



Infecciones intrahospitalarias y responsabilidad profesional

TRABAJO FINAL INTEGRADOR PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
LEGAL

AUTOR: RAMIRO OLIVARES

DIRECTORA: MARISA GONZALEZ BROIN

AÑO 2023

Indice

| | |
|--------------------|----|
| Resumen | 2 |
| Introduccion | 4 |
| Marco teórico..... | 5 |
| Objetivo..... | 13 |
| Metodología..... | 14 |
| Resultados..... | 15 |
| Conclusiones | 24 |
| Bibliografía | 26 |

Resumen

Las infecciones intrahospitalarias son parte de la realidad del sistema de salud mundial a pesar de las mejores medidas preventivas para evitarlas. Se estudiaron 33 casos rescatados de un dossier de la UNR de Derecho de donde se individualizaron 14 variables. De dicho análisis se detectó que las infecciones se dan en gran cantidad de especialidades, siendo Ortopedia y Traumatología típicamente la más afectada. Los casos se desarrollaron tanto en el ámbito público como privado (en este estudio la mayor parte transcurrió en la esfera privada) afectando a todos los grupos etarios con una media de edad de 43.8 años en el grupo estudiado. Como causantes de las mismas hallamos una variedad de microorganismos siendo el *Staphilococo Aureus* el de mayor incidencia.

A su vez las leyes establecen un marco legal dentro del cual encontramos causales de responsabilidad para los efectores cuando se suscitan estos episodios. Estas causales de responsabilidad son variadas según el enfoque que le dé el damnificado o el acaecer de los hechos. Entre las mismas la principal causa lindante el llamado deber u obligación de seguridad que rige para las entidades nosocomiales. No obstante también quedan determinadas dentro de este marco legal eximentes de la responsabilidad y hechos que configuran una ruptura de la relación de causalidad. El elemento más comúnmente citado para deslindar la responsabilidad del sistema de salud ante la eventualidad de una infección intrahospitalaria fue la llamada diligencia debida.

La mayor parte de la jurisprudencia analizada se volcó a favor de la víctima de la infección intrahospitalaria con una repartición de 26 casos de sentencia favorable al damnificado y solamente 7 donde se les rechazo el reclamo. Así mismo se halló que el germen más prevalente fue el *Staphilococo Aureus*, presente en 16 de los casos, conllevando una sentencia favorable al damnificado el 75% de las veces.

No obstante, la principal valoración médico legal fue el hallar que el factor de mayor importancia para determinar si hubo o no responsabilidad en los juicios por infecciones

intrahospitalarias fue la valoración hecha por los jueces sobre la conducta de los actores sanitarios (diligencia debida) y de si hubo o no violación del deber de seguridad.

Introducción

La Infección Intrahospitalaria (IH) es un tema de interés dentro de la salud tanto a nivel nacional como internacional teniendo distintas incidencias. La misma impacta sobre el sistema de salud, obras sociales, prepagas y hospitales tanto públicos como privados provocando mayores costos, tiempos de internación y utilización de recursos.

Repercute sobre el médico tratante que debe lidiar con un cuadro de mayor complejidad -no solo en la patología de su paciente sino con el entorno del mismo- o recurrir a otros especialistas.

Finalmente y probablemente de mayor importancia, queda hacer mención de la repercusión sobre el paciente manifestándose como un incremento en el tiempo de internación o dedicado a su recuperación con el consecuente gasto dinerario que debe hacer o deja de producir producto de su enfermedad. No obstante, el mayor efecto se da cuando la recuperación deja secuelas o cuando sobreviene la muerte a causa de dicho cuadro.

Sobre estos últimos puntos es que surge la siguiente discusión: ¿De quién es la responsabilidad legal cuando sobreviene un daño al paciente a causa de una IH? ¿Acaso el enfermo, o en su defecto, los familiares tienen derecho a reclamar al médico tratante, obra social, hospital u Estado compensación por el daño sufrido y los posibles gastos que incurran en el cuidado de un paciente con secuelas, o el paciente se halla en una situación de riesgo donde tales eventos son esperables y el derecho a reclamar no le asiste?

Marco Teórico

La infección intrahospitalaria (IH) también denominada Infección Nosocomial o Infección Asociada a la Atención en Salud (IAS)- según la O.M.S. es aquella infección contraída en el hospital por un paciente internado. Es la infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien esta no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Vale ampliar que abarca toda institución encargada de la atención de la salud por lo cual incluyen no solo hospitales sino todos aquellos efectores de menor complejidad donde también se brindan dichos servicios.

Se considera como requisito que el paciente no haya presentado dicha enfermedad ni que la misma se estuviese incubando al momento de la atención o internación. Clásicamente se ha establecido que su manifestación comienza entre las 48-72 horas del ingreso no limitándose a este periodo sino que abarcando también presentaciones tras el alta de infecciones adquiridas durante su permanencia en el nosocomio.

En el caso de las heridas quirúrgicas, el período en el cual una infección se puede presentar tras el alta y ser categorizada como intrahospitalaria es de treinta días extendiéndose a un año cuando se hubiese colocado material foráneo tal como una prótesis. También se debe mencionar que la IH no solo abarca al paciente, sino que además incluye al personal que trabaja en dichos lugares de atención a la salud y que contrae allí alguna enfermedad infectocontagiosa viral, bacteriana, micótica o parasitaria.¹

Las vías de contagio pueden ser por fómites, falta de higiene, aerosoles u otras partículas suspendidas en el aire, personas (staff, otros pacientes o visitas) e instrumentaciones y procedimientos tanto dentro como fuera del quirófano. Los patógenos también pueden surgir

¹ Freuler C, Durlach R. Vigilancia de la infección hospitalaria en "Epidemiología y control de infecciones en el hospital" – Ricardo Durlach y Marcelo del Castillo. 1º ed. Buenos Aires, Ediciones de la Guadalupe, 2006. p.39

del paciente mismo convirtiéndose en oportunistas en pacientes inmunodeprimidos o tras hechos que alteran la integridad de la piel o cualquier otra barrera inmunológica habitual.

Las IH son uno de los eventos adversos más frecuentes en el área de la salud presentándose en el ámbito público como privado y en todos los estratos sociales afectando a todos los países del mundo. Es de notar sin embargo que los países con mayores ingresos económicos padecen cifras menores de IH que aquellos de ingresos medianos o bajos.²

Clasificación Jurídica

A fines legales se diferencia entre *infecciones endógenas y exógenas*, siendo esta disquisición de suma importancia ya que una afección de índole endógena no será pasible de suscitar un derecho a reclamar indemnización ni genera responsabilidad legal para el sistema sanitario.

Una infección es considerada como *endógena* cuando el paciente ingresa al ente asistencial portando el germen con sus respectivas manifestaciones clínicas, o cuando desarrolla las mismas gracias a su propia patología durante la prestación sanitaria.

Se dice que una infección intrahospitalaria es *exógena* cuando la enfermedad se obtiene por contagio proveniente del ámbito de prestación de salud. Esta situación es la que, salvo excepciones, genera responsabilidad civil a los prestadores de salud.³

Aspectos Legales:

1- El daño

Es el perjuicio o lesión causada a una persona, cosa o derecho como consecuencia de un evento determinado. El daño se puede producir de modo directo o indirecto y puede ser actual tanto como futuro. Quedan comprendidos la pérdida o disminución del patrimonio, la *pérdida*

² Garner J. – CDC definitions for nosocomial infections; ed: APIC Infection control and applied epidemiology: principles and practice. St Louis 1996; Infecciones hospitalarias – Revista del Sur 1996, p62;

³ Horacio López Miro – Derecho Médico. ¿Cuándo existe responsabilidad medica en las infecciones hospitalarias? – Microjuris Oct. 2016 ; Rosana G Corazza – Infecciones Hospitalarias. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos Biblioteca Virtual Noble, Marzo 2009, p. 3 ; Carlos Costa Calvo, A. Mariona, Fernando G. – Responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias – RCySn009-XII, 110

de chance, el lucro cesante, la violación de derechos personales, así como el perjuicio de la integridad psicofísica.

Este daño debe ser acreditado por quien lo invoca (salvo que la ley lo impute o presuma) y da derecho a reclamar la restitución, reparación y/o indemnización del perjudicado.⁴

En lo que atañe a este trabajo se ve representado por el daño orgánico y psíquico que sufrió cada paciente producto de la enfermedad y de los tratamientos que debieron practicársele, así como el perjuicio económico por el trabajo que debió dejar de realizar y los gastos extras en que debió incurrir.

2- Relación de causalidad

Es la relación causa-efecto adecuada y pertinente que debe existir entre un acto u omisión y el daño por el que se reclama.

La carga de prueba de la relación de causalidad recae en aquel que la alega salvo que la ley la impute o la presuma. La carga de la prueba de la causa ajena o de la imposibilidad de cumplimiento recae sobre quien lo invoca.⁵

En otras palabras, debe haber un vínculo lógico entre la acción (práctica médica) u omisión de la misma y la infección contraída. En el ámbito de las acciones legales contra efectores sanitarios el paciente (o sus representantes) deben argüir una serie de hechos plausibles y concordantes con la documental médica. A su vez, al ser los sanatorios y hospitales los poseedores de dicha evidencia y quienes están en una posición de mayor poder, se da una **“inversión de la carga de la prueba”**, donde son los demandados quienes deben reproducir la documentación. La falta de la misma o su presentación en forma incompleta o inadecuada funciona muchas veces como elemento de culpabilidad presumida por parte del demandado.

⁴ Art. 1727, 1737, 1738, 1739 y 1744 CCyC

⁵ Art. 1726 y 1736 CCyC

3- Factores de Atribución

Es el marco legal que establece que por una conducta antijurídica⁶ se le impute responsabilidad a una persona real o jurídica. Estos factores pueden ser de índole objetiva o subjetiva y en caso de ausencia de normativa, el factor de atribución es la *culpa*.⁷

Son *factores de atribución subjetivos* el *dolo* y la *culpa*, siendo subjetivos porque la ponderación de la existencia o no de los mismos la llevan a cabo los expertos y el juez. El *dolo* consiste en la producción de un daño de forma intencional o con manifiesta indiferencia por los intereses ajenos. Cabe remarcar que en el marco de la infección intrahospitalaria no se desarrolla el *dolo* ya que no hay intención del personal de salud en producir un daño. La *culpa* es configurada por la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias. Tiene tres modalidades que se aplican en el arte o profesión:

- I. *Negligencia*: es omitir hacer lo que se debía. Ej. Se omite realizar la antisepsia en el lugar donde se desarrolla una práctica médica invasiva.
- II. *Impericia*: es hacer aquello de lo que no se posee el adecuado conocimiento. Ej. Inadecuada profilaxis antibiótica por desconocimiento de la conducta médica apropiada.
- III. *Imprudencia*: es una acción que no se debía realizar o sin tomar los recaudos suficientes. Ej. Personal sanitario le realiza una práctica invasiva en un ámbito no estéril.

Estas conformaciones de la culpa están relacionadas con los *medios* ya que sus obligaciones surgen de las reglas de *lo que se debe hacer*. En otras palabras, no por el incumplimiento de un resultado al que se estaba comprometido, sino por el apartamiento de la conducta obrada de aquella que se debía haber puesto en práctica. A su vez, dicha conducta es valorada y cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y conocimiento de las cosas, mayor es la diligencia exigible y la valoración de la previsibilidad de las consecuencias. La responsabilidad profesional es subjetiva salvo que se haya comprometido con un resultado concreto.⁸

⁶ Es aquella conducta (de acción u omisión) que contradice las normas jurídicas establecidas. Se determina si una acción es antijurídica cotejando solo las reglas o preceptos del Código y corroborando que se infrinja una norma o la violación/puesta en peligro de un bien jurídico protegido. (Art. 1717 CCyC)⁶

⁷ Art. 1721 CCyC

⁸ Art. 1724, 1725 y 1768 CCyC ; Alterini, Obligaciones de Derecho Civil y Comercial p.184 (428) - 2001

Los *factores de atribución objetivos* se dan cuando de lo convenido entre las partes o por circunstancias de la obligación surge que el autor de la conducta debía obtener un *resultado (obligación de resultado)*. El incumplimiento de éste da origen a la *responsabilidad objetiva*.⁹

En la medicina, y por ende en las infecciones intrahospitalarias, esta obligación de resultado no se da ya que no se prometen resultados, solo se propone poner en marcha medidas tendientes a obtener un resultado sin poder asegurarlo.

Otras fuentes de responsabilidad objetiva son:

- *Responsabilidad del Principal por el Hecho del Dependiente*: el principal responde objetivamente por los daños causados por aquellos que están bajo su dependencia o por quienes le sirven para el cumplimiento de sus obligaciones. La falta de discernimiento del dependiente no excusa al principal y la responsabilidad del principal es concurrente con la de del dependiente.¹⁰

Esto abarcaría aquellas acciones que recaen sobre el personal del efector sanitario (limpieza, enfermería, médicos).

- *Actuación de Auxiliares*: el incumplimiento de las personas de las que el deudor se sirve para llevar a cabo su obligación generan responsabilidad a este último.¹¹

Esto englobaría a servicios externos al efector sanitario que le prestan servicios al mismo para la atención de pacientes como pueden ser servicios de laboratorio, hemoterapia y transfusiones.

- *Culpa in Vigilando (Deber de Vigilancia)*: es la base donde asienta la culpa del responsable (en forma de negligencia) ya que éste tenía la obligación de supervisar, vigilar o cuidar a la persona que causo el daño por el cual se reclama.¹²

Es de escasa aplicación en este ámbito ya que generalmente se encuadra bajo responsabilidad del principal por hecho del dependiente.

⁹ Art. 1722 y 1723 CCyC

¹⁰ Art. 1753 CCyC

¹¹ Art. 732 CCyC

¹² www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/culpa-in-vigilando/culpa-in-vigilando.htm

- Responsabilidad de la Persona Jurídica: la persona jurídica responde por los daños que en ocasión de sus funciones, causen quienes la dirigen o administran.¹³

- Responsabilidad del Estado y el Empleado Público: los hechos y omisiones de los funcionarios públicos en el ejercicio de sus funciones generan responsabilidad de acuerdo a las normas del derecho administrativo nacional o local según corresponda.¹⁴

En la provincia de Santa Fe en el derecho público, el estado provincial responde hacia terceros por los daños provocados por actos ilícitos de parte de funcionarios y empleados en el ejercicio de las actividades que les competen.¹⁵ Es la base sobre la cual se sustenta la demanda en aquellos casos donde la infección intrahospitalaria se da en un efector público.

- Hecho de las Cosas y Actividades Riesgosas: toda persona responde por el daño causado por el riesgo o vicio de las cosas o de las actividades que sean riesgosas o peligrosas por su naturaleza, sea por los medios utilizados como por las circunstancias de su realización. No eximen de responsabilidad la autorización administrativa para el uso de la cosa o realización de la actividad así como tampoco es un eximente el cumplimiento de las técnicas de prevención. Vale aclarar que para el caso de los profesionales liberales, sujetos a la responsabilidad subjetiva, el daño que produzca la cosa utilizada para cumplir con su obligación de hacer no les genera responsabilidad salvo que sea por vicio de la misma.¹⁶

- Asunción de Riesgos: la exposición voluntaria de la víctima a una situación peligrosa no justifica un hecho dañoso ni exime de responsabilidad. Se responde por las consecuencias que se previeron o se pudieron haber previsto.¹⁷

En otras palabras, no se puede transferir la culpa de la infección al paciente cuando este ha elegido voluntariamente someterse a la intervención sanitaria que terminó en una infección intrahospitalaria.

¹³ Art. 1763 CCyC

¹⁴ Art. 1765 y 1766 CCyC

¹⁵ Art. 18 Constitución de la Provincia de Santa Fe

¹⁶ Art. 1757 y 1758 CCyC

¹⁷ Art. 1719 y 1728 CCyC

- Deber de Seguridad: las entidades –en este caso sanitarias- asumen ante los pacientes una obligación accesoria y tácita de seguridad que los compromete a que la persona no sufra daños por deficiencia de la prestación prometida de parte del personal de salud ni de la infraestructura. El establecimiento que tiene a su cargo personas internadas responde por el daño producto de la culpa subjetiva que sufran aquellos que han sido puesto bajo su vigilancia y control.¹⁸ Este es el principal y más importante factor de atribución en las demandas por infecciones intrahospitalarias.

- Res Ipsa Loquitur (los hechos hablan por si mismos): ante un daño producido en el establecimiento sanitario consecuencia de un hecho desconocido –o conocido pero sin autor identificado- hay generación de responsabilidad para dicho ente ya que se viola el principio anterior (deber de seguridad). Un ejemplo sería donde un paciente (en buen estado de salud) ingresa para una cirugía programada de cadera, contrae una infección intrahospitalaria y fallece por sepsis. A la hora de evaluar la evidencia, por distintos motivos, no se puede dilucidar el momento ni responsable cierto de la contracción de la infección, no obstante es inobjetable que algo sucedió ya que el paciente ingreso con buen estado general y falleció séptico. Con esto alcanza para atribuir la violación del deber de seguridad al establecimiento donde se produjo el episodio.

- Teoría del Riesgo: la noción básica estriba sobre el concepto de que quien introduce en la sociedad algo que tiene la aptitud para provocar un daño debe soportarlo cuando éste se produce. En otras palabras quien utiliza una cosa o desarrolla una actividad apta para causar daños, debe responder cuando ocurren.¹⁹

¹⁸ Art. 1710, 1711 y 1756 CCyC

¹⁹ Alterini, Derechos y Obligaciones Civiles y Comerciales p. 182 (424) p. 214 (476bis) - 2001

- Noción u Obligación de Garantía: establece el deber que recae en una persona de indemnizar a otra por un daño sobrevenido a raíz de un caso fortuito.²⁰

Son **eximentes** de responsabilidad:

- Caso Fortuito o Fuerza Mayor: son considerados así aquellos hechos que no hayan podido ser previstos o que habiendo sido previstos no han podido ser evitados. Aún, ante la ocurrencia de un evento de estas características la responsabilidad legal sigue vigente cuando su producción sobrevino por culpa o cuando el caso fortuito constituye un riesgo inherente a la actividad principal.²¹

Dada su definición, este eximente –aunque se arguye en la defensa del demandado- no tiene validez ya que la infección intrahospitalaria es previsible y un riesgo propio de la práctica médica.

- Hecho de un Tercero por quien no se debe responder: para que este principio sea válido debe reunir los caracteres del punto anterior.²² Ej. Un caso donde un familiar o tercero no dependiente del establecimiento provocase la infección.

- Culpa de la Víctima: la responsabilidad puede ser excluida por la incidencia del damnificado en la producción del daño. Esto actúa como una causa extraña al hecho del autor (concausa) y rompe el nexo de causalidad.²³

Finalmente cabe decir que la prueba de los factores de atribución y de las eximentes –salvo disposición legal- está a cargo de quien las alega. No obstante, el juez puede distribuir o invertir la carga de la prueba según su ponderación de quien se halla en mejor condición de aportarla.²⁴

²⁰ Alterini, Derechos y Obligaciones Civiles y Comerciales p. 208 (471) ; Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil, sexta ed., París, 1965, T. I., Nº 103-8

²¹ Art. 1730 y 1733 CCyC

²² Art. 1731 CCyC

²³ Art. 1719 y 1729 CCyC ; Alterini, Derecho de Obligaciones p.192 (449) - 2001

²⁴ Art. 1734 y 1735 CCyC

Objetivo

El objetivo del estudio fue analizar las sentencias dictadas a pacientes con juicios por infecciones intrahospitalarias y caracterizar a los pacientes según las sentencias a fin de evaluar posibles variables que sean de valor en el resultado final del juicio.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el cual se analizaron 33 casos de juicios por IH provenientes de un dossier de la Facultad de Derecho de Rosario en los cuales se evaluaron las siguientes 13 variables en la búsqueda de aquellas que fueran de valor:

- Edad
- Sexo
- Lugar
- Tipo de Efector
- Práctica Médica Realizada
- Especialidad
- Germen Adquirido
- Daño
- Incapacidad
- Sentencia
- Instancia
- Responsabilidad
- Tipo de Culpa / Eximente

Para analizar la asociación entre el daño que presentaron los pacientes y la instancia final del juicio se realizó el test Chi-cuadrado. El mismo test se usó para estudiar asociación entre el sexo y el tipo de efector con el resultado final del juicio. En pos de evaluar si la edad de los pacientes era la misma dependiendo la sentencia final del juicio, se utilizó el test de Wilcoxon para muestras independientes.

Para las pruebas estadísticas en cuestión se utilizó un nivel de significación del 5% (probabilidad asociada 0,05) y el análisis estadístico de los datos se realizó con el programa R-Studio.

Resultados

Se analizaron 33 juicios de pacientes por infección intrahospitalaria, de los cuales el 78.8% (26) tienen un fallo favorable a los damnificados; por lo tanto, los restantes 7 pacientes tuvieron un rechazo a la demanda.

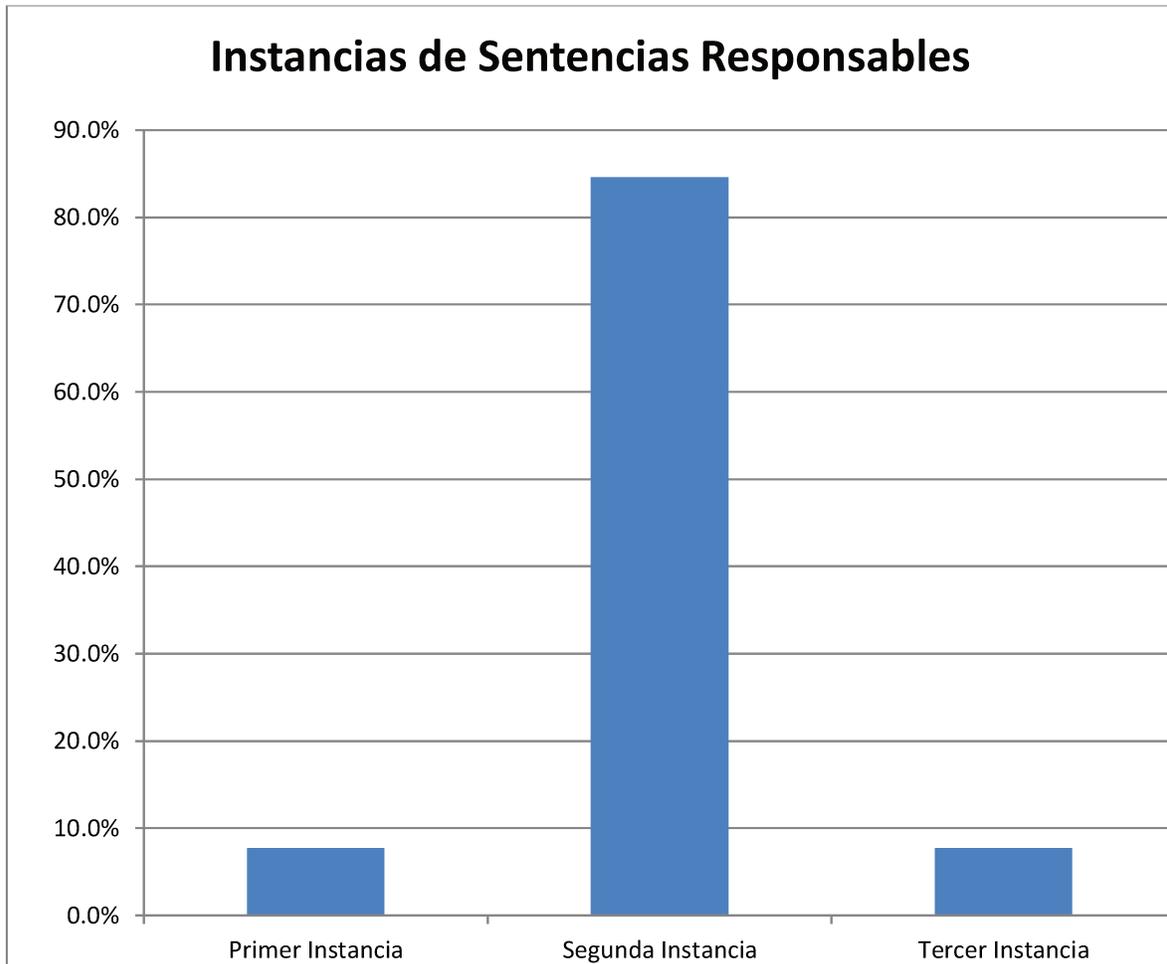
Del total de pacientes con juicios analizados, el 51.5% fueron mujeres. Dentro de ellas, el 64,7% tuvo un fallo favorable en el juicio. No se observaron diferencias significativas entre el sexo de los pacientes y el resultado del juicio (probabilidad asociada=0.1066). La edad promedio del total de pacientes resultó ser del 43.8 (± 15.8) años; siendo superior para los que tienen un fallo favorable que para los que no (46.7 vs 43.9 años respectivamente). Aproximadamente, la mitad de los pacientes en estudio, son de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (51.5%), seguido por la provincia de Buenos Aires con un 15.2%. Al analizar por tipo de efector, el 57.6% de los pacientes fueron atendidos en un efector privado, seguido por el 33.3% en un efector público. Dentro de los pacientes atendidos en un efector privado, el 73.7% tuvieron un fallo favorable, mientras que los pacientes atendidos en efectores públicos el porcentaje asciende al 83.3% No se observa asociación entre el resultado del juicio y el tipo de efector (probabilidad asociada=0.9524). (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de las características de los pacientes según el resultado del juicio
 DE: Desvío Estándar; NC: No calculada, dado que no se cumplen los supuestos necesarios para aplicar el test estadístico;* La probabilidad asociada se calculó para los efectores privados vs públicos

| | | Total (n=33) | | A favor (n=26) | | En Contra (n=7) | | Probabilidad asociada |
|------------------------------|--------------------|--------------|--------------|----------------|--------|-----------------|-------|-----------------------|
| Sexo (n;%) | Femenino | 17 | 51.5% | 11 | 64.7% | 6 | 35.3% | 0.1066 |
| Edad (promedio ± DE) | | 43.8 | 15.8 | 46.7 | 15.6 | 43.9 | 18.0 | 0.8185 |
| Lugar (n;%) | CABA | 17 | 51.5% | 12 | 70.6% | 5 | 29.4% | NC |
| | Bs As | 5 | 15.2% | 3 | 60.0% | 2 | 40.0% | |
| | Córdoba | 3 | 9.1% | 3 | 100.0% | 0 | 0.0% | |
| | Santa Fe (Rosario) | 2 | 6.2% | 2 | 100.0% | 0 | 0.0% | |
| | Entre Ríos | 1 | 3.0% | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | |
| | Jujuy | 1 | 3.0% | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | |
| | Misiones | 1 | 3.0% | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | |
| | Santa Cruz | 1 | 3.0% | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | |
| | Chaco | 1 | 3.0% | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | |
| | Tucumán | 1 | 3.0% | 1 | 100.0% | 0 | 0.0% | |
| Tipo de efector (n;%) | Privado | 19 | 57.6% | 14 | 73.7% | 5 | 26.3% | 0.9524* |
| | Público | 12 | 36.3% | 10 | 83.3% | 2 | 16.7% | |
| | Privado y público | 2 | 6.1% | 2 | 100.0% | 0 | 0.0% | |

Todos los juicios de los pacientes realizados por infección intrahospitalaria que finalizaron como rechazo a la demanda fueron cerrados en segunda instancia. En cambio, en aquellos juicios que se resolvieron como un fallo favorable a los damnificados, en un 7.7% se resolvieron en primera instancia, en un 84,6% en segunda instancia y por último en un 7.7% en una tercera instancia (Grafico 1).

Grafico 1: Distribución de las Instancias en sentencias Responsables



Al analizar el tipo de culpa dictado por los jueces en las sentencias que resultaron a favor del demandante, los jueces aplicaron en la mayoría de los casos como factor de atribución el deber u obligación de seguridad, encontrándose mencionado en el 92.3% (24) de los fallos, seguido por el hecho de sus dependientes por el 15.4% (4) (Tabla 2).

Tabla 2: Calificación del tipo de culpa dictado por los jueces para las sentencias favorables al demandante

| Tipo de culpa | Cantidad de sentencias | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Deber de seguridad | 24 | 92.3% |
| Hecho de sus dependientes | 4 | 15.4% |
| Culpa del médico | 2 | 7.7% |
| Pérdida de Historia Clínica | 1 | 3.8% |

Nota: Cada juicio puede tener más de un tipo de culpa

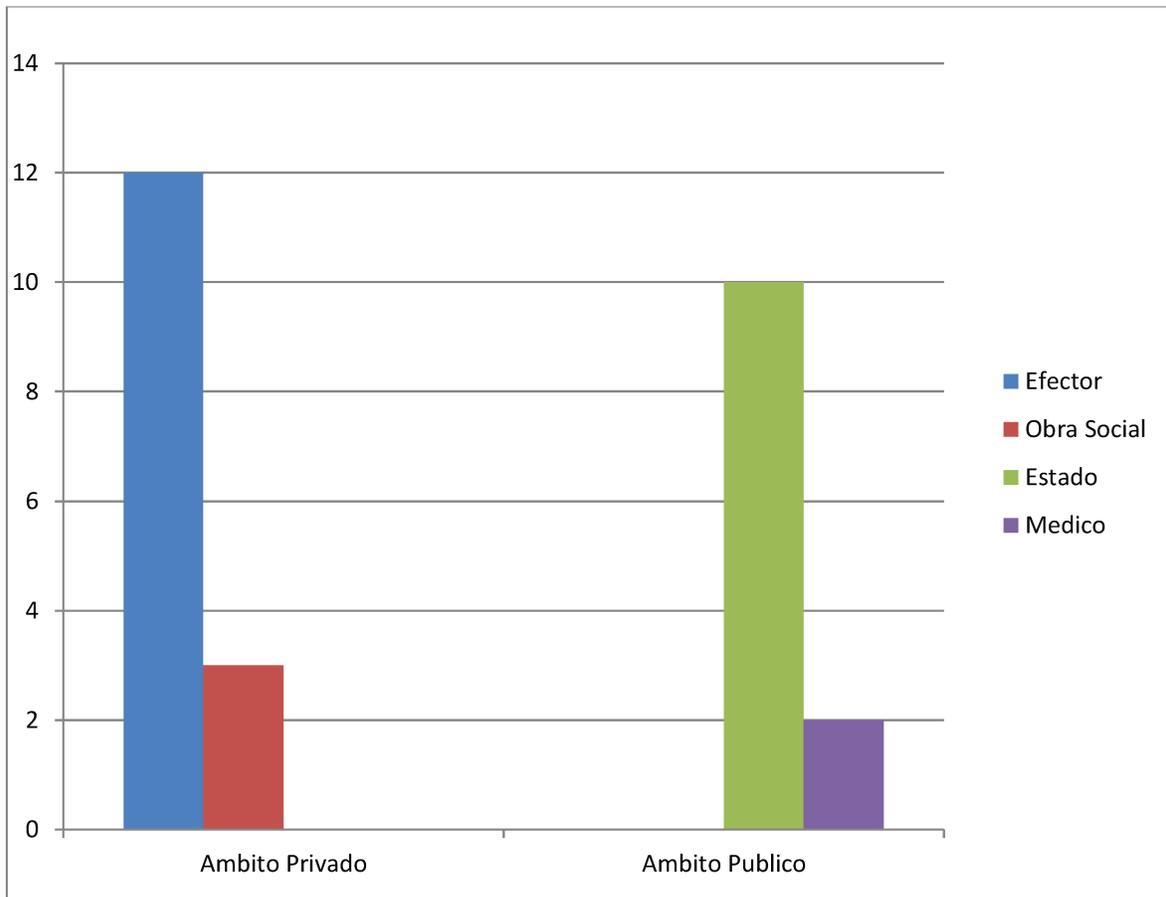
En cuanto a la calificación del tipo de culpa para los juicios clasificados como rechazos, en el 57.1% los jueces clasificaron como diligencia debida, seguido por el 28.6% tanto por tratarse de un germen exógeno y un caso (14.3%) por ruptura de la relación causal (Tabla 3).

Tabla 3: Calificación del tipo eximente dictado por los jueces para las sentencias rechazadas

| Tipo de culpa | Cantidad de sentencias | Porcentaje |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Diligencia debida | 4 | 57.1% |
| Germen exógeno | 2 | 28.6% |
| Ruptura de relación causal | 1 | 14.3% |

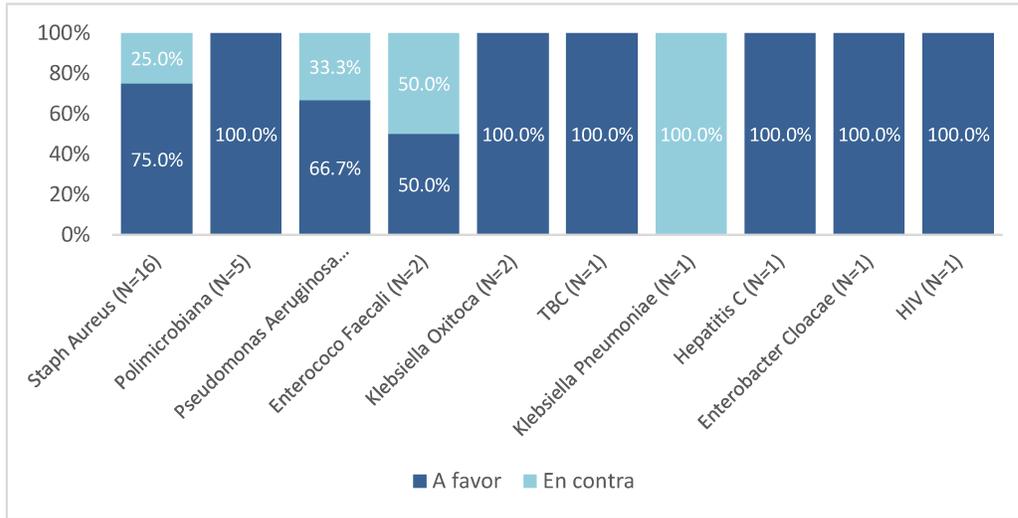
Dentro de las sentencias a favor del demandante, se evaluó el responsable dependiendo el ámbito en que ocurre el hecho. Dentro de los casos ocurridos en efectores públicos, en 10 de ellos el responsable es el estado y solamente en 2 el médico. Por otro lado, cuando los hechos ocurrieron en efectores privados, en 12 casos responde el efector y en 3 la obra social. Cabe mencionar que en un hecho puede haber más de un responsable (Gráfico 2).

Gráfico 2: Cantidad de sentencias favorables según el tipo de efector y el responsable



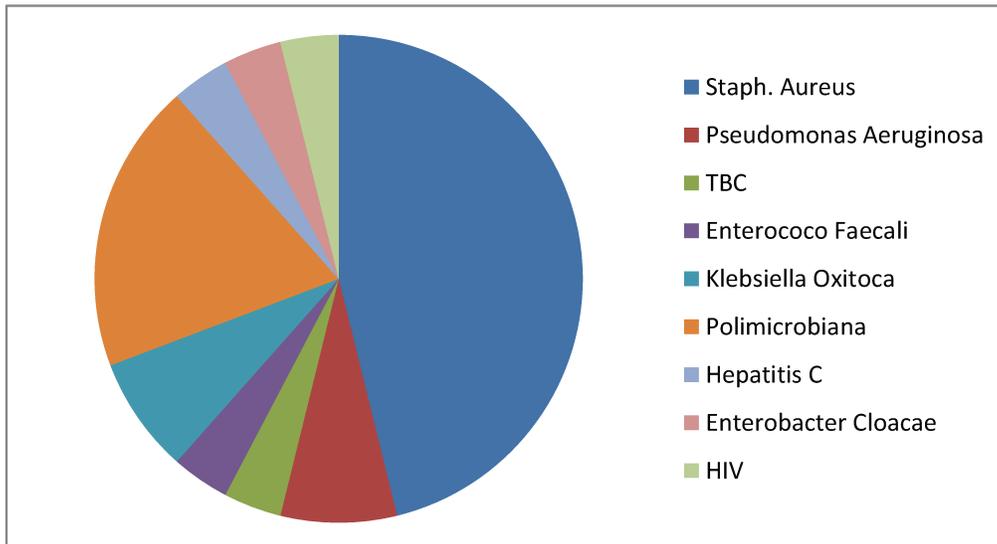
Al analizar el patógeno o germen adquirido, se observó por medio de el gráfico 3, que 16 de los 33 (48.5%) pacientes analizados presentaron el Staphiloco Aureus; dentro de estos 16 pacientes, el 75.0% (12) tuvo un resultado a favor en el juicio. El segundo patógeno con mayor frecuencia fue las infecciones polimicrobianas, donde los 5 pacientes con dicho germen tuvieron un resultado del juicio a favor. Los restantes 3 pacientes con resultado en contra habían adquirido Pseudomonas Aeruginosa, Enterococo Faecali y Klebsiella Pneumoniae.

Gráfico 3: Germen adquirido por el paciente según el resultado del juicio



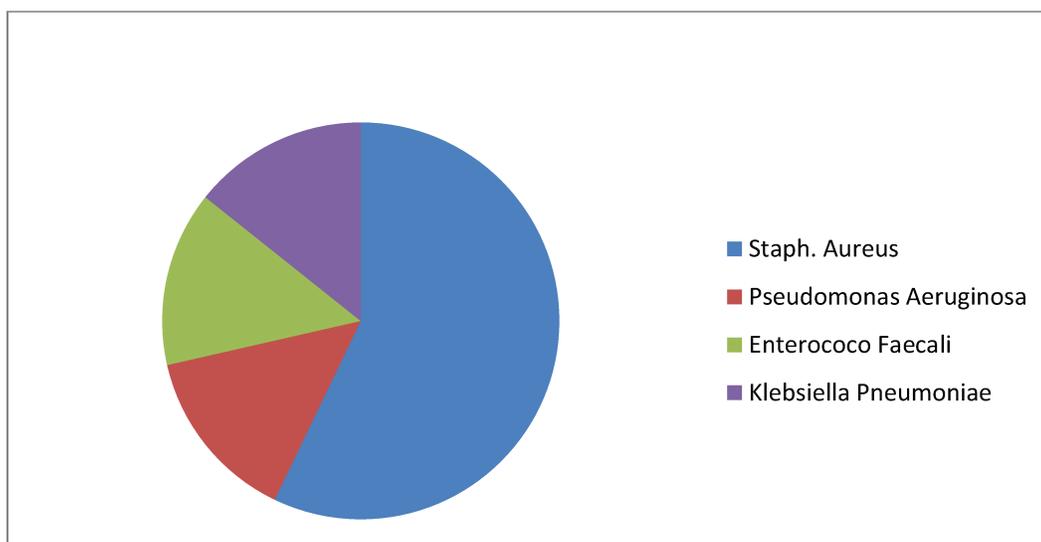
Al analizar la frecuencia de los gérmenes hallados en los casos responsables se vio que Staphilococo Aureus es el más incidente representando el 46.15%. Le siguen las infecciones polimicrobianas con el 19.22% y en tercer lugar Pseudomonas Aeruginosa y Klebsiella Oxitoca, cada una con el 7.69% del total (ver Gráfico 4).

Gráfico 4: Frecuencia de gérmenes en sentencias con responsabilidad



Así mismo, aplicando el mismo análisis para los gérmenes presentes en los casos donde no se halló responsabilidad ante la producción de la infección intrahospitalaria, nuevamente el patógeno más frecuente fue el Stafilococo Aureus, presente en el 57.13% de los dichos casos. En los demás pleitos se repartieron por partes iguales entre Pseudomonas, Enterococo Faecali y Klebsiella Pneumoniae con el 14.29% cada uno (ver Gráfico5).

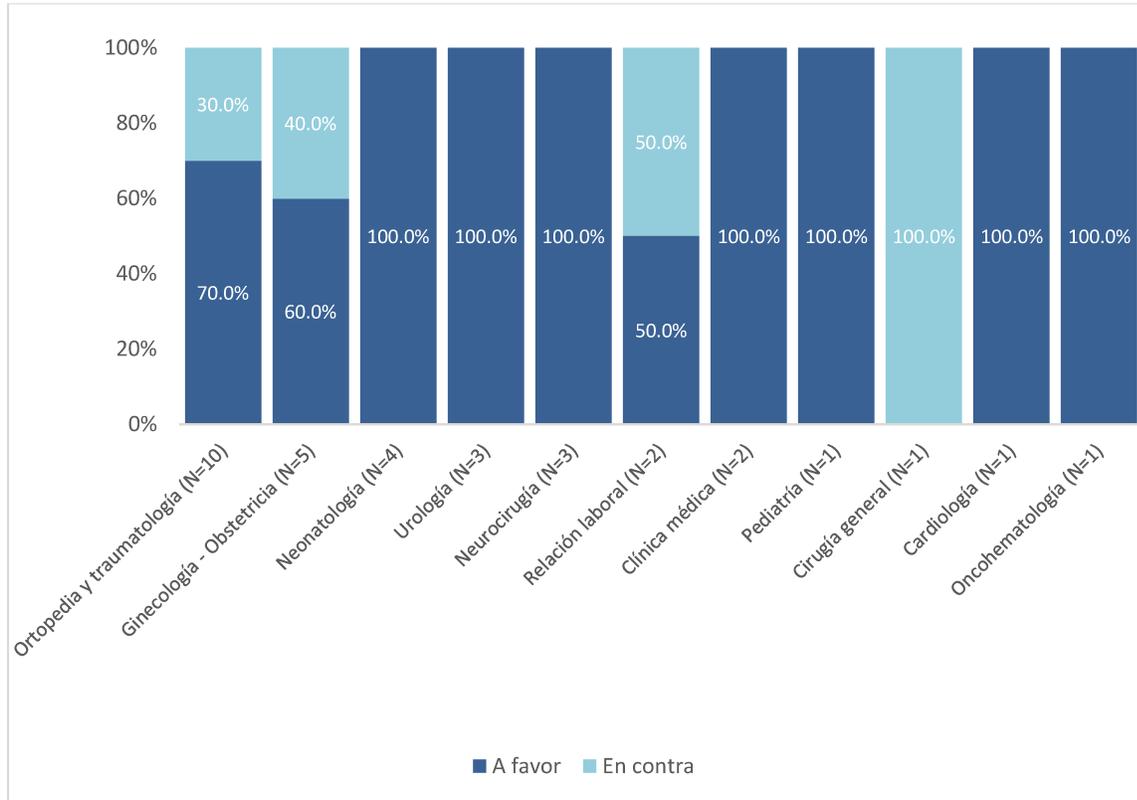
Gráfico 5: Frecuencia de gérmenes en sentencias sin responsabilidad



Cuando se analizaron las especialidades involucradas al momento de demandar por partes de los pacientes, se observó que la especialidad ortopedia y traumatología era la que mayor cantidad de demandas tenía (10 demandas). En ella, el 70.0% (7) tuvieron un resultado a favor del demandante. La segunda especialidad que estuvo involucrada fue ginecología-obstetricia con 5 juicios de los cuales el 60.0% (3) presentó resultados a favor. Los restantes dos casos de juicio en contra correspondieron a una relación laboral y cirugía general.

Cabe mencionar que Neonatología fue demandada en 4 casos, Urología y Neurocirugía en 3 casos, 2 casos provienen de Clínica Médica, los 3 restantes juicios corresponden a Pediatría, Cardiología y Oncohematología; en todas estas especialidades los fueron hallados responsables al igual que en el caso restante encuadrado bajo una relación laboral. (Gráfico 6)

Gráfico 6: Especialidades involucradas según el resultado del juicio



Con respecto al daño sufrido por el paciente, se observa que en el 21,2% (7) de los mismos se produjeron muertes. Si se analizan los daños sufridos por el resultado del juicio, se puede observar en la Tabla 4, que de las 7 muertes ocurridas, 6 terminan con un resultado a favor y en 1 caso con un resultado del juicio en contra. No se observa asociación entre el resultado del juicio y el daño ocasionado al paciente.

Tabla 4: Daño ocasionado al paciente según el resultado del juicio

| Óbito | Resultado del juicio | | Total | Probabilidad asociada |
|--------------|----------------------|---------------|---------------|-----------------------|
| | A favor | En contra | | |
| Si | 23.1% | 14.3% | 21.2% | 0.999 |
| No | 76.9% | 85.7% | 78.8% | |
| Total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |

Dentro de los pacientes que fallecieron, las especialidades involucradas de los médicos fueron variadas. En el juicio con resultado final en contra, la especialidad involucrada fue ortopedia y traumatología. En cambio, para los juicios a favor, las especialidades involucradas fueron: Urología con 2 casos, Cardiología, pediatría, clínica médica y Neonatología con un caso cada uno (Tabla 5).

Tabla 5: Especialidades involucradas según el resultado del juicio para los pacientes fallecidos

| Especialidad involucrada | A favor | En contra | Total |
|----------------------------------|----------------|------------------|--------------|
| Urología | 2 | 0 | 2 |
| Neonatología | 1 | 0 | 1 |
| Clínica médica | 1 | 0 | 1 |
| Pediatría | 1 | 0 | 1 |
| Cardiología | 1 | 0 | 1 |
| Ortopedia y traumatología | 0 | 1 | 1 |
| Total | 6 | 1 | 7 |

Conclusiones

Partiendo de la premisa de que ni aún en las mejores de las circunstancias las infecciones intrahospitalarias pueden ser llevadas a cero, queda abierto el debate sobre qué postura ha de aplicarse a los actores sanitarios cuando estas suceden. En caso de que haya culpa comprobable por alguna de las partes, esta discusión es inexistente ya que la misma determina la suscitación de la responsabilidad legal de parte de los actores y sus encargados. Sin embargo, en la jurisprudencia analizada, en numerosas ocasiones el hecho desencadenante de la infección intrahospitalaria es indeterminable y por ende la culpa no se puede establecer sobre una persona o acción puntual. Es en este escenario donde se suscita la mayor discusión y donde la posición mayoritaria plantea que el deber de seguridad es de resultados por lo que aún sin haberse probado los medios por los cuales se produjo la infección intrahospitalaria, su ocurrencia y prueba en sí, son muestrarios de la violación de dicho deber por parte del ente asistencial o del estado.

La posición minoritaria –aunque no sin defensores de peso en el sistema judicial nacional– esgrime que dicho deber de seguridad es de medios por lo cual se le debe proporcionar a los actores demandados la posibilidad de demostrar que han cumplido con la diligencia debida para evitar la ocurrencia de la infección nosocomial.

A fin de cuentas hallamos que este elemento se determina bajo la subjetividad del juez que evalúa cada caso evitando poder establecerlo como un factor objetivo a la hora de dilucidar su valor en la determinación del resultado de la sentencia.

Con el objetivo de analizar aquellos juicios por infecciones intrahospitalarias, se investigaron 33 juicios. En los mismos, se encontró que 78.8% (26) de los casos analizados tuvieron un fallo favorable a los damnificados.

Aproximadamente el 50% de los casos analizados fueron mujeres. La edad promedio de los pacientes resultó ser cercana a 43 años.

La mayoría de los casos se cerraron en una segunda instancia.

Se analizaron casos provenientes de efectores públicos y privados.

El germen adquirido con mayor frecuencia fue el Staphilococo Aureus, con mayor presencia para los juicios con resultados a favor (75.0% vs 25.0%). Por otro lado, las infecciones polimicrobianas, estuvieron presentes solo en pacientes con juicios con resultados a favor.

Se analizó la calificación del tipo de culpa, tanto para los juicios con resultados a favor del demandante como en contra. Para los juicios con resultados a favor, se encontró que el “Deber de seguridad” fue la tipificación que los jueces utilizaron más veces. Para los juicios con resultado en contra, la “Diligencia Debida” fue la argumentación que los jueces adujeron con mayor frecuencia.

Se destaca de estos dos últimos párrafos entonces, que la principal valoración hecha por los jueces para discernir entre responsables y no responsables fue aquella de la conducta de los actores sanitarios y de si hubo o no violación del deber de seguridad.

Por último, se registró que el 21.2% de los pacientes fallecieron. Las especialidades involucradas en para los casos en que los pacientes fallecieron fueron: Urología, Neonatología, Clínica médica, Pediatría, Cardiología y Ortopedia y Traumatología.

Bibliografía

Alterini, Derechos y Obligaciones Civiles y Comerciales p. 208 (471) ; Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil, *sexta ed., París, 1965, T. I., Nº 103-8*

Alterini, Obligaciones de Derecho Civil y Comercial – 2001

Artículo de Revisión: Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención - Rev Cient Cienc Méd v.13 n.2 Cochabamba dic. 2010

Bantar C., Famiflietti A., Goldberg M. – A three-year surveillance study of nosocomial bacterial resistance in Argentina from a National Program – Int J Infect Dis 2000 – 4:85-90

Calvo Costa, Carlos A. - Infecciones intrahospitalarias: ¿Responsabilidad objetiva o responsabilidad subjetiva? - RCyS2008, 461

Calvo Costa, Carlos Alberto - Responsabilidad civil de los médicos. Infección intrahospitalaria y falta de infraestructura necesaria del hospital - La Ley 19/10/2005, 19/10/2005, 6

Carlos Costa Calvo, A. Mariona, Fernando G. – Responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias – RCySn009-XII, 110

Código Civil y Comercial de la República Argentina

Constitución de la Provincia de Santa Fe de 1962

Diario La Nación, 07/06/00, Suplemento Salud, Gabriela Navarra

G. Ducel y colaboradores - Prevención de las infecciones nosocomiales – Guía Práctica. Segunda ed. OMS – 2003

Freuler C, Durlach R. Vigilancia de la infección hospitalaria en “Epidemiología y control de infecciones en el hospital” – Ricardo Durlach y Marcelo del Castillo. 1º ed. Buenos Aires, Ediciones de la Guadalupe, 2006. p.39

Garner J. – CDC definitios for nosocomial infections; ed: APIC Infection control and applied epidemiology: principles and practice. St Louis 1996;

Gaynes, PP, Horan TC. Surveillance of Nosocomial Infection. Cap.94. En: Mayhall CG, ed. Hosp Epidemiology and Infection Control. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2004; pp 1672-1689

Horacio López Miro – Causales para demandar por responsabilidad civil médica – ed. Astrea, 2014

Horacio López Miro – Derecho Médico. ¿Cuándo existe responsabilidad médica en las infecciones hospitalarias? – Microjuris - Marzo 2017

Infecciones hospitalarias – Revista del Sur 1996, p62

Jaramillo E, - Vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias – Hospital de Caldas 1989-1993 – Colombia Médica 1996, 27: 21-5

King, Joseph, "The law of medical malpractice", West Publishing Co., St. Paul, Minesota, 1977, pág. 125

"La empresa médica", Rubinzal-Culzoni, 1998, pág. 352

La Ley 2005-E, 860 - Responsabilidad Civil Doctrinas Esenciales Tomo V, 01/01/2007, 859

Lossa G., Lerena R. – VIHDA, la solución para la vigilancia de las infecciones hospitalarias – Informédica 2002, 10:1-16

Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Mariona, Fernando, "Responsabilidad Civil por infecciones hospitalarias y gestión del riesgo", "RCyS", 2004-66 y ss.

Mereta G., Laboranti C. – Recomendaciones del Comité de Control de Infecciones – HECA – Septiembre 2003

Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, EB109/9, 109ª reunión, 5 de diciembre de 2001, Punto 3.4 del orden del día, Calidad de la atención: seguridad del paciente

Rosana G Corazza – Infecciones Hospitalarias. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos Biblioteca Virtual Noble, Marzo 2009, p. 3

Rosenthal V.col Costo atribuible y duración de la estadía hospitalaria por causa de neumonía en unidades de cuidados intensivos de Argentina. Estudio prospectivo y comparado. American Journal Infection Control. Abril 2005; 33(3):157-61. – 2005

Rosenthal, Víctor D., "Infección hospitalaria, situación Argentina" en www.compumedicina.com/infectologia/2001

Salgado C, Farr B, Calfee D. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a metaanalysis of prevalence and risk factors. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 131-9

Szafir, Dora - Silva, Celso, "Error quirúrgico inexcusable: ¿a quién demandar?", Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 1998, p. 98

Urbina H. Infección nosocomial. Medicina intensiva 2009 p33 ; Capítulos 12-17 de: Geo F; Janet S. Stephen A. Microbiología medica de Jawetz, Melnick y Adelberg. 18va Ed.México. Editorial Manuel Moderno; 2005. 209-64

Vazquez Ferreira, Roberto, "Un criterio justo en materia de responsabilidad civil médica por infecciones hospitalarias", "RCyS", 2002-350

www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/culpa-in-vigilando/culpa-in-vigilando.htm