

## Evento adverso y salud pública

### Adverse event and public health

Luz Marina Alonso P.<sup>1</sup>, Maybelline Rojas<sup>2</sup>

La salud pública (1) es entendida como una acción política generada a partir de esfuerzos colectivos e individuales del estado y la comunidad, basados en la promoción de la salud, los sistemas de salud y la evaluación de políticas intersectoriales. A ello se suma que la promoción de la salud debe insertarse en la dinámica del desarrollo humano generando resultados favorables bajo la óptica de los fenómenos de globalización y los efectos de las políticas sanitarias dependientes del mercado que influyen en la calidad de prestación de los servicios de salud. Por ello, la problemática emergente de los eventos adversos (por dispositivos médicos/no médicos y farmacológicos) representa una amenaza al fomento de la salud, pues incrementan discapacidades y gastos de bolsillo en los usuarios del sistema de salud actual.

El conocido aforismo hipocrático “*Primum non Nocere*” o “Primero no hacer daño” es una evidencia de la preocupación por los

daños propios de la atención en salud desde el nacimiento mismo de la medicina. Anteriormente no se contaba con las técnicas diagnósticas, ni tratamientos sofisticados como los de hoy, y el producir efectos perjudiciales en la atención era mayor. Sin embargo, a pesar de los reconocimientos de las ganancias recibidas en la disminución de los eventos adversos, relacionados con el uso de alta tecnología, aún se adolece de errores mortales en la atención en salud por malas prácticas (2-3).

Los eventos adversos se consideran una problemática de salud pública ya que las muertes producidas por los mismos sobrepasan la mortalidad por causa de accidentes de tráfico y de cáncer de seno en algunos países (4), por lo que se debe encontrar soluciones para poder brindar apoyo para la reducción de estas situaciones de riesgo. Los eventos adversos se han distinguido como la injuria producida por el error, que a nuestro modo de ver no solo implica al

<sup>1</sup> Coeditora de la revista SALUD UNINORTE, MSC, MPH. Docente del Departamento de Salud Pública. Universidad del Norte. lmalonso@uninorte.edu.co

<sup>2</sup> MD. Estudiante maestría salud pública.

médico sino al equipo de salud y a la misma institución. Se entiende entonces por error médico según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos: “Falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)”(5). En la literatura se encuentran definiciones sobre lo que es un evento adverso y las distinciones que hacen de éste con el error médico, de igual manera reflexiones sobre la responsabilidad que debe asumir el paciente (6-7).

Existe una necesidad de generar indicadores más sensibles para sistematizar y evaluar los eventos adversos teniendo en cuenta posibilidades de ocurrencias, entre otras: iatrogenia, acumulación de casos (epidemia), hallazgo incidental, de tal manera que la salud pública podría hacer uso en sus análisis e investigaciones de nuevas tasas específicas de morbilidad y mortalidad y tendencias diferenciadas de las mismas a través del tiempo.

En Estados Unidos se registraron 2.426.264 muertes en años recientes; entre las causas encontradas se señalaron enfermedades cardiovasculares, neoplasmas, cerebrovasculares, respiratorias, y errores en la prescripción de medicamentos (8). Los eventos adversos se definen en la resolución 1446 de 2006, como: lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, las cuales son mas atribuibles a estas que a la enfermedad subyacente, que puede conducir a la muerte, a la incapacidad y al deterioro del estado de salud”(9). El número de errores potencialmente prevenibles cada año en los Estados Unidos varía entre 44.000 y 98.000 muertes anuales, esto excede muertes por accidentes de tráfico, Sida,

cáncer de seno (4). Los costos derivados de la atención de efectos adversos puede alcanzar 4% del gasto total en salud, algo así como 37 millones de dólares, de los cuales pudieran haberse ahorrado aproximadamente 50% de haberse evitado. Además, la presentación de eventos adversos durante la hospitalización alarga la estancia en aproximadamente 5 días y aumenta el costo por paciente en 4.500 dólares (10), y esto sin entrar a detallar el riesgo de infecciones.

Los datos por eventos adversos en Estados Unidos provocaron una reacción en la comunidad que trabaja para la salud en el mundo, y se empezó a buscar formas de reducir estos índices, ya que esto afecta la confianza, la seguridad y la satisfacción del público y de los proveedores de atención sanitaria.

Los eventos adversos cobran un alto tributo en concepto de pérdidas financieras. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, las estancias hospitalarias que provocan cuestan por sí solas cerca de £2000 millones al año, y el pago de indemnizaciones cuesta al Servicio Nacional de Salud en torno a los £400 millones al año, además de una posible responsabilidad estimada en £2400 millones correspondiente a reclamaciones presentadas o previstas, mientras que se estima que las infecciones hospitalarias, de las que un 15% son evitables, cuestan cerca de £1000 millones al año. En Inglaterra, estudios en hospitales del Servicio Nacional de salud (NHS), señalan aproximadamente 850,000 eventos adversos por año (3).

En Europa, un grupo de trabajo en hospitales, señala que 1 de cada 10 pacientes sufre enfermedades evitables y eventos adversos como producto de la asistencia médica. En

Australia, encontraron Evento Adverso (EA) en el 26,0 % de los egresos hospitalarios (3).

Colombia, un país con primeras causas de muerte reportadas en las categorías de enfermedades cardiovasculares, accidentes y cáncer y con gran problemática que afecta a la calidad de vida de su población, no ha sido ajeno a estos procesos de riesgos, y lo ha venido trabajando hace menos de dos lustros en instituciones clínicas y hospitalarias del país comprometidas con la calidad en la prestación de los servicios. Según los reportes del INVIMA (Instituto nacional de vigilancia de Medicamentos y Alimentos), en los últimos 8 años se ha aumentado el reporte de reacciones adversas medicamentosas; para el año 2008 se contó con 6395 reportes, mientras que en el 2002 solo 190, para un total de 17.768 reportes, en lo que lleva el programa (11-14). Los eventos adversos deberán ser objeto de seguimiento e intervención por cada una de las partes de los componentes del sistema de salud (empresas administradores de planes de beneficios, instituciones prestadoras de salud).

Es posible imaginar el efecto deletéreo que tiene este problema sobre el estado de salud de la sociedad y sobre el equilibrio del sistema de salud y en el efecto y contribución porcentual en el esquema de los determinantes de la salud (15). Por esta razón es deber de la Salud Pública evaluar, controlar, analizar los riesgos y daños en salud producto de estos eventos, basados en los seguimientos y la articulación con el sistema de Garantía de la Calidad.

Aunque es humano errar, es desalmado no prevenir y manejar oportunamente los

daños. (16) Esto no es un problema resultado de malas intenciones, o que el personal de salud vaya a trabajar para hacer mal su labor o para cometer errores, pero ciertas circunstancias son resultado de falta de barreras de seguridad en los procesos. No es posible seguir ignorando esta situación tal como es, o expresarla solo en indicadores obligatorios entregados por los aseguradores y prestadores a los entes de control como requisito normativo, sin generar ningún impacto, se necesita de un verdadero trabajo transdisciplinario orientado hacia un observatorio de la calidad, elevando la conciencia del equipo de salud para poder así, evitar y disminuir la susceptibilidad de que la enfermedad produzca mayor enfermedad.

Es deseable que las nuevas cohortes que se forman en salud pública deben trabajar fuertemente para cerrar esta brecha en la dinámica de eventos adversos y salud pública, igualmente trabajar en los ajustes que adelanta el Ministerio de Protección Social al Plan Nacional de Salud Pública e incluir acciones dirigidas a establecer una línea de base de aseguramiento; prevención y control de eventos adversos

De otra parte trabajar en la otra cara de la moneda potencializando a la población en su autonomía de la salud para cada vez alejarse más de los eventos adversos (17) (18) (19).

### **Agradecimientos**

Se le agradece al Dr. Rafael Tuesca, director del Departamento de Salud Pública de la Universidad del Norte, por sus aportes.

## Referencias

- (1) Agudelo Saúl. La Salud Pública Hoy. Universidad Nacional de Colombia: Bogotá, 2002
- (2) Agámez Saskia, Aldana, María, Barretos Vanessa y col. Aplicación de nuevas tecnologías de la información en la enseñanza de la medicina. Salud Uninorte, 2009. (25) No. 2. p. 150-171.
- (3) Ruelas Sarabia Tova. Seguridad del Paciente Hospitalizado. Editorial Médica Panamericana: Colombia, 2007, p. 5.
- (4) González Mauricio. Respuesta institucional a eventos críticos en el Boston Medical Center. Hospitalaria., 2008. Vol. 58, año 9. p. 4-10.
- (5) Nena, Patricia. Error médico y eventos adversos. Rev Chil Pediatr 2008; 19(3): 319-326
- (6) Gálvez E, Gálvez M, Santisteban M, Morales L. Criterio profesional del error médico. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(1): <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14-198>
- (7) Brigard Pérez, Ana María. El complejo mundo del "error médico". Hospitalaria, 2008, Año 10, No. 60 (1): p. 28-29
- (8) Melonie Heron,, National Vital Statistics Reports, Volume 57, Number 14 April 17, 2009.
- (9) Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006 <[www.minprotecciónsocial.gov.co/sogc/newdetail.asp?ID=15504&idcompany=1/](http://www.minprotecciónsocial.gov.co/sogc/newdetail.asp?ID=15504&idcompany=1/)
- (10) Ministerio de protección social, Herramienta para promover la estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud, ISBN 978-958-8361-37-6. Editorial Fundación Fitec, 2007.
- (11) INVIMA. Guía de reporte de eventos adversos. Disponible en: <http://web.invima.gov.co/Invima/index.jsp>.
- (12) Seguridad del paciente: Una estrategia para la calidad en los servicios de salud. Entrevista al Dr. William Duarte. Hospitalaria. año 8 No. 49, 2006 P 20-22.
- (13) Situación de Salud en Colombia Indicadores Básicos, indicadores año 2008, tomado de la página<<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3> (donde cito esto)
- (14) Alonso L, y col. Calidad de vida en pacientes post-evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte, 2009. (25):1, p. 73-79.
- (15) Zarate, Gilda, Pérez Miguel. Mediadores de la salud pública, 2007. Salud Uninorte, 23(2) p 193-201.
- (16) Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To err is human: building a safer Health/system. Warshington. D.C. national Academy Press; 1999.
- (17) Villarini, Jusino. El cuidado en salud y la educación salubristas como promoción de competencias humanas y autonomía. Salud Uninorte, 2008, 24(2) P. 341-350.
- (18) Ministerio de protección social. Ajustes al plan de salud. Cartagena 28 de septiembre- Octubre 1 de 2009.
- (19) Vega Mayra, Alonso Luz Marina. Desarrollo de conciencia salubrista en los niveles inicial y primario. Memoria X Encuentro internacional de educación y pensamiento. III Congreso Nacional para una educación de calidad. Cartagena, Colombia. p. 12.