

**Responsabilidad civil objetiva e infecciones intrahospitalarias en la
Región La Libertad, bienio 2014–2015**

**Objective civil liability and hospital acquired infections in the Region La Libertad,
biennium 2014–2015**

**Responsabilidade civil objetiva e infecções nosocomiais na Região La Libertad,
biênio 2014–2015**

Eduardo J. Ulloa Reyes¹

Resumen

La presente investigación centra su problemática en la responsabilidad civil frente a los daños producidos por las infecciones intrahospitalarias, puesto que nuestro ordenamiento vigente en materia de salud (Ley N.º 26842 – Ley General de Salud) establece que los daños en la actividad médica deben de ser tratados bajo una responsabilidad subjetiva, no obstante el investigador considera que ello no debería primar en el caso de los daños producidos por las infecciones intrahospitalarias, tal como lo propugna la doctrina extranjera y la legislación europea, dadas las actividades riesgosas que se desarrollan frecuentemente en los establecimientos de salud donde estas se adquieren. Para esta labor se emplearon los métodos científico, analítico, deductivo, documental y estadístico. Se halló que los establecimientos de salud de la región La Libertad entre los años 2014 – 2015 presentaron altas tasas de infecciones intrahospitalarias, excediendo los promedios de la OMS, lo cual denota un incumplimiento de las normas de bioseguridad, los protocolos de salud y las disposiciones sobre infraestructura hospitalaria.

Palabras clave: Responsabilidad civil objetiva, infecciones intrahospitalarias, sistema de salud.

Abstract

This research focused their problems on the civil liability against damage caused by hospital-acquired infections, since our current system health (Act No. 26842 - General health law) establishes that damage to the medical activity must be treated under a subjective responsibility, however the researcher believes that this should not prevail in the case of damage caused by hospital-acquired infections, as proposes it foreign doctrine and European legislation, given the risky activities that occur frequently in health facilities where they are acquired. The methods scientific, analytical, deductive, documentary and statistical were used for this task. The investigation resulted in the health facilities of the La Libertad region between the years 2014-2015 showed high rates of hospital-acquired infections, exceeding the averages of the WHO, which denotes a breach of biosafety, health and provisions on hospital infrastructure protocols.

Keywords: Objective civil liability, hospital-acquired infections, health system.

Resumo

Esta pesquisa enfoca a responsabilidade civil contra danos causados por infecções nosocomiais seus problemas, desde que o nosso atual sistema de saúde (Lei n.º 26842 - lei de saúde geral) estabelece que os danos para a atividade médica deve ser tratada sob uma responsabilidade subjetiva, no entanto, o pesquisador acredita que isto não deve prevalecer em caso de danos causados por infecções hospitalares, como propõe doutrina estrangeira e legislação europeia, tendo em conta as atividades de risco que ocorrem com frequência em instituições de saúde que são adquiridas. Os métodos científico, analítico, dedutivo, documentário e estatístico foram usados para esta tarefa. A pesquisa resultou nas instalações de saúde da região de La Libertad, entre os anos de 2014-2015 mostrou altas taxas de infecções hospitalares, excedendo as médias de quem, o que denota uma violação das disposições sobre protocolos de infraestrutura do hospital, saúde e biossegurança.

Palavras chave: Responsabilidade civil objetiva, infecções nosocomiais, sistema de saúde.

¹Universidad Nacional de Trujillo, Doctorando en Derecho, eulloareyes21@gmail.com

Introducción

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, también llamadas infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), se asocian con el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, así como con costos hospitalarios adicionales, lo que se traduce no solo en el incremento de los días de hospitalización y gastos de atención, sino también –en algunos casos– a soportar sucesos que generan discapacidad en la población; desconociéndose a nivel de América Latina la carga de la enfermedad que este evento produce. Los estudios realizados en hospitales locales han demostrado que las IAAS incrementan la estancia hospitalaria en más de 8 días, dependiendo, este tiempo, de la localización de la infección intrahospitalaria (IIH). Esta ampliación de la estancia hospitalaria trae consigo el uso adicional de medicamentos, exámenes auxiliares y aumento de los costos por día/cama (Gobierno Regional de La Libertad - Gerencia Regional de Salud - Subgerencia de Cuidado Integral, 2015, p. 2).

Las IIH se presentan tanto en países desarrollados como en naciones en desarrollo, donde aproximadamente cada día 1.4 millones de pacientes adquieren una infección de este tipo. Los *Centers for Disease Control* (CDC) estiman que casi dos millones de pacientes adquirirán una infección intrahospitalaria cada año mientras permanecen en un hospital de los Estados Unidos de Norteamérica y casi 90,000 de ellos morirán debido a una de estas infecciones (Unahalekhaka Akeau, 2014, p. 30). A todo esto, se considera una infección intrahospitalaria a aquella que no está presente ni incubándose en el momento del ingreso, pero que se observa durante la estadía hospitalaria o el alta del paciente. La infección usualmente se hace evidente a las 48 horas o más, luego de la entrada al establecimiento de salud. Incluye también a las infecciones contraídas en el hospital pero que aparecen después de que el enfermo fue dado de alta y las que se registran entre el personal y los visitantes del hospital.

España realiza desde hace dos décadas estudios de prevalencia puntual asociados a las IAAS. En el estudio publicado en el 2012, se estableció que alrededor del 5% de los pacientes hospitalizados desarrollaron una infección intrahospitalaria durante su estancia (Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene, 2012, p. 6). En el Perú, en el año 1999, se desarrolló el primer estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias donde participaron 62 hospitales; las tasas de prevalencia encontradas oscilaron entre 0 a 37.5% dependiendo del nivel de complejidad (Ministerio de Salud – Oficina General de Epidemiología, 2000, p. 18).

A propósito, resulta sorprendente que en el Perú la responsabilidad por infecciones intrahospitalarias carezca de regulación, a pesar de las actividades riesgosas que se desarrollan frecuentemente en los establecimientos de salud donde estas se adquieren. En ese sentido, la responsabilidad civil por daños a causa de las IIH debe partir de la premisa que el factor que genera la obligación de indemnizar a los afectados es el quebrantamiento de las normas de bioseguridad y la obligación de seguridad del paciente. De ahí que el asunto de la responsabilidad en las IAAS deba ser tratado bajo su vertiente objetiva.

Bajo esta perspectiva, la pauta legal utilizada para reclamar la indemnización de estos daños debe ser la responsabilidad civil objetiva del centro de salud (MINSA) por tener el dominio de la institución médica, además de ser el responsable del cumplimiento de protocolos y normas técnicas de salud. En otros términos, la responsabilidad civil le corresponde asumirla al Estado por incumplimiento de la supervisión de los servicios sanitarios y asegurarse de la calidad de la prestación

médica. De esta forma, frente a los daños producidos por las IIH, la responsabilidad objetiva supera la visión individual del galeno negligente, y empieza a determinar responsabilidad de la organización hospitalaria por la actividad médica, ancestralmente riesgosa a pesar de sus fines altruistas, terapéuticos y curativos.

En consecuencia, frente al inexistente ordenamiento legal para cubrir los daños producidos por las infecciones intrahospitalarias, el problema que gobierna a la presente investigación tiene el siguiente tenor: ¿necesitamos aplicar la teoría de la responsabilidad civil objetiva a los casos de infecciones intrahospitalarias en nuestro país? La hipótesis, a su vez, es clara: «Resulta pertinente y eficaz aplicar la teoría de la responsabilidad civil objetiva a los casos de infecciones intrahospitalarias en nuestro país, porque el servicio de salud califica como una actividad riesgosa». De esta forma, los objetivos de este trabajo se resumen a, en primer lugar, fundamentar que las causas de las IIH parten del propio sistema hospitalario en manos del Estado y, segundo, demostrar que la responsabilidad civil objetiva es el mecanismo jurídico más eficiente para reparar los daños provocados por las IIH.

Material y métodos

El objeto de estudio estuvo constituido por las infecciones intrahospitalarias en el Perú, circunscrito a la región geopolítica de La Libertad, en el bienio 2014 – 2015. Las fuentes de datos para la investigación fueron el Ministerio de Salud y la Gerencia Regional de Salud de La Libertad. La investigación realizada fue de tipo descriptivo.

La técnica utilizada fue la recopilación documental, con su instrumento guía de observación, empleada para recabar los informes ejecutivos de la Gerencia Regional de Salud de La Libertad para los años 2014 y 2015 con los índices de las IIH acontecidas en los principales nosocomios de la región, así como para conocer las más importantes doctrinas jurídicas acerca de la responsabilidad civil.

Por otro lado, como método universal se utilizó el método científico; como métodos generales se emplearon los métodos analítico y deductivo; asimismo, como métodos específicos se manejaron los métodos documental y estadístico.

Resultados

Para el 2014, los siguientes resultados corresponden a un total de 21 establecimientos de salud de la región La Libertad: el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN); los hospitales Regional Docente de Trujillo, Belén de Trujillo, Apoyo de Chepén, Tomás La Fora de Guadalupe, Elpidio Berovides de Otuzco, Cesar Vallejo de Santiago de Chuco y Leoncio Prado de Huamachuco; hospitales provinciales y distritales: Pacasmayo, Julcán, Tayabamba, Bolívar, Virú, Cascas, Florencia de Mora, Walter Cruz Vilca de Moche, Jerusalén de la Esperanza, Vista Alegre de Víctor Larco, Especialidades Básica la Noria de Trujillo, Santa Isabel de El Porvenir, y Rosa Sánchez de Santillán de Ascope. De los cuales 4.8% (01) corresponde a la categoría III-2; 9.5% (02) a la III-1; y el 85.7% (18) corresponden a la categoría II-1; categorías según RENAES (Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo Públicos y Privados).

Esto representa la información recibida de 08 servicios de hospitalización para neonatos, 03 unidades de cuidados intensivos de pacientes adultos, 22 servicios de

ginecoobstetricia, 08 servicios de cirugía, 08 servicios de medicina. La periodicidad y cumplimiento de la notificación para el año 2014 fue de un 95.40%.

El total de infecciones intrahospitalarias notificadas en el año 2014 fueron 225 (100 %); de los cuales el 57.8% (130) fueron reportadas por el Hospital Belén, el 34.2% (77) por el Hospital Regional Docente, el 4.9% (11) por el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Norte; el 3.1% (7) restante reportan los hospitales Leoncio Prado de Huamachuco, Apoyo de Chepén, Elpidio Berovides de Otuzco y el Hospital Jerusalén del distrito de La Esperanza.

Al ver la distribución por servicios se observa que el 30.2 % (68) corresponden al servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), 27.6% (62) a Neonatología, 18.2% (41) (cirugía), Ginecoobstetricia 15.1% (34) y el servicio de medicina con el 8.9% (20).

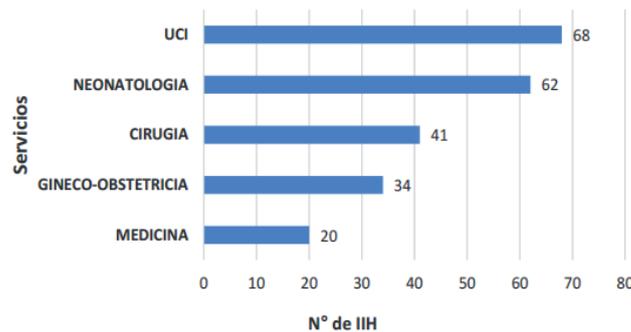


Figura 1. Infecciones intrahospitalarias según servicios hospitalarios en la región La Libertad para el año 2014.

En cuanto al tipo de infección tenemos que el 28.4% (64) corresponde a las neumonías, el 24.9% (56) a las infecciones del tracto urinario, el 24.0% (54) a infecciones del torrente sanguíneo, siguen las infecciones de herida operatoria con el 18.2% (41) y las endometritis aportan el 4.4% (10).

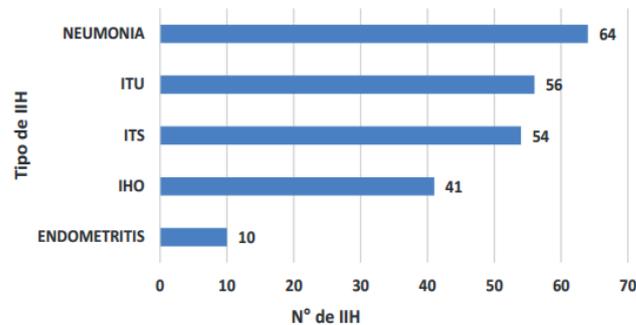


Figura 2. Infecciones intrahospitalarias según su tipo en la región La Libertad para el año 2014.

Respecto al 2015, se contó con la información de 23 establecimientos de Salud: 01 del Nivel III-2; 03 Hospitales Nivel III-1 (uno de ellos es EsSalud) y 19 Hospitales Nivel II-1. Esto representa la información recibida de 08 servicios de hospitalización para neonatos, 04 unidades de cuidados intensivos de pacientes adultos, 22 servicios de ginecoobstetricia, 23 servicios de cirugía y 23 servicios de medicina. La periodicidad y cumplimiento de la notificación fue en un 99.6%. Durante el 2015, los hospitales informaron 324 infecciones asociadas a la atención de salud: Los hospitales III-1 reportaron 264 IAAS (81.0%); el tipo III-2 reportó 22 IAAS (7%); y los hospitales II-1 reportaron 38 IAAS (12%).

Según la distribución porcentual de IAAS: El hospital Belén de Trujillo reportó el 36.7% (119/324), EsSalud Víctor Lazarte el 25.3% (82/324), el Regional Docente de Trujillo 19.4% (62/324), y el IREN 6.8% (22/324).

Los Hospitales II-1: Leoncio Prado de Huamachuco 4.9% (16/324), Especialidades Básicas La Noria 1.9% (6/324), Elpidio Berovides de Otuzco 1.5% (5/324); César Vallejo 1.2% (4/324); Hospital Apoyo Chepén 0.9% (3/324); Cascas, La Fora de Guadalupe, Walter Cruz Vilca de Moche y Tayabamba reportaron 01 IAAS c/u.

Los Hospitales: El Esfuerzo – Florencia de Mora, Jerusalén – La Esperanza, Vista Alegre – Víctor Larco, Santa Isabel – El Porvenir, Laredo, Rosa Sánchez de Santillán – Ascope, Pacasmayo, Virú, Julcán y Bolívar no reportaron IAAS en el período 2015.

La oportunidad de notificación fue del 99.6%. El Hospital Rosa Sánchez de Santillán en el mes de diciembre 2015 no reportó la vigilancia del IAAS.

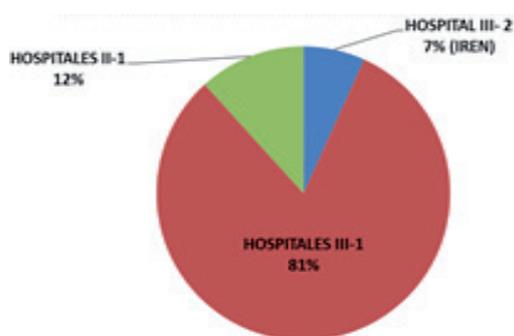


Figura 3. Distribución porcentual de IHH según el tipo de hospitales en la región La Libertad para el año 2015.

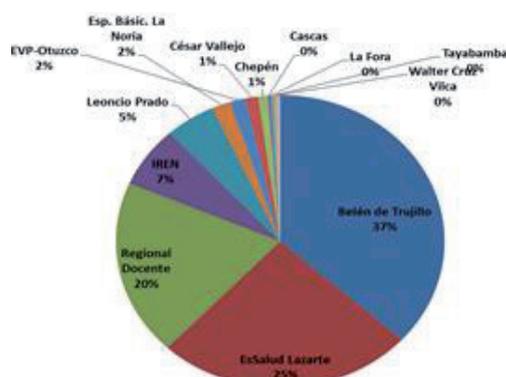


Figura 4. Distribución porcentual de IHH según los hospitales de la región La Libertad para el año 2015.

Al ver la distribución por servicios se observa que el 40.7% (132/324) corresponden al servicio de Ginecobstetricia; 23.5% (76/324) a UCI, Neonatología 16.7% (54/324); 12.3% (29/236) a Cirugía; y el servicio de Medicina con el 6.5% (21/324).

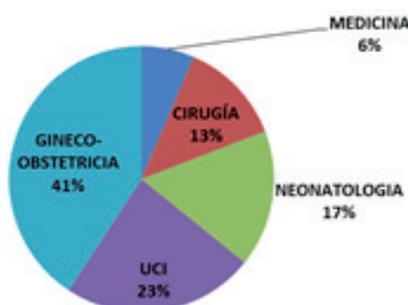


Figura 5. Distribución porcentual de IHH según servicios hospitalarios en la región La Libertad para el año 2015

En cuanto al tipo de infección según exposición a factores de riesgo, se registraron 102 infecciones de herida operatoria en parto cesárea, 69 infecciones del tracto urinario asociada a catéter urinario, 65 neumonías asociadas a ventilación mecánica, 49 infecciones del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso, 30 endometritis por parto vaginal y cesárea, e infecciones de herida operatoria en colecistectomía y hernioplastia.

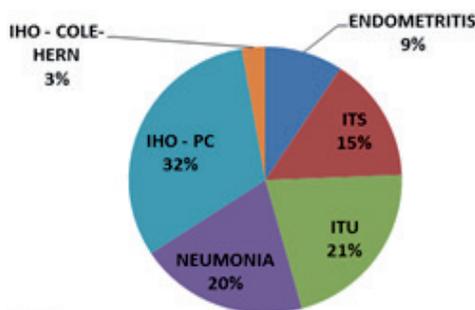


Figura 6. Distribución porcentual de IIH según su tipo en la región La Libertad para el año 2015.

Discusión

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un serio problema de salud pública por el aumento de mortalidad y morbilidad que producen en los pacientes hospitalizados y el incremento de costos de hospitalización por conceptos de estadía prolongada y uso de tratamientos especiales. La magnitud y características de las IIH, sus tendencias en el tiempo y las acciones para modificarlas constituyen indicadores de la calidad de atención a los pacientes y, por lo tanto, de la gestión de los hospitales, debido a que permiten mejorar la productividad de estos establecimientos (Rivera, Regina; Castillo, Guadalupe; Astete, María; Linares, Vilma; Huanco, Diana, 2005, p. 88). Esta situación ha llevado a implementar programas de prevención y control de IIH, donde la capacitación y la voluntad política son esenciales; el éxito de estas intervenciones requiere de la participación de un equipo multidisciplinario. El personal debe participar en estos programas, entenderlos y aceptarlos. Un importante componente de la prevención de estas infecciones depende de lo que hagan los profesionales médicos y el otro componente es la administración del hospital y el factor político.

La OMS señala que en países como el nuestro, el mal estado de las infraestructuras y del equipo médico, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión de desechos y en la lucha contra las infecciones, la actuación deficiente del personal, y la grave escasez de recursos para financiar los costos de funcionamiento esenciales de los servicios de salud, hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos adversos sea mucho más alta que en las naciones industrializadas (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 7). Si esto es así queda claro que estamos ante un gran problema multifactorial y no un simple problema de índole individual (responsabilidad subjetiva), lo cual trasciende la figura del médico y nos hace percatarnos de la importancia de la organización hospitalaria y del propio sistema de salud. Recordemos que todos los factores no están bajo control del médico, sino de la administración del hospital que tiene como una de sus principales responsabilidades reducir los eventos adversos, implementar un programa de control de infecciones intrahospitalarias y auditorías médicas que midan los indicadores de la calidad de los servicios hospitalarios.

La literatura médica de la OMS indica que el control y prevención de las infecciones nosocomiales depende del buen funcionamiento de la organización hospitalaria, lo cual incidirá en una tasa de infecciones intrahospitalarias baja y una prestación de salud idónea. En ese sentido, la responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias parte de dos premisas elementales: i) la responsabilidad para la prevención de infecciones nosocomiales recae en la organización hospitalaria, y ii) la

actividad médica es por naturaleza riesgosa para la salud de las personas si es que no se observan los protocolos médicos y las medidas de bioseguridad vigentes.

El control y prevención de las IIH es responsabilidad de la organización hospitalaria y no de los profesionales médicos, en estricto, que aun cumpliendo su función y obligaciones no podrían impedir un brote si la gestión hospitalaria no ha vigilado y controlado otros factores tales como la infraestructura hospitalaria, la esterilización o la desinfección del material médico. Por este motivo, la responsabilidad civil médica debe contemplar supuestos de responsabilidad civil objetiva en razón a que existen daños médicos no asociados a la conducta de este sino a la de la organización hospitalaria, como es el caso de las IIH. En este sentido, referirnos a la negligencia o al dolo en el ámbito de la responsabilidad médica como únicos factores de atribución para la reparación de los daños es una cuestión absolutamente inadecuada e injusta para las víctimas.

La concepción de la responsabilidad médica subjetiva parte históricamente de un momento en que los servicios médicos estaban incipientemente desarrollados, razón por la cual se hizo recaer toda la responsabilidad en el profesional médico. Ahora, este tipo de responsabilidad en el 2016 es absolutamente insuficiente para los fines de reparar a la víctima, puesto que los establecimientos de salud hoy en día basan su servicio en el funcionamiento de la organización hospitalaria, no en el esfuerzo de un solo médico ni siquiera un equipo médico sino de una organización perfectamente articulada que vigila que todos sus procesos cumplan determinados estándares de calidad para poder brindar un servicio satisfactorio a sus usuarios. Así, por ejemplo, las deficiencias en el mantenimiento de equipos o el aire acondicionado mal instalado pueden generar el brote de una epidemia de TBC en el área donde se produjo este hecho. Obsérvese que estrictamente el error fue del personal de mantenimiento y no del personal médico, empero es la gestión hospitalaria a quien compete velar por el buen funcionamiento del hospital y estos fallos no son posibles de imputar en solitario a una de sus partes organizativas sino a la propia organización hospitalaria que debe velar por el buen funcionamiento de la infraestructura hospitalaria. Este es el sustento de la denominada «seguridad del paciente» que parte de una premisa elemental: la seguridad del paciente depende del buen funcionamiento de la organización hospitalaria en su conjunto.

Nuestra regulación nacional parte equivocadamente de la responsabilidad civil del profesional médico, y solo si se demuestra el error individual de este se reconoce la responsabilidad del centro hospitalario. Ello evidentemente es un error, puesto que la mayoría de eventos adversos tienen como origen fallos en la organización hospitalaria, sea por ausencia de controles, insuficiente infraestructura o por deficiencias en la fiscalización de determinadas actividades riesgosas del hospital. Entonces, queda claro que debemos abandonar el régimen de la responsabilidad médica subjetiva y abordar de lleno la responsabilidad médica objetiva en el caso de las IIH, donde carece de sentido buscar la culpa o el dolo, cuando se prueba que el paciente efectivamente no trajo esta infección al momento de ingresar al hospital y, por tanto, la contrajo en sus instalaciones. Por eso, nuestro ordenamiento jurídico debería admitir que la responsabilidad por IAAS corresponde ser asumida por la organización hospitalaria, de tal forma que el paciente solo tendría que probar que a su ingreso al centro asistencial no traía dicha infección, dado que pertenece a sepas propias del ambiente hospitalario y no de la comunidad.

En definitiva, la responsabilidad civil por IIH no se encuentra adecuadamente regulada y la normatividad genérica existente, sea el Código Civil o la Ley General de Salud, es a todas luces insuficiente para hacer frente a su problemática. Ambos cuerpos

normativos parten perversamente de la visión de la responsabilidad por culpa del dependiente, estando este supuesto largamente superado en la legislación comparada por una responsabilidad civil objetiva de la institución nosocomial.

Conclusiones

Frente a la inexistencia de un ordenamiento legal en nuestro país dirigido a resarcir los daños producidos por las infecciones intrahospitalarias, resulta pertinente y eficaz aplicar a estos casos la teoría de la responsabilidad civil objetiva, por cuanto el servicio de salud califica como una actividad riesgosa.

Las infecciones intrahospitalarias son un problema multifactorial y no uno de índole individual simplemente, por eso la responsabilidad trasciende al individuo del médico, resaltando la importancia de la organización hospitalaria y del propio sistema de salud. Todos los factores endémicos no están bajo el control del médico, sino de la administración del hospital.

La organización hospitalaria es responsable del control y la prevención de las infecciones intrahospitalarias, de ahí que deba asumir los costos de estos eventos adversos ante los pacientes afectados y brindarles tanto prestaciones asistenciales adicionales como compensatorias. Siendo así, carece de sentido buscar culpa o dolo cuando se prueba que efectivamente el paciente adquirió la infección nosocomial dentro de sus instalaciones

Referencias bibliográficas

- Gobierno Regional de La Libertad, Gerencia Regional de Salud, Subgerencia de Cuidado Integral. (2015). *Plan regional anual de vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud*. Recuperado de http://www.diresalalibertad.gob.pe/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=26:informes-ejecutivos
- Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. (2000). *Análisis de la situación de las infecciones intrahospitalarias en el Perú 1999-2000*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_vighosp/vighos10.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica* (2da. ed.). Recuperado de <http://www10.gencat.cat/catsalut/vincat/ca/docs/OMS.pdf>
- Rivera, Regina; Castillo, Guadalupe; Astete, María; Linares, Vilma; Huanco, Diana. (2005). *Eficacia de un programa de capacitación en medidas básicas de prevención de infecciones intrahospitalarias*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Volumen 22. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342005000200002&script=sci_arttext
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. (2012). *Estudio EPINE 2012 y encuesta puntual de prevalencia en los hospitales de agudos de Europa (EPPS) protocolo*. Recuperado de <http://hws.vhebron.net/epine/>
- Unahalekhaka, Akeau. (2014). *Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención de salud*. Recuperado de http://theific.org/wp-content/uploads/2014/08/Spanish_ch3_PRESS.pdf