



Responsabilidades Derivadas de Infección Intrahospitalaria al Interior de Establecimiento de Salud.

POR: FELIPE MAUREIRA | ABOGADO | ABRIL 2021

Un paciente de 47 años se sometió a una cirugía por hernia de disco intervertebral en la columna en una clínica privada de la ciudad de Concepción. La operación no habría presentado complicaciones, por lo que fue dado de alta tras dos días internado. Sin embargo, aproximadamente un mes después de la intervención el paciente presentó una infección en la herida operatoria, requiriendo una nueva hospitalización. En ese momento fue necesario someterlo a procedimientos de aseo quirúrgico, vaciamiento de absceso epidural (acumulación de material infeccioso entre la zona de los huesos de la columna y la membrana que recubre la médula) y tratamiento antibiótico, siendo dado de alta tras quince días. No obstante esos procedimientos, el paciente debió ser internado una tercera vez por persistencia de la infección, siendo necesaria una nueva intervención quirúrgica destinada a drenar los restos de secreciones infecciosas. Ello implicó extender su hospitalización por más de dos meses adicionales hasta el alta definitiva.

SITUACIÓN JUDICIAL

En el mes de junio de 2016, el paciente afectado presentó una demanda en contra de la clínica donde fue intervenido y de los dos médicos que estuvieron a cargo de la cirugía y control de sus complicaciones postoperatorias. En su acción el paciente imputaba que la institución había incurrido en incumplimiento de sus obligaciones hospitalarias, ya que la infección había sido causada por una bacteria denominada *Estafilococo Coagulasa Negativo*, de origen intrahospitalario. Respecto de los médicos demandados, a su vez, la demanda argumentaba que ellos habrían otorgado un tratamiento sin la coordinación necesaria, decidiendo un alta prematura, con cambios en los medicamentos que no habrían sido efectivos, todo lo cual hizo necesaria una nueva hospitalización, aseos quirúrgicos y una intervención adicional destinada a la eliminación del absceso.

El paciente exigió una indemnización por \$52.100.000, desglosados en \$1.300.000 por daño emergente (gastos de hospitalización derivado de la complicación infecciosa, gastos de rehabilitación kinesiológica y fármacos), \$800.000 por lucro cesante y \$50.000.000 por daño moral.

La sentencia de primera instancia fue condenatoria, pero sólo respecto de la clínica, a la que le atribuyó responsabilidad por incumplimiento de los protocolos sobre prevención de infecciones

intrahospitalarias. En cambio, la sentencia absolvió a los médicos demandados, estableciendo entonces una responsabilidad puramente institucional por lo ocurrido.

La indemnización de perjuicios establecida por el tribunal ascendió a la suma de \$20.705.715, desglosada en \$705.715 por daño emergente (gastos por las atenciones del cuadro infeccioso) y \$20.000.000 por daño moral.

En contra de este fallo, la defensa de la clínica interpuso un recurso de casación en la forma y un recurso de apelación, los que fueron rechazados por la Corte de Apelaciones respectiva. Un posterior recurso de casación en el fondo ante la Corte Suprema también fue rechazado, quedando firme el fallo de primera instancia en su integridad.

ASPECTOS RELEVANTES PARA EL AMBITO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA | CRAWFORD - GRAHAM MILLER

RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

En los argumentos de la condena dictada queda manifiesta la relevancia de la responsabilidad que le cabe a la institución de salud en un caso de estas características, con prescindencia de los profesionales involucrados. El fallo atribuyó de manera categórica que la infección se presentó debido al incumplimiento de protocolos y normas técnicas a las que debía someterse la institución (tales como el Decreto Supremo 161, Reglamento de Hospitales y Clínicas) ya que le corresponde a ésta velar por el cumplimiento de las disposiciones sobre asepsia y antisepsia, con el objeto de prevenir infecciones intrahospitalarias, señalando expresamente que *“lo que dice relación directamente con las enfermedades intrahospitalarias son, en principio, de responsabilidad de la clínica”*.

Así, una infección en el ambiente hospitalario es atribuible a la institución y solamente corresponde a los médicos dar tratamiento cuando ya se manifiesta dicha infección. Por esto el reproche por el origen de una situación de este tipo no se puede dirigir en contra de los profesionales.

Por lo mismo, el fallo libera de reproche a los médicos que habían sido demandados, señalando que carecían de responsabilidad en el surgimiento de la infección intrahospitalaria, y si bien admite que habría sido óptima una mejor coordinación como equipo médico al momento del diagnóstico, determinación de tratamiento y otorgamiento de altas, finalmente su actividad en tratar de controlar la infección propiamente tal había sido acorde a la *lex artis*, al punto que se atribuye a la naturaleza del agente patógeno (y no al actuar de los profesionales) la necesidad de extender el tiempo de hospitalización del paciente.

IMPROCEDENCIA DEL ARGUMENTO DE LOS RIESGOS PROBABLES DE LA INTERVENCIÓN

En materia médica es habitual que parte de la defensa se centre en el hecho que en toda cirugía existen porcentajes de riesgo (riesgo terapéutico). Sin embargo, en este caso el fallo señaló que, cuando se trata de infecciones intrahospitalarias, esa alegación de inevitabilidad de posibles complicaciones no es aceptable, ya que la acción de un bacteria u otro patógeno que se encuentre en el recinto hospitalario se trata de una situación **previsible** y, como tal, **evitable** si se toman los resguardos necesarios.

Señala entonces el fallo que, para aceptar la defensa del riesgo terapéutico, es necesario que el mismo sea previsible, pero **inevitable**, lo que se relaciona con los conceptos de *fatalidad* y *causalidad ignorada*. Sin embargo, tratándose de infecciones intrahospitalarias su causalidad resulta conocida y, por ello, no pueden encasillarse en aquellos riesgos inherentes a todo acto quirúrgico. Este criterio, como puede verse, acerca el tratamiento jurídico de las infecciones intrahospitalarias a una especie de responsabilidad objetiva o estricta.

SITUACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DEFENSA

Otra materia analizada en la sentencia dice relación con lo relativo a la existencia de un consentimiento informado por parte del paciente para someterse a la intervención quirúrgica. La existencia de esa declaración es normalmente esgrimida por las defensas de instituciones y profesionales como una manera de demostrar que el paciente estaba en conocimiento de las posibles complicaciones de la actuación a la que se sometería (y entre las que se encontrarían la ocurrencia de cuadros infecciosos).

La sentencia señala que el objetivo de todo consentimiento informado es que el paciente decida autónomamente si se somete o no al procedimiento o intervención quirúrgica (protegiendo su autonomía de la voluntad), al poner en su conocimiento las situaciones que son de ordinaria ocurrencia según sea el caso, pero bajo ningún respecto puede significar que el paciente acepte ser víctima de una bacteria o patógeno que le puede provocar una enfermedad infecciosa que invada su organismo, originada en el propio ambiente clínico u hospitalario, ya que ello escapa a lo habitual para cualquier procedimiento.