# Gestión del Riesgo Clínico y Auditoría Operativa en la Implementación de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP) en Colombia

# Clinical Risk Management and Operational Auditing in the Implementation of the Comprehensive Maternal and Perinatal Care Pathway (RIAMP) in Colombia

**María Alexandra Delgado Lugo**

**Gerencia de servicios de salud**

**Institución Universitaria Colegios de Colombia**

madelgado@unicoc.edu.co

**Leidy Viviana Pedraza Silva**

**Gerencia de servicios de salud**

**Institución Universitaria Colegios de Colombia**

lvpedraza@unicoc.edu.co

## RESUMEN

El cumplimiento normativo de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP) en Colombia bajo la Resolución 3280 de 2018 representa un desafío crítico de diseño de procesos para la alta gerencia hospitalaria. El presente artículo de revisión narrativa con enfoque analítico-crítico tiene como objetivo analizar el impacto de la gestión del riesgo clínico y la auditoría operativa en la optimización de los procesos prioritarios de la RIAMP en el escenario nacional. Mediante una metodología heurística y hermenéutica fundamentada en la triangulación de 27 documentos normativos y científicos, se identificaron brechas operacionales severas, tales como la inoportunidad en la captación prenatal temprana (antes de la semana 10) y fallas latentes en los flujos de información interservicios. Al evaluar estos hallazgos bajo el modelo de error sistémico de James Reason, se evidencia que los diagnósticos tardíos de patologías obstétricas y la morbilidad materna extrema no constituyen fallas humanas aisladas, sino el resultado de deficiencias organizacionales e inconsistencias en los manuales tarifarios y agendas integradas. Como resultado principal, se plantea una propuesta gerencial estructurada en las fases del Ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) combinada con la triada clásica de calidad de Donabedian. Se concluye que la implementación de auditorías operativas concurrentes y el monitoreo métrico basado en la Resolución 0256 de 2016 son herramientas simbióticas indispensables que blindan la sostenibilidad institucional, aseguran la habilitación de los servicios y mitigan los riesgos latentes para salvaguardar la seguridad del binomio madre-hijo.

**Palabras clave:** Ruta Materno-Perinatal, Gestión del Riesgo Clínico, Auditoría Operativa, Ciclo PHVA, Seguridad del Paciente, Morbilidad Materna Extrema.

**ABSTRACT**

Compliance with the Comprehensive Maternal and Perinatal Care Pathway (RIAMP) in Colombia under Resolution 3280 of 2018 represents a critical process design challenge for healthcare management. This narrative review article with an analytical-critical approach aims to analyze the impact of clinical risk management and operational auditing on the optimization of priority processes within the RIAMP in the national context. Through a heuristic and hermeneutic methodology based on the triangulation of 27 regulatory and scientific documents, severe operational gaps were identified, such as delays in early prenatal care enrollment (before week 10) and latent failures in cross-service information flows. Evaluating these findings under James Reason's systemic error model demonstrates that late diagnoses of obstetric pathologies and severe maternal morbidity are not isolated human errors, but rather the result of organizational deficiencies and inconsistencies in tariff manuals and integrated scheduling. As a primary result, a management proposal structured within the phases of the PDCA Cycle (Plan, Do, Check, Act) combined with Donabedian's classic quality triad is presented. It is concluded that the implementation of concurrent operational audits and metric monitoring based on Resolution 0256 of 2016 are essential symbiotic tools that secure institutional sustainability, ensure service licensing compliance, and mitigate latent risks to safeguard the safety of the mother-child pair.

**Keywords:** Maternal-Perinatal Pathway, Clinical Risk Management, Operational Audit, PDCA Cycle, Patient Safety, Severe Maternal Morbidity.

## INTRODUCCIÓN

La estructuración del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, consolidada a partir de la Ley 100 de 1993, transformó radicalmente la administración sectorial al delegar la gestión del aseguramiento y la prestación de servicios en entidades públicas y privadas bajo un enfoque de competencia regulada. A pesar de los incrementos sustanciales en la cobertura formal de afiliación durante las últimas décadas, el sistema ha enfrentado criticas institucionales y académicas de manera persistente debido a la fragmentación asistencial, las barreras administrativas de acceso y la variabilidad en la calidad del cuidado clínico. Estas deficiencias operativas adquieren una gravedad crítica en el ámbito de la salud materna y neonatal, un segmento donde la oportunidad y la continuidad de las intervenciones determinan directamente indicadores de morbimortalidad que reflejan el desarrollo socioeconómico de una nación.

Con el objetivo de mitigar estas problemáticas estructurales y reconfigurar el modelo de atención sectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia promulgó la Resolución 3280 de 2018, adoptando la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP) como un componente obligatorio y transversal del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). La RIAMP fue diseñada explícitamente con la intención regulatoria de

migrar de un modelo asistencial reactivo caracterizado por la intervención tardía ante la aparición de complicaciones obstétricas agudas hacia un paradigma netamente preventivo, enfocado en la gestión integral del riesgo desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio y el seguimiento neonatal. No obstante, la traslación de esta política pública a la operación diaria de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ha evidenciado brechas estructurales y de proceso que amenazan la seguridad del paciente.

Desde la perspectiva de la alta gerencia y la administración en salud, el cumplimiento normativo de la RIAMP no debe interpretarse únicamente como una exigencia legal, sino como un desafío de diseño e integración de procesos prioritarios. La desconexión entre los manuales tarifarios, la escasez de agendas de especialidad, el subregistro en las historias clínicas electrónicas y las fallas en las auditorías concurrentes actúan como barreras latentes que dilatan la captación temprana de la gestante. En consecuencia, se genera un incremento en los eventos adversos prevenibles y un subsecuente impacto en la sostenibilidad financiera y reputacional de las instituciones, lo que sitúa a la auditoría operativa y a la gestión del riesgo clínico como herramientas indispensables para el aseguramiento de la calidad.

A nivel global, la literatura científica recalca de manera unánime que el éxito de las intervenciones de salud materna radica en la solidez del "continuo de atención" (Continuum of Care - CoC). Diversas investigaciones demuestran que las rupturas en la transición del cuidado prenatal, la asistencia calificada del parto y el control posnatal temprano reducen drásticamente la efectividad clínica de las rutas de salud pública (Saito & Kondo, 2024). Cuando los binomios madre-hijo experimentan caídas progresivas en la cobertura de servicios a lo largo del tiempo, se incrementan de forma latente los riesgos de complicaciones prevenibles y deficiencias en el desarrollo de la población vulnerable (Tunçalp, y otros, 2015). Por consiguiente, asegurar la adherencia total en cada eslabón asistencial constituye una meta gerencial prioritaria y un indicador crítico del desempeño operativo institucional.

No obstante, la materialización de un continuo asistencial fluido y coherente enfrenta barreras relacionales e informativas de difícil resolución en la práctica hospitalaria. La evidencia internacional señala que las mayores discontinuidades y la consecuente fragmentación de la atención emergen de forma recurrente durante los momentos de transición entre diferentes niveles de complejidad o profesionales de la salud (World Health Organization, 2021). Estas fallas en la continuidad de la gestión y de la información obedecen, en gran medida, a que los equipos multidisciplinarios priorizan la coordinación interna de sus propios servicios en lugar de articular flujos de comunicación transversales interservicios, lo que dilata la oportunidad diagnóstica ante alertas de riesgo obstétrico o neonatal (HARVARD T.H. CHAN, 2025).

Para contrarrestar esta desarticulación, los marcos de gestión de la calidad asistencial proponen la integración de sistemas estructurados que sustenten y escalen las intervenciones operativas en salud materno-infantil. Bajo esta perspectiva gerencial, la mejora continua de los desenlaces clínicos exige el despliegue de funciones interrelacionadas esenciales, entre las cuales destacan el soporte técnico en el sitio de

atención, la estandarización de procesos, el empoderamiento comunitario y, de manera fundamental, la medición objetiva de indicadores (Barragán Bechara, Riaño Casallas, & Martínez, 2012). La implementación sistemática de estas herramientas de auditoría no solo promueve la rendición de cuentas, sino que aporta la evidencia necesaria para la toma de decisiones basada en datos, mitigando las fallas del sistema antes de que se consoliden como eventos adversos.

En el escenario colombiano, la traslación operativa de las directrices de la Resolución 3280 de 2018 ha evidenciado que las instituciones de salud enfrentan desafíos estructurales que trascienden la simple gestión de una red de suministros. Evaluaciones sistemáticas sobre el cumplimiento de la ruta materno perinatal en el país revelan fallas críticas en los procesos internos que comprometen significativamente la eficiencia asistencial y la adherencia normativa (Barrientos Correa, 2024). A pesar del mandato legal, la persistencia de debilidades en el seguimiento documental, el subregistro de alertas en las historias clínicas y la falta de estandarización en las intervenciones prioritarias configuran un panorama donde el modelo preventivo propuesto por el Estado se ve diluido por la rigidez e inconsistencia operativa de los prestadores (Barrientos Correa, 2024).

Estas deficiencias en los procesos internos se traducen directamente en barreras de acceso clínicas y administrativas que vulneran la seguridad de la gestante. La evidencia empírica nacional resalta que variables como la captación tardía -frecuentemente postergada hasta el segundo trimestre del embarazo, la multiparidad y la ausencia de planeación preconcepcional, interactúan negativamente con la fragmentación de los servicios de salud (García-Balaguera, 2017). Esta desconexión no solo impide un control prenatal temprano y efectivo, sino que cataliza la transición hacia escenarios de morbilidad materna extrema (García-Balaguera, 2017). En estos casos críticos, las demoras operativas de la institución para identificar factores de riesgo y ofrecer una respuesta terapéutica inmediata se consolidan como los principales determinantes de desenlaces fatales o secuelas permanentes en el binomio (Almendra, 2019).

Ante esta realidad, se hace evidente la necesidad de abordar la implementación de la RIAMP desde una perspectiva gerencial que articule la gestión del riesgo clínico con la auditoría operativa como disciplinas simbióticas de control. Justificar este enfoque implica reconocer que los eventos adversos obstétricos rara vez obedecen a fallas humanas aisladas, sino a fallas latentes en el diseño de los procesos institucionales. Por lo tanto, el presente artículo tiene como objetivo analizar el impacto de la gestión del riesgo clínico y la auditoría operativa en la optimización de los procesos prioritarios de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal en Colombia, proponiendo un modelo gerencial basado en la mejora continua que mitigue las barreras de acceso, garantice la seguridad del paciente y promueva la sostenibilidad institucional.

A nivel global, la conceptualización de la calidad en la atención en salud materno-perinatal ha evolucionado desde un enfoque puramente asistencial y fragmentado hacia la implementación estratégica de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Bajo esta perspectiva moderna de la alta gerencia, el éxito de las intervenciones orientadas a la reducción sistemática de la morbimortalidad materna y neonatal no depende de actos

clínicos aislados o coyunturales, sino de la solidez y articulación de lo que la literatura científica denomina el "continuo de atención" (Continuum of Care - CoC).

La evidencia internacional demuestra de manera empírica que cuando un sistema de salud logra garantizar la adherencia integral de la gestante a lo largo de las etapas clave -que abarcan un mínimo de consultas prenatales estandarizadas, la asistencia calificada del parto, la inmunización oportuna y el control posnatal temprano-se produce un impacto positivo medible en los desenlaces clínicos y en los indicadores de desarrollo humano (Ferreiro-Losada, y otros, 2013). Por el contrario, la pérdida progresiva de cobertura asistencial a lo largo del tiempo cronológico expone al binomio madre-hijo a riesgos prevenibles y fallas en el seguimiento que perpetúan brechas de inequidad en salud (World Health Organization, 2021). Sin embargo, la operatividad de un continuo asistencial fluido tropieza con barreras relacionales, organizacionales e informativas críticas dentro de las instituciones hospitalarias. Los estudios que analizan las transiciones del cuidado advierten que las mayores discontinuidades en la atención médica y de enfermería emergen en los puntos de contacto entre diferentes niveles de complejidad o especialidades (Tunçalp, y otros, 2015). Esta fragmentación de la gestión y del flujo informativo ocurre porque los equipos multidisciplinarios tienden a priorizar la coordinación interna de sus propios servicios en lugar de estructurar flujos transversales de comunicación interservicios, lo que genera zonas ciegas donde se dilata la oportunidad diagnóstica ante alertas de riesgo obstétrico y perinatal (Tunçalp, y otros, 2015).

Para contrarrestar la desarticulación de los flujos de trabajo, los modelos internacionales de gestión en salud proponen el despliegue de marcos operativos basados en la mejora continua y la rendición de cuentas. De acuerdo con los estándares globales, la sostenibilidad y el escalamiento de los programas de salud materna requieren la integración de funciones institucionales esenciales: el soporte técnico directo en el sitio de atención (point-of-care), la estandarización rigurosa de procesos prioritarios, el empoderamiento e inclusión de los usuarios y, como pilar fundamental, el aprendizaje basado en datos mediante la medición objetiva de indicadores clave de rendimiento (Rojas-Rangel, Medina-Riascos, Pinto-Ortiz, & Escobar-Díaz, 2022).

En el contexto de la República de Colombia, el esfuerzo por materializar estos modelos integrados y preventivos encuentra su base en la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La reforma estructural introducida por la Ley 100 de 1993 delegó la administración del aseguramiento y la prestación de servicios en un mercado regulado de Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Si bien este modelo incrementó exponencialmente los niveles de afiliación formal de la población, la persistencia de barreras administrativas de acceso, la contratación fragmentada por capitación y la falta de incentivos alineados hacia la prevención generaron históricamente una profunda desconexión en la atención de la mujer gestante.

Como mecanismo regulatorio para corregir estas desviaciones operativas y reconfigurar el modelo asistencial bajo los principios del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el Ministerio de Salud y Protección Social promulgó los Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP) a través de la Resolución 3280

de 2018 (Vargas Sánchez, 2024). La RIAMP representa una política de cumplimiento obligatorio que busca transformar el paradigma reactivo tradicional de las IPS enfocado en la atención de la emergencia obstétrica aguda-hacia un enfoque netamente preventivo y predictivo de gestión integral del riesgo, ordenando intervenciones estandarizadas desde la etapa preconcepcional y el control prenatal temprano, hasta el puerperio y el seguimiento del recién nacido. El desafío actual de las organizaciones prestadoras reside en traducir este mandato legal en procesos operativos robustos y seguros, donde la auditoría en salud actúe como garante de la continuidad y la mitigación del riesgo clínico.

Para fundamentar el análisis de los riesgos operativos, es imperativo comprender que la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP) trasciende la noción de una simple guía de práctica clínica. Desde la perspectiva de la ingeniería de procesos y la administración hospitalaria, la RIAMP constituye un mapa de procesos transversal, secuencial e interdependiente que operacionaliza el concepto internacional del continuo de atención (Continuum of Care) (van der Werf, Evers, Prieto-Pinto, Samacá-Samacá, & Paulus, 2022).

Este modelo normativo, vinculante en el territorio colombiano, impone un cambio radical en la arquitectura de la prestación de servicios, obligando a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) a transicionar desde un enfoque reactivo hacia una gestión proactiva, predictiva y estrictamente estandarizada en cada uno de sus hitos operativos (Barrientos Correa, 2024).

Para garantizar la efectividad clínica y la mitigación de eventos adversos, la RIAMP organiza la atención del binomio madre-hijo mediante una cadena de valor estandarizada que prohíbe la fragmentación asistencial. A continuación, en la Figura 1, se ilustra el mapa operativo secuencial de la ruta, detallando los hitos obligatorios que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben coordinar de manera ininterrumpida desde la etapa preconcepcional hasta el seguimiento neonatal.

***Figura 1.*** *Mapa operativo secuencial y flujos de transición en la RIAMP.*



***Fuente.*** *Elaboración propia, mediante la adaptación de los Lineamientos Técnicos y Operativos de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2018).*

A continuación, se desglosan los hitos operacionales que integran la ruta, estableciendo el "deber ser" regulatorio que servirá como línea base para la auditoría y la identificación de fallas latentes en el sistema:

La Atención Preconcepcional, constituye el eslabón inicial de la ruta, cuyo propósito gerencial es la captación activa de la mujer con intención de reproducción en un horizonte cercano. Este proceso operativo exige una valoración multidisciplinaria integral para identificar, clasificar y mitigar factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales antes de la gestación. Desde el punto de vista del diseño de servicios, este hito requiere una articulación perfecta con los programas de planificación familiar y medicina general, asegurando que la transición hacia el embarazo ocurra en las condiciones de salud óptimas, minimizando la aparición de complicaciones prevenibles.

El Control Prenatal Temprano (Captación antes de la Semana 10), considerado el hito más crítico y sensible de toda la cadena de valor asistencial. La norma técnica estipula de forma mandatoria que la primera consulta de control prenatal debe ejecutarse antes de la semana 10 de gestación (GUZMÁN NEGRETE & MIRANDA, 2024). Operativamente, este hito desencadena la apertura de la cohorte obstétrica e inicia una batería estandarizada de procesos prioritarios que incluyen:

- Tamizajes Clínicos y de Laboratorio: Ordenamiento e interpretación inmediata de exámenes de ingreso (cuadro hemático, urocultivo, serología para sífilis, pruebas de VIH, rubeola, toxoplasmosis, entre otros).
- Formulación de Micronutrientes: Suministro protocolizado de ácido fólico, hierro y calcio bajo estrictas guías de adherencia.
- Clasificación Inicial del Riesgo Obstétrico: Herramienta predictiva que define si la gestante continúa su flujo en el primer nivel de atención o si debe ser derivada de manera prioritaria al especialista en ginecobstetricia.

El Curso de Preparación para la Maternidad y la Paternidad, representa un proceso educativo y de intervención psicosocial estructurado. Lejos de ser una actividad puramente informativa, operativamente está diseñado para dotar a la gestante y a su red de apoyo de capacidades para el reconocimiento temprano de signos de alarma. Asimismo, actúa como el escenario principal para el abordaje de la salud mental perinatal, la promoción de pautas de crianza saludables, y la preparación física y emocional para el momento del parto.

La atención del parto es considerada un hito operativo que representa el punto de mayor exigencia de recursos críticos e infraestructura en la IPS. La ruta define que la atención del nacimiento debe fundamentarse bajo un enfoque centrado en la persona y de humanización de la asistencia. Esto implica la erradicación total de prácticas constitutivas de violencia obstétrica, garantizando el derecho al acompañamiento familiar, el manejo óptimo y concertado del dolor, el respeto por la interculturalidad, y la ejecución de prácticas basadas

en la mejor evidencia científica disponible (como el contacto piel a piel inmediato y el pinzamiento oportuno del cordón umbilical), minimizando las intervenciones médicas innecesarias o rutinarias.

Atención del Puerperio y Control Neonatal son considerados el eslabón final de la ruta hospitalaria dado que abarca el monitoreo estricto del binomio en las horas y días subsiguientes al nacimiento, periodo donde estadísticamente se concentra la mayor tasa de eventos adversos graves (tales como hemorragias posparto, crisis hipertensivas o sepsis neonatales). Operativamente, exige la valoración continua durante las primeras dos horas posparto, la inducción inmediata a la lactancia materna exclusiva, y la garantía de asignación de citas prioritarias para el control de la madre y del recién nacido dentro de los primeros 3 a 7 días de vida, consolidando el cierre seguro del ciclo asistencial perinatal.

La Transición del Proceso Clínico a la Evaluación del Riesgo Operativo constituye la rigurosa delimitación de estos hitos secuenciales evidencia que cualquier interrupción en el flujo de atención del binomio compromete de forma inmediata la seguridad del paciente y expone a la institución a fallas de habilitación. Por lo tanto, para traducir este mapa de procesos normativo en una herramienta de control gerencial, es necesario correlacionar cada eslabón de la ruta con sus vulnerabilidades operacionales latentes. A continuación, se presenta la Tabla 1, la cual consolida la matriz de riesgo operativo institucional, identificando las fallas en los procesos prioritarios, sus efectos clínicos y los mecanismos de control que la auditoría operativa debe desplegar para asegurar la continuidad del cuidado.

***Tabla 1.*** *Matriz de riesgos operativos en la ejecución de la RIAMP*

| **Riesgo Operativo** | **Impacto en Calidad** | **Criterio Técnico** | **Enfoque de Auditoría / Solución Gerencial** |
|---|---|---|---|
| Inoportunidad en la atención del cuidado perinatal | Demora en ingreso al control prenatal | Oportunidad y accesibilidad del SOGCS | Rediseño de agendas y priorización de gestantes |
| Deficiencias en protección específica | Omisión de laboratorios, vacunación y micronutrientes | Procesos prioritarios de habilitación | Listas de chequeo en historia clínica electrónica |
| Diagnósticos tardíos | Preeclampsia, sífilis gestacional, diabetes gestacional | Seguridad del paciente | Auditorías concurrentes y alertas clínicas |
| Seguimiento neonatal inoportuno | Reingresos neonatales y fallas de continuidad | Redes integradas de servicios | Protocolos estandarizados de egreso y control a 72 horas |

***Fuente.*** *Elaboración propia*

La caracterización sistemática expuesta en la matriz anterior evidencia que los riesgos operativos en la RIAMP no se configuran como eventos aislados, sino como fallas latentes imbricadas en la gestión por procesos de las instituciones. Al contrastar el "deber ser" normativo con estas vulnerabilidades operacionales, se hace manifiesto que las deficiencias en la oportunidad de la captación, la omisión de estándares mínimos de habilitación y la fragmentación en el flujo informativo actúan como los principales catalizadores de la morbilidad materna extrema en el país. De este modo, la comprensión de este mapa conceptual y su matriz de riesgos subyacente proporciona la línea base indispensable para dar paso al análisis crítico de la evidencia empírica nacional, permitiendo diagnosticar de qué manera estas fallas operativas impactan la seguridad del paciente en el entorno asistencial colombiano.

El análisis de riesgos operativos en la implementación de la RIAMP en Colombia. El contraste entre el diseño ideal de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal y la realidad asistencial en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia evidencia una serie de brechas operacionales críticas. Este capítulo analiza, a la luz de la evidencia empírica nacional y los modelos globales de seguridad del paciente, cómo las fallas en los procesos prioritarios y las barreras administrativas se consolidan como los principales determinantes de la morbilidad materna extrema en el territorio nacional.

La Inoportunidad en la Captación Temprana y Barreras de Acceso Administrativas afectan considerablemente la captación de la gestante antes de la semana 10 de gestación representa el pilar predictivo de la RIAMP; sin embargo, la operación diaria del sistema de salud colombiano impone barreras que dilatan este hito crítico. Evaluaciones sistemáticas en el contexto nacional demuestran que factores como la multiparidad, la falta de planeación del embarazo y la fragmentación en la continuidad de la atención retrasan de manera sistemática el ingreso institucional, desplazándolo frecuentemente hacia el segundo trimestre (Hermans, y otros, 2026).

Desde la perspectiva de la auditoría operativa, estas demoras no se deben exclusivamente a conductas individuales de las usuarias, sino a fallas en los procesos de asignación de citas, trámites burocráticos de autorización entre EPS e IPS, y la escasez de agendas integradas para la ejecución oportuna de la primera consulta (García-Balaguera, 2017). Esta inoportunidad administrativa destruye el "continuo de atención" (Continuum of Care), impidiendo la identificación precoz de condiciones de alto riesgo biológico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La Omisión de Procesos Prioritarios y Vulneración de Estándares de Habilitación, una vez que la gestante ingresa al servicio, la seguridad del proceso clínico depende de la adherencia estricta a los paquetes de intervención obligatorios. La evidencia empírica revela fallas recurrentes en el cumplimiento de los protocolos internos de las IPS, caracterizadas por el subregistro documental en las historias clínicas, la solicitud incompleta

de la batería de laboratorios de ingreso y la entrega tardía o discontinua de micronutrientes esenciales.

Desde el marco regulatorio colombiano, estas omisiones vulneran directamente los estándares mínimos de Procesos Prioritarios definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Al no estandarizar ni auditar de manera concurrente el cumplimiento de estos paquetes preventivos, las IPS aumentan exponencialmente la probabilidad de que los riesgos clínicos evolucionen hacia fallas sistémicas no controladas.

Para evitar el sesgo punitivo de atribuir los desenlaces adversos a negligencias individuales del personal de salud, la alta gerencia debe interpretar los diagnósticos tardíos de patologías criticas como la preeclampsia, la sífilis gestacional o la diabetes gestacional-bajo el modelo de error sistémico o "Queso Suizo" de James Reason (Reason, 2000).

Las fallas activas (como un médico que omite registrar una cifra tensional elevada) solo se alinean con las condiciones latentes del sistema (fallas en el software de historia clínica que no genera alertas, sobrecarga laboral, manuales tarifarios que restringen la solicitud de paraclínicos y la falta de un sistema de auditoría concurrente) para atravesar las barreras de seguridad de la institución (Hussain, Park, Memon, & Meherali, 2025). El diagnóstico tardío es, por lo tanto, el síntoma de un proceso operativo institucional mal diseñado y carente de controles gerenciales basados en el riesgo.

El análisis operativo del riesgo clínico no puede desvincularse de la dimensión relacional y de la salud mental perinatal. Estudios nacionales enfocados en las experiencias de atención cualitativa visibilizan la persistencia de barreras de comunicación y conductas constitutivas de violencia obstétrica en las salas de parto del país, lo que genera una percepción de deshumanización que aleja a las mujeres de las instituciones de salud (Psaila, Schmied, Fowler, & Kruske, 2014).

Esta desatención del componente psicosocial y la alarmante falta de soporte en salud mental perinatal actúan en detrimento de la seguridad del paciente (Jain, 2001). Cuando una institución falla en la identificación de alarmas tanto físicas como emocionales, y dilata la respuesta terapéutica inmediata ante emergencias obstétricas agudas, el binomio es conducido de manera directa hacia escenarios de morbilidad materna extrema o desenlaces fatales prevenibles (Iglesias Herrera & Avendaño Jiménez, 2021).

## METODOLOGÍA

### Diseño y Tipo de Estudio

El presente artículo se desarrolla bajo un diseño de investigación documental de tipo revisión narrativa con enfoque analítico-crítico. Este enfoque permite compilar, organizar y contrastar la evidencia científica y regulatoria vigente respecto a la gestión del riesgo operativo clínico y su impacto en la seguridad del paciente obstétrico. La investigación se

estructuró a partir de una fase heurística (búsqueda y recopilación de literatura) y una fase hermenéutica (interpretación crítica de los hallazgos en función del contexto gerencial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia).

**Estrategia de Búsqueda y Criterios de Selección**

Para la construcción del marco teórico y el soporte analítico del manuscrito, se integró un corpus bibliográfico compuesto por 27 artículos científicos y documentos regulatorios de carácter nacional e internacional. La búsqueda de información se realizó de manera sistemática durante el primer semestre de 2026 en bases de datos indexadas de alta visibilidad académica, incluyendo PubMed/Medline, ScienceDirect, SciELO, Redalyc y Dialnet, complementada con repositorios institucionales de organismos multilaterales (OMS/OPS) y del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Los términos de búsqueda empleados se seleccionaron a partir de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), estructurando ecuaciones mediante operadores booleanos (AND, OR): "maternal health" AND "quality of care" AND "continuity"; "Resolución 3280" AND "barreras de acceso" AND "Colombia"; y "clinical risk management" AND "audit"; como criterios de inclusión se determinaron:

- Artículos originales y de revisión publicados en revistas pares que abordaran el continuo de atención materno-perinatal, fallas en procesos prioritarios o morbilidad extrema.
- Documentos normativos y lineamientos técnicos aplicables al territorio colombiano.
- Estudios con metodologías tanto cuantitativas como cualitativas que aportaran métricas o categorías de análisis sobre barreras administrativas y clínicas.

Se excluyeron reportes de opinión, cartas al editor o investigaciones que no vincularan la operación de los servicios con variables de gestión o auditoría.

**Procesamiento y Análisis de la Información**

El análisis de los 27 documentos seleccionados se realizó mediante una matriz de triangulación de datos estructurada en tres ejes temáticos esenciales:

- **Eje I:** Modelos globales de continuidad de la atención y estándares internacionales de calidad asistencial.
- **Eje II:** Identificación de barreras operativas, administrativas y clínicas en la implementación de la RIAMP en el escenario nacional.
- **Eje III:** Marcos gerenciales de control, basados en el modelo de error sistémico y el ciclo de mejora continua (PHVA).

Cada artículo fue sometido a una lectura crítica y extracción de unidades de análisis, cuyos resultados sirvieron de fundamento argumentativo para el desglose de los riesgos operativos y el diseño de la propuesta gerencial presentados en las secciones subsiguientes de este artículo.

Resultados

## Con base en lo anterior se presenta la siguiente propuesta gerencial l y rediseño de procesos bajo el enfoque del ciclo PHVA

Para mitigar los riesgos operativos identificados en la implementación de la RIAMP y garantizar que el cumplimiento normativo se traduzca de forma efectiva en seguridad para la gestante, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben desplegar modelos de control administrativo rigurosos. Desde la perspectiva de la alta gerencia, la optimización de estos servicios no puede fundamentarse en acciones coyunturales, sino en la reconfiguración sistémica de sus procesos (Villamizar-Mora, Velásquez-Camargo, & Marulanda-Ascanio, 2020).

Esta propuesta gerencial adopta como sustento metodológico la triada clásica (Palimbo, Ummu Salmah, Amiruddin, & Syam, 2021)que evalúa la calidad asistencial a través de la interrelación entre la Estructura, el Proceso y el Resultado- combinada con los estándares modernos de la gestión del riesgo clínico (Vázquez Navarrete & Vargas Lorenzo, 2006). Bajo este enfoque, se establece que para transformar un resultado adverso (la morbilidad materna extrema), la gerencia debe intervenir de manera obligatoria la estructura (tecnología, agendas, suministros) y el proceso (estandarización, flujos informativos y adherencia clínica).

Para la operatividad de esta estrategia de mejora continua, se diseña un modelo de gestión estructurado en las cuatro fases del Ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar):

### Planear (P): Rediseño de la Capacidad Operativa y Flujos de Atención

La fase de planeación exige intervenir la Estructura de la institución para alinearla con los hitos obligatorios de la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Las acciones gerenciales prioritarias en este eslabón comprenden:

- Cálculo de la Capacidad Instalada: Adecuar la oferta de agendas de medicina general, enfermería y ginecobstetricia basándose en la caracterización epidemiológica de la población asignada, eliminando los cuellos de botella que dilatan la asignación de citas (Suárez, 2023).
- Rediseño del Flujo de Asignación: Estructurar un proceso prioritario de asignación inmediata de citas para gestantes, donde la captación inicial y la ordenación de la batería de laboratorios de ingreso se ejecuten en un solo contacto institucional, garantizando el cumplimiento de la meta de captación antes de la semana 10.
- Estandarización de Alertas en Historia Clínica: Configurar paramétricamente el software institucional para que actúe como una barrera de seguridad activa, generando alertas visuales obligatorias ante la falta de registro de constantes vitales críticas o la omisión de prescripción de micronutrientes.

### Hacer (H): Ejecución Estandarizada y Fortalecimiento de la Seguridad del Paciente

Esta fase se concentra en el Proceso y representa la puesta en marcha de los flujos rediseñados bajo pautas de estandarización rigurosa:

- Despliegue de los Paquetes de Intervención Obligatorios: Garantizar que todo el personal asistencial ejecute de manera uniforme la toma, el registro y el seguimiento de los tamizajes prenatales prioritarios (VIH, sífilis, preeclampsia) e inicie el suministro inmediato de micronutrientes esenciales.
- Capacitación en el Modelo de Error Sistémico: Entrenar a los equipos multidisciplinarios en el reconocimiento de fallas latentes bajo el enfoque del "Queso Suizo" de James Reason (Reason, 2000), promoviendo una cultura no punitiva de reporte de incidentes y fallas (near misses) operativas.
- Institucionalización de la Atención Humanizada: Implementar protocolos obligatorios de trato digno y apoyo psicosocial perinatal en salas de parto, erradicando barreras relacionales que atenten contra la salud mental y la percepción de seguridad de la gestante (Hoyos-Vertel & Muñoz De Rodríguez, 2019).

**Verificar (V): Auditoría Operativa y Monitoreo Métrico de Calidad**

La verificación representa el núcleo del control gerencial y exige que la propuesta no sea un lineamiento teórico, sino un sistema medible. Para dar estricto cumplimiento a la normativa nacional, las IPS deben incorporar de manera obligatoria el Sistema de Información para la Calidad regulado por la Resolución 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). La auditoría operativa debe realizarse de forma concurrente (en tiempo real sobre la historia clínica mientras la gestante está en la ruta) y basarse en un tablero de control con indicadores específicos alineados a dicha norma, tales como:

- Porcentaje de captación prenatal temprana:

$$Indicador = \left(\frac{Número\ de\ Gestantes\ Ingresadas\ Antes\ de\ la\ Semana\ 10}{Total\ de\ Gestantes\ Ingresadas\ en\ el\ Periodo}\right) x\ 100$$

- Oportunidad en la asignación de citas neonatal:

*Indicador = Días transcurridos entre el nacimiento y la primera consulta de control prioritario del recién nacido (Meta ≤ 3 – 7 días)*

- Proporción de adherencia a guías clínicas: Medición del porcentaje de historias clínicas que registran el cumplimiento total de los laboratorios y micronutrientes mandatorios de la ruta.

**Actuar (A): Cierre de Brechas y Sostenibilidad Institucional**

La fase de cierre del ciclo PHVA consolida el aprendizaje organizacional y garantiza que los hallazgos de la auditoría operativa generen acciones correctivas permanentes:

- Planes de Mejoramiento Individualizados por Servicio: Cuando la fase de verificación detecte un indicador por debajo del umbral estándar, la gerencia debe ordenar un análisis de causa raíz para identificar si la falla obedece a un problema de estructura o de proceso, desplegando ajustes inmediatos.
- Retroalimentación Asistencial Concurrente: Socializar mensualmente los tableros de control de la Resolución 256 de 2016 con el comité técnico y operativo de la IPS, reconociendo las mejores prácticas organizacionales y corrigiendo las desviaciones documentales.
- Sostenibilidad y Reducción del Riesgo Legal: Demostrar ante los entes de control y las EPS que la institución mantiene una mitigación activa de sus riesgos operativos, lo que disminuye los costos por glosas, evita sanciones por habilitación (Resolución 3100 de 2019) y prioritariamente, protege la vida del binomio madre-hijo a través de un continuo de atención seguro y eficiente.

**Conclusiones**

La implementación de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP) en Colombia representa un avance regulatorio fundamental hacia la consolidación de un modelo de salud preventivo y predictivo; sin embargo, su éxito real no depende de la existencia formal del mandato normativo, sino de la capacidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para gestionar y blindar sus procesos operativos. La evidencia científica nacional e internacional demuestra que la fragmentación asistencial y las barreras administrativas actúan como fallas latentes que rompen de manera sistemática el continuo de atención (Continuum of Care). Al dilatar hitos críticos como la captación prenatal temprana antes de la semana 10, el sistema transiciona involuntariamente hacia escenarios de riesgo no controlado que detonan la aparición de la morbilidad materna extrema.

Bajo la óptica de la administración hospitalaria y la seguridad del paciente, los eventos adversos obstétricos y los diagnósticos tardíos de patologías críticas no deben interpretarse bajo un sesgo punitivo centrado en el error humano aislado del profesional de la salud. Al aplicar marcos teóricos como el modelo del error sistémico o "Queso Suizo" de James Reason, se hace evidente que los desenlaces fatales o las complicaciones severas en el binomio son el resultado directo de la alineación de fallas organizacionales latentes, tales como fallas informáticas en la historia clínica, sobrecarga laboral, escasez de agendas integradas y la ausencia de una cultura institucional orientada al control del riesgo operativo.

Por consiguiente, la articulación simbiótica entre la gestión del riesgo clínico y la auditoría operativa se consolida como la herramienta gerencial indispensable para garantizar la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud materno-perinatal (Harding, 2012). El despliegue de una propuesta administrativa basada en el Ciclo PHVA e integrada metodológicamente con la triada de Avedis Donabedian (Estructura, Proceso y Resultado),

permite a la alta gerencia intervenir activamente las variables del sistema. Asimismo, la incorporación rigurosa de los indicadores de la Resolución 256 de 2016 dentro de auditorías concurrentes en tiempo real asegura la medición objetiva del rendimiento, promoviendo una toma de decisiones basada en datos que no solo blinda a la institución ante sanciones de habilitación (Resolución 3100 de 2019) y glosas financieras, sino que cumple con el fin ético primordial del sector: salvaguardar la vida y la salud mental de la madre y del recién nacido.

## Referencias


Almendra, L. (2019). *Percepción de las adolescentes sobre la atención humanizada durante el trabajo de parto.* Obtenido de Rdi UNC: http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/15592

Barragán Bechara, J., Riaño Casallas, M., & Martínez, M. (2012). Integrated networks of health services: towards the construction of a concept. *Universidad y Salud*. doi:Print version ISSN 0124-7107On-line version ISSN 2389-7066

Barrientos Correa, A. (2024). *Publicación: Percepción de mujeres gestantes sobre el acceso a los servicios de salud. Unidad Hospitalaria de Manrique-ESE Metrosalud. Medellín, 2024.* Obtenido de Repositorio Universidad de Antioquia: https://hdl.handle.net/10495/43992

Ferreiro-Losada, M., Díaz-Sanisidro, E., Martínez-Romero, M., Rial-Boubeta, A., Varela-Mallou, J., & Clavería-Fontán, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativasy percepciones de las mujeres durante el proceso del parto Evaluación mediante grupos focales sobre las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de Calidad Asistencial, 28*(5), 291-299. doi:https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.02.001

García-Balaguera, C. (2017). Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Revista de la Facultad de Medicina, 65*(2). doi:Print version ISSN 0120-0011

GUZMÁN NEGRETE, M., & MIRANDA, S. (2024). *CALIDAD DEL CUIDADO PRECONCEPCIONAL EN EL MARCO DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD. CERETÉ - CÓRDOBA 2024.* Obtenido de Universidad de Córdoba: https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/233e1fe4-3317-46f5-866d-8fb9f89e0705/content

Harding, K. (2012). Gestión de riesgos en obstetricia. *Obstetricia, Ginecología y Medicina Reproductiva, 22*(1), 1-6. doi:https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2011.10.006

HARVARD T.H. CHAN. (15 de noviembre de 2025). *School of public health.* Obtenido de Transformación de la salud materna en las comunidades pastoriles de Etiopía: lecciones del sur de Omo.: https://hsph.harvard.edu/maternal-health-task-force/news/transforming-maternal-health-in-ethiopias-pastoralist-communities-lessons-from-south-omo/

Hermans, A., Spaan, J., Marieke, A., Hietkamp, A., Visser, J., Franx, A., & van der Kooy, J. (2026). Introducing an integrated maternity care pathway for women with a history of small-for-gestational-age: Evaluation of its effect on care process and clinical outcomes.

*Evaluation of its effect on care process and clinical outcomes, 21*(1). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0341071

Hoyos-Vertel, L., & Muñoz De Rodríguez, L. (2019). Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Rev. salud pública, 21*(1). doi:https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.69642

Hussain, A., Park, T., Memon, Z., & Meherali, S. (6 de octubre de 2025). *HARVRAD T.H. CHAN.* Obtenido de Testimonio: Emoción del investigador y reflexividad ética en la investigación sobre la salud materna adolescente.: https://hsph.harvard.edu/maternal-health-task-force/news/bearing-witness-researcher-emotion-and-ethical-reflexivity-in-adolescent-maternal-health-research/

Iglesias Herrera, I., & Avendaño Jiménez, C. (2021). *Cumplimiento de la ruta integral de atención en salud materno-perinatal en el periodo 2016-2021.* Obtenido de RDI Universidad Simon Bolivar: https://hdl.handle.net/20.500.12442/9183

Jain, A. (2001). Programas de planificación familiar: calidad de la atención. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales y del Comportamiento*, 5340-5343. doi:https://doi.org/10.1016/B0-08-043076-7/02185-9

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de febrero de 2016). Resolución Número 0256 de 2016. Obtenido de www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200256%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2 de agosto de 2018). Resolución Número 3280 de 2018. Obtenido de www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Palimbo, A., Ummu Salmah, A., Amiruddin, R., & Syam, A. (2021). Panorama general de la implementación del modelo de continuidad de la atención en los servicios de salud materna: una revisión de la literatura. *Gaceta Sanitaria*, S388-S392. doi:https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.058

Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C., & Kruske, S. (6 de enero de 2014). Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional's perceptions. *BMC Health Serv Res, 14*(4). doi:10.1186/1472-6963-14-4

Reason, J. (18 de marzo de 2000). Error humano: modelos y gestión. *Educación y debate*, 320. doi:https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Rojas-Rangel, J., Medina-Riascos, C., Pinto-Ortiz, G., & Escobar-Díaz, F. (2022). https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/233e1fe4-3317-46f5-866d-8fb9f89e0705/content. *Revista de Salud Pública, 24*(3). doi:Print version ISSN 0124-0064

Saito, A., & Kondo, M. (4 de Mar de 2024). Continuum of care for maternal and child health and child undernutrition in Angola. *BMC Public Health, 24*(1), 680. doi:10.1186/s12889-024-18144-2

Suárez, E. (enero de 2023). *Factores facilitadores y barreras del acceso a la atención materno-perinatal de las mujeres.* Obtenido de Universidad de la Sabana.

Tunçalp, Ö., Were, W., MacLennan, C., Oladapo, O., Gülmezoglu, A., Bahl, R., . . . Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG*, 122. doi:10.1111/1471-0528.13451

van der Werf, L., Evers, S., Prieto-Pinto, L., Samacá-Samacá, D., & Paulus, A. (2022). Integrated Maternal Care Strategies in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Int J Integr Care*, 26.

Vargas Sánchez, D. (11 de 06 de 2024). *Desarrollo de estrategias educativas para la implementación de las guías de buenas prácticas clínicas de la RNAO y la Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal (Resolución 3280 de 2018) en el servicio de sala de partos de la Clínica FOSCAL dura.* Obtenido de UNAB: https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/25185

Vázquez Navarrete, M. L., & Vargas Lorenzo, I. (2006). Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? *Revista Ciencias de la Salud, 4*(1). doi:Print version ISSN 1692-7273On-line version ISSN 2145-4507

Villamizar-Mora, J., Velásquez-Camargo, M., & Marulanda-Ascanio, C. (2020). Estrategias para la optimización operativa y financiera de las entidades de salud pública bajo el sistema obligatorio de garantía de calidad en atención en salud (SOGCS). *Reflexiones Contables, 3*(1), 41-53. doi:https://doi.org/10.22463/26655543.2894

World Health Organization. (2021). Five functions to improve quality of care for maternal newborn and child health: knowledge brief. *World Health Organization*, 3. doi:https://iris.who.int/handle/10665/350118