

Confidencialidad y Salud Mental: el manejo de datos sensibles en los medios de comunicación

Ateneo bioético 2017*

Ateneo

Dra. Graciela Alfonso

Espero que podamos disfrutar de esta jornada.

Para nosotros es un gusto recibir al Colegio Médico, que abre con esta actividad los eventos de ateneos bioéticos del año. Nuestra intención es trabajar la temática que hoy se va a presentar, que es de gran sensibilidad para todos nosotros, que nos preocupa, porque en los últimos años el tema de la difusión de la información sobre nuestros usuarios ha estado en los medios de comunicación y ha estado preocupándonos a todos los que trabajamos con estas temáticas. Por eso consideramos que era imprescindible empezar a trabajarlas desde el ámbito profesional con la importancia que tienen.

Nos sentimos muy responsables con respecto al manejo de esta información.

Agradecemos al Colegio Médico, al Comité de Bioética del Ministerio de Salud Pública, a las autoridades de ASSE que se encuentran presentes, al Dr. Suárez, al Departamento de Psiquiatría y a todos ustedes.

Espero que sea una jornada de intercambio en la que podamos aprender juntos.

Muchas gracias.

Dr. José Minarrieta

Buenos días. En nombre del Consejo Regional del Colegio Médico del Uruguay, el Consejo Regional Montevideo, agradezco muchísimo la presencia en la primera edición de un ciclo que comenzamos el año pasado, que se denomina *Ateneos bioéticos*.

Unos de los primeros objetivos que tiene es acercar al Colegio Médico al lugar donde los

médicos trabajamos día a día; por eso se hacen en los Centros Asistenciales de Salud privados y públicos, y debo decir que la concurrencia de hoy supera a la de todos los anteriores.

La idea central es fortalecer la perspectiva bioética en la asistencia de salud.

El contenido y la organización de este evento de hoy corren a cargo de la Regional Montevideo, pero fundamentalmente del Comité de Bioética del Hospital Vilardebó.

La idea nuestra fue siempre priorizar el funcionamiento de los comités de bioética, que tengan vida dentro de los hospitales. En particular, en el caso de este Comité hemos tenido una muy buena comunicación y ellos son los que organizaron el contenido, la temática que vamos a tratar hoy, la presentación y por tanto estamos muy contentos, porque es una complementación que pensamos que debe seguir adelante, pues le damos mucha trascendencia al papel de los comités de bioética en cada Centro Asistencial.

Hoy vamos a discutir un tema muy sensible, el tema de la confidencialidad y su relación con los medios de comunicación. Agregaría también el tema de las redes sociales, ya que en las últimas horas es un tema que ha trascendido bastante: cómo las redes sociales impactan diariamente en las cosas que nos suceden.

Hoy van a hacer una presentación de alguna historia clínica en particular. Cabe aclarar que una de ellas justamente lo que no tuvo fue confidencialidad. Pero como es un caso tan conocido, que trascendió tanto pensamos que estamos habilitados para tratar este tema.

El mecanismo del funcionamiento de los ateneos es el siguiente:

*Organizado por el Comité de Bioética del Hospital Vilardebó, el Consejo Regional Montevideo del Colegio Médico del Uruguay (CMU)

Hay una Mesa integrada por el Prof. Hugo Rodríguez, la Dra. Sandra Romano y el Dr. Ángel Valmaggia, todos conocidos por ustedes y que tienen experiencia en estos temas.

Vamos a presentar el tema a discutir. Los integrantes de la Mesa van a hacer una pequeña introducción con la visión que cada uno de ellos tiene sobre el tema y los interrogantes que el tema plantea. Después sigue lo que más nos interesa: se va a abrir el micrófono y ordenadamente van a ir pidiendo la palabra todos los que quieran hablar —brevemente, porque somos muchos y hay un límite de tiempo.

Queremos que todos se sientan libres de expresar su opinión, deliberar y discutir en torno a este tema. Y al final nuevamente la Mesa va a dar su visión o conclusión final sobre lo que hemos discutido durante el día.

En general, estas reuniones están planteadas para que no duren más de 90 minutos. Son las 9:22 horas. Creemos que a las 10:50 estaríamos terminando; por lo tanto, a las 10:40 estaríamos dando la palabra a la Mesa para el cierre.

Agradecemos la hospitalidad de la Dirección de este Hospital que, desde el primer momento, colaboró en todo y se puso a disposición para todo. La organización y la concurrencia muestran que se hizo un buen trabajo.

Muchas gracias.

Dra. María Celia Barrios

Vamos a presentar dos viñetas clínicas y a continuación una selección que hicimos de artículos de prensa que nos parecen representativos de la temática que vamos a tratar hoy. Finalmente, haremos una serie de preguntas que serán disparadores para la discusión, la reflexión y el intercambio.

Primera viñeta. Se trata de un paciente de 35 años, de sexo masculino, soltero, sin hijos. Maestro, procedente de Paysandú, con antecedentes personales psiquiátricos de tres internaciones en el año 2004 en el Hospital

de Salto, por ideas delirantes, abandono de control y tratamientos posteriores. Ingresó el 10 de marzo de 2016, por orden judicial, en carácter de imputable de un delito de homicidio especialmente agravado en concurrencia formal con un delito de comisión de actos de odio, desprecio o violencia hacia determinadas personas, en régimen de reiteración real con un delito de lesiones personales agravado.

El 8 de marzo de 2016, el paciente comete el homicidio de tercero en el momento en que este se reintegraba a su lugar de trabajo en el Centro Comercial de Paysandú.

Este homicidio es un acto inscripto en el contexto de ideas delirantes con carácter de cronicidad centradas en varias personas de su entorno laboral y social, todas ellas identificadas por él como pertenecientes a la comunidad israelita de dicho departamento.

Desde el punto de vista diagnóstico, se trata de un individuo portador de una esquizofrenia de subtipo paranoide de más de 5 años de evolución, que se encuentra internado en el sector del Hospital Vilardebó sito en ex Cárcel Central.

Segunda viñeta. Se trata de un paciente de 50 años, separado, que vivía solo. Tiene tres hijos, de ocho, catorce y dieciocho años. Realizaba tareas rurales en un tambo. Sin antecedentes psiquiátricos a destacar, ingresa a sala de seguridad del Hospital Vilardebó el 8 de marzo de 2013 procesado como autor —en este caso, inimputable— de un delito de homicidio.

El planteo diagnóstico de la pericia forense es de psicosis crónica de tipo erotomanía.

De la evolución se destaca una buena adaptación a la sala, cumplimiento del tratamiento instaurado, eutímico, sin episodios de auto y heteroagresividad.

Comienza con tareas de rehabilitación en el taller de sala 12 con muy buen desempeño.

Actualmente vive en Montevideo y trabaja en emprendimiento cooperativo vinculado al taller de la sala 12.

El equipo técnico de la sala identificó algunas dificultades:

El paciente fue sancionado moralmente por su comunidad e inclusive solicitaban el procesamiento con prisión en diferentes movilizaciones.

La vulnerabilidad social y el estigma de los hijos que continuaron viviendo en la comunidad. Solamente la hija mayor que comenzaba estudios universitarios pudo venir a visitarlo en alguna oportunidad durante el año 2014. En el año 2015 se trabaja con pasantes de la Licenciatura en Trabajo Social y se logró el contacto con el hijo adolescente, que concurrió a verlo en un par de ocasiones. La madre y la hermana concurrían periódicamente a visitarlo.

Una preocupación relacionada con el BPS, ya que no se le reconocían los derechos como trabajador y transcurrió más de un año para que se le realizaran los aportes correspondientes. La madre y la hermana no podían encargarse económicamente de los gastos generados.

En el taller al que concurría, en la fecha de la reconstrucción del hecho, por los antecedentes públicos, si bien no existieron inconvenientes mayores, preocupaba la falta de coordinación frente a la reconstrucción de un hecho de estas características en una ciudad pequeña que era un evento de alta vulnerabilidad psíquica para el propio paciente.

Recortes de prensa
Ejemplos de diferentes formas de
presentar la información

Vamos a ver algunos recortes de prensa como ejemplificadores de algunas cosas que queremos discutir, ejemplos de diferentes formas de presentar la información. Y ejemplos de otros pacientes de aquí, del hospital, de los cuales han salido noticias en la prensa. Nos parece que el trato a nivel de la prensa marca en algunos casos algunas diferencias que es bueno tener en cuenta.

Un caso que no pertenece a las viñetas, del jueves 16 de agosto de 2012:

«Declaran inimputable al asesino de la niña de 5 años.» Así lo titulan.

El juez Penal de quinto turno, José María Gómez, declaró inimputable al hombre que asesinó a la niña de 5 años que fue apuñalada más de veinte veces con un destornillador. El magistrado decidió su internación en el Hospital Vilardebó.

El magistrado había pedido una pericia psiquiátrica luego que el acusado no respondiera preguntas y se mostrara completamente ausente durante el interrogatorio. El juez trató de interrogar al hombre de 48 años, quien aseguró que la niña estaba dormida y no indicó lo que estaba haciendo cuando ocurrió el hecho.

Este caso sí corresponde a algo que sale en la prensa relacionado con una de las dos viñetas:

El Tribunal de Apelaciones en lo Penal (TAP) de 3.º Turno confirmó, el pasado 7 de noviembre, el procesamiento con prisión del hombre que mató a la joven asistente social Marisel Luis Garmendia, como autor inimputable de un delito de «homicidio» tras certificar que sus acciones fueron guiadas por trastornos delirantes de tipo erotomaníaco.

... la pericia efectuada en el Hospital Vilardebó confirmó el resultado primario [...] el internado, a nivel del contenido del pensamiento, evidencia la presencia de ideas delirantes a temática erotomaníaca [aparentemente trasladan de alguna información que les llegó]. Se trata de un individuo cuya sicopatología está concentrada en un proceso psicótico del tipo paranoico, con inicio hace 6-7 años, durante el último año de su relación matrimonial en donde presentó al parecer su primer brote fecundo, iniciando el actual en relación a la víctima hace dos años. Este proceso psicótico crónico se asienta sobre una personalidad esquizo-paranoide —concluyó la Sala.

Sobre la misma viñeta sale otra información en la prensa:

«Pidió ayuda, pero su acosador la asesinó»
[El Observador]

UN ERMITAÑO. A. G. es conocido por todos en Goñi. Este productor rural de 47 años era de pocas palabras, «ermitaño», coinciden muchos.

A. G. estaba separado de su esposa y es padre de tres hijos. Se dedicaba de lleno a su trabajo, y participaba en las reuniones de los tamberos de la zona, que como es sabido forma parte de la vasta cuenca lechera del país.

Según aseguran los pobladores de Goñi que fueron consultados, la joven asistente que se había ido a trabajar a la capital se había convertido en una obsesión para el tambero.

Se muestra una foto de Pueblo Goñi con esta leyenda:

Pueblo Goñi ayer quedó desierto. Los algo más de 200 habitantes hicieron los 25 kilómetros hasta la vecina ciudad de Sarandí Grande para despedir a Marisel Luis Garmendia...

La siguiente foto tampoco tiene que ver con las viñetas que presentamos, pero nos pareció que era importante mostrarla.

En *El País*, en marzo de 2013, aparece el nombre del paciente (nosotros ponemos XXX):

XXX permanece sedado mientras los especialistas buscan determinar las causas de su delirio, miedo constante y depresión. Los médicos estiman que deberá recibir tratamiento por un tiempo mínimo de cinco meses.

Según la crónica de Subrayado, XXX [vuelven a decir el nombre] espera para los próximos días una segunda evaluación de una junta médica y agrega que, en caso de superar su patología, solo podrá regresar a su hogar bajo la responsabilidad de la familia.

Luego un título:

Homicidio

XXX [vuelven a decir el nombre] fue procesado por el homicidio de su padre, pero declarado «inimputable» por la jueza luego de someterlo a una pericia psiquiátrica. Se consideró que

padece un delirio agudo y fue internado en la sala 11 del Vilardebó.

Otro titular:

Hospital Vilardebó

XXX recibirá tratamiento psiquiátrico durante cinco meses.

Aparece la foto con la cara, que nosotros ponemos velada.

Y de la misma situación, otro artículo de prensa:

Fue procesado por el asesinato de su padre, aunque la jueza lo declaró inimputable al entender que no estaba en uso de sus facultades y mandó internarlo en el Vilardebó.

Del Borro a Chelsea. Así parecía ser el destino de XXX en 2004 [...] por aquel entonces tenía 17 [...] pero su carrera de a poco se empezó a apagar; rodeado de incidentes extradeportivos...

... 2006 fue procesado con prisión por atentado, informaron en ese entonces desde la Jefatura de Montevideo.

... intentó sobornar a un efectivo.

Al año siguiente [...] lastimó a un individuo con un vaso en una discoteca.

Pocos meses después, «totalmente alcoholizado» y circulaba en un vehículo a contramano...

A fines de octubre de 2010 [...] detenido [...] espirometría que dio positivo con 1.6 y además se le incautaron gramos de cocaína, informaron a Observa desde Prensa de Jefatura de Montevideo. Al momento de su detención XXX cometió desatato.

En la foto no solo aparece con su cara, sino vistiendo la camiseta del club en el que jugó y su nombre: «XXX jugaba en Danubio y pintaba para crack».

Este caso sí corresponde a una de las viñetas:

Paysandú asesinato. Informe psiquiátrico al asesino de Fremd genera vuelta de tuerca en el caso.

Tras ser procesado, XXX (un maestro de 35 años que años atrás se había convertido al Islam y por eso adoptó el nombre de XXX) fue derivado al Hospital Vilardebó donde permaneció alojado durante algo más de un mes, pero luego fue trasladado al Centro de Diagnóstico y Derivación del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) que funciona en la ex Cárcel Central [...] Se trata de un individuo portador de una enfermedad alienante que afecta rotundamente su capacidad de discernimiento y de libre determinación, dada por un proceso sicótico crónico con inicio a sus 23 años bajo la forma de un episodio sicótico agudo, previo de su asociación a la religión musulmana —concluye el Informe del Hospital Vilardebó.

Otro artículo de prensa dice:

HOSPITAL VILARDEBÓ: El asesino de Fremd vigilado por siete guardias y medicado

XXX está tranquilo. Pero entre otras cosas, por la medicación que se le suministra todos los días. Tampoco tiene muchas opciones. Está rodeado por los barrotes de una de las cuatro celdas de máxima seguridad de la sala 11 del Hospital Vilardebó, la de pacientes judiciales. A dos metros, hay entre seis y siete guardias, según el turno. Y a un metro y medio un equipo de licenciados y auxiliares de enfermería.

El asesino del comerciante judío sanducero David Fremd «se porta bien». Todo esto según indicaron fuentes del centro psiquiátrico a El País.

«Está tranquilo. No está violento. Y tiene medicación», agregó la fuente. Los siete guardias no están solo para él, son los mismos para toda la sala 11, que cuenta con cuatro «cuartos fuertes», así les llaman a las celdas

de máxima seguridad, los cuales están todos ocupados.

En la foto no aparece la cara, pero sí el nombre: «El homicida XXX, que apuñaló a Fremd por la espalda, afuera del Juzgado».

Preguntas

Las preguntas que se nos ocurrían como disparadoras de la reflexión tienen que ver con esto. Primero hacia nosotros, hacia adentro, hacia el equipo de Salud.

¿Cómo el equipo de Salud puede extremar el cuidado de la confidencialidad en el manejo de situaciones de mucha visibilidad pública?

Es decir, el manejo a nivel intrainstitucional, hacia el público en general y en particular, hacia los medios de comunicación.

Puede ser un paciente que no pertenece al sector donde trabajamos, pero igual manejamos algunas cosas. Cómo debemos extremar esto, qué datos se dicen y qué datos no, hacia el público en general. Cualquiera de nosotros, integrantes del equipo de Salud, sale de este hospital y puede ser preguntado, o alguien puede comentar sobre el tema a un vecino o a un familiar (hay que pensar también en ese aspecto), en particular, hacia los medios de comunicación.

¿Debería definirse un vocero de la institución para estas situaciones?

Es decir, alguien que sea el encargado de decir exactamente con una línea lo que se puede decir. Porque lo que no se tiene por qué decir no aporta, no agrega, y tiene la reserva de la confidencialidad.

¿De qué forma el tratamiento público en estos términos colabora aumentando el estigma ligado a los trastornos mentales?

Esta es una temática muy sensible y es un momento para pensar al respecto para poder encontrar caminos que nos conduzcan a trabajar sobre el tema del estigma de los trastornos mentales.

Vinculado a esto:

¿Cuál es el impacto en la persona en sus posibilidades de reinserción social?

En más de uno de los artículos que presentamos y además en las propias viñetas uno de los temas fundamentales es que estas personas luego quedan prácticamente excluidas de reinsertarse en su propio lugar de residencia y muy limitadas para reinsertarse en cualquier parte.

Dr. Hugo Rodríguez. Buen día. Estas actividades son registradas y después subidas a la página web del Colegio, como se ha hecho hasta ahora. Así que podemos acceder a ellas a través de la página.

Quiero hacer algunos comentarios generales, breves, que pueden parecer obvios, pero creo que pueden ser un punto de partida para la discusión.

La obligación de confidencialidad comprende a los médicos y a las instituciones, y no depende de la especialidad que se desempeñe, no varía con la especialidad, no hay reglas de confidencialidad por especialidad, sino que es una obligación genérica para la profesión médica. Sin embargo, hay especialidades que parecería que no fueran tocadas por este principio. Uno ve en deportología que cuando se trata de deportistas profesionales está naturalizado que el público tiene que saber sobre el estado de salud de los profesionales del deporte, cuando es una situación que notoriamente puede causarles un daño, incluso patrimonial.

Está naturalizado y hasta legislado en los controles antidoping. Se hace conferencia de prensa para mostrar que se abrió una muestra y que eso está en cierto modo. Y eso realmente escapa a la legislación y a la deontología.

Hay especialidades que yo no digo que tengan más obligación de confidencialidad, pero digo que la obligación de confidencialidad tiene una razón de ser más evidente. Una de ellas es la medicina forense, porque además de la confidencialidad que debemos por la profesión tenemos una obligación de carácter «funcio-

narial», como le llamábamos antes; es decir, además de la obligación profesional tenemos una obligación de secreto por una investigación que se está realizando. Está duplicada nuestra obligación, estamos doblemente impedidos de dar a conocer las conclusiones de nuestro trabajo, que informamos al Poder Judicial.

Pienso que la psiquiatría también es una especialidad donde es particularmente fuerte esta obligación. Porque la confidencialidad no es porque sí. Es esencialmente porque la divulgación de la información puede potencialmente causar un daño al paciente. Y en psiquiatría, precisamente por el estigma del que se hablaba en las preguntas, la confidencialidad tiene una especial importancia por su potencial de causar estigma tanto a los pacientes como a sus familias.

Coincido con el Dr. Minarrieta en que tenemos que cuestionarnos incluso la manera de manejar casos que son de notoriedad, porque, si no, podría ser contradictorio defender la confidencialidad a partir de dar a publicidad lo que pasa con algunos pacientes o multiplicar ese conocimiento. Pero admitimos que son casos que tomaron extraordinaria notoriedad.

Hay que tener claro —y es una obviedad que yo quiero resaltar— que el lugar donde están parados los médicos y donde están parados los periodistas es diametralmente diferente. Y los intereses que perseguimos son totalmente diferentes. Lo digo yo, que me gané la vida como periodista algún tiempo. El periodista y los medios buscan dar a conocer cosas, sacar a la luz cosas. Y salir primeros e impactar. Los médicos tenemos un deber de fidelidad hacia nuestros pacientes que prioriza su protección y no su exposición.

Con respecto a las preguntas, no pretendo contestarlas, pero, en principio, en una posición radical, uno puede pensar: un vocero en una institución ¿para qué? Acá no hay nada que decir.

No obstante, reconozco que en alguna situación concreta la existencia de un mecanismo institucional en casos que concentren mucho la atención puede ser eventualmente una solución a pensar, para evitar daños mayores. Y para

contener situaciones donde haya un exceso de presión. Pero eso deberíamos considerarlo una excepción, una cosa extraordinaria, porque en realidad las instituciones y los médicos no tenemos nada que comunicar a los medios y a la opinión pública con respecto a pacientes que estamos asistiendo y a su proceso asistencial.

De las otras cosas creo que indirectamente ya hablé. Me pareció muy importante la mención que se hizo en la introducción al incluir las redes sociales en la cuestión de la confidencialidad. En las redes sociales creo que participamos diversas generaciones. De las generaciones más jóvenes, que están más familiarizadas y naturalizan más su uso, a mí me sorprende —pero no los quiero estigmatizar yo— el uso de las redes sociales de nuestros estudiantes y nuestros colegas jóvenes mostrando a través de ellas cirugías, historias clínicas, que es una situación sobre la que tenemos que discutir y reflexionar. Que una práctica esté naturalizada no significa que sea una práctica correcta o que merezca perpetuarse.

Dra. Sandra Romano. Dado que es una introducción voy a tratar de ser breve.

¿Cuándo empezamos a plantear este tema? Surgió a partir de la evidencia del trato diferencial que tiene la información en este tipo de situaciones cuando se trata de casos de pública notoriedad y el impacto que esto tiene para la persona directamente afectada. Y después nos interpeló a nosotros como profesionales de la salud de qué manera nos estamos manejando con respecto a estas situaciones.

Retomo algunas de las cosas que planteó el Dr. Rodríguez en relación con el tema que hace la prensa y qué hacemos nosotros, y creo que acá hay un tema de confrontación de derechos, por decirlo de alguna manera. Los derechos del individuo que está en una situación de enfermedad y tiene derecho a la confidencialidad y a un trato cuidadoso de los datos respecto a su situación, con el derecho a la información.

Esto nos posiciona en un lugar complejo donde hay que tomar decisiones. Nos corre del

lugar del técnico tratante cuando nos vienen a preguntar —y no me refiero solamente a la prensa—. Es esto que planteó la Dra. Barrios al inicio: ¿cómo tratamos en la interna de las instituciones estos temas?

Todos nosotros sabemos que cuando ingresa alguien que sale en toda la prensa la interna, el comentario sobre la situación clínica muchas veces da para preguntarse si esa es la forma en que deberíamos tratarlo: para qué, qué información es necesario compartir cuando estamos pensando en nuestro rol profesional de atender a la gente que ingresa a esta institución. ¿Qué necesidad hay de compartir determinados datos que no hacen a la asistencia de la persona? Y esto se potencia cuando empezamos a hablar desde otros lugares.

Creo que acá lo que se corre de eje es justamente la persona afectada por el trastorno mental, que tiene que ser el eje de nuestro accionar. Y pasa que acciones que no están directamente vinculadas al acto asistencial nos parece que no tienen consecuencias. Y sí las tienen. Para esta persona en particular y para el tratamiento en general de los trastornos mentales en lo que es la opinión pública. El impacto social de las formas menos cuidadosas de tratar estos temas afecta a la visión pública en relación con el tema de las personas con trastornos mentales y por supuesto, a la persona individual.

Está bien plantear esto con relación a qué nos interpela a nosotros como profesionales, como integrantes del equipo de Salud en un sentido amplio, no solo los médicos. Porque nos pasa a todos, no solo a los médicos, sino también a muchos compañeros del hospital de distintas disciplinas que también se ven confrontados con esta misma situación. Se nos pregunta cosas y muchas veces las comentamos.

Debemos plantearnos cuál tendría que ser la forma de manejarnos con esto, qué y para qué compartir información. Y siempre tratar de reubicarnos en nuestro rol como profesionales que lo que tenemos que cuidar es justamente el eje de nuestro hacer profesional centrando en el paciente nuestro accionar.

Dr. Ángel Valmaggia. Quiero agradecer la invitación de los organizadores a participar en esta actividad que me ha alegrado mucho, sobre todo en este emblemático hospital para todos los psiquiatras de nuestro país.

Está naturalizado el hablar de los pacientes. Voy a contar dos ejemplos de situaciones reales. En el primero, una amiga va a visitar a una señora que no tiene familia y en el momento de llegar, como no se acordaba del apellido, le pregunta a la telefonista. Le contesta: «¡Ah, sí! la señora de 40 años que está en tal sala». Una anécdota casi risueña, porque por la telefonista se enteró de la edad de la señora, algo totalmente superfluo. El segundo ejemplo me lo contó un colega del interior. Llegó un profesional a atenderse y en la entrevista le dice: «Yo sé que tengo cáncer, pero no quiero que la gente se entere. Yo vivo de mi trabajo y si la gente se entera yo no tengo ni un trabajo más». Supongo que se habrá enterado la gente en el pueblo del interior.

Está naturalizado hablar de los pacientes. De cualquier manera, yo quiero ser un poco más benévolo que el Dr. Rodríguez con la prensa, porque la prensa realmente es importante en los temas de salud, en la transmisión de los derechos de las personas, porque muchas veces las ayuda a organizarse y pelear por esos derechos. Por ejemplo, ahora, en la campaña de vacunación dice dónde, cuándo y por qué hay que vacunarse, y participan muchos médicos en esa campaña.

Sí coincido con el Dr. Rodríguez en que la prensa busca la noticia y muchas veces los intereses son distintos a los de los médicos o los de la ciencia. Entonces habría que encontrar la forma en que los periodistas y los médicos podamos hablar de los temas de la salud; por ejemplo, ahora, en el tema del proyecto de ley de Salud Mental es muy importante que la prensa participe, que opinen los psiquiatras y los trabajadores. En ese sentido puede ser un aliado importante.

Las historias clínicas que contaron acá son historias habituales y repetidas permanentemente.

Con relación a qué decir y cómo decir, eso está legislado. Hay leyes, está la Constitución, sobre no penetrar en la intimidad de las personas. En el Código Penal, el artículo 302 dice: «El que, sin justa causa, revelare secretos que hubieran llegado a su conocimiento, en virtud de su profesión, empleo o comisión, será castigado, cuando el hecho causare perjuicio, con 100 U. R. (cien unidades reajustables) a 600 U. R. (seiscientas unidades reajustables) de multa». Es un tema legal que estoy hablando delante de un profesor de Medicina Legal...

Tenemos la Ley 18.331 de Protección de Datos Personales,* la Ley 18.335 sobre Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud,** que hace hincapié en la confidencialidad y el Código de Ética Médica tiene varios artículos que hablan de la confidencialidad —acá hay una redactora del Código de Ética Médica, la Dra. Bespali—, que dicen qué decir, qué no decir, cuándo es obligación decir.

Creo que todo esto se encuadra en un cambio que ha tenido la Medicina. Un cambio donde los derechos de los pacientes son lo más importante en este momento. Pasa de la etapa paternalista a que los pacientes tienen derechos. Y la historia clínica es del paciente. Nosotros no podemos divulgar nada, nada... ¿Qué puede decir el vocero?: nada. No puede decir nada, salvo que pueda hablar de determinadas circunstancias, menos de la historia clínica del paciente. No lo puede decir él y nadie del personal de salud puede participar.

¿Cómo cambiar esto? Esta es una actividad muy importante y también es un comienzo de poder buscar las formas de cambiar.

Hay instituciones que antes de ingresar hacen firmar un pacto de confidencialidad. Puede ser uno de los caminos, sé que algunas mutualistas lo están haciendo. Cuando contratan un servicio hay una cláusula de confidencialidad. El otro camino es la educación; seguir educando hasta que podamos no decir.

Que causa daño todo esto es muy claro. Causa daño asociado al estigma de la enfermedad mental. Porque si alguien se emborracha y mata a alguien con el auto no se dice nada, pero

* Artículo 17. Derechos referentes a la comunicación de datos. Los datos personales objeto de tratamiento sólo podrán ser comunicados para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con el interés legítimo del emisor y del destinatario y con el previo consentimiento del titular de los datos, al que se le debe informar sobre la finalidad de la comunicación e identificar al destinatario o los elementos que permitan hacerlo. [...] C) Se trate de datos personales relativos a la salud y sea necesario por razones de salud e higiene públicas, de emergencia o para la realización de estudios epidemiológicos, en tanto se preserve la identidad de los titulares de los datos mediante mecanismos de disociación adecuados. [...] Artículo 19. Datos relativos a la salud. Los establecimientos sanitarios públicos o privados y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a los mismos o que estén o hubieren estado bajo tratamiento de aquéllos, respetando los principios del secreto profesional, la normativa específica y lo establecido en la presente ley.

si es un enfermo psiquiátrico el que comete un acto de ese tipo eso es noticia.

La dificultad mayor es cuál es el impacto y las posibilidades de reinserción social. Creo que es algo para trabajar a muy largo plazo y que es un tema sumamente difícil de encarar.

Vayamos a la discusión.

Dr. José Minarrieta. Tenemos 40 minutos para que, ordenadamente, vayan pidiendo la palabra y opinando. Vamos a tratar de ser breves.

Aux. de enfermería Selva Tabeira. Vine invitada por la Dirección del Hospital. Trabajo en un equipo en un proyecto de rehabilitación de pacientes psiquiátricos judiciales. Tres de los casos de los que se habló junto con siete más que no fueron prensa están conviviendo en una casa que tenemos hace un año y medio (en octubre de 2015 empezamos a ir para allá con los pacientes). Ha sido una experiencia increíble. Hemos tenido la aceptación del barrio, que es lo primero que nos dijo [el Dr. Ramón] Blasi cuando vino de España que iba a ser muy difícil, porque en el barrio nos podían escribir en las paredes de la casa, nos podían tirar tomates... Pero no fue así. El barrio nos aceptó, nos prestó la luz y el agua, y ahí están conviviendo tres de los casos estos nombrados. Integran una cooperativa de trabajo social, que tiene el apoyo del Mides y de Presidencia. Conseguimos una casa más, que es un galpón tremendo en la calle Democracia. Tenemos tres viviendas y progresivamente van a ir saliendo de la casa para vivir ahí. Vamos a hacer un lavadero que va a lavar la ropa del Hospital Vilardebó y de otros hospitales. Hicimos este proyecto porque cuando entraba un paciente, así como lo hicimos con la Dra. Alfonso cuando empezamos a escribir este proyecto, el paciente, cuando es noticia, ya después puede estar 5, 10, 15 o 9 o 24 años acá adentro.

Entonces hicimos el proyecto para acortar tiempos de internación. El paciente viene a la sala 11, se compensa, pasa al taller y después de un tiempo de rehabilitación —no

todo el que va al taller tiene posibilidad de ir a vivir— pasa a lo que realmente es una experiencia increíble.

En uno de los casos de paciente del interior mandamos el dinero para que la madre y la hermana vinieran todos los meses, pero existía el extremo de que en el pueblo no le ponían el RUT del Patronato en el boleto, porque no querían, por ser ellos familiares de ese paciente. Entonces me iba a la terminal y le mandaba en un sobre los pasajes. Hablo de la discriminación que vivieron.

Quiero aclarar algo. Nosotros convivimos mucho con el familiar del victimario, que queda solo en el pueblo. Y una noche se lo dije a Pepe [Mujica] cuando pedí esa casa: «Este paciente sufre el exilio. Este paciente no puede volver más a su casa del pueblo, pero por generaciones...». Y para completar el caso son jóvenes. El jugador es joven, al barrio no va a volver. Pero va a vivir en su casa con su familia, porque vamos a lograr sacar a la familia del contexto crítico.

Yo pienso que se puede. Y como se dijo, la prensa a veces hace mucho daño. A nosotros nos invitó [la periodista] Victoria Rodríguez al programa *Esta boca es mía* para hablar del caso de Jorge y no quisimos ir. Pero ella llevó a su abogado, que lo vio un solo día, cuando cayó, y contó cómo Jorge había hecho eso. El niño estaba mirando la televisión. Y al otro día, ¿cómo el niño fue al colegio? Si no sabía que el padre la había estrangulado [a la madre]. La historia que él tenía es que ella se había caído con un empujón. Se imaginan lo que es el sufrimiento.

Nosotros en la casa tenemos psicólogo, pero los expedientes nuestros, los oficios, los tenemos acá guardados en una carpeta. Ninguno de los operadores sabe cuál es la causa por la que está en la casa. Porque después de que salieron de acá nadie tiene por qué... Ellos no deben nada. Solamente rehabilitación.

Muchas gracias.

Integrante del Movimiento Nacional de Usuarios de Salud Pública y Privada. Hablando de la confidencialidad, pienso que el tema de la

** Artículo 18, literal D: «... La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éstos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente. El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediar orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal.»

prensa habría que hablarlo muy seriamente a nivel de las autoridades ministeriales y judiciales a efectos de manifestarles que está totalmente prohibida la identificación de los pacientes —no solo psiquiátricos, sino de los pacientes en general, pero fundamentalmente los pacientes psiquiátricos—; que no debe aparecer ningún nombre en la prensa que estigmatice a las personas, más allá de que estén o no en trámite judicial. Y de ellos [la prensa] reiterar este tipo de episodios deberían de ser sancionados de alguna forma. Porque un coto tiene que haber, no puede ser que la prensa continúe exponiendo y estigmatizando a los pacientes de este tipo y que no reciban a cambio nada que los limite, porque entonces van a reiterar los mismos episodios.

Dra. Cristina Lapedes. Soy pediatra jubilada. Viví muchos años en Paysandú y viví muy de cerca uno de los casos. Pero no quiero decir nada relacionado a ese caso.

Retomando un pensamiento del Dr. Valmaggia, quizá tengamos que hacer hincapié en los aspectos culturales, porque esto es cultural y, por lo tanto, en los aspectos educativos. Y quizás tengamos que tener a la prensa de nuestro lado. ¿En qué medida? En la medida de difundir la bioética. Difundir más estas actividades. Y en esta medida de difundir más los preceptos y aquellos códigos que nos rigen a todos, para que la prensa y la sociedad entiendan las causas, los porqués y los para qué. Es una forma de aportar un granito de arena que es trabajo arduo y que es trabajo largo, en vista de las redes sociales que mencionaba el profesor, más que nada porque se ha naturalizado cierta exposición, cierto desnudarse ante la sociedad, que quita o resta valor a nuestra individualidad o nuestra privacidad, nuestra vergüenza.

Dra. Yubarand Bepali. Me parece muy importante traer lo que los propios pacientes desean con respecto a la confidencialidad.

Hace unos veinte años hicimos una encuesta de 900 personas en hospitales públicos y aproximadamente la cuarta parte de ellas decía que

no quería que nadie fuera del médico tratante conociera sus datos. Pero cuando lo hicimos con 100 pacientes, de acá de esta policlínica, pero también pacientes muy crónicos, muy graves de las colonias, casi el 50 % decía que no quería que nadie supiera los datos de su historia clínica. Es decir, los pacientes tienen una percepción de que es muy muy importante todo lo que está en su historia clínica.

Mientras escuchaba lo que el Dr. Rodríguez decía yo pensaba cómo de alguna manera en el ámbito judicial han logrado los operadores decir —algunos, porque otros dicen cosas que no deberían—: «Estamos en el secreto del presuario». Y los periodistas se callan cuando les dicen eso. Después sabemos que buscan por otro lado la información y cuanto más sensacionalista, mejor. Pero tal vez si nosotros fuéramos concluyentes en decir: «Esto está en el secreto médico, en el secreto profesional», que no podemos decir nada. Ser más concluyentes respecto a que no podemos decir nada. Incluso es muy negativo contestar un teléfono y decir: «Sí, está internado acá», porque pueden estar buscando un dato que nosotros no tendríamos que decir.

Si nos ponemos muy firmes con respecto a esto estamos dando tal vez otra imagen. No tenemos dudas de que la prensa va a buscar por otro lado, pero si los abogados de parte del Poder Judicial pusieran esa barrera tal vez lo que buscan no tiene la misma repercusión, porque ya hubo algo que fue transmitido al público: que no puede decirse, que no puede hablarse. Porque el estigma es muy importante en lo que puede ocurrir con los pacientes, como lo vimos en la experiencia muy linda que relató la compañera.

Siempre tengo la esperanza de poder trabajar con algunos jóvenes sobre cómo manejarnos con las redes sociales. Hay un manual que salió recién de los colegios médicos españoles, hay una declaración que se hizo acá en Montevideo, porque los médicos jóvenes de la Asociación Médica Mundial trabajaron esa declaración y salió en la Asamblea Mundial que se hizo en Montevideo, no recuerdo si fue en 2011 o 2012, sobre cómo manejarse en las redes sociales.

Sería bueno que pudieran los jóvenes, que son quienes más las usan, trabajar —yo me ofrezco para trabajar con ellos— en ver cómo se pueden manejar dentro de la privacidad. Recuerdo que se transmitían antes de que Whatsapp avisara que codificaba; se estaban transmitiendo trabajos de equipos de Salud, porque lo han contado en mi presencia. «El paciente fulano, el paciente mengano..., te paso los datos». En trabajo positivo, pero no se habían fijado que Whatsapp no era codificado en ese momento; se codificó recién hace muy poco.

Dra. Magali Guerrini. El tema de hoy, «Confidencialidad y salud», me preocupaba particularmente. Está enmarcado dentro de lo que es parte de lo que la Dra. Bepali decía, de lo que todos debemos de conocer bien, no solo los médicos, sino también el personal, el equipo que trabaja en este hospital y en otros, y tiene que ver con la ética médica.

Con respecto a lo de ponerse firmes, lo pensaría como la necesaria rigurosidad del cumplimiento de nuestra ética. Además del trabajo del día a día y del esfuerzo y los resultados que vemos, si todos nos implicamos en esa rigurosidad creo que las cosas mejorarían mucho. Porque es una realidad la naturalización, que perjudica y bastante. El no aceptarla como natural ya es un paso grande. Esto debiera ser el comienzo de mucho trabajo, como lo han planteado prácticamente todos. Inclusive en la prevención, trabajar con respecto a las redes. Y no solo a las redes, sino la prevención en relación con la información en general, que puede generar daños que podían haber sido previstos, como se vio recién con el niño.

Uno tiene la obligatoriedad de no comentar. Yo me formé así, pero me preocupan las nuevas generaciones y tampoco quiero decir que sean las nuevas generaciones, porque algunos hemos sido docentes de las nuevas generaciones. Es un tema que implica a todo lo social en general y lo que me parece más importante es que nos preocupe y que nos impliquemos. Es un tema central y agradezco

que se trabaje sobre esto para que cada vez surjan más inquietudes que puedan ayudar en estas situaciones.

Se decía que había que doblar la confidencialidad si uno está en tal situación, pero creo que a la confidencialidad no hay que doblarla [...]. Y tampoco estamos resguardados del todo en esto, porque pareciera que los médicos, la prensa, la parte social solo tenemos obligaciones y como que no hay derechos. El derecho de los médicos a guardar silencio es una obligatoriedad que le da derecho a los pacientes de preservar sus historias. Si nos reafirmamos en esto podría quizás ser un comienzo.

Dra. Ximena Ribas. Lo veo muy complicado al tema de la confidencialidad desde el momento, por ejemplo, que al otro día de que los peritos del ITF hacemos una pericia ya sale transcripta con el nombre de la persona periciada y del perito. Y el tema también es social, porque los pacientes no pueden defenderse legalmente, porque no tienen medios; otra persona con medios se defendería y haría valer leyes que ya están, porque eso no se puede divulgar. Es un tema muy difícil y no sé cuál sería la solución. Porque al otro día sale a la prensa la pericia transcripta.

Al año de ese homicidio de Paysandú se hizo un acto por el aniversario que se llamaba «contra los delitos de odio». De odio, cuando hay pericias que determinan que fue un delito secundario de ideas delirantes.

Estoy de acuerdo y entiendo la preocupación con respecto a la prensa que menciona el profesor, pero en relación con lo que dice el Dr. Valmaggia somos varios los psiquiatras que estamos a veces intercambiando posibilidades de que haya personas que se expresen en la prensa y que puedan en el buen sentido usar a la prensa —porque hay buenos periodistas interesados en informar y no todos los programas son sensacionalistas— para desligar la violencia de la enfermedad psiquiátrica, que eso es lo que estigmatiza. Empezar a trabajar que la mayoría de los delitos y los más graves no son cometidos por personas con trastornos mentales. Es muy común leer en la

prensa: «Una mente enferma», «el loco», «el demente». Poder usar a la prensa para decir que existe la maldad y que no tiene que ver con la enfermedad psiquiátrica es algo bueno. Y que haya psiquiatras que sepan comunicar adecuadamente, que tengan esa capacidad innata y usar a la prensa en ese sentido me parece importante.

Dra. Graciela Alfonso. Una pequeña intervención con respecto a lo que dice la Dra. Ribas.

En algún momento habíamos pensado en contactar con la prensa y específicamente con el Comité de Ética de la prensa, porque es un camino si es que intentamos la opción de tener un intercambio, no a través de un caso, sino poder convocar a la prensa como algo más general, no esperando el próximo caso y el próximo evento de pública notoriedad.

Dr. Ángel Valmaggia. Quería recordar que el año pasado el Prof. Hugo Rodríguez presentó en la Universidad de la República un trabajo de la Unesco que se hizo en Bogotá: *Manual de Bioética para periodistas*. Se presentó en el Ministerio de Salud Pública el año pasado (estaba la Dra. Bepali).

Cuando yo estaba en esa actividad, ponía el *Código de Ética Médica* y el *Manual de Bioética para periodistas* juntos, como para trabajar en un sentido de confidencialidad.

Dra. Yubarand Bepali. Fueron dos periodistas a esa reunión.

Dra. Carina Ricciardi. Yo pensaba cuántos periodistas van a participar o se van a ver realmente involucrados en los contactos que se puedan hacer. Creo que está bien hacerlo.

Creo que el tema del vocero puede ayudar en el rol educativo. Y además poniéndonos en el rol como trabajadores de Salud Mental que muchas veces nos vemos muy impactados lidiando uno a uno con personas que tienen este tipo de conductas tan graves, que nos dejan devastados, en distintas etapas, porque a veces tenemos que transitar acompañamientos y tratamientos que nos involucran

emocionalmente, muchas veces el hablar con otros cumple una función catártica. Y a veces eso es visto desde afuera con morbo, con algo de voyerismo, exhibicionismo, y todos caemos en alguna medida, tanto a nivel forense como a nivel asistencial, en divulgar, sin querer hacer daño. A veces se mete un periodista en la emergencia, nos agarra distraídos en un pasillo, nos llama por teléfono —estos días nos han llamado a muchos—, y uno puede decir también alguna cosa llevado por el impacto anímico y emocional que como trabajadores tenemos.

Pensándolo como institución, un vocero —o quizás más de uno— podría usar el tema de la divulgación educativa de este tipo de cosas y devolver para construir sensibilidad. «Si fuera familiar suyo el que está en una situación así, ¿a usted le gustaría que los datos se estuvieran divulgando?» No en esos términos tan lineales, pero devolver. «Esta es una situación grave, delicada, seria. Nosotros estamos en estos casos obligados por el secreto.»

Generalizar y no hablar del caso particular, sino de la importancia de garantizar los derechos del paciente.

El rol de la prensa tiene que ser constructivo, para educar, para que las personas que necesitan asistencia sean asistidas, a nivel de prevención primaria y por ejemplo la asistencia a víctimas o a otros usuarios que quedan involucrados en situaciones de pública notoriedad. Como institución también podemos proteger a los que trabajamos adentro, recurriendo a determinadas personas, que estén entrenadas en ese sentido, para canalizar la situación con coherencia, claridad y límites.

Dr. Pedro Koyounian. Vengo en representación del Sindicato Médico del Uruguay y la Fundación Salud, del Sindicato Médico.

Prácticamente todos los países de América tienen Sociedad de periodistas médicos. En Argentina es una institución que abarca creo que a 4500 médicos. Tienen una sede social muy importante y hacen congresos cada dos meses.

Nuestro presidente de la República, el Dr. Tabaré Vázquez, fue premiado en este sentido, por la buena comunicación que tiene con la prensa.

Además de todos los temas de los que hablamos acá, cabría hablar del tema del emisor y el receptor. Nosotros transmitimos cosas, pero ¿cómo las recibe el receptor? ¿Está nuestro periodismo preparado para entender algunos conceptos que decimos los médicos?

Lo pregunto, aunque tengo mi posición que no voy a dar acá. En el Sindicato Médico estamos intentando formar la Sociedad Uruguaya de Periodismo Médico. Esto nació con el tema de la medicina del deporte.

Recordarán los que les gusta el fútbol que hace años en un partido de Uruguay, por las eliminatorias, no recuerdo contra qué otra selección latinoamericana, un jugador tuvo un traumatismo de cráneo y no quería salir del campo de juego. El médico, que creo que era [Alberto] Pan, le decía que saliera y el director técnico quería sacarlo. Eso planteó el tema y en el Sindicato Médico llamamos a la Sociedad de Medicina del Deporte, a la Cátedra, a la Sociedad Uruguaya de Periodistas, y llenamos la sala sin darnos cuenta y quedó gente afuera. Y empezamos a pensar que esto tenía más interés de lo que parecía.

Porque si oímos a Kesman relatar un partido: «Corre por la punta izquierda. Cayó, se lesionó el posterior». ¿Qué es el posterior?

Esto no tiene nada que ver con la psiquiatría, pero sí tiene que ver con eso que les decía. Que después de algunos estudios que hicimos en la Fundación Salud nos dimos cuenta de que el emisor —nosotros— transmite y el emisor ¿qué entiende? Como cuando un abuelo le transmite al nieto cosas que tal vez las entienda o no.

Yo le decía al Dr. Rodríguez que me daba un poco de vergüenza, porque vine a escuchar, no a intervenir. Pero creo que entre los aportes que podemos dar desde el humilde lugar del Sindicato Médico y la Fundación Salud vamos a formar, y ya hemos tenido cinco reuniones con periodistas de todos los medios en el Sindicato —la última fue algo rozada, no les

voy a negar que tuvimos rozamientos, porque quizás haya algunas resistencias a formar este tipo de cosas.

Fíjense ustedes, ¿cuál es el periodista en Uruguay que más difunde salud? Es un abogado. Y acá termino. Quizá entre las cosas que haya que arreglar, solucionar y aceitar está también que del otro lado capaz que haya cosas que lo agarran mal parado a uno. Las dicen y las tienen que entender, y filtrar, purificar y largarlas como se debe.

Ps. Alfredo Perdomo. Voy a dar un pequeño giro al tema.

Hace doce años que trabajo en salas de Seguridad del Hospital. Teniendo en cuenta que el hospital tiene diariamente 350 pacientes, más o menos —en salas de seguridad solamente en el sector masculino hay más de 50 pacientes, entre las salas 10 y 11—, creo que son 4 casos los que han sido mediáticos. O sea, creo que no estamos haciendo las cosas tan mal como institución y como personal de salud.

La difusión de estos 4 casos incluso antecede a las que puedan haber surgido de la institución o del personal, porque salió enseguida en los medios, apenas el hecho aconteció, al otro día o en el mismo día. Son esas situaciones que generan un alto trauma psicosocial de alto impacto que repercuten en familias, en comunidades, etnias, gremios. Hay presiones de todo tipo, también económicas de los medios buscando sus rentas de todo esto.

Entiendo estos desbordes cuando se dan, en el sentido de lo difícil que debe ser el manejo de la confidencialidad. Y no tanto tal vez para los técnicos de la salud, sino que creo que más se da en las instituciones, por ejemplo, la judicial, como recién lo mencionaba la compañera que trabaja en Forense.

En uno de los casos recuerdo que, al día del hecho, elementos que estaban solo en la pericia ya aparecieron en la prensa. Nosotros enviamos informes psiquiátrico, psicológico y social al juzgado, o sea, que va en el expediente. Muchas veces en los medios de prensa se ven datos que son de esos expedientes, y

uno se pregunta cómo llegaron a la prensa. Pero esas cosas pasan.

Y estos casos son de alto impacto mediático y evidentemente estoy de acuerdo con que hay que educar en cuanto a esto. Es difícil sobre todo cuando son casos de alto impacto social que incluso a veces involucran a personas conocidas, sea la víctima o el victimario.

Dra. Magali Guerrini. Con respecto al tema de los periodistas, en la Sociedad de Psiquiatría hace un tiempo se hizo un trabajo. Se llamó a los periodistas para tener un intercambio, a propósito de la Ley de Salud Mental, la nueva ley, y fue muy positivo. Por lo menos los periodistas concurrieron y se generó un buen vínculo, y quedaron agradecidos e interesados. Es decir, no es tan fácil, pero no creo que sea algo que no se pueda lograr; al contrario, me parece que ese también es un camino positivo.

Dr. José Minarrieta. De las viñetas y de lo que se planteó me llamaron la atención algunas cosas. Que siempre se plantea: «fuentes del hospital» o «se supo desde el hospital». Por supuesto que la prensa puede manejar peor o mejor la información y eso debemos tratarlo con la prensa, y habrá periodistas que estén de acuerdo con un manejo ético y otros que no. Pero nuestro problema como equipo de salud es que somos nosotros los que filtramos las cosas. Además, el tema de las redes hace que eso sea anónimo, porque yo te paso una foto y después la foto sigue, sigue, sigue... Y, si es posible, es muy trabajoso averiguar de dónde salen las cosas.

Si bien es cierto que todos los códigos se refieren a esto y el Código de Ética también, y que hay penalizaciones y que hay sanciones, hay tribunales para juzgar, el cambio fundamental es cultural.

Este tipo de actividades y formarnos todos, el equipo de salud, en la importancia que tiene este tema en particular, como muchos otros, sin duda son claves para empezar a cambiar esta situación.

Es evidente que tiene que haber sanciones, pero ese no es el camino más importante, porque no va a resolver el tema. El tema, si algún día se resuelve, o si mejoramos en este tema, va a ser porque nos comprometamos todos como equipo y porque sea condenado socialmente, porque sea condenada por el equipo esta actitud. Que no sea una gracia, sino que, si alguien lo hace, sea mal mirado por el resto del equipo, que eso es lo que hoy creo que no sucede. Y no hay una conciencia de ver esa situación.

TS. Marta Ponce. Soy trabajadora social en el Hospital Vilardebó. Lo que tú decías me sugirió otro plano de discusión que no solamente está centrado en los pacientes judiciales, los que cometieron algún delito que al morbo de la gente y a la venta de noticias en los periódicos llama la atención. Hay una serie de entrevistas y programas que se hacen sobre salud mental, que yo diría que son programas basura periodísticos, que le dan como un color a la salud mental y fomentan el morbo acerca de lo que son los trastornos y los padecimientos psiquiátricos, donde se ha visto de todo.

Hace mucho tiempo que trabajo en salud mental y he visto desde los sectores oficiales hasta los sectores gremiales, o personas individuales que se presentan en programas hablando acerca de los pacientes psiquiátricos, a veces con pudor y otras impudicamente, dando hasta nombres. Tendría que haber un espacio de reflexión para la no utilización del tema de los padecimientos mentales para obtener determinado tipo de cosas.

Dra. María Celia Barrios. Retomando lo que dijo el Dr. Minarrieta sobre el tema de la construcción de nuevos aspectos culturales. En este ateneo cuando lo estuvimos pensando en el Comité de Bioética, si bien inicialmente el disparador fue todo esto que salía en la prensa, el sensacionalismo, después el énfasis lo tuvimos en una mirada reflexiva sobre nosotros.

Me parece que es bueno que utilicemos esta instancia para salir de acá mirándonos hacia adentro, reflexionando sobre nuestras prácticas. Como dice la Dra. Ricciardi, todos podemos en algún momento, sin querer dañar, cometer un acto que trasgrede la confidencialidad del paciente, que no colabora, que no beneficia al paciente. Esta actitud es la que nos interesa de este ateneo: irnos con una mirada reflexiva todos los integrantes del equipo de salud, todos los integrantes del hospital, porque, más allá de los hechos de pública notoriedad que trajimos, que son los más impactantes, tiene que ver en definitiva con nuestras prácticas. Y me parece que desde ese lugar este ateneo es válido, pero no válido como una instancia única, sino como una instancia que puede replicarse para poder trabajar sobre otros aspectos, sobre el cambio del modelo asistencial que tiene implicancias en este sentido.

Una instancia muy concurrida y me alegra que hayan venido también estudiantes, porque son los nuevos recursos humanos que van a estar asistiendo a los pacientes, ya sea en el ámbito de la especialidad de la psiquiatría o de otras especialidades, o que sean otros técnicos.

Es importante que nos vayamos con una reflexión personal y colectiva sobre nuestras prácticas. Por ese lado venía la mirada del Comité.

Aux. de enfermería Selva Tabeira. Es muy importante la educación y «usar» al periodismo a nuestro favor.

Empezamos con el taller en 2008 y hemos estado en lugares increíbles con todos los pacientes. El último día estuvimos con tres de los pacientes en el Complejo Celeste con el maestro [Óscar Washington] Tabárez [...] que nos dio una charla de una hora —una charla del maestro Tabárez es increíble— en la que nos narró experiencias. Ellos mismos preguntaron y se sacaron fotos. Era la segunda vez que íbamos. Y también hemos tenido la posibilidad de estar en otros lugares trabajando; nadie los ha discriminado como que sean pacientes psiquiátricos judiciales

tan graves, casos tan graves. Estuvimos en la cárcel de mujeres trabajando, que eran tres poblaciones distintas: niños, reclusas y ellos. Espectacularmente, haciendo las casas prefabricadas. Estuvimos en Punta de Rieles trabajando con los reclusos. Hubo un partido de fútbol, donde uno de los pacientes jugó.

Pienso que tenemos que usar a la prensa, y nosotros la usamos de esta manera. Cuando una persona entra al taller y firma, esas manos que cometieron algo tan grave ahora hacen una cosa tan divina como el sillón del Pepe, que sentó al rey de España, que fue hecho por nuestros pacientes.

A la prensa la tenemos que atraer, porque es bueno demostrar que ese paciente puede salir y puede hacer cosas.

Sé que este fin de semana con lo que pasó nosotros temblamos, porque ahora hay redes y hay televisión y cable en la casa. Uno de ellos estaba muy preocupado y lo tuvimos que apoyar mucho, porque también fue uno de los casos más graves. Teníamos miedo que Victoria Rodríguez el lunes empezara con esos temas que son los nuestros. Y quiero decir que las doctoras Ricciardi y Ribas, que están acá, son las médicas forenses de nuestros pacientes. En el caso de uno de ellos, que fue uno de los casos más graves, apenas llegó al juzgado, al otro día me la encuentro [a una de las médicas forenses] en el reloj y me dijo: «Selva, el paciente de ayer es para el taller cuando llegue». Y fue así: está viviendo en la casa.

Muchas gracias.

Dr. Mario Orrego. Este ateneo se ha centrado en el tema ético de los médicos y en relación con el control de la información proporcionada al periodismo. Está establecido a nivel normativo ético cuál debe ser el comportamiento de los médicos y cuál debe ser el comportamiento de los periodistas. Porque hay comité de ética periodística, según está establecido y fue referido.

Desde el punto de vista práctico, para referirnos a lo que fue motivo que ilustró, todas estas viñetas se refieren a temas muy sensibles que determinan el inmediato compromiso de

la población. Ustedes pueden entender que el parricidio, el femicidio, la muerte prematura malogrando a una profesional joven oriunda de una localidad del interior son todas cosas que, obviamente, son una gran noticia, en el sentido de su carácter prominente como asunto de interés público. Todo el mundo tiene una opinión para dar al respecto de esos temas. Nadie deja de considerar su posición respecto de femicidio, de parricidio, del asesinato cruento y despiadado.

Yo no veo otra forma de controlar a la prensa que atendiéndola. Porque, si no, ellos quedan librados al desempeño del rol de acuerdo con su criterio y grado de responsabilidad, ético, periodístico.

Creo que a nivel institucional se tienen que constituir plataformas de referencia que regulen la información. Esta plataforma tiene que estar integrada por varias especialidades: medicina legal; medicina clínica, referida al lugar en donde se asiste el paciente; centros académicos de alta especialización referentes en la unidad temática. O sea que finalmente la prensa tendría oportunidad de saber algo que es lo apropiado, como para poder controlar ese desatino que se constituye.

La noticia prominente no solo ocupa muchos lugares en un período breve, sino que además aparece en las portadas de modo destacado. Todos sabemos que es inevitable que se constituya la infidencia, porque el periodismo acosa y de algún lado obtiene la información.

Sería muy importante la plataforma no solo para regular, para el control de la información que se le proporciona a la prensa, sino para proteger y resguardar a los profesionales implicados en la asistencia de esos pacientes. Porque, como se ha dicho y todos conocen, el abordaje por parte de la prensa se hace siempre en situaciones en las que el profesional no está en las mejores condiciones de regular la información.

Me parece que si hay una plataforma el profesional establece que no va a dar ninguna información y que el periodista se refiera a esa plataforma, que viene a ser algo así como un comité de comunicación.

Hay que instaurar de modo efectivo ese instrumento para poder controlar esto.

Dr. Germán Decuadro. Buen día. Soy uno de los médicos psiquiatras de la sala 11 y de la ex Cárcel Central. Voy a argumentar a favor de lo que expresaron de construir una plataforma de información de la prensa, pero por otro aspecto.

Vamos a poner el caso del paciente de Paysandú. Apenas realizo el informe judicial, ese informe judicial sale a la prensa. Salen datos a la prensa. Hay datos en esa información que son lenguaje clínico. ¿Cómo me paro yo después frente al paciente en el vínculo terapéutico?

Cuidar una plataforma de comunicación no es solo cuidar al paciente y cuidar al profesional, sino que es cuidar un vínculo terapéutico. Ese paciente no va a tener la oportunidad de elegir otro psiquiatra. Va a continuar con ese psiquiatra durante su internación, lo va a ver día a día. Este argumento para mí es fundamental. El vínculo es un vínculo de confianza. La divulgación de su información provocó un profundo impacto en el paciente de Paysandú, porque ellos tienen acceso a la televisión y a toda la información que se está manejando.

La reticencia de este paciente ha sido cada vez peor, la respuesta a la medicación ha sido peor. O sea que hay un argumento clínico, hay un argumento asistencial para que esta plataforma de comunicación exista, no solo por una medicina defensiva, sino que hay un argumento asistencial.

Dr. José Minarrieta. Estuvimos muy bien con los tiempos. Vamos a dar lugar ahora a la reflexión de los integrantes de la Mesa, y con esto terminaríamos la actividad.

Dr. Hugo Rodríguez. Creo que la discusión fue bastante rica. Se pusieron arriba de la mesa aspectos importantes, diversos, algunos contradictorios, pero todos tienen su parte de razón o de aplicabilidad.

Por supuesto que no pretendo resumir, pero quiero recordar o subrayar algunos aspectos.

Primero. Nosotros aquí hablamos de casos de pacientes psiquiátricos que además son personas privadas de libertad. Y no me puedo perder la oportunidad de recordar que las personas privadas de libertad son personas que tienen parcialmente privada su libertad física por una resolución judicial, pero no están privadas de ninguno de los derechos de los pacientes. O sea que mantienen absolutamente todos los derechos de los pacientes que la ley establece y no hay ninguna diferencia en que estén o no privados de libertad; en todo caso, al estarlo, sería un motivo para subrayar sus derechos, porque son más vulnerables que los otros.

Segundo. Es el lío con los periodistas. Yo me califico como pesimista y ustedes lo van a confirmar probablemente acá. Con la discusión con los periodistas ocurre eso. Dijeron cosas muy valiosas y ciertas. Pero, así como los médicos tenemos especialidades, los periodistas también. Los periodistas que cubren salud no son los periodistas que cubren policiales. Y podemos hacer un curso extraordinario para decirles cómo se comunica el tirón del posterior y no vienen los policiales, sino otros. Los que cubren policiales cubren policiales, van a la noticia policial.

El tema de generar, yo diría casi en una concepción de reducción de riesgos y daños, una plataforma para comunicar algo es una política posible. Voy a hacer hincapié en las objeciones que yo veo, pero no la descarto en absoluto, porque la estoy pensando.

La objeción fundamental es que crear una unidad para comunicar algo supone que hay cosas que podemos comunicar y cosas que no. Y el principio del secreto médico radica en que el titular de la información es el paciente y no la institución o alguien más. Entonces es muy difícil decir: «estas cositas las podemos saltar y vamos a reservarnos estas». Eso es complejo de instrumentar. Reconozco que si la alternativa es que salga algo peor, puede ser una política negociar en ese sentido.

Los periodistas tienen un código de ética de la Asociación de la Prensa Uruguaya (APU), o

sea, de su sindicato, no es que sea una imposición legal. Y en este sentido quiero señalar que el tema que voy a centrar en eso es lo que planteó la Dra. Romano. Hay un conflicto de intereses, hay una tensión entre algo deseable, que es la confidencialidad del equipo de salud, y algo deseable que es que los medios de comunicación comuniquen, como se dice a veces, lo que alguien quiere que no se sepa. Eso es también un bien democrático.

Veo claramente la situación y es que sería sancionable el integrante del equipo de salud que violenta su deber de confidencialidad, y me resulta mucho más complejo pensar en sancionar a un periodista que divulgue algo. Es mucho más complejo, porque hay esas delgadas líneas rojas que depende del interés de quién, de este o de cuál en este caso justo, pero en otro caso tal vez no tan justo.

Nosotros hablamos en esta reunión varias veces de los medios amarillos, pero a mí en realidad no son los que más me preocupan. No me preocupa mucho que haya un cronista policial que diga: «Le metió 37 puñaladas y dejó cuatro litros y medio de sangre y quedó todo pisoteado». Esa es una cosa bizarra, pornográfica; es una cosa de mal gusto. Pero cuando un periodista reconocido, cauto, respetado habla como se habló: «En el último año hubo 2 casos que involucraron a niños». Y expusieron reiterada y miserablemente el nombre de los niños. Eso es lo que a mí me preocupa bastante más, porque se está naturalizando ese tipo de prácticas y que nadie piensa en la victimización de las víctimas. Aunque ese es un discurso que siempre está presente, en la práctica se genera de manera permanente.

Finalmente, quiero introducir otro lío que puede tal vez ser motivo de otro ateneo. Quiero insistir, porque particularmente la salud mental es un área donde este conflicto en Uruguay no lo veo bien resuelto, y es que debemos tener muy claro que por razones legales, deontológicas y asistenciales es incompatible la labor de perito con terapeuta. Son dos cosas que no pueden coexistir. Repito: son absolutamente incompatibles. Y si los jueces no lo entienden habría que hacérselo comprender y habrá que

negarse a hacer cuestiones que son contrarias a la ley, a la ética profesional y a los intereses asistenciales.

Dr. Ángel Valmaggia. Creo que los organizadores han quedado satisfechos con los resultados de este ateneo. A mí me pareció sumamente importante no solo por la concurrencia, sino por el nivel de discusión. Lo veo también como esperanzador en algunos aspectos de que siempre algo se puede hacer y de que se están haciendo cosas, experiencias que se podrán extender más adelante.

Voy a leer dos cosas. «Para ser aliados de nuestros pacientes debemos defender y promocionar el secreto profesional como deber y derecho del profesional de la salud.» Esto lo dijo un abogado, el Dr. Gabriel Adriasola, en el libro *Secreto médico, encubrimiento y omisión de denuncia*.

Quiero también recordar que el Código de Ética Médica, sección 4, La relación médico-paciente, en el artículo 25 dice: «Las reglas de confidencialidad, seguridad y secreto se aplicarán a los medios de comunicación sociales, manteniendo los límites apropiados en la relación médico-paciente, de acuerdo con las normas éticas profesionales y legales, al igual que en cualquier otro contexto. Es importante que ninguna información identificable del paciente sea publicada en un medio de comunicación social. El consentimiento informado es un derecho que protege la dignidad de la persona y es fundamental en la toma de decisiones sobre su ser.»

Quería recalcar esta frase porque, más allá de la discusión sobre si tener a alguien que se comunique con la prensa, creo que sería para tener una mejor relación con la prensa, pero del paciente no vamos a poder decir nada.

Dra. Sandra Romano. Quedé pensando en muchas de las cosas que se dijeron, pero voy a referirme solo a algunas.

Si bien lo que la Dra. Bepali decía del presumario secreto es cierto en general, no lo fue en estos casos. Cabe destacar que hay situaciones en las que hay especial interés y

hay un cambio en la forma en que estos temas son tratados. Y ese cambio impacta en toda la sociedad, porque también impacta en nosotros como ciudadanos, no solo como profesionales de la salud, y a veces lleva a que se banalice el manejo de la información fuera del ámbito de la salud, que parece poco importante comentar algunas cosas, porque se concibe como algo que uno hace en carácter de «ciudadanos». No nos estamos ubicando en que en realidad tiene que ver con el rol profesional y lo estamos sacando de ese ámbito. Ese es un esfuerzo que tenemos que hacer nosotros.

En gran parte tiene que ver con lo que planteaba el Prof. Orrego, con la movilización que nos provoca este tipo de situaciones.

Alfredo Perdomo dijo que estos hechos tienen el impacto en lo familiar, lo gremial, etc. Creo que cualquiera de nosotros tiene una multipertenencia grupal. No somos exclusivamente psiquiatras, exclusivamente asistentes sociales. Somos ciudadanos, tenemos creencias, tenemos cultura, tenemos pertenencia a grupos religiosos, a grupos políticos, a lo que sea. Y a uno le impacta por lados diversos. El tema es cómo hacer el esfuerzo de no correrlos de ese lugar y si no podemos, callarnos la boca.

En ese sentido me parece que la creación de un mecanismo institucional de comunicación lo que puede hacer es proteger un poco esto. No para comunicar lo que no hay que comunicar, sino para que tengamos acordado un mecanismo que de alguna manera incluso nos dé como esa distancia entre la situación emocional que impacta en nosotros y el tratamiento de la información...

Alguien del público. Un resguardo.

Dra. Sandra Romano. Claro. Y la posibilidad de que explicitemos colectivamente un pacto sobre cómo hacemos las cosas en esto. Porque, si no, nos pasa que nos saca de lugar. Nos manejamos banalizando cosas que no hay que banalizar y actuando desde un lugar de nuestra movilización afectiva. Porque a todos nos han movilizado distintos casos desde distintos lugares.

Tenemos que reubicarnos en esto y en ese sentido creo que el lugar de un mecanismo institucional para el manejo de la comunicación tiene dos ventajas. La distancia y además para comunicar hay que saber comunicar.

Podemos pensar en establecer formación para quien lo va a hacer y una forma que sea adecuada. A todos nos ha pasado de tener que hablar en algún lugar y después miramos y decimos: «¡Yo no dije eso!» o «Sí, lo dije, pero no quería decir eso». Pero no te lo mandan para corregirlo.

Y no es un problema de la prensa. Es un problema de la comunicación.

Como último punto que quería mencionar, me parece que esta instancia puede tener continuidad con algo que empecemos o que continuemos, porque también tiene continuidad con las cosas anteriores. Pero también pensar cómo a estas cosas que se proponen darles un lugar, dedicarles un lugar, un tiempo, tratar de hacer con eso. Hacer tanto en lo relacionado con casos particulares como también pensar una cuestión más general, hacia el tratamiento de los temas de salud mental en general.

Me parece que en esto lo institucional es importante. Las instituciones somos las personas que formamos parte de ellas y entre todos las construimos mejor o peor. Tratar de que en este sentido desde la academia, desde las instituciones de salud, desde las instituciones gremiales que abarcan los temas de salud mental podamos hacer en los mejores

términos y tener la seguridad de transmitir lo que queremos transmitir. Eso es lo que a mí me convoca y si podemos convocar a todos es mejor.

TS. Marta Ponce. Quería agregar algo para la reflexión y el análisis.

Se estigmatiza no solamente desde el lugar del victimario; también estigmatizamos cuando ponemos a alguien en el lugar de víctima. Cuando decimos «el pobrecito» también estamos estigmatizando y generando daño.

Dr. José Minarrieta. Muchas gracias a todos. Estamos muy satisfechos.

La Regional Montevideo del Colegio Médico del Uruguay les agradece a todos la presencia.

Quiero dejar una reflexión.

Estos temas que hemos tratado en estos ateneos son abrumadores, porque son complejos y generalmente son temas donde arrancamos perdiendo. Sin embargo, eso no nos debe desmotivar; al contrario, la idea con estas actividades es que por algún lado hay que empezar. Nosotros elegimos empezar por acá y los invitamos a continuar, porque esto debe ser un punto de partida.