

## Conclusiones

1. Referenciar el problema en el contexto de la violencia contra los médicos en general, problema que excede a la medicina pre hospitalaria, y que es un fenómeno global.

El cambio en los paradigmas, con la pérdida de valores sociales referentes a nuestra profesión, es un problema mundial. En ese sentido, es fundamental la relación médico – paciente – familia en la prevención de los hechos de violencia.

2. Está claramente determinado que, en circunstancias en las cuales se constata un escenario adverso con riesgo real para el equipo médico, existe amparo legal para realizar el acto médico sólo una vez que esta situación fue resuelta por personal especializado (policía, bomberos, etc.), evitando poner en riesgo al equipo de salud.

3. La situación de mayor conflicto es aquellas en la cual hay una emergencia real en zona de riesgo potencial. El gran desafío es lograr generar un escenario seguro para desarrollar el acto médico resolviendo la situación de potencial incumplimiento del contrato ético, moral, asistencial, legal, laboral y comercial. Se debe resolver la falsa contraposición de derechos entre la necesidad de asistencia del paciente y el derecho a la seguridad del equipo médico.

4. Si bien hay zonas de Montevideo que concentran la mayor parte de los hechos de violencia real o potencial, estos pueden ocurrir en cualquier lugar y a cualquier hora, lo cual dificulta la coordinación con el Ministerio del Interior. Por tanto, cualquier propuesta conjunta debería evitar estigmatizar zonas, no considerando límites geográficos a la atención médica, en el sentido que éstos son relativos, imprecisos y dinámicos. La experiencia de cada empresa es muy variable en ese sentido.

5. Los hechos de violencia contra el equipo médico son frecuentes; existe un sub registro tanto a nivel del Ministerio del Interior, pues en la mayoría de los casos no se denuncia, como a nivel de las empresas. Es necesario documentar, más allá de lo anecdótico, en forma retrospectiva y prospectiva, los hechos de violencia, centralizando la información, para poder tener datos objetivos en cuanto al volumen y georeferenciación del mismo, que permita al Ministerio del Interior tener bases objetivas y sólidas para acciones concretas.

6. Es imprescindible la coordinación con la Federación Uruguaya de la Salud, tanto en el análisis como en los planteos de solución, pues se tiene plena conciencia que se trata de un equipo asistencial, si bien las potenciales responsabilidades legales son sobre todo médicas.

7. Es necesario planificar acciones de mediano y largo plazo, concomitantemente con las acciones inmediatas, que permitan mejorar la percepción del médico en la sociedad y en particular en las zonas conflictivas. Se debe recuperar el respeto a un equipo asistencial trabajando en cualquier lugar de Montevideo. En ese sentido, el objetivo será trabajar desde diversos ángulos para lograr el concepto de "Cruz Roja

en zona de guerra”, es decir, el respeto absoluto más allá del entorno mientras se desarrolla el acto médico.

Esta campaña podría ser realizada y financiada entre todas las empresas y el SMU. Complementario a este concepto, las experiencias de inserción a través de estructuras sociales ya existentes con acciones concretas de aproximación (por ejemplo, cursos de RCP por parte del 105 en policlínicas barriales), así como las experiencias del colectivo del Transporte a través de las “mesas de coordinación ciudadana” para la prevención de los hechos de violencia, han sido muy exitosas y pueden tomarse como guías.

8. Se debe aprovechar al máximo las estructuras existentes de coordinación, como la generada a través del convenio Cámara de Emergencias Móviles – Ministerio del Interior para la asistencia de los eventos en la vía pública, por el cual se racionalizan los recursos dividiendo el mes entre SEMM, SUAT y UCM. La línea directa entre la Cabina de Coordinación de dichas empresas con la mesa de coordinación de la línea 911 es un punto de partida para acciones futuras.

Finalmente, se definen las siguientes líneas de acción concretas, con los correspondientes grupos de trabajo.

A. Diagnóstico y georeferenciación: se realizará un informe sobre los hechos de violencia ocurridos en un período de tiempo, realizando una encuesta en cada empresa, que puede ser vía mail, tratando de identificar los hechos de violencia y el lugar donde ocurrieron. Se centralizará la información en el SMU. Se implementará un sistema de registro prospectivo, que permita documentar los acontecimientos. Coordinar esta información en el Ministerio del Interior, a efectos de evaluar cuál es la mejor respuesta por parte que éste pueda implementar. (encargados: Dres: Cano, Rodríguez y Crio. Ferraz).

B. Solicitar al Dpto. de Medicina Legal de la UDELAR, asesoría jurídica penal, y dpto. Jurídico del MSP, un informe sobre las implicancias legales, de la situación actual así como de las eventuales medidas que se puedan implementar. (Dres. Rodríguez, Rovira y Salom).

C. Solicitar a la brevedad entrevista con la FUS para coordinar acciones (Dres. Odriozola y Grecco).

D. Coordinar reunión con Improfit (empresa que asesora al SMU en términos publicitarios) para delinear una campaña que aproxime al médico a la sociedad intentando mejorar la percepción pública según los conceptos antes descritos (Dres. Grecco y Odriozola).

E. Grupo de trabajo para diseñar acciones concretas de inserción en zonas conflictivas, coordinando con el Ministerio del Interior (Dres. Pacheco, Crio. Ferraz).

F. Con todos los insumos de los distintos grupos de trabajo, se deberá elaborar un documento con pautas de actuación claras y concretas, que permitan atacar el problema en agudo y resolver situaciones emergentes, así como las acciones de prevención y políticas de mediano y largo plazo complementarias. (aún no asignados).

Los grupos de trabajo son abiertos y puede incorporarse quien lo desee a cualquiera de ellos.