



UNIVERSIDAD PARTICULAR

DE CHICLAYO



ESCUELA DE POSGRADO «ALTAGORA»

**Responsabilidad civil médica en las infecciones
nosocomiales en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga
Asenjo - Año 2015**

TESIS

**Para Optar el Grado de Magíster en: DERECHO CON
MENCIÓN EN DERECHO CIVIL Y DE LA EMPRESA**

AUTOR

Abg. MANAYALLE MANAY, Jorge Luis

ASESOR

Mg. NECIOSUP CHANCAFE, José Hernán

CHICLAYO – PERÚ

2016



**UNIVERSIDAD PARTICULAR
DE CHICLAYO**



ESCUELA DE POSGRADO «ALTAGORA»

**Responsabilidad civil médica en las infecciones
nosocomiales en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga
Asenjo - Año 2015**

TESIS

**Para Optar el Grado de Magíster en: DERECHO CON
MENCIÓN EN DERECHO CIVIL Y DE LA EMPRESA**

AUTOR

Abg. MANAYALLE MANAY, Jorge Luis

ASESOR

Mg. NECIOSUP CHANCAFE, José Hernán

CHICLAYO – PERÚ

2016

Título de la Investigación

“Responsabilidad civil médica en las infecciones nosocomiales en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Año 2015”

**Tesis presentada para obtener el grado Académico de Magíster en:
Derecho con mención en Derecho Civil y de la Empresa.**

Abg. MANAYALLE MANAY JORGE LUIS

AUTOR

Mg. NECIOSUP CHANCAFE, JOSÉ HERNÁN

ASESOR

Aprobado por el siguiente jurado:

DR. WALTER DIAZ SALAZAR

PRESIDENTE

DRA. NELLA IZQUIERDO MEGO

SECRETARIO

DR. ALEXANDER BECERRA PEREZ

VOCAL

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INTRODUCCIÓNix

RESUMENxiii

ABSTRACT.....xiv

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN16

1.1. Realidad problemática:16

1.2. Planteamiento del problema:18

1.2.1. Problemática internacional:18

1.2.2. Problemática nacional:20

1.3. Formulación del Problema:24

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación:24

1.5. Objetivos de la investigación:25

1.5.1. Objetivo general:25

1.5.2. Objetivos específicos:25

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO-CIENTÍFICO27

2.1. Antecedentes de la investigación:27

2.2. Base teórica-científica:30

2.2.1. Responsabilidad civil:30

2.2.2. Funciones de la responsabilidad civil:31

2.2.2.1. Función demarcatoria:31

2.2.2.2. La función restitutiva o reparadora:31

2.2.2.4. Función preventiva:32

2.2.2.5. Función sancionatoria:32

2.2.2.6. La función indemnizatoria:33

2.2.3. Requisitos generales de la responsabilidad civil:33

2.2.3.1. El Daño:33

2.2.3.2. La antijuridicidad del hecho:36

2.2.3.3. Nexo causal:37

2.2.3.4. Factores de atribución:43

2.2.3.4.1. Factores de atribución subjetivos:	43
2.2.4. Responsabilidad civil médica:.....	52
2.2.4.1. Responsabilidad civil contractual y extracontractual del médico:	53
2.2.5. Responsabilidad civil médica en el Perú:	57
2.2.6. Responsabilidad civil de los establecimientos de salud:	59
2.2.7. Infecciones Nosocomiales:	61
2.2.7.1. Infecciones urinarias:.....	62
2.2.7.2. Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica:	62
2.2.7.3. Neumonía nosocomial:	63
2.2.7.4. Bacteriemia nosocomial:.....	65
2.2.7.5. Prevalencia infección nosocomial:.....	65
2.2.7.6. Factores de Riesgo asociados a Infecciones Nosocomiales:	67
2.2.8. Bioseguridad hospitalaria:	70
2.3.1. Hipótesis general:	74
2.3.2. Hipótesis específicas:	74
2.4. Identificación de las variables:.....	74
2.5. Operacionalización de las variables:	76
2.6. Definición de variables	77
2.6.1. Definición conceptual:	77
2.6.2. Definición operacional:	77

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN80

3.1. Tipo de investigación:.....	80
3.2. Diseño de Investigación / contratación de la hipótesis:	80
3.3. Población y muestra:	80
3.4. Métodos, materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	81
3.5. Métodos y procedimientos para la recolección de datos:	82

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN85

4.1. Presentación y análisis de la investigación:.....	85
4.1.1. Nivel de conocimientos acerca del lavado de manos.	85
4.1.2. Disponibilidad de insumos para lavado de manos:.....	86

4.1.3. Relación entre conocer alguna norma de bioseguridad y el conocimiento de las normas bioseguridad de lavado de manos: ..	87
4.1.4. Correlación entre años de experiencia laboral como médico y el puntaje de conocimientos de bioseguridad:.....	88
4.1.5. Correlación entre la prevalencia de infecciones intrahospitalarias y la frecuencia de conocimiento malo sobre bioseguridad:.....	89
4.1.6. Frecuencia de infecciones intrahospitalarias en pacientes hospitalizados en el año 2015.	90
4.1.7. Frecuencia de infecciones intrahospitalarias asociadas a factor de riesgo en los pacientes hospitalizados en el HNAAA en el año 2015.	91
4.1.8. Frecuencia de número de profesionales en contacto con pacientes con infecciones intrahospitalarias en el HNAAA en el año 2015.	92
4.1.9. Distribución de la frecuencia según el tipo de profesional en contacto con pacientes con infecciones intrahospitalarias en el HNAAA en el año 2015.	93
4.1.10. Promedio de profesionales en contacto según el tipo de infecciones intrahospitalarias en el HNAAA en el año 2015.....	94
DISCUSIÓN:	95
CONCLUSIONES:	101
RECOMENDACIONES:	103
ASEGURAMIENTO BIBLIOGRÁFICO	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a
Dios, porque es mi guía, y
abre el camino correcto
ante tantas adversidades

Dedico este trabajo a mi
esposa y a mis hermosos
hijos, Caroline y Jorge
André, por su apoyo
constante, y por ser el
impulso de mi superación

AGRADECIMIENTO

A nuestra Escuela de Postgrado de
la Universidad de Chiclayo, fuente
inagotable de sabiduría

A nuestros Docentes, por brindarnos
sus conocimientos, sabiduría y
experiencia necesaria, para nuestra
formación universitaria, y de esa
manera logremos ser buenos
profesionales

INTRODUCCIÓN

El avance de la sociedad en todos sus órdenes ha originado una diversificación de los agentes desencadenantes de la responsabilidad civil, pero el Derecho no ha tenido paralelamente un avance acorde a esta evolución natural de la sociedad.

Las infecciones nosocomiales constituyen un problema de salud pública, que en los últimos años se ha incrementado de manera progresiva en el número de casos, tanto en los establecimientos públicos como privados.

La prevención de las infecciones nosocomiales muchas veces se logra acatando y poniendo en práctica las normas de bioseguridad: técnica del lavado de manos; claro está que existen factores de riesgo, propios del paciente, que los hacen más proclives a estas infecciones.

Una preocupación central de la responsabilidad civil moderna es la protección de los pacientes, que se ven afectados cuando hacen uso de la atención médica hospitalaria y adquieren una infección nosocomial. Por tal motivo, surge una institución del Derecho, *la responsabilidad civil médica*, la misma que trata de resarcir el daño causado tanto por el médico, como por el equipo médico y la institución hospitalaria.

El incremento progresivo de los casos de infecciones nosocomiales a nivel nacional, tanto en los Hospitales del MINSA como en los del ESSALUD, además de la pobre producción científica de trabajos de investigación jurídica, que estudien y analicen la relación, así como el desconocimiento de normas de bioseguridad por parte de los trabajadores de salud, como factor de atribución, y el incremento de las infecciones nosocomiales, es lo que justifica la presente investigación, además de

establecerse normativamente, en nuestro Código Civil, *la responsabilidad civil médica* derivada de las infecciones nosocomiales.

En el presente trabajo de investigación se plantearon los siguientes problemas: uno general y tres específicos:

Problema general:

- ¿Qué tipo de responsabilidad civil médica deriva de las infecciones nosocomiales?

Problemas específicos:

- ¿En qué medida la falta de conocimiento de las medidas de bioseguridad contribuyen al desarrollo de las infecciones nosocomiales?
- ¿Los factores de riesgo asociados pueden ser tomados como factores de exclusión de responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales?
- ¿Existe asociación entre el número de profesionales de la salud que intervinieron en el proceso de atención y la presentación de infección nosocomial?

Los objetivos planteados fueron:

Objetivo general:

- a) Determinar qué tipo de responsabilidad civil médica deriva de las infecciones nosocomiales.

Objetivos específicos:

- a) Establecer en qué medida la falta de conocimiento de las medidas de bioseguridad contribuyen al desarrollo de las infecciones nosocomiales.
- b) Determinar si los factores de riesgo asociados son factores de exclusión de *responsabilidad civil médica* derivada de las infecciones nosocomiales.
- c) Identificar si existe asociación entre el número de profesionales de la salud que intervinieron en el proceso de atención y la presentación de infección nosocomial.

Asimismo se plantearon una hipótesis general y seis específicas:

Hipótesis general:

- La *responsabilidad civil médica* derivada de las infecciones nosocomiales es responsabilidad de tipo subjetivo.

Hipótesis específicas:

- La falta de conocimiento de las medidas de bioseguridad contribuyen al desarrollo de las infecciones nosocomiales.
- Los factores de riesgo asociados pueden ser tomados como factores de exclusión de *responsabilidad civil médica* derivada de las infecciones nosocomiales.

- Sí existe relación entre el número de profesionales de la salud que intervinieron en el proceso de atención y la presentación de infección nosocomial.
- Las fuentes de información primaria estarán constituidas por todos los médicos asistentes y residentes que laboran en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.
- La fuente de información secundaria estará conformada por las estadísticas brindadas por el área de inteligencia sanitaria del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, sobre la incidencia de las infecciones nosocomiales en las diferentes áreas a estudiar.
- La técnica empleada será la encuesta, la cual nos permitirá obtener la información necesaria para nuestro objetivo trazado.

En la búsqueda de corroborar la hipótesis se ha estructurado esta tesis en cinco capítulos:

Capítulo I: El Problema De La Investigación

Capítulo II: Marco Teórico – Científico

Capítulo III: Marco Metodológico De La Investigación

Capítulo IV: Resultados De La Investigación

Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones

RESUMEN

PROPÓSITO:

El propósito del presente trabajo de investigación es determinar si existe relación entre la falta de conocimientos de normas de bioseguridad y la responsabilidad civil médica en las infecciones nosocomiales.

OBJETIVOS:

Se establecieron como objetivos: determinar si el desconocimiento de las normas de bioseguridad por parte del personal médico se tomaría como factor de atribución en la responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales; establecer si la responsabilidad civil es subjetiva u objetiva; determinar si los factores de riesgo asociados son factores de exclusión de la responsabilidad civil médica; e identificar si existe asociación entre el número de profesionales de la salud que intervinieron en el proceso de atención y la presentación de la infección nosocomial.

Las fuentes de información serán los médicos asistenciales y las historias clínicas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, y la técnica: la encuesta.

RESULTADOS:

En los resultados hemos podido encontrar que el 97% de los médicos exhibe un nivel de conocimiento alto sobre la técnica del lavado de manos; el 75% considera que los insumos no están dispuestos en un lugar adecuado; el 74.36% tenían factor de riesgo asociado; y el número de contacto previo de profesionales fue de 4.

CONCLUSIÓN:

Se concluye que la prevalencia de infecciones nosocomiales (8.3%) no están relacionadas con el conocimiento completo de todas las normas completas de bioseguridad acerca del lavado de manos (97%).

Palabras clave: *responsabilidad civil, infección nosocomial, normas de bioseguridad.*

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine whether there is relationship between lack of knowledge of biosafety standards and medical liability in nosocomial infections.

It was established as objectives, to determine whether the lack of biosafety standards by the medical staff would be taken as allocation factor in medical civil liability of nosocomial infections, to establish whether the liability is subjective or objective, whether the associated risk factors are factors of exclusion of medical liability and identify the association between the number of health professionals who were involved in the care process and presentation of nosocomial infection.

The sources of information are practicing physicians and hospital medical records Almanzor Aguinaga Asenjo, technology and data collection process will be a survey validated for this work.

we have the results found that 97% of physicians exhibit a high level of knowledge about the art of hand washing, 75% consider that the inputs are not arranged in a suitable place, the 74.36% of patients with infection nosocomial had associated risk factor and the number of previous contact professional prior to infection was 4.13 in number.

It is concluded that the prevalence of nosocomial infections are unrelated to the full knowledge of all full biosafety regulations about washing hands.

Keywords: *civil responsibility, nosocomial infection, biosafety standards.*

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática:

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) o nosocomiales, también llamadas infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), constituyen hoy en día un importante problema de salud pública no sólo para los pacientes, sino también para la familia, la comunidad y el Estado, constituyendo así un desafío para las instituciones de salud y para el personal médico responsable de la atención, por ser un evento adverso que se puede prevenir en pacientes hospitalizados. (Salazar, 2011:104).

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) o infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) representan un serio problema de salud pública en el mundo, sobre todo en países en vías de desarrollo que presentan deficiencias en los servicios de salud. Estas complicaciones representan una carga adicional de morbilidad, mortalidad y costos a los problemas que subyacen como motivo de internamiento. (Díaz, 2014:31).

En nuestro país se ha podido evaluar que existe un incremento exponencial de las infecciones nosocomiales, hecho que se ve reflejado en nuestros hospitales de Lambayeque, tanto en el MINSA como en ESSALUD. En un análisis publicado por la Dirección General de Epidemiología del MINSA, se menciona que, para el período comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2012, a nivel nacional se contó con la información de vigilancia epidemiológica de 238 establecimientos de salud. Los establecimientos de salud informaron 15 679 casos de IIH, de los cuales, 4845 (30,9%) fueron infecciones de herida operatoria (infecciones del sitio quirúrgico), 3247 (20,7%) fueron endometritis puerperales, 2852 (18,2%) fueron infecciones del tracto urinario, 2417

(15,4%) fueron infecciones del torrente sanguíneo, y 2318(14, 8 %) fueron neumonías intrahospitalarias. (Díaz, 2014:31).

En el año 2011 se realizó un estudio en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en 31 servicios hospitalarios, en el que se obtuvieron los siguientes resultados: el 51,6% de los servicios presentaron infecciones intrahospitalarias, con una tasa de prevalencia puntual del 9,34%, donde la tasa más alta corresponde al servicio de neonatología con un 28%; y son las infecciones respiratorias las que representaron la más alta tasa de infecciones intrahospitalarias con un 30%, y el grupo etario de <9 años presentó la mayor frecuencia con el 21%.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI), la tasa de infección –durante el año 2013– del torrente sanguíneo, asociada a catéter venoso central, fue de 1,9%, la de neumonía asociada a ventilación mecánica, de 7,6%; y la de infección del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente, de 1,2% por cada 1000 días; siendo en la unidad de cuidados intermedios 1,8%; 6,6%; y 2,2%, respectivamente, cifras que están por encima de las referencias, para el nivel del hospital, dados por el Ministerio de Salud.

En el servicio de neonatología, la infección por neumonía asociada a ventilación mecánica fue de 10,7% x1000 días, y la infección del torrente sanguíneo asociada a onfalocisis fue de 8,8%. La infección de sitio quirúrgico fue de 1,55% por cada 100 intervenciones (colecistectomía por laparotomía), 2,1% (histerectomía abdominal); y 1,2% de las cesáreas. El servicio de obstetricia presentó una tasa de endometritis puerperal por parto vaginal de 0,7%; y el servicio de cirugía de tórax y cardiovascular, una tasa de 10,3% por infecciones de herida operatoria (mediastinitis), por cada 100 intervenciones quirúrgicas de *bypass* aortocoronario. (Díaz, 2014:32).

Los factores asociados a la presentación de las infecciones nosocomiales son, por ejemplo, el uso de ventilador mecánico, el uso de catéteres, el estado inmunológico del paciente, y sobre todo el desconocimiento de las medidas de bioseguridad por parte del personal de salud.

La responsabilidad civil es una institución del Derecho, por la cual las personas obtienen una reparación, compensación o indemnización por un daño a perjuicio que han sufrido.

La unidad del fenómeno resarcitorio muestra, en el sistema de la responsabilidad civil, el elemento relevante del daño ajeno y la imperiosa necesidad de repararlo para dar satisfacción al principio de justicia, según el cual nadie puede perjudicar a otro sin causa que lo justifique. (Bustamante, 1997:100).

Lo que se pretende es saber hasta qué punto el profesional de la salud, que interviene en la prestación de salud a través del acto médico, origina la aparición de estas infecciones intrahospitalarias ante el desconocimiento de estas medidas de bioseguridad, hecho que se tomaría como factor de atribución.

1.2. Planteamiento del problema:

1.2.1. Problemática internacional:

Argentina registra, lamentablemente, una alta tasa de infecciones hospitalarias, según lo advierte el último informe del programa de vigilancia de infecciones del Ministerio de Salud de la Nación, que señala incluso que la situación es aún peor en los bebés. Para que tengamos una idea, la tasa de infecciones es aproximadamente 7 veces más alta que la estadounidense. Las infecciones más frecuentes son las

neumonías asociadas al uso de un respirador, las infecciones del torrente sanguíneo (a través del uso de catéteres contaminados) y las infecciones urinarias (debido a la utilización de sondas).

Existe numerosa bibliografía sobre recomendaciones nacionales e internacionales para la prevención de las infecciones nosocomiales. Es imprescindible, en este sentido, que el establecimiento de salud, sea público o privado, cuente con un comité de control de infecciones, con un sistema de vigilancia epidemiológico y con normas reconocidas, nacional e internacionalmente, de prevención de infecciones.

Se trata de dos situaciones que deben ser analizadas, y que dan a lugar a una responsabilidad objetiva, con fundamento en la obligación de indemnidad, (art. 1198 del Código Civil, y art. 5 de la Ley de Defensa del Consumidor), por tratarse de un daño exógeno a los riesgos propios de la prestación en sí misma. Eso sí, cuando la causa de la infección sea la falta de asepsia, al no cumplir la institución con las normas de bioseguridad, se le aplicarán además las sanciones administrativas contempladas en la Ley de residuos patogénicos. (Multa, clausura, etc.). (Weingarten, 2012: 25).

(Tocornal, 2010:1). En Chile, los establecimientos de salud tienen a su cargo la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. La tendencia de la jurisprudencia chilena ha sido proclive a indemnizar los daños ocasionados por este tipo de infecciones. Aunque se condene civilmente al establecimiento, en general, ésta no se realiza a través de la instauración de una responsabilidad objetiva —aunque incluso erróneamente se le denomine así—, sino mediante otros mecanismos jurídicos que benefician a la víctima y la favorecen, en definitiva, judicialmente; como, por ejemplo, un entendimiento objetivo de la culpa, el establecimiento de presunciones de culpa y relación causal, la invocación de la culpa infraccional o los criterios jurídicos *res ipsa loquitur* y *prima*

facie. El daño no basta. Si jurídicamente no se establece de algún modo la culpa y la relación causal, la víctima deberá soportar sus propios daños.

En Colombia, el avance más notorio en la materia se dio de manera tangencial cuando la Corte, mediante sentencia del 8 de setiembre de 1998 sostuvo: «Como es suficientemente conocido, las clínicas y hospitales también pueden incurrir en responsabilidad contractual por culpa, para con los usuarios de las mismas; entre otras, cuando por negligencia de aquellas en la asepsia del instrumental quirúrgico transmiten enfermedades al paciente, o cuando estas son adquiridas por contagios causados por sus dependientes, o cuando los pacientes las adquieren a través del medio ambiente del establecimiento respectivo, así como cuando por imprudencia o impericia, o falta de cuidado y atención, no se suministran los medicamentos formulados a los pacientes, o se cumple con esta actividad de manera inoportuna, o se la aplican por equivocación, otros distintos con consecuencias negativas para la salud del enfermo». (Vega, 2005:76).

1.2.2. Problemática nacional:

(Carhuatoc, 2010:363). En el Perú se deben regular supuestos específicos de responsabilidad médica objetiva, que por solidaridad social deben asumir aquellos que están en mejor condición de soportarlos (los centros asistenciales o bancos de sangre), tales como hechos ajenos al desarrollo de la enfermedad o dolencia del paciente, que agravan su condición, como las infecciones nosocomiales, contagio por transfusiones sanguíneas y los productos defectuosos médicos.

La responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias no se encuentra regulada de manera integral, y este vacío está ocasionando que el sistema de salud esté externalizando los costos de estos eventos adversos. La organización hospitalaria es responsable del control y

prevención de las infecciones intrahospitalarias. En consecuencia, debe ser la que, en caso de presentarse algún evento adverso, tiene que asumir la responsabilidad civil de los pacientes afectados y brindarles prestaciones asistenciales adicionales y compensatorias.

El no cumplimiento de las normas para la prevención de infecciones intrahospitalarias debe establecerse como un factor de atribución de la responsabilidad civil. El cumplimiento de las prácticas reconocidas por la comunidad médica tiene una enorme relevancia para imputar responsabilidad, y debe tener presente que la organización hospitalaria debe promover protocolos médicos actualizados y no experimentales. Es decir, que mientras más consolidadas y experimentadas se hallen las técnicas aplicables a un determinado acto médico, más riguroso será el criterio de diligencia.

La responsabilidad médica es la obligación que tienen los profesionales que ejercen la medicina de responder por las consecuencias derivadas de su actuación profesional. En materia de responsabilidad médica, y tratándose de daños generalmente derivados de los actos médicos puros, la regla general es la responsabilidad subjetiva con fundamento en la «culpa profesional». Es necesaria la presencia de «culpa» en el actuar del profesional.

Los daños médicos pueden derivar de una negligencia médica, deficiencias de infraestructura sanitaria, deficiencias en administración hospitalaria e incluso de errores o accidentes médicos, y del grado de siniestralidad propio de esta actividad. Todo esto da como resultado que estos riesgos solamente se puedan controlar con las medidas de prevención, procedimientos disciplinarios y vigilancia de tasas referidas a eventos adversos, iatrogenia negativa o quejas de casos de negligencia médica, en el ámbito de los programas de seguridad del paciente y calidad de servicios de los hospitales. De ahí, que la responsabilidad civil

médica, puede clasificarse en dos grandes tendencias: la responsabilidad civil subjetiva, que se basa en la culpa o el incumplimiento negligente de guías o protocolos médicos, útil para determinar responsabilidades en los médicos; y, la otra gran corriente, la responsabilidad objetiva médica, aplicable a las organizaciones hospitalarias, en casos de infecciones intrahospitalarias, transfusiones y experimentos médicos. (Carhuatocto, 2010:121).

Se dice que son «actos médicos puros» para diferenciarlos de aquellos en los que el daño guarda relación meramente ocasional con el ejercicio de la medicina, obedeciendo más bien a causas que nada tienen que ver con la prestación profesional. Para algunos sectores de la jurisprudencia y la doctrina existen algunos supuestos en los que el profesional al asumir una obligación de resultados, se compromete a una responsabilidad de carácter objetivo, quedando, en consecuencia, descartada la necesidad de la «prueba de la culpa», tal es el caso, por ejemplo, de las cirugías plásticas y de la obstetricia.

¿La responsabilidad civil de los prestadores de salud es de naturaleza contractual o extracontractual? En los códigos civiles fuertemente adscritos a la tradición del derecho continental europeo, como nuestro Código Civil de 1984, sigue vigente la clásica distinción entre las llamadas «responsabilidad civil contractual» y «responsabilidad civil extracontractual». Este sistema dual, sin embargo, recibe en nuestro ordenamiento jurídico una peculiar transformación, pues el criterio que se utiliza para distinguir las dos zonas del *Derecho de daños* no es el contrato, sino la obligación. Como sabemos, las obligaciones no sólo nacen del contrato, sino también de la ley, por lo que en el Perú debemos hablar más correctamente de «responsabilidad obligacional» y «responsabilidad extraobligacional». *Responsabilidad obligacional* vendría a ser entonces la que genera la obligación de reparar el daño causado por el incumplimiento de otras obligaciones, previa y específicamente

asumidas, cuya fuente es la voluntad o la ley; mientras que *responsabilidad extraobligacional* es la que produce la obligación de reparar el daño causado por la violación del deber genérico de no dañar.

El Código Civil peruano adopta un sistema binario: tenemos regulada la responsabilidad contractual en el libro VI, *Las obligaciones*, sección segunda, *Efectos de las obligaciones*. Título IX, *Inejecución de obligaciones*, y *La responsabilidad extracontractual*, en el libro VII, *Fuentes de las obligaciones*, sección sexta. (Moisset, 2015: 162).

En el Perú, ese contrato asume la forma de uno de prestación de servicios, regulado en los arts. 1755 y ss. del Código Civil, en sus modalidades de locación de servicios, por lo general; y de contrato de obra, en casos excepcionales. Sin embargo, hay una serie de supuestos donde la figura del contrato simplemente no se da. Pensemos en la atención que nos brindan los médicos del Seguro Social. ¿Celebramos un contrato con ellos? ¿Les pagamos una retribución? ¿O es que más bien hemos celebrado contrato con la entidad pública, con ESSALUD? Los que estamos afiliados al sistema público de seguridad social en salud sabemos bien que jamás celebramos contrato alguno, y que, si se aporta a este seguro un monto extraído de nuestra remuneración, es porque la ley, y no el contrato, lo ha señalado así.

La responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales, constituye uno de los problemas de salud más importantes a nivel nacional y local, como hemos podido apreciar a través de las estadísticas. Éstas se van incrementando exponencialmente, y juegan un papel importante factores como el estado inmunológico del paciente, la ventilación mecánica, el uso de catéteres, y sobre todo lo que pretende el presente estudio: determinar hasta qué punto el desconocimiento de las medidas de bioseguridad por parte de los profesionales de la salud se consideraría como un factor de atribución de responsabilidad civil médica.

1.3. Formulación del Problema:

Problema general:

- ¿Qué tipo de responsabilidad civil médica deriva de las infecciones nosocomiales?

Problemas específicos:

- ¿En qué proporción la falta de conocimiento de las medidas de bioseguridad contribuyen al desarrollo de las infecciones nosocomiales?
- ¿Los factores de riesgo asociados pueden ser tomados como factores de exclusión de responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales?
- ¿Existe asociación entre el número de profesionales de la salud que intervinieron en el proceso de atención y la presentación de infección nosocomial?

1.4. Justificación e Importancia de la Investigación:

El incremento progresivo de los casos de infecciones nosocomiales a nivel nacional, tanto en los Hospitales del MINSA como en los del ESSALUD, además de la pobre producción científica de trabajos de investigación jurídica que estudien y analicen la relación; el desconocimiento de las medidas de bioseguridad por parte de los trabajadores de salud, como factor de atribución; y el incremento de las infecciones nosocomiales, justifican la presente investigación, además de

poder recomendar y establecer normativamente en nuestro código civil la responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales.

1.5. Objetivos de la investigación:

1.5.1. Objetivo general:

- a)** Determinar qué tipo de responsabilidad civil médica deriva de las infecciones nosocomiales.

1.5.2. Objetivos específicos:

- a)** Establecer en qué medida la falta de conocimiento de las medidas de bioseguridad contribuyen al desarrollo de las infecciones nosocomiales.
- b)** Determinar si los factores de riesgo asociados son factores de exclusión de responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales.
- c)** Identificar si existe asociación entre el número de profesionales de la salud que intervinieron en el proceso de atención y la presentación de infección nosocomial.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO-CIENTÍFICO

2.1. Antecedentes de la investigación:

Según Weingarten (2012: 25), en Argentina se registra, lamentablemente, una alta tasa de infecciones hospitalarias, según lo advierte el último informe del Programa de Vigilancia de Infecciones del Ministerio de Salud de la Nación, que señala incluso que la situación es aún peor en los bebés. Para que tengamos una idea, la tasa de infecciones es aproximadamente 7 veces más alta que la estadounidense. Las infecciones más frecuentes son las neumonías asociadas al uso de un respirador, las infecciones del torrente sanguíneo (a través del uso de catéteres contaminados) y las infecciones urinarias (por la utilización de sondas).

Existe numerosa bibliografía sobre recomendaciones nacionales e internacionales para la prevención de las infecciones nosocomiales. Es imprescindible en este sentido que el establecimiento de salud, sea público o privado, cuente con un comité de control de infecciones, con un sistema de vigilancia epidemiológica y con normas reconocidas, nacional e internacionalmente, de prevención de infecciones. Se trata de dos situaciones que deben ser analizadas, y que dan a lugar a responsabilidad objetiva, con fundamento en la obligación de indemnidad, (art. 1198 del Código Civil, y 5 de la Ley de Defensa del Consumidor), por tratarse de un daño exógeno a los riesgos propios de la prestación en sí misma. Eso sí, cuando la causa de la infección sea la falta de asepsia, por no cumplir la institución con las normas de bioseguridad, se le aplicarán además, las sanciones administrativas previstas por la Ley de residuos patogénicos. (Multa, clausura, etc.).

Según Tocornal (2010: 18), en Chile, la doctrina y jurisprudencia avanzan hacia una nueva comprensión de la culpa, debilitando su noción clásica y objetivándola, pero sin llegar a establecer que la responsabilidad por infecciones intrahospitalarias sea objetiva.

Las clínicas y hospitales tienen a su cargo la prevención y control de las infecciones nosocomiales. Las normas y principios de la responsabilidad civil nos permiten indicar en qué circunstancias un paciente no está obligado a soportar jurídicamente el daño causado por una infección nosocomial, debiendo trasladarse dicha obligación –en su equivalente compensatorio pecuniario– al establecimiento de salud.

La valoración judicial del caso debe considerar la «culpa» como fundamento de la responsabilidad del establecimiento de salud. El daño no basta. Para las dificultades de prueba de la culpa, la doctrina moderna ha reinterpretado las normas clásicas civiles para alivianar la carga probatoria de la víctima. Pero en materia de infecciones nosocomiales, quizás mayor dificultad que en la prueba de la culpa, existirá en la determinación de la relación causal entre la acción de salud y el daño, para lo que creemos sea posible que la jurisprudencia reinterprete el artículo 2329 en beneficio de la víctima en ciertos casos evidentes.

El acatamiento de la normativa legal, reglamentaria e interna de un hospital o clínica, en lo referente a infecciones nosocomiales, es un mínimo exigible a una institución cuestionada. No cumplir los estándares mínimos de prevención y cuidado en lo referente a las infecciones nosocomiales es un antecedente probatorio para establecer la responsabilidad de la institución vía culpa infraccional. Por otra parte, no tener normativa interna sobre esta materia podría ser también una base probatoria para establecer culpa por omisión.

Por su parte, Carhuatocto (2010: 363), afirma lo siguiente: En el Perú, deben regularse supuestos específicos de responsabilidad médica objetiva, que por solidaridad social deben asumir aquellos que están en mejor condición de soportarlos (los centros asistenciales o bancos de sangre), tales como hechos ajenos al desarrollo de la enfermedad o dolencia del paciente que agravan su condición, como las infecciones nosocomiales, contagio por transfusiones sanguíneas y los productos defectuosos médicos.

La responsabilidad civil médica es de naturaleza contractual, ello debido a que la relación médico-paciente, no sólo se inicia cuando el usuario del servicio de salud tuvo la opción de escogerlo y acudir al mismo, sino también en los casos en que por la gravedad del paciente cualquier médico u hospital está en la obligación de evaluarlo (asistencia médico-quirúrgica de emergencia), naciendo en estos casos el vínculo contractual por imperio de la Ley General de Salud, y derivada de las obligaciones inherentes a todo médico. La responsabilidad civil por infecciones nosocomiales no se encuentra regulada de manera integral y este vacío está generando que el sistema de salud esté externalizando los costos de estos eventos adversos.

La institución hospitalaria es responsable del control y prevención de las infecciones nosocomiales. En consecuencia, debe ser la que, en caso de presentarse este evento adverso, tiene que asumir la responsabilidad civil de los pacientes afectados y brindarles prestaciones asistenciales adicionales y compensatorias.

El incumplimiento de las normas para la prevención de infecciones nosocomiales debe consagrarse como un factor de atribución de la responsabilidad civil. El cumplimiento de las prácticas reconocidas por la comunidad médica tiene una enorme importancia para imputar responsabilidad, teniendo presente siempre que la organización

hospitalaria debe promover protocolos médicos actualizados y no experimentales. Es decir, que mientras más consolidadas y experimentadas se hallen las técnicas aplicables a un determinado acto médico, más riguroso será el criterio de diligencia.

2.2. Base teórica-científica:

2.2.1. Responsabilidad civil:

La responsabilidad civil es una de las más importantes áreas del Derecho privado, que tiene por finalidad imponer la obligación, al autor de un daño, de indemnizar a su víctima, bien sea como consecuencia del incumplimiento de un contrato (responsabilidad contractual) o de la comisión de un hecho ilícito (responsabilidad extracontractual). (Soto, 2015: 29).

La *responsabilidad*, según el diccionario de la lengua española, en su acepción 2, es 'la deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal'.

El término *responsabilidad* origina una relación entre personas, una que causa un daño y otra que lo sufre. El daño puede ser patrimonial, por ejemplo, en los bienes del individuo; o en su persona, su libertad, honor, afectos, creencias, casos en los que se estaría frente al daño extrapatrimonial.

La responsabilidad civil supone la existencia de un daño que una persona cause a otra, en donde la víctima podrá únicamente pedir la reparación de ese daño en particular (Morón, 2002: 10).

2.2.2. Funciones de la responsabilidad civil:

En el Derecho, cada institución tiene su legítima finalidad u objetivo, lo que permite observar a cabalidad sus alcances y fronteras. En tal sentido, a efectos de conocer el verdadero alcance de la responsabilidad civil, atribuida a una persona por el daño que produzca, es de suma relevancia saber qué función persigue el modelo de responsabilidad civil dentro de determinado ordenamiento jurídico.

2.2.2.1. Función demarcatoria:

La función demarcatoria del Derecho debería permitir a toda la sociedad saber cómo debe comportarse, para no interferir en la esfera de libertad del prójimo. Para Suzanne Carval, citado por López Herrera, la función demarcatoria –que ella denomina *normativa*–, sería la función originaria de la responsabilidad civil, porque precisamente es la que permite la elaboración de reglas de conducta sin las cuales la vida en sociedad sería imposible. En consecuencia, estimamos que esta función cumple un deber general, es decir, como regla general del Derecho, busca encauzar o delimitar las conductas de los hombres con la finalidad que éstas no ocasionen daño a otras. (Chang, 2013: 2).

2.2.2.2. La función restitutiva o reparadora:

Que involucra el retorno o reparación del bien jurídico afectado al *statu quo* anterior al daño; normalmente es un pago *in natura*, esto es, la restitución del bien dañado en su integridad o lo más cercano a ello, por ejemplo, si se pierde un vehículo, la reparación sería la entrega de un vehículo de las mismas o similares características con la aceptación del acreedor o víctima. (Carhuatocto; 2010: 17).

2.2.2.3. Función distributiva:

La función distributiva –expresa López Herrera– tiene lugar cuando la sociedad toma la determinación, mediante el establecimiento de una regla de responsabilidad objetiva, de permitir ciertas actividades lícitas, pero riesgosas o peligrosas y lesivas, sin que deba demostrarse en todos los casos la existencia de culpa.

En nuestro país vimos un esbozo de este fin, cuando se instauró, en el año 2002, la obligatoriedad del Seguro de Accidentes de Tránsito (SOAT), a través de la Ley 27181 (Ley General de Transporte y Tránsito Terrestres), para todos aquellos propietarios de vehículos automotores.

2.2.2.4. Función preventiva:

El remedio preventivo, en sus dos modalidades, meramente preventivo y de restablecimiento, es una condena de responsabilidad civil. La orden de ejecutar una conducta o abstenerse, para evitar o hacer cesar el daño, al igual que la reparación, está destinada a mantener indemne a la víctima. Esta finalidad justifica que la reparación y el remedio preventivo sean estudiados en una misma disciplina. No obstante, el *remedio preventivo* no se debe confundir con la *reparación*, pues mientras esta última consiste en la obligación de otorgar un equivalente a la pérdida experimentada a la víctima, el primero representa la orden de eliminar la conducta que puede causar o está causando un perjuicio (Restrepo, 2008: 237).

2.2.2.5. Función sancionatoria:

Es aquella que no sólo busca el resarcimiento o reparación del daño, sino que además castiga al autor de la conducta por la realización del mismo.

Esta obligación es propia de los sistemas anglosajones y con mayores brillos en los Estados Unidos, como ocurrió en el sonado caso Mc Donald. Esta función prepondera el grado de intencionalidad del causante del daño, los daños que genera, así como el impacto que dicha conducta y el daño mismo que podría originar en la sociedad. En tal sentido, en caso de existir dolo, un daño significado, y que dicha conducta fuese impactante para la sociedad, el monto resarcitorio contendría, además, una suma adicional como especie de sanción por dicha conducta.

2.2.2.6. La función indemnizatoria:

En los casos en los que no se pueda reponer el bien, o efectuarse un pago *in natura* o especie, como en el caso del daño a la integridad física de la persona y el daño moral, se puede determinar una asignación económica, que simbólicamente represente el valor del daño sufrido, por ejemplo, la pérdida de una pierna por negligencia médica o la afectación del derecho al honor por un medio de comunicación.

2.2.3. Requisitos generales de la responsabilidad civil:

2.2.3.1. El Daño:

Es el elemento esencial que debe concurrir para que exista responsabilidad civil. Sin daño no hay responsabilidad civil.

El maestro Felipe Osterling Parodi señala lo siguiente en cuanto al *daño*: «El daño es todo detrimento que sufre una persona por la inejecución de la obligación. El daño, para ser reparado, debe ser cierto; no eventual o hipotético. Daño es sinónimo de perjuicio. Así lo establece la mayoría de las legislaciones modernas y el Código Civil Peruano». (Soto, 2015: 37).

Si en derecho civil hablamos de responsabilidad civil, circunscribimos esta noción al deber que tienen los hombres de dar cuenta de sus actos cuando ellos se traducen en un daño material, o sea, susceptible de valor económico; bien entendido que la noción de *responsabilidad* abarca un sector más amplio en el ámbito de la moral y del Derecho. Con este enfoque no hay responsabilidad civil si no hay daño causado, es decir, no se puede imponer la sanción resarcitoria donde no hay daño que reparar. El daño es entonces un elemento del acto ilícito sin el cual no existe la responsabilidad civil (Bustamante, 1997: 159).

El daño es indispensable cuando en forma ilícita es causado por alguien diferente de la víctima. Los daños pueden ser patrimoniales o extrapatrimoniales. Los primeros son el atentado al patrimonio económico de la víctima, mientras que los segundos están referidos a la lesión de bienes protegidos por el Ordenamiento Jurídico, pero que no tienen valor pecuniario. Desde la perspectiva ontológica, el daño es la lesión a un interés protegido, y la noción jurídica se configura en términos de daño injusto, dentro del contexto de la terminología o el lenguaje de la doctrina italiana. Así entendido, el daño es, necesariamente, un elemento del ilícito, porque el elemento, en cuanto tal, comporta la lesión de un interés protegido. En suma, el daño es un menoscabo efectivamente sufrido por la víctima. Y, en nuestro Código Civil, el art. 1969 hace referencia al daño, empero las demás normas de nuestro código hacen referencia al término *perjuicio*, es decir, a las consecuencias. Por tal motivo, este lenguaje debe unificarse, para un mejor tratamiento de la responsabilidad civil; además, desde una perspectiva ontológica, el daño implica una lesión a la situación jurídica, y ello también alude a las consecuencias de un acontecimiento que produce efectos negativos o desfavorables. (Universidad Peruana los Andes, 2010: 66).

El daño es la lesión, perjuicio o detrimento que, a consecuencia de un acaecimiento o evento determinado, sufre una persona o sus bienes.

Doctrinariamente, el daño ha sido conceptualizado de diversas formas:

- Los deterioros que un individuo sufre en su persona y en sus bienes jurídicos, con excepción de los que se irroga a sí mismo el perjudicado.
- La lesión de interés legalmente tutelado.
- Cualquier deterioro económico, pérdida patrimonial o gasto, cuya realización se impone a un sujeto sin que se le haya dado la oportunidad de decidir su realización.

Si bien es cierto que el concepto de *daño* «es un concepto destinado a variar en el tiempo», la clasificación del daño que ha asumido la doctrina nacional a partir del Código Civil es la siguiente:

- a) **Daño patrimonial:** Consiste en la lesión de derechos de naturaleza económica, que deben ser reparados. Este, a su vez, se clasifica en:
 - b) **Daño emergente:** Es la pérdida que sobreviene en el patrimonio del sujeto afectado por el incumplimiento de un contrato o por haber sido perjudicado por un acto ilícito, o como sostiene un sector autorizado de la doctrina italiana: «La disminución de la esfera patrimonial del dañado».
 - c) **Lucro cesante:** Se manifiesta por el no incremento en el patrimonio del dañado (sea por el incumplimiento de un contrato o por un acto ilícito). Es la ganancia patrimonial neta dejada de percibir por el dañado. (Espinoza, 2015: 167).
 - d) **Daño extrapatrimonial:** En el Código Civil Peruano, la categoría del daño extrapatrimonial o subjetivo comprende el *daño a la persona*, entendido como la lesión a los derechos existenciales o no patrimoniales de las personas, y el *daño moral*, definido como

«el ansia, la angustia, los sufrimientos físicos o psíquicos, etc., padecidos por la víctima, que tienen carácter de “efímeros y no duraderos”». Dentro de la categoría del *daño moral*, se distingue el *daño moral subjetivo*, que es el que sufre de manera directa el sujeto, del *daño moral afectivo*, entendido como la lesión a la relación afectiva respecto de sujetos, animales o bienes.

El *daño moral* es imputable, tanto a la responsabilidad contractual y extracontractual; la distinción es en cuanto al daño a la persona, que solamente es aplicable a la responsabilidad extracontractual, empero LIZARDO TABOADA piensa que sí es posible aplicar el daño a la persona a la responsabilidad contractual.

2.2.3.2. La antijuridicidad del hecho:

Parte de la doctrina considera la antijuridicidad como uno de los componentes fundamentales de la responsabilidad civil, en general. Asimismo, ésta puede ser contractual o extracontractual, ya que se entiende que nace de la obligación de indemnizar cuando se causa un daño a otro u otros mediante un comportamiento contrario al ordenamiento jurídico. Por contravenir una norma imperativa, los principios que conforman el orden público o las reglas de convivencia social que constituyen las buenas costumbres. En tal sentido, por más que exista daño, si la conducta no es contraria al ordenamiento jurídico o si se actuó dentro de los límites permisibles, no hay lugar para la responsabilidad civil. Por tanto, queda claro que la antijuridicidad es parte importante de la estructura de los hechos jurídicos ilícitos que originan una responsabilidad civil.

El concepto de antijuridicidad es sinónimo de ilicitud, aunque puede entenderse con una mayor comprensión, por abarcar no solamente los casos de violación directa de la ley, sino las hipótesis de infracción del deber impuesto por la voluntad de las partes en el contrato. Expresa

SANTOS BRIZ que si la palabra *ley* se toma en sentido lato, incluyendo los pactos contractuales, que son «ley» para los contratantes, puede llegarse a un concepto aceptable de antijuridicidad. (Bustamante, 1997: 109).

En opinión de Lizardo Taboada Córdova:

«Una conducta es antijurídica no sólo cuando contraviene una norma prohibitiva, sino también cuando la conducta viola el sistema jurídico en su totalidad, en el sentido de afectar los valores o principios sobre los cuales ha sido construido el sistema jurídico». (Soto, 2015: 36).

2.2.3.3. Nexo causal:

La relación de causalidad es el vínculo de causa a efecto entre un hecho y el daño, para que el autor de ese hecho sea el responsable de la indemnización del perjuicio. (Torres, 2014: 908).

Para los doctrinarios de la *teoría subjetivista* de la *culpa* como elemento definitivo de la *responsabilidad*, el nexo de causalidad debe darse entre la *culpa* y el *daño*. Para los seguidores de las *teorías objetivas* o de *las de riesgo*, el nexo de causalidad debe darse entre el *hecho* y el *daño*. La inevitable relación de causalidad entre el hecho y el daño, es más complicada de lo que parece. Y todavía más difícil para los defensores de la *teoría de la culpa*, pues ese fenómeno subjetivo debe relacionarse directa y específicamente con el daño. Muchas veces se confunden los conceptos de culpa y causa o se mezclan en forma tal que se hace difícil su separación.

Teorías Causales:

1. Teoría de la causa próxima: La teoría de la causa próxima presenta problemas porque tiende a echar una cortina de humo que hace no visible la responsabilidad de quienes se encuentran detrás del agente inmediato del daño. Por ejemplo, si un automovilista atropella a un peatón porque la reparación que le hicieron de sus frenos era defectuosa, ese peatón debería tener acción tanto contra el automovilista como contra el taller que hizo la reparación negligentemente. Sin embargo, dentro de la *Teoría de la causa próxima* podría sustentarse que el peatón sólo tiene acción contra el automovilista (quien responde objetivamente por riesgo), mientras que el taller quedaría inaccesible por productos defectuosos y haría excesivamente estrecho, y muchas veces injusto, el campo de la causalidad.

2. Teoría de la causa preponderante o Teoría de la equivalencia de las condiciones o de la condición *sine qua non*: En síntesis, la *Teoría de la equivalencia de las condiciones* sostiene que todas las condiciones positivas y negativas concurrirían necesariamente a producir el resultado de manera tal que, suprimida una sola de ellas, el resultado no se daba.

Para esta doctrina es causa toda condición negativa o positiva, a falta de la cual el evento no se habría realizado.

Sin embargo, en el análisis de los hechos se deben precisar dos aspectos:

a) En la reconstrucción del hecho se opera con referencia a un criterio de imputación específico (dolo, culpa, etc.).

- b) No se puede generalizar su aplicabilidad, debido a las limitaciones que se dan frente a otras causas autónomas.

Se critica esta teoría debido a que la falta de una condición haría venir a menos el efecto, que podría generar la causa. Es decir, no se puede inferir lógicamente que tal condición sea la causa del resultado.

Por lo tanto, se debe admitir que esta condición es necesaria para la producción del efecto.

El Dr. Espinoza Espinoza no es partidario de esta teoría, en base al fundamento b).

La *Teoría de la equivalencia de las condiciones* establece que todo resultado o efecto es consecuencia de una multitud de condiciones, siendo todas igualmente necesarias y por tanto equivalentes. La causa de un resultado es la suma de todas las condiciones o fuerzas que contribuyen a su producción, para atribuir a continuación el carácter de causa a cada una de las condiciones. (Estrella, 2009: 92).

- 3. Teoría de la causa adecuada:** Un hecho es la causa adecuada y determinante del daño generador de responsabilidad cuando, aun concurriendo con otros hechos, es el decisivo o determinante del daño, de acuerdo con las circunstancias, el buen sentido, el curso natural y ordinario de las cosas; no cualquier hecho es causa (Torres, 2014: 920).

Para esta teoría, considerada predominante por la doctrina, no toda condición del resultado es causa en sentido jurídico, sino sólo

aquella que normalmente, conforme a la experiencia, es adecuada para producirla. De entre los varios acontecimientos (causas) que concurren a la realización de un daño, haciendo un juicio de probabilidad o previsibilidad objetiva, retrocediendo al momento de la acción u omisión, se debe identificar cuál de ellos, de acuerdo con la experiencia de vida, es el capaz de producir normalmente el resultado perjudicial.

Por ejemplo, (A) le entrega inocentemente un cuchillo a (B), y (B) con ese cuchillo mata de una puñalada a (C). El acto de (B) es la causa normal de la muerte de (C). La entrega inocente del cuchillo por parte de (A), según la experiencia de vida, no es causa que normalmente conduzca al daño. Para que se configure una relación de causalidad adecuada, deben concurrir dos factores: un factor concreto: (una conducta idónea para causar daño; que debe ser la consecuencia material de aquella); y un factor abstracto, es decir, que la conducta, abstractamente considerada, sea capaz de producir el daño de acuerdo con la experiencia normal y cotidiana en el curso normal de los acontecimientos. Es necesaria la concurrencia de los dos factores, para que se configure en relación de causalidad adecuada. (Torres; 2014: 921).

Fracturas del nexo causal:

La doctrina y jurisprudencia han establecido que el nexo de causalidad se interrumpe o se rompe, cuando se dan tres fenómenos que se han cobijado bajo el término *causa ajena*, es decir, causa no imputable al presunto responsable:

- 1. Caso fortuito o fuerza mayor:** Según diversos autores, no habría diferencia ni teórica ni práctica entre el hecho fortuito y la fuerza mayor, pues ambas serían consecuencias de un hecho

imprevisible. Así, observamos que para el derecho positivo, la diferenciación carece de mayor trascendencia.

Nuestro Código Civil tampoco logra la diferencia. En efecto, del artículo 1972, se entiende que *fuerza mayor* y *caso fortuito* son nociones con las mismas características, pues deberán ser eventos extraordinarios, imprevisibles e irresistibles; y en virtud de los cuales, opera la irresponsabilidad por *caso fortuito* o *fuerza mayor*, en los supuestos de responsabilidad por riesgo. (Estrella, 2008: 114).

La nota de lo extraordinario suele ser explicada como aquélla que escapa al cauce normal de los hechos, como algo inusual o ajeno al riesgo típico de una actividad determinada. (Gaceta Jurídica; 2011: 117).

2. **El hecho de un tercero:** Por el hecho de que un tercero es el único causante del daño, del resultado, se escinde el nexo causal. No existe responsabilidad civil extracontractual porque se imputó el hecho a una persona distinta. Se demandó a quien no era el causante. Fue el tercero quien lo causó. Ese fenómeno exonerativo debe ser entonces como la fuerza mayor y el caso fortuito irresistible e imprevisible. Por eso se exige, imprescindiblemente, que no exista ninguna relación de dependencia entre el causante y el llamado tercero. Tampoco puede existir culpa, por parte del causante, en el hecho del tercero. Si la hubiere no tiene poder liberatorio.
3. **El hecho de la propia víctima:** La culpa exclusiva de la víctima se da cuando su conducta es la única causa de su propio daño. Se trata de un caso de ruptura del nexo causal; quedando librado el demandado de toda responsabilidad.

En estos hechos interviene el propio agraviado en la producción del hecho dañoso. Esta hipótesis exime de responsabilidad al supuesto ofensor; de allí que sea muy frecuente que éstos esgriman el hecho de la víctima para alejar de sí la responsabilidad.

Eximentes afines de responsabilidad civil:

Tienen semejanza con la llamada ruptura del nexo causal (o también denominada «causa no imputable»). Existen otros eximentes de responsabilidad civil, denominados *causas de justificación* o supuestos de «irresponsabilidad civil».

- 1. En el ejercicio regular de un derecho:** En tal sentido, «el que viola un derecho ajeno en el ejercicio de su propio derecho no actúa antijurídicamente y, por consiguiente, ninguna responsabilidad le incumbe, por los quebrantos que pueda causar».

En tal virtud, existen daños que el agente puede justificar probando que fueron causados en el ejercicio de un derecho propio; lo que equivale a decir que su conducta estaba legitimada al configurar un derecho subjetivo.

- 2. La legítima defensa:** Se inspira en el principio según el cual toda persona puede defenderse del peligro de agresión, cuando no haya manera de contar con la tempestiva y adecuada intervención de los órganos competentes del ordenamiento estatal destinado a la defensa de sus ciudadanos; sus características son las siguientes:

- a)** El peligro debe ser actual.

- b) El peligro debe amenazar un interés directa y plenamente tutelado por el Derecho.
- c) La amenaza debe ser injusta.
- d) El recurso a la defensa debe ser necesario e inevitable.
- e) La reacción debe ser proporcional a la agresión.

3. El estado de necesidad: El estado de necesidad es 'un estado de peligro grave e inminente, que constriñe a una persona a realizar un hecho'; al que se denomina «hecho necesario», que puede traducirse en la celebración de un acto jurídico o en la acusación de un daño.

2.2.3.4. Factores de atribución:

El factor de imputación de responsabilidad es la razón suficiente para atribuir a un sujeto la obligación de reparar un daño; este factor puede ser subjetivo (la culpa) u objetivo (el riesgo o peligro).

La imputabilidad de responsabilidad civil contractual es de carácter subjetivo (dolo, culpa inexcusable y culpa leve), la responsabilidad objetiva es una excepción. En cambio, el factor de atribución de la responsabilidad extracontractual puede ser objetivo y subjetivo. (Torres, 2014: 901).

2.2.3.4.1. Factores de atribución subjetivos:

La culpa:

La culpa debe ser entendida como una ruptura o contravención a un estándar de conducta.

Desde otra perspectiva, se entiende por *culpa*, a la «creación de un riesgo injustificado». Ahora bien, para evaluar si ese riesgo es justificado o no, se necesitará confrontarlo con la utilidad social de la actividad a la cual éste se refiere, teniendo en cuenta el costo de la remoción: cuanto más grandes son la utilidad social y el costo de remoción, más grande es el riesgo justificado.

1. La culpa subjetiva

Llamada también *responsabilidad por culpa* o *responsabilidad subjetiva*, según la cual el peso económico del daño debe trasladarse al causante si éste ha obrado dolosamente o con imprudencia o descuido.

La **culpa subjetiva** es aquella que se basa en las características personales del agente. En este tipo de culpa se busca determinar las cualidades físicas del agente, el comportamiento. Se excluyen en esta valoración las aptitudes morales, intelectuales y culturales.

El artículo 1314 del Código Civil Peruano hace referencia a la **culpa en concreto**, que engloba las siguientes características:

- La **imprudencia**: El sujeto hace más de lo debido.
- La **negligencia**: El sujeto hace menos de lo que debe.

2. Culpa grave: Es el no uso de la diligencia. El art. 1319 del Código Civil es un ejemplo de este tipo de culpabilidad, que lo define como 'culpa inexcusable'.

3. Culpa leve: Es el no uso de la diligencia propia de las personas de capacidad media. Está definida en el artículo 1320 del Código Civil, como 'omisión'.

4. **Culpa levísima:** Cuando no se utiliza la diligencia propia de las personas excepcionalmente prudentes y cautas. Este supuesto no está regulado en el Código Civil. Sin embargo, este grado de la culpa ha sido fuertemente criticado por su dudosa validez «en el plano de la lógica y la realidad jurídica».
5. **Culpa omisiva:** Ha sido denominada, en una feliz expresión, como una 'isla de tipicidad' en el mar de la atipicidad del ilícito civil. Ello quiere decir que, a efectos de imputar a una persona por una omisión, previamente debe existir la norma que lo obligue a actuar de una manera determinada. Así, de no cumplir la misma, se genera la omisión culposa.
6. **Culpa profesional:** Un artículo que no puede pasar desapercibido en el itinerario interpretativo del operador jurídico en materia de responsabilidad civil de los profesionales es el art. 1762 del Código Civil, referente al contrato de prestación de servicios, el cual establece que: «Si la prestación de servicios implica la solución de asuntos profesionales o de problemas técnicos de especial dificultad, el prestador de servicios no responde por los daños y perjuicios, sino en caso de dolo o culpa inexcusable».

En concordancia con ello, se afirma que «la interpretación que ha de hacerse del art. 1762 es aquella que sólo admita las especiales dificultades técnicas de la prestación que hacen que el profesional sólo responda por dolo o culpa grave; en otros términos, si la prestación profesional es de aquellas que pueden calificarse de normales en el ejercicio de la actividad profesional, inevitablemente el profesional se halla sometido a las reglas generales». De ello se deriva que, en los asuntos profesionales o problemas técnicos que

no sean de especial dificultad, se presumiría la culpa leve, regulada por el art. 1329 Código Civil y definida por el art. 1320.

7. **Culpa objetiva:** Es la que se da debido a la violación de las leyes, donde el ordenamiento jurídico describe los límites del comportamiento. Y, si el agente no lo cumple, éste se hace culpable. El artículo 961 del Código Civil Peruano es una clara muestra de los límites del comportamiento.

La culpa objetiva no debe ser confundida con la responsabilidad objetiva, esta última es ajena al concepto de culpa. La culpa objetiva se basa en parámetros determinados por la ley.

El dolo:

La noción de dolo coincide con 'la voluntad del sujeto de causar el daño', la cual coincide con el art. 1318 del Código Civil, a propósito del no cumplimiento de la obligación (al referirse al gerundio «deliberadamente»). En materia penal, se diferencia:

1. **Dolo directo:** El sujeto actúa para originar el daño. Una opinión, generalmente compartida, respecto del dolo, es la siguiente: «El dolo, relevante a los efectos de la responsabilidad extracontractual, se identifica con la noción penal del dolo genérico, que prescinde de elementos específicos de intencionalidad o fraude, resolviéndose en la voluntad de ocasionar el daño».
2. **Dolo eventual:** No se actúa para dañar, sino que «el sujeto obra aunque se represente la posibilidad de un resultado dañoso, que no descarta; como cuando para ganar una carrera automovilística continúa su marcha a pesar de hallar en su camino a una persona que puede herir con su vehículo, y afronta el riesgo de así hacerlo.

Adviértase que aquí no hay dolo directo, toda vez que el sujeto no se representa el daño y actúa para producirlo, sino que en la alternativa que le plantea continuar su acción con la eventualidad de producir el daño, y desistir de ella para descartarlo, continúa el acto.

Factores de atribución objetivos

Riesgo creado:

De acuerdo al *Diccionario de la Real Academia Española (DRAE)*, *riesgo* es ‘una contingencia o proximidad de un daño’, y de otro lado, define la palabra *peligroso* como ‘que tiene riesgo o puede ocasionar daño’. Para la doctrina, *el riesgo creado* viene a ser el riesgo adicional al ordinario, por ejemplo: automotores, artefactos eléctricos, cocinas de gas, ascensores, diversas armas de fuego, insecticidas, medicamentos, actividades industriales.

En todos los bienes y actividades mencionados en las líneas precedentes, no será necesario examinar la culpabilidad del autor, pues deberá bastar con acreditar el daño producido, la relación de causalidad, y que se trate de un bien o actividad que suponga un riesgo adicional al normal y común, por lo que merecen la calificación de «riesgosos». Haya sido el autor culpable o no, igualmente será responsable por haber causado el daño mediante una actividad riesgosa o peligrosa.

Se observa entonces que la ausencia de culpa no sirve como mecanismo liberador de responsabilidad civil, adquiriendo por el contrario importancia fundamental la noción de causa ajena o fractura causal.

El sistema objetivo de responsabilidad civil no pretende que en los daños que se hayan originado a través de bienes o actividades riesgosas, no exista la culpa del autor; lo que se pretende es la total abstracción de la culpa o ausencia de la culpa del autor, de tal modo que, la existencia de culpa o no, sea totalmente intrascendente para la configuración de un supuesto de responsabilidad civil extracontractual, debiendo acreditarse la relación causal, la calidad del bien o la actividad como riesgosa.

Cabe agregar que la calificación de un bien o actividad riesgosa o peligrosa no depende de las circunstancias de un caso concreto en particular, pues de ser así cualquier actividad podría ser considerada riesgosa. Esta calificación depende del riesgo que supone el uso socialmente aceptado del bien o actividad de que se trate, siempre y cuando su uso suponga un riesgo adicional al común y ordinario, como sucede con las armas de fuego o con los vehículos.

Dentro de este contexto, la teoría del riesgo, basada en la fórmula de «quien con su actividad crea las condiciones de un riesgo, debe soportar las consecuencias» (y se remonta al antiguo brocardo *cuius commoda, eius et incommoda*), es sin lugar a dudas, el más socorrido fundamento de la responsabilidad objetiva. Sin embargo, este brocardo ha sido criticado afirmando que «se ha revelado prontamente genérico y meramente descriptivo».

Otro fundamento que se le ha querido dar a la teoría objetiva es el de la «creación de un peligro». Así, «con referencia a ciertas actividades que, si bien son consideradas como legítimas, por cuanto, en conjunto, resultan socialmente útiles, pueden considerarse peligrosas por la frecuencia y gravedad de los daños producidos», entonces «deben ser resarcidos por quien asume dicha iniciativa y se presenta, además, como el que más está en grado de asumir las consecuencias». Sin embargo, también se ha criticado esta posición, por cuanto resulta ser «muy vaga e imprecisa».

Situaciones de riesgo, que se podrían traducir en la siguiente fórmula: «Si se genera una situación riesgosa, se responderá por los daños ocasionados, independientemente del parámetro de conducta del agente dañante o de que haya obtenido un beneficio» (art. 1970 Código Civil).

Situaciones de ventaja, esto es, si una persona genera una situación que le ofrece un resultado favorable o beneficioso, tendrá que responder también por los daños que se ocasionen producto de dicha situación. Típicos ejemplos serían el de responsabilidad civil por el hecho del dependiente (art. 1981 CC), o del tercero del cual se vale el deudor (art. 1325 CC), el ser propietario de un animal (art. 1979 CC), o propietario de un edificio (art. 1980 CC).

Por otro lado, se prospecta el concepto de «riesgo lícito», o sea, el riesgo consentido por el ordenamiento jurídico. Tanto el acto ilícito como el riesgo lícito pueden ser fuente de responsabilidad civil, pero se sostiene, que el primero «tiene una función sancionadora», mientras que el segundo «tiene la función de redistribuir el daño según un criterio de economicidad» (200). En mi opinión, si bien es importante la introducción del concepto del «riesgo lícito», perfectamente aplicable en el caso del riesgo permitido (no prohibido), para realizar actividades riesgosas, o tener animales, por ejemplo, no se debe olvidar que, la reparación civil por los daños causados también tiene una función redistribuidora de los costos. El riesgo lícito se basa en la premisa siguiente: «Si bien es cierto que el ordenamiento jurídico permite realizar (ciertas) actividades riesgosas, se deberá responder por los daños que se causen».

Por su parte, Isarri, (2000: 22), sostiene lo siguiente: A lo largo del desarrollo histórico de la responsabilidad, son éstas: *la responsabilidad subjetiva* y *la responsabilidad objetiva*, las principales teorías que se discuten como fundamento de la responsabilidad civil:

- 1. Responsabilidad subjetiva:** Estas teorías sustentan que el fundamento de la responsabilidad civil se encuentra en la conducta del autor del daño, es decir, que para determinar si se está en presencia de responsabilidad no basta con que se presente un daño, sino que es necesario que ese daño haya devenido del actuar doloso o culposo del autor del daño. Es así como para establecer la responsabilidad extracontractual basada en la teoría subjetiva o teoría clásica de la culpa, es necesario que se presenten tres elementos, a saber: el daño, el actuar doloso o culposo del actor, y la relación de causalidad entre el daño y el actuar doloso o culposo del sujeto generador del daño.

Así, una vez constatada la presencia de estos tres elementos, se está en presencia de una responsabilidad, la cual genera el deber de indemnizar los perjuicios por parte del agente generador del daño (quien fue el que actuó con culpa o dolo) a la víctima del mismo. Los mayores defensores de esta teoría fueron los hermanos Mazeaud, quienes sostenían que «la culpa debe ser mantenida como requisito y fundamento de la responsabilidad civil». Ellos defendieron el principio: «No hay responsabilidad civil sin una culpa». Dichos autores, además, criticaron fuertemente a los defensores de aquellas teorías que desechaban el análisis del elemento culpa en la determinación de la responsabilidad, al decir: «Establecer una responsabilidad automática es despojar a la responsabilidad de toda moral y de toda justicia. La justicia y la moral suponen una diferenciación entre el acto culpable y el acto inocente, un examen de la conducta del agente. (Isarri, 2000: 23).

- 2. Responsabilidad objetiva:** Al contrario de lo que sucede con la *teoría clásica de la culpa*, los expositores de la *teoría de la responsabilidad objetiva* o *teoría del riesgo*, como también se le conoce, afirman que el fundamento de la responsabilidad se

encuentra en el hecho que produjo el resultado dañoso, sin importar si éste fue cometido con culpa o dolo. Lo relevante para establecer una responsabilidad es la presencia del daño y la relación de causalidad entre el hecho, o acción ejercida, y el daño. No es necesario analizar si quien realizó la acción lo hizo de una forma dolosa o negligente. De ese estudio NO depende que se indemnice o no el perjuicio. Para indemnizar el perjuicio sólo basta con demostrar la realización de una acción, o la omisión y el nexo de causalidad entre ese actuar o esa omisión y el daño. (Isarri, 2000: 24).

Alessandri, en su obra, explica en forma muy clara la característica principal de la responsabilidad objetiva. Afirma, en efecto, que «La responsabilidad objetiva prescinde en absoluto de la conducta del sujeto, de su culpabilidad; en ella se atiende única y exclusivamente el daño producido. Basta con éste para que su autor sea responsable, cualquiera que haya sido su conducta, haya habido o no culpa o dolo de su parte. Es el hecho perjudicial, el hecho liso y llano, y no el hecho culpable o doloso el que genera la responsabilidad».

Para entender la razón por la cual algunos autores desecharon como fundamento de la responsabilidad la teoría clásica de la culpa, y en su lugar acogieron la nueva teoría del riesgo, es necesario comprender las circunstancias sociales y «culturales» que reinaban para la época en que esta teoría fue expresada. Pues bien, esta teoría fue propuesta a mediados del siglo XIX, período en que se presentaba un gran desarrollo científico e industrial, es la conocida época de la «Revolución Industrial», en la cual se manifiesta un gran auge del maquinismo, donde las máquinas empezaron a intervenir en toda la esfera social trayendo consigo, a la vez, grandes beneficios, pero también un gran incremento de

accidentes que producían a su vez una serie de daños y perjuicios, los cuales era necesario indemnizar. Pero como en la mayoría de las veces los accidentes los causaban las máquinas, cuyo funcionamiento era complicado y sus diseños lo eran aún más, resultaba muy difícil, casi imposible, para la víctima entrar a demostrar la culpa o el dolo con el que se produjo un determinado daño, lo que trajo como consecuencia que, en muchas ocasiones, la víctima de un daño generado por una máquina, quedaba sin recibir la debida indemnización a la que tenía derecho, lo cual evidentemente atentaba contra la equidad y la justicia social.

Estas fueron las razones que impulsaron a varios autores, especialmente a Josserand, a proponer la *teoría de la responsabilidad objetiva*, en la cual se liberaba a la víctima del daño, de entrar a demostrar la culpa o dolo con que fue producido el daño, para así lograr la indemnización de los perjuicios. Otros autores, conscientes de la injusticia e iniquidad que se estaba presentando, propusieron otras teorías que, sin llegar al extremo de desaparecer el concepto de culpa, sí facilitaron a la víctima la consecución de la indemnización de los perjuicios. Son las 26 teorías intermedias, dentro de las cuales se destacan *la teoría del abuso de los derechos*, *la obligación de seguridad a favor de la víctima* y *las presunciones legales o judiciales que invierten la carga de la prueba*, esto es, que ya no corresponde a la víctima demostrar la culpa o dolo, sino que se presume responsable al autor del daño y es éste quien debe probar lo contrario.

2.2.4. Responsabilidad civil médica:

El hecho generador de responsabilidad en la actividad médica es conocido como ACTO MÉDICO, que puede darse por acción u omisión. El acto médico comprende todas aquellas actividades que profesionalmente

deben cumplirse en relación con la atención que debe brindarse al paciente, y se define como: «Una forma especial de relación entre personas; por lo general, una de ellas, el enfermo, acude motivado por una alteración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente». (Morón, 2002: 35).

El *acto médico* es todo acto o intervención que, en relación con el paciente, realiza el médico en el ejercicio de su profesión; comprende, por consiguiente, la totalidad de los tratamientos, procedimientos o intervenciones por él efectuados en relación con un determinado paciente sometido a su cuidado y atención profesional. Son, en síntesis, los actos propios de la profesión médica. Se trata de la parte operativa o aplicada de la ciencia médica y de sus técnicas. (Fernández, 2001: 55).

2.2.4.1. Responsabilidad civil contractual y extracontractual del médico:

- 1. La responsabilidad civil contractual del médico:** «Es la que se deriva del incumplimiento de un contrato por parte del médico, que vincula al paciente, y presupone, por tanto, que aquel que acudió al médico como cliente particular, o bien como miembro de una organización de naturaleza pública o bien como miembro de una organización privada».

Algunas de las características del contrato de prestación de servicios médicos son:

- Es un contrato intuitu personas, es decir, es un acto de confianza, donde el paciente escoge el médico, en donde las partes están claramente identificadas.

- Es un contrato rescindible, donde cualquiera de las partes puede terminar el contrato. Pero con la limitación de que el médico no podrá hacerlo cuando ello suponga un abandono que haga peligrar la vida del paciente.
- Es un contrato consensual, es decir, para su perfeccionamiento se requiere sólo el consentimiento de las partes.
- Es un contrato de tracto sucesivo, en donde el cumplimiento del contrato está diferido a través del tiempo en su vigencia.
- Es un contrato bilateral, porque las dos partes del contrato se obligan recíprocamente.
- Es un contrato oneroso, porque el objeto del contrato es el beneficio de ambos contratantes.

2. Responsabilidad civil extracontractual del médico: Tiene lugar cuando entre el médico y el paciente no ha mediado ningún acuerdo de voluntades previo. Así, «cuando, según las circunstancias, no se trata de asistencia médica con base a un contrato ni cuasicontrato, las consecuencias perjudiciales de esa asistencia han de regularse por la responsabilidad civil extracontractual». (Morón, 2002: 57).

Se considera que la regla general es *la responsabilidad civil contractual de los médicos*, mientras que *la extracontractual* sólo lo es excepcionalmente.

Según la doctrina, existen algunos eventos de responsabilidad civil extracontractual. A manera de hipótesis se plantean varias situaciones:

- Cuando el médico atiende casos de urgencia.
- Cuando el paciente esté consciente y no medie voluntad.
- En el caso de un potencial suicida que se rehúse a recibir atención médica.
- Cuando el paciente es llevado por un tercero con el cual no tiene ninguna relación.

(García, 2015: 190). El código de 1984 establece un sistema dual de responsabilidad en el que mantiene como ámbitos separados *la responsabilidad civil contractual y la responsabilidad civil extracontractual*. La terminología hace suponer que el criterio distintivo de estos dos tipos de responsabilidad es el contrato; sin embargo, el criterio utilizado por el código sustantivo para distinguir las dos zonas de responsabilidad civil es la relación obligacional y no el contrato; por lo cual, debería hablarse correctamente de «responsabilidad obligacional» y de «responsabilidad extraobligacional».

De lo dicho, resulta que la responsabilidad civil comporta siempre el deber de dar cuenta a otro del daño que se le ha causado. La responsabilidad del médico es contractual en relación al enfermo (cliente) que atiende en virtud de un contrato. Cuando la atención se presta en ausencia de todo contrato, y se incurre en culpa, la responsabilidad es extracontractual, lo que no quiere decir que la culpa se aprecie de distinta manera. Los usos de la profesión obligan siempre al médico a los mismos deberes que aquéllos a los que se compromete normalmente hacia un cliente.

La responsabilidad civil médica constituye un supuesto de particular importancia dentro de la responsabilidad civil en general, y, específicamente, de la responsabilidad profesional, cuya existencia como una institución o figura jurídica independiente de la responsabilidad en general no resulta pacífica.

Un aspecto que es fundamental dilucidar es si en el caso de la responsabilidad civil médica nos encontramos ante una responsabilidad de tipo contractual o de tipo extracontractual. ¡Menudo aspecto el ponerse de acuerdo en doctrina acerca de si es conveniente un sistema de responsabilidad civil dual (contractual y extracontractual) o unificado en un solo tipo de responsabilidad civil! En doctrina comparada es predominante la tendencia a la dualidad mientras que (aparentemente) lo mismo sucede en el escenario doctrinal de nuestro país. El argumento para establecer que deben existir dos tipos de responsabilidad civil se basa en que la existencia o no de una obligación previa al evento dañoso es fundamental para determinar las características y particularidades de cada tipo de responsabilidad; y las respuestas que debe ofrecer al dañado el sistema de responsabilidad son evidentemente distintas, así como las exigencias y el coste del accidente que se debe requerir al dañante. Sería inadecuado para esta posición doctrinaria asimilar o confundir en un solo sistema de responsabilidad civil, situaciones tan disímiles como las presentadas por el daño causado en una inejecución de obligaciones como cuando ésta no existe y se vulnera el deber genérico de no dañar al otro.

El análisis del daño, la relación causal, la ilicitud, la carga de la prueba, la imputabilidad, y los factores de atribución o criterios de imputación, son criterios que varían, dependiendo de si existía o no un vínculo contractual previo. Para los mentores de la unificación de la responsabilidad civil, en cambio, no interesa sobremanera si existió contrato o no, pues lo relevante es resarcir el daño generado, por lo que parece injusto e inclusive antitécnico separar la responsabilidad en función de la existencia de un contrato preestablecido. Si lo que se busca es reparar al dañado, poco importa si el daño se produjo como consecuencia de la existencia de un contrato o no. Este argumento, que coloca al dañado en el centro de la responsabilidad civil, es el que justifica la adopción de un sistema unificado de responsabilidad civil.

2.2.5. Responsabilidad civil médica en el Perú:

Comparación de la Responsabilidad Civil Profesional del Código Civil Peruano de 1984 con relación a otros códigos civiles que fueron sus antecedentes.

Código Civil Peruano de 1852	Código Civil Peruano de 1936	Código Civil Peruano de 1984
Art. 2191°. Cualquiera que por sus hechos, descuido ó imprudencia cause un perjuicio á otro, está obligado á subsanarlo.	Art. 1320°. Queda sujeto a la indemnización de daños y perjuicios aquél que en el cumplimiento de sus obligaciones incurre en dolo, culpa o morosidad, y el que de cualquier modo contraviniera a ellas.	Art. 1762°. Si la prestación de servicios implica la solución de asuntos profesionales o de problemas técnicos de especial dificultad, el prestador de servicios no responde por los daños y perjuicios, sino en caso de dolo o culpa inexcusable.
Art. 2200°. Si el daño causado consistiese en la muerte de una persona, el responsable debe costear el funeral, y pagar una cantidad en compensación de	Art. 1321°. La responsabilidad Procedente del dolo y de la culpa inexcusable es exigible en todas las obligaciones. La renuncia de la acción es nula.	Art. 1969°. Aquel que por dolo o culpa causa un daño a otro está obligado a indemnizarlo. El descargo por falta de dolo o culpa corresponde a su autor.

Los alimentos de las personas que hubiesen quedado en la orfandad. Art. 2201°. En caso de heridas se debe la curación, además de indemnizar por los daños causados. Art. 2207°. El término para intentar estas acciones en tres años	Art. 1136°. Cualquiera que por sus hechos, descuido o imprudencia, cause un daño a otro, está obligado a indemnizarlo. Art. 1144°. Todo el que tenga a otro bajo sus órdenes, responde por el daño que éste irroque. Art. 1148°. Al fijar el juez la indemnización, puede tomar en consideración el daño moral irrogado a la víctima.	Art. 1981°. Aquel que tenga a otro bajo sus órdenes responde por el daño causado por este último, si ese daño se realizó en el ejercicio del cargo o en cumplimiento del servicio respectivo. El autor directo y el autor indirecto están sujetos a responsabilidad solidaria.
---	---	--

Por otra parte, el Código Civil de 1984, ya no contempla, como su antecesor, de manera expresa la responsabilidad por daños médicos. Sin embargo, contemplan normas generales aplicables a la responsabilidad civil por negligencia médica tales como:

- a) El artículo 1325° del Código Civil establece que el deudor que, para ejecutar la obligación se vale de terceros, responde de los hechos dolosos o culposos de éstos, salvo pacto en contrario. De esta

forma, las clínicas, obras sociales benéficas y hospitales, cuando se valen de médicos para ejecutar sus prestaciones asumen responsabilidad solidaria por los daños que éstos pueden causar con ocasión de la atención médica.

- b)** El Artículo 1762° establece que si la prestación de servicios implica la solución de asuntos profesionales o de problemas técnicos de especial dificultad, el prestador de servicios no responde por los daños y perjuicios, sino en caso de dolo o culpa inexcusable. La medicina es un ámbito donde no caben culpas leves o pequeñas, pues están en juego bienes jurídicos supremos, como la integridad física, la salud y la propia vida, por lo que este artículo sólo es aplicable a casos de tratamientos experimentales o experimentos médicos, mas no a la práctica común médica. En otras palabras, si la prestación profesional es aquella de las que pueden calificarse de normales en el ejercicio de la actividad profesional, inevitablemente el profesional se haya sometido a las reglas generales. Al respecto, Planiol y Ripert, manifiestan que la diligencia exigible a los sujetos en materia contractual no tiene por qué ser menor que la exigible en materia extracontractual, y si bien aquélla puede ser variable en atención a la naturaleza de las relaciones, o la condición de las personas u otras causas, ello se da por igual en sede contractual como extracontractual. (Carhuatocto; 2010: 126).

2.2.6. Responsabilidad civil de los establecimientos de salud:

En coherencia con la responsabilidad civil en general y la responsabilidad civil médica, hoy existe una clara tendencia a buscar –junto con la responsabilidad civil del médico (responsabilidad personal o profesional)– la responsabilidad civil de la institución dentro de la cual se causó el daño (responsabilidad institucional, clínica, hospitalaria, empresarial o

corporativa), como forma de obligar a una persona jurídica independiente y con solvencia financiera, a indemnizar los daños causados al paciente. (Vega; 2005: 46).

Puesto que el ejercicio individual de la profesión médica ha dejado de ser la regla general, para convertirse en una situación excepcional, observándose un avance hacia el ejercicio médico en equipo, y transformándose así en una actividad o servicio prestado a través y en el interior de centros privados de salud. Esto se debe a los avances, especialmente tecnológicos, en el campo de la ciencia médica. Así, las clínicas privadas han ido transformándose en grandes empresas que ofrecen servicios médicos cada vez más amplios y con medios tecnificados más avanzados.

Hoy los establecimientos de salud no sólo ofrecen un alojamiento y atención paramédica elemental, sino que proporcionan la llamada cobertura médica integral, lo cual ha llevado a considerar además de la responsabilidad civil médica individual, aquélla por la que pudiera responder civilmente el establecimiento clínico u hospitalario cuando actúa como privado. (Tapia, 2005: 29).

Con respecto a la responsabilidad civil de los establecimientos de salud, desde la perspectiva de los factores de atribución, es necesario estudiar la responsabilidad civil de la persona jurídica, la aplicación de la teoría del riesgo de la empresa y, claro está, la responsabilidad objetiva. El establecimiento de salud o la estructura sanitaria responde objetiva y directamente.

«Comentando ya de lleno la responsabilidad contractual o extracontractual de la responsabilidad civil médica debo señalar que, desde mi perspectiva, siempre estamos ante una responsabilidad contractual frente al ente sanitario, sea este de naturaleza pública o

privada, y no solamente por la responsabilidad objetiva contractual derivada de los actos culposos cometidos por terceros a su cargo, sino también por la infracción de deberes de seguridad o de protección. De otro lado, considero que el paciente puede invocar responsabilidad extracontractual frente al médico que lo atendió, pero la relación contractual ha sido generada con el ente». (Cieza, 2013: 88).

La responsabilidad civil del centro asistencial, está claro que será de carácter contractual, en tanto que la responsabilidad civil del auxiliar o tercero, del que se vale para ejecutar la prestación médica, será una responsabilidad contractual accesorio, pues ha entrado en contacto con el paciente en virtud de un contrato que lo hace parte de la organización hospitalaria, aunque con responsabilidades diferenciadas. De esta manera, se podrán acumular en un solo juicio las pretensiones contra ambos demandados, que serán obligados solidariamente por la totalidad del resarcimiento solicitado. La responsabilidad del principal por los daños que ocasiona el dependiente alcanza los actos realizados en ejercicio de la función encomendada, aun cuando ella fuera ejercida de manera irregular o abusivamente, esto es, responde civilmente el hospital, tanto en el caso de un error en la sala quirúrgica, como por la violación sexual de una paciente por parte de uno de sus empleados; este último supuesto es lo que la doctrina denomina un *daño con ocasión de sus funciones*. En ese sentido, se prescinde de la naturaleza lícita o ilícita de los actos de los dependientes, sean en ejercicio o con ocasión de sus funciones, y se responde al centro asistencial en forma solidaria con el médico causante del daño. (Carhuatocto, 2010: 55).

2.2.7. Infecciones Nosocomiales:

(Ausina, 2006: 211): Define las infecciones nosocomiales como las que se adquieren durante la estancia hospitalaria y no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación en el momento del ingreso. En general,

aparecen a las 48 horas del ingreso hospitalario, aunque este concepto está cambiando, y recientemente se ha propuesto incluir en la definición toda infección que aparece en cualquier persona, paciente, personal sanitario o visitante que acude a cualquier centro sanitario u otro establecimiento similar, como los asilos y centros de cuidados intermedios.

La *Guía práctica sobre la prevención de infecciones nosocomiales* de la Organización Mundial de la Salud (2003), describe los diferentes tipos de infecciones nosocomiales:

2.2.7.1. Infecciones urinarias:

Esta es la infección nosocomial más común; 80% de las infecciones son ocasionadas por el uso de una sonda vesical permanente. Las infecciones urinarias causan menos morbilidad que otras infecciones nosocomiales pero, a veces, pueden ocasionar bacteriemia e incluso la muerte. Las infecciones suelen definirse según criterios microbiológicos: cultivo cuantitativo de orina con resultados positivos ($\geq 10^5$ microorganismos/ml, con aislamiento de 2 especies microbianas, como máximo). Las bacterias causantes provienen de la flora intestinal, ya sea normal (*Escherichia coli*) o contraída en el hospital (*Klebsiella* polifarmacorresistente). (Organización Mundial de la Salud, 2003: 5).

2.2.7.2. Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica:

Las infecciones del sitio de una intervención quirúrgica también son frecuentes: la incidencia varía de 0,5 a 15%, según el tipo de operación y el estado subyacente del paciente. Representan un problema grave que limita los beneficios potenciales de las intervenciones quirúrgicas. Tienen

un enorme efecto en los costos de hospitalización y en la duración de la estadía postoperatoria (entre 3 y 20 días más).

La definición es principalmente clínica: secreción purulenta alrededor de la herida o del sitio de inserción del tubo de drenaje o celulitis difusa de la herida. Las infecciones de la herida quirúrgica (por encima o por debajo de la aponeurosis) y las infecciones profundas de los órganos o de las cavidades orgánicas se identifican por separado. La infección suele contraerse durante la propia operación, ya sea en forma exógena (es decir, mediante el aire, el equipo médico, los cirujanos y otro personal médico); y endógena (de la flora de la piel o del sitio de la operación) o, en raras ocasiones, de la sangre empleada en la intervención quirúrgica. Los microorganismos infecciosos son variables, según el tipo y el sitio de la intervención quirúrgica, y los antimicrobianos que recibe el paciente. El principal factor de riesgo es el grado de contaminación durante el procedimiento (limpio, limpio-contaminado, contaminado, sucio) que, en gran medida, depende de la duración de la operación y del estado general del paciente. Otros factores comprenden la calidad de la técnica quirúrgica, la presencia de cuerpos extraños, incluso tubos de drenaje, la virulencia de los microorganismos, la infección concomitante en otros sitios, la práctica de afeitar al paciente antes de la operación y la experiencia del equipo quirúrgico.

2.2.7.3. Neumonía nosocomial:

La neumonía nosocomial ocurre en diferentes grupos de pacientes. Los más importantes son los pacientes conectados a respiradores en unidades de cuidados intensivos, donde la tasa de incidencia de neumonía es de 3% por día. Hay una alta tasa de letalidad por neumonía relacionada con el uso de respirador, aunque es difícil determinar el riesgo atribuible porque la comorbilidad de los pacientes es muy elevada. Los microorganismos colonizan el estómago, las vías respiratorias superiores

y los bronquios, y causan infección de los pulmones (neumonía): con frecuencia son endógenos (aparato digestivo o nariz y garganta), pero pueden ser exógenos, a menudo provenientes del equipo respiratorio contaminado.

La definición de neumonía puede basarse en criterios clínicos y radiológicos disponibles, pero inespecíficos: opacidades radiológicas recientes y progresivas del parénquima pulmonar, esputo purulento y fiebre de iniciación reciente. El diagnóstico es más específico cuando se obtienen muestras microbiológicas cuantitativas en las que se emplean métodos de broncoscopia especializada con protección. Los factores de riesgo de infección conocidos comprenden el tipo y la duración de la respiración mecánica, la calidad de la atención respiratoria, la gravedad del estado del paciente (insuficiencia orgánica) y el uso previo de antibióticos. Además de la neumonía relacionada con el uso de respirador, los pacientes con convulsiones o disminución del conocimiento están expuestos al riesgo de infección nosocomial, aun sin intubación.

La bronquiolitis vírica (causada por el virus sincitial respiratorio (VSR)) es común en los pabellones pediátricos y, del mismo modo, la influenza; y puede ocurrir también influenza y neumonía bacteriana secundaria en las instituciones geriátricas. En pacientes con un alto grado de inmunodeficiencia, puede ocurrir neumonía por *Legionella spp.*, y por *Aspergillus*. En los países con una elevada prevalencia de tuberculosis, particularmente causada por cepas polifarmacorresistentes, la transmisión en los establecimientos de atención de salud puede ser un problema importante.

2.2.7.4. Bacteriemia nosocomial:

Estas infecciones representan una pequeña proporción de las infecciones nosocomiales (aproximadamente 5%), pero la tasa de letalidad es alta y asciende a más del 50% en el caso de algunos microorganismos. La incidencia aumenta, particularmente, en el caso de ciertos microorganismos como *Staphylococcus* negativos coagulasa y *Cándida* spp. polifarmacorresistentes. La infección puede ocurrir en el sitio de entrada a la piel del dispositivo intravascular o en la vía subcutánea del catéter (infección del túnel). Los microorganismos colonizadores del catéter dentro del vaso pueden producir bacteriemia sin infección externa visible. La flora cutánea permanente o transitoria es el foco de infección. Los principales factores de riesgo son la duración de la cateterización, el grado de asepsia en el momento de la inserción y el cuidado continuo del catéter.

2.2.7.5. Prevalencia infección nosocomial:

Actualmente, diversas instituciones de salud describen las infecciones intrahospitalarias como un indicador de calidad de atención de los Establecimientos de Salud, lo que determina la capacidad técnica del personal de salud y el equipamiento de dicho establecimiento de salud. Además, se constituye en un reto mundial en busca de la seguridad de los pacientes.

Las IIH (Las infecciones intrahospitalarias) se presentan tanto en países desarrollados como en naciones en desarrollo; donde aproximadamente cada día un millón cuatrocientos mil pacientes adquieren una infección de este tipo. Los «Centros para el control y la prevención de enfermedades» (CDC), de los Estados Unidos, estiman que casi dos millones de pacientes adquirirán una infección intrahospitalaria cada año, y casi 90

000 de ellos morirán debido a una de estas infecciones. (Ministerio de Salud; 2015: 4).

Los estudios de prevalencia permiten conocer la sensibilidad de los sistemas de vigilancia y contribuyen a identificar qué otros eventos se presentan en el ámbito hospitalario.

España realiza, desde hace dos décadas, estudios de prevalencia puntual, y a partir del año 2010 se viene estandarizando la metodología a nivel de Europa. En un estudio publicado en el año 2012, se estableció que alrededor del 7.6% de los pacientes hospitalizados presentan una infección relacionada con la asistencia durante el corte de prevalencia, estimándose que alrededor del 5% de los pacientes hospitalizados desarrollaban una infección intrahospitalaria durante el ingreso. Estudios realizados en Canadá en el año 2007 muestran una prevalencia puntual de 10.5% en pacientes hospitalizados (Ministerio de Salud; 2014: 3).

En Chile se notifican alrededor de 70 000 Infecciones intrahospitalarias anuales y se estima que cada una de ellas prolonga, en promedio, 10 días la estadía hospitalaria, lo cual significaría 700 000 días-cama, utilizados en Infecciones intrahospitalarias, asociado a un costo para el país de USD \$ 70 000 000, aproximadamente. (Ministerio de Salud; 2015: 4).

En el año 1999 se desarrolló el primer estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias en el Perú, en donde participaron 62 hospitales; las tasas de prevalencia encontradas oscilaron entre el 0 y el 37.5%, dependiendo el nivel de complejidad.

Durante los últimos años se han desarrollado estudios de prevalencia puntual de manera aislada a iniciativa de los centros

hospitalarios/DISAS/DIRESAS, en Lima y regiones; cuyos resultados varían entre 0 a 15% dependiendo de la categoría del establecimiento y complejidad. Estos datos, sin embargo, deben ser tomados con cautela, por provenir de estudios con diferentes diseños metodológicos, y reflejar la situación de poblaciones con diferentes riesgos de adquirir IIH. Dentro de los tipos más comunes de IIH se encontraban las infecciones: de sitio quirúrgico, las del torrente sanguíneo, de las vías urinarias, y de las vías respiratorias inferiores. En los casos en los que el establecimiento brindaba atención materna infantil era prevalente la presencia de endometritis puerperal así como de las infecciones gastrointestinales. (Ministerio de Salud; 2014: 3).

En un estudio realizado por Salazar, respecto de las infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo el año 2011, se determinó que la tasa de prevalencia de éstas fue de 9.3%, ésto nos quiere decir que de cada 100 .pacientes que se internan, se esperaba que 9 de ellos presenten infección intrahospitalaria. Para este año esta tasa (6) ha aumentado, ya que el año anterior fue de 7,98% (5) y 6,34%. (Salazar; 2011: 104).

2.2.7.6. Factores de Riesgo asociados a Infecciones Nosocomiales:

La etiología de estas infecciones consiste en gérmenes que colonizan e invaden el organismo del paciente por diferentes vías: catéteres vasculares, sondas, cánulas, drenajes, heridas quirúrgicas, procedimientos endoscópicos, etc.; y, aunque hay factores de riesgo comunes, cada uno tiene los propios. Por ejemplo, los procedimientos invasivos para monitorizar la función cardíaca y hemodinámica, la inserción de catéteres vasculares, la intubación endotraqueal, la ventilación mecánica, la sonda urinaria y las cirugías, se han asociado al desarrollo de bacteriemia. Sin embargo, el uso de catéteres

extravasculares es la principal puerta de entrada de los gérmenes que ocasionan las bacteriemias.

El deterioro del sistema inmunológico y la disminución de las defensas naturales del organismo facilitan, además, el inicio de una infección nosocomial, sobre todo en pacientes oncohematológicos, tratados con quimioterapia. Estos pacientes llegan a tener prevalencias de hasta 40%, según reportes internacionales, siendo más frecuentes las bacteriemias y la neumonía. Este tipo de infección es causa directa de muerte entre el 20 y el 40% de los casos, y la probabilidad de padecerla se asocia, en ambos extremos, a la edad, pues es más común en neonatos y en pacientes mayores de 65 años. Un factor de riesgo descrito en el origen de infección intravascular y endocarditis bacterianas es la contaminación de las vías arteriovenosas en pacientes sometidos a hemodiálisis o a nutrición parenteral.

La neumonía es la segunda causa de infección nosocomial. A menudo está asociada a ventilación mecánica y aparece en los primeros 8 a 10 días de uso de ventilador. La intubación traqueal fallida, y obviamente repetida; contribuye también –junto con factores inseparables al paciente– la virulencia de los patógenos y el inadecuado inicio de una terapia antimicrobiana. Una neumonía aumenta la estancia hospitalaria del paciente y la probabilidad de muerte a un 60%. Se trata de la causa directa de muerte entre el 27 y el 43%, según reportes. La invasión de las vías aéreas provoca trastornos en los mecanismos de defensa pulmonares, y disminuye el barrido y aclaramiento mucociliar. La posición en decúbito dorsal por largo tiempo aumenta el reflujo gastroesofágico y el riesgo de broncoaspiración. El uso de la sonda de balones *Sengstaken-Blakemore*, y su colocación incorrecta, dificulta la ventilación por compresión extrínseca de la tráquea.

Algunos factores de riesgo no modificables para neumonía son la edad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, traumatismo craneoencefálico y politraumatismos. Entre los factores modificables nos corresponde cuidar de que haya una aspiración gástrica adecuada, prevenir una traqueotomía oportuna, y mantener el pH gástrico normal. No obstante, son la ventilación mecánica, la intubación traqueal, la extubación y la reintubación, los factores más fuertemente asociados.

Por otro lado, las infecciones de vías urinarias representan el 35% de las nosocomiales. Están originadas, en su mayoría, por el uso de sondas vesicales y por maniobras genitourinarias, pero también por una mala atención del paciente postrado. Una de las estrategias para disminuir las infecciones nosocomiales es tratar eficazmente las de vías urinarias, ya que predisponen la aparición de bacteriemia secundaria y son reservorio de microorganismos resistentes a múltiples fármacos.

Entre el tercer y cuarto lugar de causas están *las infecciones de herida quirúrgica*, que han ido disminuyendo por la mejora en los cuidados operatorios, el avance de la esterilización de los instrumentos y las técnicas anestésicas. Empero, intervenciones prolongadas y complejas son factores de riesgo para neumonía y empiema (11 y 46%, respectivamente), sobre todo en cirugía cardiorácica. Una óptima profilaxis debe ser administrada en cirugía limpia contaminada para alcanzar altas concentraciones del antibiótico en suero y tejidos durante el tiempo quirúrgico. Sin embargo, su uso prolongado puede provocar resistencias bacterianas, altos costos y no mejores resultados. (Ángeles; 2010: 92).

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, describió como factores asociados a las infecciones intrahospitalarias a aquellos intrínsecos a la condición fisiopatológica clínica del paciente, que incrementan su riesgo de padecer una infección, como: la insuficiencia

renal, neoplasia, diabetes *mellitus*, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmunosupresión, úlcera de decúbito, entre otros. Además, de factores extrínsecos como: procedimientos invasivos, diagnósticos o terapéuticos, a los que el paciente es sometido durante su estancia hospitalaria. Estudios realizados en el Perú encontraron que el riesgo de desarrollar infecciones del tracto urinario, intrahospitalarias, se incrementa 36 veces en pacientes mayores de 60 años, en comparación con pacientes de edades menores. (Ministerio de Salud; 2015: 4).

2.2.8. Bioseguridad hospitalaria:

La bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas, que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud, de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos. (Ministerio de salud de Perú, 2004: 11).

La bioseguridad es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad, frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos.

Essalud, en el año 2001, a través de la Directiva N.º 12-GG-ESSALUD-2001, estableció «Normas Generales de Bioseguridad en ESSALUD, aprobada por Resolución de Gerencia General N.º 275-GG-ESSALUD-2001». Su finalidad es la siguiente:

- Uniformizar los criterios técnicos-operativos, administrativos y de gestión orientados a prevenir los riesgos derivados de la atención

directa a los usuarios, así como proteger la salud de los trabajadores, de los daños originados por la exposición a los factores de riesgo biológico, en los centros asistenciales de salud de ESSALUD, y en la atención extrahospitalaria, que otorga prestaciones de Salud.

- Contribuir a la incidencia de infecciones intrahospitalarias e infecciones de origen ocupacional, en los centros asistenciales de salud de Essalud.

En su página 14, en el anexo número 3, describe el lavado de manos, y además nos informa que, el factor más importante en la propagación de agentes patógenos nosocomiales es la transmisión por las manos del personal médico.

Al ingresar a una sala de hospitalización y permanecer allí por más de 48-72 horas, se corre el riesgo de contraer una infección, debido a la exposición de bacterias que tengan otros pacientes o incluso el personal médico, así como a través de materiales contaminados del centro asistencial. Así pues, el riesgo actual de que una persona adquiera una infección en las salas de hospitalización es del 5%, cifra que aumenta a un 20% en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

La hospitalización implica un riesgo de adquirir una infección nosocomial, tanto para los niños como para los adultos.

Transmisión a través de las manos

Paso 1:

Los microorganismos están presentes en la piel del paciente y en los objetos que lo rodean:

- Los microorganismos (*S. aureus*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp. y *Acinetobacter* spp.) están presentes sobre áreas de piel sana de algunos pacientes: 100^{-1} millones de unidades formadoras de colonia (UFC)/cm²
- Cada día se diseminan cerca de un millón de detritus celulares de la piel, que contienen microorganismos viables.
- El hábitat del paciente (ropa de cama, mobiliario, objetos) comienza a contaminarse (especialmente, *Staphylococcus* y *Enterococcus* spp.) con los microorganismos del paciente.

Transmisión a través de las manos

Paso 2:

Por contacto directo o indirecto, las manos de los trabajadores de la salud se contaminan con los microorganismos del paciente:

- Los enfermeros y médicos pueden contaminar sus manos con 100 a 1000 UFC (unidad formadora de colonias) de *Klebsiella* spp. durante las tareas habituales (registro de pulso, medición de presión arterial o toma de temperatura).
- 15% de los trabajadores de salud que realizan tareas en unidades de aislamiento portan en promedio 10 000 UFC de *Staphylococcus aureus* en sus manos.
- En instituciones de salud, en promedio, 29% de los enfermeros portan *Staphylococcus aureus* en sus manos (mediana: 3800 UFC), y entre 17-30% portan bacilos Gram negativos (mediana: 3400-38 000 CFU).

Transmisión a través de las manos**Paso 3:**

Los microorganismos sobreviven y se multiplican en las manos de los trabajadores de la salud:

- Luego del contacto con los pacientes o con el ambiente contaminado, los microorganismos pueden sobrevivir en las manos por diferentes períodos de tiempo (2-60 minutos).

Transmisión a través de las manos**Paso 4:**

El lavado inadecuado tiene como resultado manos aún contaminadas:

- Una escasa cantidad de producto o una insuficiente duración en la acción de lavado trae consigo la contaminación de manos.
- En ocasiones se han aislado microorganismos de manos luego del lavado con agua y jabón, mientras que el frotado con soluciones a base de alcohol ha demostrado ser significativamente más efectivo.

Transmisión a través de las manos**Paso 5:**

- Transmisión cruzada de microorganismos entre el paciente (A) y el paciente (B) a través de las manos del trabajador de la salud.
- La manipulación de dispositivos invasivos con manos contaminadas determina la transmisión de microorganismos del paciente a otros sitios con riesgo de infección

2.3. Hipótesis:

2.3.1. Hipótesis general:

- La responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales es responsabilidad de tipo subjetivo.

2.3.2. Hipótesis específicas:

- La falta de conocimiento de las medidas de bioseguridad contribuyen al desarrollo de las infecciones nosocomiales.
- Los factores de riesgo asociados pueden ser tomados como factores de exclusión de responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales.
- Sí existe asociación entre el número de profesionales de la salud que intervinieron en el proceso de atención con presentación de infección nosocomial.

2.4. Identificación de las variables:

- **Variable independiente:** Responsabilidad civil médica. Esta variable además es relevante, cualitativa, nominal.
- **Variable dependiente:** Infecciones nosocomiales. Esta variable es relevante, cuantitativa, ordinal.
- **Variable interviniente:** Factores de riesgo asociados. Esta variable es relevante, cualitativa, nominal.

- **Variable interviniente:** intervención profesional de salud. Esta variable es relevante, cuantitativa, ordinal.

2.5. Operacionalización de las variables:

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Responsabilidad civil médica (variable independiente)	cualitativa	Norma de Responsabilidad Civil Médica	Legislativa	Código Civil Normas de Bioseguridad	Nominal	ENCUESTA - FICHA
Infección Nosocomial (variable dependiente)	Cuantitativa	Infección que se adquiere luego de 48 horas de permanecer en el Hospital, y que el paciente no portaba a su ingreso. Se considerarán también aquellos procesos infecciosos hasta 30 días luego del alta médica	Clínica	Incidencia	Proporción	

2.6. Definición de variables

2.6.1. Definición conceptual:

- **Responsabilidad civil médica:** Obligación del personal de salud de indemnizar al paciente que adquirió la infección nosocomial.
- **Infecciones Nosocomiales:** Infección que se adquiere luego de 48 horas de permanecer en el hospital, y que el paciente no portaba a su ingreso. Se consideran también aquellos procesos infecciosos hasta 30 días luego del alta.
- **Factores de riesgo asociados:** Condiciones externas e internas al paciente, que contribuyen a la adquisición de infecciones nosocomiales.
- **Intervención Profesional de la Salud:** Profesional de la salud que participa en la atención del paciente hospitalizado.

2.6.2. Definición operacional:

- **Responsabilidad civil médica :** Análisis de la doctrina, normas que regulan la responsabilidad civil de manera general en la Constitución Política, Código Civil Peruano y la Ley General de Salud.
- **Infecciones Nosocomiales:** Incidencia de neumonías, infecciones urinarias, bacteriemias adquiridas en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

- **Factores de riesgo asociados:** Asociación entre condiciones externas (uso de ventilador mecánico, catéteres) e internas del paciente (diabetes *mellitus*), EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica), EPID (Enfermedad pulmonar intersticial difusa), (inmunodeficiencia), que inciden en la presentación de infecciones nosocomiales.
- **Intervención profesional de la salud:** Profesional de la salud involucrado en el proceso de atención previo a la infección nosocomial durante la hospitalización.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación:

Observacional, descriptivo.

3.2. Diseño de Investigación / contratación de la hipótesis:

No experimental, porque no existirá manipulación de la variable, sino observación del fenómeno tal como se da en el contexto natural de los eventos, ajeno a la voluntad del investigador.

3.3. Población y muestra:

Población: Está conformada por los 252 médicos que laboran en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Muestra: La muestra se obtendrá con el uso de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = médicos que laboran en servicios que han presentado por lo menos 1 infección intrahospitalaria en el año 2015, que son un total de 252
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción de infecciones intrahospitalarias (en este caso $10 = 0.10$)
- q = $1 - p$ (en este caso $1 - 0.10 = 0.90$)
- d = precisión (en la investigación usé un 5%)

Reemplazando los datos en la fórmula la muestra es de 90 médicos a encuestar.

SERVICIO	
Cardiología	Neonatología
Cirugía de tórax	Neumología
Cirugía general	Neurocirugía
Cirugía ortopédica y traumatología	Neurología
Cirugía pediátrica	Obstetricia
Emergencia	Oncología
Geriatría	Pediatría
Ginecología	Reumatología
Hematología	UCI
Medicina interna	UCIN
Nefrología	Urología

Muestreo: Se realizará un muestreo por conveniencia (se encuestará a los médicos los días seleccionados por el investigador) en los servicios que han presentado por lo menos 1 infección intrahospitalaria en el año 2015, que son 22 de 32 servicios asistenciales.

3.4. Métodos, materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Las fuentes de información primaria estarán constituidas por todos los médicos asistentes y residentes que laboran en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.

La fuente de información secundaria estará conformada por las estadísticas brindadas por el área de inteligencia sanitaria del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, sobre la incidencia de las infecciones nosocomiales en las diferentes áreas a estudiar.

La técnica a emplear será la encuesta, la cual nos permitirá obtener la información necesaria para nuestro objetivo trazado.

3.5. Métodos y procedimientos para la recolección de datos:

La técnica del análisis documental: Para lo cual se utilizarán como instrumentos de recolección de datos: Fichas Textuales y de resumen; teniendo como fuentes: libros, textos y normas, que servirán de apoyo para obtener información que nos permita una buena elaboración del proyecto de investigación; además esta recolección de datos nos permitirá conocer todo lo concerniente a los Planteamientos teóricos y Normas.

En el proceso de recolección de datos se considerará la encuesta. En la elaboración de la misma se realizó una prueba piloto, en la cual la validez cualitativa (validez interna y externa), fue evaluada por expertos de la materia, un médico epidemiólogo, un abogado (juez: asesor) y un estadístico. La validez cuantitativa, es decir, en el proceso de recolección de datos se tomaron en cuenta las interrogantes de acuerdo al *Manual de normas de bioseguridad del Seguro Social de ESSALUD*, que contiene los pasos a seguir en la técnica del lavado de manos. Como se puede apreciar, el instrumento consta de secciones como: datos de identificación, instrucción, datos generales y datos específicos, tal como señalan las normas de investigación.

3.6. Análisis estadístico de los datos:

Los datos obtenidos mediante la aplicación de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, aplicados a los informantes o fuentes ya indicados, serán analizados e incorporados al trabajo de investigación como información relevante que permitirá contrastar nuestra hipótesis con la realidad. Los datos recogidos serán sometidos a precisiones porcentuales para ser presentados como averiguaciones en forma de cuadros, gráficos estadísticos, etc. Para identificar asociación se buscan diferencias estadísticas, con prueba paramétrica, como el coeficiente de correlación de Pearson.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación y análisis de la investigación:

4.1.1. Nivel de conocimientos acerca del lavado de manos.

Acerca del lavado de manos, se consideraron 10 aspectos básicos que todo médico asistencial debería conocer, tales como: condiciones previas al lavado, momento, y secuencia de lavado de manos, respecto de los cuales nos hemos encontrado con que los médicos asistenciales del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo conocían entre 6 y 10 de tales aspectos básicos. Si el médico refería conocer menos de 8 de tales aspectos básicos, hemos considerado como un nivel de conocimientos BAJO, en cambio, si conocía entre 8 y 10 de tales aspectos, se consideraba como un nivel de conocimiento ALTO.

Así encontramos que el 97% de los médicos exhiben un nivel de conocimientos alto, tal como se aprecia en el gráfico 1:

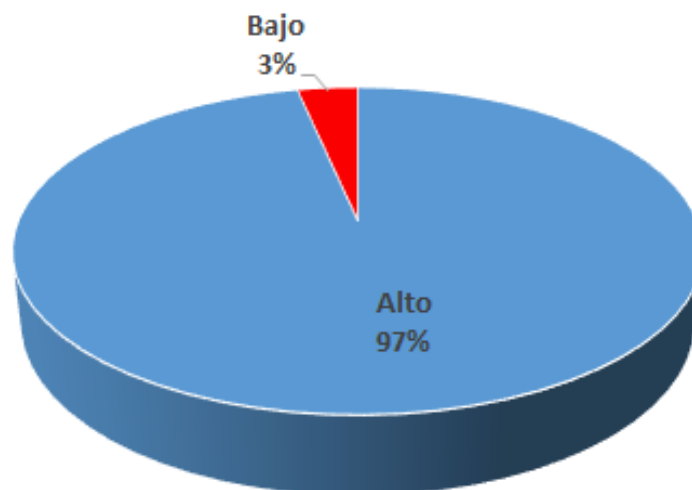


Gráfico 1 Nivel de conocimientos de los médicos asistenciales del HNAA de acerca del lavado de manos. 2015

4.1.2. Disponibilidad de insumos para lavado de manos:

Se preguntó a los médicos asistentes de servicios hospitalarios del HNAAA 2015 si para desempeñar su trabajo como médico asistencial, el Hospital cuenta con la infraestructura apropiada como, por ejemplo, lavatorio de manos en un lugar accesible; la disposición de los siguientes insumos –necesarios para el proceso de lavado de manos–: solución de clorhexidina, papel toalla y alcohol gel. Cuando el médico refirió que disponía para su uso de cada uno de estos insumos, se consideró que los médicos tenían a su disposición la infraestructura e insumos para el lavado de manos, pero en el caso de que hiciera falta uno o más de tales insumos, se consideró que el médico no tiene acceso. Así pues, hemos encontrado que sólo el 25% de los médicos refirieron que en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, sí existe disponibilidad de insumos (solución de clorhexidina, papel toalla, lavaderos); el 75 % restante consideró que si los hay, no están en un lugar accesible. Conviene mencionar que la falta de estos insumos influye negativamente en la aparición de infecciones nosocomiales, ya que, como se ha podido determinar, el lavado de manos, según la secuencia que se describe, debe ser necesario con la disponibilidad de dichos recursos.

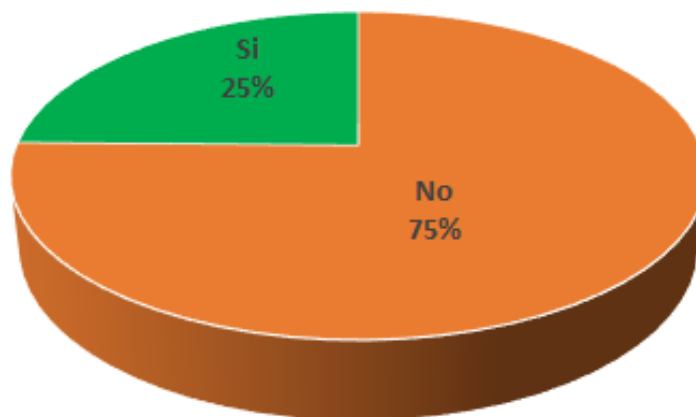
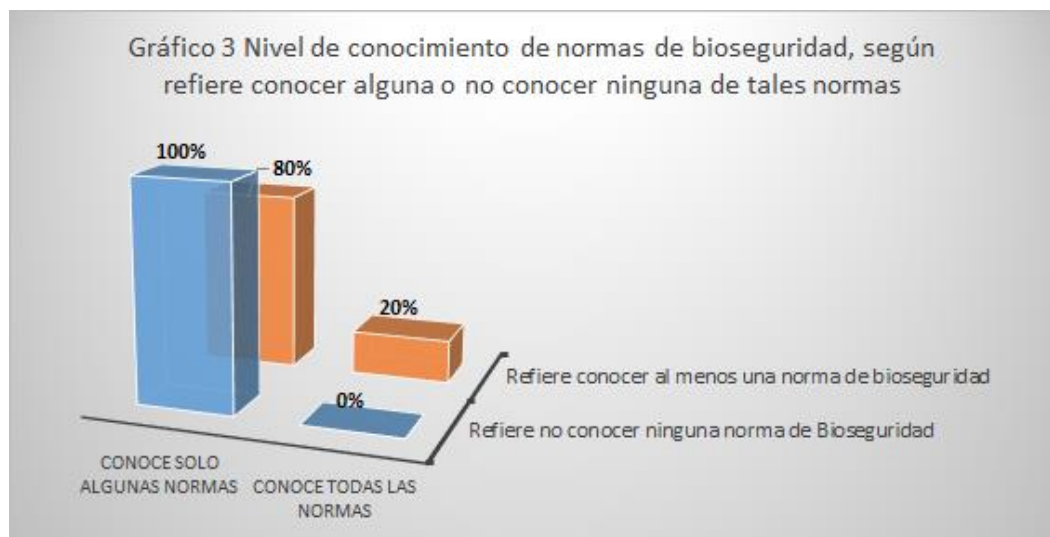


Tabla 2 Disponibilidad de insumos para el lavado de manos
referido por los médicos asistenciales del HNAA acerca del lavado
de manos. 2015

4.1.3. Relación entre conocer alguna norma de bioseguridad y el conocimiento de las normas bioseguridad de lavado de manos:

En este apartado hemos investigado sobre si conocer todas las normas de bioseguridad acerca del lavado de manos o conocer parte de ellas se relaciona con el hecho de conocer o no conocer alguna norma de bioseguridad. Aun cuando no encontramos información suficiente para calcular algún coeficiente de correlación, sí es fácil deducir, haciendo uso de la lectura de los perfiles, que sí existe una relación directa entre conocer todas las normas de bioseguridad acerca del lavado de manos o conocer solamente parte de ellas, según si refieren conocer o no alguna norma de bioseguridad. Notamos pues, que cuando los médicos refieren conocer al menos una norma de bioseguridad, el 80% de ellos conocen solamente algunas normas de bioseguridad; en cambio, cuando no refieren conocer alguna norma de bioseguridad, el 100% de médicos conocen sólo algunas normas. En forma similar, también podemos apreciar que cuando los médicos refieren conocer al menos una norma, el 20% de ellos conocen realmente todas las normas de bioseguridad; en cambio, ningún médico (0%) refiere no conocer ninguna norma de bioseguridad acerca del lavado de manos.



4.1.4. Correlación entre años de experiencia laboral como médico y el puntaje de conocimientos de bioseguridad:

Se puede observar un coeficiente correlación de Pearson bajo y negativo ($r = -0.1757$), es decir, que, a mayor cantidad de años de experiencia laboral, el puntaje de conocimientos tiende ligeramente a disminuir; sin embargo, al hacer la prueba de significancia de la correlación, ésta resulta ser no significativa ($p_valor = 0.10$).



Gráfico 4: Relación entre la experiencia laboral de los médicos y el nivel de conocimientos en bioseguridad

4.1.5. Correlación entre la prevalencia de infecciones intrahospitalarias y la frecuencia de conocimiento malo sobre bioseguridad:

En cada uno de los 20 servicios del HNAAA, se registró la prevalencia de infecciones nosocomiales (9.1%); asimismo se calculó el porcentaje de médicos que no conocían completamente todas las normas de bioseguridad acerca del lavado de manos. Hemos obtenido así 20 pares ordenados, los mismos que aparecen representados en el gráfico 5. Se puede observar que el coeficiente correlación de Pearson es bastante bajo $r = 0.0136$, es decir, que prácticamente no existe relación entre dichas variables; esto significa que las prevalencias de infecciones nosocomiales no están relacionadas con el conocimiento completo de todas las normas completas de bioseguridad acerca del lavado de manos.

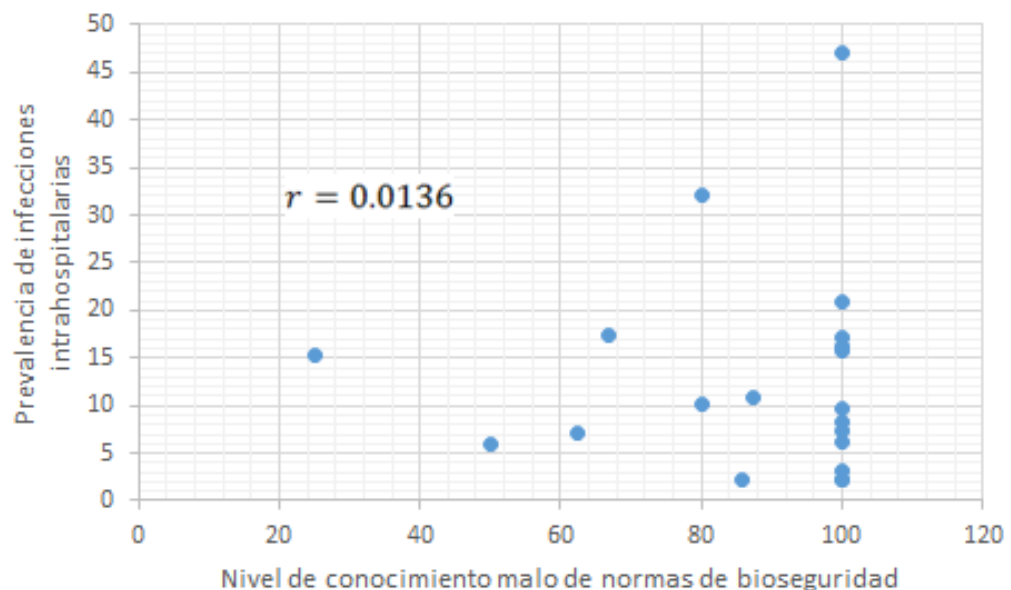


Gráfico 5 Relación entre el nivel de conocimientos malos de normas de bioseguridad y la prevalencia de infecciones intrahospitalarias

4.1.6. Frecuencia de infecciones intrahospitalarias en pacientes hospitalizados en el año 2015.

Se puede observar que las infecciones más frecuentes en orden decreciente son: flebitis, neumonía, infección de herida operatoria, infección del tracto urinario y endometritis.

Podemos afirmar que al ser la flebitis “un cuadro infeccioso de las venas”, que requiere de la atención frecuente y directa de las enfermeras, que son las profesionales que manipulan frecuentemente estos vasos sanguíneos, consideramos que la responsabilidad en estos cuadros infecciosos nosocomiales no sólo podría corresponder al médico, sino también al resto de trabajadores de la salud, en este caso, las enfermeras.

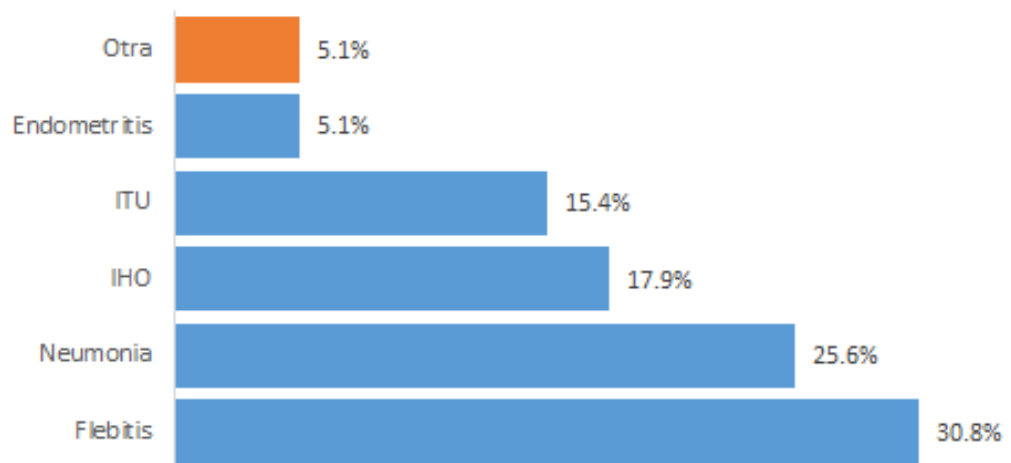


Gráfico 6 Proporción de infecciones intrahospitalarias en pacientes hospitalizados en el 2015

4.1.7. Frecuencia de infecciones intrahospitalarias asociadas a factor de riesgo en los pacientes hospitalizados en el HNAAA en el año 2015.

Los factores de riesgo como el cáncer, el SIDA, la senilidad, el uso de ventilación mecánica y de catéteres, influyen negativamente en la aparición de infecciones nosocomiales, tal como se puede corroborar con el 74.36 % de los pacientes con infección nosocomial que tenían factores de riesgo asociados. Este hecho podría considerarse como un hecho determinante de la víctima, lo cual originaría una fractura del nexo causal y exoneraría de responsabilidad al personal de salud.

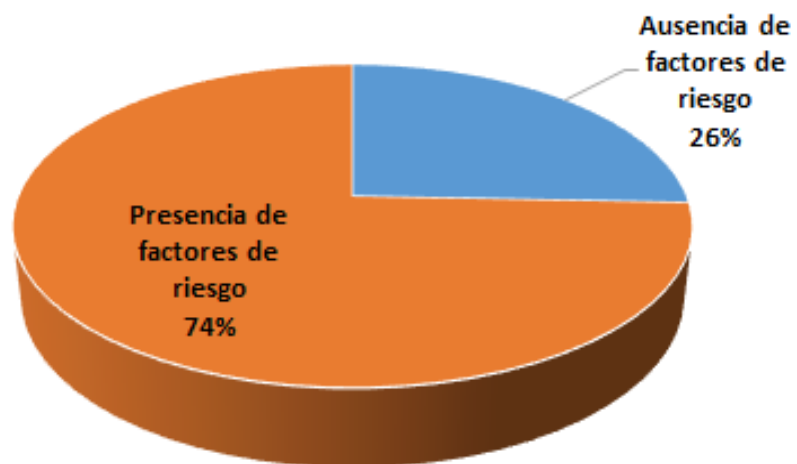


Gráfico 7 Proporción de casos de infecciones intrahospitalarias en los que hubo presencia o ausencia de factores de riesgo

4.1.8. Frecuencia de número de profesionales en contacto con pacientes con infecciones intrahospitalarias en el HNAAA en el año 2015.

Un dato interesante y resaltante que podemos obtener de este gráfico es que previa a la aparición de la infección nosocomial, el paciente tuvo contacto con varios profesionales de salud, como por ejemplo: enfermeras, técnicos de enfermería, internos de medicina, residentes médicos, etc., con lo cual podríamos afirmar que no sólo el médico asistente tuvo la oportunidad de evaluar al paciente. Tal como lo describe el presente gráfico de los cuales el 64.10% , fueron 4 personal de salud, 25.54% fueron 5 , y el 7.69% fueron 3.

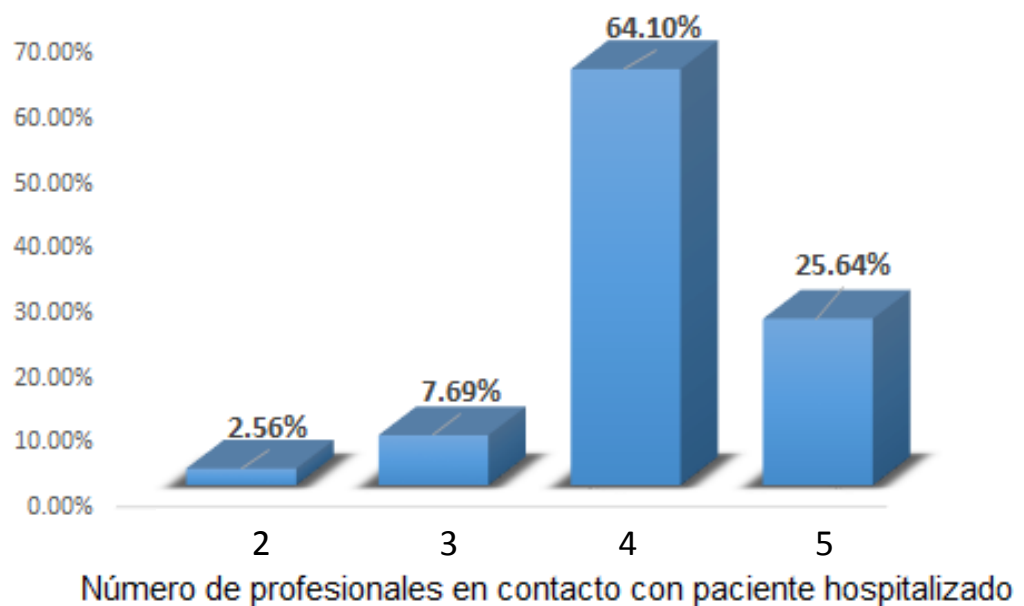


Gráfico 8 Número de profesionales que estuvieron en contacto con pacientes hospitalizados que presentaron infecciones intrahospitalarios.

4.1.9. Distribución de la frecuencia según el tipo de profesional en contacto con pacientes con infecciones intrahospitalarias en el HNAAA en el año 2015.

El mayor porcentaje de contacto entre el personal de salud con el paciente lo tienen el médico (médico asistente y médico residente) y el tecnólogo médico (técnico de enfermería, técnico de laboratorio), luego le sigue en orden decreciente: la enfermera y, en menor porcentaje, el interno de medicina, biólogo y obstetriz; por lo que podemos afirmar que es el *equipo de salud* el que tiene contacto con el paciente hospitalizado.

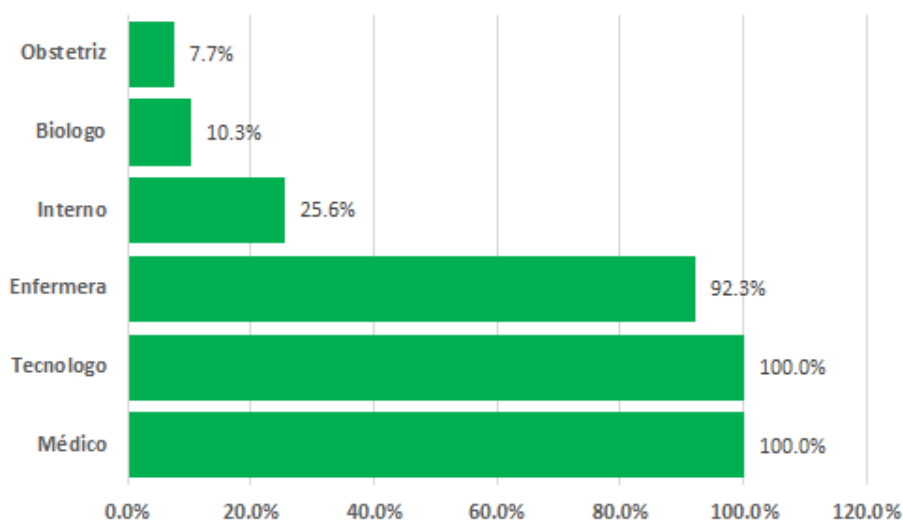


Gráfico 9 Tipo de profesional que estuvieron en contacto con los pacientes hospitalizados que presentaron infecciones intrahospitalarios.

4.1.10. Promedio de profesionales en contacto según el tipo de infecciones intrahospitalarias en el HNAAA en el año 2015.

Podemos observar que el número promedio de profesionales en contacto previo con el paciente que tiene infección intrahospitalaria es de 4.13 %.

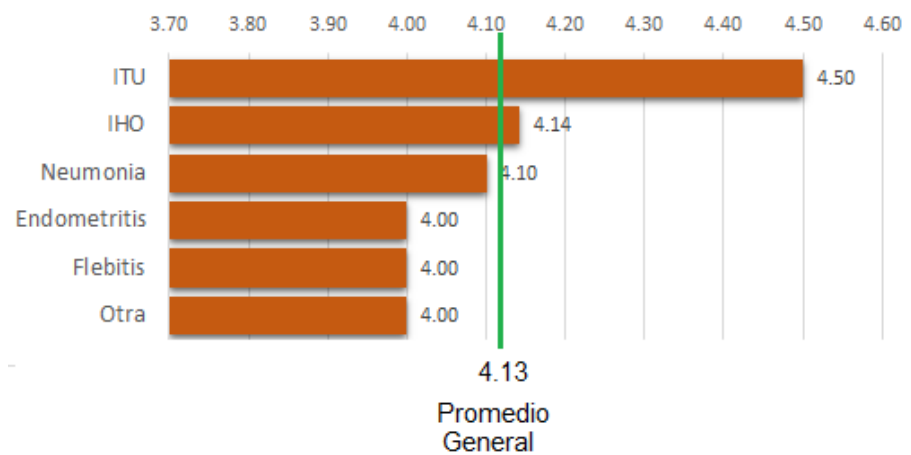


Gráfico 10 Número promedio de profesionales que estuvieron en contacto con los pacientes hospitalizados en el HNAAA, y que presentaron infecciones intrahospitalarias. 2015.

DISCUSIÓN:

En nuestro estudio observamos que el nivel de conocimientos, con respecto a lavado de manos en los médicos asistenciales del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo es alto (97%), a diferencia de (Cuyubamba), que encuentra un nivel de conocimientos medio (50.1%) en el hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, en un estudio realizado en el año 2003, (Cuyubamba, 2004:78).

(Bustamante, 2012: 86), en su tesis sobre *Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL)*, en las áreas de emergencia, hospitalización, quirófano, laboratorio y consulta externa, durante el período enero-marzo de 2012, en Loja (Ecuador), observó que en la primera evaluación existía un insuficiente conocimiento de las normas de bioseguridad por parte del personal que labora en el Hospital UTPL, con un promedio de 56,88%. Y un nivel insuficiente de cumplimiento de las normas de bioseguridad (53%).

En otro estudio realizado en el Hospital Gaspar García Laviana Rivas, en Nicaragua, sobre *Conocimientos, actitudes y prácticas en el control de infecciones intrahospitalarias*, se observó en cuanto a la importancia del lavado de manos en el control de lavado de manos, el 46% tenía un conocimiento bueno y el 34% malo. Por el contrario en el estudio hecho por Buenaño y Vásquez, en Cuenca (Ecuador), se encontró un conocimiento bueno del 24% de los médicos encuestados (Buenaño, 2011, 116).

Un importante número de personas del mundo sufren por las complicaciones infecciosas adquiridas en el hospital. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7%

de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales. (Weintargen, 2012:25).

En el Perú la tasa global de prevalencia en un estudio realizado a nivel nacional fue del 4.8% (2014) y del 3.9% (2015); y las infecciones más comunes fueron neumonías (28%), infección del torrente sanguíneo (17%), infección de herida operatoria (12%), e infección del tracto urinario (10%) (Quispe, 2015, 12).

En Lambayeque, un estudio realizado en el año 2011, por Salazar sobre Prevalencia puntual de infecciones intrahospitalarias del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo determinó que la prevalencia para ese año fue de 9.34%, y las infecciones más frecuentes fueron: infección de herida quirúrgica (34%), respiratorias (30%), e infecciones del torrente sanguíneo (30.3%). (Salazar, 2011:105). En nuestro trabajo de investigación encontramos que en el año 2015 hubo una prevalencia del 9.1%, y observamos, además, que las infecciones más frecuentes fueron: flebitis (30.8%), neumonía (25,6%), infección de herida operatoria (17.9%), infección de tracto urinario (15.4%) y endometritis (5.1%).

Los factores de riesgo intrínsecos en IIH (infecciones intrahospitalarias) están presentes en un 70% porque se contraen cuando los pacientes se contagian de TBC o presentan diabetes; ante el contacto con objetos contaminados, si están con bajas defensas o en un estado nutricional malnutrido, por lo que el paciente es más vulnerable o susceptible de contagio cuando es sometido a procedimientos quirúrgicos; y están ausentes en un 30% porque no se contagia a causa de su propia enfermedad. Los factores de riesgo intrínsecos en cambio son aquellos relacionados con la condición o vulnerabilidad del paciente, que influyen en la posibilidad de contraer una infección, como son: la edad, su estado de inmunidad, cualquier enfermedad crónica subyacente (diabetes, IRC, cáncer, SIDA, etc.); tienen mayor susceptibilidad a infecciones por

agentes patógenos oportunistas, también a las intervenciones diagnósticas y terapéuticas (biopsia, examen endoscópico, cateterización, intubación o respiración mecánica), y procedimientos quirúrgicos contraídos de otra persona enferma. (Hurtado, 2014,36).

En nuestro estudio encontramos que un 74% de los pacientes con infección nosocomial tenía un factor de riesgo asociado intrínseco, esto es: diabetes *mellitus*, SIDA, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, etc., patologías que contribuyeron a la presencia y prevalencia de las infecciones nosocomiales.

La prevención de las infecciones nosocomiales exige un programa integrado y vigilado, que incluya los siguientes elementos clave: 1. Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes que reciben atención directa por medio de prácticas apropiadas de lavado de las manos, uso de guantes y asepsia, estrategias de aislamiento, esterilización, desinfección y lavado de la ropa; 2. Controlar los riesgos ambientales de infección; 3. Proteger a los pacientes con el uso apropiado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación; 4. Limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de los procedimientos invasivos y fomento del uso óptimo de antimicrobianos; 5. Vigilar las infecciones e identificar y controlar brotes; 6. Prevenir la infección de los miembros del personal; 7. Mejorar las prácticas de atención de pacientes seguidas por el personal y continuar la educación de este último. El control de infecciones es una responsabilidad de todos los profesionales de salud, a saber, médicos, personal de enfermería, terapeutas, farmacéuticos, ingenieros y otros. (Organización Mundial de la Salud, 2003: 36).

Como bien describe la OMS, el control de la infecciones nosocomiales depende de *todo el equipo de salud*, en nuestro estudio evidenciamos que previo a la adquisición de esta infección el paciente fue manipulado por 4

profesionales de salud, que ocupa el 64% de las historias clínicas de pacientes con infección nosocomial y, entre ellos, encontramos enfermeras, técnicos de enfermería, biólogos, obstetrices, internos de medicina, y, claro está, el médico asistente del servicio respectivo, con lo cual podemos afirmar que la responsabilidad civil, no sólo correspondería al médico asistencial sino al equipo médico.

Durante muchos años se discutió acerca de la naturaleza de la responsabilidad civil médica, pero en la actualidad no existe controversia en cuanto a que, como regla general, la responsabilidad del prestador de salud frente al paciente es de tipo contractual. (García, 2016: 71).

Nosotros, del mismo modo que, García, Carhuatocto, Cieza, -autores nacionales- y otros como Morón, Venegas etc. –autores internacionales-, estamos de acuerdo en que la *responsabilidad civil médica* es de naturaleza contractual, salvo ciertas excepciones detalladas en el marco teórico del presente estudio.

(García, 2016: 105). Sin embargo, creemos que la importancia de la distinción entre obligaciones de medios y de resultados no se agota en determinar las reglas sobre la carga de la prueba, sino que también es útil para establecer el contenido del deber y de los presupuestos del cumplimiento, y, por lo tanto, de los extremos del incumplimiento. En las obligaciones de medios, *la diligencia* es el contenido de la actividad debida; en las obligaciones de resultado, por el contrario, es la obtención de dicho resultado, el contenido de la actividad debida. No cabe duda de que por regla general los médicos asumen obligaciones de medios, toda vez que no se comprometen a curar sino sólo a procurar los medios necesarios para que ello pueda ocurrir; como sostenía Voltaire: «Un médico promete cuidados y no la recuperación; hace esfuerzos y por ello se le paga». Sin embargo, considero que en determinados casos (como ocurre con la cirugía estética embellecedora, intervenciones odontológicas

y otras de fácil realización donde la ciencia médica ha alcanzado prácticamente la seguridad del éxito y para las cuales la estadística suministra índices muy altos de probabilidad de eficacia), el galeno asume una obligación de resultado. Consecuentemente, en este supuesto, para exonerarse de responsabilidad no basta con ser diligente, sino que es necesario alcanzar el resultado prometido y esperado por el paciente, pues de otro modo éste no se hubiera sometido al tratamiento u operación.

Doctrinariamente se dice que la responsabilidad será subjetiva cuando la obligación sea de medios; y objetiva cuando la obligación sea de resultados, en este último caso al acreedor-paciente le bastará probar la no obtención del fin último exigible (resultado), para reclamar la pretensión de resarcimiento; el deudor-médico sólo intentará acreditar la ruptura del nexo causal, siendo suficiente el análisis de su no culpabilidad, toda vez que «cuando la obligación sea de resultado, la prueba del incumplimiento objetivo descarta el análisis de la culpa, y no porque no la haya, sino porque no interesa su evaluación». En nuestro sistema jurídico, el artículo 36 de la *Ley General de Salud* establece que los profesionales, técnicos y auxiliares de salud son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades, con lo cual se ha consagrado exclusivamente la responsabilidad por culpa para ellos.

Nosotros estamos totalmente de acuerdo con García, al describir que el médico asume una obligación de medios, claro está, en ciertas ocasiones, como el caso de las infecciones nosocomiales, en las cuales, como hemos podido observar, el 73% de los pacientes tiene un factor de riesgo previo, que posibilita la adquisición de la infección nosocomial, por lo que eso no es responsabilidad del médico sino de su propio organismo afectado, que contribuye a la adquisición de dicha infección.

No estamos de acuerdo con la posición de Carhuatocto, quien supone que la responsabilidad civil del médico en las infecciones nosocomiales, debiera tomarse como un factor de atribución de tipo objetivo, es decir la falta de conocimientos en las normas de bioseguridad, ya que como se mencionó líneas arriba: que el médico asume una obligación de medios y no de resultado, más aún que este autor toma como ejemplo insistentemente *la contaminación de ciertos pacientes con sangre contaminada*, cuando esa no es una infección intrahospitalaria en el sentido estricto de su definición .

Sin embargo, los establecimientos de salud (clínicas, hospitales, postas médicas, etc.) responden objetivamente, pues el artículo 48 de la citada *Ley General de Salud*, establece para ellos una responsabilidad solidaria por los daños y perjuicios que causa el personal bajo su dependencia, tanto en supuestos contractuales como extracontractuales; en este último caso, en concordancia con lo dispuesto por el artículo 1981 del Código Civil; es decir, los establecimientos de salud son responsables por el solo hecho de mantener un vínculo de dependencia con el autor directo del daño; en este caso el establecimiento de salud asume responsabilidad objetiva y solidaria. En nuestro estudio evidenciamos que los médicos son dependientes de ESSALUD, por lo que la misma asumiría dicha responsabilidad.

Frente a la responsabilidad colectiva, es decir, a la participación de varios médicos, enfermeras, técnicos, que intervienen en la atención del paciente tal como hemos visto en el presente estudio, y siendo imposible determinar quién de todos fue el autor del daño, aquí todos los partícipes deberían responder solidariamente frente a la víctima, tal como lo describe García.

CONCLUSIONES:

1. El 74.36% de pacientes con infección nosocomial presentaron factores de riesgo y fueron manipulados por 4 tipos de profesionales previos a la adquisición de la infección nosocomial; estos eventos contribuyeron a la presentación de la mencionada infección nosocomial, por lo tanto, para establecer responsabilidad civil en el médico debe evaluarse su participación y culpabilidad. Por tal motivo, concluimos que la responsabilidad es de tipo subjetivo.
2. El nivel de conocimientos en cuanto a la técnica de lavado de manos es alto (97%), por parte de los médicos asistentes del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.
3. El 75% de los médicos encuestados manifestaron que los insumos necesarios para el correcto lavado de manos no se encuentran en un lugar accesible.
4. No existe correlación directa entre el nivel de conocimientos acerca de la técnica de lavado de manos (97%) y la prevalencia de infección nosocomial (8.3%), por lo tanto, no se puede establecer fehacientemente que el desconocimiento de medidas de bioseguridad, como factor de atribución de las infecciones nosocomiales, generaría responsabilidad civil médica.
5. las infecciones más frecuentes en orden decreciente son: flebitis (30.8%), neumonía (25.6%), infección de herida operatoria (17.9), infección del tracto urinario (15.4%) y endometritis (5.1%).

6. El 74.36% de los pacientes con infección nosocomial presentaban factores de riesgo como el cáncer, el SIDA, la senilidad, el uso de ventilación mecánica, de catéteres, los cuales influyen negativamente en la aparición de esta infección, por lo que pueden ser tomados en cuenta como factores de exclusión de responsabilidad civil médica derivada de las infecciones nosocomiales.
7. El número promedio de profesionales que estuvo en contacto con el paciente antes de la adquisición de la infección nosocomial fue de 4.13% promedio general, de los cuales en orden decreciente son médico (100%), tecnólogo médico (100%), enfermera (92.3%), interno de medicina (25.6%), biólogo (10.3%) y obstetra (7.7%).
8. Sí existe asociación entre el número de profesionales de la salud que intervinieron en el proceso de atención con presentación de infección nosocomial, tal como se puede demostrar en los resultados obtenidos en el presente estudio, cuyo promedio general fue de 4.13%.

RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda la implementación y regulación en nuestro Código Civil de la responsabilidad civil médica por infecciones nosocomiales.
2. Se recomienda incluir en la norma en mención el desconocimiento por parte del personal de salud de las normas de bioseguridad: técnica de lavado de manos, como factor de atribución en la responsabilidad civil médica por infecciones nosocomiales.
3. Se deben incluir los factores de riesgo asociados como: cáncer, inmunodepresión, infección por VIH, diabetes *mellitus* etc., como factores de exclusión de responsabilidad civil médica por las infecciones nosocomiales.
4. Se recomienda establecer que, de acuerdo al análisis de los factores de atribución de la responsabilidad médica en las infecciones nosocomiales, la responsabilidad del médico debe ser subjetiva y, la de los establecimientos de salud, de tipo objetiva.
5. Capacitación, implementación y difusión de las normas de bioseguridad en el personal de salud del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, incidiendo en lo que respecta al lavado de manos.
6. Creación del Proyecto de ley sobre responsabilidad civil médica en las infecciones nosocomiales.

ASEGURAMIENTO BIBLIOGRÁFICO:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ausina, V. y Moreno, S (2006). Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- 2.- Borda, G. (2015). *Derecho civil extramatrimonial y responsabilidad civil*. Lima: Gaceta Jurídica SA
- 3.- Bustamante, J. (1997). *Teoría general de la responsabilidad civil*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.
- 4.- Espinoza, J. et al. (2015). Análisis sistemático del código civil. A tres décadas de su promulgación. Lima: Instituto Pacífico SAC.
- 5.- Espinoza, J. et. al (2015). Derecho Civil Patrimonial. Gaceta Jurídica.
- 6.- Fernández, C. (2011). La responsabilidad civil del médico y el consentimiento informado. Lima: Motivensa Editorial Jurídica.
- 7.- Ferrero, R. (2004). *Curso de derecho de las obligaciones*. Lima: Editorial Jurídica Grijley.
8. - Gaceta Jurídica, (2011). Código Civil Comentado. Tomo X.
9. - Garcia, J. (2016). La responsabilidad civil médica en el Perú. Aspectos Básicos. Lima: Editorial Lex & Iuris.
- 10.- Moisset, L. et al. (2015). *Derecho civil patrimonial*. Lima: Gaceta Jurídica SA
- 11.-Osterling, F. (2015). Tratado de responsabilidad civil contractual y extracontractual. Lima. Pacífico editores.
- 12.- Soto, A. (2015). Tratado de responsabilidad civil. Lima. Editorial Jurídica.

13.- Torres, A. (2014). *Teoría general de las obligaciones*. Lima: Pacífico editores.

14.- Trazegnies, F. et al (2015). *Tratado de responsabilidad civil contractual y extracontractual*. Lima: Pacífico editores.

REVISTAS:

1.- Ángeles, U, et. al (2010). Factores de Riesgo específicos en cada tipo de infección nosocomial. *En ENF INF MICROBIOL* 30 (3): 91-99.

2.- Cieza, J. (2013, febrero 28). La responsabilidad civil médica. Criterios de imputación (factores de atribución) y el dilema sobre su contractualización. *En Actualidad jurídica* (231), 72-89.

3.- Cieza, J. (2013, Junio 30). Nuestra jurisprudencia y la responsabilidad civil médica. Reflexiones sobre su aplicación. *En diálogo con la jurisprudencia* (177), 51-73.

4- Díaz-Vélez, C., Peña-Sánchez, R., Neciosup-Puican, E. V., & Medrano-Velásquez, O. (2014). Situación actual de la vigilancia de infecciones intrahospitalarias en hospitales de Lambayeque: Propuestas de mejora. *Rev. Cuerpo Méd. HNAAA*, 7(2), 30-35.

5.- García, J. (2015, agosto 31). La responsabilidad civil médica en el Perú. Aspectos básicos. *En Actualidad Civil* (14), 178-217.

6.- Salazar-Ramírez, N. E., Neciosup-Puican, E., Fernández-Reque, G., Moreno-Paico, D., Díaz-Vélez, C., Quiroz-Mejía, A. Y., Requejo-Sánchez, C. (2011). Prevalencia puntual de infecciones intrahospitalarias del Hospital Nacional "Almanzor Aguinaga Asenjo". *EsSalud*-octubre 2011. Chiclayo-Perú. *Rev. Cuerpo Méd. HNAAA*, 4(2), 103-106.

LINKOGRAFÍA:

- 1.- Buenaño, G. (2010). Conocimientos y actitudes del personal de hospitalización del Hospital José Carrasco Arteaga, en el control de las infecciones intrahospitalarias. Cuenca 2009-2010. Recuperado en dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4108/1/MED56.pdf.
- 2.- Bustamante, L. (2012). Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Hospital UTPL, en las áreas de emergencia, hospitalización, quirófano, laboratorio y consulta externa, durante el período enero-marzo de 2012. Recuperado en dspace.utpl.edu.ec/bitstream/.../1/Tesis%20Lenin%20Bustamante-Bioseguridad.pdf.
- 3.- Carhuatocto, H. (2010). La responsabilidad civil médica. El caso de las infecciones intrahospitalarias. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Derecho con Mención en Derecho Civil y Comercial. U.N.M.S.M. Recuperado de [decybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/).
- 4.- Carrasco, G. (2010). Conocimientos y actitudes del personal de hospitalización del Hospital José Carrasco Arteaga en el control de las infecciones intrahospitalarias Cuenca 2009-2010. Recuperado en dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4108/1/MED56.pdf.
- 5.- Cuyubamba, N. (2004). Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad en el Hospital Félix Mayorca Soto Tarma - 2003. Recuperado en sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/cuyubamba_dn/cuyubamba_dn.pdf.
- 6.- Chang, G. (2013). Las funciones de la responsabilidad civil: Delimitación de la responsabilidad civil extracontractual en el Código Civil Peruano. Recuperado de www.uss.edu.pe/.../5.-%20LA%20FUNCION%20DE%20LA%20RESPO.

7.- Estrella, Y. (2009). El Nexo causal en los procesos por responsabilidad civil extracontractual. Tesis para optar el grado académicos de Magíster en Derecho con mención en Derecho Civil y Comercial. U.N.M.S.M. Recuperado de cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/.../Estrella_cy.pdf?

8.- Hurtado, M. (2014). Factores de riesgo en infecciones intrahospitalarias en el servicio de cirugía Hospital Nacional Arzobispo Loayza-2012. Recuperado en ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/.

9.- Isarri, C. (2000). El daño antijurídico y la responsabilidad extracontractual del estado colombiano. Tesis de grado presentada para optar el título de abogado.www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho/dere1/Tesis27.pdf.

10.- Ministerio de salud de Perú, (2004). Manual de Bioseguridad. Recuperado de [www.minsa.gob.pe/dgsp/.../MANUAL%20 DE%20BIOSEGURIDAD.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/.../MANUAL%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf).

11.- Ministerio de salud de Perú, (2014). Protocolo: Estudio de prevalencia de las infecciones intrahospitalarias. Recuperado de www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/protocolo_iih.pdf.

12.-Ministerio de Salud, (2015). Informe Anual de actividades del Comité de control y prevención de Infecciones Intrahospitalarias. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Recuperado de www.inen.sld.pe/...infecciones/14012015_CCPIH_INFORME%20ANUA.

13.- Morón, M. (2002). Contrato de seguro de responsabilidad civil médica. Pontificia Universidad Javeriana.Facultad de ciencias jurídicas.

Bogotá D.C. Recuperado de javeriana.edu.co/biblos/tesis/derecho_dere4/Tesis-42.pdf.

14.- Organización mundial de la salud, (2003). Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. Recuperado de www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/PISpanish3.pdf.

15.- Quispe, Z. (2015). Estudio de Nacional de Prevalencia de infección intrahospitalario. Recuperado de www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/.../1_Estudio_Nacional_Prevalencia_2015.pdf.

16.- Tapia, T. (2005). Responsabilidad civil médica de los establecimientos de salud. Memoria para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Universidad Austral de Chile. cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2005/fjt172r/doc/fjt172r.pdf.

17.- Tocornal, J. (2010). Responsabilidad civil por infecciones intrahospitalarias. *En revista chilena de derecho*, 37(3), 477-504. Recuperado de www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718.

18.- Universidad Peruana los Andes, (2010). Teoría de la responsabilidad civil. Recuperado de distancia.upla.edu.pe/.../TEORIA_DE_LA_RESPONSABILIDAD_CIVIL.

19.- Vega, G. (2005). El sistema de responsabilidad civil institucional por la prestación de servicios de salud vigente en Colombia. Monografía para obtener el título de Abogado. Universidad industrial de Santander. Recuperado de repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/8215/2/118720.pdf.

20.- Venegas, L. (2007). Factores de imputación en la responsabilidad civil médica. Evolución de la doctrina y jurisprudencia chilena. *En revista*

de escuela de derecho, 8(8),11-71. Recuperado de repositoriodigital.uct.cl/handle/10925/74.

21.- Restrepo, T. (2008). El remedio preventivo en la responsabilidad civil. *En revista de Derecho privado*, (14), 219-238. Recuperado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3252359.pdf.

22.-Weingarten, C. (2012). Responsabilidad de los establecimientos asistenciales públicos y privados, por daños causados por infecciones intrahospitalarias: La situación en el sistema sanitario argentino. *En Gac. Int.ciencias forenses*, (2), 24-35. Recuperado de www.uv.es/gicf/6Weingarten_GICF-2.pdf.

LEGISLACIÓN:

1. Código Civil de 1984.
2. Constitución Política del Perú de 1993.
3. Ley General de Salud N° 26842.

ANEXOS

ESCUELA DE POSTGRADO UNIVERSIDAD DE CHICLAYO

Responsabilidad civil médica en las infecciones nosocomiales en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo año 2015

Indicaciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta:

1. ¿Cuántos años de labor tiene como médico?

a) <5años () b.- 5 a 10 años () c.- 11 a 15 años () d.- > 15 años

*Esta pregunta nos permitirá evaluar la experiencia adquirida a través de los años, por parte de los médicos, esto es determinar cuánto conocen sobre las normas de bioseguridad.

2. ¿En qué servicio trabaja?

a) Medicina interna () b) UCI () c) UCIN () d) UTIC ()
e) Oncohematología () f) otros ()

* El encuestar a los médicos que pertenecen a estos servicios, donde existe la mayor incidencia de infecciones nosocomiales; y establecer si realizan el correcto y adecuado lavado de manos y, nos determinará la relación estrecha entre lavado de manos, incidencia de infecciones nosocomiales y responsabilidad civil médica.

3. ¿Conoce Ud. alguna norma de bioseguridad?

- a) Sí () b) no ()

* El conocimiento *per se* de las normas de bioseguridad del hospital nos definirá el grado de conocimiento de los encuestados con respecto a ello

4. ¿Cuántos momentos tiene la higiene de lavado de manos?

- a) 2 () b) 3 () c) 4 () d) 5 ()

*Esta pregunta nos determinará fehacientemente el correcto uso de la técnica de lavado de manos.

5. La secuencia de los momentos de lavado de manos es...

(Puntuar del 1 al 5)

- a) Antes del contacto con el paciente ()
b) Antes de realizar una técnica aséptica ()
c) Después de la exposición con fluidos corporales ()
d) Después del contacto con el paciente ()
e) Después del contacto con el medioambiente ()

6. Aspectos básicos sobre higiene de manos:

- a) La solución de clorhexidina está en un lugar accesible Sí () No ()
b) El papel toalla está disponible en su turno Sí () No ()
c) Los lavaderos están ubicados en lugares adecuados Sí () No ()
d) Tiene alcohol gel en lugares accesibles para Ud. Sí() No ()

7. Condiciones previas al lavado de manos

- a) Manos en buen estado libre de lesiones Sí () No ()
- b) Las uñas deben estar cortas Sí () No ()
- c) Las uñas deben estar sin esmalte Sí () No ()
- d) Las manos están libres de pulseras y relojes Sí () No ()

*Las preguntas 5, 6 y 7 nos determinarán el uso adecuado de las normas de bioseguridad con respecto al lavado de manos y la influencia en el incremento de las infecciones nosocomiales.

8. ¿Cree Ud. que existe relación entre el no lavado o lavado inadecuado de manos y las infecciones nosocomiales?

Sí () No ()

*Esta pregunta nos determinará por qué a pesar de que los médicos saben que el correcto lavado de manos permitiría disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales, éstos no lo realizan adecuadamente.

9. ¿Considera que algunas comorbilidades o estados de inmunodepresión influyen en la adquisición de infecciones nosocomiales?

Sí () mencione qué comorbilidades:

No ()

*Esta pregunta nos determinará que no solamente el incorrecto lavado de manos influye en la incidencia de las infecciones nosocomiales sino

también las comorbilidades tales como diabetes, cáncer, sida etc., la misma que nos determinará que en esto no existe responsabilidad por parte del médico.

10. ¿Considera Ud. qué la responsabilidad médica es la obligación que tienen los profesionales que ejercen la medicina de responder por las consecuencias derivadas de su actuación profesional?.

Sí () No ()

*Esta pregunta nos determinará el verdadero conocimiento de lo que significa la responsabilidad civil médica, por parte de los médicos.

11. ¿Qué otros profesionales de la salud tienen contacto directo con el paciente hospitalizado?

.....

*La responsabilidad civil en las infecciones nosocomiales no sólo es responsabilidad del médico sino que también intervienen otros profesionales en el contacto con los pacientes, tales como: enfermeras, técnicos de enfermería y técnicos de laboratorio, quienes contribuyen en la incidencia de las infecciones nosocomiales.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N.º Historia Clínica: _____

1. Infección intrahospitalaria: SÍ () NO ()

Si marcas SÍ, completar 2 y 3 de forma obligatoria.

2. Tipo de Infección:

ITU () Neumonía () Flebitis () Infección de herida operatoria

3. Asociada a Factor de Riesgo: SÍ () NO ()

4. Número de profesionales: _____ Detallar:

Médicos: _____

Enfermero(a): _____

Obstetriz: _____

Tecnólogo: _____

Biólogo: _____

Otro: _____

RESOLUCION DE GERENCIA GENERAL N° 275

Lima, 16 de agosto del 2001

CONSIDERANDO

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 382 - PE-ESSALUD-2001, se dispuso el cambio de ubicación en la estructura orgánica institucional de la Gerencia Central de Salud, la cual deberá constituirse como órgano de línea de la Gerencia General;

Que, la Gerencia Central de Salud tiene entre una de sus funciones, dirigir el establecimiento de la normatividad que permita una dinámica orgánico funcional entre las diferentes unidades técnico administrativas que participan en el sistema de salud;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 177 del año 1998 se aprobaron las Normas Generales de Bioseguridad en la Institución;

Que, es necesario actualizar las normas de Bioseguridad que permitan la prevención y control de riesgos por agentes biológicos, así como contribuir a disminuir la incidencia intrahospitalarias e infecciones de origen ocupacional en los Centros Asistenciales de EsSalud, que aseguren la calidad del servicio prestado;

Que, el inciso b) del artículo 9° de la Ley 27056, establece que el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo.

Estando de acuerdo a lo propuesto y en uso a las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. APROBAR la Directiva N° 12 -GG-EsSalud-2001 "Normas Generales de Bioseguridad en EsSalud", que forma parte de la presente Resolución.
2. DISPONER que la Gerencia Central de Salud efectúe la implementación, supervisión y evaluación del impacto de la Directiva.
3. DEJAR SIN EFECTO toda disposición que se oponga a la presente Resolución.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Lo que transcribo para su conocimiento y fines

16-8-2001

SEGUNDO ASESOR DE SALUD

Gerencia General de EsSalud



JUAN HUAPAYA RAYGADA
Gerente General (G)
ESSALUD

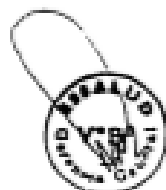
101.0



**DIRECTIVA N° 12 GG-EsSalud-2001:
"NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD EN ESSALUD"**

CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
I. OBJETIVO	1
II. FINALIDAD	1
III. BASE LEGAL	1
IV. ALCANCE	1
V. RESPONSABILIDAD	1
VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA	2
VII. DISPOSICIONES	4
1. DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR	4
2. DE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL POR VÍA RESPIRATORIA	6
3. DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RIESGO	9
4. DE LAS ÁREAS Y SERVICIOS DE ALTO RIESGO	7
5. DE LOS PROCESOS DE DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN	8
6. DE LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES	9
7. DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DESCONTAMINACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	9
8. DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN CENTROS ASISTENCIALES DE SALUD	16
ANEXOS	11
1. ESCALA DE RIESGOS PARA SERVICIOS Y PERSONAL	11
2. PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO POR AGENTES BIOLÓGICOS	13
3. EL LAVADO DE MANOS	14
4. LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	15
5. PRECAUCIONES PARA EL MANEJO DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS	17



que transcribe para su conocimiento y fines
16.03.2001
SECRETARÍA DE SALUD
Ejecutoria

DIRECTIVA N° 12 GG-EsSalud-2001:
"NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD EN ESSALUD"

I. OBJETIVO

- 1.1 Establecer las Normas Generales de Bioseguridad en la Red Asistencial de EsSalud

II. FINALIDAD

- 2.1. Uniformizar los criterios técnico- operativos, administrativos y de gestión, orientados a prevenir los riesgos derivados de la atención directa a los usuarios, así como proteger la Salud de los trabajadores de los daños originados por la exposición a los factores de riesgo biológico, en los centros asistenciales de salud de ESSALUD y en la atención extra-hospitalaria, que otorga prestaciones de Salud.
- 2.2. Contribuir a disminuir la incidencia de infecciones intrahospitalarias e infecciones de origen ocupacional, en los centros asistenciales de salud de ESSALUD.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 27036, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR.
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento, aprobado por D.S. N° 009-97-SA y modificatorias.
3. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
4. Ley N° 26454 Ley que declaró de orden público la obtención, donación, transfusión y suministro de sangre humana, Creación del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre
5. Ley N° 27314 Ley General de Residuos Sólidos
6. Decreto Supremo N° 003-98-SA. Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
7. Resolución de Gerencia General N° 1070-GG-EsSalud-2000 que aprueba las "Normas para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión en el Seguro Social de Salud".
8. Resolución de Gerencia General N° 810-GG-EsSalud-2000 que aprueba la Directiva N° 008-GG-EsSalud-2000 "Normas para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios en EsSalud".

IV. ALCANCE

4. Las Normas Generales de Bioseguridad se aplicarán en todos los Centros Asistenciales de Salud de los Organos Desconcentrados y en los que otorguen prestaciones preventivo-promocionales, recuperativas, incluyendo las de rehabilitación.

V. RESPONSABILIDAD

- 5.1. La Gerencia Central de Salud es responsable de la actualización y supervisión de la presente norma, incluyendo los documentos técnicos sustentatorios. 2

- 5.2. Los Gerentes de Redes Asistenciales y Gerentes Departamentales, son responsables de la implantación, difusión, cumplimiento y supervisión de la presente norma.
- 5.3. Los Directores, Jefes de Departamentos, Jefes de Servicios de los centros asistenciales de salud, son responsables de cumplir, y hacer cumplir la presente norma.
- 5.4. Los Trabajadores de ESSALUD, son responsables del cumplimiento de la presente norma.

VI. CONCEPTOS DE REFERENCIA

- 6.1. **Antiséptico:** Es una sustancia química que mata o inhibe el crecimiento de los microorganismos y es suficientemente no tóxica como para aplicarlo sobre la piel y mucosas.
- 6.2. **Área de Alto Riesgo:** Zona o Espacio del Centro Asistencial de Salud en donde por la naturaleza de sus actividades, y procedimientos en la atención directa al usuario y manipulación de materiales, insumos y otros potencialmente contaminados con fluidos corporales, existe un mayor riesgo de adquirir infecciones en usuarios y trabajadores.
- 6.3. **Aséptico:** Es un estado caracterizado por la falta de microorganismos patógenos.
- 6.4. **Bioseguridad:** Conjunto de normas, comportamientos y procedimientos orientados a impedir la contaminación por microorganismos hacia el personal de salud o hacia el usuario.
- 6.5. **Contención Primaria:** Protección del personal y del ambiente de trabajo mediante la utilización de práctica de seguros y el uso de equipos de seguridad apropiados.
- 6.6. **Contención Secundaria:** Protección del ambiente exterior a áreas de alto riesgo, de la exposición a materiales infecciosos mediante el diseño de las instalaciones y los hábitos de trabajo seguros.
- 6.7. **Descontaminación:** Tratamiento químico aplicado a objetos que tuvieron contacto con sangre o fluido corporales, con el fin de inactivar microorganismos.
- 6.8. **Desinfección:** Eliminación de la mayoría de agentes patógenos con excepción de esporas bacterianas a través del uso de productos químicos o pasteurización húmeda.
- 6.9. **Desinfectante:** Es un agente que mata a la mayor parte de los microorganismos (pero no necesariamente sus esporas).
- 6.10. **Desinfección de alto nivel:** Es el procedimiento de descontaminación que inactiva a bacilos de tuberculosis, virus y hongos con excepción de esporas.
- 6.11. **Desinfección de nivel intermedio:** Es el procedimiento de descontaminación que inactiva al *Mycobacterium tuberculosis*, bacterias vegetativas, mayoría de los virus, hongos, pero no los esporos bacterianos.
- 6.12. **Desinfección de bajo nivel:** Es el procedimiento de descontaminación que puede destruir la mayoría de bacterias, algunos virus y algunos hongos. No es confiable para microorganismos resistentes como bacilos de tuberculosis o esporos bacterianos.



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

1407

-GG-ESSALUD-2015

Lima, 02 de diciembre del 2015

VISTOS:

Las Cartas Nros. 7019 y 5974-GCPS-ESSALUD-2015 y el Informe Técnico N° 006-OPIS-GCPS-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; la Carta N° 1411-GCAJ-ESSALUD-2015 y el Informe N° 85-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2015 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

CONSIDERANDO:

Que, en el segundo párrafo del artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se establece que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, por Resolución Ministerial N° 614-2004-MINSA se aprobó la Norma Técnica N° 015-MINSA/DGSP-V.01 denominada Manual de Bioseguridad, como una de las Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONAHEBAS) de aplicación a nivel nacional, con el objetivo de: 1) Establecer las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos; 2) Minimizar los riesgos protegiendo al paciente, al trabajador de la salud, a toda la comunidad y al medio ambiente de agentes que son potencialmente nocivos; 3) Determinar la conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos; y, 4) Llevar a cabo programas de educación continua;

Que, por Resolución Ministerial N° 768-2010-MINSA se aprobó el documento técnico denominado "Plan Nacional para la Prevención del VHB, VIH, y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015", con alcance a todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos y privados a nivel nacional, regional y local, entre ellos, ESSALUD; en este contexto, a través de su numeral 6.5.1 señala como Estrategia N° 01 la de implementar las medidas de Prevención de los Accidentes Punzocortantes y Exposición Ocupacional a Agentes patógenos de la Sangre para VHB, VHC y VHI en Trabajadores de Salud;

Que, de acuerdo a lo indicado en el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, el empleador garantiza, en el centro de trabajo, el establecimiento de los medios y condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores, y de aquellos que, no teniendo vínculo laboral, prestan servicios o se encuentran dentro del ámbito del centro de labores. Debe considerar factores sociales, laborales y biológicos, diferenciados en función del sexo, incorporando la dimensión de género en la evaluación y prevención de los riesgos en la salud laboral;

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, asimismo, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

02 DIC 2015

Recepcionado en Copia

68391-2014-43

RECEPCIONADO EN COPIA
RECEPCIONADO EN COPIA
RESOL. N° 1136-DG-ESSALUD-2015

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

Que, el Segundo Objetivo Estratégico de ESSALUD trazado dentro del marco del Plan Estratégico Institucional 2012-2016, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 23-10-ESSALUD-2012 es "Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo – promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS";

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 858-PE-ESSALUD-2014 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, estableciéndose en su artículo 149° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, con Cartas de Vistos la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite un proyecto de Directiva "Norma de Bioseguridad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", con el objetivo de establecer los criterios técnicos y procedimientos para la gestión y la aplicación de las medidas de bioseguridad que contribuyan a la disminución del riesgo biológico y la exposición de los asegurados y trabajadores durante las prestaciones otorgadas en ESSALUD; y, con la finalidad de proteger la salud de los trabajadores y pacientes reduciendo el riesgo de ocurrencia de accidentes, eventos adversos y enfermedades por agentes biológicos; realizando procedimientos de trabajo seguros a través de la implementación de la Norma de Bioseguridad, considerando los niveles de exposición ocupacional;

Que, asimismo, como sustento técnico del proyecto de Directiva en mención remite el Informe Técnico N° 005-CPIS-GCPS-ESSALUD-2015 elaborado por la Oficina de Planeamiento e Inteligencia Sanitaria de la citada Gerencia Central, en el que se concluye que se actualizó la Directiva N° 12-GG-ESSALUD-2001, "Normas Generales de Bioseguridad en ESSALUD", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 275-GG-ESSALUD-2001, de acuerdo a la normativa vigente a nivel nacional; lo que permitirá mejorar los procesos en materia de prevención y control de riesgos por agentes biológicos para contribuir en la disminución de incidencias intrahospitalaria e infecciones de origen ocupacional en los establecimientos de ESSALUD, que aseguren la calidad del servicio prestado, y que la misma permitirá dar cumplimiento a las recomendaciones de la normatividad vigente del Ministerio de Salud, Ministerio del Ambiente y órganos de fiscalización respectiva;

Que, con Carta N° 1411-GCAJ-ESSALUD-2015 e Informe N° 85-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2015 la Gerencia Central de Asesoría Jurídica emitió opinión señalando que el proyecto de Directiva "Norma de Bioseguridad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", constituye un instrumento de índole técnico cuya elaboración estuvo a cargo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, adecuando sus alcances a la Norma Técnica N° 015-MINSA/DGSP-V.01, al "Plan Nacional para la Prevención del VHB, VIH, y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015" y la Ley N° 28783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, entre otra normativa vigente; y que guarda concordancia con los fines de la Entidad establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en la referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

02 DIC 2015

YDELTRUENOS GOMEZ JARA
FEDATARIO SUPLENTE
RESOL. N° 1138-GG-ESSALUD-2014

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N°

1407

-GG-ESSALUD-2015

derechohabientes, y en el marco de lo establecido en el Plan Estratégico Institucional 2012 - 2015;

Que, en dicho contexto, resulta conveniente aprobar el documento técnico propuesto por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, a efectos de contar con un marco normativo actualizado que permita la prevención y control de riesgos por agentes biológicos, así como contribuir en la disminución de la incidencia intrahospitalaria e infecciones de origen ocupacional en los Establecimientos de Salud, que aseguran la calidad del servicio prestado, de conformidad con la normativa vigente aplicable;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva N° 10 -GG-ESSALUD-2015, "Norma de Bioseguridad del Seguro Social de Salud - ESSALUD", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la difusión, y asesoría técnica de la Directiva aprobada por la presente Resolución.
3. **DISPONER** que la Gerencia Central de Operaciones se encargue del control, supervisión, seguimiento y evaluación de las acciones operativas realizadas por las Redes Asistenciales, o quien haga sus veces, en el marco de lo establecido en la Directiva aprobada por la presente Resolución.
4. **DISPONER** que los Órganos Centrales coadyuven al cumplimiento de la implementación, en el ámbito de sus competencias, de la Directiva aprobada por la presente Resolución.
5. **DISPONER** que los Órganos Desconcentrados y Prestadores Nacionales adopten las acciones que resulten necesarias para la aplicación e implementación de la Directiva aprobada.
6. **DEJAR SIN EFECTO** la Directiva N° 12-GG-ESSALUD-2001, "Normas Generales de Bioseguridad en ESSALUD", aprobada por Resolución de Gerencia General N° 275-GG-ESSALUD-2001.
7. **PUBLICAR** en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud



GERENTE GENERAL
ESSALUD

02-04C-2015
VICTORIANO CHAVEZ JARA
GERENTE SUPLENTE
ESSALUD
Av. Domingo Cuello N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

**"NORMA DE BIOSEGURIDAD DEL
SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"**

ÍNDICE

	PAG.
I. OBJETIVO	03
II. FINALIDAD	03
III. BASE LEGAL	03
IV. AMBITO DE APLICACIÓN	05
V. RESPONSABILIDAD	05
VI. DISPOSICIONES	
6.1 Disposiciones Generales	05
6.2 Disposiciones Específicas	07
6.2.1 De La Exposición Ocupacional por Vía Respiratoria	07
6.2.2 De La Exposición a Sangre y Fluidos Corporales	07
6.2.3 De La Exposición por Vía Digestiva	08
6.2.4 De La Áreas y Servicios por Riesgos Biológico Significativo	08
6.2.5 De Los Procedimientos de Descontaminación De Equipos Biomédicos	08
6.2.6 Del Aislamiento Hospitalario	09
6.2.7 De Los Procesos de Limpieza, Desinfección Y Esterilización	09
6.2.8 Del Uso de Equipos De Protección Personal (EPP)	09
6.2.9 Del Manejo de Muestras	09
6.2.10 De La Ropa Hospitalaria	10
6.2.11 De Las Prohibiciones	10
6.2.12 De Las Sanciones	10
6.3 Disposiciones Complementarias	10
VII. CONCEPTO DE REFERENCIA	11
VIII. ANEXOS	
Anexo N° 1: Principios de Bioseguridad	15
Anexo N° 2: Precauciones para el Manejo de Productos Biológicos	16
Anexo N° 3: Matriz de Estimación de Riesgo Biológico	18
Anexo N° 4: Guía Técnica del Lavado de Manos	22
Anexo N° 5: Aislamiento Hospitalario	26
Anexo N° 6: Desinfectantes y Antisépticos	30
Anexo N° 7: Principales Agentes Desinfectantes y Límites de Exposición Ocupacional	35
Anexo N° 8: Señalización por Riesgo Biológico	36
Anexo N° 9: Equipos de Protección Personal	37
Anexo N° 10: Ropa Hospitalaria	39
Anexo N° 11: Actuación según Estado Vacunal contra Hepatitis B	41

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

02 DIC 2015

**REGISTRADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE DOCUMENTOS
REGISTRADOS SUPLENTE**
REGOL. N° 1139-GG-ESSALUD-2014

**NORMA DE BIOSEGURIDAD DEL
SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD"**

I. OBJETIVO

Establecer los criterios técnicos y procedimientos para la gestión y la aplicación de las medidas de bioseguridad que contribuyan a la disminución del riesgo biológico y la exposición de los asegurados y trabajadores durante las prestaciones otorgadas en ESSALUD.

II. FINALIDAD

Proteger la salud de los usuarios, trabajadores propios y de terceros, y visitantes, así como el medio ambiente, reduciendo el riesgo de ocurrencia de accidentes, eventos adversos y enfermedades por agentes biológicos; realizando procedimientos de trabajo seguros a través de la implementación de la Norma de Bioseguridad, considerando los niveles de exposición ocupacional.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificatorias, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-87-SA y sus modificatorias.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 002-99-TR y sus modificatorias.
- Ley N° 27314, Ley General de Residuos Sólidos y sus modificatorias, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 057- 2004-PCM.
- Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y sus modificatorias, su reglamento aprobado por Decreto Supremo 005-2012-TR, sus modificatorias y normas complementarias.
- Decreto Supremo N° 003-98-SA, que aprueba el Reglamento denominado Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.
- Decreto Supremo N° 009-2004- TR Normas Reglamentarias de la Ley N° 28048 Ley de Protección a favor de la Mujer Gestante que realiza labores que pongan en riesgo su salud y/o el desarrollo normal del embrión y el feto.
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-MINSA, que aprueba la "Norma General Técnica Sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos".
- Resolución Ministerial N° 452-2003-SA/DM, que aprueba el "Manual de Aislamiento Hospitalario".
- Resolución Ministerial N° 614-2004-MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 015-MINSA/DGSP-V.01 del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre - PRONAHEBAS.
- Resolución Ministerial N° 753-2004-MINSA, que aprueba la NT N° 020-



02 DIC 2015

DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA
MILAGRO ROSALES
www.es.salud.gob.pe

MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".

- Resolución Ministerial N° 788-2010-MINSA, que aprueba el "Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015".
- Resolución Ministerial N° 372-2011-MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 554-2012-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 098 MINSA/DIGESA V.01: "Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 que aprueba la Nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-ESSALUD.
- 
 - Resolución de Gerencia General N° 810-GG-ESSALUD-2000, que aprueba la Directiva "Normas para el Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios en ESSALUD".
 - Resolución de Gerencia General N°228-GG-ESSALUD 2013, que aprueba la Directiva 001-GG-2012 "Normas para el Examen Médico Ocupacional de los Trabajadores de ESSALUD".
- 
 - Resolución de Gerencia General N° 737-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014 "Lineamientos para la gestión de procesos del Seguro Social de Salud ESSALUD".
 - Resolución de Gerencia General N° 390-GG-ESSALUD-2015, que aprueba el "Plan de Intervención hacia el Control de la Tuberculosis en las Redes Asistenciales de EsSalud 2015-2017".
- 
 - Resolución de Gerencia Central de Salud N° 036-GCS-ESSALUD-2002 "Manual de Bioseguridad para las Unidades de Hemodiálisis".
 - Resolución de Gerencia Central de Salud N° 054-GCS-ESSALUD-2002 "Manual de Bioseguridad para los Servicios de Patología Clínica".
 - Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 50-GCPS-ESSALUD-2012, que aprueba la "Guía de Práctica Clínica de Prevención y Manejo de Complicaciones Infecciosas Asociadas al Acceso para Diálisis".
 - Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 69-GCPS-ESSALUD- 2013, que aprueba el "Manual de Normas y procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis en ESSALUD".

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

Página 4 de 42

02 DIC 2015

VERIFICADO PARA
EL REGISTRO EN EL SISTEMA

GUIA TECNICA DEL LAVADO DE MANOS

I. OBJETIVO

Garantizar la práctica del lavado de manos de forma adecuada para reducir la transmisión de gérmenes hospitalarios.

II. DEFINICION DE TERMINOS

En la presente guía usaremos los siguientes términos que definimos a continuación:

Flora transitoria (Flora contaminante o no colonizante)

Se define así a aquellos gérmenes que se hallan presentes en la superficie de la piel, de forma temporal o transitoria, que se adquiere a través del contacto con los usuarios o personal infectado o colonizado o con superficies contaminadas, de fácil remoción mediante la higiene de las manos.

Generalmente está asociada a infecciones nosocomiales entre los que se mencionan a los gram negativos como *Escherichia coli*, *Pseudomonas Serratia* y gram positivos como *Staphylococcus aureus*. Estos organismos sobreviven en la piel por varios periodos (desde unos minutos hasta varias horas o días).

Flora residente (Flora colonizante)

Se define a aquellos gérmenes que se hallan en capas profundas de la piel y se aíslan en la mayoría de las personas, se consideran permanentes residentes, y son de difícil remoción por la fricción mecánica.

Esta flora puede sobrevivir y multiplicarse en capas superficiales de la piel. Entre los organismos considerados como flora residente se tiene a *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Corynebacterium*, *Acinetobacter*, *Enterobacterias* y *levaduras*.



III. INDICACIONES DEL LAVADO DE MANOS

Al ingresar al área de trabajo y al retirarse del mismo - (lavado corto).

Al terminar el turno en el lugar de trabajo - (lavado corto).

Al tocar zonas anatómicas del cuerpo - (lavado corto).

Antes y después de ingerir líquidos y alimentos - (lavado corto).

Después de usar los sanitarios. - (lavado corto).

Al finalizar la jornada laboral - (lavado corto).

Después de estornudar, toser, tocarse la cara, arreglarse el cabello (lavado corto).

ES COMP. AL DEL ORIGINAL
EsSalud

Lavar las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o con sangre u otros fluidos corporales.

Antes de manipular un dispositivo invasivo para la atención de un usuario ya sea con o sin guantes luego del contacto con fluidos corporales, membranas mucosas, piel lesionada, o gases para heridas.

Al moverse desde un sitio corporal contaminado a otro sitio corporal durante la atención del mismo usuario luego del contacto con objetos o superficies inanimadas (incluyendo equipamiento médico) en la proximidad inmediata del usuario luego de sacarse los guantes esterilizados o no esterilizados.

Antes de manipular medicamentos o preparar comida, higienizarse las manos con una preparación a base de alcohol o lavarse las manos con agua y jabón común o antimicrobiano.

El uso del jabón y la preparación a base de alcohol se usan por separado.

IV CLASIFICACION DE LAVADO DE MANOS



Lavado corto	Lavado mediano	Lavado largo
Social	Clinico	Quirúrgico
20-30 Segundos Exposición al Jabón	40-60 Segundos Exposición al Jabón	3 Minutos como Mínimo Exposición al Jabón

V TECNICA DE LAVADO DE MANOS



Antes de iniciar el procedimiento de lavado de manos, retirar los accesorios de las manos: reloj, anillos, cintas, pulseras.

Utilizar jabón líquido o jaboneras con drenaje.

Utilizar agua proveniente de caños o grifo.



Proceder de acuerdo a la siguiente técnica básica:

- Abrir la palanca de la llave de agua, mojar las manos y aplicar el jabón.
- Hacer abundante espuma direccionando el agua desde la yema de los dedos hacia la muñeca.
- Restregarse ambas mano, dedo por dedo, pliegues interdigitales y espacio subungueal, uña por uña.
- Mantener la mano en alto por encima de la cintura y secarlas con papel toalla.
- Cerrar la palanca de la llave de agua con el codo o con el papel toalla después de su uso.

El lavado de manos para personal administrativo y visitantes que ingresan al área asistencial, debe durar por lo menos 20 segundos.

La duración total del procedimiento del lavado clínico es de 40 a 60 segundos y está indicado:

- Antes y después de contacto con cada usuario de servicios hospitalarios.
- Antes y después de realizar procedimientos invasivos

- c) Antes y después de tener contacto con sangre, otros fluidos corporales o membranas mucosas (heridas u orificios).
- d) Después de entrar en contacto con superficies inanimadas que puedan estar contaminadas con sangre y otros fluidos corporales.

El lavado de manos quirúrgico debe durar entre 03 a 05 minutos y está indicado:

- a) Antes de atender un parto
- b) Antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico.

Otros aspectos a tener en cuenta en el lavado de manos.

- a) No usar uñas artificiales ni extensiones de uñas al tener un contacto directo con los usuarios.
- b) Mantener las uñas cortas naturales no más de 0,5 cm de largo o aproximadamente $\frac{1}{4}$ de Pulgada

Para el lavado de manos de tipo clínico, se usará:



ACTIVO	IRRITACIÓN	SEGURIDAD	INACTIVACIÓN
Alcoholes	Desecación de la piel	Inflamable	Si
Clorhexidina	Baja	Baja	Mínima
Tintura de yodo	Alta	Inflamable	Si
Povidona yodada	Regular	Alta	Si
Triclorán	Baja	Alta	Mínima

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

02 DIC 2015

VOLETRONER GONZALEZ JARA
FOLIO 001 SUPLENTE
MORAL 11-11-2015-2016

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

C Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



Frótase las palmas de las manos entre sí;



Frótase la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótase las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótase el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótase con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



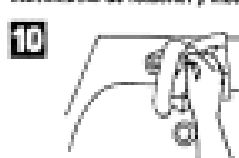
Frótase la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Enjuéguese las manos con agua;



Sequese con una toalla desechable;



Siéntese de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente
UN ALTO RIESGO PARA LA SALUD DEL PACIENTE

SAVE LIVES
Clean Your Hands

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

02 DIC 2015

REGISTRADO EN EL REGISTRO NACIONAL DE MARCAS
MARCA DE PATENTE
REG. N.º 1178-00-2004-000-2014

FICHA TECNICA

TÍTULO: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA EN LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO AÑO 2015.

INVESTIGADORES:

- JORGE LUIS MANAYALLE MANAY

NOMBRE DEL ASESOR:

- Mg. JOSE HERNAN NECIOSUP CHANCAFE

Los investigadores, así como el asesor, pertenecen a la Escuela de Posgrado de la Universidad de Chiclayo y cuentan con el permiso necesario para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Los nombres de las personas participantes del trabajo de investigación no serán publicados, y solo serán de conocimiento por el personal investigador.

Tiempo de ejecución: 02 meses

Población objetivo: personal de salud

Unidad de análisis: personal de salud e historia clínica

Áreas de ejecución: UCI, UCIN, UCEMIN, ONCOLOGIA, HEMATOLOGIA

Método de recolección de datos:

- Entrevista al personal de salud (90)
- Lista de chequeo a las historias clínicas (40)

PRUEBA PILOTO

El instrumento (encuesta) utilizado para la recolección de datos en el proyecto **“Responsabilidad Civil Medica en las infecciones Nosocomiales en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo año 2015.”**, fue elaborado en 2 partes: Datos a obtenerse en por entrevista (11 ítems) y lista de chequeo (4 ítems); los cuales fueron sometidas a revisión de especialistas para su validación y posterior ejecución en la prueba piloto. Durante la revisión del instrumento por XXXXXX y el Médico epidemiólogo Dr. Cristian Díaz Vélez se realizaron modificaciones en la redacción de dicho instrumento, asimismo este (encuesta) se aplicó a 10 personas de forma anónima.

Indicaciones: lea cuidadosamente cada pregunta y marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta:

1.- Cuantos años de labor como médico tiene:

a) <5años () b.- 5 a 10 años () c.- 11 a 15 años () d.- > 15 años

*Esta pregunta nos permitirá evaluar que los años de experiencia adquirida a través de los años, por parte de los médicos, determinar cuánto conocen sobre las normas de bioseguridad

2.-En que servicio trabaja: (Se juntó el servicio de oncología y hematología).

a) Medicina interna () b) UCI () c) UCIN () d) UTIC ()
e) Oncohematologia () f) otros ()

* El encuestar a los médicos que pertenecen a estos servicios, en la cual existe la mayor incidencia de infecciones nosocomiales, establecer si realizan el correcto y adecuado lavado de manos y nos determinara la relación estrecha entre lavado de manos, incidencia de infecciones nosocomiales y responsabilidad civil medica

3.- Conoce Ud. alguna norma de bioseguridad (Se mejoró la redacción).

a) Si () b) no ()

* El conocimiento per se de las normas de bioseguridad del hospital, nos definirá el grado de conocimiento de los encuestados con respecto a ello

4.- Cuantos momentos tiene la higiene de lavado de manos: (Se corrigieron los números)

a) 2 () b) 3 () c) 4 () d) 5 ()

*Esta pregunta nos determinara fehacientemente del correcto uso de la técnica de lavado de manos

5.- La secuencia de los momentos de lavado de manos es: colocar de 1 al 5 (Se reordenaron para tener un orden más aleatorio).

a) antes del contacto con el paciente ()

b) antes de realizar una técnica aséptica ()

c) después de la exposición con fluidos corporales ()

d) después del contacto con el paciente ()

e) después del contacto con el medio ambiente ()

6.- Aspectos básicos sobre higiene de manos:

a) La solución de clorhexidina está en un lugar accesible si () no ()

b) El papel toalla está disponible en su turno si () no ()

c) Los lavaderos están ubicados en lugares adecuados si () no ()

d) Tiene alcohol gel en lugares accesibles para Ud. Si () no ()

7.- Condiciones previa a lavado de manos

a) Manos en buen estado libre de lesiones si () no ()

b) Las uñas deben estar cortas si () no ()

c) Las uñas deben estar sin esmalte si () no ()

d) Las manos libres de pulseras y relojes si () no ()

*las preguntas 5, 6 y 7 nos determinara el uso de adecuado de las normas de bioseguridad con respecto a lavado de manos y la influencia en el incremento de las infecciones nosocomiales.

8.- Cree Ud. que existe relación entre no lavado o lavado inadecuado de manos y las infecciones nosocomiales.

Si () no ()

*esta pregunta nos determinara porque a pesar de conocer los médicos de que el correcto lavado de manos permitiría disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales estos no lo realizan adecuadamente

9.- Considera que algunas comorbilidades o estados de inmunodepresión influyen en la adquisición de infecciones nosocomiales (Se mejoró la redacción).

Si () mencione que comorbilidades: ...

No ()

*esta pregunta nos determinara que no solamente el incorrecto lavado de manos influye en la incidencia de las infecciones nosocomiales sino también las comorbilidades tales como diabetes, cáncer, sida etc., la

misma que nos determinara que en esto no existe responsabilidad por parte del medico

10.- Considera UD que la responsabilidad médica es la obligación que tienen los profesionales que ejercen la medicina de responder por las consecuencias derivadas de su actuación profesional.

Si () no ()

*Esta pregunta nos determinara el verdadero conocimiento de lo que significa la responsabilidad civil médica, por parte de los médicos.

11.-Que otros profesionales de la salud tienen contacto directo con el paciente hospitalizado:

.....

*La responsabilidad civil en las infecciones nosocomiales no solo es responsabilidad del médico, sino que también intervienen otros profesionales en el contacto con los pacientes tales como enfermera, técnicos de enfermería, técnicos de laboratorio y que contribuyen en la incidencia de las infecciones nosocomiales

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº Historia Clínica: _____

1. Infección intrahospitalaria: SI () NO ()

Si marco SI, completar 2 y 3 en forma obligatoria.

2. Tipo de Infección: (Se agregó flebitis)

ITU () Neumonía () Flebitis () Infección de Herida Operatoria

3. Asociada a Factor de Riesgo: SI () NO ()

4. Número de profesionales: _____ Detallar: (Se agregaron tecnólogos y biólogos).

Médicos: _____

Enfermero(a): _____

Obstetríz: _____

Tecnólogo: _____

Biólogo: _____

Otro: _____