

INFORME PRELIMINAR SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LOS MÉDICOS EN URUGUAY

Comisión interinstitucional de violencia en el área de la salud*

Antecedentes

El 11 de enero de 2009 fue muerto en la ciudad de Salto el neurólogo Dr. Pablo Gaudín Camacho, de 51 años. Pocos días antes había sido agredido en la vía pública, en Montevideo, el Dr. Jorge Bermúdez Belbussi (56) resultando con graves lesiones. El 14 de enero se produjo la Declaración de Salto y como consecuencia se generó una Comisión Interinstitucional para ocuparse del tema de la violencia contra los profesionales de la salud. La misma fue integrada por representantes de la Academia Nacional de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior, la Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas, las Faculta-

des de Medicina de la UDELAR y del CLAEH, las Sociedades Uruguayas de Neurología y Psiquiatría.

En el curso del año 2007, dentro de una Jornada de Residencias Médicas, los participantes realizaron una encuesta que determinó que el 70% de ellos habían sido víctimas de agresiones de diverso tipo (verbales, tirones de la ropa o el cabello, incluso físicas), lo que en su momento tuvo alguna repercusión en la prensa, aunque no se publicó el informe de dicha investigación.

Las acciones de la comisión

El 11 de febrero de 2009, un mes después de aquel fatal episodio, se

aprobó el formulario de denuncia de episodios de violencia contra profesionales, un manual de procedimientos y un instructivo que tuvieron amplia distribución en las semanas siguientes.

En este tiempo se han recibido unos 40 casos que se han procesado y cuyos datos damos en el detalle adjunto, con omisión de los nombres de los/las colegas afectados/as y sus datos filiatorios. Incluimos los dos anteriores a la Declaración de Salto, y algunos que aun sin instructivo ni formulario fueron recibidos a través de las vías gremiales, por denuncia de los afectados.

El estudio del caso Salto

La Academia Nacional de Medicina dispuso realizar un estudio del caso de Salto a través de un grupo de antropólogos encabezados por la Dra. Sonia Romero, profesora de Antropología Social de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, que realizó en el mes de mayo una visita a aquella ciudad, tomó contacto con todas las partes involucradas, entrevistó al juez y fiscal de la causa, examinó el expediente judicial y expuso sus conclusiones en una reunión de la Academia. Por la reserva del caso no damos aquí reproducción a dichas conclusiones.

Debemos señalar que las circunstancias relevadas por este grupo de

antropólogos en ese caso citado, son de aplicación exclusiva a esa situación, y para nada deben entenderse de extensión a los demás casos registrados. Aunque el bajo número de denuncias recibidas hasta ahora no permitan mostrar datos con significación estadística, nos ha llamado la atención algunos hechos que se repiten y que merecerían que las instituciones que han formado parte de esta Comisión Interinstitucional tomen en consideración para realizar acciones inmediatas de prevención y corrección.

Resultado de las primeras acciones

Las agresiones se han dado con diversa intensidad, desde incidentes con lesiones a insultos, amenazas, etc., tanto en el ámbito público como privado, en Montevideo y en muchos departamentos del interior. Contra colegas de género masculino algo más que contra colegas de género femenino. Por pacientes o familiares con antecedentes psiquiátricos, conocidos o desconocidos por el médico tratante, por situaciones derivadas de interferencias en el proceso de atención, por el cambio de situación de los usuarios de servicios de salud como consecuencia de la aplicación del FONASA, que introdujo en las instituciones privadas personas que anteriormente se atendían gratuitamente en el sector público, y encuen-

tran limitaciones económicas para su atención que suscitan episodios de incompreensión organizativa y violencia institucional.

Quedó evidenciado también que los servicios de emergencia, particularmente los de emergencias médicas móviles, están mayormente expuestos a estas contingencias, tanto en la vía pública como en los hogares a los que concurren. Pero también en los consultorios externos o en los lugares de hospitalización.

Los aspectos institucionales

Respecto de los aspectos organizativos, es fundamental que las instituciones empleadoras de médicos tomen conciencia cabal de este problema, para entender la necesidad de modificaciones en la disposición de sus lugares de trabajo y en la organización de los servicios. Allí se puede identificar alguno de los elementos desencadenantes de procesos de violencia.

Mientras que una institución realiza publicidad abundante por medios masivos acerca de sus bondades, y promete atención inmediata, da números de consulta que hasta le aseguran la hora en que van a ser atendidos los pacientes, y esto luego no se cumple estrictamente, hay personas que sienten lesionados sus derechos y reaccionan con violencia. Ya sea porque proceden de un medio

socioeconómico diferente a la media de la población que antes se asistía en ese lugar, como por ver alteradas sus expectativas en cuanto a exactitud. El tener que abonar tiques para exámenes o medicamentos también es motivo que desencadena episodios.

El diseño de los consultorios y habitaciones de internación ha sido determinante, en algunos casos, de no tener otra salida para el o la médico/ca agredido/da.

La organización del trabajo profesional, sobre todo en la visita domiciliaria de los médicos de zona, tiene una larga tradición, que tal vez no se compadece con la realidad social del Uruguay actual, signado por contornos de violencia en algunos barrios y manifestaciones de hostilidad cuando cesa la luz del sol. De modo que no hacer llamados a domicilio en zonas alejadas urbanas y suburbanas, luego de la puesta de sol, parecería una medida inmediata de prevención que ahorraría muchos incidentes y disgustos.

Dos casos concretos

Hemos recogido dos informes que entendemos suficientemente ilustrativos y que acompañamos.

Uno de ellos es producido por un profesor de medicina interna, que supervisando la consulta externa de una importante IAMC ha encontrado puntos críticos en la organización del

servicio en este contexto, que merecen ser tomados muy en cuenta para efectuar correcciones inmediatas.

Otro de ellos es producido por un viejo pediatra, que determinó su retiro de una institución, luego de 40 años de trabajo dedicado, por haber sufrido una agresión por los padres de un niño que no comprendieron las dificultades del cambio de institución (ausencia de historia clínica previa) y resistieron realizar exámenes indicados por la limitación económica.

Distorsiona las características de los servicios profesionales la promoción desmesurada de algunas instituciones, que realizan acciones de marketing buscando captar asociados, cuando su número de profesionales y horarios de consulta, y la capacidad locativa de los locales de consulta y salas de espera, asignados para recibir ese nuevo y mayor caudal de afiliados demandantes, no están proporcionados adecuadamente.

En tales casos, el/la médico/a se transforma en el “parachoque” del sistema, y puede ser víctima de agresiones que no ha generado.

En otros casos, los episodios responden a lo que el paciente o familiar interpreta como una demora indebida en la atención de su llamado, porque también existe en el imaginario colectivo la idea de que la respuesta del servicio de emergencia debe ser inmediata, en cualquier situación, desconociendo que la organización

de los servicios pautan en diferentes claves de 1 a 4, la prioridad de los llamados y el tiempo esperable para la respuesta.

En alguna situación, pacientes graves internados en CTI, con patologías múltiples, nublan el entendimiento de algún familiar que se manifiesta agresivamente hacia los médicos tratantes, con amenazas o trato desconsiderado, sin que exista de parte de los colegas actuantes una actitud desconsiderada. Esto tiene que ver con las tensiones que se dan en la vida de las personas por afrontar dificultades familiares inesperadas o no asumidas, que de algún modo se reflejan en el maltrato al profesional de la salud.

La tarea asumida es enorme, y tal vez exceda en sus posibilidades a las precarias posibilidades de esta comisión. Pero es evidente, desde ahora, que habría que ir generando conciencia de cambio en las instituciones profesionales y en las organizaciones asistenciales, públicas y privadas, para corregir desde ya algunos de los factores identificados.

Respecto de los/las colegas afectados/as debemos señalar que se hace necesario encarar algún tipo de asistencia psicológica para ayudar en la rehabilitación de los agredidos, así como la posible ayuda cuando no tengan cobertura de seguridad social adecuada, para el período que va desde la agresión hasta el reintegro pleno a sus funciones.

Sin duda alguna, todo lo que se invierta en mejorar la capacidad de comunicación de los profesionales y el personal de salud con los usuarios y familiares será abonar el terreno para mejorar sustancialmente la realidad de hoy. Para lo cual se requieren medidas concertadas, en profundidad y a largo plazo. Con compromiso de todos los actores. Dejando en claro que los profesionales médicos no son las únicas víctimas de estas situaciones, que abarcan también a otros integrantes del equipo de salud.

Es necesario concentrar esfuerzos en la autorreflexión, para evitar una creencia de “médicos versus enemigos-de-los-médicos”, que colocaría a la población (usuarios, pacientes y familiares) en un lugar simbólico incompatible con su verdadero lugar: aquel que favorece la buena relación médico-paciente, sustentada en un sentimiento afectivo positivo. Ese encuentro que –al decir de Laín Entralgo– se da *“cuando un hombre se encuentra amistosamente con otro –y tal es el caso del ejercicio médico si este es lo que debe ser–, trasciende intencional y realmente el constante mudar de la historia”*.

En tal caso, la acción mancomunada de las organizaciones que participan en la Comisión Interinstitucional, unida a las autoridades rectoras de la salud y a las entidades representativas de la actividad asistencial, conociendo y debatiendo estos temas, nos parece un camino a recorrer, sin

más dilaciones, para iniciar los cambios necesarios.

Nos ha parecido del caso no esperar más tiempo para acumular mayor número de casos y hacer ya, desde ahora, recomendaciones en base a esta breve experiencia recogida, que señala fuertemente algunos elementos que –de corregirlos rápidamente– nos permitirán ir modificando sustancialmente la situación. De no hacerlo, la vida y la salud de nuestros/as colegas estarán seriamente comprometidas.

En resumen

a. Existe un aumento preocupante de la violencia contra los médicos y el personal de salud, tanto en Montevideo como en el interior, sin distinción de lugares de atención (tanto públicos como privados, en domicilios, sanatorios, vía pública).

b. Habrá que vigilar y proveer de protección adecuada (seguro contra accidentes del trabajo) a los/las médicos/as y trabajadores de la salud a través del BSE, ya que hasta ahora quienes trabajaban en los hospitales públicos, regidos hace ya casi dos años por la nueva ASSE, no disponían de esa cobertura, generando una grave inequidad a corregir de inmediato. De igual manera habrá que asegurar la percepción de haberes durante el tiempo que dure la incapacidad, sin retaceos de ninguna especie.

c. Es necesario implementar medidas de apoyo psicológico y seguimiento de las víctimas, así como resulta imprescindible adoptar medidas respecto de los agresores, desde el punto de vista de su vinculación institucional. Especialmente, la aspiración de que sea incluida esta cuestión entre las metas prestacionales. (Mientras que los Servicios de Emergencia Móvil pueden desvincularlos y lo realizan, las IAMC y otros servicios no lo pueden hacer, desde la vigencia del SNIS, sólo variando de médico tratante, tema que habría que plantear ante la JUNASA).

d. Se impone una reflexión amplia y colectiva sobre la actitud del médico, ya que la “soberbia galénica”, en algunos casos, es un factor a corregir, como parte de una autocrítica que permita reasumir los valores del profesionalismo, la mejora de la imagen pública de la profesión y su revaloración por la sociedad. Esto incluye el respeto entre colegas y el trato adecuado a los preceptos éticos vigentes.

e. Se debería actuar procurando sensibilizar a las instituciones para que atiendan rápidamente la realización de cambios en su organización de servicios mediante la modificación de la visita domiciliaria de los médicos de zona (fundamentalmente médicos generalistas y pediatras no deberían realizarla luego de la puesta del sol); el rediseño de los espacios de consulta, y la educación del personal (técnico y no

técnico, incluyendo al administrativo) en el manejo de la comunicación con los usuarios. No es posible continuar con la consulta a “silla caliente” en los consultorios externos institucionales, que hace a la consulta fugaz instancia de pobre contacto, generador de resentimiento. También se hace necesario prestar particular atención a las demoras en las consultas y estudios que podrían determinar un “tiempo perdido” en el diagnóstico y tratamiento eficaces, que además de generar situaciones de violencia ulterior, serán sin duda pasibles de reclamaciones legales contra los/las colegas.

f. Mientras que los usuarios tienen un conocimiento creciente de sus derechos y menor de sus obligaciones, el personal de salud, y particularmente los médicos, desconocen los derechos de los usuarios así como sus propios derechos y obligaciones que dimanen de la Ley 18.335. Algo que debería corregirse a la mayor brevedad, para ir cerrando la brecha.

Montevideo, 30 de setiembre de 2009.

Anexo I

Apreciaciones de un supervisor de medicina zonal

(Se transcribe la totalidad de su informe institucional, que presentó personalmente y amplió a la comisión).

Con motivo de conocer la problemática actual para mejorar en lo posible la asistencia domiciliaria fueron entrevistados personalmente todos los médicos generales de radio de la institución: Los Dres. ...

Entre otros comentarios destacaron su preocupación por el marcado aumento de llamados a zonas de riesgo, luego de la incorporación socios de FONASA, señalando además los siguientes hechos:

1°. Al concurrir a dichas zonas perciben riesgo personal y económico (en particular del auto [daños]).

2°. Prácticamente no hay un radio que no tenga un barrio o zona con estas características.

3°. Varios médicos sufrieron el cobro imperativo de "peajes", roturas de vidrios del coche, robo de objetos personales, y bajo amenazas con un cuchillo a un chofer le fueron sustraídos: billetera, teléfono celular y campera.

4°. Actualmente estos riesgos son asumidos a título personal.

5°. Imposibilidad de concurrir en horas de la noche.

Sumado a ello agregaron las siguientes dificultades:

1°. Dificultad en encontrar los domicilios por mal dada la dirección, falta de nombre de las calles, mala numeración, pasajes peatonales difíciles de ubicar, etc.

2°. Si bien se solicita a quienes efectúan los llamados un número de

télefono para comunicarse previamente, esto no siempre se logra.

3°. Destacan la frecuencia con que son llamados únicamente para obtener un certificado médico para faltar a su trabajo, no siempre justificado, pero que habitualmente otorgan debido a la personalidad del solicitante y su entorno.

4°. Con frecuencia son llamados no justificados.

Ante estos hechos, comunes a todas las instituciones de asistencia médica, proponemos sugerencias tendientes a paliar tan compleja situación:

1°. Creación de un Seguro Médico Nacional contra riesgos personales y económicos para médicos, técnicos y funcionarios en cumplimiento de tareas asistenciales. Este seguro, presumiblemente no oneroso, podría quedar a cargo del FONASA.

2°. Identificar los límites de las zonas de mayor riesgo.

3°. Educar a los usuarios para que utilicen correctamente este servicio y evitar llamados injustificados.

4°. Limitar la hora de recepción de llamados hasta las 11 o 12 horas a los efectos de disponer de más horas de luz (solar) para concurrir a los mismos, particularmente en invierno.

5°. Analizar si es obligación cubrir llamadas a domicilio con el único objetivo de una licencia médica laboral.

6°. Analizar las medidas a tomar frente a repetidas llamadas injustificadas.

Esta nota no pretende más que poner en vuestro conocimiento estos hechos, aportar algunas sugerencias y si lo considera conveniente analizarla en mayor profundidad. Eventualmente una vez corregida, elevarla a las autoridades nacionales (MSP, SMU, etc.), como un aporte de nuestra Institución.

Anexo II

Relato de un caso

(Ocurrido en Montevideo, a un pediatra mayor de 65 años, con más de 40 años de vinculación con una gran IAMC, que motivó su renuncia por la mala resolución del caso, desde el punto de vista institucional).

De acuerdo a lo solicitado verbalmente el día 12.VIII.09, horas de la mañana, paso a hacer consideraciones complementarias de la denuncia ya tramitada vía formulario remitido a los colegas.

El día 12.II.09, recibí una agresión gratuita que nunca imaginé en mi vida profesional de muchos años, y que me ha impactado como para tratar de colaborar, en la medida de lo posible, en el camino de resolver problema “*in crescendo*”. Ya he remitido consideraciones generales, pero debo manifestar que las posibles “causales”

en este caso tan lamentable, llaman la atención por la evidente y previa disposición del familiar del niño atendido correctamente, a lograr un clima de beligerancia. Es así que las “razones” han sido: no recetar medicación a solicitud de la Sra., solicitar estudio de laboratorio con criterio médico de acuerdo al relato anamnésico, haber podido entrar al consultorio con retraso, dado que al ser llamada no respondió, y debió ingresar posteriormente cuando la enfermera lograra su comparecencia.

Todos estos elementos más otros que se encargó de disparar y que fueron generados en otros contactos previos, fueron los que aparentemente determinaron que la señora actuara soliviantando al probable progenitor que irrumpió en forma intempestivamente agresiva de palabra y acción, determinando intervención de usuarios, personal institucional, policial, etc., con gran alarma pública de todo el entorno, hasta que fue reducido luego de tirar la silla rompiendo ventana y con riesgo de herir al niño que en ese momento estaba siendo atendido. Debo manifestar que este era el primer contacto con esta familia, a la que por otra parte no conocía de antemano.

Hasta el momento, luego de meses, no hubo acciones de la Institución, hasta que fui convocado por jefes médicos en forma poco efectiva para resolver o prevenir, tratando de

depositar “culpas” en el actor de la salud.

Creemos que cuando hay hechos de este tipo, participamos todos, pero no deberíamos aceptar que los propios médicos demonicen a los suyos, y lo que es peor, sin aportar soluciones de ningún tipo frente al funcionamiento defectuoso del sistema: pacientes indocumentados, sin historia clínica y sin estar informados de su importancia, ausencia de información en cuanto a sus deberes como usuarios, de la importancia de la “patria potestad” ni de lo que significa, creencia de tener todos los derechos sin respetar deberes como la consideración mínima a los actores de la salud que trabajamos para ellos en definitiva.

En suma: deberíamos actuar corporativamente en forma coordinada para lograr corregir en forma inmediata la falta de información y de promoción de salud en el nuevo sistema de atención; y en forma mediata la educación poblacional al respecto en forma general y en especial con respecto al relacionamiento con el sector salud. Igualmente deberíamos poner de nuestra parte la mejor de las disposiciones para que todos nosotros actuemos lo mejor posible en la interrelación con los usuarios y con los colegas, sin demonizar ni a unos ni a otros, sino simplemente implementando normas o conductas que concurran sanamente a ello

y que logremos un mejor estado de salud de toda nuestra población, que carece de culpas en cuanto a la ausencia de información y formación que padece.

Quedo a vuestra disposición si no he sido lo suficientemente claro o explícito en la exposición de tema tan urticante y de alto impacto emocional, para quienes creemos que la medicina es algo cuya práctica debería dignificarnos y no llevarnos a confrontación con una sociedad que a todas luces está enferma, y ella misma deberá buscar curación con la participación inteligente y bien intencionada de todos los actores.

***Integrada por Academia Nacional de Medicina, Facultad de Medicina CLAEH, Facultad de Medicina UDELAR, FEMI, SAQ, SMU, Sociedad de Neurología, Sociedad de Psiquiatría**