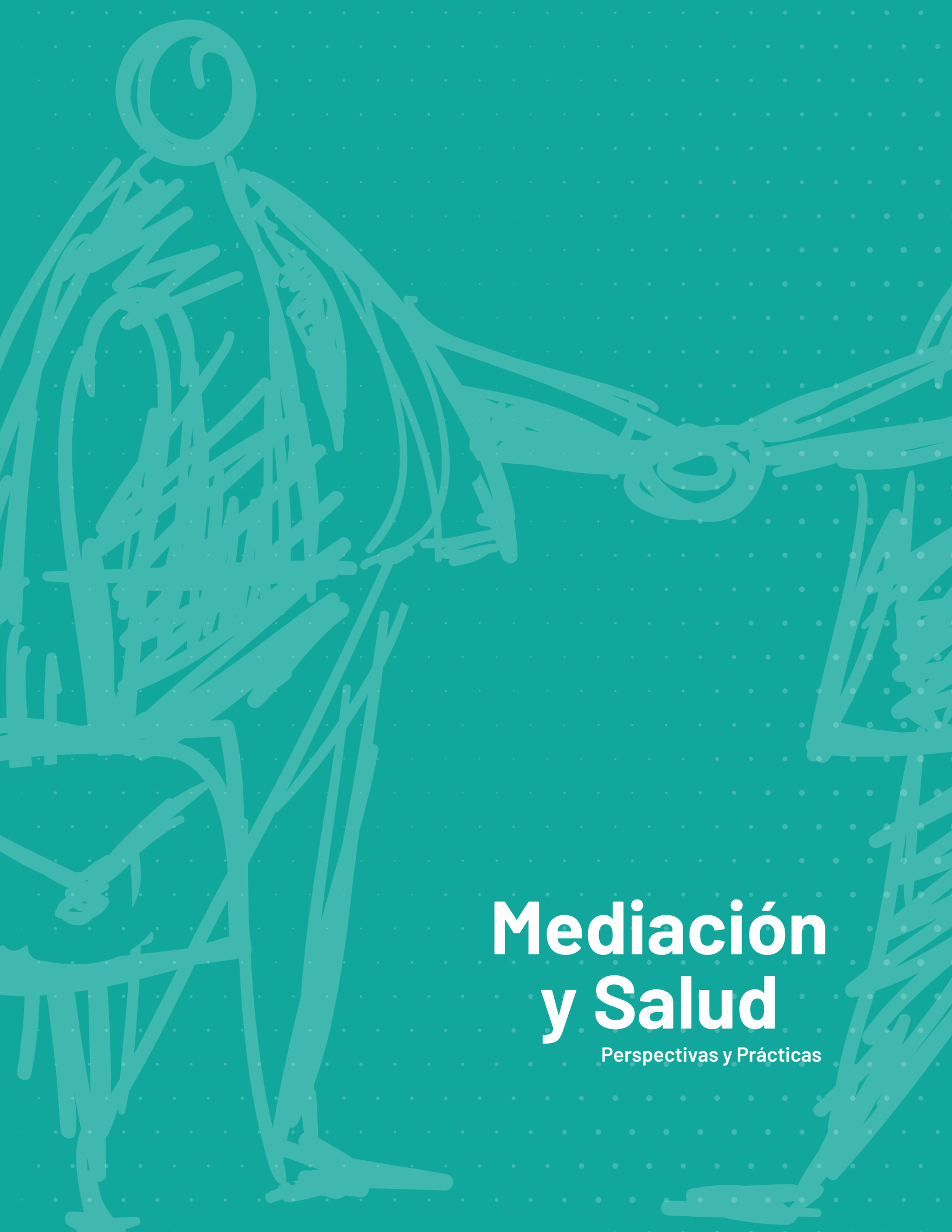


Colegio Médico del Uruguay

Mediación y Salud

Perspectivas y Prácticas





Mediación y Salud

Perspectivas y Prácticas

Compiladoras:

**Dra. María Cristina Hernández
Esc. Mónica Casavieja López**

Diseño Gráfico y Maquetación

Lic. Alvaro Nari / Comunicación CMU

Imprenta:



Agradecimientos

Al escribir estas líneas solo me surgen palabras de agradecimiento a todos los que ayudaron e hicieron posible la concreción de este gran libro, inédito para la historia del Colegio Médico del Uruguay y me atrevo a decir que para el País. Dado que la Mediación como método alternativo en la solución de conflictos se viene desarrollando a bajo ruido hace años, aún está dando sus primeros pasos en la gran carrera de maratón que tiene para ofrecer.

Solo los que han logrado concretar y cumplir la realidad de publicar un libro saben de los desafíos, tiempos, trabajo y perseverancia que ello conlleva.

Claro está que en equipo y juntos siempre es más fácil y así es que se logró la publicación de este ejemplar, cumpliendo sueños comunes de un gran grupo de personas como los diferentes autores de este libro y de los recopiladores de los mismos y organizadores del libro, todos quienes creemos en la “magia” de la MEDIACIÓN para lograr resolver los conflictos y llegar a la deseada relación ganar- ganar de las partes en cuestión.

Un especial agradecimiento a la Dra. en Derecho y Ciencias Sociales María Cristina Hernández y a su equipo de mediadores de la cátedra de mediación de la facultad de derecho de la UDELAR, a quienes tuve el honor de conocer en los primeros pasos de esta Gestión como presidente del Colegio Médico del Uruguay en varios cursos teórico práctico sobre mediación y junto a la cuales no solo aprendí mucho, sino que al día de hoy puedo decir gane varios amigos

Estoy convencido de que así es como se construye, juntos y en equipo soñado y trabajando para hacer la difícil metamorfosis de lograr convertir los sueños en realidad y este libro es prueba de ello.

Gracias

Mg. Dr. Blauco Rodríguez Andrada / Presidente del Colegio Médico del Uruguay

Prólogo

De acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española “salud” es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. De no ser así, deberá entrar en acción la “medicina”, esto es, la ciencia y arte de prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano.

En tanto ciencia y arte debe prevenir un riesgo, un daño, un peligro, de forma de guardarse de él y evitarlo.

Pues bien, este libro vincula a la Salud -en términos generales- con la Mediación -una forma de autocomposición del litigio- ya que una persona inmersa en un conflicto no goza de la plenitud de sus funciones y, por ende, se puede llegar a enfermar. La Mediación aparece como un nuevo “medicamento” para ayudar a resolverlo. Ergo, se barrunta su estrecha relación, y el motivo del título de la presente obra.

El tema elegido, además, da fe de la preocupación del Colegio Médico por una cuestión de fundamental importancia, cual es el cumplimiento efectivo, rápido y eficaz de sus cometidos, impuestos por la Ley N° 18.591 de 18 de septiembre de 2009 -que lo creó como persona jurídica pública no estatal- así como en el Código de Ética Médica establecido en la Ley N° 19.286 de 25 de septiembre de 2014.

Es la primera vez que, en Uruguay, se presenta una obra relativa a la Salud y a la Mediación. Nuestro deseo es el de que tenga, para los lectores, la utilidad que seguramente han buscado, y tenga la repercusión y fructifique el esfuerzo con que, desinteresadamente, han colaborado en el desenvolvimiento del tema para el desarrollo de la sociedad.

Es de resaltar el indudable interés y preocupación del Dr. Blauco Rodríguez Andrada, Presidente del Colegio Médico del Uruguay, por el fiel cumplimiento de la norma legal que le impone a la Institución “actuar como Tribunal de Conciliación”. Mal podrán los galenos cumplir con tal cometido legal si no tienen el instrumental adecuado para ello. Va de suyo, nuestro reconocimiento por su emprendimiento y empeño en dar a conocer, a sus colegas, una forma no adversarial de resolución de conflictos,

dotándoles de las herramientas necesarias al respecto.

Con el presente Libro, nos hemos propuesto brindar un repertorio de nociones sintéticas y sencillas, lo más claras posibles, que puedan ofrecer utilidad a los profesionales para una rápida consulta, y a las demás personas, incluso sin versación en el tema, con una información de los elementos más destacados para poder acudir a la resolución pacífica de los conflictos y, en consecuencia, contribuir a “sanarles”.

El brillo y enjundia de muchos de los trabajos, hacen que el resultado sea una obra de interés, donde no falta el acopio doctrinario y el compromiso con opiniones que -se compartan o no- son siempre fundadas e inductoras de la reflexión.

Así, este volumen es importante por su contenido, pero también por cuanto motiva e inspira a continuar en los temas propuestos. Los trabajos poseen una notoria dimensión práctica para muy diversos interesados.

Es comprensible pues, que la imperiosa necesidad de actualización permanente imponga al especialista la perentoriedad de ocuparse primordialmente de la comprensión del caudal relativo a la Salud, que fluye continuamente. Más, en tiempos de pandemia.

En ese marco, la Mediación retoma la búsqueda del principio general de la buena fe entre las personas, así como los pilares que lo sustentan: la lealtad, la confianza, la solidaridad, la coherencia, la seguridad.

No podemos concluir estas palabras introductorias sin agradecer muy sinceramente la recepción de los diferentes autores, tanto nacionales como extranjeros, quienes han expuesto sus trabajos de manera sencilla, desinteresada y sin escatimar esfuerzos, brindando el apoyo a una Institución que vela por la Salud de todos nosotros, y en muchos casos, soterrando sus propias necesidades.

Dra. María Cristina Hernández

Prof. Adj. Métodos Alternativos de Gestión y Resolución de Conflictos, UDELAR

Contenido

10

Mediación en el ámbito de la Salud en Uruguay.

Dr. Blauco Fabricio Rodríguez Andrada

38

Centros de Mediación del Poder Judicial.

Dra. Ma. Graciela Cabrera Arburúas

50

Pacientes y Médicos en la Sala de Mediación

Dra. María Elena Caram

64

Mediando Sistemas. Aportes de una mirada sistémica al encuentro mediado en el ámbito de la Salud.

Esc. Mónica Casavieja López

80

Breves reflexiones sobre la humanización del sistema de salud.

Dr. Federico Daverede.

96

Mediación: ¿El nuevo tratamiento para curar los conflictos en el ámbito de la Salud.

Abogada Anita Dorczack

108

La gestión de los conflictos dentro del ámbito sanitario en el marco de la pandemia en Uruguay

Dr. Augusto Ferreira - Dra. María José Briz

120

Mediación en Salud. Aportes a la disminución de la litigiosidad y la mejora de la calidad de vida.

Dra. Alicia Gallardo y Dra. Marisa Siboldi

128

La mediación en salud en cataluña, un objetivo y realidad a nuestro alcance

Dr. Carles García Roqueta

**La mediación como herramienta beneficiosa
para minimizar el conflicto en la salud**

Dra. Cristina Hernández

144

**Sobre la aplicación de las técnicas
de mediación en nuestro trabajo**

Lic. Ft. Gabriel Kertesz Rama

154

**La Negociación como herramienta
de la Humanización en Salud**

Dra. (Mag) Florencia Krall Curuchaga

170

**La Posibilidad de Gestionar Pacíficamente los
Conflictos en el Colegio Médico el Uruguay**

Dr. Fabián Modernell

186

**Mediación en salud: consideraciones
para una implementación eficaz**

Nathalie Noechwicz Chillik

200

**Otra mirada: pandemia y gestión
colaborativa de conflictos**

Dra. Patricia Ongay

218

La mediación electrónica en el ámbito de la salud

Dra. Lucía Rolán

224

**El derecho a la salud y la mediación: una mirada
desde la perspectiva de los derechos humanos**

Dra. Esc. María del Carmen Stombellini Urquhart

232

**Aplicación de la mediación en
temas del área de salud**

Dra. Stella Ventoso B.

246

Mediación en el ámbito de la Salud en URUGUAY.

Dr. Blauco Fabricio Rodríguez Andrada

Médico - Especialista en Medicina de Emergencia Especialista en Emergentología
Magister en Dirección de Empresas de salud Diplomatura en Gestión
de Conflictos Negociación y Mediación.

¿Qué es la mediación?

- Es un método alternativo a la solución de conflictos.
- Es un proceso de comunicación.
- Es una forma de alcanzar objetivos cuando estos no dependen exclusivamente de nosotros.
- Es un proceso confidencial de intervención en un diferendo o conflicto en el que un tercero imparcial que carece de un poder autorizado de decisión y ha sido especialmente entrenado ayuda a las partes en disputa a alcanzar voluntariamente un resultado mutuamente aceptado, Ganar - Ganar
- Consiste en una intervención imparcial en un enfrentamiento procurando encontrar una solución por la vía del dialogo mediante la aplicación de determinadas técnicas.
- La Mediación mejora las relaciones humanas.

¿Por qué es necesaria una mediación específica En el ámbito de la salud?

¿Qué características del ámbito de la salud hacen necesaria la mediación y especializada? Las condiciones de trabajo, el multiempleo, el escaso tiempo del médico con el paciente lo cual no ayuda a desarrollar una buena relación médico paciente, el mal uso de internet por una sociedad cada vez más demandante, y la tensión que implica la responsabilidad de atender la salud y la vida de las personas, son todas situaciones que generan estrés y fatiga. Esto constituye el caldo de cultivo para la generación de diferendos y enfrentamientos entre todos los actores (pacientes, enfermeros, médicos e instituciones), que son perjudiciales para todos.

De aquí se desprende la importancia del uso de la herramienta mediación por parte de todos los implicados en los sistemas de salud, y también por los gestores y/o organizadores de los sistemas sanitarios.

En definitiva¹, “¿Es pertinente la mediación en el contexto hospitalario? La respuesta a esta cuestión, en términos generales, es completamente afirmativa, puesto que fusionando las características propias de esta vía alternativa de gestión de conflictos, y la naturaleza de los conflictos producidos en este contexto, podría dar como resultado una mejor calidad del servicio de salud, y una mejor convivencia entre todos aquellos actores del sistema sanitario de la institución (no obstante, es necesario tener presente la existencia de conflictos que dada su naturaleza y la de las partes, no podrán ser gestionados mediante esta vía de resolución). Resulta innegable la realidad de que en instituciones de Salud se producen conflictos que alteran y en ocasiones disminuyen la eficacia del funcionamiento de las mismas y la repercusión que esto conlleva en sus usuarios. La gestión de los conflictos desde la mediación, alumbra una vía pacífica de resolución, en la que, por sus ventajas, cubre ciertas necesidades que mediante otros métodos de solución de conflictos no se produce. Las disputas que se pueden dar en las relaciones laborales de los profesionales del entorno sanitario, aquellas producidas por la convivencia de los pacientes en los que el dolor físico y/o psicológico caracteriza su estancia en estas instituciones, y las producidas entre los familiares y personas allegadas de los mismos, pueden ser solventados desde una vía pacífica y del entendimiento, que mejore la calidad de vida y de trabajo de todos aquellos individuos integrantes del sistema hospitalario.

Además del enfoque de intervención de la mediación como proceso de resolución de conflictos, esta vía puede ser utilizada desde una visión preventiva, puesto que, en ocasiones, y concretamente a nivel laboral, se puede dotar al personal de habilidades de comunicación para la prevención del conflicto, mostrando técnicas de mediación que puedan ser aplicadas en su labor profesional para con los pacientes. La mediación debe mostrarse como una vía de gestión del conflicto, y una vía de prevención del mismo, dado que sus bases se instauran en la cultura del entendimiento y la solución pacífica de las problemáticas surgidas cotidianamente, que de manera inherente se producen en las relaciones interpersonales.”

1 - «Mediando en Salud» Una propuesta de mediación sanitaria en hospitales. Por María Carnero de Blas Publicado en Revista de Mediación Número 10.

El conflicto

Y todo esto surge dado que el conflicto es inherente a la especie humana, el conflicto pertenece a la condición humana, es parte de la vida.

- Es un fenómeno natural.
- Puede ser positivo.
- Muchas veces el mismo radica en la falta de reconocimiento a los RRHH, como muy bien vimos y aprendimos en una de las conferencias con mediadores de España en el curso de la diplomatura en mediación que cursamos durante este año, hecho con el cual concuerdo a globalidad, dado que, al dedicarme en parte de mi actividad profesional a la mediación en salud, y realizar varias mediaciones en este ámbito, así se comprueba en los hechos, claro está teniendo en cuenta el sesgo subjetivo.

El conflicto puede definirse como una relación social caracterizada por el desacuerdo, que ocurre entre dos o más actores individuales o colectivos, pero siempre humanos, que persiguen metas u objetivos incompatibles o que son considerados como incompatibles al menos por uno de estos actores, “Rubén Calcaterra, mediación Estratégica”

La máxima, no hay mal que por bien no venga es un enfoque muy interesante de lo que puede generar un conflicto, o la posibilidad que puede mostrarnos.

El conflicto tiene una cara destructiva y otra constructiva, puede ser visto como un motor del cambio, como una oportunidad de mejora.

Los conflictos tienen costos, sobre todo si no es gestionado de manera positiva, tiene costos directos como el tiempo perdido, costos legales y tiene costos indirectos, como pérdida de la calidad del trabajo, pérdida por reemplazo de personal calificado, ausentismos y bajas laborales, disminución del rendimiento y de la calidad del trabajo, pérdida de la confianza en el equipo y la organización, etc. El problema no es el conflicto, sino nuestra respuesta a él: combativa, evasiva, autoritaria etc.

“Partiendo de la concepción de que el conflicto en términos generales es inherente al ser humano, es comprensible que cualquier organización, empresa, familia y en suma cualquier espacio compartido entre varias personas, pueda ser susceptible de presenciar conflictos de diferentes tipologías². No obstante, el conflicto no debe ser necesariamente negativo, ya que a pesar de que las sensaciones y experiencias personales que se experimentan en el momento en el que se desarrolle dicho conflicto, son en su mayoría desagradables, la forma de afrontarlo y las consecuencias del mismo pueden llegar a resultar beneficiosas para las partes y para su contexto próximo, si se aborda del modo correcto. Sin embargo, si las habilidades de gestión del conflicto y las consecuencias son íntegramente negativas para una o varias de las partes involucradas en el conflicto, los problemas consecuentes podrían ser de mayor gravedad, provocando un deterioro de las relaciones y un posible empeoramiento del ambiente laboral. Todo ello, se puede ver agravado en un contexto laboral y asistencial como es el hospitalario. En este caso, se producen conflictos dados por la convivencia del personal sanitario, provenientes de las relaciones interpersonales y jerárquicas del mismo (propias de todas las organizaciones de trabajo), aquellos conflictos dados por la relación asistencial con los pacientes, además de los producidos por la convivencia entre los mismos y sus familiares/acompañantes. Es innegable que todo ello tiene diferentes consecuencias en el rendimiento del personal, la eficacia asistencial y el funcionamiento general de la institución sanitaria. La naturaleza de los conflictos sanitarios. Los conflictos existentes en el contexto hospitalario van a coincidir en gran medida con los encontrados en otras organizaciones del trabajo en las que se requiere de un trabajo grupal, interdisciplinar, «sujetos» a una jerarquía de poder y responsabilidad. No obstante, se encuentra un añadido a las problemáticas existentes en otras organizaciones, dado por los conflictos producidos en la praxis médica, en la atención con el paciente, la relación con el mismo y sus familiares.

En relación a esto último, y como se observa en diferentes estudios (López-Soriano et al., 2007 y Novel, 2008), existen diversos conflictos en las instituciones sanitarias especializadas, que no son compartidos en su totalidad por otras instituciones. Es

2 - «Mediando en Salud» Una propuesta de mediación sanitaria en hospitales. Por María Carnero de Blas Publicado en Revista de Mediación Número 10.

necesario establecer un mapa conflictual en las organizaciones de salud, para poder realizar acciones eficaces en la resolución de conflictos, alternativas a las dadas hasta el momento. Realizando una fusión entre los posibles conflictos existentes en toda organización jerarquizada y los encontrados en las instituciones sanitarias, se propone la siguiente clasificación. Profesional: Conflictos producidos por discrepancias en funciones, organización y comunicación entre el personal sanitario y la limitación de recursos físicos y temporales de la institución hospitalaria y la demanda asistencial realizada. Social: Conflictos derivados de la convivencia entre pacientes y familiares en situación de ingreso. Asistencial: Conflictos producidos por la insuficiente y/o ineficaz comunicación entre los/as pacientes y el personal sanitario y administrativo, además de los producidos por la mala praxis médica. Legal: Conflictos derivados del desconocimiento de la legalidad en casos «excepcionales» (maltrato, violación, incapaces, accidentes de tráfico, etc.), y la inseguridad que ello conlleva en las actuaciones clínicas con repercusiones de tipo legal.

Considerando que la seguridad del paciente es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud y que los «efectos adversos» pueden ser clasificados en inevitables o evitables, y sabiendo que un 47% de los efectos adversos producidos, podrían haberse evitado, es importante resaltar, sin pretender estigmatizar al personal de la salud, que el malestar producido por dichos daños ha de resolverse de algún modo, que hasta entonces ha consistido en «olvidar el suceso» o interponer una denuncia y derivar el caso por la vía judicial. Por otro lado, se pueden observar evidencias de la existencia de conflictos en las instituciones sanitarias, en los datos proporcionados por la Asociación del Defensor del Paciente en su memoria del año 2011, los cuales manifiestan haber recibido un total de 13.010 casos sobre quejas, supuestas negligencias y mala praxis médica (un aumento de 848 casos más que en 2010). Es imprescindible informar de que los datos presentados son aquellos que han llegado por diferentes vías a la asociación nombrada, careciendo así de la posibilidad de generalizar dichos datos a la realidad íntegra hospitalaria; no obstante, y dado que el presente estudio trata de no judicializar todos los conflictos existentes, es interesante la cifra citada, dado que, si existen esas quejas, existe la necesidad de intervenir sobre las mismas. Además de los datos aportados desde la visión del paciente como perjudicado, es necesario observar qué problemáticas experimenta el personal sanitario a la hora de desempeñar su tra-

bajo. En este punto es aún más escaso el número de análisis realizados en torno a este tema, pero es interesante tomar como guía introductoria los resultados obtenidos del estudio realizado por López- Soriano, F.; Bernal, L.; Pozo, P. (2007) El objetivo de su estudio radicó en conocer los conflictos que enfrentan a diario a los pacientes y a sus familiares con los médicos y la enfermería del hospital, para realizar un mapa de conflictos que permitiese establecer las situaciones más complejas de dificultad ética. En dicho estudio se pone de manifiesto la existencia de conflictos experimentados por parte del personal sanitario que no se resuelven de ningún modo, y que incrementan su malestar en el puesto de trabajo, pudiendo verse afectada su profesionalidad en términos asistenciales. Atendiendo a esto último, es de gran interés introducirse en el estudio «Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas» llevado a cabo por el catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid Bernardo Moreno y la investigadora de la misma universidad Carmen Báez.

Desde el mismo, y tomando a Cox y Griffiths (1996) se establecen diferentes factores de estrés psicosociales en el entorno laboral, entre ellos, aquellos relacionados con las relaciones intrainstitucionales. Como se puede observar, existen factores que dependen íntegramente de la organización y su modo de entender y gestionar el trabajo y a los empleados, (ambiente, equipos, horarios, etc.), y otros en los que la falta o errónea comunicación entre trabajadores puede llevar a conflictos que posteriormente se traduzcan en un malestar y un estrés que puede conllevar un estado perjudicial para el trabajador y la propia empresa (y consiguiente eficacia y eficiencia de la misma). En el mencionado estudio, se contemplan otros factores además del estrés, como factores de riesgo psicosocial. La violencia en el trabajo (en sus diferentes formas de expresión), el acoso laboral, el acoso sexual, la inseguridad contractual y el llamado «Burnout» o desgaste profesional, también son factores de riesgo psicosocial que afectan directamente a la salud de los profesionales y por ende al rendimiento de los mismos y de los servicios proporcionados. Algunos de los resultados arrojados por este estudio (de gran interés para la pertinencia del trabajo y gestión de los conflictos en empresas y más concretamente en instituciones hospitalarias), son las consecuencias negativas que pueden acarrear los nombrados factores de riesgo psicosocial en el individuo/trabajador, como por ejemplo trastornos físicos (cardiovasculares, músculo-esqueléticos...) y psicológicos (trastornos de ánimo, de sueño, ansiedad...), aparte

de aquellas consecuencias producidas en la eficacia y eficiencia de la organización, como por ejemplo, el distanciamiento laboral de la organización por parte del trabajador, bajas laborales por problemáticas surgidas en el trabajo, desmotivación, etc. Además, se especifica que en ámbitos como el de la sanidad una revisión concluye que intervenciones que incluyan la mejora de la comunicación pueden ser efectivas para reducir burnout, estrés y otros síntomas generales en el personal sanitario (Marine et al., 2006).

Como dicen Bernardo y Báez (2010), «Toda la información de la que se dispone indica que los costes de los riesgos psicosociales son excesivamente altos, y lo que es peor, minan el desarrollo futuro de la organización, la calidad de vida de los trabajadores y la misma productividad individual y global de la empresa». Además de todo lo comentado anteriormente, y concretamente en el contexto hospitalario, se producen diferentes conflictos dados por la falta o errónea comunicación entre los pacientes y el personal sanitario y/o administrativo y por la necesidad de convivir con personas desconocidas, afectadas por una dolencia/enfermedad que puede producir una alteración en la intimidad y el modo de superar el ingreso. Como se aprecia en el estudio «La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras» (Gutiérrez et al., 2008), la relación con los convivientes en la habitación, está determinada por la propia convivencia de la vida diaria, lo que provoca que dicha convivencia física sea obligadamente estrecha, complementándose con situaciones de reciprocidad, ayuda mutua y respeto que se establecen entre ambos pacientes-familias. Por otro lado, y no de menor importancia, se encuentra la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Dicha relación se basa en los cuidados y en la educación-entrenamiento al paciente-familia. Las características que la conforman son el intercambio de información, la confianza, la sinceridad, el apoyo-ayuda, la personalización y el respeto. Cuando las relaciones comentadas no promueven el respeto, la ayuda, la reciprocidad, el intercambio de información y en suma todo lo descrito en los párrafos anteriores, pueden producirse conflictos que empeoren el rendimiento de los profesionales y la recuperación de los pacientes. Por todo ello, es innegable la necesidad de intervención en este contexto, dado que es percibida y manifiesta, y en muchas ocasiones no es suficiente ni eficiente nutrirse únicamente del sistema judicial, dado que hay conflictos en los que la decisión de un

tercero imparcial sujeto a unas leyes, puede que no sea lo más beneficioso ni deseado por las partes en conflicto; ya que como se ha plasmado, existen conflictos de diferente naturaleza, que pueden tener consecuencias negativas para las partes y para su contexto envolvente, si no se gestionan de un modo adecuado.

Como se intentan solucionar estos conflictos normalmente en el sistema de salud.

Dentro del equipo de salud:

- investigaciones administrativas.
- sumarios.
- sanciones administrativas, amonestación, suspensión, despidos.

Con usuarios o familiares:

- Denuncias en la dirección institucional.
- Quejas en oficina de atención al usuario.
- Realización de juicios civiles y/o penales

Respuestas gremiales médicas:

- Asesoramiento legal.
- Seguros médicos. Medicina defensiva (artículos LUC)

Cuando surgió el primer borrador de la Ley de Urgente Consideración existían determinados artículos que luego se quitaron y que desde el Colegio Médico del Uruguay solicitamos en el parlamento a la comisión de diputados que tenía encomendada la LUC su reincorporación dada su importancia para el relacionamiento medico paciente y para la calidad asistencial, estos eran los artículos 387 (Demandas y denuncias por mala praxis); Artículo 388 (Protocolos, guías y procedimientos aplicables); Artículo 389. (Registro en la historia clínica) y, Artículo 390. (Información comprendida) que estaban comprendidos en el primer proyecto de la LUC por su gran importancia para la calidad asistencial y los derechos y deberes de los equipos asistenciales

y los usuarios, que en definitiva impulsaban la presunción simple a favor del equipo asistencial en casos de presunta mala praxis si se cumplía con los cometidos de dichos artículos.

Artículo 387 (Demandas y denuncias por mala praxis). En caso de demanda civil o denuncia penal como consecuencia de una presunta situación de mala praxis en la atención de la salud humana, se configurará presunción simple a favor del personal de salud interviniente en el proceso asistencial que determinó el evento, cuando se verifiquen los extremos a que refieren los artículos Artículo 388 y Artículo 389 de la presente ley.

Artículo 388 (Protocolos, guías y procedimientos aplicables). Los protocolos 229 y guías clínicas aprobados por el Ministerio de Salud Pública serán de aplicación obligatoria en todos los procedimientos asistenciales y técnicas diagnósticas empleadas en la atención del paciente. A falta de aquellos, deberán aplicarse las directivas asistenciales que hubiere dispuesto la Dirección Técnica de la institución de salud donde se realice la atención del paciente, las que deberán estar publicadas y comunicada fehacientemente al personal de la institución. En caso de no existir ningunos de los instrumentos anteriores, el personal de salud aplicará las técnicas y procedimientos para el diagnóstico y tratamiento, definidos por las cátedras de las especialidades intervinientes en el proceso asistencial aplicado.

Artículo 389 (Registro en la historia clínica). El registro en la historia clínica del paciente de todos los procedimientos realizados por el personal de salud previos a la configuración de un resultado en los términos a que refiere el Artículo 387, se presumirá prueba simple a favor del personal de salud directamente vinculado al objeto de la acción, en los términos del artículo 138, numeral 3° del Código General del Proceso.

Artículo 390. (Información comprendida). La prescripción de medicamentos, expedida en soporte papel o en aplicación de las previsiones contenidas del artículo 467 de la Ley N° 19.355, de 30 de diciembre de 2015, constituye un todo indivisible con la información a que refiere el artículo anterior de la presente ley. Cuando la indicación

sea realizada en soporte papel, deberá figurar en la historia clínica como mínimo, forma farmacéutica, posología, vía de administración y concentración del medicamento indicado al paciente

Este articulado³ tendría un gran impacto positivo que permitiría:

PROTEGER AL PACIENTE ya que el acto médico se ajustaría a guías basadas en evidencia científica actual y lograría la uniformidad de tratamientos cualquiera sea el prestador. PROTEGER AL MEDICO que no tendría la carga de la prueba sobre si, ya que la misma figuraría en la Historia Clínica Electrónica siempre que haya dejado correctamente constancia de lo realizado. PROTEGER LOS RECURSOS EN SALUD ya que, al ajustarse a protocolos, se evitaría la “Medicina Defensiva”, impidiendo la solicitud de paraclínica innecesaria, compleja y costosa por temor a complicaciones y demandas.

Todo lo cual claramente aportaría a disminuir la judicialización de la medicina y la conflictividad en determinados asuntos del quehacer diario de la profesión.

Cualidades técnicas más Cualidades no técnicas de los RRHH en salud, hay una muy interesante frase de gestión que manifiesta que a una persona la contratan por las cualidades técnicas que tiene y la despiden por las cualidades no técnicas que le faltan. La Mediación disminuye el estrés laboral, mejora la comunicación y las relaciones entre los integrantes de los equipos asistenciales, crea caminos nuevos vs juicio, sumarios administrativos, etc.

Por todo lo cual es una herramienta muy útil para gestionar grandes temas de los sistemas de salud como lo son.

Seguridad del paciente Burnout / Trabajo en equipo Comportamientos disruptivos.

3 - <https://www.colegiomedico.org.uy/el-colegio-medico-del-uruguay-concorre-a-la-comision-especial-para-el-estudio-de-la-luc/>

Actores

Para comprender el microclima Salud en nuestro País, y su posible conflictividad es fundamental entender y conocer los actores macro del Sistema de Salud.

- SNIS - En sí mismo, prestadores de salud públicos y privados.
- MSP - Ministerio de salud Pública
- CMU - Colegio Médico del Uruguay
- Sindicatos Médicos. SAQ - Sindicato Anestésico Quirúrgico, SMU - Sindicato Médico del Uruguay, FEMI - Federación Médica del Interior
- Sindicatos de funcionarios. FUS - Federación Uruguaya de la Salud, FFSP - Federación de Funcionarios de Salud Pública
- Asociaciones de Usuarios y sus representantes.
- Cámara de UEM
- Facultades de Medicina públicas y privadas
- Cátedras de Facultad de Medicina UDELAR de las diferentes especialidades
- Sociedades Científicas
- ANM - Academia Nacional de Medicina
- Otros más.

Cada una de estas instituciones cumplen una función determinada y asignada y un rol en el SNIS, es fundamental que los gestores de salud entiendan y comprendan las diferencias de cada una y el alcance de cada una, para saber, dependiendo del tipo de conflicto que se genere en el ámbito de la salud, cuál de estas instituciones puede intervenir y en carácter de que.

SMU / SAQ / FEMI

En Uruguay existen ámbitos de negociación pautados en la salud desde hace mínimo unos 100 años momento en el cual se funda el Sindicato Médico del Uruguay. Es en ese contexto que con el tiempo se desarrollaron las negociaciones colectivas en el ámbito de la salud y de los trabajadores médicos socios del sindicato dentro del sistema de salud.

Claramente es este uno de los lugares donde se comienzan a aplicar los métodos alternativos para la solución de conflictos en el ámbito de la salud, digase, negociación, conciliación, mediación y arbitraje.

Negociación. Todas las partes negocian entre si Conciliación. Igual que la mediación, pero obligatoria

Mediación. Un tercero neutral ayuda a las partes a negociar para alcanzar un acuerdo mutuamente aceptable. El mediador no es juez, aporta fórmulas de acuerdo o soluciones alternativas.

Facilita la comunicación, ayuda a encontrar puntos de acuerdo. Condición necesaria es la colaboración de las partes.

VOLUNTARIA. Busca una solución de “ganar-ganar

Arbitraje. Las partes, previo acuerdo, determinan que van a resolver posibles conflictos que surjan en el futuro por medio del arbitraje, en el cual una persona previamente seleccionada por las partes escucha a las mismas y genera un veredicto, claro está que es menos costoso y dura menor tiempo que un juicio en el cual es el juez el que decide e impone un veredicto en vez del árbitro.

Cuál es la ventaja de los llamados métodos alternativos a la solución de conflictos versus el juicio y la judicialización del conflicto, los siguientes

El JUICIO demora más tiempo, implica un mayor costo dado que por ejemplo la mediación aplicada en el ámbito del Colegio Médico del Uruguay es gratuita, en el caso del juicio la solución es impuesta por un tercero, el juez, por lo tanto, una parte pierde y la otra gana, cuando en la mediación se busca la relación ganar - ganar.

Estas negociaciones en principio estaban concentradas en las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay, el Comité Ejecutivo el cual está constituido actualmente por 10 miembros Médicos y 3 Estudiantes de Medicina.

Más próximo a nuestros tiempos y en los últimos años se creó y existe la llamada Unidad de Negociación del Sindicato Médico del Uruguay, constituida por un grupo importante de técnicos, no solo médicos, y con variada experiencia y formación en los métodos alternativos a la solución de conflictos, demostrando en los hechos la importancia que se le da a esta herramienta.

Uno de sus referentes durante muchos años fue el escribano Julio Lorente quien se formó en medicación y dictó un sinnúmero de actividades académicas al respecto, focalizado al micro clima salud.

Es de destacar que esta Unidad de Negociación del SMU interviene en todo tipo de conflictos entre sus asociados con otras partes, desde negociaciones salariales con los Ministerios y el Gobierno de turno, hasta en conflictos individuales de sus asociados por ejemplo con prestadores de salud en base a condiciones laborales y un sin fin de posibles conflictos.

Otro elemento estratégico de importancia a destacar es que tanto el Comité Ejecutivo del SMU como los integrantes de la Unidad de Negociación (UN) son cargos políticos, a los primeros se accede por elecciones cada 2 años, para lo cual hay varias agrupaciones políticas en salud que se presentan a las mismas, y los integrantes de la UN son seleccionados por el comité ejecutivo.

Si bien el Sindicato de Médicos más representativo por su número de socios es el SMU, por lo cual es el que negocia con el gobierno nacional de turno y en los conflictos generados entre sus asociados con terceros, no podemos dejar de mencionar a los otros dos sindicatos de médicos que existen en el Uruguay, el Sindicato Anestésico Quirúrgico, SAQ, conformado por unas 14 Sociedades Científicas y a la Federación Médica del Interior, FEMI, sobre todo los que trabajan en FEPREMI, dado que cuando se trata de conflictos generados dentro de las 14 especialidades anestésico quirúrgicas que integran la SAQ como cuando se trata de conflictos de médicos socios de la FEMI en el interior del País son estos sindicatos los que negocian en los mismos. Es de destacar también que el prestador de salud más grande del País que es ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) con casi 1.500.000 afiliados

cuenta con su propia Unidad de Negociación, lo cual también demuestra en los hechos la importancia de los métodos alternativos a la solución de conflictos en el ámbito de la salud en nuestro País.

Colegio Médico del Uruguay.

Por otra parte, y luego de más de 90 años de aportes por parte de los médicos y de arduo trabajo en las Convenciones Médicas Nacionales (la última, la 9° en el año 2014) y posterior a un plebiscito médico surge el Colegio Médico del Uruguay, creado por la Ley N° 18.591 en el año 2009 como Persona Jurídica Pública no Estatal, con el cometido de garantizar al médico y a la comunidad, el ejercicio de la profesión dentro del marco deontológico establecido.

A través de su funcionamiento procura el mantenimiento y mejoría de la capacitación durante toda la vida profesional, así como vela para que el médico ejerza su profesión con dignidad e independencia para beneficio de usuarios y médicos. El 100% de los médicos del Uruguay para ejercer en el territorio nacional deben estar colegiados, lo cual muestra la importancia y relevancia de esta institución.

Los Cometidos del Colegio Médico del Uruguay, de acuerdo a su Ley de Creación, son los siguientes:

1. Velar para que el médico ejerza su profesión con dignidad e independencia.
2. Vigilar que el ejercicio de la profesión médica se cumpla dentro de los valores y reglas del Código de Ética Médica, Ley N° 19.286.
3. Garantizar la calidad de la asistencia brindada por los médicos, así como la protección de los derechos de los usuarios.
4. Proporcionar las garantías legales y sociales necesarias para asegurar un marco deontológico adecuado, que evite el riesgo de incurrir en prácticas corporativas.
5. Establecer los deberes del médico para mantener actualizado su conocimiento.
6. Resolver sobre los casos sometidos a su jurisdicción en los asuntos relativos a la ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio.

7. Organizar actividades de educación médica continua y desarrollo profesional médico continuo, vinculados al ejercicio profesional y los preceptos éticos aplicables.
8. Procurar la mejora continua de la calidad en el ejercicio profesional de los médicos colegiados.

En el contexto de una sociedad compleja y cambiante se producen nuevas situaciones de conflicto en el ámbito de la salud, que pueden gestionarse a través de una nueva metodología de resolución pacífica y alternativa de conflictos denominada «mediación⁴».

A la mediación se le atribuye la capacidad de prevenir, resolver y contener los conflictos que de forma inevitable se producen en las relaciones entre las personas. Esta alternativa se inspira en la promoción de la cultura de la paz⁵.

La mediación es una de las formas más antiguas de resolución de conflictos y se ha revelado como una buena herramienta para gestionar conflictos en diversos ámbitos (familiar, empresarial, social, penal, salud), evitando de este modo, la judicialización del conflicto planteado⁶.

De acuerdo con su Ley de creación, Ley N° 18.591, de 18 de setiembre de 2009, el Colegio Médico del Uruguay está dirigido por: A) Un Consejo Nacional, domiciliado en la capital de la República con competencia en todo el territorio nacional; y, B) Por Consejos Regionales con competencia en su respectivo territorio, de acuerdo con el artículo 5° de la Ley N°18.591.

Existirán Consejos Regionales que corresponderán a la siguiente distribución territorial:

a) Regional Montevideo, que comprende al departamento de Montevideo; **b) Regional Sur**, que comprende a los departamentos de Canelones, San José, Florida, Flores

4 - https://www.researchgate.net/publication/256812840_La_mediacion_en_el_ambito_de_la_salud

5 - https://www.researchgate.net/publication/256812840_La_mediacion_en_el_ambito_de_la_salud

6 - https://www.researchgate.net/publication/256812840_La_mediacion_en_el_ambito_de_la_salud

y Durazno; *c) Regional Este*, que comprende a los departamentos de Maldonado, Lavalleja, Rocha, Treinta y Tres y Cerro Largo; *d) Regional Oeste*, que comprende a los departamentos de Colonia, Soriano y Río Negro, y, *e) Regional Norte*, que comprende a los departamentos de Artigas, Salto, Paysandú, Rivera y Tacuarembó.

Cada Consejo Regional tendrá una sede administrativa permanente en una capital departamental, a los fines de constituir domicilio, recibir las inscripciones y notificaciones y demás que pudiere corresponder

Entre las competencias del Consejo Nacional, se destaca la mediación que se dispone en forma expresa en el literal j) del artículo 16 del decreto reglamentario N° 83/010, a nivel nacional, en caso de conflictos planteados entre miembros colegiados de diferentes Regionales del Colegio: “j) Actuar como Tribunal de Conciliación frente a conflictos planteados entre miembros colegiados de diferentes Regionales del Colegio”.

Por su parte las competencias de los Consejos Regionales están reguladas en el artículo 10 de la Ley N° 18.591 y en el artículo 22 del decreto reglamentario dentro de los límites de sus respectivos territorios.

En el caso de los Consejos Regionales la competencia de conciliación y/o mediación está regulada en el literal F) del artículo 10 de la Ley N° 18.591 y en el literal f) del artículo 22 del decreto reglamentario, estando limitada a los límites de la distribución territorial consagrados en el artículo 8 de la Ley N° 18.591: A) Regional Montevideo; B) Regional Sur; C) Regional Este; D) Regional Oeste; y E) Regional Norte para los conflictos generados entre miembros del Colegio o de estos con terceros.

En caso de que los conflictos planteados sean entre miembros colegiados de diferentes Regionales del Colegio, será el Consejo Nacional del CMU quien asumirá la competencia de mediación y/o conciliación.

La mediación, en tanto una de las formas más antiguas de resolución de conflictos, es competencia del Consejo Nacional y de los Consejos Regionales del CMU con las si-

guientes precisiones: los Consejos Regionales entenderán, en su ámbito territorial de acuerdo a lo fijado por la Ley, en los conflictos generados entre miembros del Colegio o de estos con terceros, y; el Consejo Nacional del CMU entenderá en los conflictos planteados entre miembros colegiados de diferentes Regionales del Colegio, en tanto tiene competencia en todo el territorio nacional.

El Consejo Nacional del CMU está integrado por 9 consejeros médicos con vos y con voto y por un abogado asesor con voz y sin voto.

Los 5 Consejos Regionales están integrados cada uno por 5 consejeros médicos.

A lo largo de la presente gestión del CMU, hemos notado que es necesario el fortalecimiento de esta herramienta potenciando la capacitación y el rol de los Consejeros tanto nacionales como regionales, cuyos mandatos están limitados a tres años de gestión, con lo cual la experiencia adquirida queda en los propios Consejeros y los nuevos Consejeros entrantes deberán “arrancar de cero” en un tema tan importante, al carecer dentro de la estructura del CMU de un órgano con competencias exclusivas de mediación con integrantes cuyo ejercicio no esté limitado por los tres años de gestión, con lo cual sería más que necesaria la instrumentación de cursos de formación permanente para nuevos consejeros sobre los aspectos teóricos y prácticos dictados por docentes capacitados, y donde también intervengan Consejeros tanto Nacionales como Regionales que hayan participado en instancias de mediación dentro del CMU.

En esta 3° gestión del CMU se han realizado varios cursos de mediación teóricos, prácticos y se han escrito varios artículos sobre mediación en salud y contado con el apoyo de varios expertos de diferentes profesiones quienes también han aportado sus experiencias y conocimientos en artículos que se han publicado en las diferentes ediciones de la revista Gestiona del CMU y en actividades académicas.

De lo actuado en el Colegio Médico del Uruguay en sus 5 regionales en todo el país y en el Consejo Nacional hemos tenido.

- Mediación entre colegas
- Mediación entre médicos con usuarios

- Mediación entre médicos y otros integrantes de los equipos asistenciales
- Mediación entre médicos con instituciones de salud.

El común denominador en este proceso de mediación fue la falta de comunicación efectiva y en el momento justo entre las partes, muchas veces alegando falta de tiempo. Por lo general son medicaciones facilitadas por la buena disposición de las partes, y con resoluciones útiles y duraderas, dado que en el ambiente de la mediación encuentran un lugar distinto al asistencial, donde el reloj no corre y pueden desarrollar intercambios y una comunicación efectiva, logrando entenderse el uno al otro.

Proceso de una Mediación.

Es muy importante que los mediadores tengamos un conocimiento del proceso a seguir en el momento de iniciar una mediación, dado que en ese proceso se juega una parte muy importante del resultado final del mismo.

Informar a las partes en qué consiste la mediación.

Debemos tener en cuenta que el proceso de mediación es solicitado por una de las partes, lo que en principio demuestra que esa parte por lo menos a tenido contacto con la existencia de la misma, al convocar a la otra parte al proceso voluntario de mediación es fundamental explicarle claramente en que consiste, cuál es su fin y en qué contexto se va a desarrollar, aclarando todas las dudas que la parte que se está convocando pueda tener, para de esta forma poder tomar una decisión libre de si desea participar o no en el proceso de una mediación.

En este punto es importante que el mediador por ejemplo ya cuente con un discurso de presentación pautado para de esta forma no olvidar ningún elemento de importancia a la hora de informar a ambas partes.

Explicar de forma clara las reglas del proceso

Esta parte de la información casi siempre se da en la primer reunión entre las partes a fin de que quede claro para ambas cuales son las “reglas del proceso” en el sentido de lo que está permitido y lo que no, a modo de ejemplo se debe dejar bien en claro que no está permitido insultos o destrato a ninguna persona, que cuando uno habla el otro debe escuchar y que luego tendrá su tiempo para expresar lo que siente y piensa, que es bueno mientras una de las partes está hablando que la otra saque apuntes para así no interrumpir y no olvidarse de cosas importantes, que de preferencia las partes se dirigen en su elocuencia al mediador y no de forma directa a la otra parte. Aclarar que se trata de un proceso confidencial y de ser posible firmar un convenio de confidencialidad y de aceptación voluntaria de la mediación.

Como mediadores, prepararnos, prepararnos, prepararnos. Información

Estos dos puntos son de especial importancia para el mediador, es fundamental que antes de comenzar el proceso, el mediador recopile toda la información objetiva que pueda por diferentes medios, dado que la información le permitirá entender más a fondo la esencia o base del conflicto, más allá de las posiciones de las partes.

El mediador siempre debe estar preparado dado que la mediación es un proceso dinámico que muchas veces puede generar o desencadenar situaciones impensadas o imponderadas, de ahí que debe estar preparado, no nos olvidemos que muchas veces estamos hablando de conflictos con una base emocional muy fuerte, de ahí los posibles resultados o caminos que la mediación puede tomar y que el mediador debe saber encauzar, entre ellos llantos, ira, explosión emocional, reproches, entre otros.

Reunión o sesiones individuales y luego conjuntas

Este punto se puede desarrollar de ambas formas, a título personal considero que realizar en primera instancia las reuniones separadas es de mayor valor agregado dado que le da al mediador mayor información y por lo tanto mayor preparación a la hora de encarar el proceso con ambas partes presentes, claro está que luego de las reuniones conjuntas que el mediador considere necesarias, también se puede volver

a solicitar reuniones separadas a fin de testear las posibles alternativas de soluciones-
por ejemplo.

1 a 3 mediadores

Uno a tres mediadores es el número que se maneja como más correcto a la hora de iniciar una mediación, las mediaciones de 2 o 3 mediadores en mi opinión aportan ventajas competitivas a la mediación realizada por un solo mediador, dado que aportan otros enfoques y muchas veces dependiendo del tema por ejemplo es mejor que pregunte uno u otro mediador dependiendo de varios factores como la personalidad, el perfil del mediador, el sexo, la edad, etc. En este punto también es muy importante resaltar la importancia del espacio físico dispuesto para la mediación, así como también los lugares y las posiciones de cada integrante del proceso.

Resaltar los puntos en común, lo positivo.

Uno de los puntos de mayor relevancia en el arte de la mediación, como dice la frase no nos centremos en el 1% que nos diferencia, concentrémonos en el 99% de coincidencia, y esta máxima muchas veces se cumple, de ahí el rol fundamental de mediador de ir potenciando y resaltando los puntos de coincidencia que van surgiendo a lo largo del proceso de mediación.

Acta

Una vez terminado el proceso de mediación y máxime si se llega a un acuerdo hay que redactar un acta con los elementos medulares del acuerdo y se realizarán tres ejemplares que serán firmados por las partes y el o los mediadores. En el cierre de la fase de clausura de la mediación es muy importante felicitar a las partes, destacar las actitudes positivas del proceso y destruir las notas utilizadas.

Seguimiento del acuerdo.

De ser posible es, muy positivo poder realizar un seguimiento en el tiempo del cumplimiento del acuerdo firmado.

Herramientas del Mediador.

- Las preguntas
- Parafraseo
- Reencuadre
- Connotación positiva
- Caucus o reuniones separadas
- Historia alternativa
- Lluvia o tormenta de ideas
- La comunicación
- Escucha activa
- Lenguaje corporal
- Validar emociones
- Mirar al futuro.

En cuanto a las preguntas me gustaría dejar esta frase de Albert Einstein para dimensionar la importancia estratégica de las mismas “si yo tuviera una hora para resolver un problema, y mi vida dependiera de la solución, gastaría los primeros 55 minutos en determinar la pregunta apropiada, porque una vez conociera la pregunta correcta, yo podría resolver el problema en menos de 5 minutos”

Normalmente en la primera sesión conjunta se realizan preguntas abiertas, informativas, aclaratorias y en las sesiones separadas se realizan preguntas que no se realizan en una sesión conjunta para conseguir información

Es fundamental preguntar siempre con algún propósito.

Los objetivos del parafraseo son, que las partes se escuchen a sí mismas y entre sí, quitar las connotaciones negativas, legitimar a las personas y sus emociones, identificar los elementos principales del conflicto, en general se hace cuando cada parte termina su relato de los hechos, también se puede utilizar para confirmar lo expresado.

Método Harvard.

De los muchos métodos que hay descritos en la literatura para desarrollar una mediación a título personal me inclino por los conceptos del Método Harvard

Separe las personas del problema.

Elemento fundamental a tener en cuenta a la hora de intentar facilitar la comunicación entre las partes en conflicto, dado que muchas veces se tiende a personalizar el problema, a pensar que es la persona que tenemos enfrente el problema, en vez de objetivar el problema y entender que las personas en cuestión son las que en ese momento les toco liderar con ese problema, y luego de lograr despersonalizar el problema, la comunicación entre las partes mejora francamente y se abren puertas que antes ni se imaginaba que existían.

Céntrese en los intereses no en las posiciones.

Clave para poder comenzar a pensar en soluciones de mutuo acuerdo, pero estas deben buscarse en base a los intereses y no en base a las posiciones de las partes, acá el ejemplo conocido por todos los que nos dedicamos en mayor o menor medida a la mediación de las 2 hermanas que se estaban disputando una naranja y en conflicto por la misma, en ese momento llega la madre y de manera rápida y salomónica, toma una decisión en base a la posición de ambas niñas y sin indagar en sus intereses, agarra la naranja, la parte al medio y le da una mitad a cada niña, a muchos le puede parecer una solución al menos justa o equitativa, pero si la madre se hubiera detenido un momento a indagar en las intenciones, hubiera detectado que una niña quería la naranja para usar la cascara para rallar y con eso hacer una torta y la otra la quería para usar la pulpa para hacer jugo, y en base a esa información claramente esta que se podría haber obtenido una solución ganar - ganar para todos. De ahí la importancia central y el ABC de la mediación de lograr separar los intereses de las posiciones y que ambas partes en conflicto tomen conciencia de esa diferencia, dado que este elemento al igual que el anterior nos van a permitir una comunicación más fluida y sincera y por lo tanto la creación de soluciones casi inimaginables al comienzo del

proceso de la medición.

Invente opciones de mutuo acuerdo

Ninguna idea es descabellada, loca o incorrecta, muchas veces de las ideas que en principio parecen absurdas o soñadas es que surgen las soluciones ganar ganara para ambas partes, de ahí que la lluvia de ideas y la imaginación más allá de la caja es fundamental, lograr que las partes tengan una visión bosque y no árbol.

Insista en criterios objetivos.

Técnica fundamental para aplicar cuando algunas de las partes se ancla en una posición, generar puntos objetivos para ambas partes, a modo de ejemplo si el conflicto se trata de la venta de un auto que una pareja que se está separando tienen para vender, y el hombre dado que el auto le gusta y le tiene cariño quiere pedir por el un precio irracionalmente elevado, un punto objetivo es ver en mercado libre cuánto cuesta ese modelo de auto, año y características a modo de tener un elemento objetivo para tasarlo y poder venderlo.

- MAAN
- PAAN

El MAAN, la mejor alternativa al acuerdo negociado y el PAAN, la peor alternativa al acuerdo negociado son dos conceptos fundamentales para que cada parte en conflictos internalice y tome conciencia de ellos a la hora de mediar, máxime si ambas partes están considerando no llegar a un acuerdo. En estos conceptos también es importante recordar los conceptos de abogado del diablo y agente de la realidad.

Colegio Médico del Uruguay y Código de Ética Médica Ley N°19.286

El legislador por intermedio de la Ley de creación del Colegio Médico del Uruguay, le

otorgo a esta institución nada más ni nada menos que la facultad y la responsabilidad de desarrollar la medicación en el ámbito de la salud y porque es tan importante este hecho para el SNIS y la relación médico paciente, porque entre varias ventajas busca disminuir la judicialización de la medicina y de dicha relación.

Como sabemos la relación médico paciente paso de una relación paternalista donde el medico decía y el paciente cumplía a lo que algunos llaman el empoderamiento del paciente, evolución muy positiva dado que el primero que debe velar por su salud es la propia persona, y con la información correcta, clara y completa es esta, la que debe decidir sobre su salud y su vida, claro está que con el desarrollo de la información, internet, google etc., toda la información está a un click, pero no toda la información correcta, esto lleva muchas veces a un debilitamiento de la relación médico paciente y/o sistema de salud usuario y a la generación de conflictos que muchas veces se terminan judicializando lo cual no ayuda a mejorar y continuar desarrollando esta relación, de ahí el enorme valor agregado que tiene la resolución de los conflictos en el ámbito de la salud por intermedio de la mediación, dado que además de intentar solucionar el conflicto con un resultado ganarganar, busca cuidar los vínculos personales, la relación de fondo de esas partes en conflicto, que cuando nos referimos al ámbito de la salud en la mayoría de las veces van a seguir interactuando ya sean médicos con pacientes, integrantes de los equipos asistenciales entre sí, o de estos con las instituciones de salud, máxime dada la realidad de multiempleo en el ámbito de la salud.

Tanto es así que el Colegio Médico del Uruguay cuenta con el Código de Ética Médica que en nuestro País tiene carácter de Ley N° 19.286, y que en caso de que se violen dichos artículos, los médicos pueden ser pasibles de sanciones por el tribunal de ética médica que van desde amonestaciones hasta suspensión de la habilitación para ejercer por un periodo máximo de 10 años.

Lo más interesante de todo esto es que si realizamos un análisis de lo trabajado por el tribunal de ética médica en estos últimos años nos encontramos con datos muy interesantes como,

- De 101 denuncias, solo 56 se aceptaron, de las cuales 31 correspondían a Montevi-

deo, dado que las otras no cumplían con los requisitos para ser aceptadas

- 4 fueron auto denuncia, se trató de médicos que ante determinado hecho en el cual se vieron interpelados, ellos mismos solicitaron al tribunal de ética médica que juzgara su actuar
- Los denunciantes fueron sobre todo personas físicas, y médicos, 8 fueron instituciones.
- La mayoría de los denunciantes no fue con asistencia letrada, lo contrario ocurrió con los denunciados
- El tiempo promedio del proceso del tribunal de ética médica hasta obtener un fallo en primera instancia es de 8,6 meses.
- Los fallos son en su mayoría por unanimidad de los 5 integrantes del tribunal de ética médica del colegio médico del Uruguay, órgano que es absolutamente independiente de los órganos de conducción del colegio medico
- Uno de los resultados más importantes de este análisis es que en la mayoría de los médicos denunciados no se comprobó la falta ética denunciada. Por lo cual el conflicto o el tema de base de la denuncia hubiera sido para resolver por medio de un proceso de MEDIACIÓN
- La mayoría de las sanciones fue una advertencia, la máxima, suspensión de la habilitación por 6 años.

He aquí otro elemento objetivo de importancia a favor de la implementación y la utilización de la herramienta mediación en el ámbito de la salud.

Futuro

Por último, es dable destacar, que en la actual gestión y en coordinación con la Asociación de Escribanos del Uruguay (AEU), el CMU y la AEU se encuentran abocados a trabajar en un proyecto de Ley, de Mediación sin asistencia letrada obligatoria, cuando las conciliaciones y/o mediaciones se lleven a cabo en el ámbito del CMU y/o de la AEU lo cual potenciaría el instrumento y las posibilidades de acceder al mismo.

Propuesta de Proyecto de Ley: “Art.1. Exceptúese de lo dispuesto en el inciso 1º del artículo 2º de la ley N° 16.995 del 26 de agosto de 1998, “En todo procedimiento

de conciliación en sede judicial o administrativa, mediación o arbitraje, cada parte deberá estar asistida por abogado desde el comienzo hasta su culminación. No se requerirá

firma letrada ni asistencia letrada en la audiencia en los asuntos cuya cuantía sea inferior a 20 UR (veinte unidades reajustables). Los asuntos no susceptibles de estimación pecuniaria requerirán firma en la presentación y asistencia letrada en la audiencia.” la conciliación y/o mediación que se realiza en el ámbito del Colegio Médico del Uruguay al amparo de lo dispuesto por la ley N° 18.591 del 18 de setiembre del 2009 y la realizada por la AEU”

Estamos decididos a trabajar arduamente para continuar el desarrollo y edificación de tan importante herramienta generadora de derechos para todos los usuarios y para todo el SNIS como lo es la Mediación en el ámbito de la Salud.

En este sentido uno de los puntos a mejorar en el futuro y generando un cambio de la Ley del CMU es el hecho no menor de incorporar representantes de los usuarios como mediadores, dado que de lo contrario no impresiona muy equitativo que ante un conflicto entre médicos y usuarios del SNIS, sean los propios médicos los que actúan como mediadores, podría interpretarse como no generador de garantía para los usuarios.

La Mediación en salud, en tanto método alternativo de gestión y resolución de conflictos, es un valioso instrumento que impulsa el Colegio Médico del Uruguay en beneficio de los colegiados y de la sociedad toda, a disposición de toda la población de forma gratuita y en todo el territorio nacional.

Conclusiones

En este trabajo hemos plasmado solo algunos elementos del enorme mundo que hace a los sistemas de salud de los países, las relaciones que se generan en las empresas de salud y en la relación médico paciente y entre todos los integrantes de los equipos asistenciales, todo lo cual determina la generación de conflictos que tienen un mi-

croclima particular y que por lo tanto justifican en gran medida la importancia y la aplicación de la Mediación como método para resolverlos y fundamentalmente para cuidar y mejorar las relaciones humanas en tan importante interacción dado que en el fondo de la misma se pretende velar por un bien fundamental como lo es el derecho a la salud y la vida.

Por todo lo expuesto consideramos fundamental que todos los actores del SNIS y fundamentalmente los tomadores de decisiones de los sistemas de salud estén formados en esta herramienta.

Bibliografía

- ¡Si de Acuerdo! Como negociar sin ceder, Roger Fisher y William Ury.
- ¡Supere el No! William Ury Como negociar con personas que adoptan posiciones obstinadas.
- Página Web Colegio Médico del Uruguay Revista de Mediación Numero 10
- Revista Gestiona del Colegio Médico del Uruguay 3, 4 5 y 6 edición.
- Mediación en salud un nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan;
Gloria Novel Martí
- La mediación en el ámbito de la salud.
- Actividades de educación médica continúa del CMU sobre mediación Ley 18.591
- Centros de Mediación del Poder Judicial

Centros de Mediación del Poder Judicial

Dra. Ma. Graciela Cabrera Arburúas

Abogada - Mediadora del Poder Judicial
Directora (E) Departamento de Mediación

Introducción

El presente artículo se propone involucrar a quienes accedan a él en el mágico y amplio mundo de la Mediación, de la importancia que la misma genera en una sociedad democrática, y en la especificidad de la misma sobre otros medios de resolución “alternativa” de conflictos, haciendo énfasis en la Mediación que se lleva a cabo en el Poder Judicial.

El aporte que hago y del que agradezco formar parte con estas breves apreciaciones, surge de la capacitación adquirida y especialmente de los diecinueve años formando parte de los Centros de Mediación del Poder Judicial, así como los dieciséis años como Mediadora de los mismos. Todos esos años me han brindado una visión diferente y más amplia de los conflictos por los que atraviesan los seres humanos, y una reflexión permanente respecto a la forma que cada uno tiene de abordarlos. Al reflexionar, estamos aprendiendo, porque cada conflicto que el “usuario” nos confía, nos moviliza y nos hace cuestionar nuestras propias herramientas para la búsqueda de soluciones.

Los conflictos surgen por diversas razones o diversos puntos de vista sobre una misma situación, están presentes en nuestra vida en forma cotidiana y cada persona debe decidir cuál es la herramienta más eficaz para solucionarlos, no en vano existen amplios manuales de Conflictología que más actuales o con años de existencia (Eduard Vinyamata, Josep Redorta, etc.) nos ayudan a renovar o recordar a cada instante la difícil tarea que es abordar en forma correcta, ética, y responsable los distintos relatos conflictivos que los usuarios plantean. No siempre las herramientas (técnicas) son compatibles con el conflicto a tratar, y no siempre se puede comprender y aceptar al otro como alguien diferente y con percepciones tan distintas y antagónicas a las nuestras. Esto, a mi entender es la esencia de la Mediación. Es el acercar diferentes visiones para lograr una visión clara, compartida por las partes, generando en las mismas una nueva forma de gestionar los conflictos y reestructurando los vínculos o relaciones con otros parámetros.

Por este motivo creo firmemente en la Mediación como método de resolución de

conflictos, porque he sido observadora (Mediadora) de un número importante de disputas y de soluciones a los mismos, soluciones que han sido auto generadas, consensuadas por las partes.

La Mediación es un Método, una Técnica, un Mecanismo o un Proceso (informal pero estructurado) que ha resultado ser beneficioso en la resolución de diferentes conflictos o controversias. Se la ha mencionado durante muchos años como “Método Alternativo de resolución de conflictos, o de disputas”, compartiendo esta categoría con otros medios de resolución no adversariales, tales como la negociación y la conciliación.

Existen diversas definiciones y conceptos que ponen su énfasis, algunas en las características del proceso, en el objetivo que cumple, o la transformación de las personas involucradas y del conflicto. Cada método genera un grado de confianza diferente dependiendo de la mayor o menor intervención que adquieren las partes que se encuentran inmersas en el conflicto en la búsqueda de posibles soluciones. Más allá de definiciones y conceptos más actuales que se pueden manejar, el Dr. Rúben Calcaterra ha sostenido:

“la mediación, como medio de resolución de disputas, es un proceso que, con la dirección de un tercero neutral que no tiene autoridad decisional, busca soluciones de recíproca satisfacción subjetiva y común ventaja objetiva para las partes, a partir del control del intercambio de la información, favoreciendo el comportamiento colaborativo de las mismas” (Conf. Calcaterra, Rúben, Mediación Estratégica. Pág.32 Editorial Gedesa S.A. 2006).

Esta definición, señala las características de la Mediación, del proceso, y una característica fundamental del tercero que interviene, quien no cuenta con el poder de decidir la cuestión planteada por las partes. Esta pauta es de suma importancia, para comprender y reflexionar a cada instante que los mediadores no somos ni debemos comportarnos como Jueces, aun cuando las partes arriban en busca del valor “Justicia”. Y la justicia, que es un concepto tan subjetivo, porque lo que resulta justo para una de las partes no lo será para la otra, se complementa con la expresión de voluntad

de quienes atraviesan un conflicto de convertirse en protagonistas del proceso, satisfaciendo de esa forma aquellos reclamos que eran aparentemente tan contrapuestos. Esto se logra a través del proceso de Mediación, y con la colaboración invaluable de los mediadores.

Breve Reseña sobre los Centros de Mediación del Poder Judicial.

Los Centros de Mediación del Poder Judicial cumplen un rol fundamental, estableciendo un espacio propicio para el diálogo, entre aquellas personas que atraviesan un conflicto y no han querido o no han podido buscar en forma conjunta las respectivas alternativas para poner fin al mismo.

Es así que estos centros han sido creados por Acordada de la Suprema Corte de Justicia, N° 7276 de 14 de febrero de 1996, con el fin de “facilitar a los justiciables un medio opcional para la auto composición de sus conflictos ...”

Desde sus comienzos se generó entre los Centros de Mediación y el Ministerio de Salud Pública, una acción coordinada con el objetivo de colaborar y acercar a las zonas más vulnerables o carenciadas una método ágil, voluntario, confidencial y que fuera atendido por personal altamente capacitado, para la resolución de los conflictos. Es así, que el Poder Judicial celebra en 1995 un Convenio Interinstitucional con el Ministerio de Salud Pública, mediante el cual esa secretaria de Estado cedió al Poder Judicial el uso de locales en centros

de salud barriales para la instalación de estos “Centros de Autocomposición de Conflictos en las zonas del departamento de Montevideo, cuya composición demográfica características socio-culturales demandan la prestación de dichos servicios. Estos espacios, definidos en dicha oportunidad como Centros de Autocomposición se ubicaron en Cerro, Cerrito de la Victoria, Piedras Blancas, Malvín Norte y Ciudad Vieja. El Convenio era compatible con las orientaciones en materia de servicios de atención primaria de Salud, entendiéndose a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En cierta forma, este criterio que fuera empleado hace ya veinticinco años, no ha perdido su vigencia, por cuanto, quien atraviesa por un conflicto, se encuentra en situación de vulnerabilidad afectando no solo su bienestar físico, sino especialmente su bienestar mental y su entorno, sintiéndose frágil y sin aptitud para abordar o afrontar el problema y encontrar soluciones de satisfacción mutua.

Es así que esa experiencia piloto resultó exitosa y aceptada por la población, a tal punto que por ley presupuestal N° 17.296 del año 2001, en su art. 452, los referidos se institucionalizan, creándose diez cargos provistos por concurso.

A veinticinco años de aquella experiencia piloto, los Centros de Mediación del Poder Judicial, constituyen un referente fundamental en el entramado social de cada barrio, permaneciendo en forma ininterrumpida, y apostando a llegar a otros centros poblados mediante espacios de “itinerancia”. Por ley de Presupuesto N° 18.719 (art. 642) se crean diez centros en el interior del país; Centros de Mediación de Salto, Paysandú, Mercedes, San José, Maldonado, Rocha y tres Centros en el Departamento de Canelones: Las Piedras, Pando y Ciudad de la Costa, integrando una itinerancia en Progreso y en Guichón. Estos se suman a los ya existentes en el Departamento de Montevideo. La creación de estos Centros ha llevado a que los habitantes incorporen un espacio de encuentro, de diálogo, seguro, confidencial, donde se legitima a las partes, quienes, a través de la figura de los Mediadores, comienzan a transitar un camino de colaboración abandonado las posiciones de enfrentamiento y disputa.

En la actualidad, y luego de tantos años de haberse creado los cinco Centros Piloto de Mediación, se sigue construyendo, porque de eso se trata, de la construcción permanente y de aceptar las limitaciones que pueden venir de factores externos, pero también los internos.

Aspectos a considerar

Al respecto, podemos preguntarnos quiénes están a cargo de los Centros de Mediación, que asuntos o temáticas se atienden, qué características tiene esta Mediación del Poder Judicial, y que ventajas o beneficios ofrece a la población.

Mediadores

Los funcionarios a cargo de los Centros de Mediación son Mediadores del Poder Judicial, terceros que actúan en forma neutral, imparcial, encontrándose capacitados en estos Métodos de Resolución de Controversias o Conflictos, cuentan en su mayoría con las técnicas que les aportan disciplinas conexas con la Mediación, teniendo como profesión de base Abogados, Escribanos, Lic. en Trabajo Social, Lic. en Comunicación, Psicólogos, Maestros y Docentes, entre otros.

A la tarea que realizan los mediadores en los centros de mediación se suma la tarea de los Sres. Jueces de Paz Adscriptos a quienes, por Acordada de la Suprema Corte de Justicia N° 7654 de 6 de agosto de 2009, se les asignó la facultad de conciliar y la función de Mediador como “facilitador de la autocomposición de conflictos precaviendo la eventualidad de los mismos”.

Aún antes, por Acordada de la Suprema Corte de Justicia N° 7302 de 16 de octubre de 1996, se resuelve “adscribir al Juzgado de Paz de la Séptima Sección Judicial de San José, Coronel Adrián Medina, un Juez de Paz de Primera Categoría que intervenga exclusivamente en materia de conciliación y mediación...”

Enriquece la función de ambos operadores, el intercambio de experiencias en ámbitos diferentes de actuación con puntos tan similares de contacto como es “atender el conflicto en sus inicios, para evitar un escalamiento violento del mismo”.

Los Centros de Mediación, y los respectivos Mediadores que desempeñan sus funciones en los mismos, son referentes en la comunidad, actúan como elemento pacificador, el espacio y el personal adecuado con el que cuenta la población para ser escuchados empáticamente y en caso de no atender sus reclamos o dificultades en el mismo (por no ser mediable la temática planteada o por no aceptar la instancia), ser derivados en forma responsable evitando el agotamiento de los usuarios del sistema de justicia que no encuentran el lugar indicado para resolver sus controversias.

Cada vez más los Centros de Mediación del Poder Judicial han tendido puentes con todas las Redes que trabaja en la zona, generando una comunicación eficiente y efi-

caz, y compartiendo las preocupaciones frente a una situación particular, lo que redundará en beneficio de los usuarios del servicio.

En cuanto al orden jerárquico, de estos Centros de Mediación del Poder Judicial, y por ende los Mediadores, así como la Oficina Administrativa, dependen técnica y administrativamente del Departamento de Mediación creado por Ley Presupuestal N° 18.719 de 27 de diciembre de 2010. El Departamento de Mediación depende jerárquicamente de Dirección Nacional de Defensorías Públicas – DINADEF- (Acordada N° 7978 de 11 de junio de 2018).

Temáticas

Los asuntos objeto de consulta o temáticas que son atendidas por los Centros de Mediación son variados y amplios, así como complejos. Dichos asuntos o temáticas cambian dependiendo de la ubicación de estos centros, ya sea estén ubicados en los diferentes barrios de Montevideo o en el interior.

Como principio general, se puede señalar que existe campo fértil para el desarrollo de los conflictos en distintos ámbitos de la vida en sociedad. Es cierto que, desde tiempos inmemoriales, la humanidad se enfrenta a una gama de conflictos importantes, así como también constituye una realidad que ha buscado de alguna forma poder generar un mecanismo que le permita resolverlos. Disponer de este método de resolución desde hace tantos años ha sido un avance importante para la pacificación.

Las relaciones interpersonales, las intergrupales, en algún momento de su desarrollo, enfrentan algún tipo de diferencia o contraposición de intereses, posturas rígidas que favorecen la aparición de un conflicto que requiere de la intervención de un tercero que colabore, ayude y facilite en la búsqueda de soluciones. En consecuencia, se puede señalar que todas las temáticas pueden ser planteadas en un Centro de Mediación del Poder Judicial:

- Aquellos conflictos que tienen su origen en diferencias socio-culturales y que culminan en un enfrentamiento entre vecinos, ya sea por malos entendidos, contami-

nación acústica por música alta, así como situaciones tan comunes como mascotas que con su ladrido distorsionan el descanso de otro integrante del vecindario o de la copropiedad.

- Temáticas relacionadas con los vínculos parentales posteriores a la separación. Las Pensiones Alimenticias, Tenencia, Régimen de Visitas o Comunicación, etc.
- El relacionamiento entre integrantes de una familia causada por una comunicación distorsionada o por división de bienes sucesorios.
- La Mediación en el ámbito de la Salud, evitando la judicialización de cada conflicto, y promoviendo este Método adecuado y eficaz, para la resolución de los mismos.
- Las temáticas penales, que con anterioridad al nuevo Código de Proceso Penal eran derivadas a los Centros por los Jueces Penales, actualmente son derivadas por el Ministerio Público en aquellos asuntos “con apariencia delictiva que no revistan gravedad” de conformidad con lo establecido por el art. 382 C.P.P.
- Aspectos relacionados con la actividad de algunos profesionales universitarios (médicos, abogados, escribanos etc.) y sobre los cuales los usuarios tienen ciertas dudas, que deben aclararse en instancias de diálogo.
- Los conflictos generados en empresas familiares.
- Los conflictos relacionados en temas escolares, entre tantos otros.

La intervención, es el que se lleva a cabo a través de los centros de Mediación del Poder Judicial, cuya trayectoria les ha aportado la confianza y seriedad necesarias.

La realidad supera ampliamente los ejemplos anteriormente descritos, ya que ofrece una variada y compleja gama de conflictos interpersonales, así como conflictos públicos, donde la intervención responsable (adecuada y a tiempo) evita la aparición de otras conductas, y aporta el aprendizaje de nuevas formas de resolver las diferencias sin llegar a la violencia. Es de rigor, señalar que existe la prohibición de realizar mediaciones en casos de Violencia Doméstica en consonancia con lo establecido por Convención CEDAW y Belém do Pará (Mandato Verbal de la Suprema Corte de Justicia de 2 de marzo 2016).

Características de la Mediación en el Poder Judicial

Palabras tales como “prevención” o “proactivo” han venido acompañando el desarrollo y el funcionamiento de los Centros de Mediación a través de todos estos años. Cuando decimos proactivo, es reconocer que se tiene la capacidad para anticiparse a los problemas o conflictos futuros. Y la prevención es transmitir o proveer a las personas de esa capacidad. Con la prevención evitamos en cierta forma el conflicto. Lo más importante es, otorgar herramientas o técnicas, para que las personas puedan por sí mismas afrontar y generar lo positivo del conflicto. Este rol – a mi modo de ver- lo cumplen los Centros de Mediación del Poder Judicial, la primera intervención en el conflicto genera en los usuarios una manera diferente de actuar ante situaciones futuras. Es así que la ubicación estratégica de estos Centros, señala que la actuación se enfoca en la explicación del conflicto y las posibles maneras de abordaje, evitando una escalada de violencia significativa, donde ya es muy difícil generar conductas colaborativas o cooperativas. La mutualización del conflicto aumenta las posibilidades de reflexionar sobre sus inicios, desarrollo, consecuencias y de las responsabilidades compartidas. Todo esto se genera con una intervención seria, profesional y ética de quienes está al frente de los Centros de Mediación.

No puedo dejar de referirme a una pregunta que debemos hacernos y es ¿por qué recurrir a un Centro de Mediación del Poder Judicial?

En primer lugar, debe señalarse que los mediadores del Poder Judicial cuentan con una vasta experiencia y responsabilidad que es avalada por el Organismo que los contiene. La celeridad en la atención y contención del conflicto es de vital importancia, así como estar ubicados muy cerca de los usuarios, quienes concurren encontrando siempre a quien pueda escuchar sus reclamos, con la debida confidencialidad que caracteriza a la instancia de mediación. Las entrevistas, así como las audiencias propiamente dichas de mediación se agendan a la brevedad. Las personas pueden resolver sus diferencias en un plazo de uno a tres meses como máximo, dependiendo del tipo de conflicto, así como de las características de cada entrevista. No es menos importante señalar que este servicio no tiene limitación en razón de territorio, siendo totalmente gratuito, prescindiendo de los ingresos de los usuarios.

Los informes estadísticos que se elevan anualmente a la Suprema Corte de Justicia, son testimonio contundente de la responsable y exitosa tarea que estos Centros realizan, apostando a la creación y re apertura de más centros.

Desde el 13 de marzo de 2020, nos hemos visto afectados por la pandemia y por la declaración de Emergencia Sanitaria. Al respecto, es de orden poder señalar que cuando todo se llevó a cabo mediante herramientas virtuales, los Centros de Mediación del Poder Judicial continuaron la presencialidad, si bien es cierto, bajo estrictos protocolos sanitarios. Esto demuestra la responsabilidad que cada mediador asume ante los usuarios pero también frente al sistema, en aquellas situaciones en las que no podían esperar meses para realizar una consulta, percibir una pensión alimenticia, ser beneficiario de una asignación familiar por falta de un acta de tenencia, u obtener otros beneficios sociales cuando más se necesitaban (teniéndose en cuenta la imposibilidad de muchos usuarios del servicio de acceder a herramientas informáticas y suficiente conexión).

Consideraciones Finales

El programa ha tenido una óptima y propicia aceptación para su continuidad. Es cierto que, examinando experiencias extranjeras, tenemos mucho para avanzar y camino que recorrer. No obstante, las distintas experiencias no son posibles de aplicar a nuestro sistema. Por eso, es que hay que ser cauteloso. No contamos aún con una Ley de mediación, pero aun así los Mediadores del Poder Judicial debemos tener presente que actuamos dentro de un Organismo, y que, como tal, a él debemos responder ante cualquier circunstancia que pueda afectar nuestra honestidad, profesionalidad y responsabilidad.

Las experiencias de otros países tanto de la región como de Europa, nos sirven como hoja de ruta, que vamos modificando y adaptando en la medida que sea admitida, aceptada y su puesta en funcionamiento se corresponda con lo que se espera de la Mediación del Poder Judicial. Muchas veces, resultan ser muy tentadoras, pero no son posibles de aplicación en los Centros de Mediación del Poder Judicial porque no

se cuentan con las tecnologías necesarias (o bien porque en lugar de facilitar y agilizar el trabajo llegan a sobrecargar la tarea de quienes están al frente de cada Centro).

Y como cierre, me gustaría referirme a un párrafo del libro de Edward de Bono, “Seis Sombreros para Pensar”: “La adopción de los “sombrosos para pensar” que describo en este libro es un modo de reforzar la intención de un pensador. Ser un pensador no implica tener la razón constantemente. En realidad, quien siempre cree tener la razón es un pobre pensador (arrogante, sin interés por la investigación, incapaz de ver alternativas etc.). Ser un pensador no implica ser inteligente. Tampoco implica que pueda resolver todos los ingeniosos problemas que la gente me presenta esperando que yo los resuelva siempre. Ser un pensador implica querer conscientemente serlo...” (De Bono Edward, Seis sombreros para pensar (Six thinking hats), 1985, Barcelona, España, 2da Edición, Editorial Granica).

Trasladando esa idea a la función que cumplimos los Mediadores, comparto que para lograr la excelencia debemos “querer conscientemente serlo”, cada día reflexionar sobre la función que se cumple y tener la suficiente honestidad para realizarla con total pasión (la misma pasión que nos llevó a introducirnos en la Mediación).



Pacientes y Médicos en la Sala de Mediación

Dra. Maria Elena Caram

Abogada (Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Buenos Aires)
Mediadora del Registro Público de Mediadores del
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación

Parece insoslayable en estos días tan difíciles de pandemia en que recibo esta propuesta, donde estamos en suspenso en un mundo que está en suspenso, inmersos en incertidumbres y preocupación por la alteración de nuestra vida cotidiana, nuestros proyectos, la vida y salud de todos y la nuestra, no comenzar estas líneas con una expresión de profunda gratitud hacia los profesionales de la salud, por su entrega y compromiso genuinos hoy interpelados en este contexto tan complejo. Vaya un homenaje como primeras palabras de este artículo.

El propósito de los párrafos que siguen es reflejar algunas líneas de trabajo en la sala de Mediación, observadas a lo largo de la tarea de estos años, que me llevan a reflexionar sobre las mismas y trasmitirlas de manera simple y directa, como fue mi percepción desde el lugar de mediadora.

Partimos de la base que resulta familiar para los lectores el abordaje de conflictos que propone la Mediación, con sus principios básicos de voluntariedad y confidencialidad, bajo la idea de acompañar a las partes en la gestión de su conflicto, poder generar un espacio constructivo de conversación entre los actores, con fuerte acento en la autocomposición, es decir, que sus protagonistas mismos alcancen sus propias decisiones acerca de la disputa, para legitimarlos en su competencia, a la vez que profundizar su compromiso con el acuerdo, o al menos, con sus propias decisiones. Y allí está el mediador conduciendo esta conversación o serie de conversaciones, intentando garantizar las condiciones de este proceso desde su siempre difícil lugar de neutralidad e imparcialidad. Todos conceptos complejos sobre los que no cabe ahondar ahora, y que presupongo conocidos en este contexto.

Predominantemente trabajo como mediadora en el marco de la llamada en mi país Mediación Prejudicial Obligatoria, una instancia de Mediación previa a la iniciación de la mayor parte de las acciones judiciales¹. La particularidad de este ámbito de la Mediación va a sugerir-entre otras muchas- dos características importantes a tener en cuenta para quienes no están familiarizados: 1) para los participantes el espacio suele percibirse como una antesala del proceso en los tribunales; y 2) la obligatorie-

1 - Ley 26589 y decreto 1467/11

dad de la presencia de abogados , teniendo justamente en mira la eventualidad de un futuro escenario judicial..

Delineada el área de trabajo, pasemos a los conflictos, ya que estos son la arcilla con la que trabajamos los mediadores, en cualquier ámbito de la Mediación en que nos desempeñemos.

El mundo de los conflictos es ancho y diverso. También es profundo, sus procesos son a veces previsible, a veces inesperados: Se entremezclan con sus múltiples aspectos patrimoniales, legales, emocionales, la más o menos extensa red de actores que atrapa y la certeza de que por detrás de aquello que se dice, se ponen en juego motivaciones, sentimientos, en fin, tantas cosas sensibles en cada situación. Además, está su dinámica, sus grados de vigor, la intersección de sus distintos niveles, sus ciclos, escaladas, mesetas, desescaladas. Por eso, las formas y oportunidades de abordarlos pueden adaptarse con mayor o menor ductilidad o eficacia a las condiciones propias de cada desacuerdo.

Dentro de este amplio universo, los reclamos patrimoniales , encierran sus propias características particulares, y emergen bajo innumerables formas en la vida relacional de las personas, unidas por lazos amistosos o familiares, vecinales, comerciales, societarios, contractuales o derivadas de cualquier otra relación social en la que, como diría con tanta precisión Entelman², se han generado “objetivos recíprocos incompatibles”; o como lo diría Pruitt³, “divergencias percibidas de intereses o aspiraciones”; o como lo diría Haynes⁴, más metafóricamente, una “herida abierta en la relación entre las partes”. Los distintos vínculos interpersonales sugieren, al profundizar el conflicto, cómo se entrelazan los aspectos patrimoniales con los emocionales, y cuáles gravitan más, determinando la línea de trabajo a abordar. Desde la mirada de la mediación, partimos del supuesto básico de que seguramente encontraremos esta intrincada unión de ambas esferas: la patrimonial y la emocional.

2 - Entelman Remo “Teoría del Conflicto”, Bs As, Barcelona, Gedisa, 2005, pág 49

3 - Pruitt Dean G y otros “Social Conflict” Usa, Mc Graw Hill, 1994, pág. 5

4 - Haynes John “Mediación en Divorcios” Barcelona, Granica, 1997, pág.27

En este universo de los reclamos considerados aparentemente patrimoniales, los reclamos por “daños y perjuicios” concentran, particularmente en el ámbito que me desempeño, una cantidad muy significativa de casos.

A su vez, dentro del ancho campo de estos reclamos por “daños y perjuicios”⁵, se encuentran aquellos procesos de mediación que se ponen en marcha para atender conflictos vinculados con cuestiones médicas, habitualmente conectados con el concepto genérico y anticipado de “mala praxis”. Por cierto, es una manera prematura de calificarlos, ya que cuando llegan a nuestras manos aún no ha habido una determinación judicial, pero la mención permite tener una idea muy general, aunque vaga, de que el desacuerdo se relaciona con la atención médica. Recordemos que por lo general el tema específico a tratar será abierto entre todos en la primera reunión de mediación. Excluyo del foco de estas líneas, múltiples variantes como casos relativos a coberturas de los sistemas de Medicina Prepaga, Obras Sociales seguros médicos etc. u otras diversidades, para enfocarme más en aquellos reclamos que tienen que ver directamente con un profesional de la salud, es decir basado en una originaria relación “médico-paciente” o “pacientes atendidos por varios profesionales” durante el proceso de su enfermedad o “servicios conectados con éstos”, como servicios de traslado en ambulancias, etc.,

Sobre estos supuestos delinearé algunas de las ideas que la experiencia en la sala de mediación me ha ido sugiriendo. Pensemos ahora en los casos en que el reclamo está dirigido hacia un profesional determinado, que ha establecido una relación médico-paciente con algún grado de estabilidad y en las que habido tratamientos o intervenciones o asesoramientos dispuestos por el primero.

Hay un primer aspecto que entiendo no puede soslayarse. La relación médico-paciente configura una relación asimétrica⁶. El paciente consulta al profesional a la búsqueda de su opinión especializada. Naturalmente no están en el mismo plano, uno/a

5 - La mayor parte de estos reclamos giran alrededor de los daños provenientes de accidentes de tránsito, tanto materiales como físicos, que en la práctica han ido generando otro tipo de trabajo mas acotado.

6 - Watzlawick Paul y otros “Teoría de la Comunicación Humana”, Barcelona, Ed Herder,1989, pág. 68

va a la búsqueda del saber, y el otro/a entrega este saber. En esta interacción se genera una relación de comunicación clave para la instalación del clima de confianza recíproco y mínimo que permitirá los pasos siguientes del tratamiento o intervención; este vínculo se apoya en esta confianza que el paciente deposita en el profesional. No ingresaré aquí en las características propias de esta relación “médico-paciente” tan trabajada en los ámbitos médicos, pero que tiende a poner el acento en el cuidado, la empatía, el esfuerzo por explicar y dar transparencia a lo que se hará para atender el problema de la consulta. A veces esto no sucede así: la claridad no es percibida de la misma forma en que se intenta, otras veces el paciente no escucha, no pregunta, da por asumido que no entenderá la explicación científica y acepta, o pregunta y no se le contesta, o en otras -y es la situación ideal-, ambos pueden conversar con claridad el plan de atención del que se trate. Solo ejemplos de miles de intercambios posibles. Además, hay distintas situaciones, en las que un tratamiento o intervención pueden ser el resultado de un proceso más previsible y acomodado en el tiempo, y en otros casos, la urgencia requiere movimientos con una dinámica relacional muy diferente. En cualquier caso, queda delineada una situación asimétrica, ya sea por el saber, cómo por la vulnerabilidad de quien padece una enfermedad.

La mayor parte de las veces las cosas salen bien, y no es materia de conflicto, solo de gratitud. No llegarán a nuestra mesa. Pero a veces las cosas no salen como se esperaba, o como se pudo prever que saldrían, al menos en la percepción de quien se considera damnificado y allí empieza a instalarse el cuestionamiento, la susceptibilidad, el desencanto, la frustración por los resultados. Como en toda situación de conflicto, se escuchan muchas voces que contribuyen en distintos sentidos a la construcción de la narrativa del paciente, así como seguramente, otras voces consolidan la posición del profesional.

Es interesante observar que parte de los reclamos en estos casos no están basados en objeciones al diagnóstico o tratamiento sugeridos o convenidos, sino en el quiebre de esta expectativa de comunicación, haber sentido que el profesional no estuvo en el momento que se lo esperó, o que el paciente pensó que podía esperarlo, o no respondió a la situación con la premura que sentía el paciente. Es decir, más que objetar las consecuencias, que muchas veces han estado previstas, lo que se cuestiona es el no

haber estado presente para confirmar esta confianza o dar respuesta a esta ansiedad de quien está en la situación de vulnerabilidad que genera la enfermedad o la convalecencia.

Me atrevo a decir que muchos casos en los que he intervenido encuentran la raíz del malestar en estas situaciones, mucho más de orden relacional, que específicamente médico.

Esta observación me lleva a pensar en la importancia de la presencia del profesional en la mediación, para poder explicar, aclarar y despejar esta sensibilidad. El solo hecho de concurrir es una actitud “no verbal”, que ya marca una atención o respeto por el reclamo y su protagonista. Pero si, además, puede acompañar esta presencia con la expresión de su punto de vista, sus razones, su percepción de la situación, puede generarse un clima muy diferente en la sala (hoy pantalla) de Mediación.

Ya en la sala de Mediación

¿Es fácil para estas personas estar aquí?

Claramente no. Quien ha sentido una afectación en su salud, viene atravesando o recuperándose de un proceso que ha vivido como una adversidad, de la que quizá aún no esté repuesto. No le es cómodo volver a enfrentarse en esta instancia con el profesional con quien mantuvo alguna relación que no ha terminado de la forma esperada. Tiene mucha expectativa respecto de lo que aquí pasará, como será visto su reclamo, si no será encuadrado en un caso más, propiciado por abogados que se dedican a la materia, o si será lo suficientemente firme para evocar una situación que atravesó como desafortunada o dolorosa, larga o breve, frustrante, pero que aún sigue viva (físicamente o en su memoria o percepción), o si sentirá que no cierra con su manera de ser efectuar reclamos; en fin, muchas posibilidades. Además, va a encontrarse con “su doctor”, en quien confió su salud. Puede haber mucha duda, mucha vacilación, muchas conversaciones previas antes de dar este paso de pedir la mediación dentro de un recorrido que eventualmente puede o no continuarse en el escenario judicial.

Gravitan también un conjunto de persona próximas, familiares, amistades, o allegados que han seguido este proceso y están pendientes no solo de su resultado sino de las alternativas de cada audiencia. Y además lo que hoy planteará como una cuestión-cuanto menos- de afectación de su vida cotidiana, si es que no implica una pérdida más definitiva o mayor - tiene un número; porque el reclamo en la mesa de mediación va a presentarse como una reparación económica. No todo el mundo está comfortable, mostrando que su padecimiento personal o familiar puede traducirse hoy en un número, por un lado, porque sabe que los primeros pedidos siempre van a ser más extremos, sino porque conectar la contrariedad vivida con una suma de dinero, que además sabe que va a discutida, genera una incomodidad en su propia identidad. Sabemos que unas características de las conversaciones difíciles⁷ son aquellas en las que no estamos cómodos con la identidad que entendemos se percibe en la situación. El padecimiento y el número de la indemnización patrimonial se fastidian entre sí.

Y del otro lado de la mesa (o la pantalla) está el profesional, que antes estuvo en un lugar jerarquizado frente al paciente en esta relación asimétrica de la que hablamos antes. Una ubicación que le da su propio saber, su propia formación, su propio lugar entre otros profesionales, y que por más que haya tenido un trato absolutamente llano con sus pacientes, esta diferencia jerárquica está en la base de la relación. Alguien pide un consejo, un diagnóstico a quien sabe lo que uno no sabe. Margarite Yourcenar lo dice con tanta claridad en la primera página de “Memorias de Adriano”, “justamente cuando el Emperador vuelve de ver a su médico personal, Hermógenes “Es difícil seguir siendo Emperador frente a un médico”⁸”.

El ingreso en la mesa de Mediación, sentado frente a frente con su paciente o ex paciente, lo coloca ahora en una relación simétrica. Ambos tendrán oportunidad de explicarse, uno y otro, en una suerte de horizontalidad que cambia las reglas de la comunicación. Y tal vez, como veremos más adelante, ni siquiera están a solas con el mediador, sino tal vez con otros participantes de la Mediación. Cuesta pensar que este escenario de cuestionamiento no constituye una de las escenas temidas que tene-

7 - Ley 26589

8 - Yourcenar Margarite” Memorias de Adriano”, Buenos Aires, Ed Sudamericana, 1981, pág. 9

mos todos los profesionales en todos los ámbitos que nos desempeñamos. Puede ser que quizá el cuestionamiento ni siquiera le permite ver este equilibrio que se intenta en el dialogo, sino que la percepción sea de mayor vulnerabilidad.

Por cierto, primeramente, el mediador ha explicado las pautas a las que ceñirá su trabajo para crear un clima más constructivo, poniendo especialmente el énfasis en la confidencialidad, para asegurar su intento de generar un espacio más distendido- no siempre posible- y dar confianza para lo que las personas quieran decir, sin las restricciones propias del ámbito judicial.

Y allí está la figura del mediador, justamente para comprender estas circunstancias que atraviesan cada uno de ellos, con sus propias razones y colaborar para que esta conversación tenga lugar dentro de un marco propicio, donde todos tienen que sentirse en el lugar más tranquilizador posible para que desde la sensatez puedan intercambiar sus miradas sobre la situación.

Dicho de otro modo, para usar conceptos más precisos dentro del marco de las intervenciones del mediador, intentando la legitimación o revalorización de ambos, es decir que ambos se sientan en el mejor lugar posible (solo posible, que nunca es perfecto) para poder expresarse con libertad, con respeto, sin agravios, tengan claridad acerca de sus metas alternativas, recursos, habilidades para su toma de decisiones Tomo la idea de legitimación o revalorización de las palabras de Baruch Buhs-Folger⁹, y siempre pensado como una herramienta que provee el Modelo Transformativo que se vuelve aplicable para cualquier contexto de apertura de un conflicto en Mediación.

Los abogados

Ahora bien, estos dos actores protagónicos de la situación no están solos en la sala (por lo menos en el contexto en que me desempeño) sino acompañados por otros actores secundarios con relación a ellos, pero no menos importantes en el marco

9 - Baruch Bush RA –Folger JP “La promesa de la Mediación” Barcelona ,Ed Granica, 1996 pag136

del proceso de Mediación. En primer lugar, por imperativo legal, pero además por una natural necesidad fáctica de encontrar respaldo jurídico frente a una situación que puede desembocar eventualmente en el escenario judicial, cada uno de ellos está acompañado por su o sus abogados. Cabe suponer que previamente han hecho la consulta legal, y vienen preparados para este encuentro con el asesoramiento que han recibido. Es altamente probable que los abogados hayan controlado la narrativa espontánea de las partes. El mediador guarda y favorece una frescura del relato que no siempre encuentra. Los abogados seguramente luego de escuchar el relato de sus respectivos clientes con relación a la realidad vivida intervendrán esa narrativa, marcando los puntos relevantes que debieran destacarse y cuáles conviene omitir para quedar mejor posicionados al menos en la primera presentación. Incluso tal vez les hayan aconsejado a sus clientes que no hablen, que los dejen hablar a ellos, y que eventualmente si el mediador los invita a hablar declinen esta posibilidad. Esta actitud defensiva es bastante frecuente en los profesionales convocados. Pero vale la pena marcar que una apertura y expresión espontánea sobre lo que pasó, hace la diferencia en esta difícil conversación: de no hacerlo se pierde una parte sustanciosa de la Mediación: la posibilidad de que, al amparo de la confidencialidad- que el mediador rescatará permanentemente para recrearla en beneficio de un intercambio más libre- se pierda la espontaneidad y riqueza del diálogo.

En tal caso, el mediador siempre puede apelar al recurso de reunirse por separado con cada una de las partes para lograr que se expliquen mejor. A veces lo logra ...

Quiero marcar muy especialmente que el asesoramiento legal en este contexto es imprescindible. Más allá del desafío para poder flexibilizar la línea defensiva que los abogados a veces proponen, su presencia no solo da confianza a los protagonistas, sino que permite que el mediador pueda, en el ámbito de la reunión privada, conversar acerca de su visión legal del conflicto y sus posibilidades frente a la alternativa judicial. Esta presencia, muchas veces más colaborativa que lo que se intuye -según los estilos profesionales de los abogados, resulta muy importante para el mediador porque lo exime de dar opiniones jurídicas que no son compatibles con su rol. En cambio, le permiten dialogar acerca de estos aspectos, para mayor claridad, realismo y posibilidad de reflexión.

Otros terceros

Esta descripción de la escena de mediación resultaría incompleta si no mencionara a otros terceros que seguramente sea necesario integrar en la mesa. Me refiero al Hospital o Clínica en su caso, al sistema de Medicina Prepaga u Obra Social en la que se encuentra afiliado el paciente, cada uno con sus respectivas aseguradoras. También pueden estar citados otros médicos, como el anestesiólogo, si lo hubo, u otros profesionales que intervinieron a lo largo del proceso de atención, como médico de la guardia o sucesivas guardias, o quienes estuvieron a cargo del traslado del paciente, etc. según las características del caso. Cada uno de ellos concurrirá con su compañía aseguradora. Como muchas veces coinciden las aseguradoras, quizá la mesa no se amplíe tanto, pero si es fácil prever una escena de Mediación con no menos de diez personas en la sala (hoy pantalla).

La participación de estos actores genera varias consecuencias:

- A.** La postergación de las reuniones en el tiempo hasta que van integrándose todos, ya que generalmente aquel que es convocado pide citar a su aseguradora, y para ello se requiere una nueva reunión donde van incorporándose todos los nuevos invitados
- B.** Es probable que el paciente deba repetir varias veces su narración, para que sea escuchada de manera directa por todos. Esta situación desgasta, pero es inevitable. Allí puede verse como el relato se vuelve más acotado a fuerza de repetirlo. Es bueno que el mediador explique que la persona ya lo ha expresado como muestra de comprensión frente al paciente que vive este desgaste.
- C.** La transformación del conflicto originariamente basado en la relación “médico-paciente” en un conflicto “multipartes”.
- D.** La posible conformación de una estructura de conflicto basada en lo que Remo Entelman llama el “magnetismo del conflicto¹⁰”, es decir la idea de que a pesar de ser varios participantes con intereses diversos terminan agrupándose en dos grupos de intereses distintos, eventualmente opuestos, si finalmente desemboca la mediación en un trabajo distributivo.

10 - Entelman Remo, pag 136

E. Como en toda reunión con muchas partes, debe agotarse uno de los requisitos básicos de la facilitación en conflictos multi partes, extensiva a la Mediación: la plena participación. Por ello si la mesa está integrada por varios actores, el mediador le da espacio a cada uno para que pueda tener su voz. Actor que no es invitado a hablar, se sentirá excluido, perjudicando el proceso.

La visión de esta escena con tantos actores puede parecer compleja. Sin embargo, el valioso aporte que hace la Mediación aquí es la posibilidad de generar un encuentro concentrado, actual y directo con todos los actores que de alguna manera participan del conflicto, que difícilmente podrían reunirse en una etapa previa al proceso judicial, reemplazando gestiones privadas difíciles de coordinar.

Dos líneas de trabajo

Por lo que intento describir de esta índole de conflictos, y solo a partir de la observación de la práctica en estos casos, se abren dos. líneas de trabajo paralelas o sucesivas. Por un lado, el intento por establecer la comunicación entre paciente y profesional, en un nuevo ámbito, aquí, fuera ya del escenario de los hechos, incluso tiempo después; y por otro lado seguir el recorrido del reclamo patrimonial que se instala en la Mediación. Una línea puede interceptarse con la otra: quizá el paciente entiende que con las aclaraciones o explicaciones su reclamo está satisfecho, o al menos se siente en condiciones de reformularlo, o quizá avancen de una manera paralela. Pero en algún momento el trabajo se trasladará la discusión acerca del monto indemnizatorio. El primer trabajo está sostenido centralmente en el diálogo entre paciente y profesional o profesionales (o incluso clínica según el caso); en el segundo se agregan como actores centrales las aseguradoras.

Lo que vale la pena resaltar sobre ambas líneas de trabajo es que en ningún caso, por más que los actores empujen hacia el camino distributivo por razones prácticas, el mediador soslayará el intento de diálogo entre paciente (o familiares de este) y profesional o profesionales intervinientes. El trabajo integrativo y el eventual diálogo transformativo que pueda darse siempre antecede al trabajo distributivo, del que es

difícil volver una vez que las partes se instalan en la discusión sobre sumas de dinero. Esta conversación sobre montos puede resultar incómoda para la sensibilidad de quien reclama. Recordemos que estoy hablando de una gama muy amplia de casos que comprende desde afecciones leves en la salud hasta pérdidas de familiares. Cada situación con su bagaje emocional diverso, pero con frecuencia muy intenso. En muchos casos les pregunto a los damnificados si desean participar ellos mismos o si prefieren que esta conversación la lleven adelante sus abogados en permanente consulta con ellos. Parto del supuesto de que no es fácil escuchar los argumentos que intentan invalidar o cuestionar el reclamo económico intentando debilitar circunstancias que se han vivido con mucha contrariedad. Esto no implica que la persona quede fuera de la conversación, sino solo fuera de la conversación conjunta, cuyas consideraciones o propuestas el mediador o sus abogados transmiten para reflexionarlas con él. Recordemos que la autocomposición, una de las características más brillantes de la Mediación se pone en acción justamente en esta participación plena en la toma de decisiones.

Los supuestos del mediador y el dialogo reparador

Las narrativas acerca de las adversidades en materia de salud son en muchos casos conmovedoras. No podemos dejar de pensar que nosotros o las personas queridas hayan sido o puedan ser pasibles de padecimientos parecidos. Expectativas de mejoría frustradas, ansiedades y urgencias, contratiempos inesperados, cuestiones en las modalidades de atención en una emergencia, en fin, muchas situaciones difíciles que se abren en la mesa. En el mejor de los casos incomodidades, expectativas, ilusiones de mejorías en el aspecto físico o en la salud, en otros casos, pérdidas muy tristes.

El mediador debe hacer una vez más un esfuerzo por abandonar sus supuestos personales acerca de la situación y conectarse en mantener el equilibrio entre estas dos o más partes que están en la mesa. Y pensar en las razones, motivaciones y dificultades de todos. La situación es difícil para ambos, cada uno por sus razones.

Por eso hay que escucharlos, y dar lugar al diálogo, las aclaraciones, el intercambio de perspectivas.

A menudo, los profesionales tienen argumentos objetivos para explicar lo sucedido, así como para transmitir cómo ellos han vivido y viven esa situación. Estas interacciones pueden tener un efecto transformador muy importante en la relación, cuando pueden tener lugar.

Ese espacio solo lo puede abrir, cuidar y proteger el mediador, proveyendo su empatía, su cuidado, su afecto y compromiso por el caso, generando un intercambio reparador que no implica desconocer las dificultades atravesadas o que se atraviesan aún. Pero éste no es su conflicto, él es un tercero con la función de colaborar en la transformación posible de este proceso, en el cual la cuestión económica es un aspecto más que, si bien puede ayudar a su clausura, no es la única necesidad en juego en estas circunstancias. La sala de Mediación alberga muchos desafíos como éste, y el mediador no hace magia con quienes no están dispuestos a esa transformación, pero puede generar las mejores condiciones para ello. Así es nuestra tarea, una interpelación permanente a nuestra vocación de paz.



Mediando Sistemas

Aportes de una mirada sistémica al encuentro mediado en el ámbito de la salud

Esc. Mónica Casavieja López

Magister en Mediación y Negociación. Kürt Bosch de Suiza.
Escribana Pública Mediadora del Poder Judicial.
Coordinadora del Centro de Resol de Conflictos AEU

Si hay algo que no podemos negar es que este último año vivido ha venido a movilizarnos, nos obligó a salir de nuestra zona de confort sin previo aviso. La Covid-19, sus efectos y “daños colaterales”, nos vino a desafiar como personas en todos nuestros roles, como padres, madres, hijos/as, trabajadores/as, profesionales y por sobre todas las cosas como ciudadanos del mundo.

¿Quiénes somos los Mediadores? ¿Qué aptitudes personales debemos tener? ¿Quién cuida a los Mediadores? Reflexión que podemos trasladar a los trabajadores de la salud y concluir con otra pregunta ¿Quién cuida a los que cuidan? Los Mediadores, cada uno desde su lugar de trabajo desplegando todas sus herramientas aprendidas e incorporadas desde la teoría y la práctica, nuevas miradas que la realidad nos abre y desafía a diario.

¿Quiénes somos los Mediadores?

En muy pocas palabras “Somos profesionales especializados, que facilitamos el diálogo entre las personas, expertos en gestión y transformación de conflictos. Expertos en el manejo de las emociones, en primer lugar, de las propias, un experto en brindar esa escucha a quienes acuden a la mesa de diálogo buscando “una solución” a “su conflicto”.

Profesionales cuya formación de base proviene de las ciencias sociales, del derecho, de la psicología, de la educación, del trabajo social y de muchas otras disciplinas tan importantes y necesarias como las mencionadas.

Nuestra formación “primaria” puede brindarnos “comodidad” al momento del encuentro de mediación, los abogados tendrán más herramientas al momento de abordar un conflicto donde lo jurídico es parte importante del conflicto a gestionar, los Psicólogos “desde su mirada psi” pondrán al servicio de los mediados las suyas y si esas disciplinas se unen en una mesa de encuentro co-mediado seguramente vamos camino a la excelencia.

Lo que es indiscutible es que el Mediador para lograr ser efectivo y eficaz en su labor,

debe capacitarse en forma continua sobre temas específicos de su tarea y necesita estar al tanto de los avances de otras disciplinas que enriquecen su trabajo, de las investigaciones y saberes de otros mediadores más experimentados. Importante recordar la necesaria supervisión de casos para “poner marcha atrás” y volver a mirar el conflicto, las personas, nuestra labor y la gestión de este. El Mediador en palabras de la Dra. María Elena Caram, como “traductor de la palabra” traductor también del lenguaje de cada disciplina, del lenguaje jurídico a un lenguaje comprensible para todos los participantes. Ayudando a las partes a dar los pasos y encaminarse al “pasaje del caso jurídico al caso de mediación” para estar más cerca de lo que pasó¹¹.

Está en el arte del mediador, escuchar, devolver el conflicto y la búsqueda de la solución a las partes, empoderarlos, mostrar el camino del diálogo, del entendimiento, que no tiene que ser equivalente a “acuerdo”. Simplemente el camino hacia la sanación. Brindarles el lugar de protagonistas en la resolución del conflicto, devolverles la voz que nunca debieron perder.

Cuando fui invitada a escribir sobre “Mediación y Salud” reflexionando sobre el tema que nos convoca, resonaron en mí los saberes aprendidos y espero que incorporados de la Formación en la Teoría y Pedagogía Humanística Sistémica. Sentí más que nunca en esta oportunidad, la necesidad de focalizar la mirada de la Mediación en el ámbito de la Salud desde la perspectiva sistémica.

Hablando de sistemas, la Pandemia no ha hecho más que mostrarnos nuestro lugar como seres humanos en la gran red sistémica, el mundo. Nos abrió los ojos y mostró cómo “un pequeño bicho”, el virus, pudo paralizar a la humanidad por momentos, cambiar nuestro día a día, sin importar el lugar donde nos encontremos, cambiando nuestros hábitos, y reitero “cambiando” porque no quiero hablar de “pérdidas” sino de “cambios” que implican no poder abrazarnos, compartir, estar presentes para conversar, para ayudar, para nutrirnos de nuestros pares , nuestros amigos, alumnos,

11 - https://youtu.be/_7xS9YX7M8g- Seminario Internacional los Marc en Tiempos de Crisis. Todo sobre Mediación y Fime. Bs As Argentina. 2020

docentes, no poder acompañar la partida de nuestros seres queridos¹².

Dejó claro que somos parte de un todo, de una red, de un sistema, hizo visible cómo funciona, el lugar y la responsabilidad de cada uno de nosotros dentro del mismo y como cada movimiento y accionar tiene efectos y consecuencias en los otros, particularmente en la salud de todos.

Si ponemos el foco en Uruguay, hasta fines del año pasado vivimos la Pandemia desde un lugar, si se me permite decir, de privilegio, con pocos casos, no tuvimos cuarentena obligatoria, la movilidad del país se vio afectada los primeros meses del año 2020 y luego poco a poco la fuimos recuperando. Hoy estamos viviendo el peor momento de la pandemia, pasamos de "Ser una excepción en la Pandemia de Coronavirus al país con mayor tasa de casos nuevos en América Latina"¹³ El primero de marzo comenzó la vacunación y viene a buen ritmo, que no deja de ser esperanzador, otra vez tenemos lo que muchas habitantes de otros países no tienen, la posibilidad de elegir vacunarnos.

Esta realidad no puede cegarnos, perdimos ciudadanos, vidas de personas muy valiosas, fuentes de trabajo de muchos sectores, sobre todo los pequeños y medianos comerciantes y los trabajadores informales se han visto afectados de forma muy severa. Esto tiene altos costos no sólo a nivel económico sino también a nivel emocional, familiar y sin lugar a duda en el Sistema de Salud.

El Sistema de Salud con sus trabajadores¹⁴ comprometidos y exigidos al máximo de sus fuerzas físicas y psíquicas, en los primeros lugares de la trinchera, aportando todos sus conocimientos y saberes. Apuntamos algo sustancial para nuestro aporte, en Uruguay la tarea de los trabajadores de la salud se desarrolla en un sistema de multi

12 - Tomado de la ponencia realizada en el II Seminario Internacional Los Marc en Tiempos de Crisis. Todo Sobre Mediación y Fime . Bs As Argentina. El Rol del Mediador como impulsor del cambio.

13 - <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56412203>

14 - Nos referiremos a los trabajadores de la Salud haciendo alusión a médicos, auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio, administrativos, fisiatras, cuidadores, en el más amplio de los conceptos incluyendo a cada trabajador que lo hace en esta área.

empleo y con una carga horaria muy extensa, conformando un tejido sistémico amplio, dinámico y complejo.

Pensemos en la interacción humana que se produce en cada jornada laboral, involucrando equipo de salud-paciente-familia¹⁵ de cada uno de los lugares a los cuales los trabajadores de la salud concurren a realizar su tarea.

“No se puede desatar un nudo sin saber cómo está hecho”

Aristóteles.

¿Podemos los mediadores “ayudar” a desatar este nudo?

Cuando hablo de “nudo” me refiero al “conflicto” presente en el encuentro mediado. Encontraremos infinitas definiciones de conflicto aportadas por prestigiosos autores, seguro cada uno de nosotros, en especial quienes abrazamos la tarea docente descubrimos en nuestras lecturas nuevas definiciones y hasta construimos una propia.

Motivo de estudio de diferentes disciplinas por las repercusiones que tiene en el ser humano. Ser humano presente en la Sala del Trabajador de la Salud y en la Sala de Mediación.

La necesidad que tenemos de entender el ciclo del conflicto, cómo, cuándo comenzó, que lo disparó y por sobre todas las cosas pensar cómo “solucionarlo”- “gestionarlo” con el objetivo de tener presente que elementos y estrategias de abordaje debe tener presente el mediador a la hora de realizar su hoja de ruta.

La gestión efectiva del conflicto se produce cuando respetamos a las personas, la “visualización del otro como un otro”¹⁶, cuando llegamos a lo más profundo del con-

15 - Dr Mario de Pena. Mención Seminario Taller SMU. Mdeo. 2001.

16 - Humberto Maturana. Sin aceptación y respeto por sí mismo uno no puede aceptar y respetar al otro, y sin aceptar al otro como un legítimo otro en la convivencia, no hay fenómeno social.

flicto y no nos quedamos con lo que vemos en la superficie y alentamos un proceso justo para todos. El proceso justo debe incluir a “todos” con los aportes de la mirada sistémica. Sólo así se produce entonces la transformación del conflicto, con la transformación interna de los valores de todos los participantes.

La necesidad de búsqueda por parte de los estudiosos del conflicto y los diferentes métodos de resolución, tiene como objetivo arrojar luz y poder comprender cuál es el mejor proceso a la hora de abordar el conflicto que se nos presenta.

El camino recorrido en la búsqueda de la excelencia a la hora de abordar el conflicto y gestionarlo, nos ubica hoy con una base teórica sólida donde es indiscutible el lugar que ocupan los Métodos de Resolución de Conflictos y La Conflictología.

Los aportes de todas estas teorías han sido muy valiosos pero sus propios autores han demostrado que, así como dinámico y complejo es el conflicto, también lo es diseñar una estrategia de intervención “hacia el objetivo que las partes desean”: Uno de los nudos que debemos desatar los mediadores. Tan importante es el desarrollo de la técnica que utilizaremos al momento de planificar nuestra intervención en el conflicto como saber su propio significado.

Es esencial tener claro el significado que le adjudicamos a las palabras ya que las mismas construyen nuestra realidad, como lo postula Humberto Maturana... “pero como éstas no son independientes de quién las piensa o las dice, permite, por lo tanto, que nos transformemos en co-creadores de nuestra realidad gracias a lo que decimos y pensamos¹⁷. Comencemos entonces por pensar en qué significado tiene la palabra conflicto para nosotros, como personas individuales, como cocreadoras de esta realidad para luego trasladarlo al encuentro de mediación, a los participantes de la mediación.

17 - Humberto, Maturana.<https://www.guioteca.com/autoayuda/las-palabras-aprendiendo-a-manejarlas/#:~:text=Humberto%20Maturana%20postula%20que%20las%20palabras%20construyen%20nuestra%20realidad.&text=Pero%20como%20C3%A9stas%20no%20son,lo%20que%20decimos%20y%20pensamos>

¿Qué realidad estamos construyendo al vivir, al sentir el conflicto en nuestra vida?
¿Cómo lo “significan” los trabajadores de la salud?

El conflicto es parte de nuestra vida, de nuestras relaciones, de lo cotidiano. Poco nos enseñan de él a lo largo de nuestra “formación curricular”, llámese Educación Inicial, Primaria, Secundaria, Terciaria.

Más difícil es todavía ponernos de acuerdo en cómo nombrarlo, “... *existe de manera no académica un elevado número de sinónimos para referirnos a este mismo; un ejemplo puede ser las ideas que tenemos de “pleito” o de “problema”, de “inconveniente” o como en Estados Unidos, “situación” (situation) y de otros sinónimos que utilizamos para llamar a nuestros “conflictos” de otra manera*¹⁸.

Según el Diccionario de la Real Academia Española: “Del latín “*conflictus*”. 1.m- *combate, lucha, pelea*, 2.m *enfrentamiento armado*, 3.m. *Apuro, situación desgraciada y de difícil salida*, 4 m. *Problema, cuestión, materia de discusión. Conflicto de competencia, de jurisdicción...*”¹⁹. Como podemos apreciar todos con un enfoque negativo del mismo.

Según la Enciclopedia de paz y conflictos, *este se puede definir como cualquier situación de disputa o divergencia en la que existe “una contraposición de intereses, necesidades, sentimientos, objetivos, conductas, percepciones, valores y/o afectos entre individuos o grupos que definen sus metas como mutuamente incompatibles*²⁰. Si abordamos el significado de la palabra conflicto desde la visión oriental, nos orienta hacia una visión positiva del conflicto.

“El conflicto es luz y sombra, peligro y oportunidad, estabilidad y cambio; fortaleza y debilidad, el impulso para avanzar y el obstáculo que se opone. Todos los conflictos

18 - Gerson Eduardo, Ayala Peñaranda. Análisis del conflicto y la mediación como método de resolución: Redorta y Moore”. Revista Académica de Derecho. 4 (7) (79-106) Julio- diciembre 2013.

19 - <https://dle.rae.es/conflicto>.

20 - Mario López-Martínez. Enciclopedia de Paz y Conflictos. Editorial Universidad de Granada/Junta de Andalucía. Granada. 2004.

contienen la semilla de la creación y la destrucción.” Sun-Tzu: “El arte de la Guerra”.-

Reflexionado sobre su significado y el análisis sobre la concepción negativa o positiva del mismo, recuerdo la espontaneidad de nuestra querida Prof. Marinés Suares en sus clases y charlas compartidas diciendo:

“Creo que el conflicto no es en sí mismo positivo, ya que siempre implica un desgaste y un displacer en quienes están atravesando esa situación. No he conocido a nadie, hasta ahora, que diga: ¡Qué suerte!, ¡que feliz me siento! Estoy en un conflicto”²¹

Comparto totalmente la visión de Marinés Suares, las personas no deseamos ser parte de un conflicto por eso en el mejor de los casos recurrimos a un tercero para que nos ayude a solucionarlo. Ese es el gran paso ver, reconocer que tenemos un conflicto, para luego gestionarlo adecuadamente. El mediador tiene en ese encuentro mediado la llave para transformar el conflicto en una oportunidad.

Cuando seamos capaces de construir el significado de la palabra conflicto, estaremos construyendo nuestra propia realidad y a su vez como nos enseña Maturana, ser co-creadores de esta, iniciamos el camino que nos conduce a comprender qué podemos aportar para gestionarlo- “solucionarlo”²² y transformarlo en una oportunidad. En una oportunidad para los participantes de este y de la sociedad toda, transformando conflictos, transformando diálogos, transformamos personas, transformamos organizaciones, transformamos comunidades.

La Conflictología, término acuñado por Galtung e internacionalmente aceptado, como sinónimo de “Resolución de Conflictos” como ámbito científico de conocimiento...concepto próximo a “Transformación de Conflictos” “la Ciencia del Conflicto” nos capacita para entender cabalmente el conflicto, su nacimiento, su comportamiento y desarrollo y para ello necesitaremos de los aportes de otras disciplinas²³.

21 - Marines Suares. Mediando en Sistemas Familiares. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2002.

22 - Entrecorillado por todas las preguntas que se despliegan al pensar en la solución de un conflicto. Elegimos utilizar la palabra “gestión” de conflictos

23 - Eduardo Vinyamata Camp. Conflictología. Revista de Paz y Conflictos. ISSN 1988-7221/ Vol 8/ No 1/2015/ pag 9-24.

Como nos señala Vinyamata la Conflictología incluye saberes que toma de la Antropología, Sociología, Neurología (muy necesaria para comprender los fundamentos biológicos de las emociones humanas), también la Matemática, la Física Teórica y la Física Cuántica.

Estos aportes hacen a los distintos modelos²⁴, ofrecen una base teórica y nos sirven de brújula en la práctica profesional, establecen un proceso metodológico que provee al operador diferentes técnicas que el mediador va seleccionando en busca de su objetivo, ayudar a los mediados.

¿Dónde podemos encontrar una brújula para que todos los que participemos del encuentro mediado vayamos en la misma dirección?

Las bases teóricas fueron tomadas de tres grandes escuelas en mediación ya clásicas a nivel internacional, la Escuela de Harvard²⁵, la Transformativa²⁶, la Narrativa y la Circular Narrativa²⁷, cada una con su impronta y objetivos bien definidos. Teoría en evolución constante, en permanente construcción, proceso cuyas contribuciones enriquecen la metodología de trabajo, como lo hace La Mediación Estratégica²⁸ proveyendo al operador²⁹ un proceso altamente estructurado y nutrido de una perspectiva multidisciplinaria.

Actualmente se han ido incorporando otras, como “La Mediación Insight”³⁰, “la Mediación Motivacional”, que el Psicólogo español, Santiago Madrid Liras, lo plantea

24 - También denominadas Escuelas de Mediación.

25 - Roger Fisher, William Ury y Bruce Paton-Grupo Editorial Norma. Bs As, Caracas, Barcelona, Bogotá, Guatemala, México, Miami, Panamá, Quito, San José, San Juan, San Salvador, Santiago de Chile.1993

26 - R. A. BARUCH BUSH- J.P.FOLGER. La Promesa de Mediación. Cómo afrontar el conflicto a través del fortalecimiento propio y reconocimiento de los otros. Editorial Granica. Barcelona. 1996.

27 - Joseph P. Folger y Tricia S. Jones. Una Perspectiva narrativa en Mediación. En Nuevas direcciones en mediación. 1997.

28 - Rubén A. Calcaterra. Mediación Estratégica. Editorial Gedisa Buenos Aires. 2000.

29 - Hacemos referencia al “operador” como sinónimo de profesional que trabaja en el conflicto, en este artículo fundamentalmente El Mediador.

30 - K.R. Melchin y C.A Picard. Transforming Conflict through Insight. University of Toronto Press. Toronto. 2008.

como un modelo que viene a sumar a los ya existentes, profundizado en los aportes desde la Psicología en el entendido que hoy podemos ofrecer una mirada más integradora a la Mediación, “el enriquecimiento de estas aportaciones no sólo no debilita la mediación, sino todo lo contrario, la fortalece de cara a su objetivo profesional: participar en la superación de conflictos interpersonales e intergrupales”³¹.

El modelo Circular Narrativo de Sara Cobb, introdujo nuevos conceptos que significaron un impulso profundo para continuar el camino hacia el cambio de paradigma anhelado, nutriéndose de técnicas provenientes de otras áreas. Técnicas fundamentales, esenciales, para los operadores de conflictos vigentes hoy día. Este modelo toma también la Pragmática de la Comunicación Humana en la Teoría General de Sistemas y en Conceptos Cibernéticos. Contribuciones científicas de autores como Bertalanffy, Haley, Russell, Shannon, Von Neumann, Bateson y Watzlawick y el grupo de investigación de Palo Alto en California, así como las investigaciones de la Cibernética y Teoría de la Complejidad. El modelo se fundamenta en componentes teóricos cuyos orígenes los encontramos en los estudios y trabajos de Michel White, con el objetivo de buscar³² junto al mediado el significado que le atribuye a los hechos, a lo sucedido, cuál es su visión, su sentir de lo que pasó.

Las personas cuentan sus conflictos desde su identidad, desde su “self”, con su contexto, su historia “toda” la de hoy y la que viene de sus ancestros, pasado y presente. Los mediadores desde este enfoque “ayudamos” a construir una mirada hacia el futuro. Brindando un lugar para que las personas puedan liberar la carga que traen consigo en relación al conflicto que los involucra y preocupa, orientando y motivando a los participantes a ser protagonistas del cambio.

31 - Santiago Madrid Liras, Medición Motivacional. Hacia una relación de acompañamiento en los conflictos. Editorial Reus S.A. Madrid.2017.

32 - Es importante dejar en claro que el mediador no trabaja como psicólogo, si bien puede ser su profesión de base.-

¿De qué cambio hablamos?

Del cambio de la Narrativa, construir una Nueva Narrativa, siempre desde lo posible respetando sus tiempos y posibilidades, sustentados por la confianza y legitimidad del espacio de mediación y orientados a comprometerse con la tarea de la gestión del conflicto.

Ayudarlos a volver la mirada sobre el conflicto con movimientos, suaves, precisos, respetuosos y desde ese lugar reparar la trama del tejido sistémico, vista la ayuda como un arte dentro del propio arte de mediar: “...Como todo arte, requiere una destreza que se puede aprender y ejercitar. También requiere empatía con la persona que viene a buscar ayuda. Es decir, requiere comprender aquello que le corresponde y, al mismo tiempo, la trasciende y la orienta hacia un contexto más global³³”.

Hacia una mirada Sistémica.” Somos una gran red: humana y generosa”³⁴.

En esta oportunidad focalizar la mirada desde una perspectiva sistémica, como también lo es la Covid “Los médicos se refieren a ella como una enfermedad “altamente impredecible”... es lo que los especialistas llaman “una enfermedad multisistémica” ... esto es lo que hace más difícil saber cómo tratar a cada paciente individual³⁵”.

La dificultad según el artículo referido está en “como tratar a cada paciente en forma individual” ya que la enfermedad es “multisistémica” esto me hizo bucear en las similitudes de los hechos y tejer desde ese lugar la trama de la gran red. Esa gran red con-

33 - BertHellinger. Los órdenes. Pág 13

34 - Mercé Traverset Vilagínés. Sintonizando las miradas. Soluciones amorosas y breves a los conflictos entre la escuela y la familia. Página 174. Centro Universitario Doctor Emilio Cárdenas. México. 2011.

35 - CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BBC NEWS MUNDO.<https://www.bbc.com/mundo/noticias-52793269>. Coronavirus | De enfermedad respiratoria a multisistémica: cómo en pocas semanas cambió radicalmente lo que sabemos sobre la covid-19.

formada por todos los trabajadores del sistema de salud y nosotros los mediadores como tejedores especializados al momento del encuentro mediado. La práctica hace visible que cada “participante”, cada “mediado” debe ser “tratado” de forma diferente, porque lo es, es un ser individual con sus características y particularidades personales, que lo hacen único, sin perder de vista el sistema al cual pertenece, especialmente cuando preparamos el encuentro conjunto, sus posibilidades de abordaje y gestión, “el traje a medida”.

La perspectiva sistémica aplicada en los más variados ámbitos introdujo novedades muy importantes recogiendo las teorías de la comunicación humana, así como las investigaciones de la cibernética y de la teoría de la complejidad.

Este enfoque permitió dar un salto histórico en el que se pudo pasar de una mirada individual sobre los problemas- psicológicos, educativos, familiares, organizacionales a una mirada sistémica en la que todos los miembros, de una familia, escuela, organización, comunidad están implicados.

El planteamiento sistémico lo podemos resumir en tres principios que son: la totalidad, la circularidad y retroalimentación y la equifinalidad.

La totalidad tiene que ver con la relación entre el todo y las partes, en el sentido que el todo es más que la suma de las partes, de manera que en el todo están las partes y algo más, y también que, de alguna forma, en las partes ya existe una aproximación del todo.

La circularidad y la retroalimentación tienen que ver con la imagen que nos ofrecen las redes, si se mueve cualquier punto de la red, se mueven todos los demás, no existe un único movimiento de causa-efecto, porque una causa moviliza muchos efectos y a su vez, cualquier efecto también gatilla nuevas causas.

La equifinalidad explica que podemos llegar a puntos de esa red, o a objetivos determinados, partiendo de lugares muy diversos (estos tres principios tienen una

trascendencia incalculable. Continúo tejiendo la red y en cada lazada tomo uno de los principios del planteamiento sistémico para llevarlo al campo de la Mediación; sumándole en esta oportunidad; un” hilo nylon” de diferente color, ese color nos advierte que estamos trabajando en el tejido de la salud.

Comenzando por el principio de “la totalidad” tomar el desafío de ayudar a las partes y dar el paso de dejar de pensar en sí mismos para pensar en el todo, en el sistema de interacciones del cual forman parte.

Si lo pensamos en la relación médico - paciente. Ayudar a ver el sistema que contiene “al todo del paciente”, su familia, su trabajo, esa red organizacional y otras tantas a las cuales pertenece. Ayudar a ver el sistema que contiene “al todo del médico”, cada una de las instituciones médicas a las cuales pertenece, incluyendo su sistema familiar, sistema que es el centro de todos los sistemas de allí su importancia. Continuando con el desafío de ver el conflicto con esta mirada “La circularidad y retroalimentación” nos obligan a tener presente la importancia de los movimientos que realizamos, la responsabilidad del operador del conflicto al mover cada pieza, cada punto del tejido ya que deberá sopesar los desenlaces y repercusiones inesperadas que pueden ocurrir con cada uno de ellos.

Esto nos permite concebir al conflicto de otro modo, “desatar los nudos”, debemos buscar las conexiones, ver los hechos del conflicto como parte de una pauta mayor, Esas pautas se generan entre personas, no son el producto de las personas, y lo debemos analizar dentro un contexto o varios conjuntos de contextos.

Lo valioso del aporte sistémico a la hora de gestionar conflictos en organizaciones tan complejas como lo son las pertenecientes al ámbito de la salud es la plasticidad que con la que el mediador podrá extender la red y ver el tejido. Allí donde encuentre que el “hilo nylon” de la red que se encuentra dañado podrá poner sus herramientas a trabajar. El daño que pudo causar una explicación no brindada en tiempo y forma de un trabajador de la salud a un paciente, o una mala actitud o comprensión del paciente hacia el trabajador de la salud. Ese daño en el tejido de la red lo podemos reparar a través del encuentro mediado, dialogando, reconociendo y legitimando a todos los

participantes del mismo. Mi aporte con esta mirada apunta a ir más allá, pensar en un acercamiento al conflicto que ayude a todos los participantes del encuentro mediado a tener presente que cada persona que está hoy presente en la sala de mediación pertenece a esa gran red humana en la cual estamos todos. Y como mediadores trazar nuestra estrategia de diseño considerando a cada uno como parte de este todo. Sólo así entiendo tendremos la posibilidad de ayudar a restaurar y hasta podemos soñar con sanar el tejido de la red. Los dejo para finalizar con las palabras de Sergio Arch Guerrero muy oportunas para hablar de Mediación y Salud.

Vivir en conflicto enferma
por Sergio Arch Guerrero

“Mediar es aliviar. Desde el profundo conocimiento de lo propio y lo que le pasa al otro. Es ser curandero de justicia, de una nueva forma cultural y comunitaria de hacer ante lo que nos pasa. Acompañar es una forma de curarnos³⁶.”

36 - Dra. Patricia A. Veracierto. "Prácticas de mediación y co-mediación a distancia. Conectando territorios a través de la tecnología. Metodologías, redes y acceso a justicia. Prólogo Sergio Arch Guerrero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Josefina Zuain. 2020.

Bibliografía

- Patricia A. Veracierto. “Prácticas de mediación y co-mediación a distancia. Conectando territorios a través de la tecnología. Metodologías, redes y acceso a justicia. Prólogo Sergio Arch Guerrero, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Josefina Zuain. 2020.-
- Bert Hellinger. Los Órdenes de la Ayuda, Buenos Aires, Editorial Lepik. Año 2008.
- Roger Fisher, William Ury y Bruce Paton-Grupo Editorial Norma. Bs As, Caracas, Barcelona, Bogotá, Guatemala, México, Miami, Panamá, Quito, San José, San Juan, San Salvador, Santiago de Chile. 1993.
- Rubén A. Calcaterra. Mediación Estratégica. Editorial Gedisa Buenos Aires. 2000.
- Santiago Madrid Liras, Medición Motivacional. Hacia una relación de acompañamiento en los conflictos. Editorial Reus S.A. Madrid. 2017.
- R. A. Baruch Busch. J.P Folger. La Promesa de Mediación. Cómo afrontar el conflicto a través del fortalecimiento propio y reconocimiento de los otros. Editorial Granica. Barcelona. 1996.
- Joseph P. Folger y Tricia S. Jones. Una Perspectiva narrativa en Mediación. En Nuevas direcciones en mediación. 1997.
- María Elena Caram, Diana Elbaum y Matilde Rosalía. Mediación Diseño de una práctica. Librería Editorial Histórica, Buenos Aires 2007
- Francisco Diez, y Gachi Tapia. Herramientas Para trabajar en Mediación. Editorial Paidós.
- John Paul Lederach y Marcos Chupp, “Conflicto y violencia”, Semilla, Guatemala, 1995
- Pascual, Ortuño Muñoz, “Justicia Sin Jueces. Métodos alternativos a la Justicia Tradicional”. España. Editorial Ariel. 2018
- Marinés Suares, “Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas”, Paidós, Buenos Aires, 1996.
- Angelica Patricia Olvera García, Mercé Traveset Vilagínés, Carles Parellada Enrich. Sintonizando las miradas. Soluciones amorosas y breves a los conflictos entre la escuela y la familia. Centro Universitario Doctor Emilio Cárdenas. México. 2011.
- Dora Fried Schnitman. (comp) Nuevos Paradigmas en la resolución de conflictos. Perspectivas y prácticas. Editorial Granica. 2008



Breves reflexiones sobre la humanización del sistema de salud.

Dr. Federico Daverede

Abogado.
Especialista en Negociación

*Nota previa del autor.

Las reflexiones a las que refiere el siguiente artículo están muy distantes de reflejar la realidad de un sistema de salud, que sin perjuicio que debe mejorar, contiene muchas cosas positivas y profesionales de primer nivel, tanto del cuerpo médico como no médico. Estas notas analizan en exclusividad un caso concreto y sobre él se hacen las reflexiones, sin que eso implique emitir opinión sobre la realidad del sistema salud. El único objetivo es generar pensamiento crítico para profundizar una mejora en la red sanitaria del país.

“La dama de hierro”

Introducción

“Quiero un cuaderno de quejas para poder decir quienes me tratan bien y quienes me tratan mal”, dijo Josefina. Así comienza la historia de una paciente que me hizo reflexionar sobre la humanización en los centros de salud, así comienza la historia de Humaniza Josefina.

Josefina ingresó al sanatorio por primera vez en el año 2017, comenzó con un dolor estomacal. Niña sana, vivaz, espontánea, dulce e inteligente, hermana, hija y nieta. Poco conocía de hospitales, médicos y tratamientos. Su preocupación, un dolor de panza.

Sus padres, personas absolutamente distantes del mundo hospitalario, más que para controles de rutina nunca habían pisado centros de salud por ninguna circunstancia.

Tristemente el dolor de panza se transformó en un diagnóstico, complejo y complicado; triste y angustiante a la vez. Un raro tipo tumoral había sido diagnosticado, poco frecuente en las personas y más raro aún en niños de su edad. Esto convertiría este caso en una rareza que los médicos debían afrontar. ¿Pero qué habrá pasado por el pensamiento de los padres de Josefina?

¿Y por su hermana y sus abuelos? ¿Cómo afrontarían semejante situación que de un minuto al otro cambiaría por completo el sentido de sus vidas?

Pienso por un momento lo que esos seres humanos estarían sintiendo en ese instante que reciben la noticia, hago el intento de ponerme en sus zapatos y por más esfuerzo que haga no hay pensamiento ni sentimiento que logre acercarme a sus vivencias, a lo que ellos sintieron.

Reflexiono en cómo una noticia que dura segundos en trasmitirla y fracciones de segundos en recibirla puede hacer estragos en un estado anímico, en un ser humano.

Me pregunto si en ocasiones quien da la noticia repara en el impacto que puede ocasionar en la persona o personas que la reciben. Si bien los médicos son en su inmensa mayoría conscientes del impacto que puede generar la noticia que están por dar, otros, por diferentes motivos (muchas veces involuntarios) dejan pasar por alto el alcance de las palabras, y pierden de vista que es la puerta de entrada a lo desconocido, al mundo de los temores, al sin fin de exámenes, procedimientos, días de internaciones, y en este caso a un final incierto que podía tener, como lamentablemente sucedió, la muerte.

El ser humano es un ser frágil emocionalmente, por más duros que nos mostremos o por más control de las emociones que tengamos, por algún lugar permearemos el sentido emocional y de alguna forma lo manifestaremos. El control de las emociones obedece a determinadas actitudes que algunos pueden adoptar en ese momento y lugar, puede ser por no transmitirle al otro el dolor o el sufrimiento, porque alguien siente que tiene la “responsabilidad” de sostener la situación, o puede también obedecer a que uno mismo no se caiga en ese momento. Daniel Goleman nos dice que *“Tal vez no exista herramienta psicológica más importante que la de resistir el impulso. Es la raíz de todo autocontrol emocional, dado de que las emociones (por su naturaleza misma) llevan a uno u otro impulso a entrar en acción”*³⁷. Y eso es precisamente lo que

37 - Goleman D. La inteligencia Emocional. Buenos Aires, Argentina 1ra ed. sello B de Bolsillo, Ediciones B. Buenos Aires, 2008 pág. 106.

sucede cuando uno recibe noticias fuertes con connotaciones negativas y que condicionarán su vida de ahí en más. Siempre existe un disparador emocional, lo que no se ve muchas veces es la reacción.

La automatización a la que estamos sometidos en nuestros trabajos hace que en ocasiones perdamos la perspectiva de lo que siente la otra persona. Así como un abogado recibe un nervioso cliente que recientemente ha sido notificado de una demanda, así como un experimentado marinero timonea un barco en una gran tormenta en el océano ante el susto de un pasajero, un médico atiende a un paciente con total naturalidad. Esta situación de automatización de las funciones que desarrollamos diariamente muchas veces hace que perdamos la perspectiva de lo que está sintiendo quien nos presenta la dificultad. Pocas veces el abogado repara en el nerviosismo de su cliente y la situación incómoda que está atravesando, o el capitán del barco minimiza el estado de shock del pasajero, así como algunas veces el médico no se detiene a tratar de entender el sufrimiento, el nerviosismo y el temor al que se enfrenta su paciente.

Historias como estas nos deben interpelar sobre el sentido humano de las relaciones personales, en este caso enmarcada dentro de un centro de salud, con todos sus integrantes en la relación establecida con el paciente, pero también con sus familiares y allegados. Pero además, tampoco queremos pasar por alto, sin que sea el centro del análisis de este artículo, temas como estructuras edilicias, decoraciones, el entorno, etc. Todas cosas que hacen generar junto con las personas involucradas un ambiente armonioso que genere un estado de alivio al alma y de esa forma poder generar cierta armonía que mitigue cualquier tipo de sufrimiento humano.

Escribe Juan Pablo II y que recoge Arnaldo Pangrazzi en su libro *Girasoles Junto a Sauces* “El hospital es un mundo profundamente surcado por el sufrimiento, que invoca constantemente a otro mundo, el del amor”³⁸. Esta frase evoca la armonía que debe haber entre dos sentimientos antagónicos pero que deben caminar de la mano, es el equilibrio necesario para recorrer el camino del sufrimiento, el amor es la anes-

38 - Pangrazzi, A. “Girasoles Junto a Sauces”. 1ra ed. Editorial Sal Terrae. Santander, España. Año 2000, pag. 42.

tesia del sufrimiento. Ya la primera impresión, que puede ayudar a la armonía es la propia edificación, el propio mobiliario y por supuesto la primera acogida que dan los funcionarios encargados de recibir a los pacientes. Arnaldo Pangrazzi en el mismo libro Girasoles junto a Sauces (En dialogo con los enfermos) nos dice “Incluso el aspecto arquitectónico expresa la atmósfera de un hospital y puede dar la impresión de desorden y desorganización o, por el contrario, comunicar acogida y eficiencia. Sin embargo, más que el aspecto estructural, lo que cuenta es el elemento humano, la relación que los empleados de recepción establecen con el huésped” y sigue” El primer impacto puede producir en el enfermo y en sus familiares una sensación de confianza y de estímulo o incrementar la ansiedad y desencadenar en ellos actitudes negativas”³⁹

Josefina se encontró con una situación de una acogida inesperada, poco amigable con ella, a tal punto que una de sus primeras reacciones fue pedir el libro de quejas. Ya el inicio del camino no daba señales empáticamente adecuadas. Y como dice William Ury, en su libro Supero el No “*El proceso es tan importante como el resultado*”⁴⁰, algo a lo que pocas veces le damos la importancia y trascendencia que realmente tiene.

La Real Academia Española define la palabra empatía como “Capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos”. Aunque muchas veces confundimos empatía con simpatía, para momentos de dolor el ser simpático puede ser un gesto de mal gusto y en tal sentido sólo tendrán cabida actitudes que no promuevan la empatía. Roger Fisher, en su libro Obtenga el Sí, en un pasaje donde analiza el mundo de las percepciones dice, con gran acierto que: “*La manera de ver el mundo depende del lugar donde uno se coloca*”⁴¹. Este autor manifiesta esto en ocasión de analizar el concepto de ponerse en los zapatos del otro y pasa a hacer esta idea la mayor fuente generadora de empatía, hacer el intento de entender como el otro percibe y siente la situación que le toca afrontar, de pensar por un segundo como se podía ayudar a Josefina más allá de su problema físico.

39 - Pangrazzi, A. “Girasoles...”, pág...

40 - Ury, W. “¡Supere el NO!”. 2da ed. Editorial Gestión 2000. Barcelona. Año 2012, pág 118.

41 - Fisher R. Ury W. “¡Si, de acuerdo! Como negociar sin ceder”. Ira ed. Editorial Penguin Random House. Buenos Aires, 2018, pág. 61.

Justamente hubiese sido la misma empatía la que hubiese evitado la frase que dio origen a este artículo.

Josefina, con su impronta, su espontaneidad, su simpatía, con la capacidad de contagiar a otros niños, transmitir ánimo a sus pares, y con su espíritu inquebrantable se ganó el apodo “La dama de hierro”. A su memoria, estas reflexiones.

La comunicación

Perfectamente podemos decir que la comunicación es parte del problema y por supuesto es, sin lugar a duda, la solución a situaciones perfectamente evitables. A la comunicación en todos sus sentidos hay que prestarle mucha atención si es que pretendemos poner en primer plano al ser humano.

Desde la primera acogida en un centro de salud, pasando por la parte edilicia, el mobiliario y por supuesto cada una de las palabras y gestos de los profesionales al momento de dar un diagnóstico son piezas claves de un sistema que debe ensamblar de forma muy armónica.

La automatización de las funciones que diariamente realizamos nos lleva, sin ningún lugar a dudas, a acostumbrarnos a determinadas rutinas y en consecuencia a no reparar en detalles que por ser aparentemente insignificantes terminan siendo sustanciosos para las relaciones humanas. Sin embargo, quien enfrenta por primera vez una circunstancia nueva, se pone cara a cara no sólo con la propia circunstancia sino también con el mundo de lo desconocido y por tal, espera, sin saberlo, esos detalles sustanciales de la comunicación que alguien le brindará.

Sin perjuicio de que la inmensa mayoría de los galenos y el personal no médico reparan detenidamente en las formas de relacionamiento con el paciente, de los aspectos menos cuidados en términos de comunicación, son las gestualidades. La comunicación no verbal transmite en muchas ocasiones mucho más que la verbal. De hecho, hay estudios que dicen que la comunicación no verbal transmite más del 90 % del mensaje que se quiere dar. El silencio, una sonrisa, una caricia, un abrazo, una mirada

cómplice son mensajes que condicionarán de ahí en más la relación entre las personas; y es de suponer que en el caso hubiese modificado la de Josefina y sus familiares. Condicionar en forma positiva desde el comienzo mismo del camino nutrirá de sentimientos empáticos un proceso que por su propia naturaleza se presenta doloroso, física y emocionalmente. Algún día entenderemos la fuerza que tiene escuchar desde el corazón, conceptos que exceden lo que en mediación conocemos como escucha activa, sino que implica, además, la impronta sentimental al momento de escuchar. Situación que uno la puede percibir con claridad cuando un paciente hace un comentario sobre un diagnóstico complejo, hace una pregunta angustiante o un gesto de dolor.

Pensemos por un segundo la importancia de la comunicación, de las cosas que se dicen, de cómo se dicen, cuándo se dicen, en dónde se dicen y la forma en que se dicen.

Todos entendemos que la comunicación verbal es importante por su contenido y por su tono de voz. En el mundo médico frecuentemente se transmiten cosas que tienen un contenido emocional fuerte, y que muchas veces no constituyen una buena noticia para las personas. Por eso, el tono de voz, el momento y el lugar son determinantes para medir el impacto que puede generar en una persona la noticia a trasladar. Un lugar apartado y ameno, un tono de voz cómplice y dulce, y un momento de tranquilidad pueden ser las condiciones propicias para transmitir una noticia poco alentadora.

La delicadeza de contarle a un niño su problema. ¿Por qué no? Sentarse junto a él, tomarlo de la mano o facilitarle un juguete, pueden ser buenos momentos previos antes de darle una noticia. Explicaciones previas, comentarios divertidos y un buen ambiente pueden complementar el microclima apropiado para propiciar ese diálogo. El límite, el sentido de las palabras.

Ayuda y mucho prestar atención a la comunicación no verbal, a la gestual, que como indican algunos autores transmite un 90% o más del mensaje. Buscar una posición espejo a cómo está la otra parte, tomarla de la mano y mirarla a los ojos pueden ser algunas de las cosas en las que hay que reparar al momento de comunicar. Esas pe-

queñas cosas ayudan a interiorizar de forma menos violenta para el alma, una mala noticia.

Julio Decaro, en su libro *La Cara Humana de la Negociación* dice que *“Más allá de que haya acuerdo o no con la generalización de que el 93% del peso de la comunicación corresponde al proceso, al lenguaje corporal, a la forma de comunicación y sólo el 7 % al contenido de las palabras, el fondo de la comunicación, hay que reconocer que el lenguaje corporal tiene un peso y una contundencia que lo hacen trascendente cuando se establece una relación en el campo de la negociación o en cualquier otra circunstancia de la vida y sigue: “Compartir algunos patrones de conducta: el tipo, ritmo y amplitud de movimientos; algunos gestos; posturas corporales; distancias y aún la vestimenta, ayuda a crear una sensación de correspondencia, aceptación, pertenencia y bienestar conocida como sincronía interaccional, que es fácil de apreciar en grupo de jóvenes, en empresas, en reuniones sociales o en cualquier ambiente, si se presta un poco de atención.- Esta sincronía genera un mensaje que le dice a la otra parte, de forma silenciosa y fuera de su control consciente, que son parecidos. Cuando esto ocurre de manera natural, los componentes del lenguaje corporal toman lugar en diferentes momentos de las conversaciones, en una secuencia que recuerda el ritmo de una danza”⁴².*

Esto que el Dr. Julio Decaro explica con una claridad sobrenatural, algunas veces no es tenido en cuenta por los médicos o funcionarios de un centro de salud y sumado al desconcierto, al sufrimiento que implica atravesar un tratamiento y al mundo de lo desconocido, hace que las relaciones frecuentemente se tornen poco empáticas, desencadenando esta situación una agudización del sufrimiento del paciente o sus familiares.

La comunicación como generadora de empatía.

Inmersos ya en el tema comunicacional debemos hacernos una pregunta de rigor, siempre con la intención de poner al frente de este análisis al ser humano; ¿Cómo

42 - Decaro, J, “La Cara”pág, 29

influye una buena comunicación al momento de generar empatía?

Sin perjuicio de que ya hemos contestado algunos aspectos en renglones anteriores, haremos un análisis para terminar de convencernos que una buena comunicación es la responsable, entre otras cosas, de ser una gran generadora de reacciones emocionales positivas, que se traducen al final del camino en una relación empática. Y veremos de qué manera influye eso en las personas al momento de comenzar a recorrer tratamientos largos y desgastantes emocionalmente.

Josefina padeció una comunicación poco amigable dirigida sin ninguna cautela a un receptor afectado emocionalmente. Tanto ella como sus familiares muy cercanos vivieron momentos que les marcaron para toda la vida y que perfectamente pudieron evitarse si el emisor hubiese reparado detenidamente en el contexto de dolor que presentaba el receptor y su entorno. Frases poco afortunadas generan impactos emocionales que perduraran por los años en la memoria de los involucrados, que incluso, al exteriorizarlas engancharan desde sus adentros un conjunto de emociones que dejarán al descubierto el dolor vivido en aquel entonces. Cada palabra y cada gesto que pretenden transmitir algo deben estar provistas de una cautela tal que permita generar relaciones empáticas.

Por eso, siempre será bienvenida la utilización de palabras o frases positivas, cargadas de contenidos sinceros, pero racionalmente aplicados al receptor del mensaje.

Pero la empatía no sólo se establece por lo que se dice, sino que también influye de forma determinante, el cómo se dice (refiriendo al tono de voz), el lugar donde se dice (refiriendo al espacio) y la forma en que se dice (refiriendo a los gestos corporales).

Sin perjuicio que constituyen piezas claves la elección de cada una de las palabras que se emiten, un tono de voz bajo, con una tonalidad armónicamente sintonizada con el mensaje que se pretende transmitir ayuda a generar una simbiosis afectiva. Esta actitud, cimentará una relación de futuro que se retroalimentará en la medida que ambas partes continúen respetando las formas de una cuidadosa comunicación.

Si bien, la inmensa mayoría de nuestros centros de salud, sobe todo pensado en la

que acoge niños, están detalladamente decoradas e incluso las personas encargadas de esas secciones están atentamente vestidas para tal ambiente, no es en vano reparar en este llamado de atención.

La importancia del lugar donde se da una noticia o se hace un comentario, un ascensor, un pasillo, una sala de espera con terceras personas, o cualquier otro lugar que no brinde un ambiente sentimentalmente cálido, parecen no ser buenos lugares para conversar. Muchas veces el dar noticias en esas circunstancias son el disparador de estallidos emocionales negativos por parte de quien los recibe que en nada favorecen la relación médico paciente o médico familiar del paciente. Es más, frecuentemente situaciones que se presentan de esta forma generan una distorsión en las relaciones de tal magnitud que precipitan un alejamiento del problema de fondo y ubican la problemática en el plano personal. Por tanto, buscar el lugar adecuado, esperar el momento justo a que la persona se sienta cómoda (dentro de la incomodidad natural), y elegir las palabras precisas, ayudarán al paciente o su familiar a incorporar de la mejor manera posible la noticia comunicada.

La forma, como ya lo mencionamos anteriormente, termina siendo la sustancia de la comunicación, los gestos cómplices colaborarán en mitigar el dolor del alma y propenderán a que las partes se conecten entre sí con tan solo un gesto.

La humanización de los centros de salud y la incidencia que tienen para la generación de efectos empáticos la actitud de los funcionarios médicos y no médicos no es una cosa nueva.

El médico estadounidense Hunter DOHERTY Adams, más conocido como “Patch Adams” o el médico de la risoterapia, ya en la década del 70 entendió que el estado anímico de los pacientes era imprescindible, quizás no tanto para la sanación, sino más bien para que el dolor espiritual de cualquier tratamiento o el padecimiento de dicha internación se vean aliviados desde el estado emocional. Y se dio cuenta, que poner el espíritu humano en el mismo grado de importancia que la ciencia, propendía a un mejoramiento del paciente, sin que esto implique sanación o curación física. *“Aprende a tratar al paciente igual que la enfermedad” Patch Adams.*

Robin Williams, supo encarnar al Dr. Patch Adams, en un film memorable que inmortalizó el mensaje emocional del Dr. Adams. En él, se muestra la sensibilidad pura de un médico que estaba obsesionado en buscar la sanación del espíritu de los pacientes a través de la generación de canales de empatía, muchas veces con base en la alegría, otras tantas con base en necesidades básicas insatisfechas, que parecían insignificantes para cualquiera, pero muy importantes para la persona en cuestión. Y demuestra con claridad, que ese camino plagado de sinsabores se puede transitar de una forma menos dolorosa, plasmándolo en frases como: “Un doctor tiene la misión no solo de prevenir la muerte sino también de mejorar la calidad de vida. Si tratan una enfermedad ganan o pierden; si tratan a una persona, les garantizo que siempre ganaran sin importar las consecuencias” En la misma línea Daniel Goleman en su libro inteligencia emocional enseña *“El problema surge cuando el personal médico pasa por alto la forma en que los pacientes reaccionan a nivel emocional, incluso mientras se ocupan de su estado físico. Este descuido por la realidad emocional de la enfermedad deja de lado un conjunto creciente de pruebas que demuestran que los estados emocionales de las personas puedan jugar a veces un papel significativo en su vulnerabilidad ante la enfermedad y en el curso de su recuperación. Los cuidados médicos modernos a menudo carecen de inteligencia emocional”*⁴³

Josefina era una niña sana y sus familiares no eran habitués de hospitales, sus padres no se dedican a la medicina y sus visitas a los centros de salud obedecían exclusivamente a controles rutinarios. Pero un buen día las circunstancias cambiaron. Un simple dolor de panza cambió la realidad de la niña, pero también la de su entorno familiar más íntimo. Es ahí cuando ella y su familia incursionan en el mundo de lo desconocido, en el mundo de las incertidumbres, con la sensibilidad de que todo se refiere a un estado de salud, con un diagnóstico que agrava cualquier especulación porque incluso el final del camino podía ser, el que realmente sucedió.

En situaciones extremas como estas, generar una buena comunicación es pilar fundamental para ayudar a transitar un camino que será doloroso desde lo físico hasta lo

43 - Goleman, Daniel. “La Inteligencia...” pág. 198

emocional. Ya las primeras palabras, las de acogida, empezarán a marcar una huella en los directamente involucrados, es sin dudas el inicio de un camino que condicionará el resto del trayecto. Sin dudas eso no sucedió en el caso de Josefina, quien se vio necesitada de solicitar un libro de quejas. ¿Pero cuál hubiese sido la conducta de la niña si ya en los primeros momentos hubiese recibido una comunicación amable, cariñosa y comprensiva de su situación? ¿Cómo hubiese ayudado a sus padres desde el punto de vista emocional a recibir esa fuerte noticia? ¿Qué falló para que la niña tuviese esa reacción? ¿Les ganó a los responsables del centro de salud el automatismo de su función? ¿Se hizo el esfuerzo de ponerse en el lugar del otro que enfrentaba ahora el mundo de lo desconocido? Podría seguir formulando un sin fin de interrogantes y quizás muchas de ellas no tengan respuestas, pero otras podríamos imaginarlas. Sin embargo, algo falló.

Muchas veces, los médicos le dedican un buen tiempo a transmitir los mensajes, a asegurarse que realmente se haya entendido lo que se quiso decir, y lo más importante escuchar atentamente las dudas que se plantean. Sin embargo, otras veces, la propia organización del sistema le prohíbe detenerse o reparar en esos aspectos. El ponerse una vez más en el lugar del otro es por defecto el mejor antídoto para una eventual reacción desfavorable del receptor de una noticia con connotaciones negativas. Para eso, se debe hacer el esfuerzo de dejar de lado el automatismo de la función y hacer el ejercicio refinado de entender que cada paciente es una situación nueva, con sus miedos, con sus sentimientos, con sus historias a cuesta, y son ellos quienes transiten el camino de la sanación. Para ello, póngase en los zapatos del otro, deténgase a pensar por un instante la cantidad de sentimientos que afloran en cuestión de segundos. Ayude al otro a canalizar conscientemente ese estallido emocional. ¿Cómo? Escúchelo con el corazón y devuélvale un gesto empático.

Siempre es recomendable pensar en el presente, el momento que se vive, pero sin lugar a dudas también hay que pensar en cómo se afronta el futuro. Muchas veces los tratamientos médicos son largos, y transcurren en un camino sinuoso, lleno de curvas, con subidas y bajadas. Cada momento representa un desafío comunicacional. El esfuerzo por moderar emocionalmente las noticias mientras se recorre el camino, hace esencialmente a la conexión empática que debe haber entre médico paciente y

médico familiar del paciente. Los vaivenes emocionales deben ser controlados para evitar subidas o bajadas abruptas en los estados de ánimos. Pero todo esto también debe ser contemplado desde la perspectiva de futuro. ¿Qué nos queda emocionalmente luego que pasa el proceso de sanación? ¿Cuáles son las secuelas emocionales? Situaciones traumáticas, donde el paciente o sus allegados sufren no solo el doloroso camino de la enfermedad física sino además el desgaste emocional, traerá como consecuencia ineludible el irreparable daño emocional, que será difícil curar con el paso del tiempo. Cada comentario, cada gesto, cada momento vivido, cada mirada cómplice, dejará sin dudas una huella en los implicados, con connotación positiva pero también pueden quedar con connotaciones negativas.

Es decir, entonces, que todo lo que sucede mientras se transita el difícil camino de la enfermedad física dejará sus consecuencias en el futuro, positivas o negativas. Por eso, el camino emocional es mucho más largo que el camino de la sanación física.

Conclusiones

Escribe Arnaldo Pangrazzi.” La actitud es el modo de situarse una persona (mediante sus actos, gestos, comportamientos o expresiones) ante un ambiente específico, un tema o un acontecimiento. Determinados estímulos producen reacciones diferentes, del mismo modo que la intensidad de las actitudes (tanto en el plano verbal como en el no verbal y en el de comportamiento varía según el individuo y la circunstancias. Las actitudes pueden sentir el influjo de las necesidades satisfechas o frustradas, de las expectativas realizadas o frustradas, de las aportaciones valoradas o ignoradas.”⁴⁴

Goleman, comenta que “Para el paciente, cualquier encuentro con una enfermera o un médico puede ser una oportunidad para obtener información, consuelo, y tranquilidad; y, si se maneja inadecuadamente, una invitación a la desesperación. Pero con demasiada frecuencia quienes se ocupan de los cuidados médicos actúan con

44 - Pangrazzi, A. “Girasoles...”, 109

precipitación o son indiferentes a la aflicción del paciente”⁴⁵

Si bien las encuestas de satisfacción que año a año se realizan a los usuarios del sistema de salud muestran que existe una muy buena aceptación respecto al tratamiento que reciben por parte de los médicos también es cierto que faltan estudios que evalúen caso a caso aspectos técnicos que se centren en la comunicación y en la generación de empatía, ya sea en una simple consulta o en un tratamiento a largo plazo con o sin internación.

Volviendo a Patch Adams, decía “Peleeamos contra el mal, peleemos contra el más terrible de todos, la indiferencia”. En el mundo moderno, el ser humano debe estar en el centro de la discusión. Y tanto el sistema educativo como el sanitario debería analizar qué lugar debería tener la atención del aspecto espiritual del paciente.

Para lograr eso es inevitable entender que las personas tienen siempre un grado de involucramiento del que no pueden escapar, porque una situación los colocó en un espacio y en un tiempo determinado, y al decir del propio Patch Adams “Todo humano tiene impacto sobre otro”, siempre; y entonces busquemos que esos impactos causen efectos positivos. Con frecuencia, las secuelas del sufrimiento se siguen manifestando tiempo después, cuando el tratamiento fue realmente traumático e incluso cuando el resultado final es el fallecimiento del paciente. Recuerdos imborrables, muchos con connotaciones negativas harán despertar señales de sufrimiento incluso años después de haber transcurrido el suceso.

Hoy, más de dos años después de finalizado este caso, los relatos del caso Josefina por parte de sus familiares dejan aflorar sentimientos como la impotencia, frustración, enojo, decepción y mucha tristeza entre otros. ¿Cuánto de todo esto se hubiese olvidado, aunque el resultado del tratamiento hubiese sido el mismo? Está claro que las relaciones no cambiarían el destino del camino, sin embargo, debemos interpelarnos y reflexionar cómo hubiesen transitado el largo periplo de la enfermedad Josefina

45 - Goleman, Daniel. “La Inteligencia...”, 198

y sus familiares, si la relación que se trabó desde el inicio hubiese sido una relación humana, basada en la empatía.

Créanme que nada hubiese cambiado, pero todo hubiese cambiado.

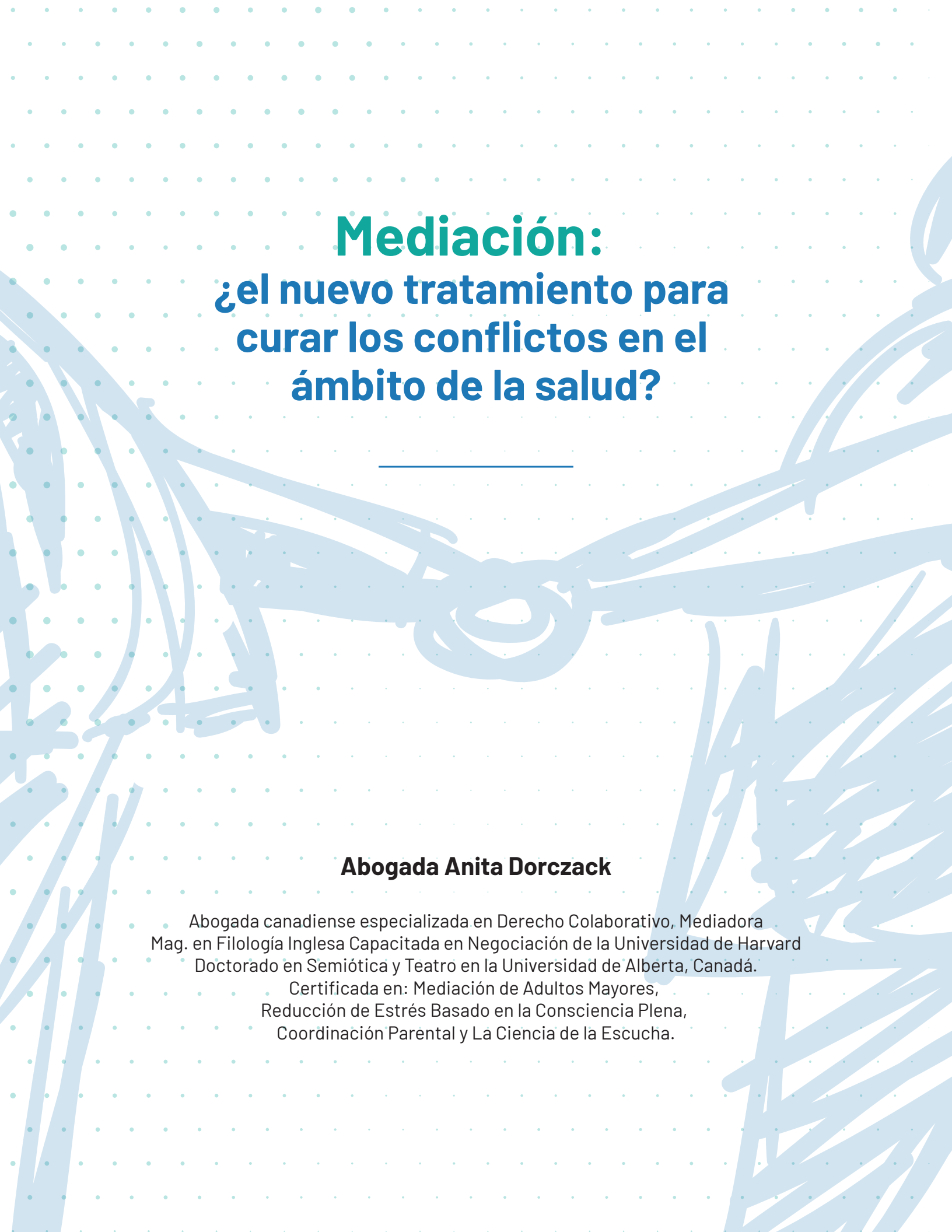
“Los medicamentos alivian el dolor, pero solo el amor puede aliviar el sufrimiento”

Patch Adams.

Bibliografía.

- Decaro J. 2013. La cara humana de la negociación. 3ra ed. Editorial Grupo magro, Uruguay. pag., 28 y 29.
- Fisher R. Ury W. 2018. ¡Si, de acuerdo! Como negociar sin ceder. 1ra ed. Editorial Penguin Random House. Buenos Aires, pág. 61.
- Goleman, D. 2008. La inteligencia Emocional. 1ra ed. Ediciones B. Buenos Aires, pág., 106, 198.
- Pangrazzi A. 2000. Girasoles Junto a sauces. 1ra ed. Editorial Sal Terrae. Santander, España, pág. 42, 43, 2109.
- Patch Adams, flims protagonizado por Robin Williams, y dirigida por Tom Shadyac, 1998.
- Ury W. 2012. ¡Supere el NO! Como negociar con personas que adoptan posiciones inflexibles. 2da ed. Editorial Gestión 2000. Barcelona, 118.





Mediación: ¿el nuevo tratamiento para curar los conflictos en el ámbito de la salud?

Abogada Anita Dorczack

Abogada canadiense especializada en Derecho Colaborativo, Mediadora
Mag. en Filología Inglesa Capacitada en Negociación de la Universidad de Harvard
Doctorado en Semiótica y Teatro en la Universidad de Alberta, Canadá.

Certificada en: Mediación de Adultos Mayores,
Reducción de Estrés Basado en la Consciencia Plena,
Coordinación Parental y La Ciencia de la Escucha.

En este artículo se describen los aspectos más significativos de la mediación y las ventajas que aporta para conseguir acuerdos fuera de los juzgados dentro del ámbito de la salud. También se presentan los modelos de mediación en salud como una oportunidad u opción para solucionar las disputas entre los usuarios, los profesionales, los centros hospitalarios y la tasa de éxito de ellos. La mediación permite resolver las controversias fuera del ámbito judicial con un tercero neutral que no decide por las partes, sino que facilita la discusión para que lleguen a su propio acuerdo. La decisión de acudir a la mediación es voluntaria y el proceso es confidencial. También se garantiza la imparcialidad y neutralidad. Las partes tienen una oportunidad de hablar de manera abierta, ofrecer una disculpa oficial y entender más cómo sucedió el error. Una de las ventajas principales de la mediación en el ámbito sanitario es que el reclamante puede escuchar una explicación de lo que ocurrió y frecuentemente este conocimiento de los detalles lo empodera para alcanzar un acuerdo.

A pesar de las mejores intenciones de proveer el auxilio a nivel profesional y responsable, desafortunadamente, los médicos, como otros profesionales en ejercicio de su profesión, de vez en cuando cometen un error. El diagnóstico a veces llega demasiado tarde, el tratamiento podía haber sido más adecuado o la cirugía no logró el resultado anticipado. En esta situación, las víctimas del error se sienten perdidas en el laberinto de opciones con una más clara que otras: el litigio. En Canadá la vía judicial es la más conocida para resolver el conflicto. Lamentablemente, el proceso se enfoca en probar o escapar la responsabilidad por el daño y ofrece una opción muy costosa y lenta para el reclamante. El resultado del proceso concluye en la declaración de la culpa o raramente la responsabilidad del médico (los estudios indican la tasa del éxito del paciente alrededor del 10%) y deja al paciente más confundido y desilusionado con el sistema y frecuentemente con la obligación de pagar los costos del proceso. La satisfacción de los pacientes con el litigio vacila del 30% al 40%. Muchos abogados creen que su rol es luchar por los derechos de sus clientes, pero la lucha sólo deja un ganador y un perdedor. La pregunta “por qué” ocurrió el error se queda sin respuesta. Tampoco las necesidades de las partes, por lo menos las dos más básicas, están satisfechas: la necesidad del médico de ofrecer una disculpa por su error y la necesidad del paciente de entender lo que pasó, ninguno de ellos, es importante notar, representa intereses monetarios.

Es fácil entender que hay demandas por un conflicto sobre deudas o la ruptura de un negocio de las relaciones mercantiles, sin embargo, en materia de la negligencia médica, mala praxis o errores aparecen otros factores que muestran que “el dinero” no es siempre la razón para instituir las demandas contra los médicos. ¿En el artículo “Why Do People Sue Doctors? A Study of Patients and Relatives Taking Legal Action” los autores presentaron los resultados de una investigación con respecto a 227 pacientes involucrados en los litigios por negligencia médica con el 70% de ellos sufriendo los daños con impactos serios sobre sus trabajos, vida social y relaciones familiares¹. La motivación para empezar el proceso judicial se concentró en el aspecto preventivo, principalmente en que los demandantes quisieron prevenir que semejante error se repitiera en el futuro, adicionalmente el deseo de recibir una explicación de por qué ocurrió el daño, la creencia de que el hospital y sus empleados deben asumir la responsabilidad por sus acciones, también compensación por el costo del tratamiento adicional en el futuro y por la pérdida de la habilidad de gozar la vida como antes (daños morales).

Los pacientes frecuentemente inician las demandas por razones diferentes a la venganza; por ejemplo, en los casos de lesiones perinatales 33% de los padres presentaron las demandas porque les aconsejaron “los terceros”, 24% porque el médico mintió, 24% por la necesidad de pago del tratamiento futuro, 20% porque nadie del hospital se encontraba dispuesto a explicar lo que sucedió exactamente y sólo 19% por el enojo y la venganza.

La falta de comunicación eficaz entre el médico y el paciente aparece como la causa principal del proceso de litigio; en cambio, los procesos de RAD invitan al dialogo entre las partes. Casi uno en cinco demandantes empezó el trámite por la falta de comunicación satisfactoria y explicación sincera de la causa del error. Por este motivo es importante tener en mente que la conducta del médico, especialmente la capacidad de escuchar y la actitud al paciente puede prevenir la demanda; por ejemplo, en “Listening and Talking to Patients: A Remedy for Mal practice Suits?” los médicos que mantuvieron la “comunicación positiva” con los pacientes (por ejemplo, el tono agradable, contacto visual con sonrisa, reconocimiento, los elogios apropiados, el toque apropiado etc.) pudieron evitar los litigios más frecuentemente que los colegas

mostrando comunicación “negativa”.

¿Qué rol, entonces, puede jugar el proceso de RAD en el ámbito de la mala praxis, los errores o la negligencia médica? Una de las respuestas viene de un simposio denominado “Evolving Medicolegal Concepts” donde el propósito era buscar una respuesta a la pregunta: “¿Por qué se necesita RAD?” y “¿Es RAD útil en el sistema de sanidad?” Sin duda, el sistema de la justicia civil es muy caro, largo y muy poco eficiente. La tasa de éxito del demandante es menos del 10%. Cuando el sistema de RAD está instalado de forma adecuada eso permite evitar el litigio, disminuir los costos y aumentar la satisfacción en ambos, los demandantes y los demandados. Una disculpa oficial pronta y una información completa aseguraron 50%-67% de éxito en evitar el proceso judicial y reducir la compensación pagada por reclamo. Los esfuerzos de mediación resultaron en 75% a 90% de litigios evitados.

En este sentido, pueden servir de ejemplo los modelos desarrollados en los Estados Unidos. El modelo más referenciado es “The Rush Model” del Chicago Rush Medical Center. Del año 1995 al 2000, 55 casos de mala praxis que resultaron en lesiones serias o muerte fueron mediados. Más del 80% de los casos mediados fueron solucionados exitosamente dentro de 1 año de la introducción de la demanda y dentro de 3 a 4 horas de mediación. Este modelo cumplió con el interés propio, necesidades emocionales y preocupaciones de los pacientes y proveedores.

La filosofía de este enfoque se puede resumir de la siguiente forma: Cuando se genera una queja o ha ocurrido un error con el paciente, el médico se comunica abierta y directamente con el paciente. Se revisa el incidente o queja a fondo/minuciosa e imparcialmente para evaluar lo que ha ocurrido, esto también presenta oportunidades para mejorar y prevenir situaciones similares en el futuro.

Cuando hay abogados involucrados se les ofrece una reunión para revisar el caso con cuidado y responder a sus preguntas, independientemente de una notificación sobre el comienzo de un proceso legal. Si se determina que la atención no ha sido razonable, se dice y se pide una disculpa, también se hace una compensación rápida y justa. Si se considera que la atención ha sido apropiada, se procede a una reunión con el

paciente y su abogado para discutir los hallazgos. Frecuentemente, los pacientes sólo quieren una explicación acerca de su atención. Se buscó aprender de la experiencia para prevenir que esto pase con otro paciente en el futuro. Los resultados fueron la disminución drástica de la cantidad de demandas de 260 (en 2001) a 100 demandas (actualmente), los gastos legales también bajaron dramáticamente, con los gastos legales promedios por caso disminuyendo más de un 50% desde 1997 y la duración de los reclamos fue dramáticamente más corta, de 20 meses (en 2001) a aproximadamente 10 meses (actualmente).

Otro ejemplo de RAD, en la Universidad de Michigan (2001) fue basado en el principio de compensación pronta y justa por la atención médica que causó un daño al paciente y su proceso extrajudicial empezado por el centro médico con un aseguramiento del apoyo para la recuperación y sanación.

Modelo de mediación PEW: fue introducido en el año 2002 y se concentra en la mejora de la comunicación entre el médico y el paciente. Este modelo recomienda aprender habilidades comunicativas, se ofrece una disculpa, entre otros. El proyecto PEW ADR previene errores similares y eventos adversos de ocurrir nuevamente. Y fomenta soluciones tanto monetarias como no monetarias. En los casos mediados las disculpas y la divulgación de información fueron elementos importantes para la resolución.⁶

Los modelos de RAD anteriormente mencionados ofrecen alternativas al litigio que promueven la comunicación abierta y la resolución rápida. Los resultados son alentadores.

El artículo titulado “Alternative Dispute Resolution in Medical Malpractice: A Survey of Emerging Trends and Practices” presenta los resultados de encuestas en el campo de resolución de disputas en la sanidad. Los autores usaron un protocolo de una entrevista preguntando a 13 administradores de los programas de resolución alternativa de disputas en el campo de la negligencia médica y preguntaron por los tipos de disputas que se resolvieron, el tipo de programa de RAD y los resultados de estos programas. Todos los encuestados se pusieron de acuerdo en que la resolución alternativa de disputas ofrece una oportunidad para aliviar las consecuencias psicológicas

y financieras de los médicos y de los pacientes involucrados en los casos de negligencia médica. Notaron también alguna resistencia a implementar los programas de la resolución alternativa de disputas: algunas razones tenían que ver con los valores y culturas de los pacientes y los médicos. Claramente los pacientes se encontraron muy concentrados en sus necesidades individuales y sus derechos, mientras tanto, los médicos se enfocaron más en la calidad de los servicios a los pacientes en general y el cumplimiento de sus obligaciones profesionales. Otra razón para la resistencia al momento de implementar estos programas tuvo que ver con la complejidad de los casos que eran muy difíciles de entender y negociar para los pacientes. Desde el punto de vista de los médicos se notó también que, en general, los médicos no sabían mucho de las prácticas de resolución alternativas de disputas y muchos de los médicos pensaban que la resolución alternativa de disputas sólo se limita a una solución o compensación pagada.

Por otro lado, también se notaron muchas oportunidades para la implementación de los programas de RAD. Lo que quedó muy claro de la investigación fue que se vio mucha reducción en el costo emocional y el costo financiero cuando los casos se resolvieron a través de RAD en lugar del litigio. Por ejemplo, en una encuesta, los abogados reportaron que para prepararse para una mediación en este campo de conflicto les tomó sólo 3.5 horas pero, preparándose para un caso similar para un juicio les tomó más de 36 horas. También los administradores de los programas notaron que se condujeron mucho mejor los factores emocionales del conflicto cuando la solución se obtuvo a través del programa de RAD. Lo más importante para los pacientes que favorecieron la mediación era la oportunidad para expresar sus preocupaciones y también ser oídos por los médicos y escuchar la explicación de parte del médico acusado. Del mismo modo, los administradores destacaron la flexibilidad de los programas de RAD, por ejemplo, en cuanto a que se podía incluir en las discusiones, no sólo los abogados y representantes del hospital, sino también miembros de la familia de las víctimas. Los autores indicaron que el propósito de este proyecto era identificar los abordajes innovadores, mejores prácticas y los procesos creativos que permitieron resolver los conflictos. Para conducir las encuestas se pusieron en contacto con varias organizaciones que utilizaban los sistemas de RAD en la sanidad en los Estados Unidos y Canadá. De 13 organizaciones encuestadas, 3 tenían su programa

dentro del hospital y 10 organizaciones contrataban consultores privados.

¿Qué tipo de disputas iniciaron los procesos de RAD? Los administradores de los programas respondieron que en 10 de las 13 las razones eran resultados médicos inesperados, 9 organizaciones reportaron que las disputas involucraron el mal tratamiento o tratamiento recomendado por el médico que causó daños a su paciente, 8 organizaciones comentaron que el enfoque de la disputa era la negligencia del médico y 6 organizaciones reportaron que se trataba de la muerte relacionada a la mala praxis.

Lo más importante en los programas administrados, según las opiniones de los administradores, era primero la intervención muy temprana, luego la difusión del enojo y la reducción de los costos. Con respecto al tipo de sistema de RAD que se utilizaba, las 13 organizaciones indicaron que el enfoque del programa era sobre el deseo del paciente de contar su propia visión de lo que ocurrió. 12 de las 13 organizaciones reportaron que los programas facilitaron una provisión de disculpas y explicación de lo que ocurrió como causa del problema. 11 de las organizaciones también respondieron que la mediación era el sistema empleado o utilizado en el programa (los otros eran conciliación, arbitraje, disculpas, etc.). La conclusión de los sistemas utilizados enfatiza la importancia de la comunicación personal y la comunicación abierta de parte de todos los involucrados en el conflicto.

Los autores quisieron también saber el resultado típico del caso y qué constituyó esta solución. 11 de las 13 organizaciones colocaron la explicación del médico como el más importante resultado del proceso RAD con el segundo siendo la disculpa de parte del médico. También se mencionaron algunas soluciones creativas, por ejemplo, el tratamiento expedito, mejoramiento de las relaciones entre pacientes y médicos, los planes de comunicación y proyectos de investigación sobre una cuestión específica.

Finalmente, con respecto a la satisfacción de los pacientes, el éxito y el tiempo tomado durante la resolución, los administradores indicaron que 10 de las 13 organizaciones presentaron datos que se resolvieron 90% de los casos con éxito. El éxito se definió cuando las partes llegaron a una resolución. Los mediadores privados indicaron que los casos enteros se cerraron de 85 a 165 días con las reuniones presenciales de uno

a tres días. Otros programas de RAD, a través de hospitales grandes, reportaron que los casos podían tomar hasta 2 años antes de llegar a un acuerdo.

¿Cuáles son los ejes temáticos que se presentan más frecuentemente en los estudios anteriormente mencionados? Hay que enfatizar el rol de la comunicación abierta y franca, el rol de la escucha, la explicación del médico y la baja efectividad de los litigios. Quedó claro que los demandantes tengan que esperar varios años, con audiencias e interrogatorios, que resultan en revivir tantas veces sus dolores y su angustia. El médico tampoco se queda satisfecho porque sufre de un importante daño moral. La relación médico-paciente es el principal aspecto crítico y la relación durante el proceso judicial se deteriora.

¿Qué camino extrajudicial ofrece el flujo de información, un fórum para la explicación de lo que ocurrió, las disculpas, el entendimiento y el fortalecimiento de la relación médico-paciente? Sin duda, con los estudios y modelos de mediación en Norteamérica, la mediación aparece como una vía que vale caminar. El camino complementario a la vía judicial, acompañado con la búsqueda de opciones de mutuo beneficio para los médicos, las instituciones y los pacientes.

Aspiro a plantear varias ventajas del proceso de mediación en el ámbito de la salud, pero primero algunas palabras del proceso de mediación. La mediación es una conversación con un tercero neutral. Hay varias escuelas de mediación, por ejemplo, la transformativa o la narrativa, pero la premisa básica es que ambas partes están negociando de manera confidencial. Este aspecto de la mediación puede ser atractiva para los médicos porque el caso se puede resolver sin daño irreparable a la reputación del médico y también permite al reclamante presentar su visión detallada del daño. La mediación es un proceso voluntario, ambas partes firman un acuerdo donde la voluntad es respetada por las partes y el mediador, pero también se incluye un párrafo diciendo que las partes están libres de terminar el proceso en cualquier momento, esto aumenta la motivación para una discusión más amplia y fructífera.

Sin embargo, las expectativas de las partes siguen los principios de buena fe, que según el programa sobre negociación de Harvard, significa que las partes sinceramente

intentan llegar a un acuerdo y respetan las reglas del proceso. El concepto viene del siglo XIX, de la ley de contratos de Estados Unidos que asegura que una parte no puede tomar ventaja injusta de la otra en la negociación mercantil. El mediador debe mantenerse neutral durante el proceso (la neutralidad del mediador es otro tema por la razón de creencias, valores y prejuicios del mediador mismo y es cuestionable si la neutralidad se puede garantizar en la actualidad). El mediador también tiene que actuar con imparcialidad dejando el resultado del proceso en las manos de las partes.

El proceso de mediación se inicia con el contrato que explica el proceso, sus características, la función del mediador, el costo y todas las partes deben firmar este contrato. La segunda etapa es el intercambio de los alegatos con los detalles de los casos, este documento debe ser escrito con el cliente para que él/ella pueda prepararse bien para el proceso. Cada uno de los abogados de las partes trata de obtener el mejor resultado para su cliente enfocándose en los mutuos beneficios. Durante la primera sesión el mediador se presenta, explica el proceso y los abogados de las partes presentan el caso de manera franca, dirigiéndose a las preocupaciones y necesidades de ambas partes. La negociación sigue en caucus (reuniones privadas de cada parte con el mediador) con el mediador actuando como el mensajero, trayendo las respuestas de una parte a la otra. Dependiendo del nivel de emoción y la complejidad de los asuntos, el mediador puede invitar a las partes a una reunión juntas o decidir aplazarlo hasta la última propuesta. Toda la información dicha en caucus se mantiene confidencial, a menos que el mediador reciba permiso de divulgarlo a la otra parte. Si el proceso finaliza con una resolución, ambas partes firman el acuerdo preparado por el mediador. (Los acuerdos se pueden convertir, por consentimiento, en una orden de jurídicamente vinculante.)

Durante el proceso de negociación las partes centran la atención en sus propios intereses, no en posiciones. Recuerdo, de cuando tomé un curso de Harvard, que este enfoque es muy especializado en lo que es fundamentalmente importante para las partes. No es tanto lo que dicen que quieren (las posiciones) sino que lo que pueda verdaderamente satisfacer sus necesidades basado en sus valores (los intereses). Toda la negociación está orientada hacia el acuerdo en el cual los intereses de las partes están satisfechos. El mediador facilita el descubrimiento de los intereses mutuos que

forman una base sobre la cual los involucrados construyen su acuerdo. Puede ser difícil creer que hace 40 años desde que William Ury y Roger Fisher escribieron “Getting to Yes”, sin embargo, a pesar de haber pasado 40 años, los principios expuestos en este libro constituyen una de las formas de negociación más conocidas en el mundo.

Según “Harvard Medical Practice Study” solo 1.53% de las víctimas de negligencia médica inicia una demanda contra el médico ¿Qué pasa con todos los casos que se quedan sin resolución? ¿Cuáles son los costos de la falta de resolución de los problemas legales?

El conflicto cuesta y el costo de la resolución no es sólo económico. En Canadá en el año 2015 se publicó un estudio “Los costos de la justicia” (Costs of Justice) en el cual se encuentran los datos del costo de los procesos de resolución, pero lo que es muy interesante son los datos de los costos de la falta de resolver las controversias. ¿Qué métodos de resolución favorecieron las personas encuestadas? Sólo el 6.7% del grupo usó los tribunales para tratar de resolver sus problemas, sólo el 13% obtuvo asesoramiento legal (el resto buscó solución en el internet o consejo de la familia). En general sólo el 54.5% pudo resolver sus problemas. ¿Qué conclusiones se presentaron en este estudio referente a los costos de no resolver las controversias? Los esfuerzos resultaron en pérdida de empleo, de mucho dinero y 46% reportó estrés y problemas de salud mental relacionados a su problema legal. También el 46% reportó la pérdida de confianza y 28% reportó la ruptura de la relación con su pareja. Los problemas emocionales afectaron a las mujeres mucho más que a los hombres. El estudio parecido en el Reino Unido “Civil and Social Justice Survey” (Reino Unido 2009) 50% de los encuestados sufrieron por lo menos una consecuencia adversa; 80% visitaron su médico general por las razones de mala salud física y 27% de los problemas de derecho civil llevaron al deterioro de la salud mental. Para comparar, en el estudio canadiense, casi 18% reportaron problemas de salud emocional, un 16% problemas de salud física y 8.5% perdieron su trabajo a causa del problema legal no resuelto.

Todos los datos de Canadá y Gran Bretaña muestran que la resolución de problemas legales tiene un impacto grave a mayor escala y muy costoso para las instituciones de la salud pública y también tiene consecuencias económicas al nivel de familias

involucradas en el conflicto.

En la realidad canadiense existe una cultura de litigio como una vía principal de resolución de disputas. En este panorama se han presentado varias desventajas de la vía judicial: un costo enorme del proceso, las demoras en llegar al juicio y el costo de los servicios de los abogados. Este proceso busca los responsables y decide la culpa. Tampoco hay una ley de mediación en todo el país, pero poco a poco se nota el movimiento de formación de una cultura en torno a la mediación. Se observa una mayor difusión de la mediación en materia de disputas familiares y mercantil.

La mediación en el ámbito de la salud ofrece una alternativa para resolver los conflictos de manera pacífica y respetuosa. Los involucrados consideran la mediación más justa y satisfactoria que otras formas de intervención más controladas. El reto consiste en el muy poco conocimiento sobre la mediación y sus beneficios entre los médicos y los pacientes. Los beneficios de la mediación referidos en los estudios de Canadá y Estados Unidos confirman muy alta satisfacción de las partes, resolución más temprana y con menos costos.

Esperamos un cambio de paradigma en abordaje de conflictos en Canadá. Los cambios recientes del procedimiento judicial en mi país instalaron la mediación (y otros métodos alternativos de resolución de conflictos) como una etapa obligatoria antes de acceder al juicio. Los abogados ahora deben enfocarse en la resolución de los problemas de sus clientes, evitar las luchas que solo dejan víctimas y evitar los juicios que son como cirugías sin anestesia. La mediación debe ser obligatoria previa a los juicios. En esta situación, encomendar la mediación temprano puede disminuir una atmosfera de hostilidad, mejorar la comunicación e iniciar la negociación. Las partes son los dueños del conflicto y ellos mismos, en el proceso de mediación, pueden construir una resolución aceptable para todas las partes, construir una solución ganar-ganar. Para responder a la pregunta del título de este artículo: ¿es la mediación un tratamiento efectivo para los conflictos en el ámbito de la salud? Tal vez no es una cura completa, pero es un tratamiento que se puede incluir en la receta médica para la prevención y la resolución de los conflictos.

Bibliografía

- Balcerzak, G. A., & Leonhardt, K.K. (2008). "Alternative Dispute Resolution in Healthcare. A Prescription for Increasing Disclosure and Improving Patient Safety". Retrieved from <https://www.psqh.com/julaug08/resolution.html>
- Binder, A, "Mediating Medical Malpractice Disputes: An Alternative to Tort Litigation". Retrieved from https://www.cfcj-fcjc.org/sites/default/files/docs/hosted/17423-mediating_malpractice.pdf.
- Lester, G. W., & Smith, S. G. (1993). "Listening and Talking to Patients. A Remedy for Malpractice Suits?". *West J Med.* 268-272.
- Localio, A. R., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., Laird, N. M., Hebert, L. E., Peterson, L. M., et al. (1991). "Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence". *New England Journal of Medicine*, 245-251.
- The Michigan Model: Medical Malpractice and Patient Safety at Michigan Medicine. (n.d.). Retrieved from <https://www.uofmhealth.org/michigan-model-medical-malpractice-and-patient-safety-umhs>.
- Sohn, D. H., & Bal, S. B. (2012). "Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution" *Clinical Orthopaedics & Related Research.* 1370-1378
- Szmania, S. J., Johnson, E.M., Mulligan, M. (2008). "Alternative Dispute Resolution in Medical Malpractice: A Survey of Emerging Trends and Practices". *Conflict Resolution Quarterly.* 71-96.
- Vincent, C., Phillips, A., & Young, M. (1994). "Why Do People Sue Doctors? A Study of Patients and Relatives Taking Legal Action". *The Lancet*, 1609-1613.

La gestión de los conflictos dentro del ámbito sanitario en el marco de la pandemia en Uruguay

Dr. Augusto Ferreira

Licenciado y Doctor en Enfermería
Decano Facultad de Ciencias de la Salud, UCU

Dra. María José Briz

Abogada - Mediadora
Doctora en Ciencias Jurídicas

Introducción

La emergencia sanitaria a nivel mundial generó una verdadera crisis que ha puesto a prueba la capacidad de respuesta de los diferentes gobiernos en cuanto a sus políticas públicas en el ámbito de la salud y la de sus sistemas sanitarios, con la adopción de medidas específicas para su control dependiendo de cada país.

La implementación y gestión de riesgos sanitarios en situación de emergencia, como en este caso, constituye un desafío para cualquier Estado y exige fortalecer la capacidad de gestionar dichos riesgos, incorporar el manejo integral de situaciones de emergencia a nivel sanitario y promover la vinculación e integración multisectorial, en todas las esferas, entre el gobierno y la sociedad en general¹

La OMS describe la gestión del riesgo como un proceso continuo en el que se desarrollan una serie de medidas como prevención, mitigación, preparación, respuesta y recuperación, basándose en seis categorías. Dentro de ellas se encuentran las políticas adoptadas, la gestión de recursos y también la planificación y coordinación de dicha gestión². Es allí donde quienes están involucrados en estas tareas se enfrentan a múltiples conflictos de toda naturaleza que tienen que ser gestionados, muchas veces, en forma inmediata. Será vital la forma en que estos se gestionen para lograr un impacto positivo.

Uno de los grandes conflictos que tiene lugar es la tensión evidente que genera la pandemia entre la protección de la salud y la de la economía, tratando de cuidar a las personas y afectando lo menos posible la actividad económica. Esto es una fuente inagotable de conflictos, ya que si la persona tiene restringida su circulación (como

1 - Ana Jorna Calixto, Pedro Véliz Martínez, María Vidal Ledoy Ana Véliz Jorna, «Gestión de los riesgos sanitarios en el enfrentamiento a la covid-19 en Cuba», Revista Cubana Salud Pública [online], vol. 46, supl.1, 2020, s/p. Epub 20-Nov-2020. ISSN 0864-3466. Recuperado el 10 de mayo de 2021 de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500008&lng=es&nrm=iso>.

2 - OMS. Recuperado el 11 de mayo de 2021 de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/coronavirus-disease-answers?gclid=Cj0KCQjwsqmEBhDiARIsANV8H3YJRFupROGY54jmJ93H-QZ2ZigPByRbmY_5ArOzE11XRyepLo80cljsoaAosbEALw_wcB&query=gesti%20n+de+riesgos&referrerPageUrl=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fes%2Femergencias%2Fdiseases%2Fnovel-coronavirus-2019%2Fcoronavirus-disease-answers>.

una de las tantas medidas que se pueden adoptar en el marco de la prevención), en muchos casos, no puede trabajar. Esto hace que no tenga los ingresos suficientes para poder mantenerse y el Estado deberá generar subsidios³. Son muchos los sectores que se encuentran en esta situación, lo que enfrenta al Estado a un conflicto de recursos, puesto que el dinero con el que cuenta es limitado y no puede subsidiar a todos aquellos que se ven afectados por la pandemia.

A nivel social, dada la situación de crisis sanitaria, se han modificado los programas habituales de funcionamiento y se variaron las formas en que se regulan ciertas actividades, lo que genera numerosos conflictos, desconcierto y decepción en buena parte de la sociedad. En este sentido, el gran desafío que tienen quienes gestionan esta situación es cómo hacer recomendaciones en el marco del manejo de la pandemia, considerando las posibilidades de todos quienes componen el sistema social desde sus diferentes roles, con el objetivo de hacer probable lo improbable.

Es evidente que el esfuerzo que se tiene que hacer por parte de los equipos de gestión para poder abordar los conflictos que toda esta situación genera es enorme. Dicha gestión implica trabajos en diferentes ámbitos y un necesario abordaje multidisciplinario. En nuestro país, desde el comienzo de la pandemia, el gobierno ha trabajado en forma conjunta con investigadores que asesoran con rigor científico en la toma de decisiones (Grupo Asesor Científico Honorario, GACH). A nivel del Ministerio de Salud Pública (MSP) se conformó, desde los primeros días, un comité de gestión de crisis, mediante la ordenanza 230/2020⁴. Se reguló la restricción de movilidad (por ejemplo, se aprobó la ley de prohibición de aglomeraciones, Ley 19.932⁵), se ha implementado un necesario control de comunicación en la prensa para manejar el nivel de alarma social a través de una presencia muy activa de los referentes del tema en

3 - Liliana Chicaíza Becerra, Mario García Molina e Iván Leonardo Urrea, «¿Economía o salud? Un análisis global de la pandemia de covid-19», *Revista de Economía Institucional*, vol. 23(44), 2020, p. 182.
<<https://doi.org/10.18601/01245996.v23n44.08>>

4 - MSP, Ordenanza 230/2020. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-230020-crease-comite-expertos-cientificos-gestion-crisis>>. Recuperado el 10 de mayo de 2021.

5 - Ley 19.932. Disponible en: <http://impo.com.uy/bases/leyes-originales/19932-2020#:~:text=Susp%C3%A9ndense%20las%20aglomeraciones%20de%20personas,no%20se%20respete%20las%20medidas>>. Recuperado el 10 de mayo de 2021.

todos los medios, se realiza un diagnóstico permanente de la situación, entre otros aspectos del abordaje.

Los conflictos que se presentan en el ámbito sanitario en el marco de la pandemia

Los conflictos que se manejan en este ámbito son de diferente índole y características. Por un lado, están los conflictos entre los pacientes y los prestadores de salud. Si son pacientes que están cursando la enfermedad, una parte de los conflictos planteados, en general, tiene que ver con las demoras en la toma y entrega de resultados de hisopados del paciente y, luego, de su núcleo familiar, y con la falta de seguimiento del paciente desde su prestador de salud.

También se plantean conflictos en el ámbito sanitario con los pacientes que no están cursando la enfermedad, pero necesitan asistencia de otro tipo de su prestador de salud. En algunas ocasiones se trata de urgencias y, en otras, de controles de prevención que es necesario realizar, pero que los prestadores no tienen capacidad de atender, porque tienen buena parte de los recursos destinados a las situaciones generadas por la pandemia.

La OPS concluyó, a través de una investigación realizada en 158 países, que la pandemia ha generado «una interrupción de los servicios de salud de rutina» y que «constituye una amenaza para la salud de las personas que viven con enfermedades crónicas»⁶. Como resultado de esta misma investigación se afirma que los servicios ambulatorios se han visto parcialmente afectados. En la mayoría de los países existió reasignación de personal de otras áreas para generar mayor respuesta a la atención de la pandemia, así como se vieron afectados los programas públicos de control de prevención de enfermedades.

6 - OPS, «Lacovid-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas», 17/06/2020. Recuperado el 10 de mayo de 2021 de: <<https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>>.

Aquí también se presentan conflictos entre los prestadores y sus familias, ya que cuando un paciente se debe internar por cualquier motivo que no implique un aislamiento forzoso, la posibilidad de que la familia pueda acompañarlo es muy limitada porque el funcionamiento de la institución está condicionado a los parámetros de prevención que este virus exige. Se llega a no permitir, en la mayoría de los prestadores, la circulación de personas que no sean las que están recibiendo asistencia.

Por otro lado, están los conflictos dentro de los equipos de salud. En este ámbito, estos son variados, ya que el personal trabaja bajo tensión y también muchos de ellos se encuentran cursando la enfermedad o aislados, por lo que existe una evidente sobrecarga de tareas sobre quienes están ejerciendo su labor, ya sean médicos, licenciados y auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio y de tisanería, administrativos, etc. Esto ha llevado a que se realicen investigaciones sobre los posibles riesgos psicosociales que esta crisis puede generar a mediano y largo plazo en quienes se encuentran hoy en la primera línea de batalla frente al virus y sobre su incidencia directa en la satisfacción laboral de estas personas⁷.

La gestión constructiva de conflictos en el ámbito de la salud debe tener como objetivo legitimar ante la sociedad al organismo que la lleva adelante, presentándolo de tal manera que ejerza autoridad y genere confianza frente a la situación de incertidumbre, ya sea a través del manejo o de la realización de protocolos de prevención de problemas a corto, mediano y largo plazo. Este hecho evita el conflicto que se genera por una pérdida de confianza, pues debe haber una congruencia entre el discurso y las acciones.

Es necesario, tal como afirma Cabás, para poder gestionar en forma constructiva en el ámbito sanitario los múltiples conflictos que se presentan, tener un plan de comunicación con dimensiones claras⁸ que son las siguientes:

7 - Elena Sureda, Javier Mancho y Alberto Sesé, «Factores de riesgo psicosocial, conflicto organizacional y satisfacción laboral: Un modelo de ecuaciones estructurales», *Anales de Psicología*, vol. 35(1), 2018, pp. 106–115.<<https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.297711>>.

8 - Pablo Cabás, «Gestión de la comunicación de crisis de la covid-19 en la isla de Tierra del Fuego AIAS, Argentina». *ComHumanitas: Revista Científica de Comunicación*, 11(3), 2020, p. 104. Recuperado el 13 de mayo de 2021 de: <<https://www.comhumanitas.org/index.php/comhumanitas/article/view/263>>.

Liderazgo político.

En los períodos de crisis, los liderazgos son vitales para que los responsables puedan estar legitimados en su rol y generar autoridad frente a quienes lideran. La opinión pública se centra en el comportamiento de los líderes políticos; es a ellos a quienes demanda las respuestas día a día en cuanto a las resoluciones que se van tomando y la forma de gestionar los conflictos que se presentan.

Recursos de autoridad.

Según Cabás⁹, citado anteriormente, cuanto más presencia tengan los líderes, mayor confianza general tendrán a nivel de la sociedad, sin llegar a generar un liderazgo oportunista (que es el de aquellos líderes que aprovechan la oportunidad de crisis para ganar cuotas de poder, generar arbitrariedad y obtener un manejo discrecional del poder). Esa presencia mencionada por el autor debe ser materializada por voceros confiables a nivel social, que, como él también menciona, está probado a nivel internacional que son los científicos, las autoridades y los profesionales sanitarios.¹⁰

Discurso pedagógico incremental.

La comunicación, para no generar conflictos a nivel social, tiene que tener una finalidad pedagógica, es decir, el ciudadano debe aprender sobre su autocuidado (protocolo sanitario) y las acciones a seguir en determinados ámbitos a través de las comunicaciones gubernamentales, como conferencias de prensa, campañas de difusión sobre prevención (como las que realiza el Sistema Nacional de Emergencias, SINAE, en nuestro país), herramientas creadas para el servicio público (como la app CoronavirusUY).

A nivel de los conflictos internos dentro de las propias instituciones de salud se en-

9 - Cabás, «Gestión...», p. 105.

10 - Richard Edelman, «Special Report: Brand trust and the coronavirus pandemics», en Edelman.com [sitio web], 30 de marzo de 2020, p.19. Recuperado el 10 de mayo de 2021 de: <<https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2020-03/2020%20Edelman%20Trust%20Barometer%20Brands%20and%20the%20Coronavirus.pdf>>.

tiende que quienes los gestionan deben potenciar las competencias sociocognitivas de la escucha activa, la asertividad, la empatía, el razonamiento crítico y el pensamiento creativo que este tipo de situaciones requieren.

Discurso técnico.

Si bien el discurso debe tener una finalidad pedagógica, tal como afirmábamos en el apartado anterior, su tecnicismo tiene que ser limitado, ya que, de lo contrario, podría no comprenderse, lo que no incentivará a los individuos a cumplir con el fin perseguido. Esto generaría conflictos por el no cumplimiento de los protocolos o por un accionar contrario al esperado.

El discurso debe tener una lógica inclusiva y hacer que el individuo se sienta parte de la solución, generando valores de consenso, lo que evita conflictos y colabora notoriamente en la misión de control de la crisis (como los ya conocidos hashtag «me quedo en casa», «yo me vacuno», entre otros).

Construcción de consensos.

Siguiendo a Cabás¹¹, es fundamental para la gestión de conflictos en el marco de una crisis o para la prevención de estos que exista un consenso en la mayoría de la población sobre las políticas adoptadas por el gobierno para gestionar la crisis. Esto genera un proceso de certidumbre dentro de la gran incertidumbre que produce la situación de una pandemia a nivel social.

Atribución de responsabilidad.

Es importante que socialmente esté clara la responsabilidad de cada actor en la toma de decisiones y la responsabilidad que tiene el ciudadano en ese proceso, sin atribuciones de culpabilidad, porque esto genera conflictos constantes que deben gestionarse para que no escalen y no perder el eje del principal objetivo, que es la gestión de la crisis sanitaria.

11 - Cabás, «Gestión...», p. 106.

El vínculo médico – paciente en esta realidad

Los conflictos que se presentan en la relación médico – paciente tienen la característica de ser asimétricos porque existe una evidente superioridad jerárquica por parte del médico en cuanto a sus saberes, lenguaje y poder. El vínculo entre estas dos partes tiene una tradición paternalista en la que el médico hace recomendaciones y el paciente las acepta sin cuestionamientos¹². Esto ha generado numerosas causas judiciales en las que el centro de la gestión del conflicto es la adecuación de la calidad del ejercicio profesional por parte del médico y, de generarse un daño indebido, si este fue negligente o doloso.

Los diferentes cambios sociales han generado el apartamiento de ese rol paternalista en un proceso de obtención de autonomía por parte del paciente debido, especialmente, al desarrollo de la tecnología y al acceso de las personas a información de toda índole.

Por otro lado, los modos de comunicación entre estas partes han cambiado. Se pasó del sistema tradicional del pedido de hora de consulta a nuevas prácticas como el uso del WhatsApp para comunicarse, la telemedicina, la historia clínica electrónica, entre otros recursos. La pandemia aceleró este proceso y todas estas prácticas han estado presentes en las políticas de los diferentes gobiernos a la hora de evitar la circulación de la población. Esto ha generado nuevos conflictos en el marco de estas modernas formas de comunicación del médico con su paciente; se ha implantado un nuevo paradigma y se generan conflictos con menor grado de asimetría, ya que, por un lado, tenemos a un médico con sus saberes, pero, por el otro lado, tenemos al paciente con acceso a la información que estime pertinente y a todos los medios para chequear las recomendaciones que el médico le pueda llegar a realizar.

Los conflictos por falta de comunicación o por una mala comunicación son situa-

12 - Mónica Petracci y MilcaCuberli, «eHealth y pandemia covid-19: nuevos tiempos para las relaciones entre médicos y pacientes», Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación, 145 (1),2020, p. 283. <<https://doi.org/10.16921/chasqui.v1i145.4362>>.

ciones que cada día se presentan más en el ámbito sanitario ya que la intensidad e inmediatez en el contacto entre estas dos partes se han potenciado.

Otro conflicto, que parece relevante analizar, es el que se presenta entre el cuidado del paciente y el autocuidado del trabajador que está en la primera línea de atención. Por una parte, el paciente tiene que tener garantido que no será abandonado y se respetarán su dignidad y derechos a través de un cuidado personalizado y humanizado, recibiendo los cuidados que precise por mayor saturación que exista en el sistema sanitario. Por la otra, los trabajadores sanitarios tienen derecho a su autocuidado en un contexto como el actual, de máxima exigencia profesional, que tiene incluido el derecho al descanso físico y moral, así como al apoyo ético y emocional por parte de la institución¹³.

Conclusiones

La gestión constructiva de conflictos en el marco de la pandemia reviste una vital importancia, ya que de ella depende la calidad de vida de todos los integrantes de la sociedad.

No es posible, en medio de la crisis y ante una situación sanitaria global imprevisible, decir cuál sería la mejor forma de gestionar los conflictos que se presentan, pero lo que sí se puede concluir es que la buena calidad de la comunicación es clave para prevenirlos e incluso, cuando ya existen, para poder gestionarlos.

La pandemia ha instalado un nuevo paradigma en la relación entre las partes de un conflicto sanitario, ya sea este paciente – profesionales de la salud o paciente – prestador de salud.

Por otro lado, también ha instaurado una nueva forma de gestionar los conflictos con un abordaje necesariamente interdisciplinario. Es ineludible que profesionales

13 - Vicente Bellver Capella, «Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del covid-19», *Index de Enfermería*, 29(1-2), 2020, s/p. Epub 19-Oct-2020. ISSN 1699-5988. Recuperado el 10 de mayo de 2021 de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011&lng=es&tlng=es>.

de diferentes disciplinas logren abordar los conflictos en forma conjunta para lograr soluciones integrales a los problemas planteados. Es importante aclarar que un abordaje interdisciplinario no implica solo que intervengan personas de distintas especialidades, ya que con dicha modalidad lo que se genera es una interespecialidad. La interdisciplinariedad implica que puedan generarse abordajes en los que profesionales especializados en diferentes temas puedan trabajar en forma conjunta asumiendo, en primer lugar, la complejidad de la realidad en la que están inmersos, para generar una línea de trabajo en la que las divergencias que puedan surgir entre las diversas disciplinas se gestionen y logren un consenso que tenga como centro el cuidado de la persona.

Bibliografía

- Bellver Capela, Vicente. «Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del covid-19», *Index de Enfermería*, 29 (1-2), 2020, pp. 46-50. Epub 19-Oct-2020. ISSN 1699-5988. Recuperado el 10 de mayo de 2021 de: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011&lng=es&tlng=es>.
- Cabás, Pablo. «Gestión de la comunicación de crisis de la covid-19 en la isla de Tierra del Fuego, Argentina». *ComHumanitas: Revista Científica de Comunicación*, 11(3), 2021, pp. 96-125. Recuperado el 13 de mayo de 2021 de:<<https://www.comhumanitas.org/index.php/comhumanitas/article/view/263>>.
- Chicaíza Becerra, Liliana; García Molina, Mario y Leonardo Urrea, Iván. «¿Economía o salud? Un análisis global de la pandemia de covid-19», *Revista de Economía Institucional*, vol.23 (44), 2020,pp. 171-194. <<https://doi.org/10.18601/01245996.v23n44.08>>.
- Edelman, Richard. «Special Report: Brand trust and the coronavirus pandemics», enEdelman.com[sitio web], 30 de marzo de 2020, p. 19. Recuperado el 10 de mayo de 2021 de: <<https://www.edelman.com/sites/g/files/aatuss191/files/2020-03/2020%20Edelman%20Trust%20Barometer%20Brands%20and%20the%20Coronavirus.pdf>>.
- Jorna Calixto, Ana; Véliz Martínez, Pedro; Vidal Ledo, María y Véliz Jorna, Ana. «Gestión de los riesgos sanitarios en el enfrentamiento a la covid-19 en Cuba», *Revista Cubana*

Salud Pública [online], vol. 46, supl. 1, 2020. Epub 20-Nov- 2020. ISSN0864-3466. Recuperado el 10 de mayo de 2021 de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000500008&lng=es&nrm=iso>.

- Ley 19.932. Disponible en: <http://impo.com.uy/bases/leyes-originales/19932-2020#:~:text=Susp%C3%A9ndense%20las%20aglomeraciones%20de%20personas,no%20se%20respeten%20las%20medidas>>. Recuperado el 10 de mayo de 2021.
- MSP. Ordenanza 230/2020. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-230020-crease-comite-expertos-cientificos-gestion-cri-sis>>. Recuperado el 10 de mayo de 2021.
- OMS. Recuperado el 11 de mayo de 2021 de: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/coronavirus-disease-answers?gclid=Cj0KCQjwsqmEBhDiARIsAN-V8H3YJRFupROGY54jmJ93HQ2ZigPByRbmY_5ArOzE11XRycpLo80cljsoaAosbEALw_wc-B&query=gestion+de+riesgos&referrerPageUrl=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fes%2Femergencias%2Fdiseases%2Fnovel-coronavirus-2019%2Fcoronavirus-disease-answers>.
- OPS. «La covid-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas», 17/06/2020. Recuperado el 10/05/2021 de: <<https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>>.
- Petracci, Mónica y Cuberli, Milca. «eHealth y pandemia covid-19: nuevos tiempos para las relaciones entre médicos y pacientes», Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación, 145 (1),2020,pp. 281–295. <<https://doi.org/10.16921/chasqui.v1i145.4362>>.
- Sureda, Elena; Mancho, Javier y Sesé, Alberto. «Factores de riesgo psicosocial, conflicto organizacional y satisfacción laboral: Un modelo de ecuaciones estructurales», Anales de Psicología, vol. 35 (1), 2018, pp. 106–115. <<https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.297711>>.



Mediación en Salud

Aportes a la Disminución de la Litigiosidad y la Mejora de la Calidad de Vida

Dra. Alicia Gallardo - Dra. Marisa Siboldi

Introducción

Mucho se ha hablado ya sobre el conflicto: que es parte de la vida y se da cotidianamente en distintos ámbitos; que presenta matices que van desde un simple intercambio de opiniones a controversias aparentemente inconciliables y hasta incluso beligerantes; que cada disciplina intenta analizarlos y clasificarlos objetivamente pero que, en definitiva, el componente subjetivo termina siendo siempre el más relevante. Claramente es un tema de interés para el conjunto de la sociedad, que en períodos de crisis y cambios profundos de modelos como el que atraviesa la comunidad global actualmente, cobra aún mayor relevancia.

Advertido su alcance y complejidad, sabemos sin embargo que, no en todos los casos el conflicto es algo malo o produce consecuencias negativas, muchas veces muestra oportunidades de reflexión, de cambio y mejora. Desde esa perspectiva, es de gran importancia contar con herramientas que nos permitan decidir de qué manera elegimos gestionarlo.

La complejidad que mencionamos antes puede acentuarse en algunos ámbitos por la propia naturaleza de los intereses y necesidades involucrados. Tal es el caso de los conflictos que se producen en el ámbito de la salud.

Cambios de paradigmas en la relación médico paciente; la globalización de cadenas de suministro y mayor acceso a la información; en muchos países, un contexto de fragmentación económica y prestacional del sistema sanitario; la incorporación de innovación tecnológica; nuevas percepciones de bienestar; marcos regulatorios poco claros; impactos ambientales y sociales que afectan la calidad de vida; nuevas enfermedades y epidemias, que se expanden en tiempo récord; son sólo algunos de los elementos que disparan a diario incontables conflictos en salud.

La judicialización ha sido y es aún hoy, la vía más utilizada para la resolución de la mayoría de estos conflictos. Sin embargo, más allá de las buenas intenciones y de la preocupación de muchos jueces por mejorar la eficiencia y eficacia en los procesos, las soluciones que suelen brindar los sistemas judiciales – por cierto, válidas y ajus-

tadas a derecho- generalmente llegan luego de largos y costosos juicios, que no siempre complacen a las partes y que muchas veces deterioran aún más la ya erosionada relación.

Las decisiones judiciales, garantizan el imperio de la Ley, pero como ya mencionamos, a menudo no logran satisfacer los reales intereses en juego, y es entonces cuando el conflicto resurge y/o impacta en otros actores, directa o indirectamente relacionados. Gestionar estos conflictos de forma proactiva y con herramientas adecuadas a su particular contexto, permite reducir el riesgo de impactos negativos en beneficio de ambas partes y del propio sistema, mejorando la forma que vivimos y acercándonos a un modelo de desarrollo más sustentable de las comunidades.

Mediadores en salud

Sin menoscabar la importancia de la intervención judicial y reconociendo que en muchas oportunidades resulta la única alternativa posible, debe destacarse la efectividad de otros instrumentos existentes.

Sencillos, eficientes y menos costosos, los métodos participativos de prevención y gestión de conflictos constituyen herramientas de trabajo colaborativo entre los involucrados, capaces de facilitar la elaboración de acuerdos duraderos, sin perjudicar la relación entre las partes.

Entre estos métodos, la mediación es reconocida desde hace ya largo tiempo como un instrumento clave en el tratamiento de la conflictiva que se produce en el ámbito sanitario, por su contribución a morigerar aspectos negativos en la dinámica relacional entre los distintos actores involucrados en la actividad prestacional.

En este sentido es sabido que la intervención de un tercero neutral experto en prevención y gestión de conflictos facilita la comunicación y mejora las probabilidades de alcanzar acuerdos; sin embargo si estos expertos además cuentan con información del sector salud, se especializan en la temática de fondo, conocen riesgos y oportunidades y son capaces de aportar a la negociación una visión transversal y holística,

mejoran las probabilidades de arribar a acuerdos satisfactorios, ocasionando menores costos vinculares y económicos.

Una de las causas más frecuentes de demandas judiciales por mala praxis médica, se relaciona con problemas en la comunicación y falta de información entre las partes. La mencionada dificultad en el dialogo y/o entendimiento, es consecuencia de un sinnúmero de razones culturales, familiares, económicas y profesionales; pero también de miedos, prejuicios y presiones propios de un sector en el que la vida y la salud de las personas son en el eje central y que, sumados a los motivos mencionados, dificultan la escucha activa y una conversación fluida, haciendo indispensable la participación de un profesional especializado.

Unidades de Mediación Sanitaria

La complejidad propia de la gestión dentro de las organizaciones de salud, genera también múltiples controversias que al escalar afectan no sólo la gestión y a las personas directamente involucradas, sino también a otras tantas partes interesadas que involuntariamente sufren los efectos de estos conflictos.

Es necesario entonces realizar un diagnóstico que permita determinar: costos; la existencia de modalidades de colaboración y resolución; la solidez de los mecanismos de prevención y los impactos no deseados.

Aparece entonces la figura de las Unidades de Mediación Sanitaria como herramienta colaborativa para la prevención y la resolución de conflictos e instrumento capaz de aportar respaldo y tranquilidad a todas las partes interesadas, ahorrando tiempo y dinero.

Los beneficios de modelos colaborativos de gestión y resolución de conflictos en el ámbito de la salud, se traducen, en definitiva, en la afirmación de las relaciones a largo plazo y la seguridad de que la misión de la organización estará cumplida.

Una mirada holística

La mediación en salud comprende un sinnúmero de controversias que exceden lo estrictamente prestacional y que se dan en un contexto de riesgos en muchos casos desconocidos y en un mundo cambiante e incierto, que requiere de abordajes integrales. Resulta irrefutable el impacto de factores ambientales, económicos y sociales sobre la salud de las personas, al mismo tiempo que resultan evidentes las consecuencias sociales y económicas que producen las enfermedades y/o la ausencia de bienestar en la población; en este marco, es necesario entonces realizar esfuerzos conjuntos, propiciar el diálogo multisectorial y la colaboración constructiva, así como contar con una mirada sistémica, que nos permita comprender la real dimensión de los conflictos relacionados con la salud.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, suscripta por 193 países en el ámbito de Naciones Unidas, refleja precisamente esta vinculación, así como la necesidad de un tratamiento holístico de problemáticas en apariencia inconexas. Tal es la trascendencia de esta interpretación, que ha sido recogida por la propia Organización Mundial de la Salud.

En concordancia con esta visión estratégica consolidada en el escenario internacional, la mediación en salud, como metodología y proceso colaborativo liderado por especialistas, ofrece esencialmente una mirada integradora, sistémica y transversal que facilita el diálogo pacífico, la generación de opciones innovadoras y el mejoramiento en la calidad de vida de las personas.

En medio de la pandemia de Covid 19 la incertidumbre respecto de roles, objetivos, prestaciones mínimas y contextos adecuados no ha hecho más que acrecentarse. Es de esperar que el número de conflictos crezca en diversas áreas, pero en especial en aspectos relacionados con la salud de las personas y sus determinantes. Es probable que se requieran modificaciones normativas y políticas públicas más acordes a la nueva realidad, pero fundamentalmente es imprescindible que encontremos mecanismos y herramientas capaces de construir lazos de confianza, facilitar el arribo a soluciones negociadas y sobre todo que ello se logre con cierta agilidad.

La mediación se presenta entonces como alternativa flexible, constructiva y benéfica muy especialmente en esta coyuntura. Entendemos sin embargo que, es necesario ser claros respecto de la importancia de contar con profesionales expertos para mediar en conflictos relacionados con el sector salud; especialistas que conozcan la temática de fondo, compleja y en constante evolución y que al mismo tiempo sean capaces de aportar a la negociación una visión transversal y holística enmarcando el proceso en el contexto de la Agenda 2030 de desarrollo sostenible.

Brindaremos de este modo, mayores oportunidades de negociación, mejores resultados y habremos aprendido algo de esta crisis: no es posible analizar los problemas como compartimentos estancos, los grandes temas que nos preocupan están interrelacionados, siempre lo han estado hoy ha quedado en evidencia y debemos incorporar ese aprendizaje si queremos acuerdos duraderos.

Algunas Conclusiones

Contar con un profesional o profesionales especializados y/o con unidades de mediación sanitaria, que dispongan de herramientas comunicacionales y de negociación adecuadas para el sector, permite entender la dinámica de conflictos de la organización, facilita la comunicación entre las partes y contribuye al logro de mejores resultados para todas las partes interesadas.

La mediación, entonces, no sólo es una herramienta útil para la resolución de conflictos mediante la búsqueda de intereses comunes y acuerdos satisfactorios y duraderos; sino que, además, es un instrumento capaz de crear una dinámica relacional no confrontativa en las organizaciones y desarrollar una cultura del respeto y cooperación entre estas, las personas y la sociedad, en beneficio del Sistema de Salud y la comunidad en su conjunto.

El acceso universal a la salud es uno de los desafíos que han planteado los países para el 2030, conscientes de la complejidad y la correspondencia de este objetivo con otros factores igualmente importantes como el hambre, la pobreza, el trabajo, la educación

y la protección del ambiente, por mencionar algunos; las prioridades son difíciles de establecer, pero sin dudas requieren de un contexto que promueva sociedades pacífica, justas e inclusivas en el que las organizaciones de la sociedad civil, empresas y gobiernos trabajen de manera coordinada y colaborativa.

La mediación en salud entonces ofrece una alternativa invaluable para el sistema de salud y la sociedad en general, aportando instancias de negociación y diálogo constructivo en un contexto global que definitivamente requiere de ellos para un desarrollo más sustentable.

Bibliografía

- Caivano – Gobbi – Padilla “Negociación y Mediación”. Buenos Aires-Argentina, Editorial AD-HOC junio 1997
- Gallardo Alicia – Siboldi Marisa. “Métodos Participativos de Prevención y Gestión de Conflictos” Tratado de Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires. Argentina. La Ley. Ed. 2014.
- Tobar Federico. “Políticas de Salud: Conceptos y Herramientas” Tratado de Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires. Argentina. La Ley. ed.2014
- Plan de Acción Mundial a favor de una vida saludable y bienestar para todos. OMS 2018.
- <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>



La Mediación en Salud en cataluña. Un objetivo y realidad a nuestro alcance.

El papel de la Sociedad Catalana de Mediación en Salud.

Dr. Carles García Roqueta

Abogado, árbitro, mediador.

Profesor asociado de la Universidad de Barcelona y profesor colaborador
de la UOC Presidente de la Societat Catalana de Mediació en Salut.

Diputado de Junta de Gobierno del Ilustre Colegio de la Abogacía de Barcelona.

Presidente de la Sección de Derecho de consumo del Ilustre Colegio de la
Abogacía de Barcelona.

Introducción

Quisiera dar comienzo a este escrito con dos expresiones: evolución y normalización, expresiones ambas que me inspiran a seguir trabajando en una materia tan amable y atractiva como es la mediación en salud, máxime representando a la Sociedad Catalana de Mediación en Salud en adelante SCMS, de la que tomé haré 5 años su presidencia asumiendo el relevo de Francesc José María¹, un reconocido jurista experto en mundo sanitario español y uno de los mediadores naturales de quien más he aprendido en esta materia. Este nos recuerda una realidad cuando nos dice que:

“Las organizaciones sanitarias maduras, dentro de su sistema de calidad, deberían prever cómo afrontar la gestión de conflictos sean del tipo que sean, es decir relacionales, de intereses o bien estructurales, adoptando medidas para la implantación de instrumentos para la resolución alternativa de conflictos, entre los que destaca la mediación.”

Cuando hablo de evolución, quiero referirme al avance experimentado por la mediación en los últimos años, en que ha pasado de ser una disciplina prácticamente desconocida a formar parte de los estándares de calidad necesarios para la acreditación de hospitales de agudos. En paralelo a ese avance, cada vez son más los profesionales que se forman en la materia, tanto del ámbito del derecho como de otros campos profesionales.

En cuanto a su normalización, es más una aspiración que una realidad. Hoy por hoy, la mediación no está aún implantada ni a nivel social, ni institucional en la medida en que deseable, pero todo se andará. Y no me refiero únicamente a la mediación sanitaria, pues ocurre en cualquiera de los ámbitos en los que la mediación desempeña su función. Sí he de reconocer que estamos en mejoras constantes, pues cualquier ley o norma que se precie incorpora ya artículos de mediación y desde hace relativamente poco tenemos con nosotros el Anteproyecto de Ley de Medidas de eficiencia procesal del servicio público de Justicia, del que he tenido la posibilidad de realizar propuestas

1 - Actualmente, Francesc José María ostenta el cargo de presidente de Honor de la SCMS. Es al mismo tiempo miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Juristas de la salud y del Comité de Ética de los Servicios Sanitarios de Cataluña.

de enmiendas a través del Ilustre Colegio de la Abogacía de Barcelona, el Grupo Europeo de Magistrados por la Mediación (GEMME) y desde la SCMS, entidades todas ellas, que son referentes en la materia que estamos tratando.

De hecho, la mayoría de la gente cree que la mediación es algo relativamente reciente, como si viniera de los años 50 o 60 del pasado siglo, pero no es realmente así. La mediación existe desde hace cientos de años, ejemplos de ello son, entre otros, los Fueros Avilés del 1076 (2012) donde se habla del medianero, en el Antiguo y Nuevo Testamento también encontramos reseñas (San Pablo 1 Tim 2'5), como también vemos referencias en el Libro del Quijote que tiene más de 400 años, donde aparecen concretamente los medianeros tanto en el capítulo 46 del libro primero, como el 26 del libro segundo. No quisiera dejar de indicar que el primer libro jurídico que menciona la mediación lo tenemos por parte del autor Johann Wolfgang Textor, prestigioso jurista, profesor y escritor publica Synopsis Juris Gentium 1680². Se trata de un manual que, en su época, fue pionero en el Derecho Internacional para citar la mediación, de forma expresa, como uno de los métodos para tratar de resolver los conflictos que surgían entre las Naciones.

La Sociedad Catalana de Mediación en Salud (SCMS)

La SCMS nace en el 2010-2011 y se constituye en el 2012, como una asociación sin ánimo de lucro que será y es, aún hoy en día, totalmente independiente de la administración para ser reconocida, en su momento, como una experiencia innovadora única en el mundo. La sociedad civil del ámbito de la salud se organiza para promover la solución alternativa de conflictos. ¿Su objetivo? Introducir el valor de la cultura de la paz y el diálogo en el Sistema de Salud Público y Privado, sin distinción.

La razón de ser de la SCMS, en gran parte viene justificada por el Libro Blanco de la Mediación en Cataluña³, así como sus recomendaciones. Es aquí donde profesionales

2 - Textor, J.-W. (1916). Synopsis juris Gentium 1680. Carnegie Institution.

3 - VVAA. (2008). Libro Blanco de la Mediación en Cataluña. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.

convencidos del mundo de la salud y defensores del dialogo y la pacificación de los conflictos, valoran poner en marcha este proyecto para dar respuesta a la necesidad existente en esta materia en las organizaciones. En el Libro Blanco, y concretamente su apartado de la Salud, se concluye que los conflictos que pueden ser asumidos por la mediación son los que atañen a profesionales y usuarios y también a los que afectan a los profesionales entre sí. Se reconoce que la mediación en salud está poco implementada a excepción de la denominada mediación intercultural, y también, que existe una gran necesidad de acciones formativas, de sensibilización, prevención y de gestión dirigidas a la cultura de la paz y el diálogo. Otra referencia destacable es que esta implantación o implementación de la mediación dependerá también de que exista un apoyo y voluntad institucional, algo que aún queda lejos. Esa ausencia de compromiso por parte las organizaciones se traducen en una falta de sistematización de los procesos que se han llevado a cabo hasta el momento.

Así, siguiendo las recomendaciones del citado Libro Blanco (VVAA, 2008), los primeros pasos de la SCMS se centraron en potenciar la prevención, la educación y la resolución de los conflictos dentro de un marco y cultura de la paz. A continuación, en incentivar la investigación con la finalidad de crear y validar modelos de mediación que tendrán que ser útiles y cercanos a los usuarios y a los pacientes, así como a las organizaciones sanitarias y sus profesionales. En crear, después, estructuras para la implantación de la mediación en los centros sanitarios o en aquellos que den un servicio externo siendo en este punto concreto, donde la SCMS vio la oportunidad de poder colaborar y ayudar a desarrollar esta disciplina.

Otras recomendaciones destacables han sido que hay que elaborar protocolos y procedimientos para garantizar la actualización de conocimientos de los mediadores, con la finalidad que puedan ser expertos en el ámbito de la salud mediante la formación específica que puedan realizar en concreto. Una buena formación basada en metodologías como el estudio de casos y la supervisión ayudan a garantizar la calidad de las intervenciones y la creación de una metodología compartida. No quiero olvidar que, entre todos, hemos conseguido reconocer que hay que incentivar la difusión y las ventajas que un sistema alternativo de resolución de conflictos, como viene siendo la mediación, puede aportar a nuestra sociedad civil.

La mediación en el ámbito sanitario abre un gran portal para la resolución de este tipo de conflictos, que aportará a cualquier proceso, mayor agilidad, sencillez, eficiencia y claro está, practicidad. Para ello será inevitable convencer a los directivos al respecto, sensibilizar a los profesionales y a los pacientes para transmitir los valores de negociación y de dialogo directo, revisar los protocolos y procedimientos internos respecto acosos y agresiones, revisar también los códigos éticos, de conducta y de buen gobierno, entre otras acciones.

Como premisa básica, la mediación ha de ser introducida dentro de los planes estratégicos propios de cada organización sanitaria. La pregunta es ¿cómo? A través de la concienciación personal y profesional y no como un simple ejercicio burocrático para quedar bien, pues de ser así, no servirá de nada.

Pese a que podamos entender que, dentro de la mediación en salud, esta puede tener alguna frontera, está claro que las dos grandes áreas donde trabajará será frente a conflictos que hemos mencionado: externos o internos. Con relación a los conflictos externos, la intervención se centrará en aquellos surgidos entre los profesionales de los centros sanitarios y los pacientes o usuarios, así como también entre los profesionales y los proveedores. Englobamos aquí, a profesionales, organizaciones sanitarias, pacientes y usuarios, familiares, proveedores de servicios, la administración sanitaria y como no las grandes olvidadas que son las Compañías Aseguradoras. Si nos centramos en los conflictos internos, la mediación podrá desarrollarse entre profesionales, aun no siendo temas estrictamente laborales, y/o entre profesionales y la institución. Un de los principales objetivos de la SCMS es la promoción de la mediación dentro del ámbito sanitario como un instrumento para resolver conflictos. Lo son también la prevención, así como poder ofrecer una buena formación y generar la correspondiente sensibilización respecto a la cultura del diálogo y de la paz. Una forma de conseguir todos estos objetivos es el diseño y la puesta en marcha de Sistemas de Gestión de Conflictos en las Organizaciones sanitarias, formando y acompañando a los profesionales para que consigan prevenir y gestionar los propios conflictos.

Urge la necesidad de proporcionar herramientas tanto a pacientes, usuarios y profesionales de la salud, así como a centros sanitarios asistenciales para que puedan va-

lorar aplicarlas como recurso, si trabajan la gestión alternativa de conflictos, delante de aquellas crisis o diferencias frente a las que se puedan encontrar inmersos y ello a través de técnicas de la mediación en su utilización, como primera opción. Para ello, la SCMS lleva años formando a facilitadores y a mediadores que se especializan en el campo de la salud, siendo ellos mismos un colectivo que nos ayuda a promover y a divulgar la mediación en el ámbito sanitario y social. Es una cadena de trabajo, como el taylorismo en la distribución de tareas, pues si todos colaboramos, los beneficios serán, no sólo mayores, sino mayúsculos.

Los servicios que se proporcionen a través de la mediación deberán estar totalmente de acuerdo con aquellos valores y principios que le son del todo inherentes. Estos principios girarán entorno a la confidencialidad, la voluntariedad, la neutralidad, la imparcialidad, la transparencia, la buena fe y también a la universalidad. Todos y cada uno de ellos sin excepción alguna, el mediador o facilitador procurará que queden bien entendidos y reflejados en el momento de exponer a las partes el porqué de esta opción. En el caso que estén regulados por escrito, deberán estar bien especificados en aquellos convenios o contratos establecidos entre las partes.

El mundo de la salud y sus conflictos

Nuestra realidad social es que la medicina avanza a grandes pasos. Día a día disponemos de mejores recursos y prestaciones sanitarias, así como de novedosos tratamientos frente a las enfermedades, situación esta que provoca un aumento de nuestra esperanza de vida y un envejecimiento más masivo de la población en general. Sin embargo, es objetivo y visible ver cómo han aumentado nuestras enfermedades crónicas y aquellas que son de evolución progresiva, así como también han aumentado aquellos procesos terminales, degenerativos e irreversibles. De aquí el miedo que usuarios y pacientes tienen a la instrumentalización de la vida y que todos estos avances en torno a la investigación y a la medicina puedan suponer un paso más en el encarnizamiento terapéutico o en el alargamiento de una vida de sufrimiento o sin dignidad. Aquí, la posible intervención o mediación del propio paciente con sus familiares o bien con sus facultativos puede ser primordial.

Dentro del ámbito sanitario destacamos la diversidad cultural, el trabajo en equipo de aquellos profesionales que cada día están más cualificados, la relación clínico asistencial asimétrica que existe, la multitud de actores intervinientes en el ámbito de la salud, las cada día más altas expectativas por parte de los pacientes, los usuarios y así mismo, aquellas tensiones derivadas de los recortes presupuestarios por parte de las administraciones en detrimento del buen trabajo que puede hacerse por parte de los facultativos y organizaciones sanitarias. Si mezclamos y conjugamos cada uno de estos puntos, muy posiblemente nos acercará a situaciones de gran complejidad donde la mediación es y será el mejor recurso para trabajar cada una de las circunstancias mencionadas. Trabajar la mediación desde el aspecto relacional, el reconocimiento y la no cronificación de las situaciones en el tiempo, será la clave.

Los derechos de las personas con relación a la salud y a la atención sanitaria son diversos, pero destacaré uno muy concreto, cual es el derecho a reclamar en presencia de un tercero independiente, para el caso que el paciente crea que cualquiera de sus derechos no ha sido respetado. En la mayoría de los países de la Unión Europea se interpreta a este tercero como un mediador. De aquí que, en su momento, se empezaran a crear lo que hoy denominamos Unidades de Mediación. A consecuencia de ello, encontramos distintos patrones de mediación que corresponden también a diferentes modelos de sistemas sanitarios como también a diferentes interpretaciones en función del país en el que nos encontremos.

La misión que tienen las Unidades de Mediación en sistemas públicos de salud, entre varias, está la prevención de quejas con la intención de promover la mejora comunicativa y relacional entre profesionales y pacientes. Al fin y al cabo, una forma más de crear conciencia. La información, no deja de ser otra de las misiones, pues el paciente ha de estar informado en relación con qué otras alternativas existirían si el caso no es mediable. El recurso de la mediación ha de estar estandarizado con el objetivo de recuperar y restaurar la confianza y las relaciones con los profesionales y el sistema sanitario. Todo esto lo conseguiremos a través de una buena comunicación para que haya una correcta divulgación de este paradigma de la mediación o facilitación. De esta forma podremos actuar con cuatro de aquellos que entendemos como ejes principales, la prevención, la detección, la gestión y el seguimiento.

Hoy, el derecho y los instrumentos legales que lo acompañan, quieren que el enfermo o bien el paciente, pueda ser el conductor de su propio proceso de salud y, llegado el caso, hasta de su muerte. Con ello significa que, poco a poco, está desapareciendo ese paternalismo tan evidente que veíamos entre facultativo y paciente y que el enfermo quiere ser agente, no solo paciente, en la toma de las decisiones clínicas. Aquí la herramienta de la mediación y la facilitación juegan también un papel principal.

La comunicación como herramienta

Cuando trabajamos frente conflictos sanitarios, nos obligamos a diferenciar los conflictos derivados del trato o bien aquellos derivados del tratamiento. En cuanto a los derivados del trato, estos son muy significativos y los trabajamos de forma constante, ya sea desde una inadecuada o insuficiente información, una revelación de secretos clínicos, una falta de respeto a las creencias de cada uno hasta el otorgamiento del consentimiento informado, entre varias otras circunstancias. Respecto a los del tratamiento, estaremos percibiendo las habilidades y aptitudes del profesional mientras que, del trato en cambio, percibiremos la actitud de ese mismo profesional. Es forzoso reconocer esta diferenciación en las intervenciones que hará el mediador frente las situaciones que le sean designadas. De aquí que quiera aprovechar mencionar la sabia expresión del Dr. Gregorio Marañón que decía, muy acertadamente, que “El mejor utensilio en la Clínica es la silla”, refiriéndose a una de las mejores herramientas que cualquier profesional debería tener, venga del ámbito que venga y que no es otra que la escucha. Una escucha que cada día está más en descenso y abandonada. Posiblemente, es bien cierto que igual oímos aquello que nos dicen, ¿pero lo escuchamos atentamente? ¿Es activa nuestra escucha? ¿Es lo suficientemente atenta? Todos los inputs que tenemos y nos llegan a la SCMS son que no. Y no tanto por una falta de interés, sino más bien por una costumbre que aceptamos como normalizada a consecuencia de los estímulos que vamos recibiendo. Cuando hablamos de la escucha, tenemos que contemplar aquella que denominamos como empática. Esta escucha empática es acompañar con presencia, escuchando en silencio, traduciendo en modo sentimientos aquello que hemos atendido y pudiendo hacer un pequeño resumen de lo escuchado. La confianza es uno de los elementos clave para el buen funcionamien-

to del sistema de salud el cual se basará en el respeto que hay que dispensar, la información y transparencia relacionada con una buena comunicación y las garantías de confidencialidad que hay que aportar para que el paciente se sienta más autónomo. Esta confianza la ganaremos y obtendremos a través de un buen trabajo, una escucha y atención personalizada con el paciente y sus familias. Pues pasamos de la confrontación a la colaboración y uno de los elementos que más ayudará es la comunicación. Generando aún mayor confianza.

Existen distintos tipos de comunicación, y entre ellos quiero resaltar la comunicación no violenta, siendo ésta una acción y herramienta que las organizaciones cada vez incorporan con más frecuencia en su día a día, tal y como nos la define Marshall Rosenberg (2016)⁴: “Es algo más que una estrategia de comunicación eficaz.

Es una forma de vida que permite el abordaje de determinadas situaciones de forma que todos los involucrados salgan beneficiados”. El mismo autor nos habla de la capacidad de ser auténtico. Otro de los valores en total desuso.

Nos queda, sin embargo, mucho por hacer, pues en momento actual en nuestro entorno, la práctica de la mediación sigue siendo testimonial y algo decepcionante, ya sea por desconocimiento por parte de pacientes y profesionales, por las resistencias a su desarrollo para abordar la litigiosidad derivada de los tratamientos (respecto a malas praxis, negligencias o bien errores involuntarios) o bien, por la constante inexistencia de la cultura del dialogo y de la paz para la resolución de conflictos.

A menudo, percibimos que en las organizaciones tenemos mediadores naturales o informales que intervienen en disputas o frente conflictos de baja intensidad, que aparecen dentro de las relaciones habituales en el día a día de su trabajo. Su actuación es espontánea e informal y suele darse entre iguales, de aquí que valoremos mucho esta prevención y contención para evitar la escalada del conflicto. Para el caso de conflictos de cierta intensidad, sí que será precisa la intervención de un mediador profesional que pueda gestionar, dentro de un contexto estructurado, su desempeño

4 - Rosenberg, M. B. (2016). Comunicación no violenta: un lenguaje de vida. Gran Aldea Editores.

mediador.

En muchas ocasiones hemos podido ver que algunos de los procesos ante los que nos encontramos pueden ser no mediables, pero ello no significa que no sean tratables. Aquí se abre una nueva oportunidad para la intervención que, aunque no sea desde la perspectiva mediadora, si los profesionales que intervienen tienen herramientas y formación en resolución de conflictos, podrán actuar en consecuencia obteniendo resultados positivos. Y es que la mediación, aunque no lo parezca, también tiene sus límites teniendo que quedar en ocasiones suspendida la posible intervención mediadora por el freno que pueda tener esta. Ejemplos de ello son que esté abierto un proceso judicial, que exista un desequilibrio de fuerzas irresoluble, que sea evidente la mala fe de alguna de las partes, tener conocimiento de antecedentes de violencia física y obviamente, que no pueda garantizarse la imparcialidad del mediador ni su neutralidad.

No olvidemos que la mediación también tiene su carácter y no sirve tanto para un roto como para un descosido. La mediación hay que creérsela, ya sea por quien la aplique, así como por quien la reciba. Podemos indicar que la mediación, no deja de ser un estilo de vida que aplicará sus bondades tanto en las organizaciones donde uno trabaje, así como en sus relaciones personales, familiares y amicales. Cuanto más se trabaja en mediación, mayor es su credibilidad y valor. Las mediaciones podemos saber generalmente como empezarán, pero nunca como terminarán. Esa es la gracia.

No es importante cerrar las mediaciones con acuerdos, al menos no es lo más importante, lo básico es que las partes se relacionen y puedan conversar en un ambiente y espacio de confianza y seguridad, como es la Sala de mediación presidida por el mediador. De hecho y no solo en el área de la mediación en salud, para el mediador es una maravilla aquello que llevo años denominando sesión metamórfica que es donde vemos el cambio por parte de una de las partes a la que el mediador se aproximará para avanzar y acompañarlo positivamente en las sesiones, y es aquí, desde donde ya no habrá retorno, valorando los logros de la mediación a través de sus herramientas. Son muchos los años que la mediación y otros mecanismos que la acompañan van dando vueltas alrededor nuestro. La mediación es un recurso mundial y universal que ha de estar al alcance de cualquier persona que quiera recurrir a ella. No es para

ricos o para pobres, no está hecha para una clase social u otra, ni tampoco tiene colores, es esta un recurso al alcance de cualquier persona que crea más en las capacidades dialogantes y pacíficas que en las de la confrontación, la discusión y la amenaza.

Si tuviera que comparar la mediación con algún elemento, lo haría con el agua que tantas bondades y beneficios nos da. La mediación, ha de ser la primera opción y no la excepción.

La COVID-19, ha puesto en el punto de mira de todo el Mundo a la Salud. Desgraciadamente. Ha hecho falta esta pandemia para valorar y reconocer el sistema sanitario que tiene cada País. Cuando nos hemos encontrado en momentos álgidos y picos de la pandemia, que tan infaustamente ha golpeado nuestro mundo, hemos podido reconocer lo necesarios que son el personal sanitario para todos nosotros. Y lo preciso también que estos estén en armonía y unidos para trabajar y entregarse al paciente y a su trabajo.

Hemos visto que la eficiencia del sistema de salud ofrecida por los médicos, enfermeras y personal sanitario, en general, ha sido excelente, máxime si valoramos que este es un sector, en muchos Estados, poco reconocido a nivel económico. De aquí que reconozcamos que uno de los ámbitos más damnificados por esta COVID-19, ha sido el sanitario en toda su extensión, desde celadores, camilleros, médicos, enfermeras, profesionales de las unidades de atención al usuario, en definitiva todo el personal sanitario en general, el cual ha dedicado unas jornadas maratónicas y continuadas sin apenas descanso y para más inri o para colmo, no disponiendo de equipos de protección individual que les dieran cierta tranquilidad y seguridad para desarrollar su trabajo.

Creo que coincidiríamos si digo que lo más importante para muchos países, en estos días, ha sido evitar el colapso del sistema sanitario al que parecía estábamos abocados y que perfectamente podía haber entrado en una quiebra asistencial. En realidad, si hablamos de asistencia hacia el usuario, ésta ha sido un verdadero éxito si tenemos en cuenta la falta de medios y recursos de la que disponían los médicos y enfermeras. Durante todo este tiempo, la SCMS ha encontrado cierto reconocimiento, pues las organizaciones sanitarias que le están adheridas o aquellas que han contratado sus servicios en los últimos años, estando en plena situación de crisis sanitaria, han teni-

do mayores facilidades y recursos en el momento de afrontar y lidiar con la situación laboral frente a la que estaban a causa de la presión y posibles conflictos a los que se han ido viendo sometidos. Saber comunicarse entre compañeros, escucharse, acompañamientos al duelo, cohesionarse, colaborar, son solo algunos de los ejemplos que los sanitarios han podido usar en su día a día.

Al fin y al cabo, ha sido éste un reto superado por las organizaciones sanitarias que trabajaban con una mirada hacia delante y desde la prevención. El hecho que estas organizaciones sanitarias hayan recibido una formación en resolución alternativa de conflictos ha provocado una mejora del clima laboral, una optimización de la relación entre profesionales sanitarios, un trato más humano al paciente y una gran mejora de comunicación entre los profesionales y entre éstos y los pacientes. Esta Covid ha sido un claro ejemplo de cooperación entre profesionales y pacientes encontrando incluso de facto, soluciones entre ellos mismos si había algún malentendido o conflicto.

Así pues, y frente a todas las circunstancias o desavenencias a las que nos hemos podido enfrentar este casi último año y medio, la mediación se ha postulado como un excelente medio e instrumento, que puede ayudar a que tanto los profesionales como los damnificados, puedan encontrar soluciones que se anticipen o bien minimicen las situaciones o consecuencias negativas a las que se tendrán que enfrentar si reclaman.

No es un secreto que se espera que, a nivel mundial, puedan existir muchas reclamaciones frente a Organizaciones Sanitarias las cuales tendrán que dar respuesta a las mismas y bajo mi punto de vista personal, uno de los medios óptimos y con mayores garantías será la mediación. Me costaría entender por parte de muchos países, que, a estas alturas, no se cuente como primera opción con el recurso de sistemas alternativos de conflictos, vengan de la facilitación, la mediación o cualquier otra que aproxime y acerque a las partes.

Encontraremos reclamaciones de todo tipo, ya vengan del trato recibido por los pacientes, situaciones de triaje, o falta de acompañamiento a los familiares que tenían que estar ingresados. No podemos olvidar que, además, habremos pasado por iatrogenias, esperas interminables en pasillos y Dios sabe qué otras circunstancias si

nos encontrábamos situados en el pico de la pandemia. Y es que, a quien más quien menos, le ha tocado de cerca algún caso de COVID-19.

No dejemos de lado que esta crisis sanitaria está haciendo que en muchos países estén temblando muchos de los operadores jurídicos por la avalancha de reclamaciones que presuntamente se esperan, así como por el previsible colapso del sistema judicial que ya me aventuré a intuir y por desgracia acerté. Parece que ahora asumiremos con mayor credibilidad, las virtudes que la mediación puede aportarnos, porque si tenemos que confiar en que la justicia podrá dar respuesta a tiempo a todas las reclamaciones que se esperan, podrían tacharnos de ilusos.

Los mediadores de salud, es conveniente que estén habilitados y dispongan de herramientas y recursos para el análisis del conflicto, así como su gestión. Es reconocido por todos los que conocemos las organizaciones sanitarias, que éstas son entornos muy complejos en los que coexisten o conviven perfiles profesionales muy distintos. Para este tipo de organizaciones, la mediación será un elemento de crecimiento del sistema interno de la organización que favorecerá su gestión y mejorará su comunicación.

Los sistemas alternativos de resolución de conflictos tienen en muchos países europeos un importante desarrollo y en algunos de estos países, no podemos recurrir a los Tribunales sin antes haber acudido a la Mediación, no conllevando ello problema alguno con el principio de voluntariedad.

De toda Europa, he podido ver distintos programas de mediación en la Atención Sanitaria como es el caso de Bélgica, Italia, Suiza entre otros. Algunos de estos programas están activos desde finales de los años 90. De hecho, la SCMS cuenta con dos mediadoras, Rosa Heras y Maite Matas, que se formaron en un Cantón Suizo (el de Vaud), formación ésta que ha ayudado a tener en la SCMS una visión y mirada muy distinta de la mediación en Salud que nos complementa como gran recurso a introducir en las empresas sanitarias en las que participa la SCMS.

De hecho, Francia a principios de los 80, tenía una figura denominada el “conciliador médico” y que era entendida como aquella persona que acompañaba a los pacientes

ofreciéndoles información, o bien trabajaba aquellas diferencias que podían existir en relación con la responsabilidad profesional de los médicos a consecuencia de sus servicios. Esta figura fue evolucionando con los años hasta llegar o derivar más o menos a lo que conocemos como mediador en salud.

Desde que en el 2002 se publicó en Roma la “Carta de los derechos de los pacientes” se desarrolla en toda Europa, con diferentes modalidades, la aplicación de la mediación para gestionar el incumplimiento de estos derechos. Aquí, en Cataluña, la adaptación de este documento la encontramos en el texto de “La Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i atenció sanitària”⁵. Este documento, referido al usuario, está basado en el derecho de autonomía de las personas y como consecuencia el derecho a ser protagonistas y conductores de los procesos de salud que sufren los pacientes, así como de su tratamiento o bien incluso dentro de lo que es la etapa final de vida del propio paciente o enfermo. Esta carta es la que reconoce a la persona usuaria del servicio sanitario, como agente del proceso y no única y exclusivamente como un simple paciente.

Los ciudadanos y personal interno de las organizaciones tienen la posibilidad de poder elegir si sus reclamaciones o diferencias frente a un conflicto, quieren resolverlas o enfrentarse a ellas asumiendo el total control y entendimiento de la situación o bien prefieren desentenderse por completo no dándose una oportunidad de poder entender y atender cómo han llegado a esa situación, coligiéndose de ello que preferiblemente será mejor procurar desarrollar una mediación, y de no entenderse en su proceso, recurrir pues a la última instancia del mismo, eso es la vía judicial como última ratio.

Antes de finalizar estas líneas, quiero destacar que desde el inicio de la SCMS se planteó a la Administración sanitaria catalana la necesidad de incorporar a los estándares de acreditación de los Centros Sanitarios, la exigencia de disposición de un sistema integral de gestión de conflictos entre profesionales, pacientes y usuarios de los servicios. Ocho años después, en febrero de 2020, según resolución SLT/474/2020, podemos decir con satisfacción que se ha procedido a la revisión del modelo de es-

5 - Generalitat de Catalunya-Departament de Salut. (2015). Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: CatSalut.

tándares de acreditación de los Centros de atención hospitalaria de agudos, la cual ha incorporado un nuevo estándar (3e-02-E-06-E)⁶ (Generalitat de Catalunya-Departament de Salut, 2015) con carácter esencial para ser acreditado, en que indica que toda organización debe disponer de un sistema integral de gestión de conflictos entre profesionales por la vía del diálogo y la negociación. La introducción en el seno de las Organizaciones Sanitarias de estos sistemas integrales de gestión alternativa de los conflictos es un primer paso en el hito de difundir la cultura de la paz y el diálogo en el sector.

Considero que tenemos la obligación ética, moral y profesional de advertir a la sociedad civil, que existen medios tanto o más funcionales y eficaces a la judicialización de las reclamaciones, como es la mediación o métodos análogos a ella. No olvidemos que una de nuestras mejores armas o bien argumentos como ciudadanos, siempre será la PALABRA.

Bibliografía

- El fuero de Avilés de 1155, o. e. (2012). Obtenido de academia.edu: https://www.academia.edu/2328475/_El_fuero_de_Avil%C3%A9s_de_1155_original_extracancilleresco_de_Alfonso_VII_
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2020). Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya Document d'estàndards. Barcelona: CatSalut.
- Generalitat de Catalunya-Departament de Salut. (2015). Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: CatSalut.
- Rosenberg, M. B. (2016). Comunicación no violenta: un lenguaje de vida. Gran Aldea Editores.
- Textor, J.-W. (1916). Synopsis juris Gentium 1680. Carnegie Institution.
- VVAA. (2008). Libro Blanco de la Mediación en Cataluña. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.

6 - Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2020). Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya Document d'estàndards. Barcelona: CatSalut.



La Mediación como herramienta beneficiosa para minimizar el conflicto en la salud.

Los Consejos Regionales y su actuación como Tribunal de Conciliación.

Dra. Cristina Hernández

Juez - Doctora en Derecho y Ciencias Sociales
Prof. Adj. Métodos Alternativos de Gestión y Resolución de Conflictos, UDELAR
Docente del CEJU en Conciliación.

Mediación y Salud. Orígenes en nuestro país

El conflicto es común en nuestros días, vivimos inmersos en él. A veces lo percibimos como tal, otras lo ignoramos y, como consecuencia de ello, muchas veces terminamos enfermando.

Tal fue el origen, precisamente, de los denominados Centros Piloto de Mediación, creados por la Suprema Corte de Justicia, por Acordada N.º 7276, del 14 de febrero de 1996. Dicha referencia no es menor por cuanto, el 21 de diciembre de 1995, se firmó un convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Poder Ejecutivo –Ministerio de Salud Pública- y el Poder Judicial –Suprema Corte de Justicia-. Por dicho Convenio –el cual no reconoce antecedentes a nivel mundial- el área salud se comprometió a facilitar a la Suprema Corte de Justicia el uso de dependencias de los Centros de Salud ubicados en el departamento de Montevideo, es decir que los Centros Piloto de Mediación comenzaron a funcionar en locales de Salud Pública. De tal forma que, mientras las personas esperan ser atendidas por su salud, pueden en el mismo lugar, plantear un problema que les aflige, les perturba, y que, en definitiva, sea el posible portador de una enfermedad psicosomática.

Ello en el entendido que el concepto de “salud” es el bienestar físico y psíquico del ser humano –tal como lo recoge la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas- ambos Poderes del Estado Uruguayo crearon esta experiencia, sin parangón, ni precedentes, a nivel mundial.

Con la firma del mencionado Convenio, tanto la Suprema Corte de Justicia como el Ministerio de Salud Pública han procurado cumplir con determinados objetivos:

1. Integrar las áreas de Salud y Justicia, de forma tal de facilitar a los justiciables y usuarios el más fácil y directo acceso a los servicios,
2. Desarrollar el relacionamiento de los organismos contratantes del convenio con la comunidad y ampliar los servicios de variada naturaleza que se presta en los Centros de Salud Social del Ministerio de Salud Pública,

3. Facilitar la solución alternativa de conflictos, es decir la autocomposición del litigio,
4. Ampliar el espectro de casos sometidos a la conciliación previa, sobre todo en materia civil y de familia, y en los procesos extraordinarios,
5. Ampliar el número de operadores que pueden facilitar la conciliación, especialmente en asuntos de relevante interés social, vecinal o familiar.

Para cumplir con tales objetivos, el Ministerio de Salud Pública -a través de ASSE- concedió el uso de los locales destinados al funcionamiento de las oficinas donde se habría de practicar la mediación, y la Suprema Corte de Justicia proveyó el personal capacitado, el mobiliario de oficina, así como los útiles y equipos necesarios para el cumplimiento del servicio⁷.

Así, el 7 de marzo de 1996 se puso en funcionamiento el primer Centro Piloto de Mediación, siendo el elegido el de Piedras Blancas.

A la semana siguiente, esto es, el 14 de marzo de 1996, se inauguró el del Cerro, el 21 de marzo de 1996 se hizo lo propio con el de la Cruz de Carrasco. El 2 de mayo, y el 16 de mayo de 1996, finalmente, quedaron inaugurados los Centros Giordano (Cerrito de la Victoria), y Pedro Visca, respectivamente, completándose así el proyecto de creación de los Cinco Centros Piloto de Mediación.

Todos estos Centros comenzaron a funcionar, dentro de policlínicos asistenciales de salud. Es decir que la preocupación por un adecuado servicio de salud, relacionado con situaciones de conflictos que traen a la consulta los pacientes, ya viene de larga data en nuestro país. La experiencia ha resultado sumamente positiva, por lo cual, a la fecha, se ha extendido a todo el país.

7 - Acordada N° 7276, de 14 de febrero de 1996.

Qué hacer con los conflictos

El conflicto se entiende como una relación social caracterizada por el desacuerdo que ocurre entre dos o más actores -individuales o colectivos, pero siempre humanos- que persiguen metas u objetivos incompatibles o que son considerados como incompatibles al menos por uno de esos actores⁸. Si permitimos que el conflicto nos supere, entraremos en una pérdida de producción, se genera un estrés que afecta nuestra psiquis, muchas veces se genera violencia, se deteriora la comunicación y se entra en una verdadera pugna o lucha por el poder.

Es por ello, que debemos analizar al conflicto desde su punto de vista constructivo, esto es, como “motor del cambio”. En este sentido, las personas se sentirán escuchadas, los resultados se vislumbran como equitativos, advirtiéndose que la solución es posible, en tanto las personas ganan en conocimiento.

Es así como toda situación conflictiva debe ser reconocida, analizada, a fin de gestionarla y poder responsabilizarse en su construcción. El conflicto nos apremia, nos invade, más si tenemos la capacidad de poder gestionar su resolución, será menos ardua la tarea⁹

Obviamente que, ante la situación mundial de pandemia, desatada a fines de 2019, muchos son los conflictos que afligen e impregnan a nuestra sociedad. Conflictos no sólo en lo estrictamente sanitario, sino también en lo económico, social, cultural, educacional, etc. El Covid 19 y sus diversas variantes ha inyectado a nuestras sociedades desde todos los ángulos, generando múltiples conflictos.

El creciente auge de una “cultura de la paz” o “cultura de los acuerdos” enfrenta a la “cultura del litigio” en la cual nos hemos formado los abogados y los jueces¹⁰. Y ello, así lo trasmitimos a la sociedad. Tal vez, sea tiempo de que se cambien algunos paradigmas como los únicos y buenos, y se incorporen -en determinados casos- mecanismos alternos a lo judicial.

8 - Calcaterra, Rubén “Mediación Estratégica”.

9 - Hernández, María Cristina Conciliación y Mediación, Revista Judicatura N.º 41, págs. 791 a 805, Mont., agosto de 2000.

10 - Cárdenas, Eduardo “La Mediación y el abogado”.

Algunos conceptos básicos.

Existen muchas formas o maneras de gestionar los conflictos. Básicamente, y a los fines de este trabajo, y considerando el sistema uruguayo, nos centraremos en tres formas alternativas al proceso judicial: negociación, mediación y conciliación.

La negociación es por esencia, voluntaria. Consiste en una forma de alcanzar nuestros objetivos cuando estos no dependen exclusivamente de nosotros mismos. Implica un proceso de comunicación que surge ante la necesidad de satisfacer deseos, necesidades e intereses -ya sean propios o ajenos- con el objetivo de obtener el mejor resultado posible. En la negociación intervienen dos partes, las que pueden -a su vez- estar integradas por una o más personas físicas o jurídicas. Se caracteriza por ser un proceso absolutamente informal, pudiéndose efectuar por todas las maneras posibles de comunicación (verbal, escrita, telefónica, correo electrónico, WhatsApp, video, etc.). Siempre sería aconsejable dejar una constancia de lo acordado, por escrito.

La mediación conlleva la intervención de un tercero en el conflicto. Ese tercero es imparcial y carece de un poder autorizado de decisión, habiendo sido especialmente entrenado en las técnicas de la mediación con la finalidad de ayudar a las partes en disputa, a fin de obtener -voluntariamente- un resultado mutuamente aceptable. Cabe acotar que no existe, en nuestro país y por el momento, ley alguna que reglamente la mediación como ocurre en muchos otros.

La conciliación es un proceso de resolución de conflictos dirigido por una autoridad siempre imparcial, que intenta asistir a las partes para que logren alcanzar, voluntariamente, un resultado que les evite el litigio. Tiene raigambre constitucional, y está reglada en el Código General del Proceso¹¹.

Tanto en la mediación como en la conciliación interviene un tercero imparcial, ajeno a las partes. De acuerdo con las normas constitucionales y procesales, la conciliación es un proceso previo, y reviste el carácter de obligatorio. Las partes están obligadas a

11 - Artículos 293 a 296 C.G.P.

asistir a la audiencia de la conciliación, so pena de incurrir en sanciones de diversa índole según sea la faz judicial (presunción simple en contra de su interés en el proceso ulterior)¹², o la administrativa (sanción económica)¹³.

Obsérvese que, en tanto no existe en nuestro país una ley que reglamente la mediación, esta no reviste -bajo ningún concepto- la característica de la obligatoriedad, a diferencia de lo que acaece con la conciliación.

La Ley N° 18.591 y el Tribunal de Conciliación.

La Ley N° 18.591 -publicada en el Diario Oficial el 16 de octubre de 2009- creó el Colegio Médico del Uruguay como persona pública no estatal, con la finalidad de garantizar al profesional médico, el ejercicio de su actividad dentro del marco deontológico establecido¹⁴.

Dicho Colegio, estará dirigido por: A) un Consejo Nacional, domiciliado en la capital de la República, con competencia en todo el territorio nacional; y B) por cinco Consejos Regionales con competencia en su respectivo territorio.

El Consejo Nacional -según Decreto N° 83/2010 de 25 de febrero de 2010 que reglamentó la Ley N° 18.591- tiene dentro de sus competencias “actuar como Tribunal de Conciliación frente a conflictos planteados entre miembros colegiados de diferente Regionales del Colegio”.¹⁵

Los Consejos Regionales abarcan la distribución del territorio nacional en diferentes regionales (A) Montevideo, B) Sur, C) Este, D) Oeste, y E) Norte).

Cada Consejo Regional estará compuesto por cinco miembros médicos, y dentro de

12 - Artículo 295 C.G.P.

13 - Si el citado no acredita o acredita incorrectamente su representación configura incomparecencia en rebeldía, siendo pasible de multa (art. 2 Ley N° 14.911).

14 - Artículo 1° Ley N° 18.591.

15 - Literal J Decreto N° 83/2010.

su competencia está el de “actuar como Tribunal de Conciliación frente a los conflictos generados entre miembros del Colegio o de éstos con terceros”¹⁶. A su vez, el artículo 16 del Decreto Reglamentario N° 83/2010 establece que deben actuar “como Tribunal de Conciliación frente a conflictos planteados entre miembros colegiados de diferente Regionales del Colegio”¹⁷.

Va de suyo que, estos Consejeros -en tanto médicos de profesión- deben de recibir su entrenamiento a fin de poder actuar “como Tribunal de Conciliación”. Ya se ha indicado supra que, para poder actuar tanto como negociador, mediador o conciliador se deben de adquirir las destrezas y competencias necesarias para ello. No alcanza con tener voluntad de ayudar a las partes, se deben aprender las técnicas correspondientes para no desvirtuar los institutos, ya sea la negociación, la mediación y/o la conciliación. Al respecto se destaca el empeño realizado, desde la actual Presidencia del Colegio Médico, para que los Consejeros adquieran dichas destrezas.

Se advierte que estos médicos han de aplicar -como Tribunal de Conciliación- las técnicas correspondientes a la negociación y a la mediación. Actúan como CONCILIADORES, no como mediadores. Es decir que, en la instancia conciliatoria, cuando están funcionando como Tribunal de Conciliación, podrán utilizar las técnicas propias de la Negociación y de la Mediación. Pero no son negociadores ni tampoco mediadores.

El literal f del art. 10 de la Ley N° 18.591 no deja de ser interesante, al igual que los literales j del art. 16 y f del art. 22 del decreto reglamentario, los cuales reiteran el mentado literal inicial.

Y ello por cuanto, no existía, hasta ese momento, ningún “Tribunal de Conciliación”. La Ley N° 15.750 -Ley de Organización de los Tribunales- y el Código General del Proceso refieren al “tribunal” en forma genérica, y específica cuando se refiere a órganos judiciales integrados por tres Ministros. Por Acordada N° 7446 de 10 de diciem-

16 - Literal f del art. 10 Ley N° 18.591.

17 - Literal J del art. 16 Decreto reglamentario N.º 83/010 publicado el 12 de marzo de 2010.

bre de 2001¹⁸, se crearon cuatro Juzgados de Conciliación, unipersonales cada uno de ellos, esto es, no son “tribunales” de Conciliación.

Parecería pues que el legislador, para el Colegio Médico, instituyó un órgano nuevo, sui generis en nuestro derecho positivo. Más cabe acotar que, tal como está redactado el mentado literal f, en realidad no hay una creación de un órgano, sino que, a los Consejeros se les concede -como competencia- el actuar “como si fueran” un Tribunal de Conciliación. En tanto éste en sí no existe, corresponde considerar que los consejeros -tanto Nacionales como Regionales- podrían utilizar las técnicas de la conciliación que, en gran parte, remiten a las destrezas propias de la negociación y de la mediación.

Más aun así subsiste otro problema nada menor: la Ley N° 16.995 de 26 de agosto de 1998. Concretamente, la norma legal establece en su artículo 2° que “En todo procedimiento de conciliación en sede judicial o administrativa, mediación o arbitraje, cada parte deberá estar asistida por abogado desde el comienzo hasta su culminación”. La única excepción a esta norma imperativa es que se trate de asuntos cuya cuantía sea inferior a 20 Unidades Reajustables (\$ 21.434, según valor de la Unidad Reajutable a mayo de 2021 de 1.071,71).

Ello implica que, toda vez que el Tribunal de Conciliación del Colegio Médico actúa intentando la conciliación, ambas partes -citante y citado- deberán estar asistidos de abogados. La norma legal es tajante al respecto y no admite excepciones. La misma situación es la que tiene la Asociación de Escribanos del Uruguay (AEU): han instalado un excelente servicio de mediación, al cual las partes deben concurrir asistidas de letrados.

Tal exigencia podría hacer dubitar a la persona que tiene un conflicto: si para asistir al Tribunal de Conciliación del Colegio Médico o al Centro de Resolución de Conflictos de la AEU, debe contratar los servicios de un abogado: ¿vale la pena intentarlo o concurre directamente a la vía judicial?

18 - Comenzaron a funcionar a partir del 1° de febrero de 2002.

Esta problemática la tuvieron los Centros de Mediación del Poder Judicial hasta que se dictó la Ley N° 17.707 de 10 de noviembre de 2003, por la cual las mediaciones que allí se practiquen no requieren, obligatoriamente, dicha asistencia legal¹⁹.

Tal vez, esa misma solución podría arbitrarse para el Colegio Médico, cuando sus Consejeros actúen como Tribunal de Conciliación. A fin de mantener la igualdad de las partes en el conflicto, también se debería legislar para que dicho Tribunal estuviere integrado por un representante de los usuarios de los Servicios Médicos. Se ha de tener presente que esos Consejos Regionales pueden intervenir, como Tribunal de Conciliación en conflictos entre los propios colegas, entre médicos con usuarios, entre galenos y otros integrantes de equipos asistenciales, entre médicos con las propias instituciones de salud²⁰.

Conclusiones

- El Colegio Médico del Uruguay, a través del Consejo Nacional y de los Consejos Regionales, pueden actuar como Tribunal de Conciliación.
- En tal hipótesis, han de utilizar las técnicas de la mediación y de la negociación.
- Los Consejeros deben adquirir las destrezas, competencias y habilidades propias de dichos institutos.
- Para actuar como Tribunal de Conciliación, las partes involucradas deberán asistir a las reuniones con asistencia letrada, salvo que el asunto no alcance las 20 Unidades Reajustables.
- La potestad, otorgada por el legislador al Colegio Médico, de dirimir conflictos que los involucren actuando como Tribunal de Conciliación, no pretende reemplazar al sistema judicial. Más un uso adecuado y correcto de tal potestad, a través de la utilización de métodos y técnicas no adversariales coadyuva a una cultura de la paz, tan necesaria en estos tiempos, a la vez que descomprime el sistema judicial y contribuye

19 - Artículo 11: "Exceptúase de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 2° de la Ley N° 16.995 de 26 de agosto de 1998, la mediación que se realiza por los órganos del Poder Judicial".

20 - Lit. f del art. 10 Ley N° 18.591 "Compete a los Consejos Regionales... f) Actuar como Tribunal de Conciliación frente a los conflictos generados entre miembros del Colegio o de éstos con terceros".

a la buena SALUD de los galenos²¹.

- Para finalizar, una invitación: a pensar en la utilización de las herramientas de la negociación y de la mediación en la instancia conciliatoria, a prepararnos para ello, y en cómo se podrían mejorar las normas que la regulan en nuestro país.

Bibliografía

- Ley N° 18.591 (crea el Colegio Médico y colegialización obligatoria) (actuar “como” Tribunal de Conciliación).
- Decreto N° 83/2010 que reglamenta la Ley N° 18.591.
- FISCHER, Roger; URY, William; PATTON, Bruce, Obtenga el Sí. El arte de negociar sin ceder, Editorial Gestión 2000.com, Barcelona, 2005. Otras ediciones con el mismo contenido llevan el título Sí, de acuerdo! Cómo negociar sin ceder.
- GOLEMAN, Daniel - La inteligencia emocional. Javier Vergara Editor, Buenos Aires, 2002.
- URY, William, ¡Supere el No! Cómo negociar con personas que adoptan posiciones obstinadas, Grupo Editorial Norma, Bogotá, 2006.
- Seminario Internacional Métodos Alternativos para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud – Conciliación y Mediación, editor Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 2001.
- VESCOVI, Enrique – La justicia conciliatoria, en Revista Uruguaya de Derecho Procesal N° 4/1993, págs. 519 a 524, FCU, Montevideo, 1993.
- VESCOVI, Enrique – Nuevamente sobre Conciliación Intraprocesal, en Revista Uruguaya de Derecho Procesal N° 2/1995, págs. 241 a 246, FCU, Montevideo, 1995.
- CAIVANO, Roque; GOBBI, Marcelo; PADILLA, Roberto: Negociación y Mediación, editorial Ad Hoc, segunda edición actualizada, 2006.
- ACLAND, Andrew Floyer - Cómo utilizar la mediación para resolver conflictos en las organizaciones, Editorial Paidós Empresa, Barcelona, 1993.
- SLAIKEU, Carl A. – Para que la sangre no llegue al río – Una guía práctica para resolver conflictos, Granica, Buenos Aires, 1996.
- MNOOKIN, Robert et al. - Resolver conflictos y alcanzar acuerdos. Editorial GEDISA, Barce-

21 - Cárdenas, Eduardo, ob. cit.

lona, 2003.

- MNOOKIN, Robert H. et al. – Mediación. Una respuesta interdisciplinaria, Editorial EUDEBA, Buenos Aires, 1997.
- GUZMÁN EMMERICH, Ana María, La Conciliación Judicial Previa en Uruguay – Cuestiones Procesales y de Acceso a la Justicia, Revista Judicatura N° 53, págs. 71 a 128, Montevideo, diciembre de 2012. Más su complemento por actualización con la Ley N° 19.090.
- BARUCH BUSH, Robert A.; FOLGER, Joseph P. – La Promesa de (la) Mediación, Granica, Buenos Aires, 1996.
- SUARES, Marínés – Mediación. Conducción de Disputas, comunicación y técnicas, editorial Paidós, Buenos Aires, 2004.
- TORELLO, Luis A. – Mediación, Negociación y Conciliación, en Revista Uruguaya de Derecho Procesal N° 4/1994, págs. 541 a 548, FCU, Montevideo, 1995.
- BRUNO MENTASTI, Daniel - El instituto de la conciliación previa vigente la reforma de la ley 16.995, en Revista de Técnica Forense, N° 7, págs. 29 a 46, FCU, 1998.
- CALCATERRA, Rubén A. - Mediación Estratégica, Editorial GEDISA, Barcelona, 2006.
- DECARO, Julio – La Cara Humana de la Negociación, Editorial Mac-Graw- Hill, 2000.
- ENTELMAN, Remo F. – Teoría de Conflictos, Editorial Gedisa, Barcelona, 2002.
- FACELLI, Teresita; CORTI, Graciela - La experiencia uruguaya en materia de Mediación y Conciliación – Una puesta al día, año 2009, artículo disponible online en <http://aryme.com/en-sayos-176.php>.
- FOLBERG, Jay y TAYLOR, Alison, Mediación. Resolución de conflictos sin litigio, ed. Limusa-Noriega, México, 1992.
- GARBER, Carlos A. - ¡La mediación funciona!, Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1996.
- HENÓN RISSO, Jorge - Manual de Conciliación y Mediación aplicado en los cursos de Graduados de la Facultad de Derecho, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 1995.
- HERNÁNDEZ, María Cristina, Conciliación y Mediación, Revista Judicatura N° 41, págs. 791 a 805, Montevideo, agosto de 2000



Sobre la aplicación de las técnicas de mediación en nuestro trabajo

Lic. Ft, Gabriel Kertesz Rama

Fisioterapeuta CP 149467

Introducción

Al enterarme del curso a través del Colegio Médico del Uruguay del año próximo pasado, no dudé en ningún momento de realizarlo. Conocía la mediación por haberla solicitado en 3 ocasiones por resolución de conflictos familiares donde era imposible llegar a entendimientos. También, estoy convencido, que en lo laboral, familiar y casi cualquier ámbito siempre estamos mediando o deberíamos hacerlo. Al conversar con otros profesionales de la salud siempre coincidimos en que vivimos mediando, ya sea con los pacientes, familiares de pacientes, con pares, con otros profesionales dentro y fuera de equipos multidisciplinarios, con personal a cargo o nuestros superiores. Nos regimos por leyes y/o normas, éticas y morales, nos debemos a nuestro trabajo y como en cualquier ámbito debemos hacerlo con compromiso y responsabilidad, en el mejor ambiente posible.

Personalmente, estudié desde 1998 todo lo que me gustaba de la fisioterapia acá en Uruguay, Argentina y Brasil, Reflexología, Masajes, Patologías de la columna, diagnóstico por imágenes, deterioro cognitivo y más sobre adultos mayores, hidroterapia e hidro entrenamiento, musculación, drenaje linfático, administración y gestión en salud y deporte, planificación de entrenamiento deportivo, Programación neurolingüística, manejo de derechos asertivos y reestructuración cognitiva, además de varios congresos y talleres relacionados.

A partir del 2006 la licenciatura en Fisioterapia (EUTM-FMED-UDELAR). Nunca dejé de capacitarme hasta ahora ni dejaré de hacerlo. A modo de aumentar conocimientos cursé las materias que creo me aportaban de la licenciatura en imagenología (EUTM, FMED, UDELAR), Postgrado en ecografía musculoesquelética (UNIR, Rioja, España). La idea es próximamente realizar la licenciatura en biología humana (FCIEN, UDELAR), y continuar capacitándome en gestión mediación y administración en salud.

Trabajé en Argentina, Chile y obviamente aquí para varias instituciones deportivas y siempre con pacientes particulares en rehabilitación, entrenamiento, diagnóstico por imágenes y más, planificación administración y gestión en salud y deporte. Pla-

nificamos, pusimos en funcionamiento y dejamos en marcha, con el Dr. Gonzalo Occhiuzzi, una clínica gimnasio. Asesoramiento para dos residenciales de adultos mayor en infraestructura y personal. Creador y desarrollador de Selene, que brinda todo tipo de servicio de salud personalizado. Aun trabajando particular independiente, siempre promoviendo el trabajo multidisciplinario, apoyándome y apoyando en otros profesionales. El trabajo en equipo es fundamental, hay jerarquías, hay que respetarlas pero debemos manejarlas para brindar un resultado óptimo, para esto es fundamental el uso de las herramientas de mediación.

Siempre sumergido en la resolución de conflictos, por esto, realicé el curso “el arte de mediar en salud” organizado por el Colegio Médico del Uruguay con tan buenos y prestigiosos docentes: Dra. Cristina Hernández, Dr. Federico Davedere, Esc. Mónica Casavieja Dr. Fabián Modernell, y en la primera oportunidad estaré aprovechando el anunciado por Dra. Cristina Hernández por la FDER, UDELAR.

La pregunta que surge y por la cual tomo la decisión de escribir este artículo sería:

¿Mediamos los profesionales de la salud?

Cotidianamente usamos herramientas de mediación y negociación. Ahora cuando intervenimos en conflictos donde están nuestros pacientes, lo hacemos desde un lugar de autoridad, en un espacio diferente al de un mediador, pues el mediador no tiene un poder sobre las partes, si lo tiene sobre el proceso. El hecho de estar en posición de autoridad hace que las partes no puedan transmitirnos libremente lo que les sucede. Ahí es donde se verán las habilidades, manejo de herramientas y comunicación del profesional para lograr la confianza tanto en él, cómo en el tratamiento planteado.

Cuando intervenimos como árbitros buscamos que puedan conciliar, no juzgar lo mejor o lo peor, sino lograr coincidencias desde sus ámbitos diferentes, sin desechar la posibilidad de una mediación propiamente dicha, aun habiendo intentado mediar o conciliar nosotros.

¿Qué es la mediación?

Para Vigotsky, Es toda actividad generadora de procesos mentales superiores cuya fuente es la herramienta material como el sistema de símbolos o el comportamiento de un ser humano que hace papel de mediador, siendo este último el responsable de crear la arquitectura funcional de la conciencia.

Para Sergio Arch Guerrero, “Mediar es aliviar. Desde el profundo conocimiento de lo propio y lo que le pasa al otro. Es ser curandero de justicia, de una nueva forma cultural y comunitaria de hacer ante lo que nos pasa. Acompañar es una forma de curarnos.....”

La mediación es *“una forma de ser, de afrontar y resolver los conflictos humanos sin la intervención de medios adversarios, un elemento base del capital social que puede contribuir al desarrollo de la justicia”*

rev.latinoam.psicol. vol. 45 no.1 Bogotá Jan./Apr. 2013 – Libros García-López (2011). Mediación: Perspectivas desde la Psicología Jurídica. Bogotá: Manual Moderno. Pp. 278.

MODELO TRADICIONAL LINEAL (HARVARD) El modelo de Harvard es esencialmente una escuela de negociación asistida para la resolución de conflictos. En equipo de Harvard ha sobresalido por su extraordinaria capacidad para intervenir exitosamente en diferentes niveles de negociación, tanto nacionales como internacionales. En su publicación de 1981, *Getting To Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*, que podríamos traducir como “Obtenga el Sí: Negociación de acuerdos sin concesiones”, Roger Fisher y William Ury dieron carta de naturaleza al denominado “Método Fisher-Ury”, que parte de la consideración de cuáles deberían ser los elementos esenciales a considerar en toda negociación para obtener un acuerdo sin ceder frente a la otra parte. El contenido esencial de su línea de pensamiento, basada en la aplicación de una estrategia de negociación que ayude a proteger los propios intereses sin descuidar el entendimiento y la búsqueda de cooperación con la otra parte, a sabiendas de que se interesa justamente por los intereses contrarios.

PERSONAS: Los negociadores son personas y, por consiguiente, la relación interpersonal puede entremezclarse, de una forma u otra, con el problema a abordar. Será prioritario, por tanto, en toda negociación actuar sobre el problema de las personas implicadas, enfrentándose directamente al problema, nunca a las personas.

INTERESES: Precisamente porque los intereses definen la entidad real del problema, hay que centrarse en los intereses, no en las posiciones o posturas de las partes. El mediador deberá ser capaz de descubrir e identificar intereses compartidos y compatibles, por encima de las posturas enfrentadas en la negociación.

OPCIONES: El mediador ha de saber inventar opciones creativas, a través de la búsqueda o procura de más de una única respuesta (solución) al problema suscitado, partiendo de una visión de la mediación centrada en los beneficios mutuos, evitando hacer juicios de valor y aportando decisiones que sean fáciles de ejecutar.

CRITERIOS: Es imprescindible saber usar criterios objetivos, independientes de la voluntad individual de cada parte en conflicto, para poder desarrollar las opciones de beneficio mutuo identificadas, y poder concluir el acuerdo con eficacia y consenso (voluntad compartida).

En este modelo el tipo de comunicación es lineal y bilateral, mediante preguntas abiertas, evitando los interrogatorios cerrados que limitan la flexibilidad de las respuestas. Es esencial potenciar la aireación del conflicto y animar a los sujetos enfrentados a que eviten retrotraerse al pasado, poniendo especial énfasis en el futuro. Esta previsión resultará fundamental para restaurar o instalar el equilibrio entre las partes, desactivando las emociones negativas y revalorizando los puntos de encuentro detectados. Es proceso estructurado, aunque no rígido, durante el cual el mediador, procura facilitar la comunicación y la interacción entre las partes con el fin de disminuir las diferencias y tensiones preexistentes para lograr el acuerdo y superar las disputas. Es esencial, para ello, que los participantes puedan expresar con claridad sus intereses y el modo de satisfacerlos, con independencia del contexto en el cual se desarrollan los conflictos. Desde esta perspectiva, que pone el énfasis en establecer canales de comunicación entre las partes con la finalidad de alcanzar un acuerdo sin más, la mediación sería “exitosa”, por tanto, cuando se llega a dicho acuerdo. Esta aparente simpleza

o simplificación, consistente en buscar una solución práctica, lo antes posible, fácil de aplicar y directamente entendible y asumible por las personas mediadas, es más una virtud que un defecto del modelo FisherUry. Cualquier mediador que disponga de una proyección profesional suficiente, es conocedor de que la excesiva prolongación de un proceso de mediación conduce generalmente al abandono de las partes y tiene además, como efecto colateral adverso, la generación de un acentuado sentimiento de frustración en las personas afectadas, tanto mediadores como mediados.

Getting To Yes: Negotiating Agreement Without Giving In de Fisher y Ury, publicada en Estados Unidos por Houghton Mifflin Company, 1981. BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales, N° 17, pp. 67-80, 2014, ISSN: 1575-0825(<https://www.redalyc.org/pdf/3221/322132552005.pdf>)

¿Qué es conflicto?

De acuerdo al vocabulario vulgar, el término “conflicto” significa “pelea, batalla o lucha”, es decir, una confrontación física entre las partes. Pero el significado se ha extendido para incluir “un desacuerdo agudo u oposición de intereses, Ideas, etcétera”. En una palabra, el término abarca los trasfondos psicológicos de la confrontación física además de la confrontación física (x) misma.

En definitiva, el término “conflicto” ahora se utiliza con tanta amplitud que está en peligro de perder sentido específico. Por ello, cabe adoptar un significado restrictivo, incluyendo bajo el concepto de “conflicto” a “una relación entre partes en la que ambas procuran la obtención de objetivos que son.

(Highton, Elena y Gladys Stella Álvarez, Mediación para resolver conflictos).

(x) Tísico, se le llama de manera despectiva a aquella persona que tiene un semblante desagradable, caracterizado por la delgadez del sujeto, la palidez de la piel, y las características de un enfermo. Porque tísico, es la persona que padece tisis, lo que ahora conocemos como tuberculosis.

Proceso de mediación / Proceso de rehabilitación

El proceso de mediación debe ser VOLUNTARIO, no se puede obligar a una o las partes a participar, pues debe ser COOPERATIVO Y PARTICIPATIVO, debe brindar garantías de ser CONFIDENCIAL, se plantea de forma INFORMAL y FLEXIBLE, haciendo una PROYECCIÓN HACIA EL FUTURO.

Previo a la mediación, se hará un contacto con las partes, evaluaremos si el asunto es mediable o no, se informará a las partes sobre el procedimiento y harán las citaciones fijando el lugar de reunión.

Se divide en posibles fases, donde la primera SESIÓN CONJUNTA INICIAL es de Pre mediación, de presentación y discurso de apertura.

En una segunda fase, RECEPCIÓN Y PRESENTACIONES, se explora en el problema y los objetivos, se piden contribuciones, Pueden hacerse reuniones privadas (CAUCUS) y de encuadre, y se fija la agenda de trabajo.

Tercera fase, se buscaran opciones que proporcionen las partes. EL MEDIADOR DARÁ EL DISCURSO INICIAL, brinda información sobre el procedimiento. Fase de desarrollo, desnudar el conflicto y lograr la disposición para compartir. Conducción del proceso. Actividades preparatorias.

Dudas y consultas a los Asesores. Se presentarán historias alternativas, se propone lluvia de ideas. Surgimiento de propuestas. Evaluación de opciones: ventajas y desventajas

Ya en la cuarta fase se buscara fijar los puntos del acuerdo. Presentación de las posiciones de las partes. Fundamental que las partes se escuchen a sí mismas y que se escuchen entre sí.

Cierre de la Mediación. Fase de clausura, llegar al acuerdo. Resumen de los hechos. Destacar los acuerdos ya logrados o puntos en común. Explicitar las propuestas y rescatar las viables

ACUERDO. Definir el Acuerdo y redactarlo. Revisión legal. Firma de todos los presentes. Fácil comprensión. Personalizar los compromisos. Evitar confusiones. Bloquear el pasado. Estructura secuencial. Precisar las obligaciones. Equilibrio. Finalizando con la redacción de un acta y firmarla. RESUMEN

CIERRE: Felicitar a las partes. Destacar las actitudes positivas.

Destruir las notas.

Se realiza un seguimiento.

EN REHABILITACIÓN, dentro de una institución es muy difícil que el profesional realice tanto la evaluación, se fije objetivos, planifique y desarrolle todo el tratamiento, pues es generalmente a través de una indicación médica bajo un protocolo de sesiones que llega al servicio de rehabilitación, seguramente le tocará a más de un técnico atender al paciente. Pero al trabajar de forma particular independiente, al llegar el paciente, debe ser realmente de forma voluntaria (a menos que su deterioro cognitivo o patología no se lo permita y será a través de la familia que llegue), siempre digo y aclaro entre tantas cosas, que el rehabilitador es solo una herramienta, que si el paciente no la usa, puedo estar todos los días que no se podrá avanzar. Si tengo un martillo arriba de la mesa, el martillo no martilla por si solo el clavo, debe haber quien use ese martillo para clavar. El paciente, su familia, la indicación médica lo hacen llegar a nosotros, con un montón de ilusiones para encontrar soluciones a sus necesidades, es muy importante ser claros, no permitir que el paciente y su familia se frustren, tampoco dejar que en la emoción de recuperarse hagan más de lo que corresponde, porque puede ser igual de negativo como no cumplir con las tareas que les dejamos. Si pedimos más de lo que el paciente puede dar de sí para su recuperación y no lo logra, se frustra, lo cual lleva a perder toda la confianza personal en su rehabilitación, como también la que deposita en el profesional. El paciente debe poder realizar lo que le pedimos, no solo con nosotros, también solo o con sus familiares o asistentes, para así no quedar rehenes del profesional. Siempre digo que no quiero gabrieles dependientes. También trato de que el tratamiento lleve la menor cantidad de sesiones, y que el paciente, familia, médico tratante, se den cuenta que el

paciente mejora por su dedicación y aplicación de las herramientas que le doy, y no por atenderlo todos los días, ir viendo lo que el organismo responde y darle lo justo y necesario, aunque por supuesto, hay excepciones. El parafraseo, cuyo término aprendí en el curso, es fundamental, que se entienda lo que queremos transmitir, resaltar lo importante, ver el vaso lleno y sacar el mejor provecho.

Volviendo al tema, al llegar al paciente, se atenderá a los datos que podemos lograr de una historia clínica, estudios clínicos y paraclínicos, indicación médica, anamnesis con el paciente y su entorno, mucha observación, para luego pasar a una evaluación, foto del paciente en ese momento y situación. Como decía mi gran docente y luego “amigo” Prof. Lic. Ft. Luis Martínez, “hacer el ojo a la pala” o ¿alguien vio a un pizzero medir el bollo o la masa que luego se adapta a la porción y pala?

Luego se planifica un tratamiento, donde se contempla las posibilidades de frecuencia, no solo por la disponibilidad de las partes, también la situación económica para no dejar de tener un honorario adecuado pero que el paciente pueda afrontar el gasto de todas las sesiones necesarias, cada tratamiento tendrá su requerimiento, algunos serán de por vida, otros serán de actuación inmediata, hay patologías o lesiones que de no atenderse en el momento, dejaran secuelas de por vida, siempre debemos ser claros y explicar qué se puede lograr y lo que no, y que lo que quede manifiesto se puede suplir o complementar para continuar desempeñando las actividades de la vida diaria.

A pesar de planificar las sesiones, cada día encontramos al paciente de forma distinta, por el estado de ánimo, descanso, alimentación, etc. Habrá que hacer una evaluación rápida para saber si debo variar el contenido de la sesión planificada. Se fijan objetivos y se planifica, cada tanto, según el paciente y la causa que lo trajo a atenderse, se evalúa y se corrige seguido, para lograr un óptimo resultado.

Siempre explico a los pacientes, que “si no me hacen caso, los dejo de atender”, pues no me sirve que los vean si no progresan, me sirve que los vean avanzar, así preguntan cómo lo logran,

-¿qué mal lo veo, no hace nada para estar mejor?

-Si, viene un fisioterapeuta a mi casa 3 veces por semana hace dos años,

Es muy distinto a:

-Fulanita, que bien que te veo, hace poco no caminabas así,

-Es que estuve haciendo fisioterapia, cuando precises... tengo uno genial.

y así continua el boca a boca que hace que hace tantos años me dedique de forma particular independiente a la rehabilitación.

Cualidades o habilidades de un mediador / Rehabilitador

Un mediador, como aprendimos en el curso, debe cumplir con determinadas características como tener actitud conciliadora, quitar connotaciones negativas, ser creativo y original, manejar el autocontrol, separar su vida particular o no dejar que influya de forma negativa en el proceso, debe saber escuchar, reformular y ordenar, y ser buen comunicador, tener capacidad de aplicar los principios de la mediación: neutralidad, imparcialidad, equidistancia entre las partes y la confidencialidad, entre otros. Legitimar a las personas y sus emociones, darle el valor que merecen, identificar el meollo del conflicto.

En nuestras tareas debemos alcanzar las mismas habilidades, observar, preguntar, evaluar y procesar toda la información para plantear objetivos, planificar y tratar, reevaluar, modificar el plan de tratamiento, explicar y argumentar cada vez que sea necesario, para lograr la mejor solución al conflicto, lesión, patología etc.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS. Diálogo entre las partes. Identificación de intereses y posiciones. Identificación de coincidencias y de contradicciones. Identificación de áreas neutrales y de prioridades. Estímulos para generar opciones. Posibilidad de reuniones privadas.

Durante el curso se nos enseñó como suavizar preguntas con frases introductorias: Es posible qué... Cómo fue qué... Diría Ud. qué... Ha habido alguna oportunidad

qué... Qué impulsó su decisión de... A qué atribuye qué...

Cómo también palabras modificadoras: Podría, Quizás, tal vez, En cierto grado, Casi,

Algún tanto,

La recomendación: Pregunte siempre con algún propósito, en función de la etapa del proceso en que se encuentre y en base a la estrategia delineada.

Pautas para mediadores:

Autodeterminación. Imparcialidad. Conflictos de intereses. Competencia. Confidencialidad. Calidad del proceso. Publicidad y ofrecimiento. Honorarios. Obligaciones frente al proceso de mediación.

Vivir en conflicto enferma... Lo que no se debe hacer: Valorar, acusar, enjuiciar. Adoctrinar, Corregir, cambiar. Restringir la información. Amenazar.

Antes de tomar una decisión, genere muchas opciones. A mayor cantidad de opciones “sobre la mesa”, más probabilidades habrá de encontrar una que sea satisfactoria para todos.

Un buen resultado es aquel que se ha alcanzado luego de haber explorado todos los posibles caminos para lograr un acuerdo.

Sea creativo. Para esto será de ayuda contar con una “caja de herramientas”, la cuál será personal e intransferible, pero hay algunas que seguro compartiremos:

- PARAFRASEO
- DARSE CUENTA
- REENCUADRE O REPLANTEO
- DIÁLOGO REFLEXIVO.

¿Cómo ha cambiado mi trabajo a partir de tomar el curso?

No tengo dudas que lo aprendido en el curso fue repercutiendo en mi trabajo desde el primer día, pues al ir participando de las clases podía identificar innumerables ejemplos de mi relación profesional con instituciones, médicos, pacientes, familiares y también con pares de la salud con los que trabajé y trabajo. También durante mis sesiones iba y voy recordando las herramientas, procesos, recomendaciones etc. adquiridas.

A modo de ejemplo, contaré una experiencia reciente, con una paciente adulto mayor (89) con la que trabajo hace aproximadamente año y medio, la cual no solo ha enlentecido enormemente su deterioro, también recuperó la mayoría de las actividades de la vida diaria que había perdido en los últimos 8 años. La Sra. siempre fué absolutamente independiente en su vida, al dejar su actividad laboral, se mudó con una de sus hijas, yerno y luego nieta. De a poco sus hijas fueron absorbiendo negocios familiares y manejo de cuentas, decisiones y también hasta los desplazamientos que podría hacer por paseos o visitas a amistades, esto acelera los procesos de deterioro cognitivo y de movilidad, sumados a patologías propias de la edad, genéticas y de hábitos, A esto se le suma la tensión que le provocan los problemas familiares.

A nivel kinésico y cognitivo se han obtenido excelentes recuperaciones y se ha enlentecido el progreso de sus males. Pero cuando surge algún problema o situación medianamente limite en su entorno, ella se mortifica y tensiona, allí repercute en su concentración y confianza en cómo se siente con sus logros físicos, claro, aparecen contracturas, tensiones, dolor, miedos, por ejemplo a caerse, y además, algo muy común en adultos mayores cuando se dan cuenta del poder que ejercen en su entorno cuando los ven “enfermos”. Cuando el adulto mayor está “bien”, recibe menos atención, y si esta “mal” todos les prestan mayor atención.

Salvo algún día, por mal descanso o que realiza mucha actividad para sus capacidades, esta señora conmigo realiza una rutina bastante exigente de ejercicios sentada, parada, subir escaleras, marcha y entrenamientos de uso de bastón y andador por

si un día los precisa, entrenamiento de cuidados posturales y prevención de caídas, además de las grandes charlas que tenemos en los momentos de descanso o pausa entre ejercicios. Los momentos en los que existe algún problema en su entorno, en el cual ella no tiene ni voz ni voto, es donde su desempeño y rendimiento disminuye en las sesiones de tratamiento, pero con técnicas de PNL, reestructuración cognitiva y derechos asertivos, siempre logré que igual responda. A partir del curso de mediación, cuento con mucho más herramientas para ayudarla a ella y a su entorno, mi comunicación con la familia, empleadas que la cuidan, médicos tratantes y con ella. Siempre siento que estoy mediando, sin perder la autoridad en cuanto a impartir el tratamiento, pero el explicarles a los médicos lo que observo a diferencia de lo que narre su entorno, bajar a tierra lo que los médicos evalúan e indican, el que la familia entienda lo que está sucediendo y como no debe alterarlos más que ocuparlos.

Cada parte quiere que se resuelva a su manera, nadie quiere ceder a la manera de otros, cada cual quiere resultar lo menos involucrado o perjudicado posible, piensa en sus intereses, pero como notamos en la mayoría de los conflictos, la mediación tiende a que todas las partes involucradas obtengan el mayor provecho, aunque alguno siente que pierde, todos están ganando, porque no alcanzaran su mayor beneficio, pero se resuelve el problema. Entonces, a partir del curso, cada vez que aparece una situación de este tipo, me resulta más fácil y rápido identificar el conflicto, me comunico con cada una de las partes, les propongo que aporten sus ideas de solución, hago que se escuchen, que se expresen con respeto, parafraseo, buscamos puntos de acuerdo, y queda implícito de forma simbólica.

Bibliografía

- -¿Qué es la mediación?

Vigotsky

Sergio Arch Guerrero

rev.latinoam.psicol. vol. 45 no.1 Bogotá Jan./Apr. 2013 – Libros García-López (2011). Mediación: Perspectivas desde la Psicología Jurídica. Bogotá: Manual Moderno. Pp. 278.

Getting To Yes: Negotiating Agreement Without Giving In de Fisher y Ury, publicada en Estados Unidos por Houghton Mifflin Company, 1981. BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales, N° 17, pp. 67-80, 2014, ISSN: 1575- 0825 (<https://www.redalyc.org/pdf/3221/322132552005.pdf>)

- -¿Qué es conflicto?

Highton, Elena y Gladys Stella Álvarez, Mediación para resolver conflictos.

- -Proceso de mediación y sus etapas y -Cualidades o habilidades de un mediador

Material y apuntes de clase del curso

- Agradezco a los prestigiosos docentes:

Dra. Cristina Hernández, Esc. Mónica Casavieja, Dr. Federico Davedere y Dr. Fabián Modernell. Esos docentes que nos pasaban material de estudio durante toda la semana, y eso ha continuado, siempre notificando de actividades relacionadas

Al Colegio Médico del Uruguay, su directiva, los organizadores del curso, a la secretaria y a todos los que hicieron este curso posible, no solo por su contenido, también por su utilidad y la gran oportunidad que nos abre a futuro a implementarlo en nuestro sistema de salud y así contribuir con un granito de arena más a crecer como sociedad civilizada y sensible.

A todos los compañeros de curso, porque se formó un grupo increíble.

Fue una experiencia maravillosa, en plena pandemia que nos afectó tanto. Todos los viernes a la noche, nadie podía faltar, no queríamos terminar, queríamos seguir y seguir, las clases finalizaban luego de 22hs y nos quedábamos, en sala o luego por grupo de WhatsApp que formamos.

La Negociación como herramienta de la Humanización en Salud”

Dra. (Mag) Florencia Krall Curuchaga

Profesor Adjunto Gestión Empresarial – Facultad de Derecho
UDELAR Magister en Inteligencia Emocional – Universidad Isabel de Castilla – Barcelona
Creadora y directora de Fundación Humaniza Josefina

Introducción a la Negociación

Comenzaré este artículo remitiendo a una anécdota que cuento siempre a mis alumnos en clase, para transmitir en lenguaje “apto para todo público” la verdadera esencia de lo que es el Método de Negociación Ganar-Ganar. Cuando era niña, hermana mayor de dos hermanos varones, a mis nueve años, mi mamá un día me dijo:

“Floren, tus hermanos te adoran, te bajan las estrellas, pero si les pedís las cosas de buenos modos seguro vas a conseguir mucho más que si los mandoneas y les hablas feo”.

Por aquel entonces, ni mi mamá ni yo sabíamos lo que yo estudiaría ni que me apasionaría tanto por esta metodología, pero sin duda marcó algo en mi forma de ser y de gestionar los vínculos con los demás.

Al avanzar en mi carrera, descubrí la materia “Gestión Empresarial” (de la que hoy soy docente), y junto con ella y de la mano del docente a cargo Jorge Henon Risso, fui conociendo el apasionante mundo de la Negociación y el manejo de las emociones. La Escuela de Negociación de Harvard define a la Negociación como un *“Método de resolución de conflictos, que implica un proceso de mutua comunicación entre las partes, encaminado a lograr un acuerdo con otros, cuando hay intereses compartidos y opuestos”.*

El desafío no consiste en eliminar el conflicto, sino en transformarlo. Consiste en cambiar el modo en que manejamos nuestras diferencias más graves, en reemplazar la pelea, la violencia y la guerra por procesos más constructivos.

La Negociación es entonces, un medio básico de conseguir de los demás aquello que deseamos sin menoscabar sus derechos ni dañar las relaciones. Es una comunicación de ida y vuelta, diseñada para alcanzar un acuerdo.

En todo proceso de negociación, el buen negociador debe tener la habilidad para comprender y llevar a la otra parte por el camino más conveniente para ambos, conduciendo la relación interpersonal de la forma más adecuada a fin de alcanzar lo que

en el propio lenguaje de Harvard se denomina “SOLUCIÓN CONJUNTA DE PROBLEMAS”. Esto implica satisfacer los intereses de ambas partes. Una actitud emocional adecuada por parte de los negociadores, ayudará a conseguirlo.

Por medio de la Competencia Emocional, los negociadores reconocen sus propias emociones y aprenden a gestionarlas, al mismo tiempo que se motivan y empatizan con la otra parte, consiguiendo buenas relaciones. Es lo que llamamos “Negociación con uno mismo”, o como se denomina en Inteligencia Emocional, habilidades de Autoconocimiento y Autocontrol, como lo veremos en el capítulo 5.

Los buenos negociadores son muy persuasivos e influyentes y saben utilizar estrategias sutiles para conectarse emocionalmente con la otra parte. Exponen muy eficazmente sus puntos de vista, en busca de la mejor solución, tanto para sí mismo como para la otra parte.

Los conflictos y la necesidad de Negociar.

Casi a diario, podemos vernos envueltos en conflictos resultantes de la interacción con otras personas. Esto ocurre en el ámbito del hogar, laboral y en todo tipo de relaciones que se nos presenten a lo largo de la vida. Lo cierto es que ya seamos un ejecutivo, un abogado, un dirigente sindical, un educador, médico o paciente, la necesidad de negociar es un hecho que se nos presenta casi a diario.

La necesidad de negociar aparece cuando en las interacciones de una relación surgen conflictos debido a una percepción de intereses divergentes o a la creencia de que no podrán lograrse simultáneamente las aspiraciones actuales de los actores involucrados. La aparición de ese conflicto, está anunciando la necesidad de un cambio en el estilo de la relación, si se pretende que ésta mejore.

La mayoría de la gente, frecuentemente percibe que un proceso de negociación lo enfrenta a una elección difícil o dolorosa: o a tratar de preservar la relación o adoptar técnicas competitivas para vencer a la otra parte, lo cual genera una escalada (acciones – reacciones). Esto conduce eventualmente a un deterioro o incluso el rompimiento de las relaciones.

Los campos de la NEGOCIACIÓN y de la RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS han sido objeto de investigación académica y experimentaciones activas por parte de los

principales “gurús” del management y ha crecido sensiblemente en el Uruguay en los últimos 20 años. Uno de los principales referentes académicos extranjeros ha sido la Universidad de Harvard en Estados Unidos¹. De dichas investigaciones ha surgido un gran número de sólidos conceptos, estructuras de referencia y puntos de vista que guían ahora a algunos practicantes individuales y grupales, incluso para negociar con diferentes culturas.

La Negociación según la metodología de la Universidad de Harvard.

De las investigaciones realizadas en la Universidad de Harvard pudo determinarse que una negociación pobre conduce inevitablemente a acuerdos inferiores, relaciones agrias, impares y también, a una escalada de conflictos, cuando no a la ruptura de una relación que, de utilizar otras actitudes, comportamientos, habilidades y métodos, podría haber resultado sumamente beneficiosa para todas las partes.

Todos estamos de acuerdo, que en la relación médico-paciente, esta escalada y ruptura de relaciones no hacen más que perjudicar a un paciente y su tratamiento.

Dichos estudios concluyeron en que era posible transformar un proceso de negociación que inicialmente se presentaba como una mera confrontación adversarial, en una solución de problemas mutuos con beneficios para todas las partes, a través de técnicas conducentes a: 1) una negociación más efectiva; 2) la creación de acuerdos que satisfagan los intereses propios y los de las otras partes; 3) la construcción de relaciones sólidas, capaces de comprender y por tanto tolerar mejor las respectivas diferencias.

Tradicionalmente, la negociación ha sido una destreza especial de los ejecutivos para manejar disputas y lograr acuerdos, pero hoy, la negociación es un modo de vida para aquellos que confrontan la necesidad de cambio. Esas necesidades de cambio en

1 - Fisher, Roger y Ury, William “Obtenga el Sí: El Arte de Negociar sin Ceder” (1991)

el manejo de las relaciones, cada vez se presentan con mayor frecuencia y requieren resoluciones cada vez más rápidas y efectivas. Máxime, cuando se trata de la salud de las personas.

Es por ello, que me resulta inevitable recurrir a los conceptos básicos de Negociación para acercarnos a una Asistencia Sanitaria más Humanizada, o por lo menos intentarlo, y así lo ilustraremos en las conclusiones del presente trabajo.

La Negociación y el manejo de Emociones en la relación Médico-Paciente

Se preguntarán ustedes ¿dónde veo esta similitud o cercanía?

Cosas de la vida me llevaron a conocer el sistema sanitario desde adentro, muy de adentro. En el año 2017 mi hija Josefina, de 10 años, fue diagnosticada de Cáncer. Un Tumor raro, muy raro, único en el país y prácticamente en el mundo. Su tratamiento nos llevó a recorrer durante más de un año nuestro sistema sanitario así como el del Hospital Sirio Libanés de San Pablo. Y luego de su fallecimiento, conocer modelos de Humanización de la Asistencia Sanitaria en otros países, estudiar los mismos y tratar de llevar adelante un cambio cultural hacia una asistencia sanitaria más Humanizada.

Esta necesidad no surge solo de nuestra vivencia y experiencia como pacientes, sino en que una de las principales carencias que encontramos en el camino fue en el trato hacia los pacientes y sus familiares en general. La falta total de empatía y comunicación asertiva, sobre las que tanto habíamos aprendido en nuestra carrera profesional y docente, se ausentaban en el sistema sanitario.

Todas esas características que veremos se exigen para ser un buen Negociador, era precisamente las que faltaban en los equipos de salud. Y vaya si serán necesarias para que exista una buena relación Médico-Paciente. Todo lo que yo había aprendido de gestionar nuestras emociones y las de los demás, de ser empático, de comunicar asertivamente para lograr una Negociación exitosa para ambas partes, se desvanecía

al ingresar a un centro médico. Trataré entonces en este artículo y de la manera más sencilla posible, de introducirlos en los conceptos básicos, estructuras de referencia y puntos de vista últimos desarrollados por el Programa de Negociación (Program on Negotiation -PON) de la Universidad de Harvard, brindando conocimientos y herramientas para mejorar sus habilidades negociadoras, para resolver problemas comunes y para tomar decisiones en conjunto, invitándolos además a continuar auto-perfeccionándose, así como para adquirir nuevas competencias, comportamientos y habilidades propios y tan necesarios de la actividad médica.

Como expresé anteriormente, la NEGOCIACIÓN es un “Proceso de mutua comunicación entre las partes, encaminado a lograr un acuerdo con otros cuando hay algunos intereses compartidos y otros opuestos.”

Si bien la Escuela de Negociación de Harvard plantea cinco obstáculos básicos en todo proceso de Negociación (ellos son: 1. Nuestras Emociones; 2. Las Emociones del otro; 3. su Posición; 4. su Descontento y 5. su Poder), nosotros en este artículo referiremos únicamente a los dos primeros por entender que los tres restantes no deberían entrar en juego en la relación Médico-Paciente.

Los que sí estarán siempre presentes y jugarán un rol muy importante en dicha relación serán “nuestras EMOCIONES” y las “EMOCIONES del otro”. Ya sea uno el médico o el paciente, ambos deberán relacionarse siempre contemplando y gestionando dichas emociones.

Nuestras propias emociones:

El primer obstáculo para una buena relación, y por ende una buena negociación, está en nosotros mismos. Los seres humanos, a causa del estrés, nervios, etc, y ante el ataque del contrario, tendemos automáticamente a reaccionar. Esto genera un ciclo (circulo vicioso) de ACCIÓN – REACCIÓN en que ambas partes resultan perdedoras. Y en salud, el que más pierde es el Paciente.

El problema que uno enfrenta en la negociación no es solamente el difícil comportamiento de la otra parte sino las reacciones de uno mismo. La ira, cólera, angustia u

otras emociones, nos pueden hacer perder el control frente a una negociación.

Emociones de los otros:

Luego, el otro gran obstáculo que afecta, son las emociones negativas de la otra parte: las que pueden manifestarse a través de ataques, posiciones rígidas, levantar el tono de voz, negarse a escuchar convencidos de que tienen razón.

Todas estas emociones son las que un buen negociador debe intentar comprender y desalentar para lograr una buena relación.

Así, la Negociación estratégica implica ir sorteando esos obstáculos emocionales de manera constructiva.

- Frente al primer obstáculo que, es nuestra “reacción”, la consigna es “SUSPENDER LA REACCIÓN”. Para resolver conjuntamente problemas debemos mantener la calma, el equilibrio mental y concentrarnos en lo que deseamos, en nuestro interés. Figuradamente se le llama a esta estrategia “SUBIRNOS AL BALCÓN” y mirar la negociación desde arriba, desde otra perspectiva.

En la relación Médico-Paciente, este es un ejercicio que deberá hacerse permanentemente por parte de ambos.

- El segundo obstáculo a salvar son las “emociones del oponente”. Así como debemos recuperar nuestro equilibrio mental, debemos ayudarles a ellos a recuperar el de ellos. Debemos desactivar las emociones negativas para lograr el clima apropiado para la solución conjunta de problemas. Para esto debemos ponernos del lado de ellos, escuchándolos, reconociendo sus puntos de vista y sus sentimientos, mostrarles RESPETO.

A esto llamamos “PONERNOS DEL LADO DE ELLOS, EN SUS ZAPATOS”.

Al vivir los vínculos y las relaciones humanas desde el lado de “paciente”, con la vulnerabilidad que ello supone, uno logra ver más que nunca la falta de manejo de estas emociones por parte de los operadores de la salud. La falta de empatía y comunica-

ción asertiva por parte de médicos, enfermeras y personal sanitario en general, no es algo que sólo vivimos nosotros, es un reclamo permanente de los usuarios de la salud, pero además, de los propios miembros del sistema que reclaman falta de formación en esa línea.

La representación más gráfica de esta falta de empatía, y de hecho, nuestro disparador hacia la búsqueda constante de un sistema sanitario más Humanizado, fue la solicitud de un “Cuaderno de Quejas” por parte de Josefina al ingreso en el centro hospitalario.

Muchos se preguntarán ¿por qué José pidió un cuaderno de quejas? Nada parecería ser más ilógico, descabellado, pero a la vez “objetivo”, que un niño de 10 años, hospitalizado, diagnosticado de cáncer, asustado y vulnerable, sienta la necesidad de pedir un “cuaderno de quejas”.

José tenía 10 años, era una niña totalmente sana, deportista, buena estudiante, querida por todos sus amigos. De la nada, un día comienza a manifestar dolor de panza y luego de varias consultas y estudios de rigor, biopsia, traslado en ambulancia al centro oncológico, miedos, incertidumbre, preguntas sin respuestas, ni una sola sonrisa por parte de quienes la recibían, y ante su llanto, el rezongo de las enfermeras:

“Bajame los decibeles Josefina que así no puedo trabajar”.

Esa frase quizá fue la gota que derramó el vaso luego de un peregrinar que queríamos terminara allí, y no nos dábamos cuenta que recién comenzaba.

Seguramente esa furia, desazón y falta de contención por parte de quienes, se suponía, debían contenerla, fue lo que la llevó a solicitar, por motus propia, un “cuaderno de quejas”, y como ella misma lo expresó, “para hacer una lista de quienes me tratan bien y quienes me tratan mal”.

Esa solicitud, que subestimamos al principio, que resultaba jocosa cada vez que lo contábamos como anécdota, que sucedía al “inicio” de una estadía por el sistema sanitario que duraría poco más de un año, terminaría siendo el “símbolo” de nuestra

misión, de todo lo que NO debe suceder en un hospital, del verdadero cambio que buscamos hacia “una asistencia sanitaria más HUMANIZADA”. Ese cambio lo comenzó Jose ese día, a sus 10 años (y sin que ningún adulto lo mencionara); con esa solicitud, con esa reivindicación por un trato amable, cariñoso, HUMANO, hacia los niños “pacientes”.

Así, con la misma espontaneidad que pidió un “cuaderno de quejas”, también expresó en su cuenta de Instagram, luego de ser operada y dada de alta en el hospital Sirio Libanés de San Pablo, “Todos los doctores te pueden curar, pero ellos no solo te curan, te hacen feliz”, junto a una foto de sus médicos brasileiros.

Y qué más gráfico y objetivo entonces que la valoración de un niño hacia la diferencia en el trato, en el vínculo, en la relación médico-paciente. Esa falta de empatía no fue valorada por un adulto sino por un niño.

De la Gestión de las Emociones a la HUMANIZACIÓN

Mucho me pregunté durante la enfermedad de Jose y luego también, ¿cómo yo me había formado (gracias a mi gran mentor Jorge Henon Risso) y hoy formaba a estudiantes de Abogacía en estas herramientas, en Negociación, Comunicación e Inteligencia Emocional, como enseñaba a ser “empático” con el otro, a comunicarme en buenos términos, siendo asertivo en la comunicación, y el día que me tocó convivir con el sistema sanitario, atravesar el diagnóstico de Cáncer de un hijo y convivir con ello, no hubo nadie del sistema que fuera “empático” con nosotros? Y en ese camino de HUMANIZAR, de formar gente en esta área, en concientizar que para poder tratar bien al otro debemos empezar por tratarnos bien a nosotros mismos, fue que comencé a navegar cada vez más profundo en este mar de conocimientos, el de la INTELIGENCIA EMOCIONAL.

Encontré ese hilo conductor que había entre la Negociación, la Inteligencia Emocional y la HUMANIZACIÓN. ¿Y cuál es ese hilo? Las EMOCIONES, las nuestras y las de aquel que debe cuidarnos.

Ese manejo de emociones, que en Inteligencia Emocional implican “autoconocernos”

y autocontrolarnos”, son ingredientes claves en una Negociación y también son ingredientes claves en la Humanización de la atención sanitaria.

Porque la Humanización implica precisamente poner a las personas en el centro, y para ello, lo primero que debemos hacer como humanos es atender a las emociones.

Hoy, la SOCIEDAD, el MUNDO entero, está viviendo un dolor similar a ese que nosotros experimentamos: encierro, desesperanza, soledad, y pérdida de seres queridos. A este ritmo, nadie se salvará de ello. Ante este escenario, en el que todos seremos actores, queremos “cuidar a aquellos que nos cuidaron” y que hoy siguen firme en las trincheras más que nunca. Aquellos que deben hallar la forma de “emocionar” e “ilusionar” a diario tanto a sus Equipos, como a sus Pacientes.

“Todos los doctores te pueden curar, pero ellos no solo te curan, te hacen feliz”
(Josefina Ruiz)

La INTELIGENCIA EMOCIONAL, será la gran herramienta humana que hará del sistema sanitario un sistema más Humanizado.

El concepto de Inteligencia Emocional ha llegado a prácticamente todos los rincones del planeta, en todo tipo de formato, educativo, empresarial...

Hoy, más que nunca, vemos en esta herramienta, la gran aliada a todos aquellos que están dejando su salud física y mental en el campo de batalla, en la primera línea.

La Inteligencia Emocional fue definida como la “condición sine qua non del liderazgo” y hoy todos seremos líderes en esta batalla. Por ello quiero compartir cuáles son esas herramientas que les ayudará a lidiar con el enemigo y con ustedes mismos. Herramientas para la vida en general. Comenzaré por citarles la definición de Daniel Goleman sobre Inteligencia Emocional:

“La Inteligencia Emocional es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía y la agilidad mental. Estas características configuran rasgos de carácter tales como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una

buena y creativa adaptación social²”

Así, la Inteligencia Emocional engloba o incluye cinco habilidades básicas:

Autoconocimiento, Autocontrol, Automotivación, Empatía y Relacionamento interpersonal.

Son precisamente estas competencias las que entendemos clave en la formación de todo operador de la salud, médico y no médico, para su bienestar y para el de sus pacientes.

1. Autoconocimiento

Esta habilidad nos permite tener una profunda comprensión de nuestras emociones, de nuestras fortalezas y debilidades. Implica la capacidad para autoevaluarnos de manera realista. Nos dará confianza en nosotros mismos pues nos permitirá comprender bien nuestras limitaciones, no sobre exigirnos y saber cuándo pedir ayuda. Implica en definitiva, conocerse a uno mismo.

2. Autocontrol:

Refiere a la capacidad del individuo para, a partir del reconocimiento de sus emociones, controlarlas y dirigir las en la dirección adecuada. Por medio del autocontrol, puede permanecer sereno y lúcido frente a una situación crítica, algo frecuente en el sistema sanitario.

Las personas que dominan sus sentimientos e impulsos, son capaces de crear buen clima laboral y confianza. La AUTOGESTIÓN le permite al líder emocionalmente ser transparente, al ser capaz de expresar abiertamente sus creencias y sentimientos, ser flexible para responder oportunamente a los cambios, tener iniciativa para promover la acción y ser optimistas al enfrentar las situaciones adversas como oportuni-

2 - Goleman, Daniel. La Inteligencia Emocional (1996)

dades para crecer en nuevas direcciones.

3. Automotivación:

Supone disponer de la capacidad de auto motivarse e implicarse de manera emocional en diversas actividades de la vida personal, social, profesional y de tiempo libre. La motivación y la emoción van siempre juntas, y es que auto motivarse es esencial para dar sentido a la vida. Si no tenemos motivación en nada de lo que hagamos, nuestra vida estará carente de emociones y en definitiva, de sentido.

Si hay algo que comparten todos los líderes es la MOTIVACIÓN, pasión por lo que hacen. Se sienten impulsados a obtener logros más allá de las expectativas. La palabra clave es “lograr” y hoy “lograr” se traduce en salvar vidas. Buscan desafíos creativos todo el tiempo, querer aprender y enorgullecerse del trabajo bien hecho. ¡Hoy todos tenemos la oportunidad de mostrar más que nunca esta competencia! Se ve a diario en todos los ejemplos que se viralizan en las redes sociales, en las noticias e incluso en las charlas entre amigos. Ante la desesperanza que está generando la Pandemia del CORONAVIRUS, el mundo entero necesita motivarse.

4. Empatía:

Somos fundamentalmente seres sociales, de modo que, igual que debemos conocernos a nosotros mismos, también debemos esforzarnos por conocer a los demás, de forma comprensiva, exigente y comunicándonos con confianza y asertividad. Esto se consigue a través de la EMPATÍA.

La empatía, básicamente hace ponernos en el lugar del otro, lo que facilita la comprensión de los demás. Consideración por los sentimientos de los demás y tomar en cuenta sus temores. Ponerse, genuinamente, en el lugar del otro. Hoy, la empatía es un ingrediente importante por al menos dos razones: la necesidad imperiosa del “trabajo en EQUIPO” y la situación límite que está viviendo toda la sociedad.

Significa entonces, que debemos revivir las emociones ajenas tal y como las sienten

los otros. Ponernos figuradamente “en la piel del otro”, “ponerse en los zapatos del otro”.

Uno de los puntos más vulnerados que encontré en el camino dentro de la sanidad, fue la “falta total de Empatía” hacia los pacientes y sus familias.

Leyendo sobre este tema y puntualmente respecto al concepto de este término que se ha puesto tan de moda, encontré en el Libro “EQUILIBRIO: Cómo Pensamos, Cómo Sentimos, Cómo Decidimos” de Daniel López Rossetti la explicación más completa, amigable y ajustada a la relación Médico-Paciente.

Remito textualmente a sus palabras, a efecto de no desvirtuar nada de lo manifestado por el autor: “EMPATÍA como una capacidad de nuestra mente, como tantas otras, que conjuga maravillosamente las funciones relacionadas con la Razón y la Emoción.” Y es que precisamente lo que debe hacer un médico al dirigirse a sus pacientes es “conjugar la razón con la emoción”.

EMPATHEIA, del griego, significa “emocionado”. Sentirse emocionado. Pero no cualquier emoción, sino aquella que nos liga a otro, vinculada a las relaciones sociales. Se trata de entender la emoción del otro, de comprender la experiencia emocional del otro como si fuera nuestra.

En el sector sanitario y de cuidados, estas habilidades se tornan absolutamente insoslayables. Guadalupe Sánchez, enfermera de la Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa, escribió una tesis titulada “Las emociones en la práctica enfermera”. «Si la relación interpersonal entre los enfermeros y el paciente no genera una conexión emocional, cuidar con una perspectiva integral es muy complicado: podemos cuidar la enfermedad, pero no a la persona, que es más que su cuerpo».

El trabajo emocional, según esta enfermera, beneficia a la actividad sanitaria en diversas dimensiones. «Lo que más valora la gente es el tipo de trato que ha recibido del personal sanitario. Hay estudios que señalan que cuando los médicos o enfermeros conectamos emocionalmente, se producen menos casos de abandono precoz del tra-

tamiento y, por tanto, menos recaídas», expone.

Y me parece muy importante destacar esta cita, porque refleja la visión de un miembro de la salud y no de un paciente. Lo que muestra claramente que no es un reclamo sino más bien una necesidad desde los mismos operadores de la salud.

De hecho, y citando nuevamente a Goleman, él mismo expresa: “La relación médico-paciente mejoraría incluyendo en la educación médica herramientas básicas de Inteligencia Emocional”

5. Relacionamiento interpersonal:

Esta competencia refiere a las relaciones que tenemos con los demás, que deben favorecer en todo momento nuestro bienestar. Supone la capacidad para encontrar puntos comunes y estrechar lazos con los demás. La habilidad social es la culminación de las otras competencias.

Así, la Inteligencia Emocional trata del conocimiento y control de las emociones de uno mismo, pero también del resto de individuos, con el fin de provocar un cambio en la actitud y comportamiento.

Desde los tiempos más remotos, el ser humano ha sentido la absoluta necesidad de relacionarse con los demás, así como de formar parte de un grupo. Estas relaciones y este sentido de pertenencia, son los que dan sentido a la vida de cada individuo y es que resulta muy difícil imaginarse una vida sin establecer ninguna relación con nadie.

Pero si hay un lugar donde se hace necesario, más que en cualquier otro, el buen Relacionamiento Interpersonal ese es el ámbito sanitario. Es aquí donde las personas se encuentran más vulnerables que en cualquier otro lugar, donde más empatía, compasión y buen trato necesitan. Del manejo correcto de estas habilidades, la Negociación y la Inteligencia Emocional por parte de los equipos de salud, es que entendemos radicarán gran parte del éxito de la HUMANIZACIÓN en salud.

¿Y en qué basamos nuestro razonamiento?

Gran parte de la bibliografía internacional que ha estudiado a fondo sobre la Humanización, sostiene que la Humanización de los cuidados se fundamenta en la interacción entre varios actores (Pacientes y familiares, Personal médico y no médico, cuidadores) y en la participación activa de los profesionales sanitarios encargados de ofrecer ese cuidado a los pacientes.

Es por ello, que la Humanización de los cuidados está principalmente enfocada al conjunto de competencias personales que permiten desarrollar la actividad profesional dentro del ámbito sanitario, respetando y velando por la dignidad y el respeto al ser humano. Y es por ello, una actividad enfocada a la mejora del cuidado de la salud, tanto física como mental y emocional, dirigida tanto hacia los pacientes como a los propios operadores de la salud.

Conclusiones:

Atendiendo a lo antedicho, creemos firmemente que la Humanización de la Salud implica que el personal sanitario cuente con un conjunto de herramientas o habilidades tanto sociales, como personales y emocionales que defina su práctica profesional, facilitando el desempeño laboral y permitiendo que la persona, el paciente y su familia sean tratados con empatía, buen trato, respeto y compasión.

Se trata de un enfoque de construcción conjunta de la salud, donde el profesional es capaz de respetar a la persona y de ser sensible a sus necesidades, partiendo de que cuenta con herramientas que permiten mejorar su bienestar y el del paciente, desde un enfoque holístico, basado en la intersubjetividad y reciprocidad.

Es por tanto el conjunto de “competencias” que permitirán que el paciente pueda ser considerado realmente como el centro del sistema, donde pueda participar activamente del proceso del cuidado de su propia salud, convirtiéndose así en parte activa de su proceso junto a los profesionales sanitarios. La participación de ambas partes en el proceso, ponderando las emociones conducirá a una asistencia más HUMANIZADA.



La Posibilidad de Gestionar Pacíficamente los Conflictos en el Colegio Médico el Uruguay.

Dr. Fabián Modernell

Abogado- Mediador del Poder Judicial
Magister en Mediación e Intervención Familiar,
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción

Hace algunos años, desde el derecho se enseñaba que acceder a la justicia era «tener mi día ante los tribunales». Así, los juristas sostenían que la justicia era un monopolio en mano de los tribunales del Estado y que todos los otros caminos eran «alternativos», y en el mejor de los casos, métodos «complementarios»²². Esa narrativa colonizó y condicionó fuertemente la forma de entender la «administración» o «servicio de justicia» y de enriquecer el sistema con la incorporación adecuada de la «autocomposición» (o incluso «justicia autocompositiva»).

Actualmente, entendemos que acceder a justicia es «el derecho a que mi conflicto sea adecuadamente gestionado». Prestigiosos jueces europeos enseñan que «La justicia ya ha dejado de ser en las sociedades actuales un monopolio gestionado en exclusiva por los tribunales, al igual que la salud tampoco es patrimonio de los hospitales²³.» Se puntualiza que el uso del término «alternativo» no es una denominación neutral, sino que es la visión que en el siglo pasado tenía el mundo de derecho de los conflictos²⁴.

A nivel normativo (en derecho comparado), las nuevas leyes incorporan claramente el concepto de «la vía más adecuada para gestionar su problema». En este sentido se expresaba el Ministerio de Justicia Español en 2020, al sostener que:

«El servicio público de Justicia debe ser capaz de ofrecer a la ciudadanía la vía más adecuada para gestionar su problema. En unos casos será la vía exclusivamente judicial, pero en muchos otros será la vía consensual la que ofrezca la mejor opción. La elección del medio más adecuado de solución de controversias aporta calidad a la Justicia y reporta satisfacción al ciudadano. En este contexto cobran importancia las razones de las partes para construir soluciones dialogadas en espacios compartidos.»

22 - GREIF, JAIME. Conciliación, mediación y arbitraje como formas alternativas de solucionar conflictos de familia. R.U.D.P. 1/95, pág. 43/56.

23 - ORTUÑO PASCUAL. Justicia sin Jueces. Editorial Ariel. España, 2018, pág.23.

24 - REDORTA, JOSEP. GESTIÓN DE CONFLICTOS. Lo que necesita saber. Editorial OUC, España, 2011. Página 14: «Alternative Dispute Resolution (ADR, por sus siglas en inglés)... es una denominación otorgada desde el Derecho al conjunto de medios extrajudiciales de resolución de conflictos.»

Anteproyecto de Ley de medidas de eficiencia Procesal del servicio de justicia. Ministerio de Justicia, España, 2020 ²⁵

La Convención de las Naciones Unidas Sobre los Acuerdos de Transacción Internacionales Resultantes de la Mediación («Convención de Singapur de 2019») en su Preámbulo nos presenta a «la mediación como método de solución de controversias comerciales en que las partes en litigio solicitan a un tercero o terceros que les presten asistencia en su intento de resolver la controversia de manera amistosa» y la define en su art. 1 como «cualquiera sea la expresión utilizada o la razón por la que se haya entablado, un procedimiento mediante el cual las partes traten de llegar a un arreglo amistoso de su controversia con la asistencia de uno o más terceros («el mediador») que carezcan de autoridad para imponerles una solución.» Es decir, incorpora a la mediación como un «procedimiento» sin más, sin el calificativo de alternativo, complementario o adecuado.

Países como México sitúan a la «autocomposición» dentro de los derechos humanos fundamentales, en España los jueces pueden suspender los procesos para enviar el caso a mediadores profesionales, en Argentina la «mediación previa obligatoria» (a cargo de mediadores públicos o privados) ha fagocitado a la «conciliación judicial previa obligatoria», en Ecuador los acuerdos obtenidos en mediación tienen fuerza de sentencia, etc. Uruguay suscribe normativa internacional sobre «justicia autocompositiva», que luego incorpora a nuestro derecho (Convención de Singapur, Acuerdos de Escazú²⁶, Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condiciones de Vulnerabilidad²⁷, etc.), el cual es sistema carente de normativa interna sobre mediación

25 - <https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/ActividadLegislativa/Documents/APL%20Eficiencia%20Procesal.pdf>
26 - El Acuerdo de Escazú, de 2018, establece en su artículo 8.7 establece que «Cada Parte promoverá mecanismos alternativos de solución de controversias en asuntos ambientales, en los casos en que proceda, tales como la mediación, la conciliación y otros que permitan prevenir o solucionar dichas controversias.»

27 - Las «Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condiciones de Vulnerabilidad» establecen que: «Regla 43: Se impulsarán las formas alternativas de resolución de conflictos en aquellos supuestos en los que resulte apropiado, tanto antes del inicio del proceso como durante la tramitación del mismo Regla 44: Se fomentará la capacitación de los mediadores, árbitros y otras personas que intervengan en la resolución del conflicto.

Estamos diciendo que esta «pobre y oscura republiquita» ya no genera «leyecitas adelantadas»²⁸. Por lo que se hace necesario que las descubra, las comprenda y obre en consecuencia (creando su normativa interna sobre mediación, incorporándola a la currícula universitaria²⁹, dando el lugar adecuado a los profesionales de la resolución no litigiosa de conflictos, incorporando nuestro país al desarrollo de la Cultura de la Paz³⁰, etc.)

En este sentido, este artículo pretende ofrecer un breve análisis sobre las características de las opciones de «autocomposición» que ofrece la normativa que regula la actividad del Colegio Médico del Uruguay³¹.

Antecedentes constitucionales de la autocomposición pacífica de conflictos

Nuestra Constitución recoge desde el año 1830 (art. 107) el oficio de conciliador. Este oficio de conciliador es una herencia directa de la Constitución española de 1812³² («Constitución de Cádiz») la cual limitaba las facultades de los «Jueces de

28 - «Seremos una pobre y oscura republiquita, pero tendremos leyecitas adelantadas» José Pablo Torcuato Batlle Ordóñez, 24 de octubre de 1915.

29 - La Cumbre Judicial Iberoamericana recomendó en 2016 a las autoridades de los países integrantes: Con respecto a la formación universitaria en Mediación:

«• 1/ diseño y ofertas de un módulo transversal de formación en resolución alterna de conflictos común a todos los estudios universitarios; • 2/ la incorporación de un módulo específico de formación en resolución alterna de conflictos en los planes de estudio de las Facultades de Derecho.» En XVIII CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA Asamblea Plenaria. ANEXO XVII A LA DECLARACIÓN FINAL. Informe del Grupo de Trabajo Una Respuesta al Desafío de la Resolución Justa y Efectiva de Controversias .13 al 15 de abril de 2016. Paraguay. Página 7.

30 - La Cumbre Judicial Iberoamericana recomendó en 2016 a las autoridades de los países integrantes: La Cumbre Judicial Iberoamericana recomendó en 2016 a las autoridades de los países integrantes: «Los Poderes Judiciales deben integrarse en el desarrollo de la Cultura de la Paz que aparece proclamada como aspiración de la humanidad en la Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en la Resolución 53/243, de 13 de septiembre de 1999...» En XVIII CUMBRE JUDICIAL IBEROAMERICANA Asamblea Plenaria. ANEXO XVII A LA DECLARACIÓN FINAL. Informe del Grupo de Trabajo Una Respuesta al Desafío de la Resolución Justa y Efectiva de Controversias .13 al 15 de abril de 2016. Paraguay. Página 2.

31 - Difícilmente califica en «leyecitas adelantadas», tal vez por haber sido creada sin consultar a los profesionales que disponen de alto grado académico en la especialidad (maestrías en mediación, por ejemplo) y que disponen de una alta experiencia en el ejercicio de la «autocomposición» (por ejemplo, mediadores de la Asociación de Escribanos del Uruguay, del Poder Judicial, etc.).

32 - STOETZER, OTTO CARLOS. La Constitución de Cádiz en la América Española. Revista de Estudios Políticos. N.º 126, año 1962. Editado por el Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. España, págs. 660 a 661. <http://www.cepc.gov.es/publicaciones/revistas/revistaselectronicas?IDR=3&IDN=519>

Letras» a la materia contenciosa (art. 274), al tiempo que creaba dos figuras de claros rasgos autocompositivos: El «Juez árbitro» elegido por ambas partes (art. 280) y el alcalde conciliador (art. 282 a 284) (que era una figura ajena a la judicatura), incluyendo en este último la regulación de un breve procedimiento, resaltando que se trata de una «decisión extrajudicial».

Constitución de 1812 (de Cádiz) / Art. 282. El alcalde de cada pueblo ejercerá en él el oficio de conciliador, y el que tenga que demandar por negocios civiles o por injurias, deberá presentarse a él con este objeto. / Art. 284. Sin hacer constar que se ha intentado el medio de la conciliación, no se entablará pleito alguno.

El art. 284 de la «Constitución de Cádiz» es el antecedente directo de nuestro instituto de la conciliación, el cual está recogido en el art. 107 de nuestra Constitución de 1830 (actualmente art. 255) y que establece la comparecencia a la autocomposición previo al inicio del litigio («oficio de conciliador» a cargo del oxímoron o paradoja³³ de un juez que desarrolle el oficio de conciliador³⁴)

Cabe recordar que la esencia del Juez de Paz de 1830 (el «buen vecino»), se mantiene viva en los actuales Jueces de Paz Adscriptos, Jueces de Paz con potestad en mediación y conciliación y por el cuerpo de mediadores del Poder Judicial.

El espíritu de la Constitución de Española de 1812 se mantiene durante el período de Provincia Cisplatina, ya que al jurar fidelidad a la Constitución portuguesa de 1822

33 - Antítesis oxímoron y paradoja. Son un grupo de figuras basadas en la oposición de significados. En la antítesis jugamos con la aparición de conceptos opuestos en un contexto lógico. ... En el oxímoron los dos términos aparecen juntos provocando un efecto de contradicción lógica. ... La paradoja tiene sobre los anteriores el valor añadido de provocar una reflexión sobre el receptor al colocarlo ante una situación contradictoria que atenta contra la lógica. INSTITUTO CERVANTES. El libro del español correcto. Claves para hablar y escribir bien en español. Espasa, España, 2012. Páginas 139 y 140.

34 - En el estado actual de las ciencias que entienden sobre el conflicto, Conciliación a cargo de Jueces, hablar de conciliación a cargo de un juez es un oxímoron o incluso una paradoja, pues el oficio de juzgar y el oficio de conciliar tienen diferente naturaleza. El juez juzga, dicta sentencia, es el director de un procedimiento heterocompositivo (un tercero neutral que nos ordena lo que hacer). El conciliador concilia, no dicta sentencias, es el director de un procedimiento autocompositivo. Por ello sabiamente la Constitución española de 1812 establecía que el oficio de conciliador lo desarrollaría el alcalde, alguien que no pertenece a la órbita judicial (a la justicia que juzga). Por eso, un juez que concilia resulta ser un instituto tan desnaturalizado como el de un conciliador o de un mediador que dicte sentencias. Se comprende entonces que, ante semejante contradicción lógica, sea un instituto inviable, esto es, de vida lógica.

no hacíamos sino aceptar una constitución «que era casi una réplica de la de Cádiz»³⁵

Nuestra Constitución de 1830 también resulta permeable a la Constitución de Cádiz, no solo en su Preábul³⁶, sino al recoger el oficio de conciliador transformado ahora en Juez de Paz.

La crisis de la «autocomposición pacífica» cargo de Jueces de Paz

Desde 1830 hasta el presente, nuestro derecho colocó de forma antinatural a la antigua función de conciliador (que en su esencia era una solución extrajudicial³⁷) dentro de los mecanismos intrajudiciales. Cae por su propio peso que no es posible obtener resultados lógicos de un instituto fundado en bases antinaturales a su propia esencia. Así, luego de un largo e inevitable camino de tropiezos, en los años ochenta del pasado siglo se hace evidente la crisis del instituto, a tal punto que autores como Enrique Véscovi hablaban de «una función que ha perdido su eficacia»³⁸.

En este contexto, surge en el año 1989 el Código General del Proceso, el cual otorga un lugar especial a la autocomposición, estableciendo en sus arts. 293 a 298 una etapa

35 - STOETZER, OTTO CARLOS. La Constitución de Cádiz en la América Española. Revista de estudios políticos. N.º 126, año 1962. Editado por el Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. España, pág. 661. «Durante la ocupación de la «banda Oriental» por los portugueses (1817-1825), el Congreso Cisplatino juró lealtad a la Constitución portuguesa de 1822, que era casi una réplica de la de Cádiz.»

36 - STOETZER, OTTO CARLOS. La Constitución de Cádiz en la América Española. Revista de estudios políticos. N.º 126, año 1962. Editado por el Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. España, pág. 661.

«La primera Constitución de Uruguay en 1830, después que Argentina y Brasil acordaron la independencia de la «Banda Oriental», era en su mayor parte una imitación de la Carta argentina de 1826. Sin embargo, la influencia de la Constitución de Cádiz se mostraba en algunas partes de ella, tal en el «Preámbulo» —«en el nombre de Dios Todopoderoso, Autor, Legislador y Supremo Conservador del Universo» (74)— en la Religión del Estado como se define en el artículo V (75), y en el artículo III, en el que, como en la Constitución argentina de 1826, se dice que el país no puede ser dejado en herencia, ya sea a una persona o una familia (76). El primer ejemplo representa quizás el eco de la promulgación de la Constitución de Cádiz en Montevideo, mientras que los dos últimos son influencias «doceañistas» indirectas venidas a través de la Carta argentina de 1826.

37 - Art. 283 de la Constitución Española de 1812 (de Cádiz): Art. 283. El alcalde, con dos hombres buenos, nombrados uno por cada parte, oír al demandante y al demandado, se enterará de las razones en que respectivamente apoyen su intención, y tomará oído el dictamen de los dos asociados, la providencia que le parezca propia para el fin de terminar el litigio sin más progreso, como se terminará, en efecto, si las partes se aquietan con esta decisión extrajudicial

38 - VÉSCOVI, ENRIQUE. La Justicia Conciliatoria. Revista Uruguaya de Derecho Procesal, año 1982, tomo 2, pág.177

previa al inicio de un proceso: la conciliación previa a cargo de Jueces. Sin embargo, y a pesar del importante avance que significaba el Código citado, la crisis continúa y el instituto de la autocomposición a cargo de jueces continúa evidenciado serias carencias³⁹. Así, la Suprema Corte de Justicia, por impulso de los estudios e informes realizados por su entonces presidente, Dr. Luis Torello, resuelve tomar una serie de medidas a los efectos de incentivar la eficacia de la Conciliación⁴⁰.

Vinculado a esto, pero fuera de las medidas para incentivar la conciliación, en 1996 la Suprema Corte de Justicia mediante la Acordada 7276 respalda el proyecto surgido de los Servicios Sociales del Poder Judicial⁴¹ (resalto que no surge del ámbito jurídico⁴²), denominado «proyecto piloto de mediación», el cual es el antecedente directo de los actuales Centros de Mediación del Poder Judicial (la «única experiencia permanente en el país»⁴³).

A partir de 1996 el Poder Judicial comenzará una andadura diversa, que culminará

39 - Para ampliar sobre la crisis del instituto de la mediación en los últimos veinte años del siglo pasado, se recomienda la lectura del artículo de la Dra. Mari Loreley Calvo, sobre Jueces Conciliadores... en Estudios de Derecho Procesal en Homaje a Adolfo Gelsi Bidart, Instituto de Derecho Procesal, FCU, 1999, pág. 592 y siguientes. Naturalmente, se trata de una crisis en la propia naturaleza del instituto, la cual difícilmente podía ser detectada por profesionales del derecho. Ello requería la mirada de profesionales de la mediación del siglo 21, que a su vez tuvieran formación de juristas; algo posible únicamente en la actualidad.

40 - El 19 de diciembre de 1994 la Suprema Corte de Justicia resuelve (entre otras medidas) crear Comisiones para preparar informes sobre la instalación de jueces especializados en Conciliación, prepara programas teórico-prácticos de Mediación, Negociación y Conciliación los cuales deberían incorporarse a la formación curricular en la Facultad de Derecho, la Escuela Universitaria de Servicio Social y el Centro de Estudios Judiciales; capacitación de Jueces, Defensores de Oficio, Asistentes Sociales, etc. Incluso se preveía la creación de propuesta de ley en materia de autocomposición. Producto de esta iniciativa es el Proyecto de Ley de Conciliación redactado por los Dres. Luis Torello, Jorge Marabotto y Luis María Simón, y el convenio de colaboración entre el M.S.P. y la S.C.J., en los cuales se habla de «Centros de Autocomposición de Conflictos», con una temática que excedía la conciliación del art. 255 de la Constitución y art. 293 del C.G.P., y que incluía a «Oficiales de Conciliación, Defensores de Oficio y Asistentes sociales» como gestores de la autocomposición del conflicto. Este proyecto naufraga en el parlamento, y con él los «Centros de Autocomposición de Conflictos», heredando los «Centros de Mediación» la infraestructura mencionada en el convenio de colaboración entre el M.S.P. y la S.C.J.

41 - El Departamento de Asistencia Social elabora un proyecto de funcionamiento (la Acordada N.º 7276 dice «informe elaborado por técnicos del SAYPS»). (Servicio de Asistencia y Profilaxis Social del Poder Judicial)

42 - Así lo señalaba el Dr. Nelson Nicoliello: «Como es bien sabido en nuestro ambiente forense, esos Centros no tienen su origen en una disposición legal, ni menos constitucional: dicho en el mejor de los sentidos, es una norma pretoriana; fueron creados por una Acordada de la Suprema Corte de Justicia: la número 7276, del 14 de febrero de 1996.» NICOLIELLO, NELSON. Centros Pilotos de Mediación. TEMAS JURÍDICOS. SUPLEMENTO AL TRATADO TEÓRICO-PRÁCTICO DE TÉCNICA FORENSE. Editorial y librería jurídica Amalio M. Fernández, Uruguay, Página 51

43 - EUROSOCIAL. «Informe Sobre Estado Actual de la Mediación en Uruguay. Avances y Acciones Futuras». Proyecto Fortalecimiento de los Mecanismos Alternativos de Resolución de Conflictos (MASC). Asesoría Especializada Programa Eurosocial II. Experta: Marcela Fernández Saldías (Chile). Noviembre de 2014, páginas 14 y 15

con la situación actual donde se ofrece a la población un cuerpo de Mediadores Judiciales (fuera de la magistratura) y Jueces de Paz Adscriptos con potestad para mediar, así como Jueces de Paz con potestad de mediar y conciliar, como con Jueces de Paz con potestad para de Conciliar (y de delegar la conciliación del art. 255 de la Constitución en Jueces de Paz Adscriptos, no en mediadores).

Sin embargo, el Poder Judicial no ofrece experiencia en «Tribunales de Conciliación», el cual es el instituto que la Ley otorga al Colegio Médico del Uruguay para que colabore en la resolución pacífica de conflictos dentro del ámbito de la salud.

El «actuar como Tribunal de Conciliación» del Colegio Médico del Uruguay

El Colegio Médico del Uruguay tiene la potestad de participar en la administración de justicia mediante un instituto denominado por la Ley como «actuar como Tribunal de Conciliación». Es decir, la normativa vigente no impone, no obliga, no mandata, ni le concede la potestad específica al Colegio Médico del Uruguay para que brinde un servicio de «mediación», como erróneamente se sostuvo hace algunos años atrás²³. Afortunadamente esta situación fue superada, y en la actualidad ya nadie confunde la «mediación» con la «conciliación», ni con «actuar como Tribunal de Conciliación».

La normativa vigente (específica) es la siguiente: la Ley N° 18.591 del año 2009 que crea el Colegio Médico del Uruguay y el Decreto 83/010 el año 201, reglamente dicha ley.

La definición del instituto: La normativa no define ni concede un nombre al instituto, no establece las condiciones generales de funcionamiento, ni el procedimiento que seguirá, no exige requisito específico alguno para integrar este órgano (tan solo el pertenecer al Consejo Regional o al Consejo Nacional, según el caso), no determina la obligatoriedad de utilizar este procedimiento, ni establece el alcance y valor de su proceder (¿acuerdo, laudo, sentencia, etc.?).

Tribunal del Conciliación: El art. 57 de nuestra Constitución establece que la Ley «Promoverá, asimismo, la creación de tribunales de conciliación y arbitraje.» Si bien no conocemos normas que regulen el funcionamiento de un «Tribunal de Conciliación», este instituto tiene la potestad de «actuar como» si fuera un «Tribunal de Conciliación» sin serlo (o sin cumplir los requisitos exigidos para serlo, o sin alcanzar los mismos efectos, etc., quién sabe cuál es la diferencia quiso establecer el legislador entre ser un y el «actuar como Tribunal de Conciliación»).

Límites al «actuar como Tribunal de Conciliación»: ante un conflicto, no siempre se podrá «Actuar como Tribunal de Conciliación». No todo conciliable, no todo es mediable y no todo es negociable.

A. En cuanto a los sujetos: solo podrá actuar ante conflictos generados entre los sujetos indicados en la norma: - El Consejo Regional podrán actuar en conflictos generados entre miembros del Colegio o éstos con terceros (art. 10.F de la Ley 18.592 y art. 22. f del Decreto 83/010) de la misma Regional.

- El Consejo Nacional, podrá actuar en conflictos generados entre miembros colegiados de diferentes Regionales del Colegio (Art. 16.f del Decreto 83/010, para el Consejo Nacional).

- La normativa no prevé la hipótesis de actuar en los conflictos generados entre miembros colegiados y terceros cuando pertenecen a diferentes Regionales del Colegio²⁴.

B. En cuanto al objeto: solo podrá actuar en conflictos cuyo objeto sea de libre disposición por las partes. Es decir, no podrá intervenir en las cuestiones que escapan a la libre disponibilidad de las partes, casos en que resulta competente otro instituto (por ejemplo casos que son materia propia del Tribunal de Ética del Colegio Médico del Uruguay), etc.

C. En cuanto al estado de situación del conflicto: debe tener en cuenta cuestiones propias del actual de la ciencia de la gestión pacífica de conflictos, como por ejemplo: - El estado del conflicto (antigüedad, intensidad, escalada, judicialización, etc.), no siempre se resulta apropiado conciliar o mediar. - Un estado de desequilibrio entre las partes imposible de equilibrar.

El «actuar como Tribunal de Conciliación»: actuar como un Tribunal implica hacerlo como un órgano pluripersonal, formado por al menos tres personas, quienes deben médicos colegiados integrantes del Consejo Regional o Nacional (según el caso).

Para ser integrante de este «Tribunal» la Ley no requiere capacitación especial, ni en autocomposición (conflictología, conciliación, mediación, negociación, etc.), ni en conducción de procesos.

Asistencia letrada de las partes: Tal como establece el art. 2 de la Ley 16.995 del año 1998⁴⁴, los «conciliados» deben contar con asistencia letrada durante todo el proceso de conciliación, ya que el «actuar como» no debe ser en desmedro de lo impuesto por la norma como garantía frente a un conciliador público o privado (mocho más cuando ni siquiera se exige que sea un profesional de la conciliación, mediación, etc).

Valor jurídico de lo actuado: La ley no indica cómo es el proceso que ha de ser utilizado ni su producto final. Desconocemos la naturaleza jurídica, si es una especie de acuerdo voluntario entre las partes, o la decisión impuesta del tercero (del «Tribunal») una sentencia, un laudo arbitral, etc.

El «actuar como Tribunal de Conciliación» y el Tribunal de Ética Médica

El Tribunal de Ética Médica, es un órgano de existencia necesaria, regulado de forma detallada que está regulado por el capítulo VII del Decreto 83/010 (arts. 41 a 59) y las normas aplicables del Código de Ética Médica.

- Algunos de los muchos conflictos que en otros países serían tratados por mediado-

44 - Artículo 2º.- En todo procedimiento de conciliación en sede judicial o administrativa, mediación o arbitraje, cada parte deberá estar asistida por abogado desde el comienzo hasta su culminación. No se requerirá firma ni asistencia letradas en la audiencia en los asuntos cuya cuantía sea inferior a 20 UR (veinte unidades reajustables). Los asuntos no susceptibles de estimación pecuniaria requerirán firma en la presentación y asistencia letrada en la audiencia. Naturalmente, solo están exceptuados de asistencia letrada los procesos de mediación realizados por órganos del Poder judicial, según indica el art. 11 de la Ley 17.707.

res profesionales, aquí son considerados faltas éticas y debido a ello son tratados en el Tribunal de Ética. Por ejemplo:

- Artículo 24 de la Ley N° 18.591: «El Tribunal de Ética Médica es competente para entender en todos los casos de ética, deontología y diceología médicas que le sean requeridos por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio Médico del Uruguay.»
- Artículo 43 del decreto 83/010: «El Tribunal es competente para entender en todos los casos de ética, deontología y diceología médicas que le sean planteados por el Estado, personas físicas o jurídicas o por integrantes del Colegio.»
- Faltas Éticas establecidas concretamente en el Código de Ética Médica (Ley N° 19.286): Art. 6: Asociación con el ejercicio ilegal de la medicina. Art. 14: Atender a los pacientes estando el médico en estado de intoxicación. Art. 18: Publicidad engañosa o desleal. Propiciar tratamientos o productos comerciales cuya eficacia no está comprobada científicamente. Art. 19: Emisión de un informe tendencioso o engañoso, certificado por complacencia. Art. 52: Participar de cualquier forme en tráfico de órganos, células o tejidos humanos. Art. 69.b: Plagio científico.
- Cuestiones éticamente inadmisibles establecidas concretamente en el Código de Ética Médica: Art. 31: Es éticamente inadmisibile que el médico:

A. Reciba una retribución de cualquier índole, por concepto de solicitar a terceros consultas, exámenes, porque terceros prescriban o utilicen medicamentos, aparatos, o por enviar a su paciente a un lugar de tratamiento o que participe en dicotomía de honorarios.

B. Soborne o entregue un provecho indebido a cualquier persona, sea quien fuere, en el ejercicio de su profesión

C. En ejercicio de un mandato electivo o de una función administrativa, haga valer su posición en beneficio propio.

D. Se derive pacientes a sí mismo, de manera directa o indirecta, generando para sí un nuevo acto médico o cualquier otro tipo de beneficio que lo involucre en forma personal, institucional o empresarial y que no esté justificado por la autonomía del paciente y en el mayor beneficio de éste.

E. No utilice todos los medios aceptados por la comunidad médica para beneficio de sus pacientes por privilegiar beneficios personales.

Ni la Ley 18.591 ni la 19.286 (Código de Ética Médica del año 2004) otorgan al Tribunal de Ética la posibilidad de «actual como Tribunal de Conciliación», ni hacen referencia alguna a la posibilidad que utilice métodos no-litigiosos, etc.

Conclusiones

Contrariamente a lo que se sostenía hace unos años atrás, la normativa vigente no le concedió al Colegio Médico del Uruguay la potestad de realizar mediaciones, sino la de «actuar como Tribunal de Conciliación», que como sabemos se trata algo muy diferente a la mediación⁴⁵ (e incluso a la conciliación), con resultados muy diferentes (y siempre con la necesaria asistencia letrada de las partes).

Al analizar las pocas características que pudimos encontrar sobre el instituto de auto-composición⁴⁶ creado por la normativa para el Colegio Médico del Uruguay: «actuar como Tribunal de Conciliación», notamos que se trata de un instituto prácticamente vacío de contenido básico, que no prevé (ni asegura a los usuarios) la capacitación en técnicas de autocomposición de quienes actuarán como integrantes de este «Tribunal». No menciona el procedimiento a seguir, los principios que informan el proceso, los plazos, las consecuencias jurídicas de su accionar, la falta de acuerdo al finalizar el procedimiento, etc.⁴⁷

45 - Como señala el Dr. Jorge Pesqueira Leal, al señalar las diferencias entre la conciliación y la mediación, «La mediación, a diferencia de la conciliación, tiene un grado de complejidad mayor» ... «la conciliación, por la manera en que se simplifica la solución del conflicto, o el hecho de que se decida no resolverlo, es artesanía... » Dr. PESQUEIRA LEAL, JORGE, en https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=xFKjzQob7gg Tema 8 – Panorama general de la Mediación y sus áreas de aplicación en México, minutos 8 a 12

46 - Si tenemos en cuenta que en la conciliación, el tercero interviniente suele estar revestido de algún tipo de autoridad formal y que tiene el poder de sugerir soluciones a las partes, es posible que las partes puedan sentirse condicionadas o presionadas a firmar un acuerdo o aceptar la solución propuesta el conciliador. Es decir, que debido a ello las partes podrían verse presionadas, afectándose por tanto la autodeterminación y voluntariedad de las partes. Debido a esto (y otras circunstancias que exceden el objeto de este trabajo), es posible afirmar que la conciliación, como método de «autocomposición», se acerca demasiado a la «heterocomposición». Por estos motivos el Dr. Jorge Pesqueira Leal afirma que «esto provoca haya más probabilidades de que se incumpla con un convenio de conciliación en lo que toca a un convenio de mediación». Dr. PESQUEIRA LEAL, JORGE, en <https://www.youtube.com/watch?v=0UVIEFqLNMA&t=13s> Tema 7 - Legislación Internacional sobre Mediación Civil, Penal y Familiar. Minuto 7-8.

47 - No sabemos si esto se debe a inexistencia de regulación específica se trata a un silencio deliberado del legislador, una ausencia, o simple desconocimiento del funcionamiento de estos procedimientos de autocomposición.

Debido a ello, los directivos del Colegio Médico del Uruguay han asumido desde su origen, la responsabilidad de procurar recibir formación especializada en técnicas adecuadas para poder desarrollar ese «actuar como Tribunal de Conciliación»⁴⁸ con cierta solvencia técnica, que en este caso son técnicas vinculadas a la conflictología, como la negociación y la mediación.

Asimismo, destacamos que infelizmente la normativa no autoriza al Colegio Médico del Uruguay a ofrecer un servicio de mediación, lo cual hubiera sido un gran aporte, pues la mediación es el instituto con mayor desarrollo a nivel mundial en el ámbito de la gestión pacífica de conflictos.

Sin embargo, es cierto que los involucrados en un conflicto surgido en el ámbito de la salud tiene derecho (y la libertad de) acudir a un profesional de la gestión de conflictos⁴⁹ (en particular de la mediación⁵⁰), sin que afecte o limite el ejercicio de otros derechos, como el de acudir al Colegio Médico del Uruguay en busca de ayuda en este campo. Asimismo, existe la posibilidad de que sea el propio Colegio Médico quien recomiende a las personas el acudir a este mecanismo externo al colegio, por ejemplo el de acudir a los Centros de Mediación del Poder Judicial.

Creemos que el desarrollo y capacitación permanente en métodos de gestión pacífica de conflictos dentro del ámbito de la salud, alcanzando a todos sus operadores, contribuirá a disminuir los factores estresantes que hacen de las organizaciones sanitarias una organización compleja, la más compleja de las organizaciones complejas (pero ese, es tema para otro artículo).

48 - <https://www.colegiomedico.org.uy/calendario/curso-cmu-el-arte-de-medar-en-la-salud/>

49 - Cito a modo de ejemplo: los Centros de Mediación del Poder Judicial, Centro de Resolución de Conflictos de la Asociación de Escribanos del Uruguay, etc.

50 - Que es un tercero que desempeña su tarea de forma profesional (a veces incluso de forma exclusiva), siguiendo fuertes principios rectores: imparcial (no toma partido por ninguna de las partes), confidencialidad (el proceso es confidencial), voluntariedad, etc.



Mediación en salud:

Consideraciones para una implementación eficaz

Nathalie Noechwicz Chillik

Doctora en Derecho y Ciencias Sociales.
Magister en Mediación. Mediadora del Poder Judicial del Uruguay.
Docente de Universidad Católica del Uruguay e instituciones internacionales de Mediación.

Aporte basado en el trabajo de investigación de autoría propia, Noechwicz, N, 2014, "Mediación en Salud: aportes para una nueva medicina", Instituto Universitario KurtBösch.

Introducción

El Sistema de Salud, del que no escapa nuestro sistema uruguayo, es por su naturaleza campo fértil para conflictos de diversa índole, y una gran parte de ellos son originados por fallas en la comunicación. Las disputas entre el personal y su institución, entre éstos con los usuarios de la misma, o entre distintos equipos de la propia organización, tienen inevitables consecuencias negativas en todo el sistema. Por ello es imprescindible su temprano y correcto abordaje.

Actualmente no se discute que toda organización que busque optimizar el rendimiento la misma, requiere de la incorporación de recursos comunicacionales y de gestión adecuada de conflictos, y es especialmente fundamental en una institución sanitaria ya que la calidad del servicio que brinda muchas veces repercute directamente en la salud o incluso en la vida de sus usuarios, usuarios que muchas veces se encuentran en una situación de total vulnerabilidad e incertidumbre.

Experiencias personales, como usuaria del sistema, y profesionales, como docente de mediación y habilidades de comunicación asertiva en instituciones de salud, me han llevado a confirmar que contamos con una visión muy cercana acerca de ciertas dificultades que podríamos cambiar, ante necesidades que afortunadamente se han comenzado a percibir más claramente en los últimos años. La mediación y la integración de habilidades para la prevención de conflictos en la salud se presenta como una respuesta más que aceptable encaminada hacia dichos cambios.

El conflicto en las organizaciones de la salud.

El conflicto es más que una eventualidad que surge como consecuencia natural por el simple hecho de vincularnos en sociedad. Es un llamado de atención que nos sugiere que una relación o situación no nos satisface y debemos hacer algo al respecto. Y se-

gún cómo lo abordemos, los resultados serán constructivos o destructivos⁵¹.

La tipología de los conflictos en los equipos de la salud se puede clasificar según tres niveles⁵²:

1. Interpersonales o directos. Estos son los que surgen como consecuencia de la heterogeneidad de los integrantes de los equipos, que acarrea diferencias en las percepciones tanto entre iguales como con superiores o subalternos. Gestionar este tipo de problemas es básico para evitar que su irresolución afecte el clima laboral.
2. Estructurales. Estos elementos conflictivos tienen que ver con las condiciones laborales y la organización, por ejemplo, la falta de recursos técnicos o materiales, tiempo insuficiente para consultas, o insatisfacción por aspectos más formales como retribuciones o normativas.
3. Culturales. Estos surgen cuando los valores y objetivos de la institución son percibidos por sus profesionales o usuarios como incompatibles con sus intereses. Es la expresión ideológica de los estructurales.

Entre estos tres niveles, existe una circularidad causal, que hace necesario un abordaje sistémico, que tome en cuenta el contexto para una solución integral. De lo contrario la solución sólo será superficial y momentánea y será cuestión de tiempo para que vuelva a surgir una situación conflictiva similar o incluso continúe escalando hasta llegar a agresiones graves.

Generalidades de nuestro sistema de salud

El sistema de salud ha ido cambiando a lo largo de los años, en un contexto en donde la medicina ha ido alejándose cada vez más del viejo modelo paternalista en el que se sustentaba un profesional visto como infalible y que decidía unilateralmente lo que consideraba mejor para su paciente. El llamado principio de beneficencia, ubicaba al paciente en una actitud pasiva y de confianza respecto de su médico referente, un

51 - Poniaman, A, ¿Qué hacer con los conflictos? Claves para comprenderlos, manejarlos, transformarlos y resolverlos, Buenos Aires, Editorial Losada, 2005.

52 - Monge, E.; Aranzana, A. Gestionar positivamente los conflictos en los equipos de atención primaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Vol. 16, Núm. 01, 2009.

médico cercano y legitimado en su conocimiento de manera incuestionable. Sobre la década del 80', esa relación médico-paciente comenzó a deteriorarse gradualmente, producto de la fragmentación del acto asistencial, la brevedad de contacto y otros factores de organización de los servicios⁵³.

Dentro de los factores que han impactado en el sistema encontramos fundamentalmente:

- A. Factores de presión, que son propios del ámbito de la salud, muchos de ellos inevitables, y que pueden desembocar en Síndrome de “Burnout”, cada vez más frecuente en este sistema, sin mencionar la situación de pandemia actual que ha aumentado el stress laboral a niveles inimaginables, especialmente entre los profesionales de la salud.
- B. El alto riesgo de stress laboral se ve agravado por el pluriempleo como práctica habitual en este ámbito y como consecuencia lógica, la tensión entre la vida profesional y la personal.
- C. El fenómeno de masificación y despersonalización de la medicina, especialmente en el sector público.
- D. Las innovaciones tecnológicas y la aparición continua de nuevas prácticas.
- E. Un deterioro de la relación médico – paciente, ya sea por largos tiempos de espera, corta duración de la consulta, insatisfacción con ciertos tratamientos, deficiencias en la comunicación, o por los demás factores mencionados que se retroalimentan entre sí.
- F. Aumento sistemático de litigios por responsabilidad médica, producto mayoritariamente del deterioro de esta relación mencionada anteriormente, y tal vez algo favorecido por la llamada “industria del juicio” refiriéndose a la existencia de un grupo de letrados que alientan a demandar ante conflictos en la materia.

La medicina que hoy es calificada de defensiva, y que triunfa sobre la paternalista, prioriza los derechos del paciente-consumidor, que exige información, consentimiento, protagonismo en la elección del tratamiento y calidad en el servicio. Se

53 - Turnes, A. El trabajo médico a través de las Encuestas Médicas Nacionales, 2004.

encuentra alejada de la visión del médico que detenta el conocimiento científico y con autoridad de dictaminar.

Hoy el médico se siente amenazado por el riesgo de una demanda y requerimiento del pago de una indemnización y está presionado para contratar un seguro para cubrir esa amenaza. Esto hace que muchas veces el profesional se vea obligado a enfocarse más en protegerse que en llevar a cabo el acto médico que cree más conveniente. Hoy el médico reclama su "...derecho a ejercer su profesión en buena relación con el paciente, libre de temores y amenazas, tiene derecho a sentirse protegido en su buena práctica, tiene derecho a tener garantías técnicas y jurídicas para el ejercicio de su profesión".⁵⁴

La constante retroalimentación de los factores precedentes, no sólo tiene un impacto negativo en la salud del personal sanitario, sino que también se refleja a nivel institucional. En efecto, un profesional que sufre stress laboral puede necesitar ausentarse por muchos días. Sus ausencias provocan la necesidad de reestructurar horarios, cubrir turnos, lo que implica recargar a sus compañeros con más horas de trabajo y generando, a su vez, más desgaste, malestar y probablemente roces que pueden provocar conflictos interpersonales entre colegas, o con subalternos o superiores, que a su vez ponen en riesgo a otros colegas de padecer problemas de salud, e incluso incrementando la posibilidad de accidentes laborales.⁵⁵

Violencia, comunicación y calidad del servicio.

Profesionales y usuarios de la salud víctimas del sistema.

El escenario planteado, favorecedor de fallas en la comunicación, conductas disruptivas y de un ambiente de violencia, ubica a menudo a pacientes y médicos en el lugar de víctimas del sistema.

54 - Puig Quadrelli, R. Demandas por responsabilidad médica. Las razones de su incremento, SMU, 1998.

55 - Regueira, V. Niveles de Estrés y Factores de Riesgo vinculados al Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Nacional del Cáncer, UCU, Montevideo, 2009.

Con frecuencia el médico queda expuesto como la figura visible de una organización sanitaria y es el que recibe las quejas, y muchas veces las agresiones por parte de pacientes o familiares, a causa de diversas situaciones que viven como injustas.

Según datos de la OMS, más de la mitad de los trabajadores en este sector puede haber sido víctima de incidentes violentos en algún momento. En igual sentido, ya el SMU denunciaba como situación insostenible que “cada 10 días agreden a un profesional de la salud”⁵⁶

Pero el personal de la salud, no sólo es víctima de usuarios y/o sus familiares, sino también de sus propios colegas, superiores y/o subordinados. Así lo confirma un estudio nacional realizado sobre conductas disruptivas, entendiéndose como tal todo “comportamiento... que conduce a interrupciones de la actividad profesional en el lugar de trabajo”⁵⁷ En base a esta preocupación se realizó en nuestro país una encuesta sobre conductas disruptivas⁵⁸. Entre los resultados más destacables, observamos que el 91% del personal médico ha presenciado comportamientos inapropiados en su lugar de trabajo. Y el 50% del personal médico y el 35% del personal no médico expresó que los llevan a cometer errores ocasionalmente. Asumiendo que este tipo de comportamientos se traduce en una pérdida de productividad “donde abundará la evasión (...) conductas obstruccionistas o destructivas que suelen conducir a un despido, una renuncia o una lista de tantas sanciones como pueda soportar la institución”⁵⁹, toda organización debería implementar un programa de mediación efectivo para reducir, abordar o eliminar conflictos en el lugar de trabajo⁶⁰.

56 - Preve, E (Productor ejecutivo). “Subrayado” (noticiero), Canal 10 Radio Carve, 18 de febrero de 2014, <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/30976/smu-denuncia-a-un-profesional-de-la-salud>.

57 - Williams, M; Williams, B; Speicher, M. A systems approach to disruptive behavior in physicians: a case study, *Journal of Medical Licensure and Discipline*, Vol. 90, Num. 4, 2004, Págs 18-24.

58 - Godino, Mario, Barbato, Marcelo, Ramos, Laura, Otero, María, & Briozzo, Leonel. (2014). Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Equipo de Salud. *Revista Médica del Uruguay*, 30(4), 235-246. Recuperado en 01 de junio de 2021, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902014000400004&lng=es&tlng=es.

59 - Folberg, J. Taylor, A. *Mediación. Resolución de Conflictos sin Litigio*, Editorial Limusa, Mexico D.F., 1992.

60 - Folberg, Taylor, “Mediación...”, 209

Comunicación y calidad del servicio.

La calidad del servicio depende, no sólo del valor profesional del personal de salud y los recursos con que cuenta en la organización, sino también de la minimización de los factores de riesgo que atentan contra el objetivo primario del sistema que es la promoción, protección o recuperación de la salud y que responde a la vocación misma del servidor sanitario.

Sin embargo, así como la violencia resulta un factor alarmante, también es un dato no menor, que aproximadamente el 70% de los errores médicos son causados por problemas de comunicación⁶¹. Acompaña esta realidad un estudio latinoamericano que arroja que el 10% de las personas internadas tiene posibilidades de ser víctima de un error médico, porcentaje que el Ministerio de Salud Pública ha asimilado a la realidad de nuestro país⁶². Esto significa que un enorme porcentaje de errores médicos, cercano al 70 %, podrían ser evitados si el sistema de salud tomará una medida al respecto con el fin de mejorar la comunicación dentro de las instituciones.

Alcanzar una comunicación adecuada es fundamental, no sólo para recomponer la relación médico-paciente y reestablecer la confianza mutua, sino también para mejorar el clima laboral y disminuir los errores médicos evitables, que en muchos casos pueden significar daños irreparables o incluso la muerte.

Más allá de lo antedicho, aún en centros de salud con los mejores recursos técnicos, humanos e institucionales, habrá un mínimo de errores o complicaciones que no se podrán evitar y que deberían ser tolerados por los usuarios. Ese grado de tolerancia dependerá en gran medida de ese buen relacionamiento médico-paciente/familiar que deseamos reinstaurar. Para ello también será imprescindible que el médico pueda adquirir como hábito natural el de admitir sus errores ante el usuario, y pueda ver que responsabilizarse de los eventos adversos no deseados, aportará a la construcción de un vínculo de confianza y al cuidado de esa relación. La asunción de errores es

61 - Rosenstein, A. Disruptive behaviour and its impact on communication efficiency and patient care, *Journal of Communication in Healthcare*, Vol.2, Núm. 4, 2009, p 328-339.

62 - Preve, E. (Productor ejecutivo). "Subrayado" (noticiero), 10 de Noviembre de 2013, <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/28349/un-paciente-de-cada-10-puede-ser-victima-de-error-medico>.

vital para el aprendizaje, ya que poder analizar las causas con información suficiente permitirá disminuirlos y mejorar la atención y la seguridad de los pacientes. No podemos desconocer la importante labor que realizan las Comisiones de Seguridad del Paciente (Cosepas) en este sentido, y que seguramente continuarán avanzando para fomentar aún más esta práctica en pos de la seguridad del paciente y de la recomposición de relación médico-paciente. Esta relación mantiene un caudal de sentimientos y emociones, (incertidumbre, esperanza, miedos, vulnerabilidades) que al momento de un evento dañoso influyen notablemente a la hora de reaccionar⁶³. Ante un error médico, si la relación médico-paciente era buena, dicho evento es más probable que no sea judicializado, mientras que habrá más probabilidades de que un evento adverso, incluso más leve y sin culpa, pueda terminar en una demanda si el hecho no fue comunicado de manera asertiva y empática al paciente o a su familia.

La Mediación sanitaria como alternativa para superar la medicina defensiva.

Mediación en sentido estricto y en sentido amplio.

Ya no parece posible volver a una medicina paternalista, pero debemos encontrar la forma de superar la medicina defensiva que tanto perjudica al sistema de salud y a cada uno de nosotros, sin importar el lugar que ocupemos dentro del mismo.

La mediación, como método de prevención y gestión de conflictos, actúa como instrumento de transformación cultural, lo que puede brindar en este contexto, un provechoso aporte hacia una nueva medicina.

Resulta interesante destacar la definición de mediación que propone Eduard Vinyamata, como un proceso de comunicación entre las partes en conflicto, en el que un

63 - Giandomenico J. Mediación en la mala praxis médica, Revista la trama, s/f., www.revistalatrama.com.ar/contenidos/docs/lect_006.PDF.

mediador imparcial procurará que las personas implicadas puedan llegar, por ellas mismas, a un acuerdo que les permita recomponer la relación⁶⁴. La reconstrucción de la relación marca una de las diferencias más importantes entre el proceso de mediación y el judicial⁶⁵, ya que la autocomposición del conflicto, al responder a una decisión voluntaria de sus protagonistas y a sus intereses, favorece una mayor satisfacción y una mayor probabilidad de cumplimiento, para una verdadera terminación del conflicto. Un conflicto “no se puede considerar totalmente resuelto hasta que no haya comenzado a sanar la relación dañada”⁶⁶.

Por ello es por lo que nos referimos a la significancia de la mediación en sentido estricto, como procedimiento flexible y amigable en el cual un tercero neutral ayuda a las partes a encontrar una solución mutuamente aceptable, pero también a un sentido más amplio. Es de señalar su finalidad fuertemente preventiva, para evitar aquellos conflictos que podrían originarse por problemas de comunicación, que son fácilmente evitables y no sólo para gestionar temprana y adecuadamente aquellos que resultarán inevitables. Aquí entra en juego la formación en técnicas comunicacionales y herramientas de resolución de conflictos con dichos fines. En este sentido la mediación, actúa favoreciendo el cambio hacia un nuevo paradigma que implica incorporar una nueva forma de comunicarse y relacionarse con sus consecuentes ventajas.

Ventajas de la mediación en salud:

1. Como proceso extrajudicial de resolución de conflictos, economiza recursos frente a un juicio. Ahorra dinero, tiempo y energías.
2. Se enfoca en la búsqueda de soluciones y NO de culpables, favoreciendo la recomposición del vínculo, ya que propicia una solución más satisfactoria.
3. Brinda un espacio confidencial, flexible y de confianza donde puedan escuchar y ser escuchados, evitando la revictimización y estigmatización propios del juicio.
4. Repercute directamente en el rendimiento del personal y en la productividad de

64 - Vinyamata, E. Aprender Mediación. Editorial Paidós, Barcelona-Buenos Aires-México, 2003.

65 - Calcaterra, R. Mediación Estratégica, Gedisa, Barcelona, 2006, pág. 222.

66 - Ury, W, Alcanzar la Paz. Diez caminos para resolver conflictos en la casa, el trabajo y en el mundo, Paidós, Buenos Aires, 2000, Pág.170.

la institución.

5. Impacta positivamente en la seguridad del paciente. No sólo porque se evitan errores evitables por problemas de relacionamiento o fallas en la comunicación, sino también porque aceptar los errores es el primer paso para aprender de ellos y evitar que se repitan en la medida de lo posible.
6. Tiene un innegable efecto pedagógico y transformador, favoreciendo un cambio actitudinal positivo en los protagonistas.
7. Contribuye a una cultura de corresponsabilidad y pacificación, desnaturalizando la violencia y mejorando el clima laboral.

Entre muchas investigaciones de esta naturaleza, un estudio que alude a las unidades de cuidados intensivos de 13 grandes hospitales del Estados Unidos, demostró que los pacientes que fueron cuidados por nurses y médicos que trabajaron en colaboración han tenido menores tasas de mortalidad que aquellos que no han tenido tanta. Incluso se han probado otros resultados positivos, no solo para el paciente sino también para la organización:

- Menor tiempo de internación del paciente y reducción neta en los costos de tratamiento,
- Una mayor satisfacción en la relación médico-paciente
- Mayor autonomía al personal de enfermería⁶⁷

Consideraciones para una propuesta de implementación eficaz.

Experiencias y resultados de la mediación en salud.

La Mediación se ha impuesto ya en diversos países como una respuesta eficaz a las dificultades que han venido atravesando sus sistemas de salud en las últimas décadas, y ya se han podido comprobar, en muchos casos, resultados de su implementación.

67 - Schmalenberg, C.; Kramer, M. Nurse-Physician Relationships in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story, Critical Care Nurse, Vol 29, No. 1, 2009, <http://www.cconline.org>

A modo de ejemplo en EEUU, el 80% de los conflictos en el Hospital Chicago son resueltos satisfactoriamente a través de mediación (desde los 90').

Se ha desarrollado también en muchos países de Europa, tales como Bélgica, Dinamarca, Estonia, Francia, Hungría, Luxemburgo, Eslovenia, España, Reino Unido. En Chile, existe la mediación prejudicial obligatoria y una Ley de Mediación en Salud. Ha habido un aumento sistemático de mediaciones en salud año a año, y de pedidos de disculpas como parte de la reparación por parte del responsable del acto médico dañoso, lo que demuestra un avance importante hacia la aceptación de errores cuando corresponde.

En Argentina, la mediación prejudicial obligatoria está instalada en 15 jurisdicciones provinciales, para los casos de responsabilidad civil, incluyendo los casos de responsabilidad médica. Por otra parte existe una Superintendencia de Salud que recibe las solicitudes de mediación de quienes alegan haber sufrido daños por parte de un prestador privado de salud. Como experiencia concreta de mediación interna, encontramos el Hospital Público Materno Infantil de Salta, donde se creó un Centro Comunitario de Mediación con el objetivo de potenciar el diálogo entre los distintos actores del sistema de salud, siendo noticia en diciembre de 2012 en varios sitios y portales informativos de la ciudad.

En Uruguay, finalmente ya nos encontramos encaminados en esta realidad de la mano del Colegio Médico del Uruguay, que seguramente continuará creciendo y afianzando dicho sistema.

Propuesta de implementación

A. Creación de una unidad de mediación interna

Crear una unidad de mediación interna con mediadores que en este caso podrían ser parte de la institución o no, y que apoyen al personal de la institución en la gestión de los conflictos que no hayan podido resolver por ellos mismos o con la institución.

B. Ofrecer un servicio de mediación externa.

Para abordar conflictos entre usuarios y personal de la salud o una institución, es necesaria la participación de un equipo de mediadores externo a la institución involucrada, de modo que garantice y genere la confianza necesaria sobre la base de la neutralidad e imparcialidad. Esto evitará una gran cantidad de quejas, demandas y actos de violencia por falta de información o comunicación inadecuada. Esta opción podría ser suplantada o complementada con un negociador colaborativo dentro de la institución.

C. Capacitar en herramientas de prevención y gestión adecuada de conflictos.

La incorporación de estas habilidades (que idealmente deberían ser parte de la formación académica de todo el personal de salud) es imprescindible para lograr un cambio real y sostenible en la comunidad sanitaria, basado en un mejor relacionamiento y una comunicación más efectiva. Dicha capacitación es la que puede permitir la disminución de conflictos evitables, la gestión adecuada, rápida e informal de los inevitables y la desnaturalización de la violencia, para de esta forma acercarnos a un ambiente más favorable hacia una medicina de mayor calidad. A la hora de llevar a cabo la implementación de un programa de mediación en salud se debería tener especialmente en cuenta ciertos puntos de especial relevancia:

- Difusión y sensibilización general, de modo que se logre una coherencia social hacia un paradigma cooperativo y de desnaturalización de la violencia. La difusión juega un papel fundamental, ya que por mejor que pueda funcionar un servicio, si sus potenciales beneficiarios no tienen conocimiento del mismo, sobre cómo es el procedimiento, cómo se accede, sus características y ventajas, difícilmente logre posicionarse. Debemos explicar nuestro campo y sus beneficios concretos a la atención sanitaria, brindar talleres de sensibilización y reflexión y crear un cuerpo de trabajo participativo y multidisciplinario para estudiar y discutir su implementación.
- Implementación de una capacitación básica en las Carreras de Medicina, Enfermería y de demás actores específicos de la salud como materia curricular. La mejor manera de hacer la diferencia, es incorporando las herramientas de prevención y gestión adecuada de conflictos dentro de la formación de grado del personal de salud. Los

estudiantes, al menos no hasta los últimos años, aún no han entrado en la vorágine del pluriempleo y los largos turnos de trabajo, que hacen que tengan una buena “razón” para no participar de una capacitación. Incluirla como materia, donde puedan tener un espacio para reflexionar sobre las ventajas, no sólo de evitar estar implicados en posibles juicios, sino también las de brindar un servicio de calidad, mantener una salud laboral óptima, sabiendo del gran riesgo de “burnout” tan común entre los trabajadores de la salud, puede ser un gran paso para lograr un cambio en las nuevas generaciones de galenos. Los actores de la salud ya recibidos, también deben recibir una capacitación mínima, ya que si la capacitación no abarca a todos los involucrados de nada servirá. La intervención debe ser integral, de lo contrario el sistema tradicional fagocitará rápidamente las nuevas prácticas colaborativas, “demostrando” que no funcionan. Dichos talleres deberían dictarse dentro del horario de trabajo y ser de carácter obligatorio, para que surtan el efecto deseado.

- Formación y entrenamiento específico de mediadores en salud. En base a las complejidades y especificidades del ámbito de la salud ya mencionadas, el mediador que se desempeñe en el área deberá necesariamente contar con conocimientos específicos, además de la formación y entrenamiento general de mediador.
- Garantizar la independencia y neutralidad del servicio para lograr que brinde la confianza necesaria y por lo tanto la sostenibilidad en el tiempo. La neutralidad es un tema delicado y de tal fragilidad que deben tenerse en cuenta muchos factores para protegerla, de lo contrario tanto el mediador como el servicio mismo puede perder credibilidad.
- Un pensamiento sistémico e integral, es importante al momento de abordar un conflicto concreto, y también es imprescindible al momento de implementar estos mecanismos, especialmente en este caso, dada la complejidad del sistema de salud y dadas las necesidades y carencias que posee. Al respecto, es fundamental tener en cuenta todos los factores que pueden influir en las posibles resistencias o fallas en el servicio, para lograr evitarlas o minimizarlas, para que resulte ventajoso para todos.
- Promover una política pública que impulse un proyecto concreto de mediación

en salud, difundiendo sus ventajas, características, forma de procedimiento, desde las perspectivas de todos los involucrados es determinante en sus resultados. Sin una política pública que apoye seriamente la mediación, continuaremos siendo partícipes de grandes proyectos aislados que dependiendo de recursos inconstantes y voluntades individuales no lograrán la permanencia necesaria para generar una verdadera transformación cultural.

Conclusiones

Dentro de este contexto, encontramos que los conflictos, tanto dentro de la institución como entre la institución y su personal o con los usuarios, son frecuentes y actualmente son objeto de real preocupación entre el colectivo sanitario.

Se percibe como consecuencia lógica del creciente deterioro de la relación médico-paciente, el progresivo aumento de los litigios por responsabilidad médica, lo que genera perjuicios de diversa índole, no sólo al paciente y al profesional, sino también a la institución y al Estado.

Una comunicación ineficaz o atmósferas hostiles en el sistema de salud tienen consecuencias innegables en la calidad de la atención y la seguridad del paciente, lo que implica la necesidad de reaccionar en consecuencia para lograr un cambio.

En base a los hechos planteados, es que cada vez más referentes en el área sanitaria, tanto nacional como internacionalmente, concuerdan en la importancia de atender los factores humanos y las conductas que afectan a la comunicación y al buen relacionamiento.

La mediación puede constituir una respuesta suficientemente eficaz para mejorar las relaciones y la comunicación entre personal sanitario y entre ellos y sus pacientes, provocando el impacto directo necesario en la salud y el rendimiento laboral y consecuentemente en la calidad de la prestación del servicio.

En nuestro país la mediación en salud es aún incipiente pero con certeza será un

instrumento valioso que contribuirá a la pacificación del ambiente laboral, recomposición de los vínculos implicados y una mayor calidad de la prestación del servicio. Esto nos permitirá evitar la pérdida de más vocaciones y talentos de gran valor a causa de la violencia o insatisfacción laboral y lograr interceptar o disminuir la mayor cantidad de errores evitables que en ocasiones se traducen en la pérdida de una vida o en daños irreparables.

Para lograrlo debemos lograr una política pública que impulse la implementación de un sistema de mediación, y que a su vez, garantice su buen funcionamiento y sostenibilidad.

Algo debe cambiar en la medicina de hoy y la mediación puede ser un gran aporte hacia la medicina que todos anhelamos y merecemos.

Bibliografía

- Acland, F. Cómo utilizar la mediación para resolver conflictos en las organizaciones, Paidós, Barcelona, 1993.
- Barría, P. Mediación por daños en Salud, Revista Vida Médica, ps.50-53, Chile, 2005.
- Bello, J. Mediación en salud. Sanando la comunicación médico paciente, Revista Falmed, 2009, págs. 4-11
- Calcaterra, R. Mediación Estratégica, Gedisa, Barcelona, 2006.
- Díaz Berenguer, A. La medicina desalmada: aportes a una polémica actual, Ediciones Trilce, Montevideo, 2da. Edición, 2012.
- Folberg, J, Taylor, A. Mediación. Resolución de Conflictos sin Litigio, Editorial Limusa, Mexico D.F., 1992.
- Giandomenico, J. Mediación en la mala praxis médica, artículo publicado en revista la trama disponible en http://www.revistalatrama.com.ar/contenidos/docs/lect_006.PDF
- Godino, Mario, Barbato, Marcelo, Ramos, Laura, Otero, María, & Briozzo, Leonel. (2014). Encuesta Nacional de Comportamientos Disruptivos en el Equipo de Salud. Revista Médica del Uruguay, 30(4), 235-246. Recuperado en 01 de junio de 2021, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902014000400004&lng=es&tlng=es.
- HOPE. Mediation in Healthcare, European Hospital and Healthcare Federation, 2012, www.hope.be/05eventsandpublications
- Mayer, B. Más allá de la Neutralidad. Cómo superar la crisis de la resolución de conflictos, Gedisa, Barcelona, 2008.
- Monge, E.; Aranzana, A. Gestionar positivamente los conflictos en los equipos en los equipos de atención primaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Vol. 16, Núm. 01, 2009, <http://www.fmc.es/es/vol-16-num-01>
- Moore, C. El Proceso de Mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos, Granica, Barcelona, 1995.
- NoechwiczChillik, N. Mediación en Salud en Uruguay: aportes para una nueva medicina, Buenos Aires, IUKB, 2014
- OPS/OMS. Perfil de los Sistemas de Salud. República Oriental del Uruguay. Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma, Washington D.C., 2009
- Ponienman, A. ¿Qué hacer con los conflictos? Claves para comprenderlos, manejarlos, transformarlos y resolverlos, Editorial Losada, Buenos Aires, 2005.

- Puig Quadrelli, R. Demandas por responsabilidad médica. Las razones de su incremento, artículo publicado en el portal del SMU, 1998, <http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias95/art19.htm>
- PNUD, Estudio de la mediación prejudicial obligatoria: un aporte para el debate y la efectividad de los medios alternativos de la solución de conflictos en Argentina, 1era edición, Fundación Libra, Buenos Aires, 2012.
- Preve, E (Productor ejecutivo). “Subrayado” (noticiero), Canal 10 Radio Carve, 18 de febrero de 2014, <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/30976/smu-denuncia-a-un-profesional-de-la-salud>.
- Regueira, V. Niveles de Estrés y Factores de Riesgo vinculados al Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Nacional del Cáncer, UCU, Montevideo, 2009.
- Rodríguez Almada, H. Judicialización de la medicina. Certezas, miedos y responsabilidades, Revista Ser Médico, Núm. 2, agosto, 2011, Págs. 8 a 19.
- Rosenstein, A. Disruptive behaviour and its impact on communication efficiency and patient care, Journal of Communication in Healthcare, Vol.2, Núm. 4, 2009, p 328-339.
- Schmalenberg, C.; Kramer, M. Nurse-Physician Relationships in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story, Critical Care Nurse, Vol 29, No. 1, 2009, <http://www.cconline.org>
- Turnes, A. El trabajo médico a través de las Encuestas Médicas Nacionales, 2004 <http://www.org.uy/el-smu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos2/art5.pdf>
- Ury, W. Alcanzar la Paz. Diez caminos para resolver conflictos en la casa, el trabajo y en el mundo, Paidós, Buenos Aires, 2000, Pág.170
- Vinyamata, E. Aprender Mediación. Editorial Paidós, Barcelona-Buenos Aires- México, 2003.
- Williams, M; Williams, B; Speicher, M. A systems approach to disruptive behavior in physicians: a case study, Journal of Medical Licensure and Discipline, Vol. 90, Num. 4, 2004, Págs 18-24.



Otra mirada: Pandemia y Gestión colaborativa de conflictos

Dra. Patricia Ongay

Abogada
Mediadora del Poder Judicial

*Artículo reformulado de un aporte de autoría propia, publicado en la revista del
Colegio Médico del Uruguay, dic. de 2020.*

Introducción

Ante la situación de emergencia sanitaria que se está viviendo a raíz del Covid- 19, surge la necesidad de realizar aportes desde la gestión colaborativa de conflictos. Sin perder de vista la responsabilidad de “actuar sin daño”, es vital aprender a transitar este tiempo de la forma más saludable y adecuada posible.

Es vital no considerar solamente la connotación negativa de esta crisis, sino poder mirar más allá y hacerse estas dos preguntas: ¿qué oportunidades me plantea esta situación?, y ¿qué puedo hacer para tener una actitud activa y colaborativa? Las crisis son períodos de caos e incertidumbre y nos obligan a generar cambios en nuestra forma de ver, pensar y actuar, pueden ser oportunidades de crecimiento y desarrollo.

En chino la palabra crisis se traduce como Wei Ji, palabra formada por dos caracteres, el primero Wei quiere decir peligro y el segundo Ji quiere decir oportunidad.

Algo similar sucede con los conflictos, las personas que llegan al mediador a plantear su conflicto, y necesitan su colaboración, su escucha y empatía. Se encuentran vulnerables y es el mediador quien, trabajando con las partes, ayuda a gestionar el conflicto, facilita la comunicación y en definitiva a enfrentar la crisis desde la auto-composición, como protagonistas, para que las personas puedan enfrentar las crisis y salir transformados. Cuando esto ocurre, la transformación se da en los vínculos que se recomponen y reparan y en la situación que mejora y se ordena a través del consenso al que se arriba y de los puntos de armonía, que se descubren durante el proceso y sobre los cuales se edifica la nueva realidad.

Gestión Colaborativa (ganar-ganar)

En primer lugar, hay un llamado a la colaboración por parte de la sociedad en general: las autoridades nacionales, empresas, organismos públicos, etc.: “a esta pandemia le ganamos todos juntos”. No es momento de competir ni de ganarle al otro, sino de tenerlo en cuenta, sería importante ante muchas situaciones mirar hacia adentro y

preguntarse: ¿competir o cooperar? Debemos poner todos los recursos en beneficio del bien común para llegar al mejor resultado. Al igual que en los métodos colaborativos, el fin es ganar-ganar

El otro debe ser mi aliado y no mi enemigo. Hay dos visiones del otro. La primera es la que infunde el temor, verlo peligroso porque podría estar infectado y transmitir el virus. Por otro lado, y en oposición, la otra persona podría ser una aliada para combatir el virus, una ayuda. Mientras que en la primera visión el miedo paraliza, en la segunda hay una motivación para la búsqueda de un beneficio común.

Por otro lado, es recomendable recurrir a las fortalezas y virtudes de cada uno. Estos son los llamados recursos internos: resiliencia, reciedumbre, civilidad, paciencia, creatividad y un largo etcétera son armas poderosas y necesarias para seguir adelante y superar la adversidad, verse fortalecido para superar los obstáculos y en todo buscar el bien común. Estos recursos pueden estar dormidos dentro de cada uno, es momento de despertarlos.

Adaptación a los cambios

En este tiempo de incertidumbre, la flexibilidad es de capital importancia, porque las situaciones suponen grandes desafíos a los que hay que enfrentarse. Se cierran las escuelas, hay más convivencia en casa, posibilidades de conectarnos con nuestras familias y asimismo de que surjan conflictos, incluso puede llegar a aumentar la violencia, etc. Estar abiertos a buscar ayuda si es necesario. El trabajo nos pide transformaciones, el teletrabajo, clases a distancia, uso de nuevas tecnologías, hay que cambiar casi todo, seguir de otra forma. La flexibilidad y la creatividad se hacen indispensables. Se nos plantea tomar decisiones relevantes en poco tiempo.

Mirada hacia el futuro; tratar de mirar hacia adelante y de no anclarnos en lo que ya paso, en cómo se tendrían que hacer las cosas, no buscar responsables. Podemos edificar hacia el futuro y pensar como lo haremos, como seguimos. Traer el pasado solamente para aclarar el presente. Esta crisis es dura, aunque también es una oportu-

tunidad de la cual podemos salir fortalecidos.

Subir al balcón, si bien es una expresión utilizada por los autores de la negociación de la escuela de Harvard⁶⁸, aplica a esta situación en todo sentido. Significa mirar desde otra perspectiva, distanciarse del problema, y repensarlo. Esto permite mantener la calma y gestionar adecuadamente emociones intensas que nos invaden, como la ansiedad, la angustia, el miedo, la inseguridad.

Compasión⁶⁹

Ponerse el lugar del otro, ejercer la empatía. Hay puntos de vista diferentes al nuestro. Escuchar a los demás para poder comprender, no se trata de estar de acuerdo, sino de cuidar los vínculos con quienes nos toca vivir y relacionarnos. Ofrecer la escucha activa y empática; ser escuchado es una necesidad, muchas veces insatisfecha. Encontrar un oído bien dispuesto, facilita el diálogo y la comunicación. Hay que reconocer que hay un “otro” implica avanzar en las relaciones humanas, padecer con el que también tiene dificultades. A veces satisfacer esta necesidad nos aclara el panorama, permite tomar decisiones y nos hace sentir mejor. En los Centros de mediación, durante las etapas críticas la pandemia se han suspendido las audiencias. Aunque sí se puede hablar por teléfono con los usuarios, ofrecer que nos dejen el tel. llamar y escuchar, derivar. La crisis pasará y podemos agendar audiencias para más adelante.

Separar a las personas del problema⁷⁰; no perder de vista que los otros son personas, con todo lo que ello implica. Ataquemos el problema duramente, tomando todas las medidas necesarias, cuidando el vínculo con los demás que son nuestros aliados para luchar contra el problema.

68 - William Ury, ¡Supere el no!, trad. por Adriana de Hassan(Bogotá: Norma, 1998, p. 29).

69 - Barush Bush, Robert A, Folger P, Joseph, La promesa de la mediación, como afrontar los conflictos a través del fortalecimiento propio y del reconocimiento del otro , trad. por Anibal Leal (Buenos Aires:Granika, 2006)

70 - Fisher Roger, Ury William, con Patton Bruce M Sí de Acuerdo! Como negociar sin ceder, trad. por Eloísa Vasco Montoya(Bogotá : Norma,1991, p 21 y sig)

Enfocarnos en los intereses que están detrás de las posiciones. El diálogo es una herramienta para poder descifrar los intereses subyacentes, necesidades y motivaciones. Comprender es necesario para poder resignificar, aquellas cosas que hemos interpretado inadecuadamente.

Buscar opciones para que ganemos todos, favorecer la tormenta de ideas, ser creativos, no trancarnos en el “no se puede”. Darle lugar al humor, nos puede ayudar a convivir con situaciones difíciles, distiende, ameniza, alivia tensiones.

Utilizar criterios objetivos, al momento de tomar decisiones tener en cuenta y acatar lo que dicen los científicos y resuelven las autoridades sanitarias. Es importante en estas situaciones poder dejar de lado la satisfacción de algunas cosas que normalmente hacemos, como salir a pasear, hacer compras que no son de primera necesidad, ver personalmente a seres queridos (comunicarnos a través de otros medios), para lograr un bien superior. Esto nos permitirá lograr soluciones eficientes.

Construir un puente de oro⁷¹

Construir puentes y no poner el foco en lo que divide. Juntos podemos, formamos parte de un todo, de una sociedad a la cual nos debemos. Estamos para superar obstáculos, ayudar a satisfacer necesidades, en fin en la pandemia y en la gestión de conflictos se presentan oportunidades para tender puentes y resolver situaciones y conflictos. Muchas veces sucede que bajo la apariencia de la “magia”, en la mediación a través de las técnicas utilizadas, comienzan a desatarse los nudos, la comunicación se vuelve más fluida y se tiende un puente de oro y consenso entre las partes.

71 - William Ury ¡Supere el no!, trad. por Adriana de Hassan(Bogotá: Norma, 1998, p. 102).

Conclusión

Dependemos unos de otros y somos con el otro. Lo que cada uno hace o deja de hacer repercute, incide y tiene consecuencias.

Esta nueva realidad nos brinda grandes oportunidades de crecimiento, tanto en lo personal como en lo colectivo. Nos invita a descentrarnos de nosotros mismos y ver lo que les pasa a los otros, ver que necesitan y cómo podemos ayudarlos. Nos permite ver lo frágiles que somos y que por eso necesitamos ayuda y colaboración. Nos conecta con lo importante como son nuestras familias, dejando a un lado lo vano y vacío. Nos conecta con las necesidades propias y las ajenas. Nos permite ver cómo somos y como queremos ser.

Se nos plantean grandes desafíos, aprovechemos la oportunidad de desarrollar habilidades para la paz y transformar pacíficamente los conflictos.

Bibliografía

- Ury, William. ¡Supere el no! Traducido por Adriana de Hassan. Bogotá: Norma, 1998. Frankl, Viktor. El hombre en busca de sentido. Traducido por Christine Kopplhuber y Gabriel Insausti. Barcelona: Herder, 1979.
- González, Guillermo M. y Paulero, Rosaura. Abordaje cooperativo y pacífico de conflictos en la escuela. Buenos Aires: 2010.
- Fisher Roger, Ury Wiliam con Bruce M Patton. Sí de acuerdo! como negociar sin ceder. Traducido por Eloísa Vasco Montoya. Bogotá: 1991.
- Barush Bush, Robert A, Folger P. Joseph. La promesa de la mediación, como afrontar el conflicto a través del fortalecimiento propio y del reconocimiento del otro. Traducido por Anibal Leal. Buenos Aires, Granika 2006

La Mediación Electrónica en el ámbito de la Salud

Dra. Lucía Rolán

Abogada - Escribana
Magister en Mediación, España

En el presente artículo, conceptualizaré las nociones básicas de mediación en la salud, mediación electrónica, On line Resolution Disputes (ODR). Una vez entendidos estos conceptos, describiré cuales son los requisitos que debe cumplir una mediación electrónica, y como los podemos aplicar.

Nos comunicamos, trabajamos, consumimos, estudiamos, tenemos consultas médicas, mediante medios electrónicos, y también, por supuesto, mediante estos, podemos tener una mediación.

Breve concepto de Mediación

Víctor Moreno Catena, nos proporciona el siguiente concepto: ‘‘la mediación es un medio de solución de controversias, cualquiera que sea su denominación, mediante el cual las dos o más partes de un conflicto intentan voluntariamente alcanzar por sí mismas un acuerdo con la intervención de un mediador (art. 1 Ley 5/2012), que con su formación ofrece a las partes nuevas vías de diálogo y entendimiento’’¹.

Conceptualización de mediación en el ámbito de la salud

Definimos mediación en salud, cuando en el procedimiento, participan personal de la salud, instituciones, y/o usuarios del sistema de salud, y cuando, lo que se trate de resolver, sea un conflicto generado en ese ámbito. El conflicto puede haberse generado entre el usuario y la institución o el personal de la salud. El conflicto puede haberse generado, además, entre el personal de la salud.

Conceptualización de mediación on line

La mediación, forma parte de los métodos de resolución o gestión de conflictos alternativos a los judiciales. Se puede denominar a estos métodos, ‘‘Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos’’, o, traducida al idioma inglés ‘‘Alternative Dispute Re-

1 - Soletto, Helena, Carretero Morales, Emiliano, Ruiz Lopez, Cristina, Mediación y Resolución de Conflictos: Técnicas y Ámbitos (España: Editorial Tecnos, 2017), 67 p.

solution” (ADR). ADR, se diferencia de ODR, cuya sigla, en idioma inglés, significa “On line Dispute Resolution”, y se traduce al español como resolución de disputas en línea. Ambas, son formas de resolución de conflictos. Pero, ODR, no tiene por qué, ser alternativa. Dentro de ODR, se han incluido las cybercourts o tribunales virtuales, como bien como señala Conforto², citando a POBLET³.

ODR (On Line Dispute Resolution), es el género, y mediación electrónica, la especie dentro del mismo. La mediación electrónica, es uno de los métodos de ODR, así como lo es la negociación on line, cybercourts o tribunales virtuales. Los ODR, se caracterizan en la inclusión de las Tics, para la gestión del conflicto. La mediación electrónica, es un ADR y también un ODR, al realizarse mediante medios electrónicos. Podemos definir mediación electrónica, como un método de resolución de conflictos, alternativo al judicial, que cumple con todos los requisitos de una mediación, pero, en el que el parte o todo el procedimiento, se desarrolla a través de herramientas tecnológicas o electrónicas.

Tipos de mediación electrónica

Dentro de la mediación electrónica, podemos diferenciar dos tipos o formas de realizarla: sincrónica y asincrónica. Se diferencian en la forma de comunicación durante el procedimiento de mediación.

Sincrónica

La mediación sincrónica, es cuando la misma se realiza en forma directa, y en tiempo real. Andrés Velázquez la define así: “simultánea y en tiempo real”⁴. Así mismo, Conforti la define así: “coincidiendo las personas en un mismo espacio y tiempo en

2 - Conforti, Franco, “MANUAL DE MEDIACIÓN ELECTRÓNICA”, Acuerdo Justo SL; 2da Edición Revisada y Aumentada (30 Abril 2014), edición on line.

3 - POBLET M., et. al., “ODR y Mediación en línea: estado de arte y escenarios de uso” en CASANOVAS P. et. al. Materiales del Libro Blanco de la Mediación en Cataluña: la mediación, conceptos, ámbitos, perfiles, indicadores. Ed. Centre d’Estudis Jurídics i Formació Especializada, Catalunya. 2009.

4 - “el futuro fue ayer” pág. 2

desarrollo del proceso, por ejemplo una videoconferencia”⁵.

Son formas de mediación sincrónica, la videoconferencia, chats instantáneos.

Asincrónica

Podemos definir la forma de mediación electrónica asincrónica, por oposición sincrónica. Conforti define la comunicación asincrónica de la siguiente manera: “sin coincidencia temporo-espacial de las personas que intervienen en el proceso, vale decir por chat en un foro, por email, etc”⁶

Concepto de Mediación electrónica u online en el ámbito de la salud.

La mediación electrónica en salud, es un procedimiento de resolución de conflictos alternativo al judicial, entre el personal de la salud, o entre médico - paciente o entre centro médico - paciente, que se desarrolla a través de herramientas tecnológicas, y cumple con las características de ser flexible, personal, informal, confidencial, en el que existe imparcialidad y neutralidad por parte del mediador, así como una identidad, buena fe, e igualdad, y voluntariedad entre las partes.

Características de la mediación electrónica en salud:

Participantes.

Los participantes serán usuarios del sistema de salud, médicos, i instituciones.

Forma de realizar el procedimiento.

El procedimiento de mediación, deberá realizarse a través de medios electrónicos.

Voluntariedad.

5 - Conforti, Franco. Pequeño Manual de Mediación Electrónica

6 - Conforti, Franco. Pequeño Manual de Mediación Electrónica.

Los participantes de la mediación, lo harán en forma voluntaria, tanto el inicio, durante el procedimiento y durante el acuerdo. No es obligatorio participar de la mediación, permanecer en ella, ni firmar acuerdo.

Igualdad

Ninguno de los participantes estará en superioridad o inferioridad a la otra, y, aunque no lo esté, ninguno de los participantes debe sentirlo así. Hablamos entonces, de una igualdad objetiva y subjetiva. Es decir, desde el punto de vista de los hechos, y desde la percepción de los participantes. Para ello, el mediador cuenta con una serie de herramientas, que forman parte de su formación profesional.

Imparcialidad

El mediador no puede inclinarse por alguna de las partes, debe mantenerse sin juzgar a las partes, de acuerdo a sus creencias o convicciones.

Neutralidad

El mediador, se mantenga neutro a la solución de conflicto. Son las partes quienes obtienen la resolución a su controversia, y no es el mediador quien la propone.

Confidencialidad

Esta característica, es una de las diferenciaciones entre la mediación y el proceso judicial. El proceso judicial, es público, a diferencia de la mediación.

Identidad

Refiere a que quien participe del proceso, sea la misma persona quien lo solicita o a quien se invita. En una mediación tradicional, la identidad se acredita con los documentos identificatorios, pero, ¿cómo hacemos en una mediación electrónica? Hay

varias formas de hacerlo, ya sea mediante ingreso de usuario y contraseña, firma digital, cédula electrónica. Lo más difícil en la identidad, es que, en la mediación tradicional, dentro de una sala, el mediador está reunido únicamente con los participantes. En la mediación electrónica, es casi imposible determinar, quien se encuentra con los participantes, quien está escuchando, y/o participando indirectamente.

Buena Fe

El principio de buena fe, se encuentra relacionado al principio de identidad, personalización, confidencialidad, igualdad de las partes, imparcialidad y neutralidad. Si todas las partes involucradas en el proceso de mediación, tuvieran en cuenta la buena fe, no sería tan importante la identidad, personalización, confidencialidad, imparcialidad y neutralidad.

Personalización.

Leslie Falca, entiende que el principio de personalización, implica “que la asistencia a la mediación no puede delegarse. Las partes deben asistir personalmente a las audiencias y no pueden ser representadas”⁷.

Esta característica, hace referencia a la concurrencia del mediador y las partes, mediante representantes. Por otro lado, refiere a que todas las partes y el mediador, deben estar presentes, durante todo el proceso.

Ahora bien, es muy fácil cumplir con estas vertientes en un proceso de mediación tradicional. Pero, ¿qué sucede cuando nos encontramos ante un proceso de mediación electrónica? Claro está, que, en la mediación electrónica, las partes y el mediador, no tienen por qué encontrarse físicamente en el mismo lugar o espacio. Justamente, esa es una de las características de la mediación electrónica. ¿Pero, se cumpliría así con el principio de personalización?

Para analizar y poder dar respuesta a estas interrogantes, distinguiré la mediación electrónica de tipo sincrónica y asincrónica. Si examinamos el procedimiento de me-

7 - Balleto, Stella, María José Briz, María José, Falca, Leslie, “MANUAL BÁSICO DE MEDIACIÓN”, Año: 2015, Ed. UCU.

diación electrónica de tipo sincrónica, por ejemplo, mediante videoconferencia, o mediante chats en línea, según mi criterio, no habría diferencia con la mediación tradicional. Claro que no existe una presencia física, pero sí una presencia virtual. A mi entender, con la presencia, virtual y simultánea de las partes y del mediador, todos sin representantes, se cumpliría con el principio de personalización. Existiría una inmediatez virtual de las partes en el proceso. Si estamos conectados mediante videoconferencia, charlas por chat, o correo electrónico, no nos encontramos, físicamente presentes, pero si lo estamos en forma virtual. Situación diferente, es a la que nos enfrentamos en la mediación electrónica de tipo asincrónica. Si realizamos un proceso de mediación, mediante correos electrónicos, a mi entender, no se cumpliría con la inmediatez de las partes y del mediador. Esta forma de mediación, no cumpliría con el principio de personalización. A mi entender, y en forma de conclusión, el principio de personalización, únicamente se cumple, en la mediación electrónica, del tipo sincrónica.

Flexibilidad

Otra de las características, es la flexibilidad. El proceso de mediación, no es rígido. Es decir, que el proceso dependerá de los casos y de las circunstancias. Aunque, a los efectos organizacionales, siempre tiene un procedimiento a seguir.

Informalidad

El procedimiento de mediación es más informal que un procedimiento judicial.

Ventajas y desventajas de la mediación Electrónica.

Ventajas de la mediación electrónica

La mediación electrónica, tiene como ventajas la eliminación de barreras geográficas, ya que ninguno de los participantes deberá trasladarse para participar de la mediación. Ello hace que se reduzcan los costos, y otorga mayor celeridad. Que los participantes no estén sentados en una misma sala, reduce la presión e incomodidad

que ello pudiera generar.

Desventajas de la mediación electrónica

Además de tener ventajas, la mediación electrónica tiene desventajas claramente, y la más desfavorable, es la pérdida de lectura del lenguaje físico o corporal.

Conclusión

La actualidad con ha llevado a utilizar la mediación en forma electrónica, a los efectos de evitar reuniones presenciales, a causa de la pandemia del COVID 19. La mediación es una de las mejores formas de resolución de conflictos, ya sea tradicional o en forma electrónica, pero siempre cumpliendo con las características inherentes a ella.

Bibliografía

- Balleto, Stella, María José Briz, María José, Falca, Leslie, "MANUAL BÁSICO DE MEDIACIÓN", Año: 2015, Ed. UCU.
- Bibiana Beatriz Luz Clara. Prólogo, pág. 9, revista Iberoamericana de Derecho Informático (segunda Época – Segundo Semestre 2017 – N. 3)
- Bibiana Beatriz Luz Clara, Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla, México, ISSN, 1870-2147. Nueva Época. Vol. 12, nro. 41. Enero a junio de 2018. PP 343 – 358. 'La mediación en entornos electrónicos'
- Carnero, Gonzalez, Jesús, "MEDIACIÓN SANITARIA: UNA PROPUESTA PARA UNA URGENCIA", Revista Trabajo Social Hoy, primer semestre 2006, Ed. Colegio oficial de diplomados en trabajo social y asistentes sociales de Madrid.
- Conforti, Franco. "PEQUEÑO MANUAL DE MEDIACIÓN ELECTRÓNICA: MEDIACIÓN ON-LINE (SPANISH EDITION)". Acuerdo Justo SL. Kindle Edition.
- Poblet M., et. al., "ODR y Mediación en línea: estado de arte y escenarios de uso" en CASANOVAS P. et. al. Materiales del Libro Blanco de la Mediación en Cataluña: la mediación, conceptos, ámbitos, perfiles, indicadores. Ed. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Catalunya. 2009.
- Soletto, Helena, Carretero Morales, Emiliano, Ruiz Lopez, Cristina, Mediación y Resolución de Conflictos: Técnicas y Ámbitos (España: Editorial Tecnos, 2017),

El Derecho a la Salud y la Mediación:

una mirada desde la perspectiva
de los derechos humanos.

Dra. Esc. María del Carmen Stombellini Urquhart

Abogada - Escribana.
Ex Mediadora de los Centros del Poder Judicial
Juez Letrada de Primera Instancia de Ciudad de la Costa
(Especializado en Familia)

El Derecho a la Salud

La salud es un derecho humano fundamental reconocido en la Constitución de la República Oriental del Uruguay-R.O.U- arts.7,8,36,41,45,53,67 ,en distintas normas del derecho interno, así como en Tratados y Pactos Internacionales de Derechos Humanos que ha ratificado el Estado e integran nuestro ordenamiento jurídico conforme lo dispuesto por los art. 7,72 y 332 de la Constitución, siendo estos de cumplimiento obligatorio, lo cual responde a lo que se conoce como el “bloque constitucional de los derechos humanos o fundamentales” interpretándose que «el Derecho Internacional de los Derechos Humanos tiene la misma jerarquía que las normas constitucionales».

El derecho a la salud responde a un concepto amplio y no restrictivo que comprende el bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades, incluye el derecho a acceder a las instalaciones, a los bienes y servicios relacionados con la salud, a las condiciones laborales y ambientales saludables, a la protección contra las enfermedades epidémicas, a los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva, así como todos los derechos afines que se van integrando al concepto en respuesta a la concepción humanista.

Por su naturaleza el derecho humano a la salud comparte las características de los demás derechos humanos: a) son derechos universales, b) inviolables, esto es que no pueden ser desconocidos por ninguna persona, grupo, agente u órgano del Estado en ninguna circunstancia, c) interdependientes, es decir que todos los derechos constituyen un sistema en el que se retroalimentan y limitan recíprocamente, d) irrenunciables, son consustanciales a la dignidad humana, e) indivisibles, f) imprescriptibles, implica que el no ejercicio circunstancial de algún derecho no impide su goce y ejercicio posterior. Son derechos inherentes a la dignidad de persona humana por el solo hecho de ser seres humanos sin distinción ni discriminación alguna, si bien por su naturaleza, la violación de este derecho humano y personal, puede en ocasiones y al mismo tiempo afectara otras personas, es decir, tener una dimensión colectiva.

Como todo derecho humano, puede estar en conflicto con otros derechos y para

resolverlos se pone en funcionamiento el andamiaje del sistema de justicia, lo cual responde a otros derechos fundamentales: el derecho de acceso a la justicia y el derecho a la tutela efectiva de los derechos, ambos consagrados en los art. 8 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos- Pacto de San José de Costa Rica-que Uruguay ratificó por ley 15.737, siendo de aplicación obligatoria como lo es para los demás Estados que la firmaron y ratificaron.

El art. 8 de CADH dice que toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes que la ampare contra los actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución o por la ley. Nuestro Estado también ha consagrado este derecho en el art.11 del Código General del Proceso “derecho al proceso y a la efectiva tutela jurisdiccional” así como en otras normas del ordenamiento jurídico. El derecho de acceso a la justicia, implica el derecho de todas las personas sin distinción alguna a comparecer ante los tribunales, a tener un juicio justo, al derecho a la defensa y a tener una sentencia con todas las garantías del debido proceso.

El Conflicto.

Los conflictos que se presentan en el sistema de justicia promovidos por el usuario titular del derecho pueden plantearse : a) contra el médico y o profesional de la salud, b) contra la institución prestadora del servicio de asistencia sea pública o privada, o c) contra el propio Estado, por ej. en los casos de demandas de amparo por la prestación de medicamentos.

También el conflicto se puede plantear por el médico o profesional de la salud, o por la institución, contra el usuario del servicio.

La realidad ha demostrado que el acceso a la justicia, entendida esta en el sistema judicial, tiene un costo elevado para el titular del derecho en cuanto: a) el tiempo que insume el proceso judicial, b) los costos de este en lo que refiere a: la asistencia letrada (cuando no puede acceder a la defensa pública y gratuita), los gastos en timbres, pericias, c) otros gastos accesorios como ser el tiempo de trabajo que insume

al ir a los tribunales, en ocasiones a más de dos audiencias, los costos de traslados y d) el costo en la salud misma del accionante, lo que implica también el stress ocasionado por la angustia de revivir situaciones que causaron daño y que aún no se han superado. A modo de ejemplo, la pérdida de un familiar por el demandante quien considera, que ello fue a consecuencia de la negligencia o mala praxis del médico, o por causas derivadas de la institución prestadora del servicio, todo lo cual genera un agotamiento emocional. A lo expresado se suma la ansiedad en la espera del fallo-el cual no siempre satisface las expectativas ni se considera justo-, dejando la sensación de fracaso y de enojo con el sistema de justicia.

Para el profesional demandado también tiene un costo, no solo económico, de tiempo y stress, sino que y aún para el caso en que gane el juicio, no es menor considerar el daño moral que en los hechos le causa un proceso y también respecto de la institución prestadora del servicio asistencial, el desprestigio que le ocasiona, todo lo cual son elementos para considerar.

Interrogantes y Respuesta

La síntesis de estas realidades, sumadas a otras que también se presentan, nos conducen a varios interrogantes ¿El Estado desde una mirada amplia, responsable y comprensiva de la evolución de la sociedad y su realidad actual, cumple realmente con la obligación que las normas nacionales y tratados internacionales le imponen en cuanto a propiciar para sus ciudadanos y sin distinción el efectivo acceso a la justicia y una efectiva tutela de sus derechos? ¿Propiciar medios de solución de conflictos fuera del ámbito jurisdiccional, es violentar los derechos y la obligación que tiene el Estado en contrapartida, respecto al derecho humano de acceso a la justicia y a la tutela efectiva de los derechos que la Convención y Tratados Internacionales consagran? ¿Es posible obligar a transitar un proceso de mediación en forma previa a promover el juicio? ¿Una reglamentación de la mediación en el ámbito de la salud, no sería un camino posible para una verdadera satisfacción del derecho?

Estos interrogantes no son novedosos, han sido objeto de debate en el ámbito legis-

lativo de distintos países signatarios de la Convención de Derechos Humanos, así como en doctrina. Hay quienes sostiene que el Estado no puede obligar al titular del derecho a recorrer la instancia de mediación en forma previa a promover el juicio. Consideran que de existir una norma por la cual la mediación sea formalmente obligatoria previa al proceso, es desconocer y violentar el cumplimiento del art. 8 de Convención referido.

También se ha criticado la obligatoriedad de la mediación previa al inicio de un proceso judicial, por entender que atenta contra la esencia de la mediación, contra uno de sus principios que es la voluntariedad, es decir la voluntad de ir al ámbito de la mediación, la disposición para participar en la misma, de escuchar al otro, dialogar y celebrar el acuerdo voluntario lo que garantiza el éxito del mismo.

En contrapartida quienes sostienen la obligatoriedad de la mediación, afirman que ello no obliga a celebrar un acuerdo, sino que la obligación es que las partes accedan a concurrir a una instancia de encuentro por lo cual la voluntariedad no se vería afectada pues las partes llegadas el momento pueden o no mediar e incluso retirarse de la instancia misma.

Otra de las fuertes críticas es la interpretación de que la mediación va contra el derecho de acceso a la justicia, siendo un obstáculo más que debe superarse para acceder a la misma.

En contrapartida a las críticas referidas tenemos como beneficios de la mediación : a) que es un recurso más accesible para el ciudadano que ir a un proceso judicial, en cuanto a las posibilidades de tiempo, costos, accesibilidad y resultado satisfactorio del conflicto, b) las partes asumen la responsabilidad de buscar las soluciones para sus propios intereses- los cuales no siempre coinciden con su posición y subyacen a esta-y asumen el compromiso de respetar los acuerdos, c) se puede entender como la respuesta de la justicia en una concepción amplia que brinda también seguridad jurídica. A lo expresado se añade la posibilidad de descongestionar la labor de los tribunales facilitando a estos abocarse a casos en los que la mediación o en su caso la conciliación, no han sido posible, no se han implementado o han fracasado.

Mediación como un medio para la tutela efectiva del derecho a la Salud.

Comparto la posición doctrinaria que sostiene que la mediación no es un obstáculo para el acceso a la justicia, ni para la tutela efectiva de los derechos, y puede ser considerada dentro de las obligaciones del Estado - en el caso en lo que refiere al derecho a la salud - de crear normas y recursos necesarios para su implementación, lo cual no es otra cosa, que cumplir por parte del Estado con la obligación efectiva de propiciar el acceso a la justicia para todos los ciudadanos desde una mirada amplia y actualizada en perspectiva de los derechos humanos.

Posición que se sustenta en normas contenidas en los tratados de derechos humanos, como ser, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de diciembre de 1948, en su art. 2 consagra que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en la Declaración sin distinción alguna entre estos derechos se encuentra el derecho a la salud. Uruguay al formar parte del sistemas universal y regional de derechos humanos y ratificar la Convención, asumió ante la comunidad internacional y ante las personas que habitan su territorio, al igual que los otros Estados signatarios del tratado, las obligaciones genéricas de respetar, proteger y cumplir los derechos que se explicitan en la Convención y en las obligaciones específicas que se derivan de tratados sectoriales en cada sistema en los cuales se consagran, en el caso, el derecho a la salud, en sus distintas manifestaciones o para distintos grupos.

Los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales PDESC-ratificados por ley 13.751 en su art. 12, de este último, se consagra el reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, estableciendo un mínimo de medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de ese derecho.

Estas medidas son un mínimo, lo que no implica que el Estado adopte otras para hacer efectivo el derecho, esto va en relación con lo que establece la propia Convención en cuanto al compromiso que asumen los Estados Partes de respetar los derechos y

libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción sin discriminación alguna y del deber de adoptar Disposiciones de Derecho Interno para garantizar y hacer efectivos tales derechos y libertades.

El criterio de tutela por parte del Estado para la efectividad de los derechos humanos a la población es amplio y no se acota solo a lo dispuesto en el art. 8 de la Convención, en lo que refiere al acceso a la justicia desde la óptica de los tribunales y procesos judiciales. En la misma línea la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por ley 16.137 en el art 24, reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios” Los Estados partes asegurarán la plena aplicación de ese derecho y en particular adoptarán las medidas apropiadas para la salud...”. La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer ratificada por ley 15.164 art 12 y la Recomendación General N.24 del Comité de establecer la obligación de los Estados de tomar medidas que eliminen la discriminación contra las mujeres en el área de la salud y ello supone garantizar el acceso a los servicios de salud en condiciones de igualdad entre hombre y mujeres incluyendo aquellos relacionados a la planificación familiar.

Por su parte la Observación General N 5 adoptada por el Comité del Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales respecto de las personas con discapacidad reconoce el derecho al disfrute de salud física y mental y lo que este derecho implica, esto es el derecho a tener acceso a los servicios médicos y sociales -incluidos los aparatos ortopédicos- y a beneficiarse de dichos servicios, para que las personas con discapacidad puedan ser autónomas, evitar otras discapacidades y promover su integración social.

Ninguna de estas normas ni tampoco las contenidas en otros tratados internacionales referidos a grupos de ciudadanos en lo que refiere al derecho a la salud que nos convoca, imponen restricciones al Estado para hacerlas efectivas. En consecuencia y entendiendo que el concepto de obligación del Estado no se acota a cumplir con las medidas necesarias para el acceso a la justicia en lo que refiere al proceso jurisdiccio-

nal en sí y a los tribunales, no se advierte impedimento para que el Estado propicie un marco normativo en el cual se implemente la mediación en el ámbito de la salud, previa a todo proceso ante los tribunales del sistema judicial, como un mecanismo de resolución de conflictos que permita al ciudadano por ese camino también acceder a la tutela efectiva de su derecho.

La Opinión Consultiva OC 10/89, ha expresado entre los lineamientos e interpretación de la Convención y tratados respecto de estos que constituyen una fuente de obligaciones para los Estados de la región de las cuales pueden ser interpretadas en el marco de la evolución de los tiempos y condiciones de vida actuales siendo el criterio hermenéutico que informa todo el derecho de los derechos humanos el principio pro homine esto es se acudirá a la norma más amplia o a la interpretación más extensa cuando se trata de reconocer derechos protegidos e inversamente a la norma o a la interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos o su suspensión extraordinaria. Este principio coincide con el rasgo fundamental del derecho de los derechos humanos esto es, estar siempre a favor del hombre.

Otro elemento para considerar es la existencia de un derecho sin un mecanismo rápido y eficaz para exigirlo. Ante esto debemos considerar las obligaciones asumidas por el Estado en lo que refiere al derecho a la salud, implica, a) la obligación por parte del Estado de respetar el derecho, es decir que no ha de negar el acceso a los servicios de salud de manera discriminatoria, b) la obligación de proteger: ha de controlar la calidad de los medicamentos comercializados en el país por los suministradores públicos y privados y la obligación de c) realizar: el Estado ha de facilitar el disfrute del derecho a la salud recurriendo por ej. a establecer campañas de vacunación universal para los niños. Es en esa línea de obligaciones que no son restrictivas, que procede a incorporar otras vías de solución de conflictos vinculados a la salud.

Desde el alcance de las obligaciones del Estado en el ámbito de la salud, no existe un impedimento para que la mediación sea reconocida y recogida en el marco normativo como un medio para la autocomposición del conflicto por el cual se logre satisfacer el derecho, más en el entendido que ello no obstaculiza el acceso a la jus-

ticia, en tanto no implica privar al ciudadano de ese derecho, para el caso de que en esta no se logre el acuerdo. Esta solución no contradice ni afecta el rol que tiene el Poder Judicial como garante del respeto y cumplimiento de los derechos humanos por parte del Estado y particulares, al tiempo que dicta decisiones pertinentes en caso de violación de tales derechos y desempeña el papel de precisar el contenido jurídico de los mismos en su contexto nacional específico.

Por lo expuesto, la obligación del Estado, no puede ser analizada con una mirada acotada y restringida al solo hecho de cumplir e implementar los mecanismos para el acceso a la justicia mediante el sistema de justicia, un sistema que en la región tiende a ser cada vez demás difícil acceso por los motivos expuestos anteriormente.

Quizás sea el momento de comenzar a pensar en un marco normativo que implemente en el ámbito de la salud otra instancia de resolución de conflictos fuera del sistema de los tribunales. Quizás sea el momento de pensar en la mediación en el ámbito de la salud, como un camino para lograr el verdadero acceso a la justicia en un concepto amplio y comprensivo de los derechos humanos.

¿Por qué mediar? Algunas experiencias en la región

La Mediación se ha desarrollado a través de la historia afianzándose y ocupando un lugar importante en distintos países del mundo, en materias diversas y con resultados positivos, siendo América Latina una región con una reconocida experiencia, habiendo demostrado a) que descongestiona el sistema de justicia. b) se considera como una forma de ejercer el derecho de acceso a la justicia, en el entendido de que las personas que no contaban con los medios necesarios para acceder a tribunales, pudieran solucionar su conflicto de forma accesible, en menor tiempo y bajo costo d) facilita el dialogo entre las partes quienes logran mediante acuerdos resolver sus diferencias sintiendo satisfecha especialmente a los sectores más vulnerables que no tienen las herramientas para acceder al sistema de justicia formal, y la conveniencia de introducir métodos pacíficos y auto compositivos de solución de conflictos desde la perspectiva de fomentar una democracia participativa, con buena convivencia social-

En la mediación se profundiza en el interés que cada una de las partes tiene en el conflicto. Se trabaja en él desde otra perspectiva, cambiar la mirada del enfrentamiento por el dialogo, la escucha del otro, el respeto mutuo, el ponerse en la posición del otro es el camino para alcanzar resolución satisfactoria. Es también buscar que todas las partes ganen, propiciar una cultura de armonía y paz en justicia. Cada parte suele tener una visión diferente de la realidad, es parcial cuando se discute sobre un derecho o una prerrogativa. En esta disyuntiva, la mediación se presenta, no sólo como un proceso de armonía a través del conflicto sino también como el medio de restablecer las relaciones entre los ciudadanos, con las instituciones y el Estado, que se manifiestan en el respeto y la confianza en el cumplimiento del acuerdo logrado.

En este entorno cobra especial relevancia el mediador que es un tercero imparcial, el cual tendría capacitación en el área de la salud por las especificidades de este derecho y cuya responsabilidad es guiar el desarrollo de la mediación y promover el acercamiento de las partes a fin de propiciar acuerdos, respetándose los principios de igualdad, celeridad, confidencialidad, imparcialidad, voluntariedad y probidad logre acercar a las partes a fin de la resolución del conflicto.

Las experiencias en los países de la región han sido distintas, si bien algunos cuentan con legislaciones que refieren a la mediación, la regulación ha sido diferente tanto en cuanto a las materias que comprenden, la modalidad para su implementación, la obligatoriedad de recurrir o no a esta instancia como un requisito previo al inicio al proceso. En Chile la mediación en el ámbito sanitario fue introducida por ley 19.966 en el año 2004, se consagra un sistema previo y obligatorio de solución de controversias que a razón de un deficiente acto asistencial pueden suscitarse entre pacientes y prestadores de salud siendo uno de sus objetivos principales la disminución de la creciente judicialización. Esa mediación por daños en salud es una instancia administrativa que permite a los usuarios del sistema de salud como a los establecimientos asistenciales privados y públicos de solucionar aquellas controversias que se susciten a propósito de eventuales negligencias sanitarias y o faltas de servicio a través de un procedimiento de carácter voluntario y confidencial en donde los interesados guiados por un tercero ajeno al conflicto buscan acercar posiciones primando el dialogo y la colaboración si bien está acotada a tres a cuestiones a) la existencia de un perjuicio

susceptible de ser reparado desde la perspectiva civil b) existencia de una defectuosa atención sanitaria por parte del prestador de salud o sus dependientes o funcionarios y c) la existencia de un claro vínculo causal entre la defectuosa atención sanitaria y el daño producido al solicitante- La Ley 19.966 señala en el artículo 43 que la mediación “es un procedimiento no adversarial y tiene por objetivo propender a que, mediante la comunicación directa entre las partes y con intervención de un mediador, ellas lleguen a una solución extrajudicial de la controversia”. Las partes en cualquier momento de la mediación pueden expresar su voluntad de no perseverar en el procedimiento, dejándose constancia en el acta. La comparecencia a las audiencias es personal, pero se puede designar un apoderado facultado expresamente para hacer acuerdos.

En Argentina son diferentes las experiencias de Capital Federal y sus provincias por la diversidad de legislaciones existentes, pero es muy fuerte la adhesión a la mediación al punto que por el Decreto 180/92, se hace una declaración “de interés nacional la mediación “ La ley 26.589 argentina establece de manera muy amplia que la mediación prejudicial obligatoria alcanza todo tipo de controversias, excepto las contenidas en el Artículo 5 de la ley que refiere a las acciones penales y otras indicadas en la norma. La ley argentina N° 19.966 dispone que las personas que deseen iniciar una acción judicial en contra de un establecimiento asistencial –público o privado– para hacer efectiva su responsabilidad por daños derivados del otorgamiento de prestaciones de salud, deben previamente someter su reclamo a un procedimiento de mediación.

En Brasil por ej. la experiencia se presenta en el ámbito de la prestación de determinados medicamentos para evitar la judicialización, especialmente referidos a los medicamentos que se encuentran en el Listado Nacional - Rename (cuando la concesión es imperativa y se reúnen otros requisitos).

Uruguay a partir en diciembre de 1995 mediante el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública y la Suprema Corte de Justicia se crean los Centros de Autocomposición de Conflictos en distintos barrios de Montevideo. A partir de ese momento nuestro país ha reconocido a la mediación como método para la resolución del conflicto emprendiendo un proceso lento pero firme. La

Suprema Corte de Justicia ha propiciado esta forma de resolución de conflictos con la finalidad como lo expresa la Acordada 7276, “de facilitar a los justiciables un medio opcional para la autocomposición de sus conflictos asesorados por personal capacitado que actuarán en locales de fácil acceso al público generando las condiciones necesarias para una solución no jurisdiccional de aquellos” Posteriormente se dictaron otras Acordadas de índole administrativas propiciando la mediación, Acordada No. 7389 /2000., 7664/2000,7664/2009, 7750 del 12.9.2012. También a nivel legislativo con los arts. 452 y 467 de la ley 17.296 del 21.2.2001 se institucionaliza los Centros de Mediación, por los arts. 641 y 642 de la ley 18.719 del 27.12.2010 se crea el Departamento de Mediación y nuevos cargos de Mediador en el P. Judicial, teniendo también su desarrollo en el ámbito privado.

Nuestro país tiene experiencia en lo que respecta a la mediación vinculada al ámbito de otros derechos como ser en la Ley de Relaciones de Consumo, 17.250 y su Decreto Reglamentario, en el ámbito de la negociación colectiva a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en materia penal el art. 382 del C. Proceso Penal que incorpora la mediación extraprocesal para determinadas infracciones a la ley penal, así también en materia de adolescentes art- 83 ley 17.823 en redacción dada por el art 4 de la ley 19.551, siendo estos antecedentes normativos una luz para la aplicación de la mediación, en el ámbito de la salud.

Conclusión

La sociedad ha cambiado y esos cambios llevan a que esta y el Estado cambien la mirada en ámbito del derecho a la salud, al igual que respecto de otros derechos desde la perspectiva de los derechos humanos, adecuándose a las necesidades actuales de los titulares de los referidos derechos.

Es así y sin dejar de fortalecer el derecho de acceso a la justicia por medio del sistema de justicia, respecto del cual se afirma que debe ser fortalecido en forma no excluyente, también se debería fortalecer e implementar por medio de una legislación adecuada el derecho a promover la Mediación en el ámbito de la salud, que no es otra cosa

que el derecho que tiene el titular de un derecho de salud lesionado, a transitar por el camino de la autocomposición del conflicto en el ámbito de la mediación.

Esta solución no contraviene a los derechos consagrados en la Convención de acceso a la justicia y de la tutela efectiva, así como tampoco contraviene a los Pactos Internacionales ratificados por el Estado Uruguayo, los que no establecen ni acotan a medios concretos para lograr la efectiva satisfacción de los derechos, siendo que corresponde a cada Estado Parte decidir el método idóneo para dar efectividad a los derechos consagrados, en el caso, el derecho a la salud en su concepción amplia.

El derecho a un recurso efectivo no debe interpretarse necesariamente en el sentido de que exige siempre un recurso judicial. Las obligaciones del Estado según el Pacto de los Derechos Económicos Sociales y Culturales no están acotadas ni restringidas por lo que nada impide al Estado que implemente un marco normativo por el cual el titular del derecho a la salud pueda mediar con su médico, la institución prestadora del servicio de salud o con el propio Estado. Así la mediación es considerada como un recurso efectivo de acceso a la justicia, en una concepción no acotada al sistema judicial sino al concepto de justicia, ello sin dejar de considerar que, agotada esta instancia, en otras palabras, cuando un derecho reconocido en el Pacto no se puede ejercer plenamente sin una intervención del poder judicial, es necesario recurrir a los recursos judiciales y al sistema de justicia.

Propiciar la mediación en el ámbito de la salud como una herramienta para la autocomposición del conflicto, previa al inicio del proceso, es útil para la solución del conflicto, la paz social. Ello no solo satisface a las partes, también para el caso de lograrse los acuerdos haría posible aliviar al sistema de justicia. Corresponde tener presente que la mediación no solo trabaja el conflicto, sino que también es un medio de prevenir y gestionar nuevas diferencias haciendo efectivo el derecho al acceso a la justicia en su concepción amplia, principio esencial de una sociedad que vive en democracia.

Bibliografía

- Barbosa da Silva, Alexandre - Schilman Gabriel-Des) judicialización de la salud: mediación y diálogos interinstitucionales
- HRI/GEN/1 Rev.9 (Vol. 1).27.5.2008. La situación del Pacto en el ordenamiento jurídico interno.
- Mera Alejandra.Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos en América Latina. Diagnóstico y Debate en un contexto de reformas.
- Folleto informativo N° 33. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
- RodríguezCatarina.La Mediación. ¿Una respuesta al nuevo paradigma del Derecho? Rev. Derecho N.15. Mdeo.
- Parra SepúlvedaDarío Prof. Dcho. Civil Universidad de Talca. Mediación en el ámbito de la salud y su rol en la relación sanitaria.
- Pinto, Mónica Prof. El principio pro homine.
- Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recopilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptadas por los Órganos Creados en Virtud de Tratados de Derechos Humanos.

Aplicación de la Mediación en temas del área de salud

Dra. Stella Ventoso B.

Abogada
Juez de Paz Departamental de Maldonado
de 4º turno (especializado en Conciliación y Mediación)

En nuestro país, al igual que internacionalmente, se está incrementando y extendiendo el uso de los métodos de autocomposición de conflictos y específicamente la Mediación.

En estos sistemas se procura que las propias partes, con la intervención de un tercero imparcial, logren resolver y neutralizar la divergencia mediante un acuerdo mutuamente aceptable, en el que se contemplen los intereses de ambas. Para ello es necesario que cada parte deje su posición inicial, despersonalice el conflicto, es decir, no ver al otro como el “problema”, reconozca sus propios intereses y necesidades y también los de la otra parte. Por no existir una buena comunicación, por no tener un buen diálogo, en múltiples oportunidades, lo que aparenta ser un conflicto, no lo es. La mediación es de carácter estrictamente voluntario y el acuerdo que pueda lograrse tiene la naturaleza de documento privado.

En el área de prestación de servicio de salud, la aplicación del sistema de Mediación, además de encontrar una solución en forma más rápida a situaciones y/o reclamos que puedan plantearse por el usuario en la atención del profesional actuante o de la institución prestadora del servicio de salud, también contribuye a lograr y/o recomponer la relación médico-paciente, mejorando el diálogo y comprensión mutua.

La Conciliación, también método de autocomposición, tiene los mismos fines, con características diferentes: es un procedimiento judicial, el tercero que interviene poniendo en comunicación a las partes es un juez, quien de lograrse el acuerdo y si es acorde al orden jurídico lo homologa, es decir, lo aprueba. Y de no lograrse, dispone que fue con inútil tentativa habiéndose cumplido con el requisito de la conciliación previa. A su vez no es una instancia voluntaria, como sí lo es la mediación y la no comparecencia a la audiencia de conciliación convocada, puede tener consecuencias en el proceso judicial posterior.

Siendo mediadora en los Centros de Mediación del Poder Judicial y posteriormente Juez de Paz Adscripta, con competencia en Mediación y Conciliación, no intervine en ninguna mediación referida al área de prestación de servicios de salud

En Conciliación, el mayor porcentaje de solicitudes en que he intervenido, fueron de pacientes y/o familiares de pacientes expresando haber actuado la parte citada con negligencia y /o por mala praxis, reclamando daños y perjuicios, a la institución prestadora del servicio de salud y generalmente también, a los profesionales en forma personal (tanto médicos como enfermeros). En ninguna de las audiencias realizadas se logró acuerdo, sin perjuicio de lo cual, se abrió una instancia de diálogo y comunicación. En un porcentaje menor fue la institución prestadora del servicio de salud la parte solicitante, reclamando en acción de recupero, los gastos de asistencia a un asociado por las lesiones recibidas en accidente de tránsito. Si bien en un número muy bajo, en algunos casos sí se logró acuerdo conciliatorio.

En solicitudes por, según el reclamante, mala praxis en tratamientos odontológicos, es mayor el número de acuerdo logrados. En estos casos las partes convinieron en la devolución por parte del odontólogo de lo cobrado por honorario o el pago del costo del tratamiento y honorario del profesional al que contrató posteriormente el reclamante. En todos los casos, éste último, renunció a su reclamo por daño moral.

Al igual que en otros ámbitos y temas, también y muy especialmente en el área salud, por lo que significa el relacionamiento y comunicación entre médico y paciente, la mediación es un método eficaz para la resolución de controversias



colegiomedico.org.uy

