

Colonia, 16 de julio de 2013.

SENTENCIA INTERLOCUTORIA N^a 1709.

VISTAS: Estas actuaciones presumariales cumplidas en los autos caratulados "A.S.S.E. - DENUNCIA", IUE N^o 222-75/2012 y los acordonados "ORAMECO" IUE N^o 222-182/2012 puestos al despacho para resolución el pasado 30 de mayo de 2013, tramitados con la intervención de la Sra. Fiscal Letrado Departamental Dra. Darviña Viera, y anteriormente la Dra. Ana Monteiro, tramitados ante el Juzgado Letrado de Primera Instancia de Colonia de 1^o Turno.

RESULTANDO:

1. El Oficio N^o 208/12 del 28 de marzo de 2012 de la Dirección General de Lucha contra el Crimen Organizado e Interpol (fs. 153) da cuenta a esta Sede que el auxiliar de enfermería J. E. V. P. había puesto en conocimiento en forma telefónica y luego por escrito a la Directora del Hospital de Colonia, la Dra. Ma. G. B. D., de una situación que involucraría a la Dra. M. A. D. D. sobre el uso de sedoanalgesia en forma inadecuada, la ausencia de registro respectivo y la eventual responsabilidad que podría correr el personal de enfermería (fs. 140) conforme a historias clínicas a las que tuvo acceso, que se adjuntan como documentación de fs. 1-152. La Directora remitió a su vez una nota al Director de Centros Regionales y Polos de Desarrollo, Dr. A. B. (fs. 138) y como consecuencia de ello, la Sra. Presidenta de la Administración de Servicios de Salud del Estado, Dra. B. S. presentó la denuncia ante la Jefatura de Policía de Montevideo el 23 de marzo de 2012 (fs. 137).
2. Conforme mandato verbal de la anterior Titular de la Sede, Dra. Beatriz Larrieu del 28 de marzo de 2012

se cumplió con la audiencia señalada y previa designación de letrados patrocinantes se recabó declaración a Dra. M. G. B. D. (fs. 144 y 159); Nurse D. G. B. G. (fs. 146 y 179); Auxiliar de Enfermería M. S. I. F. (fs. 148 y 187) legalmente asistida por el Dr. Liborio Lagos conforme art. 113 C.P.P.; y Dra. M. A. D. D. (fs. 149 y 193) legalmente asistida por el Dr. Martín Falero conforme art. 113 C.P.P. A su culminación la Sra. Fiscal de ese entonces, Dra. Ana Monteiro solicitó diligencias probatorias, solicitud que fue complementada por las Defensas actuantes y conforme resolución N° 414 del 28 de marzo de 2012 se ordenó el cese de detención de las indagadas, y se señaló audiencia para el día siguiente, oficiándose por testimonio de historia clínica. Conforme documentos de fs. 215-490 se cumplió con lo solicitado, siendo entregadas las copias por la Dra. B..

3. En audiencia del día 29 de marzo de 2012, con la presencia del Ministerio Público y las Defensas, se recabó declaración a Auxiliar de Enfermería J. E. V. P. (fs. 145 y 786); Nurse N. B. V. B. (fs. 150 y 795); Dra. S. M. D. T., Sub Directora del Hospital de Colonia (fs. 147 y 801); Dra. M. S. J. (fs. 816); Dr. R. M. B. M. (fs. 785 y 821); Dr. G. R. H. T. (fs. 835) y Dra. A. N. M. B. (fs. 841). A partir de las solicitudes formuladas por la Sra. Fiscal y las Defensas (fs. 845), se dispuso por resolución N° 415 recabar declaraciones testimoniales complementarias.
4. A fs. 847, los Dres. G. A. y C. A., en sus calidades de Secretario de la Comisión Directiva y Directora Técnica, respectivamente, de ORAMECO presentaron denuncia por dichos formulados en ocasión de efectuarse reunión de Comisión, lo que fuera

informado por Oficio N° 212/12 de la Dirección referida en el numeral 1° (fs. 851).

5. En audiencia del día 30 de marzo de 2012 se recabó declaración, con las mismas garantías, a Auxiliar de Enfermería C. E. G. B. (fs. 849 y 852); Auxiliar de Enfermería L. M. C. A. (fs. 857); Auxiliar de Enfermería M. P. P. (fs. 848 y 865); Auxiliar de Enfermería S. E. R. A. (fs. 870); Auxiliar de Enfermería L. I. D. M. P. (fs. 873); Licenciada en Enfermería A. N. G. S. (fs. 875); Auxiliar de Enfermería J. T. L. G. (fs. 881); Auxiliar de Enfermería G. d. C. A. C. (fs. 885); y Licenciada en Enfermería E. M. R. O. (fs. 850 y 888). Luego de oído el Ministerio Público y las Defensas, se dispuso por resolución N° 417 solicitar al Hospital de Colonia copia de los registros de entrega de morfina, al Instituto Técnico Forense el estudio de las historias clínicas agregadas y declaraciones recibidas a través de Junta de Peritos Forenses, y a la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República propuesta de Peritos para la práctica de pericia conforme solicitud de las Defensas, a su costo y previa designación, oficiándose.

6. De fs. 896 a 904 lucen los registros solicitados. Por resoluciones de fs. 907 y 909 se ordenó la ampliación del punto de pericia y la declaración de la denunciada Dra. D., lo que fuera cumplido a fs. 910. Luego de diversas diligencias, el I.T.F. presentó informe el 14 de setiembre de 2012 elaborado por los Dres. D. M., L. C. y D. P. a fs. 945. Del Registro de Peritos del Poder Judicial se designó al Dr. H. R. A. quien presentó su informe a fs. 959 el 3 de agosto de 2012. De la lista de Catedráticos Grado 5 de Clínica Médica del

Departamento Clínico de Medicina se designó al Dr. J. A. B. quien presentara su informe a fs. 975 el 3 de agosto de 2012. Convocadas las partes a audiencia el día 17 de octubre de 2012 se dispuso por resolución N° 1542 conferirles vista sucesiva y personal de los informes periciales.

7. Las Defensas evacuaron las mismas a fs. 992 y 994. El Ministerio Público por su parte se expidió conforme Dictamen de fs. 1013 el 22 de mayo de 2013. Por resolución N° 1370 se ordenó acumular las actuaciones **IUE N° 222-182/2012** y su estudio para resolución.
8. El expediente referido, actualmente acordonado, corresponde a la Denuncia presentada por **ORAMECO** por lo ocurrido en la Sesión del Consejo Consultivo de la Institución el 25 de mayo de 2012 donde se habría expresado que en aquélla ocurría lo mismo que en el Hospital refiriéndose a la actuación de la Dra. D.. Por resolución N° 1062 del 8 de agosto se ordenó la instrucción en legal forma, conforme Dictamen Fiscal de fs. 6.
9. Así el 12 de octubre de 2012 se recabó declaración al Dr. J. R. B. G., Tesorero de ORAMECO (fs. 9); Dr. J. C. M. M., su Secretario (fs. 11); Dr. G. R. A. V., Presidente de la Institución (fs. 13); Auxiliar de Enfermería M. S. G. C. (fs. 15); Auxiliar de Enfermería J. E. V. P. (fs. 19); y el 19 de octubre siguiente a Auxiliar de Enfermería L. B. L. M. (fs. 27); Auxiliar de Enfermería Y. T. V. D. (fs. 29); y Nurse N. S. D. l. S. S. (fs. 32). Por su parte el día 12 de marzo de 2013 se recabó declaración indagatoria legalmente asistida a la Dra. M. A. D. D. (fs. 36), disponiéndose por resolución N° 475 acordonar este expediente al referido anteriormente y su pasaje conjunto en vista al Ministerio Público.

La actual Titular Dra. Darviña Viera se expidió por la acumulación conforme Dictamen del 22 de mayo y por decreto N° 1371 del 27 de mayo se ordenó el acordonamiento y puesta al despacho en forma conjunta para resolución. Los expedientes fueron recibidos el pasado 30 de mayo de 2013 por lo que de conformidad con lo dispuesto por el art. 90 del Código del Proceso Penal la presente resolución se dicta en tiempo y forma.

CONSIDERANDO:

- I. De la acumulación de expedientes: Teniendo en consideración lo dispuesto por el art. 46 del C.P.P. la conexión entre acciones o procesos existe cuando refiere a una o varias personas por la comisión de uno o varios delitos, en condiciones que determinen que la prueba de uno de los o de alguna de sus circunstancias influya sobre la prueba del otro delito o de alguna de sus circunstancias (vide literal C nal. 6°). En el expediente iniciado a partir del escrito presentado de ORAMECO (IUE N° 222-182/2012) en principio se denunciaría a una de las indagadas en estos autos, la Dra. D. por hechos que se repetirían en esa Institución. Sin embargo luego de la instrucción cumplida los hechos están referidos a los pacientes A.R., B.B. y S.V. Las historias clínicas de los dos primeros referidos fueron analizados en el expediente originado por la denuncia de ASSE con lo cual ya fueron periciados. El último paciente no corresponde su análisis en tanto la persona se encuentra viva y no ha formulado instancia en legal forma por ningún hecho culposo a pesar de haber ocurrido hace más de dos años. Por último y no menos importante a fs. 847 (Expte. ASSE) la institución

ORAMECO ya había presentado denuncia por los mismos hechos. A riesgo de ser excesivo el razonamiento corresponde destacar que el denunciante había prestado declaración a fs. 788 sin concretar ningún nombre en particular referida a la institución de asistencia médica mutual privada. En suma, entonces, corresponde la acumulación del proceso más nuevo (IUE N° 222-182/2012) al más antiguo de conformidad con lo dispuesto por el Código General del Proceso en sus arts. 323 y 324 tomando estos textos normativos como normas integradoras en el vacío legal en el proceso penal. Se asume la necesidad de la acumulación de autos básicamente cuando la sentencia que se ha de pronunciar en un proceso produzca efecto de cosa juzgada con relación a los restantes, optándose por la competencia del que ha prevenido y pudiéndose ordenar de Oficio, aunque en este caso tanto el Ministerio Público como las Defensas han formulado idéntica solicitud.

II. De la prueba producida: En las actuaciones cumplidas hasta el momento corresponde precisar que se ha diligenciado un cúmulo probatorio muy profuso y variado que consta no sólo de las actuaciones policiales de investigación, sino de las declaraciones de las denunciadas, legalmente asistidas, personal médico, técnico y auxiliar, historias clínicas, registros administrativos hospitalarios e informes periciales.

El denunciante J.E.V.P. (fs. 141) explica que *"...nunca vi indicación médica de inyectar 16 ml. de sedoanalgesia s/c..."* esto es en forma "sub cutánea". No puede perderse de vista que esta denuncia se produce en un momento histórico muy

sensible a partir de los procesamientos de dos auxiliares de enfermería de Montevideo como surge de algunas deposiciones ("*enfermeros del Maciel*" fs. 209, "*a propósito de lo ocurrido en Montevideo, como desahogo creo*" fs. 823, "*preocupados porque la gente tiene miedo... nerviosismo*" fs. 866, "*hacer lo mismo que en Montevideo*" fs. 884). Así el mismo declarante expresa su preocupación por la situación de indefensión que resultaría si el personal de enfermería suministrase medicación por orden del profesional sin que esto quedara asentado en la historia clínica. Es decir que en un contexto complejo se produce una denuncia reactiva a un momento crítico en la atención de salud de las personas, atención que por definición se cumple en equipos, integrados por distintos profesionales técnicos y no técnicos, en régimen de jerarquía y de cooperación a la vez, en rotación de turnos y sobre exigencia de rendimiento por la escasez de recursos humanos, a veces materiales, a veces de disponibilidad de camas.

De las múltiples declaraciones recabadas emergen contradicciones sobre lo que es la sedoanalgesia, cuáles son las dosis, cuándo se administra, de qué forma, cuando un paciente es "terminal", y sobre tal condición en los analizados por el denunciante. Si bien la gran mayoría asocia la sedoanalgesia con la eutanasia, no resulta tan directa la vinculación en tanto dos pacientes que recibieron tal tratamiento (A.R. y S.V.) están vivos, y otro (R.) falleció a pesar de no recibir tal medicación. Sin embargo, como todo diagnóstico, el de "terminal" depende del médico tratante quien asume en consecuencia la

responsabilidad por el tratamiento consecuente (fs. 176, 785, 835, 841). Se extrae también como consistente en las declaraciones la ausencia de protocolos de atención sedoanalgésica en pacientes terminales. Aquellas contradicciones, esta ausencia de procedimientos pre establecidos y la falta de comunicación de calidad entre los integrantes del equipo llamado a prestar asistencia a las personas, constituyen un marco referencial que da origen a lo denunciado y a lo "rumoreado", si se permite la expresión. Respecto de la Auxiliar de Enfermería I. todos coinciden en su excelencia como persona y como compañera de trabajo. Respecto de la Dra. D., la mayoría indica su alto nivel de compromiso con los pacientes, pero destacan que su forma de ser la distancia de algunos compañeros y usuarios. Por ejemplo la señalan como vehemente y directa (fs. 821), que habló de mala manera (fs. 852), egocéntrica y de carácter fuerte (fs. 19 acordonado). Esto explicaría que del universo de médicos e instituciones en las que la misma terapéutica se aplica, la denuncia se haya dirigido a esta profesional.

Tres de los médicos declarantes, uno prestando funciones en Emergencia y dos como Internistas, refieren a que la sedoanalgesia es aplicada por todos los médicos en distintas modalidades (fs. 821, 835 y 841), sin que se destacaran grandes diferencias de criterios respecto de lo realizado por al colega denunciada. Sin embargo otros profesionales, técnicos y no técnicos, citados como testigos pero preguntados como peritos, no conformaron un criterio unánime sobre las dosis, su forma de suministro y la calidad de terminal de un paciente. Estos aspectos técnicos también

son ajenos a la formación de los operadores jurídicos llamados a conocer el asunto de marras. Sólo a vía de ejemplo ha de verse que respecto del paciente J.D. algunos declarantes lo refieren como no terminal, que estaba muy bien, lo mimaban (fs. 852), que había conversado el día anterior (fs. 850), que no estaba en agonía ni sufría (fs. 875), que hablaba (fs. 888), lúcido pero deprimido (fs. 786). Sin embargo para otros declarantes sentía dolor, estaba mal y en posición fetal (fs. 841), dolorido y sufría mucho (fs. 861), estaba pésimo, no quería vivir, ni comer, se quejaba al moverlo (fs. 881). La Historia Clínica da cuenta de su violencia con las enfermeras, lastimándolas en las manos, arrancándose las VVP, sin colaborar con las maniobras de baño y cambio de ropa, con agresividad, hablando incoherencias, nervioso, desorientado, arrojándose al piso y requiriendo maniobras de contención y sujeción en cama, con períodos de fiebre y desorientación, infecciones recurrentes en muñones por las amputaciones sufridas y úlceras que a veces supuraban, en posición fetal por largos períodos, sin querer comer ni ingerir líquidos ni poder bastarse a sí mismo, requiriendo cambio de pañales y ropa de cama (fs. 387-487).

Para ello el art. 187 del Código del Proceso Penal prevé que el Juez puede ordenar una pericia *"... cuando para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia pertinente, fueren necesarios o convenientes conocimientos especiales en alguna ciencia, arte o técnica"*. En idéntico sentido se pronuncia el art. 177 de la ley procesal civil cuando declara procedente la prueba pericial para verificar hechos que interesen al proceso y sean

necesarios conocimientos artísticos, científicos y técnicos especiales. Por resolución N° 417 del 30 de marzo de 2012 (fs. 894) la Sra. Juez entonces Titular de la Sede ordenó al I.T.F. practicara por junta de peritos forenses el estudio de las historias clínicas agregadas y declaraciones recibidas a efectos de informar: "a) si los pacientes L.C., E.F., L.H.R., B.R., S.F. y A.R. revestían la calidad de enfermos terminales; b) en qué casos corresponde indicar el paciente sedoanalgesia y cuál es la finalidad de dicha indicación; c) cuál es la medicación que corresponde administrar en caso de indicarse sedoanalgesia y cuáles son las dosis adecuadas; d) si la sedoanalgesia indicada en los pacientes mencionados en el literal a) fue adecuada teniendo en cuenta medicación y dosis que resultan de las referidas historias; e) cuál es el efecto de la sedoanalgesia si se administra por vía intravenosa por goteo en suero y por vía subcutánea; f) cuál es el efecto de la misma sedoanalgesia si se administra en bolo intravenosos; g) si es adecuada la administración de sedoanalgesia en bolo intravenoso; h) todo otro dato que surja de las historias clínicas y pueda ser de interés para la dilucidación de este asunto...". Estos mismos puntos de pericia fueron impuestos a los peritos cuya solicitud partió de las Defensas de las indagadas.

A fs. 945-952, los Sres. Médico Forenses del Instituto Técnico Forense Dres. C., M. y P. analizan el expediente que les fuera remitido en forma completa y concluyen:

a) De acuerdo al contenido de las historias clínicas y de la evolución de los pacientes

analizados, esta Junta Médica considera que los mismos revisten el carácter de enfermos terminales;

b) De acuerdo a la bibliografía la "sedación paliativa" es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios;

c) Para los casos en cuestión la medicación empleada (midazolam, morfina) fue la adecuada y las dosis utilizadas son acordes. Se aclara que de la bibliografía surgen dosis en rangos de amplia variabilidad;

d) Los efectos son los mismos independientemente de la vía utilizada. La vía intra venosa es la utilizada para la inducción de la sedación (bolo) porque el tiempo de comienzo de los efectos es menor.

e) Es adecuada la administración de sedo analgesia por lo que surge del literal anterior.

De fs. 959-974 surge el informe del Dr. H. R., Catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina quien citando a Gherardi ("Ética en el final de la vida", Red Bioética UNESCO, 2007) y otros autores considera que el enfermo terminal es aquel portador de una enfermedad que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales y un pronóstico de vida no mayor a seis meses. También efectúa una distinción entre el paciente terminal del paciente en estado

crítico (con compromiso vital pero reversible), sin esperanza (enfermedad de larga evolución finalmente letal como las neurológicas degenerativas) y el agónico (con deterioro severo de los sistemas orgánicos con pronóstico de muerte muy próximo). Concluye que las personas cuyas historias clínicas fueron analizadas revisten la calidad de pacientes terminales, la sedo analgesia tiene indicación tanto en pacientes agudos como en crónicos buscando controlar desde los síntomas molestos hasta los síntomas múltiples, considerando que se trata de un derecho del paciente el de recibir tratamientos paliativos, además de una obligación ética para los médicos, (art. 17 lit. B de la ley 18.335 y art. 1 de la ley 18.473). Destaca que el criterio de dolor en cuidados paliativos trasciende ampliamente el dolor físico y se asimila al concepto de dolor total, citando definición de la OMS sobre los cuidados paliativos como aquellos *"...necesarios para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva que ya no responde a un tratamiento curativo y donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psico-sociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte. Los cuidados paliativos constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia"*. En los puntos de pericia coincide con las conclusiones del ITF sobre la adecuación de la medicación brindada, dosis y modalidad de suministro.

De fs. 975-989 luce el informe pericial del Dr. J. A. B. en su calidad de Profesor Titular de Clínica Médica del Hospital de Clínicas, Médico Internista y Cardiólogo, quien cita la definición de paciente terminal de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos que requiere la presencia de cinco condiciones: 1) presencia de una enfermedad incurable de curso evolutivo hacia la progresión y en fase avanzada en su historia natural; 2) falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; 3) presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, de origen multifactorial y en oportunidades cambiantes; 4) la situación genera gran impacto emocional en el paciente, en la familia, y en el equipo tratante, que se relaciona con la presencia explícita o no de la muerte; 5) el pronóstico de vida debe ser inferior a seis meses. Destaca que los pacientes fallecidos eran terminales con edades de 99, 85, 77, 92 y 91 años, considerando que la sedoanalgesia apunta al control de síntomas que incluyen el dolor total (físico y espiritual), dificultades respiratorias (disnea, sed de aire, sensación de asfixia), tos intratable, excitación psicomotriz, delirio y angustia profunda, deterioro del nivel de conciencia, no siendo conveniente prescindir del uso de narcóticos potentes aunque el paciente entre en coma si está en situación de agonía. Coincide con los otros colegas respecto que la combinación más frecuente en sedo analgesia es midazolam (dosis de 0,42 a 20 mg./h con dosis máxima de 480 mg en 24 horas) y morfina (dosis de 2-5 mg. cada 4h hasta 2500 mg., aunque pocos pacientes requieren dosis superiores a 300 mg por día). Respecto de si las dosis que se registran

en las historias clínicas se encuentran dentro de los parámetros legales vigentes, concluye que es así como práctica médica clínica habitual en nuestro medio.

III. De la posición asumida por el Ministerio Público:
Corresponde primariamente considerar la acción penal. Para el Dr. Marabotto la acción penal es, como toda acción, un medio legal de pedir judicialmente la imposición de una pena o medida de seguridad al autor de un delito, integrando la ausencia de definición en el C.P.P. con lo dispuesto por el art. 240 del C.P.C., entonces vigente al momento de la publicación del "Curso sobre el Código del Proceso Penal - Ley 15. 032" (De las Disposiciones Generales, p. 54, I.U.D.P., F.C.U.). El Prof. Arlas en el único tomo de su "Curso de Derecho Procesal Penal" expresaba que en todos los casos de proceso penal tendremos el ejercicio de una acción, en que se hace valer una pretensión penal, tiene como fundamento fáctico un hecho con apariencia delictiva y persigue la imposición de una pena o de una medida de seguridad, mediante las formas del juicio penal ordinario, atribuyéndole como tres características su publicidad, oficialidad y necesidad (F.C.U., 1983, p. 46). Previamente (p. 21 y ss.) las había definido: el Estado que tiene entre sus funciones esenciales reprimir los delitos debe, frente a un hecho con apariencia delictiva, promover por sí mismo el juicio respectivo por intermedio de sus órganos sin esperar a que alguien excite el cumplimiento de esa función, recae sobre el Ministerio Público el ejercicio de la acción penal que es pública por el principio de oficialidad del art. 10 del C.P.P. que exilia, salvo excepciones legales, la

acción penal privada y el proceso penal es inevitable, necesario, para obtener la satisfacción de la pretensión penal del Estado.

El Dictamen de fs. 1013 de la Sra. Fiscal Letrado de Colonia, Dra. Darviña Viera sostuvo que "En autos se denuncia el suministro de sedo analgesia (morfina y midazolam) a personas en etapa terminal por parte de la Dra. A. D. y la Enfermera I. con la consecuencia que esta medicación provocaría la muerte de la persona. Se produjo abundante prueba, declaraciones, historias clínicas e informes técnicos... surge que: INFORME PERICIAL DE ITF ... concluye: "Analizadas las historias clínicas se concluye que el accionar de la técnica actuante se encuentra enmarcado en la Lex Artis y la Buena Praxis". INFORME PERICIAL DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL DE LA UDELAR ... "... en los casos en estudio se emplearon los fármacos habituales y dentro de los rangos de dosis habituales que, como se señaló, son ampliamente variables", INFORME PERICIAL DEL DR. J. A. B. ... quien concluyó que existió una administración correcta de la medicación, así como una dosis adecuada. Como puede verse los informes son contundentes en afirmar que la actuación de D. fue correcta... El actuar de la técnica se enmarcó en la buena práctica y no existió dolo en su accionar y consecuentemente en el accionar de I.. Como resultado de lo expuesto, este Ministerio considera que de autos no surgen elementos de convicción suficientes que ameriten el reproche penal por lo que no solicitará responsabilidades penales para las indagadas M. S. I. F. y M. A. D. D. pudiendo Ud. disponer el archivo de las presentes actuaciones, sin perjuicio".

En este contexto, so pena de sobrepasar claros preceptos constitucionales sobre el debido proceso y su regulación legal, esta Sentenciante acogerá la solicitud de la Sra. Representante del Ministerio Público por una doble línea argumentativa. En primer lugar porque la acción penal no es ejercida por su Titular conforme su fundado dictamen del 22 de mayo de 2013 transcrito. En segundo lugar porque no existen elementos que permitan a esta proveyente apartarse con fundamento del Informe Pericial de I.T.F. referido, el que es acompañado por los informes requeridos por las denunciadas. Conforme indica el art. 184 del C.G.P. sobre "Apreciación del dictamen" éste deberá valorarse de acuerdo con las reglas de la sana crítica, debiendo consignar en el fallo los motivos que tenga para apartarse del informe cuando así lo haga. Las reglas de la sana crítica tienen por base los principios lógicos y de experiencia que son ante todo, reglas del correcto entendimiento humano (Conf. Couture "Fundamentos del Derecho Procesal Civil", p. 270), el propio de un ser que actúa racionalmente o de manera razonable (Conf. Marabotto "Curso del C.G.P.", T. I, p. 145), y configuran un sistema de libre apreciación razonada basado en reglas objetivas de razón, experiencia y ciencia (Conf. Véscovi, "Derecho Procesal Civil", T. I, p. 85), definiciones que han sido recogidas por pacífica jurisprudencia de nuestros Tribunales. Los conocimientos científicos vertidos por los Sres. Médico Forenses de I.T.F. explicados para el neófito y con base en las historias clínicas que se han tenido a la vista permiten a quien no conoce sobre el tema dar seguimiento a su razonamiento

hasta las conclusiones a las que arriban con fundamento. La misma ilación lógica puede realizarse a partir de los informes de los otros galenos convocados a la litis por solicitud de las denunciadas, acotados a los puntos de pericia definidos por la anterior Titular de la Sede.

"CAFFERATA NORES manifiesta que: "... si el juez recurre al perito precisamente, porque no tiene los conocimientos especializados para descubrir o valorar un elemento probatorio, no puede, luego que ha conocido sus conclusiones apartarse de ellas invocando argumentos científicos de su información privada, aún cuando aparezcan inmersos en supuestas reglas de experiencia. Si las pericias no satisfacen técnicamente a los jueces, éstos deberán echar mano de todas las disposiciones legales que permitan, aún de oficio, su aclaración, ampliación o renovación. Pero nunca podrán sustituir por la propia a la explicación técnica de los expertos, pues si antes convocaron al perito porque no conocían sobre el tema a peritar, no pueden - después - rechazar la fundada opinión de éste, invocando que ahora sí saben del contenido de que se trata..." (La prueba en el proceso penal, pág. 89). A su vez LINO PALACIO enseñaba que el apartamiento de las conclusiones establecidas en el dictamen pericial "... debe encontrar apoyo en razones serias, es decir en fundamentos objetivamente demostrativos de que la opinión de los expertos se halla reñida con principios lógicos o máximas de experiencia o de que existen en el proceso elementos probatorios provistos de mayor eficacia para provocar la convicción acerca de la verdad de los hechos controvertidos..." (Derecho Procesal Civil, tomo

IV, pág. 720). En el parecer de los firmantes del fallo, las restantes pruebas obrantes en autos, valoradas conforme a los principios de la sana crítica, resultan coincidentes con los resultados de las precitadas pericias, las que conforme a sus desarrollos expositivos y fundamentos, emiten conclusiones que reúnen los requisitos de lógica, de técnica y de ciencia que para el caso corresponden..." (TAP 2º, S. 37/2000, c. N° 244, R.D.P. 13).

IV. De los Dilemas Éticos de la medicina contemporánea: Así se titula la memoria del Seminario-Taller sobre Ética, Medicina y Salud realizado en Montevideo en junio de 2012 publicado por la Junta de Transparencia y Ética Pública. Refiriéndose al proyecto de Código de Ética Médica y en punto a los enfermos terminales se incluye como obligación del médico continuar con la asistencia al paciente con la misma responsabilidad y dedicación siendo el objetivo de su acción médica, aliviar el sufrimiento físico y moral del paciente, ayudándolo a morir dignamente, no siendo ético que el médico indique procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios y/o perjudiciales para su calidad de vida, lo que algunos autores denominan "encarnizamiento terapéutico" y otros matizan como "activismo" u "obstinación" terapéutica. Sostienen los expositores que no se trata del lapidario "no hay nada más que hacer" sino de seguir tratando al paciente con el mismo respeto para que su despedida sea digna, sin dolor, acompañando un proceso dialogado, con el propio interesado si su estado de entendimiento lo permite, con los familiares pero sin ignorar la muerte ni el sufrimiento que aquella produce. El

Dr. Gómez Sancho, médico español disertante, al referirse a la medicina paliativa concluía que la meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia, debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares, y si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo.

Tal vez, y meramente especulativa resulta la consideración, el saber médico en ocasiones no se comparte con el resto de su equipo de trabajo, a veces con los familiares y otras con el paciente. Este aislamiento pudo haber permitido especular sobre lo que estaba sucediendo. Debe ser muy difícil lidiar diariamente con personas que sufren, con enfermedades que no ceden, con avances científicos que no alcanzan, debe ser muy frustrante cuidar a una persona que finalmente morirá a pesar de. Ese desgaste y esa aparente falta de comunicación merecería quizás una labor activa de integración, un abordaje sanador de quienes se encargan de la salud de los demás. Como se dice *cuidar al cuidador*, exigencia que no se ciñe únicamente al ámbito de la salud, sino a todos aquellos que por vocación o por necesidad laboral se hacen cargo del otro y de sus problemas.

- V. En definitiva, lo actuado por la Dra. D. y consecuentemente por la Auxiliar de Enfermería I. se encuadra dentro de los parámetros de la actuación médica, cumpliendo con sus deberes como tal de acuerdo a su saber y entender dado su diagnóstico de los pacientes y conforme el estado actual de la ciencia. Así lo invocó y así lo destacaron algunos compañeros de función,

técnicos y no técnicos declarantes en autos. Tal fue la conclusión de la Junta Médica del ITF y de los informantes que a solicitud de las denunciadas fueron designados en este expediente para efectuar sus propios análisis. Por ello no accionará penalmente la Sra. Representante del Ministerio Público y Fiscal. Consecuentemente esta proveyente dispondrá el archivo de las actuaciones, manteniendo el acordonamiento del expediente referido en el acápite.

Por los fundamentos expuestos, arts. 18, 22 y 239 de la Constitución de la República, arts. 10, 33, 34, 68, 105, 112 del C.P.P., ley 15.750 y demás normas concordantes,

SE RESUELVE:

DE CONFORMIDAD FISCAL, ACUMÚLESE EL EXPEDIENTE IUE N° 222-182/2012, DEJÁNDOSE CONSTANCIA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN MANUAL DE LA SEDE.

FECHO, ARCHÍVESE ESTAS ACTUACIONES, CON NOTICIA PERSONAL DE LAS PARTES, SIN PERJUICIO.

**Dra. Virginia Ginares
Jueza Letrada**