

LA RESPONSABILIDAD MEDICA EN EL URUGUAY

Doctor Antonio Grille [✉](#)

Desde aquellas primeras Jornadas de Responsabilidad Médica que se hicieron en 1988 hasta el día de hoy, la cuestión ha cambiado mucho, dado que en aquella época estábamos en los pródromos de un verdadero avance de los juicios, y tanto los abogados como los médicos y los propios magistrados que tenían que resolver la cuestión se encontraron de repente ante una serie de cuestiones y planteamientos que no tenían todavía una decantación técnica y que con el devenir del tiempo la han ido teniendo. Esa especie de desorientación que teníamos los abogados, los médicos y los magistrados decisores se ha ido mejorando. Y en este aspecto quiero hacer un homenaje a los magistrados que han sabido captar determinados conceptos que en ese entonces no estaban realmente definidos, por ejemplo no puedo dejar de nombrar a las doctoras Szafir y Venturini, quienes hicieron el primer libro orgánico y coherente sobre todos los temas, así como también al doctor Gamarra, que elaborara un tratado al respecto, y al doctor Ordoqui.

Es decir que con el paso del tiempo ha venido una verdadera andanada de juicios de responsabilidad médica, que creo que hoy en día, desde el punto de vista de la actividad judicial, constituye uno de los problemas más importantes por todo lo que ello significa y porque ante todo es un tema absolutamente nuevo.

En lo que me es personal, ejercí casi 18 años la magistratura y nunca tuve un tema sobre responsabilidad médica. En cambio, cuando ingresé al SMU existía un solo juicio sobre responsabilidad médica y hoy tenemos casi en forma inmanente, entre las situaciones a conciliación y los juicios que están por finalizar, más de cuarenta juicios en curso. Eso demuestra la enorme evolución que ha tenido este tipo de litigios con respecto a la responsabilidad de los profesionales médicos, que no ha sido así en el caso de otros profesionales universitarios, como abogados, arquitectos, ingenieros, etcétera.

Las causas

Yo quisiera comenzar, sin desviarme del tema, con el tratamiento de las causas que han provocado esta enorme evolución en este tipo de juicios, es decir, por qué se han incrementado de manera sorprendente los juicios de responsabilidad médica.

No podríamos decir que es una sola causa; no vamos a decir que los médicos de hoy son peores que los de antes ni que los de antes hacían todo bien y los de hoy hacen todo mal. Las causas, a mi criterio, son múltiples.

En primer término, la evolución propia del tratamiento de la medicina. En una época la medicina era prácticamente realizada por los médicos de familia, que gozaban de una confianza absoluta por parte de sus pacientes y de los familiares de éstos, y que yo diría que no sólo ejercían la medicina como simples médicos, sino que también eran una especie de cura párroco. Es decir, se les tenía una fe prácticamente infinita, y cuando cometían errores, como los pueden cometer los médicos actuales, en la mayoría de los casos los mismos eran atribuidos a la fatalidad, al destino de la imposibilidad de sanar. O sea, era una época en que la confianza tan cabal que se tenía al médico implicaba que el paciente que no era bien curado o el familiar con el problema afectivo de que algún pariente hubiera fallecido por una causa extraña, no podían concebir que eso fuera un error médico, sino que lo atribuían a que era ínsito de la patología del propio paciente e insanable.

El devenir del tiempo ha cambiado las circunstancias; ha habido sin duda -y todos los sabemos- una masificación en la atención de la medicina. En la actualidad los pacientes que sufren diversas patologías llegan con mucha más frecuencia al médico que en otras épocas. Esto ha inducido a un importante autor argentino, Lorenzetti, a expresar que "el médico se enfrenta actualmente cosificando al enfermo". Éste no es un término peyorativo, pero la realidad es que la relación entre el médico y el paciente no es la de antes, es una relación mucho más objetiva y con falta de la afectividad y aun de los conocimientos que debe tener el médico de todos los antecedentes del paciente. "La evaluación -dice Lorenzetti- se transforma avaluatoria y aséptica". Es decir, no estamos frente a un médico que conoce el conjunto de antecedentes del paciente, que en ciertos casos lo vio nacer, ni tampoco todas las evoluciones y las patologías que pudo haber tenido. Esta circunstancia ha hecho que el médico esté mucho más alejado del paciente en sí mismo. Por otra parte, no es ajeno a esto que la actividad del médico, por sus propias necesidades económicas, ha significado que tiene que atender con mucho más ligereza -y no lo digo como un término peyorativo, pero es la realidad- a un paciente al que, en otras épocas, tenía mayor oportunidad de llegar en forma más profunda a su etiología y patología.

En tercer lugar, la evolución de la tecnología en el campo médico y su costo han hecho surgir las

denominadas clínicas médicas, que en nuestro medio se traducen fundamentalmente en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Esa tecnología, muy costosa, obviamente no puede ser financiada o adquirida por médicos particulares, sino por instituciones con una cantidad significativa de afiliados, y por lo tanto la atención ya no es directa entre el médico y el paciente, sino entre la clínica -en nuestro caso las instituciones de salud pública o de asistencia médica- y el paciente.

Eso ha tenido dos consecuencias. Una positiva, que es el mayor perfeccionamiento en la atención, al contar con considerables elementos técnicos para obtener diagnósticos más acabados, con todos los medios que la tecnología ha proporcionado. Pero también ha conllevado un aspecto negativo, y es que el paciente ha pasado a ser una ficha. Y esto es lo que en muchos casos ha justificado errores médicos que parecerían inconcebibles, ya que el solo hecho de que el médico en poco tiempo deba examinar al paciente, y a la vez ver la correspondiente historia clínica, no permite observar con suficiente atención cuál es la circunstancia y la patología del paciente.

Nuevos conceptos

Pero como el tema fundamental es la responsabilidad médica en el Uruguay actual, quiero resaltar, desde el punto de vista técnico-jurídico, la evolución que ha existido. Yo tomo como base las primeras Jornadas que realizó el SMU en 1988, donde se preveía que iba a haber un gran cúmulo de juicios por responsabilidad médica, pero nunca se pensó que ese cúmulo tendría una progresión tan importante. En aquel entonces, los abogados que tratábamos el tema, los médicos que nos informaban y los magistrados que decidían, manejábamos ciertos conceptos que con el transcurso del tiempo se han decantado de manera mucho más clara, ya que ahora se emplean términos y conceptos dentro de la responsabilidad médica. Y aquí quiero aclarar que la responsabilidad médica entra dentro de la órbita general de la responsabilidad que tienen los ciudadanos. En nuestro país por ejemplo no existe una normativa específica para los médicos, pero obviamente la responsabilidad de un médico no se puede evaluar desde el punto de vista de un magistrado con el mismo criterio que se aplica a un conductor que atropella a una persona y le produce distintos daños. La responsabilidad del médico tiene un sinnúmero de conceptos que la conforman y que son divergentes; pese a que nos manejamos con la misma normativa, de cualquier modo tenemos que utilizar en otro sentido conceptos que específicamente incumben a la actividad del médico. En materia de responsabilidad, para determinar por ejemplo la culpa de un ciudadano en un acto cualquiera, el Código Civil establece como un criterio rector el comportamiento de un "buen padre de familia". En cambio, para determinar si existe la responsabilidad de un médico no nos podemos manejar con el concepto de un buen padre de familia, sino que debemos comprender que el médico es una persona que tiene, o que debe tener, un conjunto de conocimientos técnicos que los debe aplicar al caso, y cuando al aplicarlos mal produce un daño evidentemente hay que juzgarlo de una manera distinta. No obstante ello, también en materia de responsabilidad médica, tenemos que manejarnos con criterios muy genéricos, como son la imprudencia, la impericia, la negligencia o la violación de ciertas leyes o reglamentos. Pero siempre teniendo presente que el médico posee una especialidad que debe usarse adecuadamente, de acuerdo con los términos medios, donde ejerce la medicina.

El error de diagnóstico

Es muy importante la determinación del denominado error de diagnóstico. El médico indiscutiblemente en una de sus actuaciones más rápidas tiene que determinar el diagnóstico de la patología. Este diagnóstico puede ser equivocado o no; en el primer caso sin duda se maneja con los elementos imprescindibles que tiene y puede equivocarse. Pero en materia de culpa, el error de diagnóstico sustancialmente puede ser excusable o inexcusable. Es decir, puede ser un error en el que en realidad el médico se equivoque porque ha incurrido en impericia o en imprudencia, o puede ser que a pesar de adoptar todas las medidas imprescindibles para llegar a ese diagnóstico, en situaciones de cierta anomalía, no lo determine concretamente. Dentro de este criterio ha servido como un concepto muy importante, y en el libro de las doctoras Szafir y Venturini se establece y se condensa la frase, que "la responsabilidad no comienza sino allí donde cesan las discusiones científicas". Vale decir, que el médico debe adoptar todos los elementos imprescindibles para obtener un mejor diagnóstico, pero hay casos en que aun cuando haya adoptado todas las medidas imprescindibles y necesarias para llegar a un diagnóstico exacto puede haberse equivocado; en lo que no es excusable es en haber cometido omisiones importantes dentro del término medio de la medicina actual y de los recursos a su alcance. Porque también aquí tenemos que situarnos en el medio y en el espacio. No le podemos exigir de igual manera, con respecto a un diagnóstico, a un médico que vive en una zona rural y que carece de todos los elementos paraclínicos para llegar al mismo (no puede obtener una tomografía, una ecografía y tiene que manejarse sólo con su simple análisis clínico), que a aquellos que cuentan con todos los elementos a su favor para obtener un diagnóstico más o menos exacto.

La iatrogenia

El segundo concepto importante, dentro del área de la culpa médica, es el de la iatrogenia, que yo diría que hace poco tiempo se ha ido comprendiendo su verdadera esencia. La iatrogenia ha sido definida como el ámbito de aquellos casos en que se produce un daño, como consecuencia de la gestión inculpable debida a un error excusable del médico. Esto se puede traducir así: cuando para salvar un mal mayor se produce un mal menor el médico es absolutamente excusable de culpa; o sea, cuando realiza una determinada intervención quirúrgica, que sea como fuere tiene secuelas menores, el médico no puede ser inculpado de ese tipo de daño, considerando que en realidad para realizar esa intervención que le salva de una secuela muy importante, le produce una consecuencia menor. Esto está muy vinculado al famoso consentimiento informado. Es decir, cuando se puede indiscutiblemente se tiene que informar al paciente que va a ser sometido a determinado acto médico, intervención quirúrgica, o tratamiento especial, y el médico tiene también la obligación de informarle las consecuencias eventualmente positivas que puede tener ese tratamiento, y las negativas, para que a su vez el paciente evalúe entre una cosa y otra, y en definitiva decida. Esa es la función esencial del consentimiento informado. En cierto modo el médico endosa la responsabilidad que tiene como médico para realizar determinado acto y las probables consecuencias negativas al propio paciente, quien evalúa si le conviene someterse a ese acto médico, esa intervención quirúrgica o tratamiento, con las eventuales consecuencias positivas que le informa el médico, o si prefiere continuar como está y evitar las posibles consecuencias negativas que ese acto le puede producir.

Obligación de medio o de resultado

En tercer lugar, una cuestión que con el paso del tiempo se ha determinado en forma muy importante en el Uruguay, es el conocido problema de las obligaciones de medio y de resultado. Es un término jurídico de fácil comprensión. Fue inventado por un afamado jurista antiguo, e implica en sí mismo que en determinadas circunstancias el deudor, o sea quien tiene algo que hacer, puede asumir una obligación que asegure un resultado preciso al acreedor. Vamos a traducirlo. Es posible que el médico en ciertos casos le asegure a su paciente que específicamente su obligación será la de curarlo. Esa no es en esencia la obligación del médico, sino poner todos sus conocimientos a disposición del paciente a los efectos de obtener, en lo posible, su mejoría, pero jamás le puede asegurar, de ninguna manera, la sanidad total de la patología que tiene. Por eso se dice que en principio la obligación del médico es una obligación de medios. Es decir, hacer todo lo que pueda, que sería como aquel proverbio árabe: "El que hace lo que puede, hace lo que debe". En cambio, la obligación de resultado implica estrictamente obligarse a que en efecto el médico lo va a curar. En este sentido hay una cuestión sumamente importante y yo quiero leer una sentencia muy nueva, en sus aspectos medulares, porque siempre se ha dicho que la obligación de los médicos que se dedican a cirugía estética es una obligación de resultado. En cierto modo tendríamos que dividir la función que cumplen los médicos que tienen esta especialidad: la de aquellos que tienden a eliminar alguna cicatriz o algún elemento proveniente de una patología, y la de quienes se dedican exclusivamente a mejorar la estética de una persona que entiende que su físico ofrece determinadas observaciones desde el punto de vista estético, y en estos casos parecería que el médico se compromete en forma estricta a dejarlo como él quiere. En general la doctrina, hasta hace poco tiempo, entendía que en los casos de la cirugía estrictamente estética la obligación del médico era de resultado. Pero no se tenían en cuenta todos los elementos con que el médico trabaja (mascarillas, dibujos), porque aun cuando se comprometa a dejar a una persona con determinadas facciones, el médico está trabajando con un material que no es propiamente la arcilla (salvo algún ejemplo muy especial de un médico muy osado que dijera lo voy a dejar de tal manera y que asumiera contractualmente esa obligación, que no lo creo, y tampoco en ese caso existe una obligación de resultado por parte del médico).

Al respecto el Tribunal de Apelaciones de 2º Turno ha establecido en forma, a mi entender, muy criteriosa lo siguiente (éste es un caso exclusivo de cirugía estética, de una persona de cutis negro que pretendía tener una serie de modificaciones en su constitución facial, y parece que después de cumplida la función este paciente no quedó muy conforme y promovió el juicio correspondiente). El Tribunal por unanimidad dice (y es una sentencia muy importante que en cierto modo modifica ese criterio): "El Tribunal por unanimidad habrá de revocar la sentencia impugnada [que en primera instancia había sido favorable para el actor], por considerar que los agravios articulados [agravios desde el punto de vista técnico, quiere decir los perjuicios que entiende e invoca el abogado] son de recibo. En efecto, la Sala considera que la obligación asumida por el doctor [...] en su calidad de cirujano plástico, no puede ser considerada de resultado, incluso tratándose en el subexamen, en este caso, de una cirugía estética no reparadora de lesiones deformantes, al no haberse probado la existencia de un pacto expreso y detallado que asegurara el logro del fin de mejoramiento estético perseguido por el paciente. Como se expresara en sentencia de Tribunal de Apelaciones en lo Civil de 5º Turno [quiere decir que ya había un antecedente en este aspecto], en términos que esta Sala comparte, en

toda profesión concerniente a la salud existen siempre riesgos o áleas que excediendo ciertos límites no sería justo ni razonable transferirlos al profesional ubicándolos en el ámbito de la responsabilidad. Aun cuando el cirujano observe rigurosamente las reglas de su arte y ponga todos sus conocimientos y habilidad al servicio del paciente, puede presentarse un riesgo quirúrgico imposible de prevenir o controlar incidiendo en la prestación del cirujano plástico factores aleatorios que no están a su alcance prever y controlar. La obligación a su cargo no puede calificarse en general como de resultado, salvo en aquellos supuestos en que el mejoramiento estético haya sido expresamente pactado, por medio de dibujos, representaciones gráficas, moldes o mascarillas, por ejemplo. (Cosa muy difícil.) Incluso tratándose en la especie de un contrato verbal resulta razonable y adecuado suponer, con base en las reglas de la experiencia común extraídas en la observación de lo que normalmente acaece (artículo 141 del Código General del Proceso), que éste se adecua al uso normal y a la costumbre en tales casos, y estas condiciones normales y de costumbres están dadas por las cláusulas comunes preimpresas aconsejadas por la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay. Entonces siendo la obligación asumida de medios y no de resultado, no genera responsabilidad médica el que, pese a haberse realizado la intervención quirúrgica acorde con las reglas normales de la ciencia y la técnica, sólo haya obtenido especialmente los objetivos de mejoramiento estético perseguidos y hayan dejado secuelas que ameriten una segunda instalación correctiva".

Este caso es muy curioso porque la persona que promovió el juicio, como elemento fáctico sustancial para efectuar su reclamación, como elemento de hecho, adujo que después que se realizó la cirugía la novia lo abandonó porque no lo quería con esa nariz ni con esas orejas, sino con la misma nariz y orejas que tenía antes.

La obligación de seguridad

Otro de los elementos que con el tiempo se han ido depurando en este tipo de juicios por responsabilidad médica es la llamada obligación de seguridad. Ésta se le imputa sustancialmente a las clínicas médicas, en nuestro caso a las instituciones de asistencia médica. Y a los efectos de que ustedes tengan un concepto acabado de qué es esta obligación, les voy a citar cómo la nombran las doctoras Szafir y Venturini: "Hay quienes erróneamente llegan a la conclusión de que siempre esta ínsita en un contrato mutua una cláusula de seguridad, que tiñe de tinta el resultado", es decir que siempre las instituciones clínicas de asistencia médica tienen una obligación de resultado en el sentido de mejorar totalmente al enfermo. Esto lo he visto mucho en la rama de la traumatología; hay mucha gente que sufre fracturas y que cree que la obligación del médico traumatólogo es dejarlo absolutamente igual que antes de sufrir la fractura, sin darse cuenta de que hay un conjunto de elementos que pueden llevar a que el médico no logre ese objetivo. El médico obtendrá el mayor mejoramiento que pueda en el marco de su técnica y de los elementos que estén a su alcance, pero no es obligación del médico que quede totalmente restablecido, con una estructura absolutamente normal como tenía antes de la fractura.

Continúan: "...que tiñe de tinta el resultado la clásica obligación de medios asumida por los entes asistenciales, que debe ser cumplida por los profesionales de la salud, y que abarca todas las prestaciones a su cargo, sean de la especie que sean. Ello evidentemente no puede ser así, la jurisprudencia que siempre se caracteriza por ser muy cauta, sin incurrir en excesos que consagren soluciones injustas, ha manejado con suma prudencia la obligación de seguridad vinculada al contrato de asistencia médica". Esta obligación de seguridad comprende ciertas circunstancias en que el paciente que entra por una patología determinada sale por otra. Por ejemplo, un paciente que ingresa por cualquier patología y en el tratamiento se cae de una camilla y se fractura, ahí hay una obligación innegable por parte de la clínica médica porque esa persona, además de la patología que tenía, puede salir con la secuela de una fractura que no fue por lo que ingresó. Pero, y éste es un aspecto muy importante, esto no implica que exista en la realidad una especie de responsabilidad objetiva, y esto nos lleva de la mano a algo que se da con cierta frecuencia: las infecciones hospitalarias. Hasta hace muy poco tiempo se pensaba que una infección hospitalaria era culpa exclusiva de la clínica o mutualista. Sin embargo, yo tengo que reconocer que hay un estudio en el Anuario de Derecho Civil uruguayo, en el tomo 25, de la doctora Szafir, que quiero mencionarlo porque es muy importante. El caso de las infecciones hospitalarias se dice que es de fuerza mayor, y que para constituirse éstos hay dos elementos sustanciales que los configuran: la previsión y la inevitabilidad. Hace ver que aunque muchas veces se pueda prever la infección hospitalaria, si ella se torna inevitable, porque realmente muchas veces surge de gérmenes casi imposibles de eliminar por más que las instituciones adopten las medidas de higiene más cuidadosas, demostrando la institución que ha realizado lo necesario, pero que aun así no ha podido eliminar ciertos gérmenes, esa inevitabilidad, demostrada ella, es fundamental para exonerar a la institución de la responsabilidad que podría surgir. Es decir, que las infecciones hospitalarias, las comunes, deben ser evitadas con un buen sistema de higiene, pero cuando hay determinados gérmenes de tal rebeldía que han sobrevivido a todo tipo de higiene y que no se pueden eliminar, eso implica la eliminación de la responsabilidad de la clínica.

Responsabilidad contractual y extracontractual

A mi entender, uno de los puntos a tratar más importantes es el de la responsabilidad contractual y extracontractual, ya que en nuestro sistema sustancialmente la medicina se ejerce a través del mutualismo y el Ministerio de Salud Pública.

¿Qué es la responsabilidad contractual? Es la que implica obligaciones para las clínicas o las mutualistas que han hecho un contrato con el afiliado, por el cual deben proporcionarle todos los medios para sanarlo de la mejor manera posible acorde con los recursos que en ese momento existen. Esta responsabilidad en sí misma vincula directamente al afiliado y a la institución, sin perjuicio de que la institución, que es responsable de aquellos médicos que tiene en su servicio, si en determinadas circunstancias se establece sentencia de que la culpa emana directamente de algún médico ligado a ésta, tenga la posibilidad de repetir, es decir, de cobrarle a ese médico el perjuicio que le ha ocasionado su malap Praxis o mala práctica.

Y la responsabilidad extracontractual es cuando no hay contrato. ¿Quiénes pueden pretender una responsabilidad extracontractual? Generalmente los parientes que han sufrido un daño de tipo moral. No voy a entrar en las distinciones de los daños, porque ya sería extenderse en un aspecto que quiero que sea breve, preciso y claro. Extracontractual quiere decir que no existe ningún contrato, lo cual no significa que la muerte o la mutilación de un ser querido por culpa de un error médico no conlleve que uno de sus parientes pueda sufrir a su vez un daño desde el punto de vista espiritual y que tenga el derecho a reclamar a la mutualista.

En principio, en nuestro sistema las reclamaciones, en general, se hacen contra el mutualismo, contra las instituciones mutuales, o, en el caso de Salud Pública, contra el Estado; porque el Estado, de acuerdo con el artículo 24 de la Constitución de la República, es responsable cuando existe la falta de servicio, es decir cuando un médico dependiente del Estado actuó mal. En el caso de las mutualistas, por normas del Derecho Civil que establecen la responsabilidad contractual de responder cuando existen errores que a su vez generan daños determinados a sus afiliados.

Como un panorama final sobre cómo está el tema de la responsabilidad médica en el Uruguay. En primer lugar, ese número importante de juicios que se vislumbraba en 1988 sin ninguna duda se ha incrementado, hay muchísimos juicios, y no voy a mencionar estadísticas porque el doctor Berlangieri tiene una información mucho más acabada, pero sí decirles que el número es creciente e importante.

La exorbitancia de las reclamaciones

En segundo lugar, las reclamaciones son realmente sorprendentes desde el punto de vista económico, ninguna reclamación de responsabilidad médica se hace en moneda nacional, siempre se reclama en dólares (400 mil, 500 mil o un millón de dólares). Yo tuve un caso muy especial en el que la institución que defendiendo, el CASMU, había sido citada a una conciliación por 1.070.000 dólares de una persona que había fallecido en un IMAE; no quiero acá aclarar este tipo de cosas porque son muy técnicas, pero estrictamente la responsabilidad está en el Fondo de Recursos y no en la mutualista. Fui a la audiencia y la doctora tenía una enorme lista de daños y me hablaba de 25 dólares, de 37, 128, 127, y yo dije, dónde está el millón de dólares, lo que me interesaba era de dónde surgía el millón de dólares, porque yo iba sumando y habíamos llegado a 22 mil dólares; todo el resto era por daño moral, ¡un millón y pico! Ésta es una característica muy especial de los juicios de responsabilidad médica, que a mi criterio desde el punto de vista incluso del reclamante es contraproducente, porque en general los abogados que defendemos a las instituciones por supuesto que cuando viene un tipo de demanda de éstas averiguamos qué sucedió, hacemos una especie de ateneo, nos informamos, y si vemos que realmente ha habido un error médico, y cuáles han sido las consecuencias, tratamos de transar, pero tenemos que transar en términos de la República Oriental del Uruguay, y no de países con niveles de vida muy superiores a los nuestros. Entonces, otra de las características de los juicios por responsabilidad médica es la exorbitancia absolutamente increíble de las reclamaciones, que no están acordes con nuestro nivel de vida. En ese aspecto el doctor Gamarra ha hecho una serie de puntualizaciones. Sin perjuicio de que yo reconozco que cuando los reclamos son por daño material se pueden más o menos determinar con ciertos parámetros, pero cuando son por daño moral -como siempre digo- no hay un valorímetro, no podemos establecer el dolor moral de una manera exacta. Pero, contrariamente a lo que muchas veces se afirma de que el dolor moral no es demostrable, es decir que se demuestra en sí mismo, creo que sin embargo deben demostrarse determinadas circunstancias que rodeen el caso. No es lo mismo el dolor moral que puede tener un padre que cuando su hijo tenía un año se fue y nunca más se acordó de él y que viene -he visto casos- a reclamar millones de dólares, que el de un padre que se preocupó por su hijo toda su vida, que fue sus ojos, y que un buen día por un error médico este niño falleció. Es decir que esto en sí mismo es muy distinto, que se tienen que demostrar determinados tipos de relaciones y vinculaciones para ser más o menos justos o ecuánimes. Pero insisto en que la tendencia es a las reclamaciones absolutamente exageradas.

Con respecto a la jurisprudencia también en sus principios fue bastante disímil. No obstante estimo que hoy existe un criterio genérico de los jueces para determinar, y no como dice un autor argentino "un brazo vale tanto, una pierna vale tanto", porque no es lo mismo que quede sin un dedo un cirujano (al margen del daño material porque no va a poder seguir ejerciendo su especialidad, le implica un tremendo dolor la frustración de su carrera) que le amputen un dedo a un futbolista. También en este aspecto indiscutiblemente tiene que haber una selección. En general, yo diría que la jurisprudencia en este momento es bastante coherente. Yo conozco un caso excepcional y lo voy a citar porque ésta es una tribuna pública y no tengo por qué dejar de decirlo. Tuve un caso en Civil 13 de una persona que fue operada de cataratas y le quedó una esquirla de una aguja, que inmediatamente le fue extirpada por el doctor Rodríguez Barrios y no perdió la vista, y que pese a los dos peritajes que se hicieron, con peritos absolutamente ecuánimes, nombrados por ella, condenó al SMU a pagar 140 mil dólares. Cuando hay personas que fallecen y las condenas no son mayores que 25 mil o 30 mil dólares. Quería comentar este caso que me extrañó muchísimo y me exacerbó porque entendí que no fue ecuánime, no fue justo; y yo con criticar una sentencia y decir quién la dictó creo que no cometo ningún acto aberrante.

En resumen, con respecto a la responsabilidad médica actual en el Uruguay lo fundamental es decir que se ha decantado una serie de conceptos con los que se maneja; que los peritajes son sustanciales -no lo dije expresamente-, la justicia uruguaya se ha caracterizado por el asesoramiento de excepcionales peritos que informan al juez sobre aspectos que éste no conoce, y se maneja con términos muy prudentes y criteriosos; y por suerte esos excesos que muchas veces se cometen en las demandas han sido sujetados por una jurisprudencia muy justa, muy ecuánime y que merece todos los elogios.

----- o0o -----

[*] Abogado Jefe del Departamento Jurídico del Sindicato Médico del Uruguay.