

Artículo de investigación

Lineamientos en gestión del riesgo en seguridad del paciente y conocimientos del personal de salud

Guidelines on Risk Management in Patient Safety and Knowledge of Health Personnel

Vanesa Mercedes Rivera Rosero^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-1688-0394>

Dora Cardona Rivas¹ <https://orcid.org/0000-0002-5378-3518>

Alba Lucia Paz Delgado¹ <https://orcid.org/0000-0002-6588-9141>

¹Universidad Autónoma de Manizales. Caldas, Manizales, Colombia.

*Autor para la correspondencia: riveravanesa52@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La práctica de la gestión del riesgo en seguridad del paciente es una manera de mantener la prestación segura del servicio de salud en todos los niveles. Implica una intervención y verificación preventiva, de tal manera que la alta dirección conozca hasta qué punto tiene el control de los sucesos.

Objetivo: Relacionar los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente con el conocimiento y la experiencia del personal en una institución prestadora de servicios de salud.

Métodos: Se realizó un estudio con enfoque empírico analítico de corte cualitativo, se aplicó una entrevista semiestructurada a informantes clave por área de desempeño, además de revisión documental. El análisis de la información se elaboró a través de la codificación de información según categorías de análisis y la interpretación mediante la confrontación con lineamientos en gestión del riesgo en seguridad del paciente.

Resultados: Existieron diferentes formas de relación entre los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente con el conocimiento y experiencias del personal, que dependen del área de desempeño y nivel organizacional.

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.

Palabras clave: gestión del riesgo; seguridad del paciente; servicios de salud; personal de salud.

ABSTRACT

Introduction: The practice of risk management in patient safety is a way to maintain the safe delivery of health care at all levels. It involves preventive intervention and verification, so that senior management knows to what extent they have control of events.

Objective: To relate the patient safety risk management guidelines with the knowledge and experience of the staff in an institution providing health services.

Methods: A study was carried out with a qualitative analytical empirical approach. A semi-structured interview was applied to key informants by performance area and a documentary review was carried out. The analysis of the information was carried out through the coding of information according to analysis categories and the interpretation through confrontation with patient safety risk management guidelines.

Results: There were different forms of relationship between the patient safety risk management guidelines with the knowledge and experiences of the staff, which depend on the performance area and organizational level.

Conclusions: The diverse understanding of risk and the relevant elements for its management limits comprehensive risk management in patient safety, demanding articulation processes among organizational levels.

Keywords: risk management; patient safety; Health services; health personnel.

Recibido: 12/11/2022

Aceptado: 26/01/2023

Introducción

En el ejercicio de las instituciones prestadores de salud (IPS) está demostrado que, para brindar un servicio de calidad, resulta importante gestionar la integridad y seguridad del paciente, ligando esta acción a la manera cómo se administra y previene el riesgo; esto considerando que en el normal desarrollo de las IPS intervienen recursos humanos, económicos, de tiempo e infraestructura que, indudablemente, están expuestos a una serie de riesgos.

Teniendo en cuenta estas condiciones, es importante que el personal que labora en las entidades de salud tenga claridad de conceptos y conocimiento en gestión del riesgo (GR) en seguridad del paciente, para contribuir a un desarrollo exitoso en la aplicabilidad de las herramientas y programas para gestionar el riesgo. Lo que implica la construcción de una cultura organizacional como lo manifiesta la Norma Técnica Colombiana (NTC)-5254, “La GR debe formar parte de la cultura organizacional, [...] quienes gestionan el riesgo de forma eficaz y eficiente tienen más probabilidad de alcanzar sus objetivos [...]”.⁽¹⁾

La tecnificación de muchos procesos aumentó la posibilidad de la aparición de eventos desafortunados, publicándose nomas como la NTC-ISO 9001 y la NTC-ISO 31000, con enfoque genérico y lineamientos para gestionar cualquier forma de riesgo de manera sistemática.^(2,3) Así también el interés por los riesgos para la salud no solo se ha intensificado, sino que ha incluido nuevas perspectivas en la identificación, definición, cuantificación y caracterización de las amenazas para la salud humana y para el medio ambiente.⁽⁴⁾ En el ámbito asistencial se emplean metodologías enfocadas al mejoramiento continuo de la calidad mediante el seguimiento de riesgos, entre ellas se reconoce la metodología AMFE (Análisis, Modo, Falla y Efecto).⁽⁵⁾ Esta utiliza técnicas de investigación cualitativas para la recolección de la información en varias fases de la gestión, ligada a la prevención de eventos adversos.^(6,7)

En Colombia, la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles 2018 contempla la necesidad de un diagnóstico previo referente a la estructura de riesgos y su gestión para identificar, valorar, prevenir y mitigar riesgos;⁽⁸⁾ también la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y, actualmente, el Modelo de Atención Territorial

Integral (MAITE) constituyen como estrategia transversal la gestión integral del riesgo.^(9,10) En el contexto de la seguridad del paciente se han elaborado estudios en Colombia relacionados con eventos adversos, donde la frecuencia con que se presentan varía del 9 % hasta el 16,6 %, ⁽¹¹⁾ y entre sus causas se relacionan un 16,24 % a los cuidados, un 26,75 % con algún procedimiento y un 5,10 % con el diagnóstico.⁽¹²⁾ En este sentido, existe la necesidad de gestionar de manera oportuna los riesgos que puedan transformarse en causas de efectos adversos; además de informar al personal de las entidades sobre las medidas y acciones tanto preventivas como correctivas tomadas a partir de los incidentes presentados;⁽¹³⁾ dado que las actividades preventivas constituyen una acción fundamental en la gestión y mitigación de riesgos, lo que evidencia la importancia de escudriñar en lo concerniente a gestión del riesgo en las IPS.⁽¹⁴⁾

Sin embargo, es poco frecuente el estudio de GR en seguridad del paciente, algunas investigaciones muestran que la disparidad de métodos para estimar el riesgo en salud es indicativo de que, hasta el momento, “no hay métodos únicos ni perfectos para identificar los riesgos”,⁽¹⁵⁾ pero la GR en seguridad del paciente es una manera de mantener en todos los niveles la prestación segura del servicio, precisando transmitir e involucrar a toda la organización. El objetivo del estudio fue relacionar los lineamientos de la gestión del riesgo en seguridad del paciente con el conocimiento y la experiencia del personal en una institución prestadora de servicios de salud.

Métodos

Se realizó un estudio de enfoque empírico analítico con información cualitativa,^(16,17) que se desarrolló en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Pasto, Colombia. Los datos se recolectaron durante el año 2021, con un total de 20 participantes considerados informantes clave dentro de cada área relacionados con la GR.⁽¹⁷⁾ Se tomó como unidad de trabajo los testimonios aportados por estos, quienes pertenecían: al nivel directivo (n = 1), administrativo (n = 8) y asistencial (n = 11).

Criterios de inclusión: Ser funcionario activo, con más de un año laborando en la entidad y aceptar voluntariamente ser parte del estudio, excluyendo al personal encargado de mantenimiento y funcionarios que llevaran menos de un año trabajando en la entidad.

Para la recolección de información se tuvieron en cuenta dos fuentes, una primaria que correspondió a la información suministrada por los participantes y una secundaria referente a datos recabados a través de una revisión documental en la entidad sobre GR en seguridad del paciente. Se diseñaron dos instrumentos, una hoja de registro en la que se organizó la información documental y una guía de entrevista semiestructurada para indagar a los informantes clave, estas se elaboraron previamente en base a la NTC-ISO 31000,⁽³⁾ la guía para la administración del riesgo 2018⁽⁹⁾ y la metodología AMFE.⁽⁵⁾ Se predeterminaron cuatro categorías de análisis con el objetivo de agrupar la información tras su recolección que fueron: análisis del contexto, identificación del riesgo, valoración, tratamiento y mitigación.

Se llevó a cabo una prueba piloto, aplicada a funcionarios que no hacían parte de la unidad de trabajo y cumplían con los criterios de inclusión, estableciendo que el instrumento era apto para aplicar en la entidad.

Posterior a la aceptación del consentimiento informado a través de un formulario de Google forms, se consintió grabar la entrevista de manera virtual, las cuales fueron transcritas para efectuar el análisis de la información ordenándola de acuerdo a la naturaleza de los datos.

Para sintetizar y categorizar la información recopilada en la entrevista, se organizó clasificándola de acuerdo a las preguntas formuladas en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, creando una base de datos. En segunda instancia se designó un código a cada participante con el propósito de identificar la información a utilizar en la descripción. Se desarrolló una codificación de la información en función de las categorías planteadas a priori, y se organizó de acuerdo con los niveles organizacionales de la entidad (Directivo, administrativo, asistencial). A continuación, se realizó una identificación de tendencias acorde con los niveles organizacionales determinados a fin de identificar el área en que se desempeñaban los informantes, estructurando de forma descriptiva dicha información.

La información obtenida en la revisión documental, se organizó de acuerdo a las categorías de análisis en un procesador de textos (Word), y se ordenó de forma descriptiva. Finalmente, se procedió a contrastar tendencias para efectuar una interpretación por categorías de análisis, articulando los resultados obtenidos en la entrevista y revisión documental con el marco teórico, para ello se efectuó un proceso de triangulación. Para la información de tipo

sociodemográfico, se aplicó un análisis univariado con estadística descriptiva mediante distribución de frecuencias.⁽¹⁸⁾

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales y autorización del representante legal de la entidad, guardando todos requerimientos y normas éticas, además se estableció la aceptación de consentimiento informado.^(19,20)

Resultados

Los resultados que se originaron de las entrevistas y revisión documental se agruparon en las cuatro categorías plateadas previamente y se abordaron por área de desempeño. El análisis de los datos señaló que existen diferentes formas de relación entre los lineamientos de la GR en seguridad del paciente con el conocimiento del personal, mediados por los niveles organizacionales propios de la institución que generan visiones divergentes.

Entre los participantes predominó el sexo femenino (70 %) y las edades entre 30 y 39 (60 %). El 5 % representó al nivel directivo, el 40 % al administrativo y el 55 % al asistencial (tabla 1).

Tabla 1 - Características de los informantes

Sexo	Número	%
Masculino	6	30
Femenino	14	70
Edad (años)		
20-29	1	5
30-39	12	60
40-49	4	20
50-59	2	10
60-69	1	5
Profesión		
Médico	1	5
Administrador de empresas	1	5

Abogado	2	10
Ingeniero de sistemas	1	5
Contador público	1	5
Trabajador social	1	5
Administración de negocios	1	5
Administrador público	1	5
Enfermera	1	5
Técnico en el área de la salud	1	5
Regente de farmacia	1	5
Instrumentador quirúrgico	1	5
Técnico auxiliar de enfermería	2	10
Audiólogo	1	5
Técnico en electroencefalograma	1	5
Fisioterapia	2	10
Psicóloga	1	5
Tiempo en la entidad (años)		
1-5	14	70
6-10	2	10
11-15	2	10
16-20	1	5
21-25	1	5
Área de trabajo		
Directivo	1	5
Administrativo	8	40
Asistencial	11	55

Fuente: Datos obtenidos en la entrevista semiestructurada.

Análisis del contexto

La revisión documental basada en documentación relacionada con GR en seguridad del paciente, mostró que las políticas de GR y seguridad del paciente se alineaban entre sí dentro de la plataforma estratégica, cumpliendo la normatividad vigente bajo los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad⁽²¹⁾ y la NTC ISO 31000;⁽⁴⁾ a través del planteamiento de mecanismos para prevenir, disminuir y evitar riesgos que puedan inferir

en acciones inseguras y fomentar el mejoramiento continuo con estrategias de identificación, análisis, valoración e intervención de los riesgos existentes.

En el conocimiento del contexto es evidente que todos los actores reconocen a la entidad en su responsabilidad para prestar servicios de salud enfocada en el usuario y la familia, “[...] el enfoque se reconoce en pro de la comunidad y del usuario y también de la familia [...]” (f3-f4). Al segmentar tres grupos poblacionales permitió ver diferentes visiones, involucrando no solo tres esquemas de conocimiento sobre la GR, sino también del riesgo mismo.

En este sentido los participantes administrativos distinguen con mayor claridad la asociación de la GR con los objetivos estratégicos, reconociendo que estos inciden en el tratamiento y accionar de los diversos elementos conceptuales de la GR.

“[...] uno de los objetivos estratégicos de la entidad es gestión del riesgo, donde se plantea definir y gestionar riesgos [...]” (f8).

No obstante, el personal asistencial no identifica con claridad esta relación, pero sí la integración de la GR dentro misión desde una postura de atención con calidad sin generar riesgo al paciente.

“[...] brindar una atención con calidad, evitando así riesgos hacia el usuario, brindando la atención con oportunidad [...]” (f10).

Respecto a la política de GR y su relación con la plataforma estratégica, existe un consenso entre todos los actores que contemplan el control como actividad principal en el tratamiento del riesgo. Alineándose con lo vislumbrado en la revisión documental, la Guía para la administración del riesgo y NTC- ISO 31000 recalcan la importancia de suministrar controles.^(9,4)

“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).

“[...] los controles de cada proceso para prevenir todos los riesgos que se puedan presentar” (f3).

Además, los participantes asistenciales perciben esta política en aspectos de control más mejoramiento y seguridad, teniendo en cuenta que esta área tiene relación directa con la prestación de servicios y manipulación del paciente. “[...] garantizar la seguridad del paciente y del entorno como tal [...]” (f18).

Aunque es de conocimiento la existencia de una política de GR, no se encuentra precisión en todos los participantes respecto a su funcionamiento fuera de las actividades de control, solo el área administrativa, presenta claridad en su enfoque total.

Identificación del riesgo

Respecto a la conceptualización de riesgo, los participantes coincidieron en concebirlo como una situación que suscita un evento adverso; sin embargo, el enfoque varía según el área y unificándose brindan una mirada integral de riesgo (tabla 2). El personal asistencial atribuye su conocimiento en riesgos más a la experiencia particular y conocimientos inherentes al desempeño, que a lo difundido por la entidad. En relación con ello manifestaron la necesidad de capacitación, recalcaron poca participación en la formulación e implementación de políticas; situación que ha generado una intervención independiente del riesgo, dando operatividad a lo formulado sin comprender el fundamento.

En cuanto al tipo de riesgos, fue evidente que cada área posee diferentes, y dependiendo de esta, pueden comprenderse de manera distinta. Los administrativos y directivos manifiestan riesgos más de tipo administrativo y en la planeación, en tanto, los asistenciales riesgos más operativos como lo indica la tabla 2; sin embargo, en todos fue reiterativo el riesgo de caída, acorde con lo observado en la revisión documental: las caídas son la primera causa de eventos adversos. Los participantes en general concuerdan en la existencia e implementación de una matriz de riesgos como herramienta de control, que contempla los riesgos identificados (tabla2).

Tabla 2 - Conocimientos sobre identificación del riesgo

Directivo	Administrativo		Asistencial	
Concepto de riesgo				
“[...] posibilidades de algo reiterativo de	“[...] actividad antes de la generación de un	“Posibilidad de ocurrencia de un	El bienestar y la seguridad ligados	“No generar una atención segura al

presentar una eventualidad [...]” (f1).	evento adverso [...]” (f4).	hecho negativo [...]” (f2-f3).	a la integridad física	usuario [...]” (f10)
Riesgos que afectan la prestación del servicio				
“[...] adquisición de medicamentos [...]” “riesgo de caída” (f1).	“[...] bajo flujo de efectivo [...]” (f6-f7). “La rotación del personal” (f3) “Pérdida de información” (f4) “Ausencia de auditoría y control” (f8)	“[...] las caídas [...]” (f11, f13-f14, f16, f20) Inoportunidad e inadecuada entrega de medicamentos “[...] los elementos que se usan se encuentran desinfectados [...]” (f19)		
Gestión de riesgo				
“La verificación de la matriz de riesgos que nosotros tenemos” (f1)	“Matriz de riesgos y oportunidades, donde se contemplan todos los riesgos” (f2, f7-f8)	“[...] revisión de equipos constante [...]” (f10) “Implementación de la matriz de riesgos” (f12, f16-f17, f20)		
Impacto				
Daño al paciente	No fidelización de usuarios	Atención insegura que afecte al paciente		

Nota: La letra y número ubicado al final de cada frase corresponde al código asignado a cada participante.

Fuente: A partir de los resultados obtenidos a través de la entrevista aplicada.

Valoración de riesgos

Los participantes en su totalidad reconocieron la necesidad de generar un reporte posterior a la identificación de riesgos (tabla 3), manifestaron que no en todos los casos se genera tal reporte, pues las capacitaciones al respecto son escasas y en algunas áreas no se han brindado.

Existe una tipificación de riesgos que afectan la prestación del servicio, interpretados dependiendo el área (tabla 3); con algunos riesgos similares entre áreas, cuyas causas existentes pueden ser aisladas o una cadena de sucesos que tiene como resultado final un riesgo similar.

En lo que respecta a la valoración, los participantes reconocieron que posterior al reporte formal, se realiza el respectivo análisis basado en la matriz de riesgos, determinando causa y posible impacto y evalúa la necesidad de un plan de mejora (tabla 3). Los participantes asistenciales manifestaron mayor dificultad en su cumplimiento, teniendo en cuenta las múltiples ocupaciones asistenciales.

Todos los participantes afirman que el reporte inicial es al jefe inmediato, quien brinda apoyo para generar las medidas pertinentes. De igual manera, reconocen que tras esta actuación y el análisis de riesgos se entablan controles que mitiguen el riesgo.

Tabla 3 - Conocimientos sobre Análisis y Valoración de riesgos

Nivel de desempeño	Estrategias de prevención	Tipificación de riesgos y causas	Reacción ante el riesgo
Directivos	“Aplicando los controles establecidos en la matriz de riesgos” (f1).	Contratación inadecuada Adquisición inoportuna de los insumos	“[...] importante y necesario reportarlo [...]”
Administrativos	Control, ligado con esquemas de liderazgo Adherencia a normativa y política internas Medición y control	“Demanda insatisfecha, Inoportunidad de la entrega de medicamentos” (f7) “[...] pérdida de la accesibilidad de la información [...]” (f4) Insatisfacción	“Informar al líder del proceso o jefe inmediato” (f2) “[...] establecer la acción correctiva [...]”
Asistenciales	Planear previamente las actividades a realizar Chequeo y verificación rutinaria	Inadecuado mantenimiento de equipos Caída de usuarios “historias clínicas, inconsistencia de fórmulas médicas” (f11) Infraestructura reducida	Ruta de trabajo en base al reporte

Nota: La letra y número ubicado al final de cada frase corresponde al código asignado a cada participante.

Fuente: A partir de los resultados obtenidos a través de la entrevista aplicada.

Tratamiento y mitigación

Los participantes indican el reporte como actividad de mitigación que guarda relación con la política de seguridad del paciente y la guía para GR de la entidad, que plantean fomentar la cultura del reporte con herramientas para la identificación y control de riesgos, en este sentido el control asociado a la matriz de riesgos y seguimiento de indicadores.

“Tener presente los controles necesarios que se han identificado en la matriz del riesgo para controlar y prevenir” (f1).

A pesar del reconocimiento y claridad en la existencia de dicha matriz por todos los participantes, solamente el grupo administrativo reconoció la construcción de esta a partir de la NTC-ISO 31000⁽⁴⁾ y la guía para la gestión del riesgo,⁽⁹⁾ esto considerando que el área administrativa se encarga de su construcción; sin embargo, el resto hace uso de esta de manera reiterativa, sin tener mayor claridad, reflejando la necesidad de ser involucrados en la formulación e implementación para generar una gestión integral del riesgo. Al respecto, los participantes enunciaron que son poco recurrentes las capacitaciones brindadas por la entidad en torno a gestión del riesgo, lo que conduce a que las diferentes áreas presenten la necesidad de incremento en los procesos de capacitación con mayor acompañamiento.

“Veo la necesidad de la capacitación porque no nos han dado, así como a profundidad para nosotros así poder hacer un seguimiento continuo” (f10).

Los participantes concordaron que el cumplimiento de los planes de mejora derivados de la toma oportuna de decisiones determina el desarrollo de acciones de corrección y prevención, pues estos son sujetos de seguimiento por parte de la oficina de calidad y control interno mediante auditorias periódicas, en estas se “presentan sus evidencias con el fin de mejorar y dar continuidad al plan de mejora que se plantea” (f9). Manifestando además que las actividades vinculadas a la GR promueven un proceso de calidad y de seguridad en la atención del paciente, porque a partir del reconocimiento de los riesgos es posible cuidar el bienestar del paciente. El planteamiento de estas rutas de acción en las actividades propuestas con sus actividades de control conduce a la toma de toma de decisiones que en ocasiones desconocen y no son parte de ellas.

“[...] Al líder inmediato para ser incluidos en la matriz de riesgos” (f3) y “se emprenden las acciones para un plan de mejora [...]” (f6, f8).

En cuanto al análisis de las actividades de prevención, a parte del control el nivel 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, lo que da cuenta que cada área tiene 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 GR y seguridad del paciente, además de la documentación generada por la entidad para establecer un proceso lógico y efectivo.

Discusión

La GR 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 su identificación. En este sentido, se genera una discusión reflexiva, partiendo no solo de las generalidades de la entidad, sino también de la epistemología acorde a las directrices y normativas que se deben implementar en las organizaciones de servicios de salud, a la luz de una transformación global en búsqueda de la seguridad del paciente.

Pues la operatividad del riesgo en seguridad del paciente debe ser un componente que se involucre en todas las áreas de una entidad, considerando necesario la unificación e integralidad de actores en torno a estrategias y conocimientos para la reducción del riesgo,⁽¹¹⁾ dado que los riesgos asumen una relación inversa con la seguridad, pues si estos incrementan la seguridad decrece,⁽¹⁵⁾ postura evidente en los participantes de este estudio, quienes manifiestan que los riesgos se relacionan de manera directa con la presencia de eventos adversos.

Resulta evidente la importancia que implica el talento humano, pues es quien realiza las actividades de identificación, evaluación, análisis y mitigación en la implementación de políticas y metodologías dentro los procesos de GR; por lo tanto, deben contar con ciertos conocimientos para ser aplicados en las diferentes áreas. De ahí que su aporte es un componente primordial en la posibilidad de brindar servicios equitativos y de calidad con mejoramiento continuo.⁽²²⁾

Para *Elmore*,⁽²³⁾ dentro de los métodos organizacionales, el conocimiento del proceso es un componente importante en la conducta de los funcionarios encargados de la implementación de políticas; sin embargo, este estudio reflejó como los participantes requieren mayor integración en los procesos de capacitación “veo la necesidad de la capacitación porque no

nos han dado así como a profundidad”(f10). Es importante recalcar que para la prestación de servicios con calidad en salud es necesario la actualización y capacitación constante del talento humano, que mediante la formación fortalecen las competencias en GR para la salud.⁽²⁴⁾

Esta investigación denota cómo la relación existente entre los lineamientos de GR 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. En este sentido *Garbanzo*⁽²⁵⁾ expresa que, sin importar el cargo, todas las personas sostienen un conocimiento y presentan la competencia como grupo de convertirlo en actividades; 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 por los objetivos institucionales para que el personal desarrolle 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.

Dentro del concepto de estrategia organizacional Chiavento, alude “al comportamiento de la organización como un todo integrado”,⁽²⁶⁾ al contrario, en este estudio los participantes reconocieron el riesgo a partir de una visión sectorizada que no integra o evalúa desde la amplitud organizacional, dejándolo a la aplicación de estrategias para mitigar de manera individual. En este sentido, es importante que las condiciones de riesgos en seguridad tengan una mirada holística desde la transformación de un pensamiento en torno al cuidado y el autocuidado.

En la comprensión holística de la GR en seguridad del paciente para la integración de las necesidades en las diferentes áreas es imperativo tener en cuenta que la identificación del riesgo y el reconocimiento de los elementos conceptuales no es lo único importante, es necesario también la articulación en acciones tendientes a evitar y eliminar riesgos; esto en aras de disminuir la brecha entre los conocimientos normativos e institucionales con lo comprendido para desarrollar una GR eficiente. Según *Acosta*,⁽²⁷⁾ 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 e incorporar conocimientos con efectos reales.

En este estudio, los participantes distinguen en los procesos de la GR las distintas acciones necesarias a desarrollar, solamente desde la responsabilidad inherente al nivel de desempeño. Así, el área directiva reconoce el actuar en la emisión de políticas, procesos y procedimientos; el administrativo en la elaboración, formulación e implementación y el asistencial en la operativización, desconociendo que efectuar un proceso implica un engranaje de ideas y acciones que conllevan a un ciclo de aprendizaje, donde se hace necesario contemplar todos sus componentes para un desempeño exitoso pues “el reto consiste en conciliar y armonizar objetivos de diferentes áreas y niveles en un todo que produzca efectos de sinergia”.⁽²⁶⁾

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 experiencias y conocimientos desde su perspectiva, tal como lo concluye un estudio que expresa la importancia de conceptuar la impresión del personal y la conformación organizacional para comprender y explicar lo que ocurre en el entorno.⁽²⁸⁾

Una falla de la implementación es que no se socializa con los ejecutores para el desempeño de tareas.⁽²⁹⁾ Los participantes de este 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. En este marco es necesario extraer una idea y ajustarla a los requerimientos locales, dado que la implementación debe ser un desempeño verdadero de las decisiones.⁽³⁰⁾ Esta se origina desde “la base de las organizaciones, no en la cúspide”.⁽²³⁾

El modelo de desarrollo organizacional de *Elmore*⁽²³⁾ supone que quienes fabriquen e implementen políticas deben llegar a un proceso de acuerdo, considerando que el inconveniente marcado no se centra en designar a los encargados para la implementación de la política, sino en generar un consenso en relación con las metas, que induzca a un compromiso de quienes las llevan a cabo, pues la dificultad más grande es no involucrar a quienes la implementan en la elaboración y toma de decisiones, ocasionado que la alta dirección no tenga en cuenta la opinión de los prestadores directos del servicio. Si los apoderados de la ejecución son involucrados en la formulación, la medición de resultados tendrá un nivel mayor.⁽²³⁾

Esta investigación se desarrolló solamente con veinte participantes considerados informantes, dada la importancia y la cantidad de contenidos que abarca este tema, se

sugieren futuras investigaciones que incrementen la representatividad y además se planteen estudios sobre la inclusión del personal asistencial en la formulación e implementación de políticas.

Finalmente, resulta importante conocer experiencia, 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.

En conclusión, 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.

Referencias bibliográficas

1. ICONTEC. Gestión del Riesgo. Resumen Norma Técnica Colombiana NTC-5254. 2006 [acceso 11/11/2021]. Disponible en: <https://www.corponor.gov.co/NORMATIVIDAD/NORMA%20TECNICA/Norma%20TECNICA%20NTC%205254.pdf>
2. ISOTools. Norma ISO 31000: El valor de la gestión de riesgos en las organizaciones. 2018 [acceso 12/11/2021]. Disponible en: <https://www.isotools.org/pdfs-pro/ebook-iso-31000-gestion-riesgos-organizaciones.pdf>
3. ICONTEC. Gestión del Riesgo. Principios y Directrices. Norma Técnica Colombiana NTC-31000; 2011 [acceso 12/02/2021]. Disponible en: <https://www.umng.edu.co/documents/20127/517101/NTC-ISO-31000-2011.pdf/e351f1b5-c3f4-0fe3-dcd1-d3005c65ab7a?t=1575487385394>
4. Brundtland GH. 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 [acceso 26/10/2019];14(12). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67455/WHO_WHR_02.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5. Consuegra Mateus O. Metodología AMFE como herramienta de gestión de riesgo en un hospital universitario. Cuad. Latinoam. Adm. 2015 [acceso 08/12/2020];11(20):37-50. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/cuaderlam/article/view/627INVIMA>.
6. Metodología AMFE como herramienta de reactivo vigilancia para la prevención de efectos indeseados. 2021 [acceso 22/10/2022]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/CTDLab/Publicaciones/2021/Met_Analisis_Falla-Efecto-AMFE.pdf
7. Rojas Lema S. Implementación de análisis modal de fallos y efectos (AMFE). 3C Tecnología. Glosas de innovación aplicadas a la pyme. 2019;8(1):64-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/3ctecno/2019.v8n1e29/64-75>
8. Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas. 2018 [acceso 11/11/2019]. 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>
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. 2018 [acceso 12/11/2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-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 [acceso 09/02/2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
11. Ministerio de Salud y Proyección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia; 2008 [acceso 14/10/2020].

- Disponible en
https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEA_MIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf
12. 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. 2009 [acceso 02/12/2020]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-estudio-ibeas.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. Cienc Tecnol Salud Vis Ocul. 2016;(1):79-87. DOI: <https://doi.org/10.19052/sv.3518>
14. Arrieta Leottau MC, Cabra Guzmán JD, Martínez Sterling DM. Estrategias de implementación de sistemas de gestión del riesgo para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en Colombia. Panorama Económico. 2021 [acceso 12/11/2021];29(1):24-47. Disponible en:
<https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/panoramaeconomico/article/view/3642/3054>
15. Varela J; Torres F; Dolci, G. Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. Cir Cir. 2010 [acceso 18/08/2019];78:515-26. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106i.pdf>
16. Pino Montoya J. Metodología de investigación en la ciencia política: La mirada empírico analítica. Revista Fund. Universitaria Luis Amigó. 2015 [acceso 31/10/2022];2(2):185-9. Disponible en:
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RFunlam/article/view/1671>
17. Sabino C. El proceso de investigación. Caracas: Panapo; 1992
18. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, y Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México, DF: McGraw-Hill; 2013.
19. 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.

- 1993 [acceso 05/02/2020]. Disponible:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
20. Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones en seres humanos. [acceso 19/09/2022]. Disponible en:
https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Etica/declarac_Helsinki_ivestigacs_medicas_seres_hum.pdf
21. Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006. 2006 [acceso 19/02/2021]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
22. Organización Panamericana de la Salud. Llamada a la acción de Toronto 2006-2015 hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. 2005 [acceso 26/03/2022]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/llamado-accion-toronto.pdf>
23. 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.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Política nacional de talento humano en salud. 2018 [acceso 26/03/2022]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
25. Garbanzo-Vargas GM. Desarrollo organizacional y los procesos de cambio en las instituciones educativas, un reto de la gestión de la educación. Rev Educación. 2016 [acceso 01/04/2022];40(1):67-87. Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/22534/22677>
26. Chiavenato I. Estrategia Organizacional. En: del Bosque Alayón R, editor. Comportamiento organizacional. 2da ed. México: McGraw Hill; 2009. p. 453-83
27. Acosta P. El aprendizaje organizacional como proceso de innovación en nuevas empresas de base tecnológica, un estudio de casos Ideas CONCYTEG. 2011 [acceso

01/04/2022];6(74):959-76.

Disponible

en: <https://www.researchgate.net/publication/301358293> El aprendizaje organizacional como proceso de innovacion en nuevas empresas de base tecnologica estudio de caso

28. Corredor KA, Díaz LP. La seguridad del paciente: mucho más que evitar el daño. Atas CIAIQ2017 Investigación Cualitativa en Salud. 2017 [acceso 07/01/2022];2. Disponible en: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1559>

29. 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. San Luis Potosí: El Colegio de San Luis, A.C.; 2010 [acceso 07/01/2022]. Disponible en: <https://biblio.colsan.edu.mx/tesis/BlancoLiveraEverardo.pdf>

30. Aguilar LF. La implementación de las políticas – Estudio introductorio y edición. México: Porrúa, MA; 2000.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses

Contribución de los autores

Conceptualización: Vanesa Rivera Rosero.

Curación de datos: Vanesa Rivera Rosero.

Análisis formal: Vanesa Rivera Rosero.

Adquisición de fondos: Vanesa Rivera Rosero.

Investigación: Vanesa Rivera Rosero.

Metodología: Vanesa Rivera Rosero, Dora Cardona Rivas, Alba Lucia Paz Delgado.

Administración del proyecto: Vanesa Rivera Rosero.

Recursos: Vanesa Rivera Rosero.

Software: Vanesa Rivera Rosero.

Supervisión: Dora Cardona Rivas, Alba Lucia Paz Delgado.

Validación: Vanesa Rivera Rosero, Dora Cardona Rivas, Alba Lucia Paz Delgado.

Visualización: Vanesa Rivera Rosero.

Redacción-borrador original: Vanesa Rivera Rosero.

Redacción-revisión y edición: Vanesa Rivera Rosero, Dora Cardona Rivas, Alba Lucia Paz Delgado.