han avanzado en este aspecto partiendo de lo establecido en la Constitución Nacional de 1991, en su Artículo 49, que determina que la atención en salud es un servicio a cargo del Estado, pasando a la Ley 100 de 1993 que establece como una de

las funciones del Ministerio de Salud en el numeral 2: “Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud” (11).

La Ley 1122 en su Artículo 14 establece a la gestión del riesgo como parte del aseguramiento en salud “Entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud”, donde el Congreso de la República instituye que el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con 6 meses para definir un Plan Nacional de Salud Pública (12). Por lo que en el año 2007 el Ministerio incluye a la Prevención de Riesgos como dentro de las cinco líneas de la Política Nacional de Salud Pública.

Un aspecto importante en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país fue la sanción del Decreto 1011 de 2006, porque en él se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) y para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, en su Artículo 3 se determinan las 5 características que se deben cumplir en la prestación del servicio: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad. Esta última definida como el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. Instando de esta manera entre varios aspectos, a cumplir con los lineamientos sobre el riesgo en salud, estableciendo además los componentes del SOGC. El Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema Único de

Acreditación, el Sistema de Información para la Calidad (38). Es claro que el cumplimiento de dichos componentes conllevaban al cumplimiento obligatorio de la gestión del riesgo.

En el Sistema Único de habilitación (de aquí en adelante SUH) se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención. A través de este, se busca controlar el riesgo asociado a la prestación del servicio, por lo que incluye el seguimiento a riesgos en la prestación de servicios, cuyo propósito es salvaguardar a los pacientes de riesgos posibles en la prestación de servicios con la implementación de procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios. De esta manera, el SUH conlleva a que todas las Instituciones de salud mantengan unas condiciones mínimas entre los estándares normales de calidad y les obliga a gestionar la seguridad del paciente.

En el 2008, el Ministerio de Protección Social impulsa la Política Nacional de seguridad del paciente de forma transversal al SOGC, que cuenta con lineamientos para la implementación y las herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente y cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (7).

Así mismo en el 2010 se presenta la Guía Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud -Versión 001 2010, cuyo propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, que cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos para asegurar una atención con seguridad.

En el 2011 se publica la Guía para la Administración del Riesgo versión 2 del Departamento Administrativo de la Función Pública, que continua con la estructura conceptual de la norma técnica 31000. Para el 2014 está la Guía Para la Administración del Riesgo, versión 3, que incluye una caja de herramientas para valorar las instituciones en

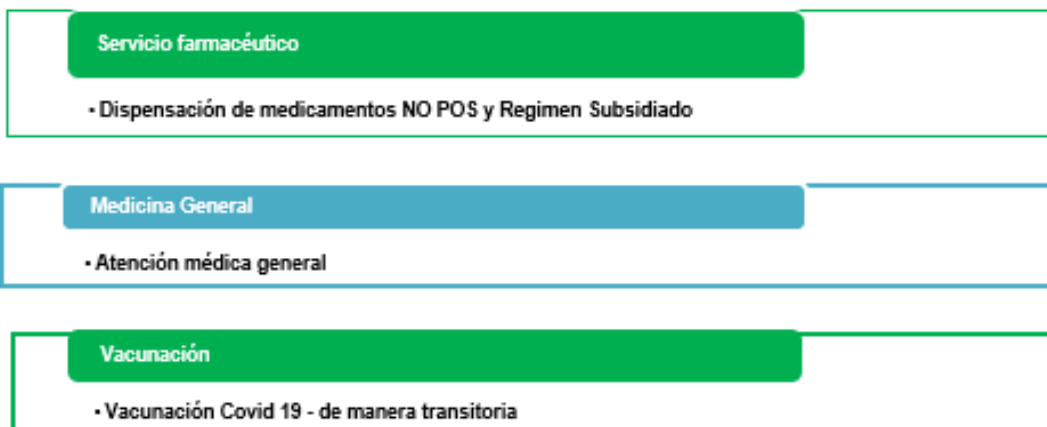
torno a su plataforma estratégica y la gestión de procesos con la implementación de la política de gestión del riesgo para valorar acciones que puedan dañar a la entidad (39). De igual manera, el Departamento Administrativo de la Función Pública en el 2018 publica la Guía Para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas: Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital, que agrupa metodologías para la gestión del riesgo y de corrupción (14).

4.3 REFERENTE CONTEXTUAL

Empresa Social del Estado de mediana complejidad, ubicada en el Municipio de Pasto – Nariño, cuyo objeto social es la prestación de servicios de mediana complejidad, con servicios especiales para población diferencial en el Departamento de Nariño. Por esta razón, su papel es fundamental para aportarle al cumplimiento de las metas de los planes de Desarrollo Departamental en el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población del Departamento (40).

Ilustración 4 Servicios ofertados por la entidad





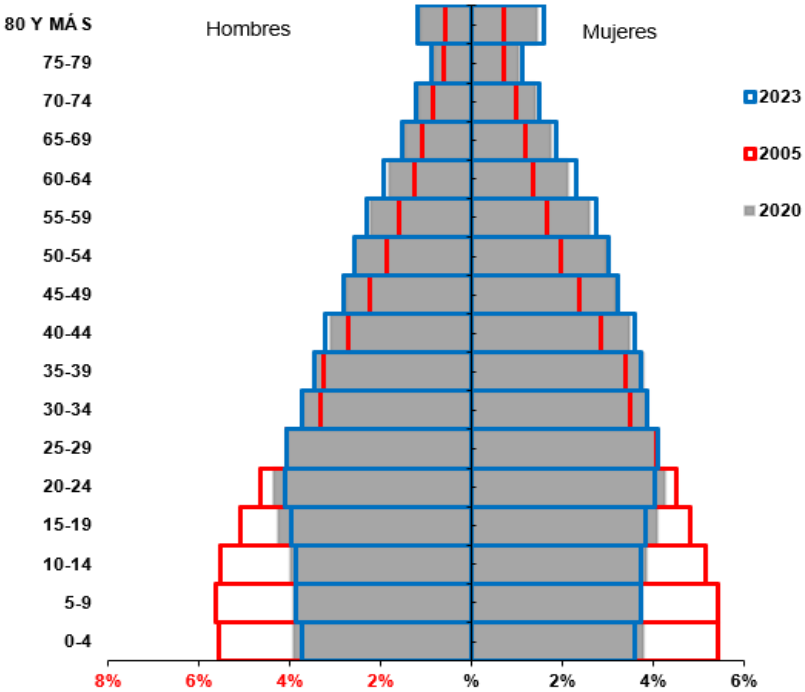
Nota. Datos recopilados del plan de desarrollo institucional: Su salud y bienestar nuestra prioridad. 2016-2020

De acuerdo con las proyecciones poblacionales del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), en el 2020, el Departamento de Nariño cuenta con una población de 1.627.589 habitantes de los cuales el 43.85 % se ubican en la zona urbana (713.629 habitantes) y el 56.15 % (913.960 habitantes) en la zona rural. Según su género, la población se distribuye en un 51.12 % mujeres y el 48.88 % de hombres.

En la pirámide poblacional del Departamento de Nariño podemos observar que su estructura de tipo progresiva, también conocida como “Pirámide de población de tipo expansiva”, que presenta una base ancha presentando un angostamiento progresivo y regular hasta llegar a la cima de la pirámide que es muy angosta, característico de poblaciones jóvenes, en las que tanto las tasas de natalidad como la mortalidad son altas, se ha ido modificando hasta llegar en 2020 a un modelo cercano a la pirámide regresiva, también conocida como “Pirámide de transición demográfica”, que presenta en la base un angostamiento, evidenciando poblaciones cuya natalidad ha descendido en los últimos años. Es típico de poblaciones cuya población tiende al envejecimiento creciente debido a la disminución de la tasa de natalidad, por consiguiente, la proporción de gente joven es menor, lo que se evidencia más claramente en la proyección que se hace para Nariño en 2023, para este año habrá una pirámide estable también conocida como “Pirámide de población de tipo estacionaria”. Este modelo presenta

una notable igualdad entre las generaciones jóvenes y adultas, y una reducción importante en las generaciones ancianas. De esta manera, este modelo de pirámide corresponde a poblaciones en las que la natalidad y la mortalidad se mantienen estables durante un periodo de tiempo importante.

Ilustración 5 Pirámide poblacional actual y proyectada Departamento de Nariño



Nota. Proyección población DANE 2005-2023

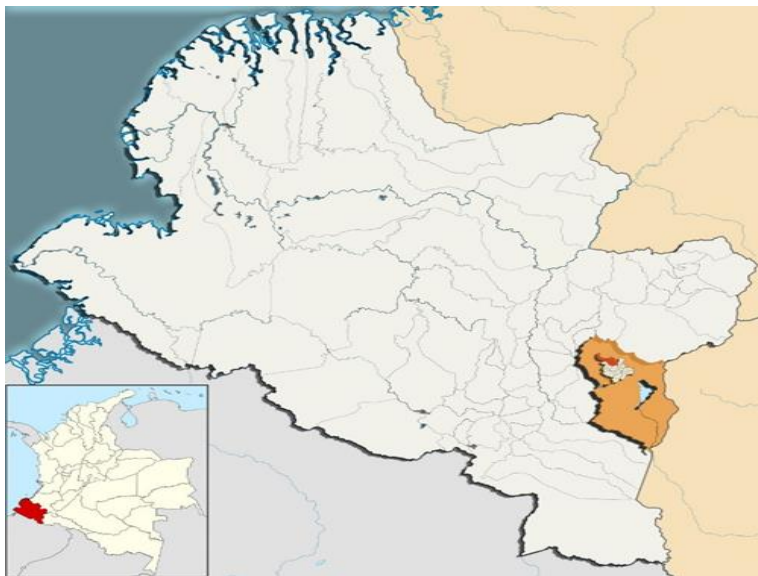
4.3.1 Distribución Geográfica

La Entidad en la que se desarrolla el estudio se encuentra ubicada en la ciudad capital del Departamento. San Juan de Pasto se ubica al centro occidente del Departamento de Nariño, limita con los siguientes municipios: al norte con Chachagüí y Buesaco, al sur con Tangua y Yacuanquer, al occidente con Nariño, al oriente con el departamento del Putumayo. La entidad se encuentra ubicada en la Calle 18 No. 45-49 (Torobajo).

Nariño está ubicado al sur occidente de Colombia y tiene una posición geoestratégica privilegiada al ser la frontera de Colombia con parte de Suramérica y el Mar Pacífico, que lo comunica con la cuenca del mismo nombre. Cuenta con una extensión total de 33.268 km², de los que 8 % de su territorio pertenece al Pie de Monte de la Amazonía, una de las grandes reservas de biodiversidad del mundo; el 52% corresponde a la Llanura del Pacífico o Chocó biogeográfico, que presenta condiciones excepcionales en diversidad de comunidades y especies; y el 40 % restante, pertenece a la Zona Andina en donde se destacan los páramos y volcanes, aspectos que posicionan a Nariño como una de las regiones más diversas de Colombia y el mundo.

Los servicios que se brinda en el CENTRO DE HABILITACION DEL NIÑO CAHANI E.S.E según el sistema de referencia y contra referencia se complementan según la necesidad en salud, es una IPS que recibe usuarios para consulta especializada, ayudas diagnósticas, apoyo terapéutico y servicio farmacéutico a todo tipo de población, hace parte de la red de servicios del Departamento (41).

Ilustración 6 Ubicación Municipio de Pasto en el Departamento de Nariño



Nota. [https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Pasto_\(Nari%C3%B1o\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Pasto_(Nari%C3%B1o))

4.3.2 Plataforma Estratégica

La E.S.E. brinda servicios de salud de mediana complejidad, bajo un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, seguridad y trato humanizado, cuenta con un equipo humano competente, además de las tecnologías adecuadas para lograr una atención en salud oportuna y accesible al usuario y su familia. En el desarrollo de sus actividades y objetivos busca ser un modelo de atención primaria con enfoque en las necesidades y expectativas del usuario.

Dentro de sus objetivos estratégicos se encuentra como una de las principales metas fortalecer la gestión clínica segura con servicios de calidad y atención humanizada, y cuenta como punto de partida para cumplir estos propósitos con el objetivo de asegurar la gestión del riesgo promoviendo un sentido de responsabilidad social.

En las políticas implantadas por la E.S.E se encuentran la política de calidad, cuyo enfoque se encuentra centrado en el mejoramiento continuo de sus procesos, la política de humanización que fomenta el trato digno y humanizado en el planteamiento de estrategias para asegurar atención con calidad y calidez, la política de seguridad del paciente que busca la implementación de condiciones de trabajo que favorezcan el despliegue de prácticas seguras en los profesionales, además del seguimiento al riesgo y la gestión del evento adverso. Además, se encuentra planteada la política de gestión del riesgo donde se proponen mecanismos y acciones necesarias que lleven a disminuir la vulnerabilidad frente a situaciones que puedan interferir en el logro de los objetivos de los procesos de la institución, y asume en la política de responsabilidad social un comportamiento ético y transparente basado en el respeto por los derechos humanos (40).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente institucional con el conocimiento del personal en una institución de mediana complejidad de Pasto, Nariño – Colombia, en el 2021.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los lineamientos y el contexto institucional en la gestión del riesgo en seguridad del paciente.
- Determinar el conocimiento de la gestión del riesgo en seguridad del paciente del personal directivo, administrativo y asistencial.
- Interpretar la relación entre el conocimiento del personal con los lineamientos y contexto institucional en gestión del riesgo en seguridad del paciente.

6 METODOLOGÍA

6.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

Este estudio tuvo un enfoque empírico analítico con información cualitativa para establecer la relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente institucional con el conocimiento del personal en una institución de mediana complejidad de Pasto Nariño – Colombia.

6.2 UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE TRABAJO

Se estableció como unidad de análisis la relación entre los conocimientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente con el conocimiento de las personas que laboraban en una E.S.E de mediana complejidad en el Municipio de Pasto (Nariño).

Se constituyó como unidad de trabajo los testimonios aportados por las personas que pertenecían al nivel directivo, administrativo y asistencial (coordinadores de área, médicos, enfermeras, auxiliares, médicos especialistas, técnicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional), relacionados con la gestión del riesgo que se consideraron informantes clave dentro de cada área, con un total de 20 participantes.

Tabla 1. Cantidad de participantes

Área	Cantidad
Directivo	1
Administrativo	8
Asistencial	11

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se contempló como criterios de inclusión: ser funcionario activo de la institución, que aceptaran de forma voluntaria ser parte del proyecto, que llevaran más de un año laborando dentro de la entidad. Se tuvo como criterios de exclusión ser personal encargado de mantenimiento, y que llevaran menos de un año trabajando en la entidad.

6.4 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Tabla 2 Categorías de Análisis

CATEGORÍAS/ DIMENSIÓN		DEFINICIÓN
Análisis del Contexto	Información documental de la entidad respecto a la gestión del riesgo en seguridad del paciente; políticas institucionales; programas, manuales, procesos, metodología implementada y conocimiento del personal respecto de esta documentación.	Es el análisis del estado actual de la entidad respecto a la gestión del riesgo en seguridad del paciente, define los parámetros establecidos por la entidad para gestionar el riesgo y el conocimiento del personal sobre estos parámetros, logrando comprender el contexto de la organización
Identificación del riesgo	Acciones desarrolladas por el personal para identificar riesgos. Conocimientos sobre aquellos eventos que pueden crear, aumentar o acelerar la presencia de un riesgo Actividades desarrolladas una vez se identifican riesgos	Es la identificación de las fuentes del riesgo, áreas de impacto, eventos, causas y consecuencias potenciales.

<p>Valoración: Análisis y Evaluación</p>	<p>Acciones desarrolladas según la tipificación del riesgo.</p> <p>Conocimiento de estrategias implementadas por la entidad para decidir si tratar no el riesgo</p> <p>Conocimiento de las causas o consecuencias potenciales en la gestión de riesgos.</p>	<p>La valoración es el proceso total de la identificación, análisis y evaluación del riesgo.</p> <p>Análisis: Desarrollo y comprensión del riesgo.</p> <p>Evaluación: Facilitar la toma de decisiones, basada en los resultados del análisis.</p>
<p>Tratamiento y Mitigación</p>	<p>Conocimiento del tipo de acciones a desarrollar según el riesgo.</p> <p>Conocimientos para identificar la efectividad del tratamiento aplicado</p> <p>Acciones realizadas para corregir o mitigar los riesgos identificados.</p> <p>Actividades desplegadas ante un evento de alto riesgo.</p> <p>Acciones desarrolladas para prevenir riesgos.</p>	<p>Es la selección de un o más acciones para modificar los riesgos y la implementación de estas acciones.</p>

6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.5.1 Fuentes De Información

Fuente Primaria: Corresponde a la información recolectada del personal directivo, administrativo y asistencial, respecto a las características propias de cada persona, conocimiento, acciones en la identificación, valoración y tratamiento del riesgo en la atención del usuario.

Fuente Secundaria: Se tuvo como fuente secundaria la información documental de la entidad respecto a la gestión del riesgo en seguridad del paciente que fue extraída de Plan de Desarrollo Institucional; políticas institucionales; programas, manuales de procesos y procedimientos; plan Institucional de capacitaciones; actas de reunión e informes de resultado en gestión de riesgo; actas de comité de seguridad del paciente; diagnóstico en gestión del riesgo según la metodología aplicada (AMFE) y estrategias de identificación de riesgos. Esto se realizó para obtener información que identificara el contexto de la institución enfocado a gestión del riesgo en seguridad del paciente, que riesgos y eventos se presentan y cuáles eran las estrategias para la identificación y mitigación.

6.5.2 Instrumentos

Se utilizaron dos herramientas para recolección de información:

Instrumento 1: Se aplicó una hoja de registro, que organizara la información documental para identificar el contexto de gestión del riesgo articulado en seguridad del paciente. Se usó como instrumento un registro que permitió ordenar la información obtenida durante la verificación de documentos estandarizados por la institución relacionados con gestión del riesgo.

Instrumento 2: Se emplearon entrevistas semiestructuradas a informantes clave dentro del personal directivo, administrativo y asistencial, que fueron seleccionados de acuerdo con las actividades en gestión del riesgo en seguridad del paciente en las diferentes áreas, para lo que se diseñó una guía de entrevista que permitió complementar la información con indagaciones sobre las acciones desarrolladas para identificar y gestionar los riesgos en la atención en salud del usuario articulado con seguridad del paciente, entrevista que se basó según lo descrito en el proceso para la gestión del riesgo en la Norma Técnica Colombiana

NTC-ISO 31000 (4), metodología para la administración del riesgo Departamento Administrativo de la Gestión Pública (14) y la matriz para análisis de la metodología AMFE (23).

6.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En primera instancia y cumpliendo con las normas éticas se solicitó la aprobación de esta investigación al representante legal de la entidad y al Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales. Una vez esta aceptación, se desarrollaron los siguientes pasos:

- Recolección de información que alimentó la hoja de registro, para lo que se convocó al líder de calidad, al coordinador del programa de seguridad del paciente y a la jefe de planeación, inicialmente se les explicó la intención del estudio. Además, de solicitar autorización para la revisión de información que de forma simultánea fue asentada en la hoja de registro.
- Para determinar los participantes a ingresar al estudio, se realizó solicitud de la base de datos de funcionarios que trabajaban en cada área de la entidad que contenía la actividad en la que se desempeñaban, con esta información se configuró la unidad de trabajo con base en los cargos relacionados con la prestación de los servicios de atención en salud, que se involucraban en la gestión del riesgo en seguridad del paciente, estableciendo: 1 participante del nivel directivo, 8 del nivel administrativo y 11 del asistencial. Previamente se llevó a cabo una prueba piloto de los instrumentos a utilizar, aplicada a 2 funcionarios que no hacían parte de la unidad de trabajo determinada, fue efectuada en un trabajador del área administrativa y otro del área asistencial, permitiendo comprobar la necesidad de incrementar la cantidad de participantes administrativos, teniendo en cuenta el tipo de información y de preguntas. Bajo ese ajuste se determinó que el instrumento era apto para aplicar en la entidad.
- Una vez obtenida la unidad de trabajo se buscó a los funcionarios elegidos de manera telefónica para solicitar el consentimiento para ser parte del estudio. Se logró obtener su apoyo y compromiso, con una previa explicación de la intención

del proyecto y se aclaró que su participación era de manera autónoma, preservando la confidencialidad de los datos obtenidos.

- Contando con la aceptación de los informantes clave en el personal directivo administrativo y asistencial para aplicar la entrevista. Se envió enlace de consentimiento informado al correo electrónico de los entrevistados mediante un formulario de Google Forms, donde aceptaron ser parte de forma voluntaria y grabar la entrevista.
- Se convocó de manera virtual a una hora específica a los informantes clave para la aplicación del instrumento. Previo a esto, se realizó una breve explicación de la finalidad de la entrevista.
- Para desarrollar la entrevista se procedió de manera virtual en un lugar privado, se realizó de forma individual, garantizando la confidencialidad de las respuestas.
- En la menor brevedad se recurrió a la transcripción de la entrevista para evitar pérdida de información e inconvenientes con los aparatos electrónicos.
- Los datos obtenidos dentro de la entrevista semiestructurada fueron de complemento para el análisis de la información recogida mediante la hoja de registro.

6.7 PLAN DE ANÁLISIS

- Para el procesamiento de los datos recolectados, una vez transcritas las entrevistas, se ordenó la información de acuerdo con la naturaleza de los datos en un procesador de textos, como lo es Word.
- Posteriormente, para sistematizar y categorizar los datos recopilados en la entrevista semiestructurada, se procedió inicialmente a organizar la información recolectada, ordenando las respuestas de acuerdo con las preguntas formuladas en una base de datos Excel. Seguidamente, se designó un código a cada participante con el propósito de identificar la información a utilizar en la descripción.

- Una vez sistematizados y organizados los datos de la entrevista, se desarrolló una codificación de la información orientada por las categorías de análisis planteadas a priori considerando su definición y se organizó de acuerdo con los niveles organizacionales de la entidad (Directivo, administrativo, asistencial).
- Seguido de esto, se realizó una identificación de tendencias por los niveles (Directivo, administrativo, asistencial) determinados para identificar el área de desempeño de los informantes, organizando de forma descriptiva dicha información.
- En cuanto a la información obtenida mediante la revisión documental, se organizó en la hoja de registro en un procesador de textos (Word), de acuerdo con las categorías de análisis y se ordenó de forma descriptiva.
- Una vez realizadas estas descripciones, se procede a contrastar las tendencias, para finalmente efectuar una interpretación por categorías de análisis articulando los resultados obtenidos en la entrevista y revisión documental con el marco teórico, utilizando la triangulación para la confrontación con los lineamientos institucionales. Lo anterior con el objetivo de establecer la relación entre lineamientos y el conocimiento en la gestión del riesgo en seguridad del paciente.
- Para la información arrojada para el perfil sociodemográfico, se aplicó un análisis invariado con estadística descriptiva mediante distribución de frecuencias.

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según lo preceptuado en la Resolución 8430 de 1993 emanada por el Ministerio de Salud, esta investigación se considera sin riesgo, teniendo en cuenta que empleó técnicas de investigación documental retrospectiva y no se realizó algún tipo de intervención que genere alteraciones en las características biológicas y sociales del individuo (42).

De igual forma, este proyecto da respuesta a la política de ética, bioética e integridad científica a la que se atendió por parte de los investigadores una conducta científica responsable con la adopción de los principios y buenas prácticas de investigación, en el tratamiento de los datos, registros institucionales y entrevistas. (Ver anexo 4).

A la información recopilada en las bases de datos de la entidad se le brindó un manejo confidencial. De igual manera, las entrevistas al personal de la institución y se desarrolló previamente un consentimiento informado. La información recabada en las respuestas fue de uso exclusivo para fines del estudio y con manejo confidencial.

8 RESULTADOS

8.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INFORMANTES

En este apartado se describe información básica de aquellas características que hacen singular a cada participante, como sexo, edad, profesión, tiempo de trabajo en la entidad, área de trabajo, obtenidos durante la entrevista y se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Característica de los Informantes

SEXO	Número	Porcentaje
<i>Masculino</i>	6	30 %
<i>Femenino</i>	14	70 %
EDAD (AÑOS)	Número	Porcentaje
<i>20-29</i>	1	5 %
<i>30-39</i>	12	60 %
<i>40-49</i>	4	20 %
<i>50-59</i>	2	10 %
<i>60-69</i>	1	5 %
PROFESIÓN	Número	Porcentaje
<i>Médico</i>	1	5 %
<i>Administrador de Empresas.</i>	1	5 %
<i>Abogado</i>	2	10 %
<i>Ingeniero de sistemas</i>	1	5 %
<i>Contador público</i>	1	5 %
<i>Trabajador Social</i>	1	5 %
<i>Administración de Negocios</i>	1	5 %
<i>Administrador Público.</i>	1	5 %

<i>Enfermera</i>	1	5 %
<i>Técnico en el área de la salud.</i>	1	5 %
<i>Regente de Farmacia</i>	1	5 %
<i>Instrumentador Quirúrgico</i>	1	5 %
<i>Técnico Auxiliar de Enfermería.</i>	2	10 %
<i>Audiólogo</i>	1	5 %
<i>Técnico en Electroencefalograma.</i>	1	5 %
<i>Fisioterapia</i>	2	10 %
<i>Psicóloga</i>	1	5 %
TIEMPO EN LA ENTIDAD (AÑOS)	Número	Porcentaje
<i>1-5</i>	14	70 %
<i>6-10</i>	2	10 %
<i>11-15</i>	2	10 %
<i>16-20</i>	1	5 %
<i>21-25</i>	1	5 %
ÁREA DE TRABAJO	Número	Porcentaje
<i>Directivo</i>	1	5 %
<i>Administrativo</i>	8	40 %
<i>Asistencial</i>	11	55 %

Nota. Elaboración propia a partir de datos obtenidos en la investigación

En los 20 participantes incluidos dentro del estudio predomina el sexo femenino que se representa en el 70 % de los informantes. La edad de los participantes oscila entre los 20 y 69 años con mayor representatividad de los funcionarios entre 30 y 39 años que corresponde al 60 % de la población. En relación con la profesión, se encuentra un porcentaje muy variado con el 60% de profesiones asistenciales, se encuentran profesiones

en fisioterapia con el 10 %, técnico en auxiliar de enfermería y abogado con el mismo porcentaje. De los participantes el 5 % representa al personal directivo, el 40 % al área administrativa y el 60 % al personal asistencial; realizando actividades y prestan servicios de calidad, contabilidad, talento humano, trabajo social, farmacia, audiología, quirófano, ayudas diagnósticas, rehabilitación.

8.2 ANÁLISIS DEL CONTEXTO

En el análisis de la situación de la entidad respecto a la gestión del riesgo en seguridad del paciente, se describen los parámetros establecidos por la entidad para gestionar el riesgo y el conocimiento del personal sobre estos criterios, para comprender el contexto de la organización.

Inicialmente se describe la información recabada dentro de la revisión documental realizada, revisión que permitió indagar sobre la situación a nivel documental de la entidad durante el proceso de investigación, respecto a los parámetros y lineamientos en gestión del riesgo. Esta descripción se enfoca en la política de administración de riesgos, política de seguridad del paciente, procedimientos para identificar riesgos, procesos y metodologías para valorar riesgos, planes y procedimientos para mitigar riesgos.

Las políticas de seguridad del paciente y gestión del riesgo se encuentran encaminadas en el cumplimiento de la normatividad vigente bajo los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (38), en la implementación de la cultura de seguridad del paciente mediante el planteamiento de mecanismos que permiten prevenir, disminuir y evitar riesgos que puedan inferir de manera negativa en el proceso de prestación del servicio evitando acciones inseguras y fomentando el mejoramiento continuo con estrategias de identificación, análisis, valoración e intervención de los riesgos existentes en la prestación del servicio. Dentro de la verificación documental se observa que la política de seguridad del paciente alineada a la política de gestión del riesgo cuenta con un programa de seguridad del paciente con el propósito de incrementar los requerimientos de capacitación para desarrollar acciones de formación relacionadas en este tema, de igual manera cuentan con las evidencias de asistencia a espacios de capacitación y auditorias que evalúan el

despliegue e implementación de estos documentos, no obstante se observa que dichas capacitaciones no son frecuentes y hace largo tiempo no se realizan especialmente en el tema de gestión del riesgo, situación que puede influir en desconocimiento sobre los colaboradores.

En la implementación de este programa la entidad cuenta con un colectivo instituido denominado comité de seguridad del paciente conformado por miembros del nivel directivo, administrativo y asistencial, dentro de sus funciones se encuentran ejecutar, desarrollar seguimiento y análisis de riesgos, eventos adversos e incidentes para identificar causas, y plantear alternativas de mejoramiento, además de orientar acciones y procedimientos en los funcionarios para evitar la aparición de riesgos y materialización de eventos.

Se encuentra además la existencia de un procedimiento para el reporte y manejo de eventos adversos que determina una metodología para identificar causas, prevenir y minimizar riesgos, plantear acciones de mejora y su respectivo seguimiento, la responsabilidad de este seguimiento se encuentra a cargo de la oficina de calidad y la referente de seguridad del paciente, de igual manera existen responsables de la ejecución y desarrollo de las actividades planteadas, quienes además de identificar el evento adverso, diligencian un formato establecido para el reporte del mismo, participan en la formulación de un plan de mejora y entregan a la oficina de calidad quienes convocan al comité de seguridad del paciente.

La plataforma estratégica de la entidad contempla la gestión del riesgo, cuyo enfoque determinado en el plan de desarrollo establece un concepto de salud con orientación en gestión del riesgo, derechos y determinantes sociales, además involucra en los objetivos estratégicos la gestión del riesgo, fortalecimiento de seguridad del paciente y fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad.

La entidad en el proceso de identificación de riesgos cuenta con una guía básica para la gestión de riesgos y oportunidades documentada por la institución y orientada a partir de la metodología para gestión del riesgo instituida por la norma ISO 31000, metodología con la

que se evalúan los diferentes riesgos de las distintas áreas en la entidad y busca que la administración de riesgos se convierta en algo habitual dentro de la planeación, además contempla a la política de gestión de riesgos como un eje transversal dentro de todos los procesos de la entidad y acciones ejecutadas tanto por los funcionarios como por los contratistas. De igual manera fue posible apreciar que esta guía es basada también en la Guía de Administración del Riesgo expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y precisa como objetivos otorgar herramientas para la identificación, valoración y control de riesgos, establecer técnicas para el tratamiento y uso de las oportunidades de mejora para obtener de manera eficiente el cumplimiento de metas y objetivos en los distintos sistemas de la entidad.

A partir de esta guía la organización tiene documentada e instituida una matriz de riesgos y oportunidades donde identifica y consolida la información por proceso, y determina si la situación encontrada es un riesgo o una oportunidad para continuar con la identificación de causas y clasificación de riesgos, con el fin de describir los riesgos u oportunidades observadas y de esta manera determinar consecuencias e impactos.

En el proceso de valoración de riesgo, la entidad dentro de su metodología contemplada en la guía básica para la gestión de riesgos y oportunidades determina pautas de calificación y evaluación en frecuencia, impacto y alcance, para priorizar una zona de riesgos y establecer cuales riesgos requieren intervención inmediata. En esta guía además se contempla herramientas para la valoración del control y así determinar la valoración del control existente dentro de cada proceso y establecer el nivel de riesgo confrontando el impacto la probabilidad y el alcance con los controles existentes, ejercicio que se aprecia dentro de la matriz de riesgos.

Respecto a la mitigación del riesgo, dentro de la matriz documentada, se encuentra el tratamiento del riesgo y las opciones de manejo establecidas por la entidad, encaminadas a evitar el riesgo, reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo y asumir el riesgo dependiendo la situación presentada, así como también se observaron informes de auditoría realizados a la matriz de riesgos respecto al cumplimiento y efectividad de los controles indicados dentro de la matriz de riesgos dejando ver el cumplimiento en algunos casos y

recomendaciones en otros, además del seguimiento por parte de la oficina de control interno hacia las acciones encaminadas dentro de los distintos planes de mejora formulados para evitar o reducir los riesgos.

De igual manera se describen los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento de entrevista respecto de la categoría análisis del contexto, a partir del ejercicio realizado del cuestionamiento sobre conocimiento del personal se procedió a organizar elementos frente a la plataforma estratégica de la entidad encontrado que las respuestas son variadas permitiendo adquirir un proceso descriptivo y evaluativo, dando lugar a la categoría de CONOCIMIENTO integrado a los procesos de cultura organizacional.

8.2.1 Directivo

La categorización vinculada al conocimiento en el ámbito directivo es de gran importancia, dado que define los procesos administrativos gerenciales. En primer lugar, es relevante conocer que el directivo la reconoce como *“empresa social del Estado, de segundo nivel de complejidad, que presta los servicios especializados en la promoción, la salud y la prevención de la enfermedad de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”* (f1). Dicha afirmación, genera un diagnóstico general, permitiendo comprender su función y la oferta de actividades, estas integradas, principalmente con áreas tales como *“auditivas, visual, comunicación y neurológica”* (f1).

De igual manera, se identifican herramientas y funciones del talento humano *“un equipo humano comprometido con enfoque en el usuario, a su familia y comunidad”* (f1), además se percibe como desde la dirección se adquiere una visión encaminada al *“mejoramiento continuo [...] acompañando al usuario, a su familia y a la comunidad, con una amplia participación social, gestionando nuestros recursos con racionalidad y economía, de manera transparente y honesta, como lo son las empresas sociales del Estado”* (f1).

Desde este nivel directivo, no se percibe el reconocimiento de la gestión del riesgo para el cumplimiento de los objetivos dentro de la entrevista. Es importante mencionar que se

reconoce como elemento de mayor amplitud el que debe ser analizado a la hora de pensar en el paciente, pero no se implementa un análisis integral e integrativo.

Continuando con la descripción respecto al conocimiento en el concepto de la política de gestión del riesgo se manifiesta que *“Si tiene una política de gestión del riesgo en sentido de obviamente minimizar o prevenir la presentación de los riesgos más frecuentes en la prestación de los servicios de salud” (f1).*

8.2.2 Administrativo

En el ámbito administrativo se es consciente de la importancia de este conocimiento, permitiendo un proceso de asociación acorde con la responsabilidad que adquiere la información en este sistema macro. En cuanto a la misión se reconocen el tipo de entidad y los servicios que presta: *“es una empresa social del Estado” (f2), “que presta servicios de salud como habilitación, rehabilitación” (f2-f5-f7) “[...] es una empresa de nivel 2 de complejidad” (f5-f7) “con 16 servicios de especialidades” (f5), “servicios especializados para la promoción, prevención diagnóstico y tratamiento” (f8).*

Continuando con el análisis respecto al contexto institucional, en cuanto al componente de talento humano, se reconoce que se cuenta con *“un equipo humano y capacitado a través de la ciencia y la tecnología basado en temas de rehabilitación cognitiva, visual y neurológico” (f2). “El enfoque se reconoce en pro de la comunidad y del usuario y también de la familia” (f3-f4); “se resalta que dicha atención es de calidad” (f4) “con mejoramiento continuo que busca brindar la mejor atención al usuario y su familia” (f8).* Lo anterior permite la integración de un enfoque social dentro de la misión, visión y objetivos.

De manera adicional, se percibe el acercamiento con orientaciones a largo plazo, *“la visión que se tienen de esta empresa social del Estado que es ser acreditada a nivel nacional como una institución verde, nosotros somos los promulgadores del departamento de Nariño, capital verde, y la del medio ambiente” (f5),* dado el objetivo del presente documento.

En este análisis del contexto dentro de los objetivos planteados por la entidad, los participantes del nivel administrativo manifiestan que *“los objetivos de la entidad van encaminados hacia el usuario y tienen que tener derivado un control para evitar la materialización de los riesgos”* (f2), *“por lo que se cuenta con una política de seguridad del paciente que contempla la manera de mitigar el riesgo y prevenirlo”* (f3), *“para evitar la presencia de eventos adversos”* (f9), *“trabajando en un proceso de mejoramiento continuo en donde a los riesgos se le da grande importancia encaminada a través de las exigencias o directrices de la función pública MIPG”* (f3). Además, expresan *“que puntualmente uno de los objetivos estratégicos de la entidad es gestión del riesgo, donde se plantea definir y gestionar riesgos, y además se contempla el mantener la entidad sin riesgo financiero”* (f8). Aunado a que *“dentro de su plan estratégico cuenta con sus procedimientos, sus guías para evitar riesgos con nuestros usuarios y ello puedan presentar eventos adversos en cualquiera de las atenciones o servicios”* (f9).

El riesgo necesita un seguimiento de los *“eventos adversos en cualquiera de las atenciones o servicios que se puedan presentar en cualquiera de las áreas”* (f9). Lo que genera un reconocimiento entre servicio y riesgo, y que cada área, ejecute y comprenda el riesgo de una manera diferente, aunque todas ellas integradas a un mismo esquema de orientación.

El personal administrativo en el ejercicio de la palabra hace el reconocimiento de una política de gestión del riesgo, y los mecanismos de identificación, valoración y análisis mencionados en la misma donde manifiestan, *“hemos detectado una matriz de riesgos, esto es como la columna vertebral de los riesgos y los controles de cada proceso para prevenir todos los riesgos que se puedan presentar”* (f3). Esta matriz hace referencia a la MACDG 003 (f4), que sirve como elemento de control con el fin de dar cuenta de *“los diferentes objetivos, alcances y condiciones generales para el tema del riesgo y se hace un paralelo de cómo es el riesgo, cuáles son los análisis, qué causas tienen los riesgos en cada proceso [...] y su implicación en relación con cuestiones sociales, económicas, culturales, públicas, políticas, legales, etc., para que si hay cambios se deban hacer”* (f5).

Bajo este esquema, puede entenderse de acuerdo con *“establecer mecanismos para evitar y reducir, compartir y asumir riesgos que estén relacionados con cada uno de los procesos*

que puedan afectarse y no ser vulnerados por las diferentes actividades o mecanismos que se hagan dentro de la misma institución” (f9).

8.2.3 Asistencial

En el nivel asistencial para la plataforma estratégica en cuanto a la misión se encuentra conocimientos respecto del tipo de entidad y los servicios que se presta lo siguiente: *“es una empresa social del estado” (f18) “de segundo nivel de complejidad” (f13-f16-f17-f18-f20) “que ofrece servicios tanto de rehabilitación” (f13-f17-f18-f20) y “habilitación” (f17-f18), “también ofrece servicios de medicina especializada” (f13-f18) “en las especialidades de oftalmología, audiolología, fonoaudiología” (f13). Es una “entidad prestadora de servicios de salud” (f16-f17-f18) “especializada en promoción y prevención para obtener un diagnóstico o un tratamiento” (f17) “o sea, de consulta externa, realizamos estudios de apoyo diagnóstico” (f16-f20).*

En el ámbito asistencial se percibe un manejo discursivo diferente en cuanto al componente de talento humano, se reconoce que se cuenta con: *“un personal idóneo” (f14), “profesional” (f15), “capacitado para ayudar a la comunidad” (f14). Con un enfoque encaminado a “la satisfacción de los usuarios, con un mejoramiento continuo” (f10-f12) “dedicado a ellos” (f12), “pensando en el bienestar del paciente” (f15) con “intervención tanto a los usuarios de forma directa como a su familia y a la comunidad” (f18). “Resaltando que se presta un servicio de calidad” (f11-f15-f10) “con oportunidad y seguridad al usuario” (f10-f11).*

Esta mirada hacia la atención prestada en el paciente busca, *“prestar el servicio con calidad, oportunidad, tratar a los usuarios con la integridad emocional, respeto a sus derechos que tiene como usuario” (f11),* permite que el giro humanístico y social estén más cercanos, acorde con las especialidades que se manejan desde los equipos de oftalmología, audiolología, fonoaudiología y neurología.

Para los profesionales considerados de índole asistencial en cuanto a la plataforma estratégica, en la parte de la misión, si existe una integración de la gestión del riesgo, dado

que la idea es “brindar una atención con calidad, evitando así riesgos hacia el usuario, brindando la atención con oportunidad, evitando cualquier tipo de riesgos que puedan generarse en el usuario” (f10).

Existe un consenso en la falta de capacitación instaurada y compartida en el tema de la política de gestión del riesgo (f10, f13-f17, f20), por lo que la descripción de la misma está acorde con acciones generalizables, pero no situada a las características propias de la institución; ejemplo de ello es describir la política como “garantizar la seguridad del paciente y del entorno como tal. En el entorno organizacional es garantizar esa seguridad mediante estrategias de mitigación y acciones preventivas, correctivas frente a ese posible evento que pueda generar daño, lesión o un grado grave” (f18).

8.3 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: CONOCIMIENTOS SOBRE AQUELLOS EVENTOS QUE PUEDEN CREAR LA PRESENCIA DE UN RIESGO

En la identificación del riesgo cobra valor la conceptualización clara de este. En esta categoría se percibe la existencia de una diferencia, lo que dificulta una unificación conceptual que permita reconocer el concepto y evaluación de esta para determinar acciones puntuales de mitigación tanto a corto, mediano y largo plazo.

8.3.1 Directivo

Según lo afirmado por el personal directivo, existe una claridad del contexto en el que se desarrolla el riesgo. Es importante tener en cuenta que se tiene que “el término riesgo es una forma de decir o de mencionar las posibilidades de algo reiterativo de presentar una eventualidad y obviamente, la situación muestra como la entidad está inmersa en la prestación de servicios de salud y cualquier instancia en todos los procesos misionales, estamos en la susceptibilidad de presentar estos riesgos y estas eventualidades” (f1).

Además, se reconoce como riesgo principal el “riesgo de caída” (f1).

En el nivel directivo, los riesgos están más orientados a la toma de decisiones, por lo que el área de dirección responde a acciones donde “hay riesgos de oficina, donde se destacan las

dificultades y oportunidades para la adquisición de medicamentos y seguimiento a casos puntuales” (f1).

Finalmente, el nivel directivo manifiesta que dentro de las consecuencias materializadas está que *“el riesgo se asocia con un evento adverso ha dado como resultado el fallecimiento de una persona” (f1)*. Esta característica es el riesgo potencial más alto dentro del campo de la salud, donde las consecuencias son fatídicas y se opta porque no se llegue a este tipo de resultados. En este sentido, se reitera *“la verificación de la matriz de riesgos que nosotros tenemos” (f1)*, acorde con las áreas y procesos que se poseen.

8.3.2 Administrativo

El personal administrativo reconoce que el riesgo *“es la posibilidad de ocurrencia de un hecho negativo al [interior] de la entidad (f2-f3) o “la actividad antes de la generación de un evento adverso o un incidente, en este caso la causa que genera el evento adverso” (f4)*. Dicha conceptualización permite comprender de manera metafórica al riesgo como elemento negativo o incidente. *“es un hecho que se puede dar o que se puede ocasionar un daño, sea leve o sea grave a una persona” (f6)*. Esta definición centra la atención en el talento humano integrado a la institución, como lo son el paciente/usuario y los colaboradores.

En la identificación de riesgos, desde la parte administrativa, existen múltiples ejemplos sobre los riesgos, de *“atención del paciente y al bajo flujo de efectivo, peticiones, quejas o reclamos impuestos por el paciente” (f6 – f7)* y *“baja satisfacción” (f7)*.

Al respecto, el personal administrativo resalta que es claro que cada área posee diferentes tipos de riesgos, dado que *“no se tiene que ver con los procesos misionales, no hay contacto directo con los usuarios, por lo que tal vez los riesgos son asociados a elementos administrativos o asistenciales” (f2)*. Entre ellos se destaca, por ejemplo, *“la rotación del personal” (f3)*, *“pérdida de información” (f4)*, *“ausencia de auditoría y medios de control” (f8)*, entre otros. Es importante resaltar que, en este caso, los riesgos están encaminados a elementos indirectos. Desde esta área se percibe que la consecuencia más

importante es que *“hay usuarios que ya no vuelven a la entidad, porque los riesgos son permanentes, son frecuentes como caída del paciente, diligenciamiento de historias clínicas”* (f2), entre otras, vinculadas con la integridad física como con elementos económicos, como es la falta de pago por parte de las aseguradoras, *“lo que se puede tipificar en un riesgo para la institución”* (f6). Igualmente, el personal administrativo hace énfasis en que se implementa la herramienta reconocida como la *“matriz de riesgos y oportunidades, donde se contemplan todos los riesgos de los procesos conforme a la entidad”* (f2, f7-f8).

8.3.3 Asistencial

Para el personal asistencial, dada la cercanía con el usuario y las responsabilidades que se engendran a partir de actividades cercanas, el concepto de riesgo se modifica, por lo que riesgo es *“no generar una atención segura al usuario, lo que lleva que el paciente tenga una consecuencia negativa en la salud o su cuidado”* (f10).

Respecto a la identificación de diferentes riesgos es importante tener en cuenta que existen otros tipos de riesgos para este, donde los *“riesgos biológicos”* (f10, f11, f13) son los más propensos o identificados en el discurso. Estos riesgos biológicos determinan el elemento contextual, siendo clara la influencia del sector salud, persistiendo acciones como *“manipulación de medicamentos, agujas”* (f14), etc. Además, es importante que, *“dada las condiciones sanitarias actuales, vinculadas con el nuevo coronavirus, el riesgo a un contagio se encuentra latente y es parte clave a nivel de ocurrencia”* (f15, f17).

Finalmente, existe un riesgo claro con el que se puede trabajar y entablar una ruta de trabajo, dado que *“las caídas”* (f11, f13-f14, f16, f20) o golpes son los más mencionados.

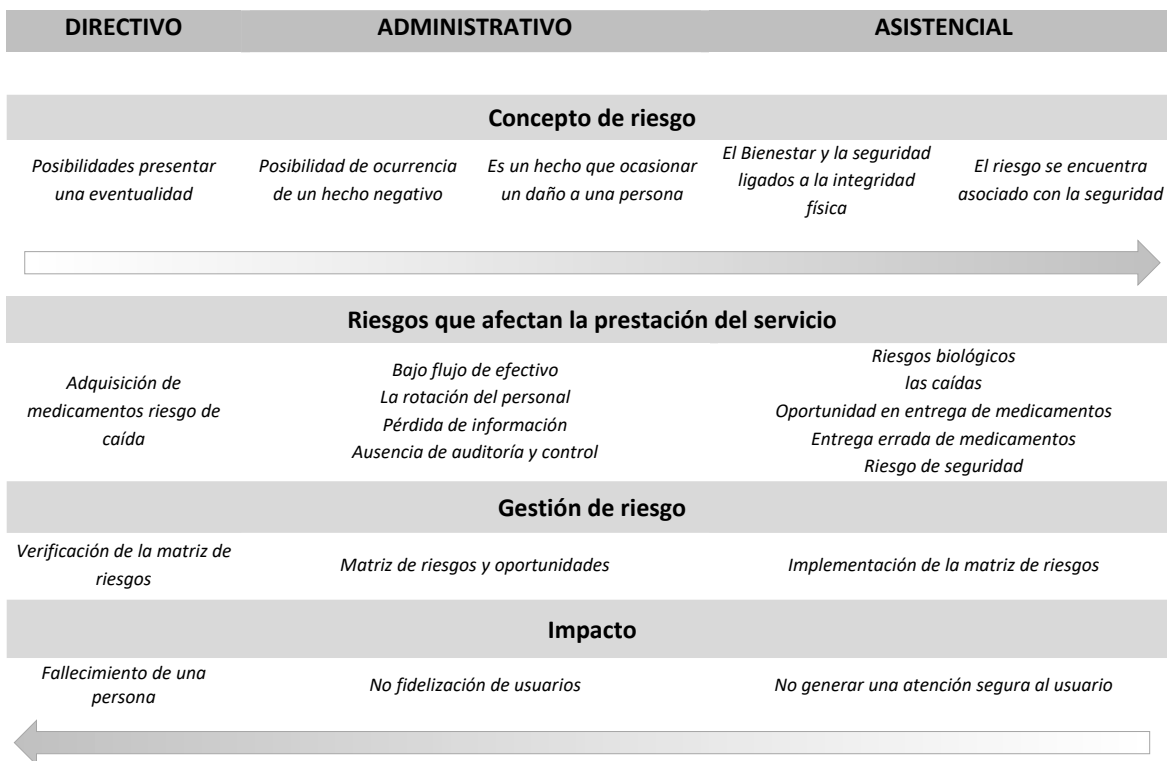
A diferencia de los enfoques directivos y administrativo en la identificación de riesgos, a nivel asistencial los riesgos vinculados con el paciente son más altos, tanto directos como indirectos. En este caso, el riesgo se encuentra asociado con la seguridad, ésta integrada con la calidad del servicio y el bienestar del paciente. Ejemplo de ello es que *“el paciente cree y confía en que se le está brindando una atención segura, por ello es importante la revisión*

de equipos de manera constante, garantizando con ello la seguridad” (f10). Lo anterior denota que el riesgo comprende no solo aspectos relativos a la humanización sino también elementos tecnológicos o instrumentales, por lo que en el área asistencial el riesgo es entendido de una manera particular.

Es este sentido es de interés también lo mencionado por (f11, f13, f15-f18, f20), el *“riesgo de realizar mal la entrega de medicamentos, que de pronto no entregue los medicamentos a tiempo al paciente para la integridad física del paciente es fundamental, dado que se tiene un registro de este tipo de actividad (f12).* Así que el Bienestar y la seguridad se encuentran ligados a la integridad física. A partir de ello, se entiende que la integridad física es dependiente de la infraestructura, de la tecnología y de los procedimientos técnicos realizados a los pacientes; es decir, *“los pisos siempre están limpios, no hay objetos con que el paciente se pueda tropezar, las sillas están en buen estado, los elementos que se usan se encuentran desinfectados” (f19).*

Para el Personal asistencial los eventos adversos desde el punto de vista clínico tienen una distinta representación y enfoque, dado que responden a una óptica diferencial. En este caso se percibe situaciones que puede afectar al paciente de manera directa, y posteriormente llevar al deterioro de la condición de este y *“ser ingresado por urgencia” (f12).* Otro elemento clave que se destaca al respecto de eventos presentados es *“un riesgo de seguridad, donde nos robaron un equipo de información que afecto la integridad y la prestación del servicio” (f15),* por lo que los elementos **tecnológicos** se consideran claves en esta área. Finalmente, tras la indagatoria identifican como herramienta de control, dos acciones claves, la *“implementación de la matriz de riesgos” (f12, f16-f17, f20)* e *“informar al jefe inmediato” (f14),* lo que presenta una conducta asociada con la normatividad y el enfoque de **control**. La Ilustración 7 sintetiza los hallazgos encontrados respecto al proceso de identificación de riesgos.

Ilustración 7 Conocimientos sobre Identificación del riesgo



Nota. Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos a través de la entrevista aplicada

8.4 VALORACIÓN: ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE RIESGOS IDENTIFICADOS

Respecto a la valoración de riesgos y continuando con este orden de ideas, fue importante complementar con la visión y la acción del personal como agentes clave dentro de la gestión de los riesgos en sus acciones para tipificar el riesgo y el reconocimiento de las estrategias implementadas por la entidad para identificar la probabilidad de ocurrencia de un riesgo sus causas y consecuencias.

8.4.1 Directivo

De acuerdo con el nivel directivo, existen riesgos desde el área, como las *“eventualidades en la adquisición oportuna de los insumos necesarios para el buen funcionamiento de la entidad y obviamente también la contratación en cabeza del recurso humano que presta los servicios de salud”* (f1). Esto denota que las eventualidades de índole administrativa son las más relevantes, permitiendo responder de manera adecuada al funcionamiento, en el ámbito directivo además se manifiesta que *“cuando se presenta un riesgo en el área administrativa es importante y necesario reportarlo para hacer con ello la gestión del riesgo necesaria”* (f1), teniendo en cuenta que desde el área directiva se *“integran los diferentes riesgos a la luz de elementos económicos y financieros, denotando con ello una gestión del riesgo naciente del enfoque económico y administrativo”* (f1).

Para el personal directivo la prevención consiste en un seguimiento de control, acorde con *“la matriz”* (f1) establecida para la gestión del riesgo. Es decir, *“aplicando los controles establecidos en la matriz de riesgos”* (f1).

8.4.2 Administrativo

Para los participantes del nivel administrativo, los riesgos que afectan la prestación del servicio están orientados con *“la mala contratación de un servicio”* (f2), *“pérdida de información, digamos que tenemos unos problemas en el software de historia clínica, tenemos una dificultad, perdida de la accesibilidad de la información y si no podemos darle acceso a los médicos, especialistas, a la historia clínica, pues se genera un evento porque muy seguramente las atenciones se pueden cancelar o suspender y no habría una atención adecuada al paciente.”* (f4), *“no pago de seguridad social”* (f6) a un funcionario, *“demanda insatisfecha, inoportunidad de la entrega de medicamentos en el servicio”* (f7) entre otros, donde la prestación del servicio es el foco de atención. A diferencia de otras áreas, las acciones a nivel administrativo son clave, por lo que las actividades de identificación de riesgo son las pautas y estandarización para el resto de las áreas, en este sentido, son claras, aunque son dependiente de múltiples factores externos. Ejemplo de ello

“es la *pandemia*” (f5), dado que “*no existía una forma clara de mitigar o dar continuidad al servicio sin que esto no afectase el cuidado, bienestar y seguridad del paciente*” (f6).

Es importante tener en cuenta que estos tres elementos (Cuidado, bienestar y seguridad del paciente) se encuentran ligados con la insatisfacción, y los participantes la comprenden como una forma implícita de riesgo, con diferentes espectros de acción. De acuerdo con los elementos explícitos, “*el aumento de la demanda insatisfecha de los pacientes atendidos o que solicitan los servicios*” (f7), “*es un riesgo a nivel operacional y de nombre*” (f5), “*afectando la imagen de la entidad y el desarrollo adecuado del bienestar por parte de los usuarios*” (f7).

Continuando con lo relacionado a la valoración de riesgos, el personal administrativo resalta que los procedimientos de gestión se refuerzan a partir de un **control**, ligado con esquemas de liderazgo, donde persiste que los funcionarios/colaboradores son dependientes de un líder del proceso, retomando con ello que el control y el liderazgo están asociados con una toma de decisiones. Ejemplo de ello se da al momento de identificar un riesgo, que la actividad principal e inicial es “*informar al líder del proceso o jefe inmediato*” (f2), dado que “*hay que seguir los lineamientos identificados en los procesos y procedimientos internos, dependiendo del riesgo hay que hacer una ruta, lo primero es establecer la acción correctiva y hacer un plan de mejora*” (f3-f4).

En los participantes del área administrativa, la prevención denota un enfoque más individual, por lo que tiene que ver, de manera explícita con las acciones que se realiza el funcionario para no afectar los esquemas de trabajo. Lo anterior se justifica a la hora de que “*se previene ajustándose a los lineamientos, a las directrices en materia legal, en materia interna, tratando de seguirlos*” (f3). Dicha materia interna implica un reconocimiento metodológico, que se ajusta, a una *buena metodología en gestión del riesgo, donde se pueden establecer acciones preventivas y se las mide de manera trimestral para evitar la materialización de los riesgos* (f4). En este aparte se evidencia el reconocimiento de una metodología adoptada por la entidad “*la entidad adopta la metodología ISO 31000 con la que se han evaluado los diferentes riesgos para la construcción de la matriz de riesgos*” (f8).

El personal administrativo reconoce que la entidad ha construido una *matriz de riesgos*, donde se tiene las guías para evitar la ocurrencia de estos hechos (f6, f7), “*la matriz de riesgo maneja unos controles, aplicando esos controles yo prevengo la ocurrencia de ese riesgo*” (f7) manifiesta el personal. Esto implica que la prevención a nivel administrativo se encuentra ligada al control, “*con el cumplimiento de acciones de mejora de los problemas que afecte cada proceso, todos hacemos el seguimiento donde verificamos, donde tenemos el respectivo monitoreo si se está cumpliendo o no*” (f5), se realizan “*verificaciones constantes*” (f8) “*para tomar determinaciones y hacer un respectivo informe de referencia para tomar las respectivas determinaciones*” (f5).

8.4.3 Asistencial

El personal del área asistencial, dada la cercanía con el paciente, tiene una fuerte orientación a efectos adversos, teniendo en cuenta su acción e intervención directa sobre el usuario, estos mismos integrados con el reconocimiento del riesgo a mediano y largo plazo, a nivel de espacio y tiempo. En este sentido, los participantes de esta área destacan riesgos en la prestación del servicio a nivel tecnológico en los “*equipos, toma de muestras a nivel de quirófano*” (f10), “*historias clínicas, inconsistencia de fórmulas médicas*” (f11), “*mantenimiento de equipos*”, entre otros ya mencionados, que también se encuentran ligados, de manera formal, con la toma de decisiones en los niveles directivos y administrativos, como “*la situación financiera, donde se ha afectado muchísimo en la no prestación a tiempo del servicio o la entrega de los medicamentos*” (f12), en la infraestructura, dado que en algunas áreas se poseen “*espacios muy pequeños*” (f16).

En cuanto a las acciones adelantadas frente a la presencia de un riesgo en el personal asistencial se percibe la confirmación de una ruta de trabajo con base en el reporte, y está orientada a que “*inicialmente se debe realizar el reporte, siempre lo manifestamos en primer lugar a nuestro jefe inmediato la sugerencia técnica y también a seguridad de salud en el trabajo y seguridad del paciente*” (f10, f12-f13). “*Se lo reporta de inmediato para que se dé un seguimiento y se haga como una mitigación*” (f15), se “*reporta con seguridad del paciente, para que puedan tomar acciones preventivas para que ese riesgo no se convierta en un accidente*” (f17). En este sentido también se habla del reporte de riesgos para el

cliente interno “en cuanto a seguridad como funcionario, me dirijo por correo electrónico a la seguridad de salud y trabajo al apoyo o a talento humano” (f19).

Finalmente, dentro de la valoración del riesgo el nivel de prevención en el área asistencial tiene un significado más clínico y con una mayor incidencia en la atención con el usuario o paciente para cualquier procedimiento “mirando que todo esté en orden, los equipos en buen estado, los materiales que se necesitan” (f13); principalmente por la cercanía y el tipo de acciones, vinculadas con riesgos biológicos es necesario “planear previamente las actividades a realizar” (f19). De esta manera, la prevención se liga con la seguridad, el cuidado y el bienestar del paciente; un ejemplo de ello se identifica a la hora de contar con todos los insumos necesarios que se van a requerir en el momento del acto quirúrgico y contar con toda la sala, estar desinfectada, el personal estar totalmente listo para empezar con los procedimientos, (f10) llenando todas sus listas de chequeo para así brindarle una seguridad al usuario. (f10, f15, f19).

En la Ilustración 8 se sintetizan los hallazgos encontrados sobre los conocimientos respecto al análisis y valoración de riesgos.

Ilustración 8 Conocimientos sobre Análisis y Valoración de riesgos

	PREVENCIÓN DE LA OCURRENCIA	RIESGOS QUE AFECTAN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	REACCIÓN ANTE EL RIESGO
DIRECTIVOS	Aplicar los controles establecidos en la matriz de riesgos	Contratación inadecuada del recurso humano Adquisición inoportuna de los insumos	Lo importante y necesario es reportarlo
ADMINISTRATIVOS	Control, ligado con esquemas de liderazgo Adherencia a normativa y política internas Medición y control	Inoportunidad de la entrega de medicamentos Pérdida de la accesibilidad a la información	Informar al líder del proceso o jefe inmediato
MISIONALES	Planear previamente las actividades a realizar Chequeo y verificación rutinaria	Inadecuado mantenimiento de equipos Caída de usuarios inconsistencia de fórmulas médicas Infraestructura reducida	La ruta de trabajo es con base en el reporte

Nota. Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos a través de la entrevista aplicada

8.5 MITIGACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO: ACCIONES PARA CORREGIR O MITIGAR LOS RIEGOS

En el desarrollo de un proceso para la gestión del riesgo denota importancia aquellas acciones para eliminar prevenir disminuir o mitigar el riesgo, acciones que en gran medida se encuentran vinculadas con el talento humano, por lo tanto, también se realiza un acercamiento a los participantes en este aspecto.

8.5.1 Directivo

En este sentido, donde muchas de las acciones dependen en gran medida del talento humano, este debe ser capacitado, para el personal directivo, las capacitaciones de riesgo “no están muy presentes” (f1) en esta área, sin embargo, es importante establecer que “sí se ha tenido conocimiento o hemos hablado de riesgo en el comité institucional de la seguridad del paciente” (f1).

Si bien para el personal directivo no está muy presente la capacitación directa, sí existen acciones orientadas a la formación y aplicación de conocimientos con un enfoque de aprendizaje hacia el control, dicha aplicación es dependiente de la matriz del riesgo al “tener presente los controles necesarios que se han identificado en la matriz del riesgo para controlar y prevenir” (f1). En este sentido, el personal directivo también indica que se realizan acciones de prevención que consisten en la “aplicación y desarrollo de prácticas de controles antes de que se presenten los riesgos, teniendo en cuenta los indicadores de sistemas de cada una de las áreas que la subgerencia técnica tenga” (f1).

Dentro del tratamiento y mitigación en el personal directivo, las acciones de mejora frente a un evento adverso están orientadas a la calidad del servicio, como en “la reducción de barreras que generen nuevos riesgos o acciones” (f1). Así mismo, se realiza monitoreo de estas acciones de mejora en el área de calidad “existe una instancia aquí en la entidad que es la de calidad, quienes realizan el seguimiento” (f1). Además, en el ejercicio de la palabra resalta que se “ha realizado” (f1) recomendaciones sobre los riesgos reportados.

8.5.2 Administrativo

El personal del área administrativa en cuanto al tratamiento y mitigación da importancia a las capacitaciones del talento humano y asocian la gestión del riesgo con el área de *“CONTROL INTERNO (f2, f7) y calidad”*, *“hubo una capacitación que se organizó por parte de control interno” (f2-f3)* basados en *“los lineamientos emitidos por la Función Pública” (f2)*, dado que existía *“la necesidad porque había mucha materialización del riesgo”*, e indicar que *“la matriz del riesgo bien documentada y con adecuado funcionamiento puede evitar materializar un riesgo” (f2)*. El personal reconoce que los temas a tratar fueron *“conceptos más importantes sobre gestión del riesgo” (f8)*, *“plan y el manejo de una matriz de riesgos y como se tipifica y como se controla” (f2, f6, f7, f10)*, *“como prevenirlos, socializaron la matriz de riesgos de la entidad y el control de cada uno de los procesos” (f3)*.

Se percibe que dentro de la entidad las capacitaciones no son recurrentes (f2-f4), pero está presente la gestión del riesgo. *“Sí se ha hablado de gestión del riesgo, por cuanto nosotros estamos certificados ISO 9001 versión 2015, pues se tiene establecido una metodología interna” (f4)* y se debe apegar al cumplimiento de tres leyes: *“la Ley 951 por la cual se crea el informe de gestión, la Ley 1151 de información sobre los planos de desarrollo para la preparación de la gestión y la Ley 1551 del funcionamiento del departamento” (f5)*. Las capacitaciones que se ofrecen para la gestión del riesgo se complementan con un proceso de auditoría.

En el caso del tratamiento y mitigación en el personal administrativo, se evidencia que la aplicación de los conocimientos adquiridos en la capacitación y la nueva información tienen una orientación hacia la *“evaluación de seguimiento de los riesgos y oportunidades de la entidad” (f2)*, además de *“la identificación de nuevos riesgos” (f2)*. Así que todos los elementos teóricos y conceptuales puedan ser aplicados e *“integrados en la gestión del riesgo” (f4)*. Es importante mencionar que las capacitaciones sobre la gestión permiten que exista una *“trazabilidad en cuestión a la calidad y planeación en el direccionamiento estratégico, que es el motor interno del control interno de la gestión” (f5)*. De esta manera, es de gran utilidad, *“otorgando un seguimiento de Control Interno” (f2, f5)*, aplicando los

conocimientos en *“realizar los controles necesarios para evitar que sucedan los riesgos”* (f6), además de el *“desarrollo de actividades de control que ayuden a prevenir la aparición de riesgos”* (f8), como se reiteró párrafos atrás.

En este sentido, se identifica que la actividad clave para prevenir es *“ajustarse a los lineamientos y a las directrices normativas legales de la función pública, procesos y procedimientos que tiene la entidad”* (f3). Además, la aplicación de *“controles diarios”* (f6-f8). De esta manera, se integra que la normatividad, como las capacitaciones, tienen una fuerte orientación al cumplimiento de fines misionales mayores, enfocados o integrados a un macro de acción (f7-f8).

En cuanto al tratamiento y mitigación frente a las acciones de mejora de riesgos que generan un evento adverso *“la oficina de planeación y calidad siempre cuando hay alguna materialización del riesgo por eventos adversos levanta planes de mejoramiento, los cuales son implementados por los responsables, la oficina de calidad se encarga de la verificación y el cumplimiento de esas acciones para que posteriormente la oficina de control interno haga el cierre pertinente”* (f2,f3,f5,f8,f9), a nivel discursivo se percibe que para estas acciones de mejora *“se hace seguimiento mediante la oficina de planeación y calidad, acorde con el control interno”* (f3-f5, f8). Por lo que el *“Control Interno”* (f7- f8), resalta nuevamente como esquema de acción primario. *“Control interno dentro de sus diferentes actividades tiene como una de las funciones realizar auditorías trimestrales de acuerdo con lo que se plantea precisamente en la matriz del riesgo”* (f7), dentro de estas auditorías se *“presentan sus evidencias con el fin de mejorar y dar continuidad al plan de mejora que se plantea”* (f9). Es importante mencionar que este Control Interno se relaciona de manera directa con la toma de decisiones.

Finalmente, para el personal administrativo los riesgos detectados se toman en cuenta por el *“líder inmediato para ser incluidos en la matriz de riesgos”* (f3) y *“se emprenden las acciones para un plan de mejora”* (f6, f8). Para el personal administrativo el reporte de riesgos permite entablar un proceso de evaluación comunicativo sobre la gestión de riesgos, dado que permite realizar recomendaciones que a este nivel son dependientes de los esquemas jerárquicos, *“las recomendaciones, siempre existen porque las decisiones que*

uno siempre toma no son las finales, pero todas las recomendaciones van en pro del mejoramiento continuo y evitar posibles o futuros materializaciones del riesgo” (f2). En este caso, se identifica que “se hace una evaluación semestral de la matriz de riesgos, derivando en controles e identificando si se cumplieron y cuáles son los diferentes aspectos que afectan el buen funcionamiento de la matriz” (f5). En su gran mayoría manifiestan que si existe la figura de recomendación frente a los riesgos reportados.

8.5.3 Asistencial

Continuando con el esquema del enfoque de tratamiento y mitigación, para los participantes del nivel asistencial, las capacitaciones no son recurrentes o son nulas (f10-f18). Aquellas actividades de reconocimiento de la gestión del riesgo deben ser una prioridad, así lo reconoce el personal asistencial, *“veo la necesidad de la capacitación porque no nos han dado, así como a profundidad para nosotros así poder hacer un seguimiento continuo” (f10), “para prevenir primero es necesario dar una capacitación o una inducción de todos los riesgos, de cómo uno debe prevenirlos, qué protocolos se deben seguir. Con este conocimiento se puede prevenir” (f14). Aun así, se mencionan que en algunas capacitaciones se ha “comentado que riesgo es caída, que es evento adverso, que es un incidente, que es un accidente, o sea los conceptos como tal” (f14), y se percibe que “desde la parte de calidad, y seguridad del paciente tratan temáticas vinculadas con la seguridad del paciente, protocolos de bioseguridad y la implementación de medidas de protección” (f20). Además, “tenemos reuniones, se habla de matriz de riesgo, de hecho, tenemos que manejar matriz de riesgos y lo de acreditación tenemos que manejar riesgos” (f10, f12). Dada la falta de capacitación, se ha establecido un proceso de comunicación, donde se oriente, desde la evaluación del riesgo, a nuevos formatos (f19) y nuevas acciones de gestión del riesgo.*

Para los participantes del ámbito asistencial, se percibe como la aplicación de conocimientos, no todos basados en la capacitación, pero que, responde a acciones para mitigar *“la complejidad de problema” (f14). En este ámbito, la aplicación de los*

conocimientos tiene una orientación a *“brindarle seguridad al usuario, identificando adecuadamente que riesgo se podría presentar y obviamente antes de que se presenten minimizar y evitar que eso se nos presente hacia el usuario”* (f10). Además del *“reporte de un riesgo para evitar el accidente”* (f17). Esto implica acciones a corto plazo, muchas de estas en la inmediatez, ligadas con aspectos técnicos. *“Las aplicamos desde la práctica porque, o sea, hacemos intervención directa con pacientes y todo lo que tiene que ver con riesgo, obviamente aporta de forma integral”* (f18-f19).

Los participantes del personal asistencial identifican como actividades para prevenir la ocurrencia de un riesgo acciones que se resumen en torno a *“la disminución del riesgo, como empleado, usar mi protección personal. Hacia el paciente brindarle el apoyo, quedarme con él observándolo para que no tenga un riesgo* (f14), *“verificar en listas de chequeo de como llegó el paciente para saber si está preparado, verificar historia clínica, listas de chequeo para mirar que se le va a prestar una atención segura”* (f10), *“verificar bien que procedimiento se le va a realizar al paciente, si tenemos todos los insumos y los equipos están funcionando correctamente para la atención, eficaz y eficiente del paciente”* (f13).

Continuando con el enfoque de tratamiento y mitigación es necesario también el desarrollo de acciones tendientes a evitar, eliminar o modificar aquellas que ocasionaron efectos adversos, aunque en este nivel los comentarios no presentan elementos puntuales, se menciona que ante la existencia de *“eventos adversos se hacen unos planes de mejora”* (f12, f17, f19-f20) para establecer un *“seguimiento y supervisión del motivo o la causa”* (f14), en cuanto al seguimiento de acciones de mejora planteadas *lo hace calidad y control interno* (f16, f17) *la parte de control interno revisa los riesgos* (f10), dentro de este seguimiento se *“presenta evidencias de lo que se hizo lo que el plan de mejora dice”* (f12), manifiestan que en algunas ocasiones se toman sus sugerencias respecto a riesgos reportados. Esto resalta la importancia del compromiso con las actividades de gestión, se *“reporta a nuestro jefe inmediato para que logre unificar o como a todos tener un solo consenso para poder identificar riesgos”* (f10). Se perciben opiniones respecto al jefe inmediato *“la jefe de servicio es muy atenta, siempre que tenemos una solicitud o alguna*

sugerencia nos reunimos con todo el equipo de trabajo y se plantea la sugerencia y juntos con todos los compañeros y nuestra jefe tomamos una decisión de acuerdo con todo lo que los compañeros planteamos y las sugerencias que tengamos” (f17).

Finalmente, en este nivel también se identifica una relación jerárquica, ya que las recomendaciones provienen de su jefe inmediato expresan “*nos han hecho recomendaciones o seguimiento de lo que nosotros decimos de algunos riesgos” (f12).*

8.6 FASE INTERPRETATIVA

Los resultados del presente proyecto revelan que **existen diferentes formas de relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente institucional con el conocimiento y experiencias del personal, mediados por los niveles organizacionales propios de la institución que generan visiones divergentes a la vez que complementarias, según el área de desempeño.** Estas distintas formas de relación son observadas al interior de las categorías planteadas para el desarrollo del proyecto

8.6.1 Análisis del contexto

En los procesos de gestión del riesgo resultan importantes los conocimientos que el talento humano tenga al respecto, pues sin importar el modelo organizacional dentro de los sistemas de salud, los recursos humanos son el fundamento de su desarrollo (43). El desempeño del talento humano en el área de la salud se convierte en la base social y técnica de un sistema de salud, su aporte es un componente primordial en la posibilidad de brindar servicios equitativos y de calidad con un mejoramiento continuo. (44).

En este sentido, esta investigación realizó un análisis e interpretación de los resultados para el conocimiento del contexto y es evidente que todos los actores reconocen a la entidad como una empresa social del estado y su responsabilidad para prestar servicios de salud de mediana complejidad, que enfoca su misión en el usuario y su familia, ofertando servicios de

promoción y prevención, información que se ve reflejada en el plan de desarrollo de la entidad; sin embargo es visible que el reconocimiento y claridad de los diferentes servicios ofertados se refleja dependiendo el grupo poblacional, de ahí que el personal asistencial conoce con mayor precisión que la prestación involucra acciones de habilitación y rehabilitación, diagnóstico, tratamiento y medicina especializada, esto dado su cercanía con el usuario y la responsabilidad con la prestación del servicio, mientras que los participantes administrativos y directivos no involucran en su discurso el diagnóstico y tratamiento. Esto teniendo en cuenta que el personal asistencial tiene contacto directo con el paciente y realiza la prestación de los diferentes servicios. Al reconocer tres grupos poblacionales, esta segmentación permitió dar cuenta de diferentes visiones, conocimientos y acciones, generando que se involucre no solo tres esquemas diferentes de conocimiento y percepción sobre la gestión del riesgo, sino también del riesgo mismo y su desarrollo en la entidad.

Las entidades se conforman por la existencia de talento humano y dependen de este para lograr sus objetivos y cumplir su misión, lo que genera la necesidad de personal para obrar sus actividades, ofertar servicios, atender clientes y obtener sus objetivos estratégicos; teniendo en cuenta que el personal suministra conocimientos, competencias, pericias e intelecto que conllevan decisiones lógicas con significado que imprime un rumbo a los objetivos globales (45). El desarrollo de metas y estrategias de una entidad tendrá relación con el crecimiento del conocimiento de sus colaboradores (45). Por lo tanto, la visión global de la entidad por parte de sus funcionarios incide en la eficiencia, eficacia y calidad de desempeño dentro de la misma, conocer la visión y su papel como elemento constitutivo desde su área y equipo de trabajo procura por el conocimiento de su actuar dentro de la organización, pues cuando no se tiene claro el objetivo y la misión estratégica de la entidad, el actuar de los empleados se reduce al cumplimiento de una tarea sin proyección (47). Desde la perspectiva de Elmore (47), las distintas actividades desempeñadas en una organización deben enfocar su resultado al logro de mínimo uno de los objetivos establecidos en el conjunto de fines que indique el propósito de la corporación.

Resulta evidente en la IPS que el personal administrativo distingue con mayor claridad la asociación de la gestión del riesgo con los objetivos estratégicos, reconociendo que los

objetivos estratégicos inciden en el tratamiento y en el accionar de los diversos elementos conceptuales que se implementan en la gestión de riesgo, posición que concuerda con lo estipulado dentro del plan de desarrollo al entablar objetivos estratégicos como “gestión del riesgo, fortalecer la de seguridad del paciente y fortalecer el sistema de gestión de la calidad” (41). Situación lógica considerando que el personal administrativo es el encargado de documentar los diferentes planes, programas y procesos de la entidad; sin embargo, en el personal asistencial no se identifica con claridad esta relación hacia los objetivos, enfatizando en la integración de la gestión del riesgo con la misión de la entidad desde su postura de atención con calidad sin generar riesgo al paciente.

Al hablar de la política de gestión del riesgo y su relación con la plataforma estratégica, existe un consenso entre todos los actores que contemplan el control como actividad principal e imperativa dentro del tratamiento del riesgo; éste aporta a evitar la materialización del riesgo. Esta manera de contemplar la gestión y política del riesgo se alinea con lo vislumbrado en el análisis de una serie de documentos (Política de gestión del riesgo, Guía para gestión de riesgos y oportunidades, Procedimiento para la gestión del riesgo) en la revisión documental, constatando que la entidad cuenta como estrategia principal de la política de gestión del riesgo con la formulación y adopción de controles con mecanismos para evitar y reducir riesgos, enfoque que concuerda con la normativa, a nivel conceptual y práctico, ejerciendo con ello rutas de acción encaminadas para el análisis, la comprensión y la mitigación del riesgo que se desarrolla como lo preceptuado dentro de la Guía para la administración del riesgo y diseño de controles publicada en el 2018, que contempla en uno de sus objetivos brindar el sustento para una adecuada gestión del riesgo y control de estos (14). Manifiesto que también guarda relación con la norma técnica NTC - ISO 31000 que recalca la importancia de suministrar controles una vez instaurado el tratamiento (4). Además, los participantes en general también involucran la palabra calidad con la gestión del riesgo y su conexión con la misión y objetivos de la entidad, percepción que guarda relación con uno de los objetivos planteados por la entidad “fortalecer el sistema de gestión de la calidad” (40).

Se resalta que es necesario la unificación e integralidad de actores en torno a estrategias y conocimientos para la reducción del riesgo, como también acciones que caractericen a una entidad como segura. (7). Por consiguiente, la conceptualización, implementación y operatividad de la gestión del riesgo en seguridad del paciente debe ser un componente transversal de todas las entidades de salud, para generar un trabajo uniforme que involucre a cada una de las áreas que conforman una organización, gestionando el riesgo con base en los lineamientos institucionales y normativos establecidos, mas no exclusivamente en conocimientos particulares.

Además, como lo menciona el Ministerio de Salud, quien comprende la gestión integral del riesgo como una estrategia transversal de la política de atención integral en salud basada en la vinculación de los actores en salud con otros agentes para identificar, valorar, medir e intervenir el riesgo (9). Así como la NTC – ISO 31000, donde se considera que para lograr una gestión del riesgo eficaz es necesario cumplir con ciertos principios, entre ellos el hecho que la gestión del riesgo sea una parte integral de todos los procesos en la entidad, desligando el concepto que la gestión del riesgo sea una acción ajena a todos los procesos de la entidad (4).

La entidad estudiada, desde el punto de vista asistencial, la política de gestión del riesgo que se concibe configura en aspectos de control más mejoramiento continuo y seguridad del paciente contemplados dentro de la política de gestión del riesgo y seguridad del paciente de la entidad, concepto que es integrado a la salud y bienestar del paciente. Lo anterior teniendo en cuenta que los esquemas de trabajo en esta área tienen relación directa con la prestación de servicios y manipulación del paciente, donde la calidad con mejoramiento continuo y seguridad resulta importante para generar bienestar en el paciente, que llevan al desarrollo de una serie de elementos o estrategias ya establecidas. Esto como se manifiesta en la política de gestión del riesgo de la entidad, que en coherencia con la política de calidad y los objetivos del sistema obligatorio de garantía de la calidad se encaminan a proteger los usuarios de cualquier riesgo.

El modelo de desarrollo organizacional dentro de la implementación de políticas supone para la implementación de estas, la necesidad que sus fabricantes y quienes asuman su

implementación lleguen a un proceso de acuerdo y aplicabilidad. Además, se considera que el inconveniente marcado no se centra en designar al conjunto de encargados para la implementación de la política indicada, sino en generar un consenso en relación con las metas que induzca a un compromiso de quienes la llevan a cabo, puesto que la dificultad más grande es no involucrar a quienes la implementan en la elaboración y toma de decisiones. Lo anterior podría dar como resultado el hecho que los altos medios jerárquicos no tengan en cuenta la opinión de los prestadores directos del servicio, presuntamente desconociendo su autonomía (47).

En contexto con lo anterior, es importante mencionar que, si bien en la entidad es de conocimiento la existencia de una política de gestión del riesgo, no se encuentra precisión de todos los entrevistados en cuanto a su funcionamiento. Fuera de las actividades de control, empero el área directiva, se presenta claridad en el enfoque total de la política. Esto sustentado en el hecho que el grupo directivo es quien emite las políticas de la entidad. De igual forma, se vislumbra como es constante entre el grupo asistencial el hecho que las políticas, planes y procesos son desarrolladas sin su intervención y que, igualmente, al momento de la toma de decisiones, frente a las brechas encontradas entre la calidad esperada y la observada, además de las desviaciones detectadas, no son tomados en cuenta.

8.6.2 Identificación de Riesgos

El riesgo es concebido según el Ministerio de Salud y Protección Social “como la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes o servicios que hubiera podido evitarse” (48).

En relación con la conceptualización anterior, para la identificación de las fuentes de riesgo y sus causas en la entidad, se resalta la percepción en la conceptualización del riesgo. En este aspecto para todas las áreas se denotan conceptos similares en cuanto a concebir como una situación que suscita un evento adverso; sin embargo, el enfoque del concepto varía según el área.

El personal directivo lo concibe como un hecho reiterativo que puede causar una eventualidad. El administrativo como la posibilidad que ocurra un hecho negativo y la actividad antes de generarse un evento adverso, conceptualización que concuerda con la definición de riesgo planteada por el Ministerio de Salud en los lineamientos para la implementación de la seguridad del paciente, donde el concepto de riesgo se indica como la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra (7). Para el área asistencial, sin embargo, riesgo es hablar de seguridad, donde no generar una atención segura implica riesgo con consecuencias en la salud del paciente, apreciando que, en esta área, la mirada de riesgos está enfocada únicamente a aquella acción que afecta principalmente de forma física al paciente. Esta percepción es dada la atención directa al paciente, donde el servicio y la forma en la que se involucran con el mismo tienen una incidencia en esta percepción. Dichas definiciones se integran de manera expresiva teniendo en cuenta los diferentes ambientes de acción y ejecución, pero que unificados son acordes con una mirada integral del concepto de riesgo.

Además, en el nivel asistencial los participantes expresan el contar con un conocimiento en riesgos más desde su experiencia particular y conocimientos propios inherentes al área de desempeño, que a lo difundido por la entidad. Lo anterior se debe a que se manifiesta la necesidad de capacitación, como recalcan el hecho de no ser tomados en cuenta al momento de formular e implementar las políticas, planes y procesos; situación que ha generado una intervención independiente del riesgo, encapsulado únicamente en su área. De esta manera, se da operatividad a lo formulado sin comprender el fundamento con una visión diferente desde cada área. Cabe mencionar que, la norma técnica ISO 3100 considera conveniente que todas las partes incluidas en la gestión del riesgo conozcan el fundamento sobre los que se hace la toma de decisiones, como también el porqué de ciertas acciones y que resulta imperativo dar oportunidad a la comunicación y a las consultas internas y externas hacia todas las partes (4).

Ante este hecho, el modelo de desarrollo organizacional de Elmore (47) manifiesta que, si los apoderados de la ejecución son involucrados en la formulación del programa, la medición de resultados tendrá un nivel mayor. Aunado a ello, debe estar la presencia de

estímulos que impulsen la capacidad de establecer formas independientes de proceder para conformar grupos de trabajo firmes que se apoyen con trabajo en equipo, dejando un enfoque claro del modelo, donde la implementación se origina en “la base de las organizaciones, no en la cúspide” (47).

Es claro que cada área posee diferentes tipos de riesgos, se observa que, dependiendo del área, pueden comprenderse de manera distinta. Para el grupo administrativo se evidencian riesgos de tipo financiero, de planeación, tecnológicos y de trámites como: bajo flujo de efectivo, quejas y reclamos, alta rotación de personal, pérdida de información, entre otros. En tanto, los participantes asistenciales reconocen más riesgos operativos como biológicos, tecnológicos; como lo es la inadecuada dispensación de medicamento. Sin embargo, en todos los grupos es reiterativo mencionar el riesgo de caída, situación que concuerda con los informes de seguridad del paciente en relación con los eventos adversos, donde las caídas son la primera causa. Los participantes en general concuerdan en la existencia e implementación de una matriz de riesgos como herramienta de control, que contempla todos los riesgos mencionados anteriormente y los identificados en los distintos procesos de la entidad, afirmaciones que se sincronizan con la Guía Básica para Gestión de Riesgos y con las oportunidades documentadas por la Institución, donde se estipula que los riesgos identificados se deben consolidar en la matriz de riesgos.

Por lo expuesto, es necesario conocer algunas metodologías propuestas para la gestión y administración del riesgo, como las propuestas por el ICONTEC y el departamento administrativo de la Función Pública en la norma técnica ISO-3100 y la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles. Estas permiten comprender la importancia de la identificación, el reconocimiento de la norma, los elementos conceptuales en procesos y planeación estratégica y asimismo el desarrollo de acciones tendientes a prevenirlos dentro de la gestión holística del riesgo para la seguridad del paciente (4,14), bajo la siguiente estructura:

- Lineamientos de la política de administración de riesgos: Comunicación y Consulta.
- Establecimiento del contexto.
- Identificación de riesgos.

- Análisis del riesgo.
- Evaluación del riesgo.
- Tratamiento del riesgo.

Estas metodologías concuerdan en que la identificación del riesgo se concibe desde el análisis de amenazas, vulnerabilidades y causas, y se le da continuación con el estudio de potenciales efectos o consecuencias enfocados en la probabilidad de ocurrencia de un evento desafortunado que se pretende prevenir o disminuir. Y de esta manera, limitar el problema, establecer y priorizar acciones que conduzcan a reducir la amenaza sobre las fuentes de riesgo, modificando dichos factores previo a que un evento suceda (4,14).

8.6.3 Valoración De Riesgos Identificados

Las metodologías descritas brindan herramientas para la gestión estratégica del riesgo, transversales a todos los procesos de la entidad. Lo anterior con el fin de determinar acciones de mejora continua, que dirijan a las instituciones hacia una cultura de aprendizaje organizacional, con el análisis e implementación de planes para el tratamiento de los riesgos a través del reporte interno y externo de los riesgos más significativos (4).

En este sentido, la entidad intervenida identifica la existencia de diferentes tipos de riesgos según el área de desempeño, aunque algunos riesgos son conocidos en general por todos los grupos. Con base en esta identificación, los participantes en su totalidad reconocen la necesidad e instrucción de generar un reporte posterior a dicha identificación y también expresan que no en todos los casos se genera tal reporte, dado que las capacitaciones al respecto son escasas y en algunas áreas no se ha brindado, como lo expresan en general los participantes.

Se observa un reconocimiento conjunto de la existencia de riesgos que afectan la prestación del servicio y son interpretados dependiendo el área por todos los entrevistados; sin embargo, a nivel discursivo, se repiten con mayor frecuencia y son transversales para todos los participantes los riesgos de suspensión de la atención al paciente, la demanda insatisfecha, y la inoportunidad. Esto concuerda con la información examinada dentro de la

matriz de riesgos de la entidad, que contempla como riesgo la inoportunidad y pérdida de continuidad del servicio, dejando ver que hay riesgos compartidos cuyas causas existentes pueden ser aisladas o una cadena de sucesos que tiene como resultado final un riesgo similar.

Ahora bien, es importante indicar que, así como se observan riesgos similares, se encuentran otros inherentes a cada área. El personal directivo manifiesta que los riesgos económicos y financieros afectan de forma directa la prestación del servicio. El personal administrativo menciona que los riesgos contractuales tienen afectación sobre la prestación del servicio. Finalmente, el asistencial indica que los riesgos en la logística y el diligenciamiento inadecuado de la historia clínica también afectan la prestación del servicio. Esto deja entrever nuevamente que existe un punto de vista divergente y proporcional al área de desempeño dada la probabilidad de riesgos en toda la estructura organizativa y operativa que pueden afectar los objetivos de la entidad.

De igual forma, los participantes manifiestan la existencia de un comité de seguridad del paciente donde posterior al reporte, se realiza el respectivo análisis y se evalúa la necesidad de un plan de mejora. Enunciando además que, los planes de mejora estructuran una ruta de acción para la gestión del riesgo que implica la toma oportuna de decisiones encaminadas a la mejora de procesos. Como se relaciona en las metodologías estudiadas donde es claro que el análisis del riesgo también brinda una herramienta para la toma de decisiones que incluyan acciones para combatir el riesgo (4).

En las metodologías descritas, se concibe que para el análisis de riesgos es necesario determinar la frecuencia con que se presenta el riesgo, teniendo en cuenta la actividad desempeñada y el impacto o consecuencias que este riesgo puede generar en la entidad; además, de clasificar el tipo de impacto. Posteriormente sugieren precisar el área que se afectaría con la materialización del riesgo, para determinar el alcance de este (4,14).

Inmediatamente se analice el riesgo es necesario determinar la zona de riesgo de acuerdo con lo establecido en la matriz de riesgos para formalizar el control y las acciones a seguir (14).

En este sentido, todas las áreas reconocen que el reporte inicial el destinatario es el jefe inmediato, pues es quien brinda apoyo para generar las medidas pertinentes y continuar con el siguiente paso dentro del proceso. De igual manera, se reconoce por todos los participantes que de esta actuación de reporte y análisis de riesgos se deriva un plan de mejora; este tiene el objetivo de entablar controles que mitiguen el riesgo. Además, los participantes afirman que a estos planes de mejora se les desarrolla un seguimiento por parte de la oficina de calidad y control interno mediante auditorias periódicas y que para el personal asistencial se encuentra mayor grado de dificultad y tiempo de cumplimiento, teniendo en cuenta las múltiples ocupaciones asistenciales.

8.6.4 Tratamiento y Mitigación de Riesgos

En el tratamiento del riesgo es necesario la elección de estrategias para modificar riesgos e implementar estas opciones. Para ello, se parte en comprender que el tratamiento es un proceso cíclico donde se valora la intervención para tomar decisiones sobre los niveles de riesgo residual, si se es tolerable o se implementan nuevas estrategias. De esta manera, se genera una valoración nuevamente.

Las metodologías utilizadas plantean el desarrollo de seguimiento continuo a planes de mejora para generar un control, y así modificar los riesgos identificados. Lo anterior con el propósito de verificar la necesidad de un nuevo plan de tratamiento o modificar los controles ya establecidos. Estos controles a los que se hace referencia incluyen la implementación de nuevas políticas, planes, procesos y procedimientos dentro de la entidad. De esta manera, se busca una intervención positiva del riesgo, lo que deriva en una valoración que posibilite evaluar los resultados del análisis del riesgo inicial, frente a los controles aplicados, y así clasificar el riesgo y determinar las medidas a adoptar (4,14). Además, estas metodologías sugieren una matriz de riesgos para el análisis de controles que facilita monitorear las actividades propuestas para el logro de objetivos que favorezcan la seguridad del paciente, esta matriz permite listar todos los controles establecidos para contrarrestar las fuentes de riesgo de los diferentes riesgos identificados (14).

Se identifica que para todos los grupos entrevistados de manera particular hay un hecho de generar un reporte como actividad inicial al detectar un riesgo en su lugar de trabajo y en el desarrollo de sus actividades. Esta posición guarda relación con uno de los objetivos de la política de seguridad del paciente de la entidad, donde se plantea fomentar la cultura del reporte, y un objetivo de la guía para gestión de riesgos que propone otorgar herramientas para la identificación y control de riesgos, situación que además concuerda con que una de las actividades mencionada con mayor periodicidad a nivel discursivo por todos los grupos al momento de gestionar riesgos es el control. Lo anterior también se asocia con la oficina de control interno de la entidad, planificado y ejecutado desde la matriz de riesgos documentada por la institución, matriz que permitió observar un análisis y evaluación de controles.

A pesar del reconocimiento y claridad en la existencia de dicha matriz por todos los grupos, solamente los participantes del grupo administrativo reconocen la construcción de esta matriz a partir de los lineamientos planteados por la norma técnica NTC- ISO 31000(4) y la Guía para la Gestión del Riesgo y Controles (14). Estas indican que dicha matriz, asume la identificación de riesgos, sus causas y consecuencias, además del análisis y evaluación de riesgos y controles con la finalidad de generar una gestión del riesgo alineada a los diferentes procesos de la entidad, que señala el riesgo conceptualizado y el riesgo materializado. En el primer caso, es el reconocimiento y el segundo es la consecuencia, a la que no se espera llegar.

Esto se debe a que es el área administrativa la encargada de la construcción de estas herramientas, lo que permite conocer su fundamento y razón de aplicabilidad para un resultado más efectivo; sin embargo, el resto de las áreas conocen su existencia y hacen uso de estas de manera reiterativa, sin tener mayor claridad de la razón y sustento de su aplicabilidad. Lo anterior es un punto en común para el área directiva y asistencial, donde se refleja la necesidad de ser involucrados en la formulación e implementación para generar una gestión integral del riesgo aplicada de la misma forma en todas las áreas dependiendo la necesidad.

La Política Nacional de Talento Humano expresa que para la prestación de servicios con calidad y el cumplimiento de objetivos en el sistema de salud es necesario la actualización y capacitación constante del talento humano, que mediante la formación se fortalece las competencias en gestión de riesgos para la salud (43). De igual manera, el mismo Ministerio de Salud y Protección Social deja ver la importancia de formación del talento humano al indicar como propósito de formulación de la política de seguridad dentro las estrategias organizacionales un equipo de trabajo, estrategias de difusión, capacitación y entrenamiento (7).

Al respecto, los participantes enuncian en conjunto que son poco recurrentes las capacitaciones brindadas por la entidad en torno a la gestión del riesgo, lo que conduce a que las diferentes áreas manifiesten una necesidad de incremento en los procesos de capacitación del riesgo y una mayor integración y acompañamiento. Al respecto, el personal directivo manifiesta que los procesos de socialización y capacitación en gestión del riesgo de su área se han alimentado en el desarrollo de las reuniones del comité de seguridad del paciente, esto considerando que el personal directivo en su mayoría conforma el comité.

Es concordante para toda la población objeto de estudio, el cumplimiento de los planes de mejora derivados de la toma oportuna de decisiones es importante, ya que determina el desarrollo de acciones de corrección y prevención y se cuentan con un seguimiento que genera prevención desde la mitigación. Las actividades vinculadas a la gestión del riesgo promueven un proceso de calidad y de seguridad en la atención del paciente, identificando que a partir de un reconocimiento de los riesgos es posible, viable y óptimo cuidar el bienestar del paciente y prestar una atención de calidad.

Estos planes de mejoramiento y el planteamiento de una ruta de acción en las actividades propuestas indican que las actividades de control realizadas para la gestión del riesgo conducen a la toma de decisiones. Estas últimas, encaminadas a los procesos de mejora según indican en consenso todos los participantes.

Ahora bien, en relación con el análisis de las actividades de prevención para evitar la aparición o materialización de un riesgo, los participantes hacen énfasis en el control como la acción más importante para el logro de objetivos en cuanto a gestión del riesgo; sin embargo, el personal directivo indica que una acción también relevante es reducir barreras que generen riesgos. De igual forma, para el personal asistencial la aplicación de listas de chequeo es importantes, lo que da cuenta de que cada área cuenta con una visión desde el desarrollo cotidiano de sus actividades

Finalmente, se evidencia que los participantes coinciden en que el riesgo está relacionado con los eventos adversos y que es necesario capacitarse y conocer sobre los lineamientos normativos en gestión del riesgo y seguridad del paciente, además de los procedimientos, políticas y guías documentadas por la entidad para generar un proceso lógico y efectivo que conlleve una migración real del riesgo. De esta manera, se aportará al cumplimiento de los objetivos de la entidad.

9 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La gestión del riesgo para las entidades de salud implica implementar una serie de acciones que conlleven a minimizar la ocurrencia de eventos desafortunados, ya sean del ámbito asistencial, administrativo, financiero o estratégico, que claramente depende de actividades proactivas para el reconocimiento e identificación de riesgos en las diferentes áreas. En este estudio se generó una discusión reflexiva. Para ello, se partió no solo de las generalidades por parte de la entidad, sino de la epistemología acorde a las directrices y normativas que se deben implementar en las organizaciones prestadoras de servicios de salud, a la luz de una transformación global en búsqueda de la seguridad del paciente y las instituciones en todos sus componentes. Lo anterior como lo plantea un estudio sobre la evaluación del riesgo para la seguridad del paciente, donde se menciona que los riesgos asumen una relación inversa con la seguridad en las distintas actividades, pues si estos incrementan la seguridad decrece (19). Así mismo, esta postura se resalta evidente en la narrativa de los participantes donde se manifiesta con frecuencia que los riesgos se relacionan de manera directa con la presencia de eventos adversos.

En ese actuar proactivo para la implementación de las diferentes metodologías, procesos y políticas para la gestión del riesgo, es evidente la importancia que implica el talento humano de las entidades de salud, pues es este quien indistintamente realiza estas actividades de identificación, evaluación, análisis y mitigación de riesgos para implementar las distintas metodologías; por lo tanto, deben contar con ciertos conocimientos transversales para ser aplicados en las diferentes áreas. Según los métodos organizacionales propuestos por Elmore (47) existen tres componentes relevantes en la conducta de los funcionarios encargados de la implementación que lograrían alterar su competencia, entre ellos se encuentra el conocimiento del proceso, pues es importante que estos conozcan sobre la intención, las normas y los objetivos específicos del proceso a implementar; sin embargo, en la entidad se reflejó de manera particular como los diferentes profesionales solicitaban mayor integración a los procesos de capacitación del riesgo para fortalecer la cultura de la gestión del riesgo y la cultura de la seguridad *“veo la necesidad de la capacitación porque no nos han dado así como a profundidad”*(f10) y además en su

narrativa se identificó un actuar bajo conocimientos y experiencias singulares inherentes al desempeño de su área.

En la entidad evaluada se denota como la relación existente entre los lineamientos de gestión del riesgo y seguridad del paciente institucionales con el conocimiento del personal es de manera variada, pues se observan distintas formas de relacionarse, influenciadas por el área de trabajo. Se logra identificar que la inserción de un pensamiento en la gestión de riesgos es dependiente del nivel organizacional. En este sentido Garbanzo Vargas (50) expresa que en las entidades es claro que, sin importar el cargo, todas las personas sostienen un conocimiento y presentan la competencia como grupo de convertirlo en actividades, proceso que no todas las organizaciones lo practican; sin embargo, esta discrepancia se sustenta en el entendimiento común de la misión y visión para guiar hacia un nivel de aprendizaje organizacional. Esto implica una mirada integral, que fomente el interés global por los objetivos institucionales para que en el funcionamiento institucional el personal desarrolle diferentes acciones y formas de tratamiento del riesgo de acuerdo con su perspectiva, pero enmarcados a los lineamientos globales de la organización y la normatividad establecida, bajo un precepto metodológico acorde con los procesos institucionales.

Dentro del concepto de estrategia organizacional Chiavento, alude “al comportamiento de la organización como un todo integrado” (50, p. 474), al contrario, la IPS evaluada reconoció al concepto de riesgo a partir de una visión sectorizada que no integra o evalúa el riesgo desde la amplitud organizacional, y lo deja a la aplicación de estrategias para mitigar el riesgo de manera individual, dependiendo de la necesidad inmediata. En este sentido, es importante que las condiciones de riesgos en seguridad del paciente estén asociadas con un todo, en una mirada holística donde exista una predisposición para la reducción de deficiencias y la transformación de un pensamiento en torno al cuidado y el autocuidado.

Para lograr la comprensión holística en la gestión del riesgo en seguridad del paciente, aparte de integrar los requerimientos y actividades de las diferentes áreas, es imperativo, tener en cuenta que, la identificación del riesgo no es lo único importante, ni mucho menos el reconocimiento de la norma, los lineamientos y los elementos conceptuales, es necesario

también la unificación en el desarrollo de acciones tendientes a evitarlos eliminarlos o modificar aquellos que ocasionaron efectos adversos; lo anterior en aras de disminuir la brecha entre los conocimientos institucionales y normativos con los requeridos para desarrollar una gestión del riesgo eficiente. Según Acosta (51), al indicar que la unificación y programación de conocimientos que se asocian y se potencializan recíprocamente en un ciclo continuo configuran la capacidad de aprendizaje que entrena al personal para sustentar, instituir e incorporar conocimientos con efectos reales. Esto responde a una concepción universalista que considera todas las dimensiones que articulan una organización como un todo.

En este estudio los participantes reconocen en los procesos de la gestión del riesgo las distintas acciones necesarias a desarrollar solamente desde la responsabilidad inherente al nivel de desempeño. En ese sentido, el área directiva reconoció el actuar en la emisión de políticas, procesos y procedimientos; el administrativo en la elaboración y formulación de estos y el asistencial en la implantación, dependiendo su área de operatividad, desconociendo que efectuar un proceso implica un engranaje de ideas y acciones que conllevan a un ciclo de aprendizaje, donde se hace necesario conocer todos sus componentes para un desempeño exitoso que “el reto consiste en conciliar y armonizar objetivos de diferentes áreas y niveles en un todo que produzca efectos de sinergia” (50, p. 461).

En estos términos, se devela la importancia que tiene el involucrar a los diferentes niveles de la organización en la formulación de los procesos, planes y programas institucionales, que además permite extraer las experiencias y conocimientos desde su perspectiva en desarrollo de su profesión, tal como lo concluye un estudio realizado en Colombia donde expresa la importancia de conceptualizar la impresión del personal y la conformación organizacional para comprender y explicar lo que ocurre en el entorno (52). Los participantes del estudio recalcan el hecho de no ser tomados en cuenta al momento de formular los diferentes planes y políticas, además de la toma de decisiones; lo que ha ocasionado intervención independiente del riesgo, pues en la implementación de planes procesos y políticas los encargados deberían extraer una idea y ajustarla a los

requerimientos locales, dado que la implementación debe ser un desempeño verdadero de las decisiones teniendo en cuenta las condiciones del área (53). De igual manera, Blanco (54) en su estudio concluye que una falla en la implantación es que no se socializa, concientiza y divulga con los ejecutores de la importancia en su actuar para el desempeño de las distintas tareas en el logro de un programa o política.

En este sentido, en la entidad estudiada no se expresa claramente la importancia del papel de las diferentes áreas dentro de la organización, en la aplicación de estrategias para la prevención de riesgos y en la toma de decisiones derivadas de los planes de mejora. Teniendo en cuenta que el objetivo del riesgo no solo es el reconocimiento del mismo, sino la mitigación a corto, mediano y largo plazo, partiendo de la identificación de riesgos, muchos de estos acuerdos con eventos adversos en las diferentes áreas, lo que recalca la necesidad del conocer de forma global los diferentes niveles organizacionales. En este aspecto, Elmore destaca que una forma ideal de organización es asignar responsabilidades de “la toma de decisiones entre todos los niveles de la organización” (47, p.220). Es de gran importancia que la aplicación de la toma de decisiones se erige en este aspecto, siendo una triangulación de la información desde el enfoque directivo gerencial a uno asistencial, que interactúe con el usuario.

Finalmente, resulta importante conocer la experiencia, las necesidades, y actuar de las diferentes áreas, su desempeño e impacto en la organización. Por parte de la dirección, además de involucrar los diferentes niveles en la formulación y adopción de metodologías, mapear el manejo de los riesgos es un elemento clave, dado que permite que todos los procesos sean conscientes de los aspectos técnicos y científicos a la luz de un esquema de debate intelectual, que permite reconocer su aporte desde una visión generalizada.

10 CONCLUSIONES

Existen diferentes formas de relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente institucional con el conocimiento y experiencias del personal, que se encuentran mediadas por los niveles organizacionales propios de la entidad. Estas generan una integración con miras no holísticas, por lo que cada miembro de la institución entiende de manera diversa el riesgo y los elementos relevantes para su gestión dependiendo el área.

La entidad cuenta con la formulación de las diferentes herramientas, planes y procesos que responden a las exigencias establecidas en la normatividad correspondiente a gestión del riesgo, con un planteamiento claro de las etapas y procesos para la implementación de las metodologías para gestión del riesgo. Esto permite avizorar estrategias de reconocimiento, identificación, valoración y tratamiento del riesgo, siendo su modelo principal la norma técnica NTC 31000.

En el contexto, la gestión del riesgo en seguridad del paciente se ha formulado e implementado a través de una política de gestión del riesgo que incluye factores para la identificación, valoración y tratamiento del riesgo con seguimiento. Esto se logra a través del establecimiento de controles; sin embargo, dentro de esta formulación, no se involucra de manera activa al personal encargado de la implementación, lo que ocasiona que se desarrollen actividades con cierto grado de dificultad sin claridad suficiente de su aporte a los objetivos organizacionales.

Desde su conocimiento, el talento humano reconoce que la gestión del riesgo tiene una relación directa con la disminución de probabilidad de ocurrencia de eventos desafortunados, cuyo objetivo no se basa exclusivamente en el reconocimiento de riesgos, sino que es necesario entablar estrategias de mitigación orientadas a reducir las problemáticas o riesgos que evalúen las acciones implantadas como mecanismos de mejora por la entidad. Lo anterior con el fin de disminuir las posibles acciones que afecten la prestación de servicios de salud e integridad física del paciente.

En el conocimiento sobre la gestión del riesgo en seguridad del paciente, el personal está marcado en mayor medida por aquellos saberes propios inherentes al nivel de desempeño,

con un conocimiento en riesgos desde su experiencia particular, por lo que las ejemplificaciones y acciones que se derivan están más integradas a una visión exclusiva para cada nivel en la gestión del riesgo. Esto no permite una implementación generalizada de la política de gestión del riesgo y ha limitado la retroalimentación entre procesos para la reducción de riesgos.

Tanto el personal de la entidad como los lineamientos revisados en gestión del riesgo relacionan la ocurrencia de eventos adversos con el riesgo. Además de tipificar al control y la aplicación de controles como una actividad sobresaliente en la gestión del riesgo, coinciden en la importancia de la participación activa de todos los miembros de la entidad en este proceso, dado que se reconoce que su la relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente y el conocimiento del personal es diversa y de forma aislada en cada área de la entidad. Lo anterior deja de lado un trabajo integral que aporte a los proyectos estratégicos de la entidad.

La capacitación integrativa del talento humano sobre los lineamientos normativos en gestión del riesgo y seguridad del paciente, además de los procedimientos, políticas y guías documentadas por la entidad es un punto clave para generar un proceso lógico y efectivo que conlleve a una migración real del riesgo y aporte al cumplimiento de objetivos en la entidad.

11 RECOMENDACIONES

Se recomienda determinar medidas para comprender el riesgo y la gestión del riesgo como un proceso holístico y crítico, con acercamiento a la problemática real de la entidad. Esto para generar una interacción entre todos los niveles organizacionales, que permita una retroalimentación entre procesos y que, a su vez, conduzca a la implantación de un ciclo que se alimente de las mejoras estandarizadas para conducir hacia un aprendizaje organizacional.

Es necesario fortalecer la cultura de la gestión del riesgo y seguridad, desde el fomento del reporte e identificación de riesgos que permitan establecer nuevos controles con mayor frecuencia que permita reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos desafortunados.

Además, debería incrementar la frecuencia de capacitaciones con orientación hacia la gestión del riesgo, que involucre la socialización de las diferentes metodologías utilizadas para el proceso de gestión del riesgo, además afianzar el fundamento de aplicación de la matriz de riesgos y comentar estrategias de control y seguimiento a implementar para la mitigación de riesgos dentro de la matriz.

Incorporar en la formulación de las guías y procedimientos de la identificación, reporte y evaluación de riesgos al personal asistencial de la entidad que implique un acompañamiento más acentuado en el desarrollo de las distintas acciones para la gestión del riesgo que involucren la elaboración de planes de mejora como herramienta para el despliegue de estrategias de control.

Finalmente, se recomienda a las instituciones educativas afianzar dentro de su currículo y plan de estudios temas relacionados con la gestión de riesgos desde los diferentes niveles organizacionales teniendo en cuenta que es un tema vanguardista y de suma importancia en el área de la salud.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ICONTEC. Gestión del Riesgo. [Internet]. Resumen Norma Técnica Colombiana NTC-5254; 2006 [Citado 2021 Nov 11]. Disponible en: <https://www.corponor.gov.co/NORMATIVIDAD/NORMA%20TECNICA/Norma%20T%E9cnica%20NTC%205254.pdf>
2. ISOTools. Norma ISO 31000: El valor de la gestión de riesgos en las organizaciones. [Internet]. 2018. [Citado 2021 Nov 12]. Disponible en: <https://www.isotools.org/pdfs-pro/ebook-iso-31000-gestion-riesgos-organizaciones.pdf>
3. Sánchez-Sánchez, LR. COSO ERM y la Gestión de Riesgos. Rev. Fac. Ciencias Contables [Internet]. 2015. [Consultado 2021 Nov 12]; 23(44):43-50. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/quipu/article/view/11625/10435>
4. ICONTEC. Gestión del Riesgo. Principios y Directrices [Internet]. Norma Técnica Colombiana NTC-31000; 2011 [Citado 2021 Feb 12]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mihgnldo>
5. Brundtland, G. H. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Vitae: Academia Biomédica Digital, 2003; 14(12).
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. Calidad y Evaluación Sanitaria. Madrid. [Internet]. 2014. [Citado 2020 Dic 02]. Disponible en: <https://n9.cl/bl2cf>
7. Ministerio de Salud y Proyección Social. [Internet]) Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia; 2008 [Citado 2020 Oct 14]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

8. Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Organización Mundial de la Salud y cols. Estudios “IBEAS”: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [Internet]. 2009. [Consultado 2020 Dic 02]. Disponible en: <https://n9.cl/cfbc5>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión Integral del Riesgo en Salud: Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. 2018 [Citado 2019 Nov 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite). 2019
11. Congreso De La República De Colombia. Ley 100 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993. [Citado 2019 Nov 12]. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf
12. Congreso De La República De Colombia. Ley 1122 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2007. [Citado 2019 Nov 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
13. Rodríguez PA, Beltrán SP, Peña YK, Mendoza MJ, Julio GD y Giraldo Bernal LF. Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. Rev Cienc Tecnol Salud Vis Ocul. [Internet]. 2016. [Consultado 2021 Nov 12]; (1): 79-87. Disponible en: <https://doi.org/10.19052/sv.3518>
14. Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas. [Internet] 2018 [Citado 2019 Nov 11]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418548/34150781/Gu%C3%ADa+para>

- +la+administraci%C3%B3n+del+riesgo+y+el+dise%C3%B1o+de+controles+en+entidades+p%C3%BAblicas++Versi%C3%B3n+5+-+Diciembre+de+2020.pdf/68d324dd-55c5-11e0-9f37-2e5516b48a87?t=1611247032238&download=true
15. Arrieta Leottau, M. C., Cabra Guzmán, J. D., Martínez Sterling, D. M. Estrategias de implementación de sistemas de gestión del riesgo para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en Colombia. *Rev Panorama Económico*. [Internet]. 2021. [Consultado 2021 Nov 12]; 29(1), 24–47. Disponible en: <https://doi.org/10.32997/pe-2021-3642>
 16. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. [Internet] 2013. [Consultado 2020 Oct 14] Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8777:2013-plan-decenal-salud-publica-2012-2021-colombia&Itemid=40264&lang=es#:~:text=El%20Plan%20Decenal%20de%20Salud,y%20Protecci%C3%B3n%20Social%20de%20Colombia\)](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8777:2013-plan-decenal-salud-publica-2012-2021-colombia&Itemid=40264&lang=es#:~:text=El%20Plan%20Decenal%20de%20Salud,y%20Protecci%C3%B3n%20Social%20de%20Colombia)).
 17. Facultad de Medicina UANL. Errar es Humano. *Rev. Medicina Universitaria*. Elsevier México. [Internet]. 2011. [Consultado 2020 Dic. 02]; 13(51):69-71. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579611240505>
 18. Gutiérrez Vega R. Eventos adversos y seguridad del paciente. *Anales de Radiología México*. 2007; 3:177.
 19. Varela J; Torres F; Dolci, G. Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. *Cirugía y Cirujanos*. 2010; 78:515-26.
 20. Anacona M, Imbacuan D. Conocimiento de los trabajadores de la salud sobre eventos adversos como proceso de mejoramiento de calidad, Hospital del Tambo, Cauca, Abril – Mayo. [Internet]. Popayán: Universidad EAN; 2011 [Consultado 2020 Dic]. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/830/Conocimiento%20y%20opr%C3%A1cticas%20sobre%20eventos%20adversos%2C%20personal%20asistencia>

1%2C%20Hospital%20san%20Juan%20de%20Dios%2C%20Cartago%2C%20Valle%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. INVIMA. Sistema de Gestión de Riesgos Clínicos Metodología AMFE [Internet] 2013 [Consultado 2021 Feb 22]. Disponible en: <https://tinyurl.com/11xd7i1j>
22. INVIMA. Prueba Piloto para la Aplicación de AMFE como Herramienta de Reactivo vigilancia Proactiva en 3 Instituciones de la ciudad de BOGOTÁ D.C. [Internet]. 2013 [Consultado 2021 Feb 22] Disponible en: <https://tinyurl.com/yyytwryc>
23. Consuegra – Mateus O. Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. Revista Cuadernos Latinoamericanos de Administración [Internet]. 2015. [Citado 2020 Dic 08]; 11(20):37-50. Disponible en: <https://tinyurl.com/tuleyc2p>
24. Ceriani C. La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. Arch Argent Pediatr. 2009; 107(5):385-386.
25. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2008. [Citado 2022 Feb 27]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y3e4nh6l>
26. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009. [Citado 2019 Feb 27]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y2mhy4cu>
27. Burbano Valdés H. M. y cols. Causas del no Reporte de Eventos Adversos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud en Pasto - Nariño, Colombia. Sección Artículos Originales Revista Universidad y Salud. Pasto, 2013.
28. Africano Diaz LM, Antolinez Miranda JP, Uribe Meneses ER. Diseño de un programa de vigilancia y reporte de eventos adversos centrado en la seguridad del paciente para la clínica metropolitana de Bucaramanga S.A. Bucaramanga; Santander. 2010.
29. Mira J. Cho M. Montserrat D. Rodríguez J y Santacruz J.. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2013; 33(1): 1-7.

30. Velásquez-Restrepo, PA, Velásquez-Restrepo, SM, Velásquez-Lopera, M, Villa-Galeano, J. Implementación de la gestión de riesgo en los procesos misionales de la Sección de Dermatología de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia) siguiendo las directrices de la norma ISO 9001:2015. Rev Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2017. [Consultado 2019 Feb 27]; 16(33):78-101. Disponible en: <https://tinyurl.com/y3cpgkby>
31. Luengas S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Vía Salud [Internet]. 2009. [Citado 2019 Feb 27]; (48):6-21. Disponible en: <https://tinyurl.com/yyjemrv6>
32. Ministerio de Salud y Protección Social: La Salud es de Todos [Internet]. Bogotá, Colombia: [Citado 2019 Feb 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>
33. Comité Internacional de la Cruz Roja. Los servicios de salud: en el nivel primario [Internet]. Ginebra, Suiza: CICR; 2006 [Citado 2019 Feb 27]. Disponible en: <https://tinyurl.com/286z9kqu>
34. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Descriptores en ciencias de la salud (DeCS) [Internet]. Biblioteca Virtual en Salud. [Citado 2020 Feb 22] Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
35. Gómez, A; Superintendencia de Salud. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monitoreo Estratégico. [Internet]. 2014. [Citado 2019 Feb 27]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y4baoo69>
36. Función Pública. Ley 87 de 1993 [Internet]. 1993 [Citado 18 febrero 2021]. Disponible en: 2001 [Internet]. 2001 [Citado 2021 Feb 18]. Disponible en: <https://tinyurl.com/1dkgrayiz>
37. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 1537 de 2001 [Internet] 2001 [Citado 2021 Feb 18]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5324>

38. Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006 [Internet]. 2006 [Citado 19 febrero 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/nofkceek>
39. Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la administración del riesgo. [Internet] 2014. [Citado 2021 Oct 20] Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1592.pdf/73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba>
40. CEHANI – Unidad Médica Avanzada. Plan de desarrollo institucional: Su salud y bienestar nuestra prioridad. 2016-2020
41. Instituto departamental de Nariño. Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de empresas sociales del estado del departamento de Nariño. 2019
42. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Internet] 1993 [Citado 2020 Feb 5]. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Política nacional de talento humano en salud. [Internet]. 2018 [Citado 2022 Mar 26]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
44. Organización Panamericana de la Salud. Llamada a la acción de Toronto 2006-2015 hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. [Internet]. 2005 [Citado 2022 Mar 26]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/llamado-accion-toronto.pdf>
45. Chiavenato I. Gestión del talento humano. 3a ed. México: McGraw-Hill; 2009
46. Montoya - Agudelo CA, Boyero - Saavedra MR. El recurso humano como elemento fundamental para la gestión de calidad y la competitividad organizacional. Rev Científica "Visión de Futuro" [Internet]. 2016. [Consultado 2022 Mar 26]; 20(2): 1-20.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3579/357947335001/html/index.html>

47. Elmore, RF. Modelos organizacionales para el análisis de la implementación de programas sociales. En: Aguilar Villanueva L, editor. La implementación de las políticas. 1a ed. México: Miguel Ángel Porrúa; 1993. p.185- 250.
48. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución Número 1841. Por la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012 - 2021. [Internet] 2013 [Citado XXXXX]. Disponible:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
49. Garbanzo-Vargas GM. Desarrollo organizacional y los procesos de cambio en las instituciones educativas, un reto de la gestión de la educación. Rev Educación [Internet].2016 [Consultado 2022 Abr 01]; 40 (1): 67-87. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/22534/22677>
50. Chiavenato, I. Estrategia Organizacional. En: del Bosque Alayón R, editor. Comportamiento organizacional. 2ed. México: McGraw Hill; 2009. p. 453-483
51. Acosta, P. El aprendizaje organizacional como proceso de innovación en nuevas empresas de base tecnológica, un estudio de casos. Rev Ideas CONCYTEG. [Internet]. 2011. [Consultado 2022 Abr 01]; 6 (74): 959-976. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/301358293_El_aprendizaje_organizacionnal_como_proceso_de_innovacion_en_nuevas_empresas_de_base_tecnologica_estudio_de_caso
52. Corredor KA, Díaz LP. La seguridad del paciente: mucho más que evitar el daño. Atas CIAIQ2017 Investigación Cualitativa en Salud. [Internet]. 2017. [Consultado 2022 Ene 07]; 2. Disponible en: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1559>
53. Aguilar, LF. La implementación de las políticas – Estudio introductorio y edición. México: Porrúa, MA; 2000.
54. Blanco, E. Aspectos organizacionales en la implementación de políticas públicas del sector social- productivo: el caso del Fideicomiso para el Desarrollo de

Microproyectos Productivos del Sistema de Financiamiento para el Desarrollo del Estado, SIFIDE, del Estado de San Luis Potosí [Pregrado]. San Luis Potosí: El Colegio de San Luis, A. C. . 2010

13 ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado

Consentimiento informado Online

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA

Ciudad y fecha: _____

Cédula: _____

INVESTIGACIÓN:

Relación Entre los lineamientos de la Gestión del Riesgo en Seguridad del Paciente institucional con el conocimiento y experiencia del personal en una institución de mediana complejidad de Pasto Nariño – Colombia, 2021.

Es una investigación que será realizada por estudiantes y docentes del grupo de investigación de salud pública de la Universidad Autónoma de Manizales y cuenta con la aprobación del comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 116 del día 26 del mes de mayo de 2021.

Su objetivo es conocer la percepción del personal asistencial, directivo y administrativo de la E.S.E CEHANI, frente a la experiencia y conocimiento del tema de investigación mencionado, con el propósito de aportar al fortalecimiento del programa de intervención institucional de gestión de riesgo y seguridad del paciente.


- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos puedan aportar en el diagnóstico de la institución.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada y salvaguardada por la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Toda la información obtenida es llevada al anonimato, se aplicará al personal asistencial, directivo y administrativo relacionado con gestión del riesgo y el programa de seguridad del paciente, los resultados serán tratados confidencialmente, no podrán estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y compañeros de trabajo.

Una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación, acepto ser parte del estudio y autorizo a los investigadores para que me apliquen la entrevista de manera virtual y pueda ser grabada. Así mismo hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Acepto SI NO

Anexo 2. Instrumento 1 Hoja de Registro

<p>INSTRUMENTO No 1: HOJA DE REGSITRO</p> <p>TEMA: GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE</p> <p>MAESTRIA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD</p> <p>UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES</p>	
	
Institución	
Cargo Persona que Brinda la Información:	
Fecha:	
OBSERVACIÓN: Actividad investigativa solamente para fines académicos	

<p>1 POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS</p>				
<p>1.1</p>	<p>¿Se encuentra inmersa dentro de la plataforma estratégica de la institución la gestión del riesgo?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO			
<p>1.2</p>	<p>¿Existe una política de Gestión de Riesgos en la institución?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO			
<p>1.3</p>	<p>En caso de ser afirmativa la respuesta a la pregunta anterior se deben responder las preguntas de la 1.4 a la 1.7</p>			
<p>1.4</p>	<p>¿Se encuentra evidencias del despliegue e implementación de la política de gestión del riesgo en la institución?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO			
<p>1.5</p>	<p>¿La política de gestión del riesgo de la Institución se encuentra articulada a la política de seguridad del paciente?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	SI	NO
SI	NO			

<p>1.6 ¿Se tiene desplegada al talento humano de la institución la política de gestión del riesgo?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
<p>1.7 ¿Qué metodología tiene definida la institución para la gestión del riesgo?</p> <hr/> <hr/>		
<p>2 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS</p>		
<p>2.1 ¿Se han identificado los riesgos por proceso relacionados con seguridad del paciente?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
<p>2.2 ¿Dentro de la metodología implementada la entidad cuenta con herramientas para la identificación del riesgo?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
<p>2.3 ¿Se tienen identificadas las causas y efectos para cada uno de los riesgos definidos relacionados con seguridad del paciente?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
<p>2.4 ¿La entidad identifica las consecuencias potenciales del riesgo?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
<p>3 VALORACIÓN DE RIESGOS</p>		
<p>3.1 ¿Se ha realizado valoración de cada uno de los riesgos?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
<p>3.2 ¿La entidad establece el análisis y probabilidad del riesgo?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
<p>3.3 ¿La entidad cuenta con mapa de riesgo?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>
<p>3.4 ¿Existen controles en la institución para cada uno de los riesgos?</p>	<p>SI</p>	<p>NO</p>

4. MITIGACIÓN DE RIESGOS		
4.1	¿Se tienen acciones de mejora para aquellos riesgos cuya valoración sea alta?	SI NO
4.2	¿Los controles Mitigan el impacto del Riesgo?	SI NO
4.3	¿Se realiza seguimiento a la gestión de los riesgos asociados a seguridad del paciente?	SI NO
4.4	¿Existen controles diseñados para mitigar la probabilidad de que el riesgo se materialice?	SI NO
4.5	¿Existen registros relacionados con la materialización de riesgos asociados a la seguridad del paciente?	SI NO


Tomado y Adaptado de:

Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la administración del riesgo. 2018.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. Norma Técnica Colombiana NTC-3100: Gestión del Riesgo Principios y Directrices

Consuegra – Mateus, O. Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. Revista Cuadernos Latinoamericanos de Administración [Internet]. 2015. [citado 08 de dic. De 2020]; 11(20):37-50.

Anexo 3 Entrevista Semiestructurada

INSTRUMENTO No 2: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA – GUIA DE PREGUNTAS	
TEMA: GESTIÓN DEL RIESGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	
MAESTRIA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	
 UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES	
OBJETIVO: Indagar sobre el conocimiento y experiencia del personal en una institución de mediana complejidad sobre los lineamientos institucionales de la gestión del riesgo en seguridad del paciente.	
OBSERVACIÓN: Actividad investigativa solamente para fines académicos	
Código de la Entrevista	
Institución	
Área de la Entidad	
Cargo Entrevistado:	
Fecha:	

Buen día, tenga usted un cordial saludo, quiero agradecerle el tiempo que me ha brindado para poder realizar esta entrevista. También es necesario mencionarle que los comentarios e información que nos proporcione serán elementos valiosos para el proyecto, esta información será manejada de manera confidencial.

Solicito su consentimiento para realizar y grabar la entrevista que vamos a desarrollar

Aspectos Generales

¿Cuál es su nombre?

¿Qué edad tiene usted?

¿Qué profesión tiene?

¿En qué servicio de esta entidad trabaja usted?

¿Cuánto tiempo lleva en trabajando en esta institución?

Categoría: Análisis del Contexto

¿Qué conoce o sabe usted algo sobre la plataforma estratégica de la entidad (Misión, Visión, Objetivos)?

¿Cómo los objetivos y misión de la entidad contemplan la gestión del riesgo?

¿En qué consiste la política de gestión del riesgo de la institución?

¿Describa con sus palabras brevemente la política institucional de gestión del riesgo?

Categoría: Identificación

¿Cuénteme que es para usted un riesgo?

¿Qué riesgo se asocian a la actividad que realiza en la prestación de atención al paciente?²

¿Cuénteme que riesgos hay en su área que afecten la seguridad del paciente?

¿Qué consecuencias ha observado de algún riesgo convertido en un evento adverso?

¿Sabe de alguna herramienta para identificar y gestionar los riesgos en su área?

Categoría: Valoración

¿En su área de trabajo cuales riesgos que cree usted, que afecten la prestación del servicio?

¿Qué hace usted cuando se presenta un riesgo en su área de trabajo?

¿Cómo usted cree que previene la ocurrencia de un riesgo en sus actividades diarias?

Categoría: Mitigación y Tratamiento

¿Qué capacitaciones en gestión del riesgo le ha brindado su Institución?

¿En qué momento y de qué forma le hablaron en la capacitación sobre gestión del riesgo?

¿Cómo puede aplicar los conocimientos brindados en las capacitaciones sobre gestión del riesgo?

¿En su labor diaria que acciones realiza para prevenir que ocurra un riesgo?

¿Sabe cómo y si se han desarrollado acciones de mejora frente a riesgos que han ocasionado un evento adverso?

¿Cuénteme si alguien hace seguimiento para que se cumplan las acciones de mejora planteadas?

¿Cómo su líder inmediato tiene en cuenta sus sugerencias respecto a los riesgos que detecta?


¿Cuénteme si le han realizado recomendaciones sobre los riesgos que reporta?

Tomado y Adaptado de:

Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la administración del riesgo. 2018.

Consuegra – Mateus, O. Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. Revista Cuadernos Latinoamericanos de Administración [Internet]. 2015. [citado 08 de dic. De 2020]; 11(20):37-50.





Anexo 4. Aval Ético

	SOLICITUD DE AVAL ÉTICO, BIOÉTICO Y DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA PARA LOS PROYECTOS O PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN QUE SE REALIZARÁN CON LA PARTICIPACIÓN DE SERES VIVOS Y MATERIAL ORGÁNICO POR PARTE DE INVESTIGADORES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES¹	CÓDIGO: GIN-FOR-03
		VERSIÓN: 1 FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO: 27/MAR/2020

En sesión del día 26 de mayo de 2021 como consta en el acta 116 del Comité de Bioética de la Universidad. Exposición oral de forma virtual.

Se sugiere que sea virtual solicitando la grabación aclarando que solo se usará la grabación y la información para los fines investigativos y se guardará en la maestría.

Los investigadores refieren que aceptan realizarlo de manera virtual y en ese sentido se aprueba como investigación sin riesgo.

María del Carmen Vergara Q	Coordinadora de la Unidad de Investigación, relatora del Comité de Bioética	reddeinvestigacion@autonoma.edu.co	
Jackeline Mulette	Representante del área clínica de Odontología-SALUD	jmullet@autonoma.edu.co	
Andrea del Pilar González	Representante del área clínica de Fisioterapia-SALUD	andrepqm@autonoma.edu.co	
Giovanny Herrera	Experto en ética	ghmunoz@autonoma.edu.co	

Responsabilidad Ética, Bioética y de Integridad Científica del Investigador: el aval otorgado por el Comité de Bioética en Investigación de la Universidad Autónoma de Manizales, sobre un proyecto de investigación llevado a su consideración, no releva, ni sustituye la responsabilidad ética, bioética y de integridad científica de los investigadores, por tanto, ellos deben asumir siempre la responsabilidad de la integridad en todos los aspectos del proyecto o programa.