



Artículo especial

La mediación en el ámbito de la salud

The mediation in health

Immaculada Armadans^{a,*}, Assumpta Aneas^b, Miguel Angel Soria^a y Lluís Bosch^c

^a Departamento de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Departamento de Métodos de Investigación, Facultad de Pedagogía, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas, Generalitat de Catalunya, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de octubre de 2008

Aceptado el 26 de noviembre de 2008

On-line el 26 de marzo de 2009

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 «mediación». A la mediación se le atribuye la capacidad de prevenir, resolver y contener los conflictos inevitables que se producen en la relación personal. Esta alternativa se inspira en la promoción de la cultura de la paz, y es por eso que en este texto se exponen sus fundamentos sobre la base de la descripción de sus características, su funcionamiento y algunas experiencias aplicadas en el ámbito de la salud. Así, mediante este texto se analizarán estos nuevos conflictos surgidos y se valorará cómo se pueden gestionar a través de la mediación, señalando especialmente las expectativas de futuro que puede suponer su implementación en el ámbito de la salud.

La salud: cambios en la relación clínica

En las últimas décadas se están produciendo diversos cambios sociales relacionados con la salud. La sociedad es más longeva y, en relación con esto, la salud ya no es sinónimo de tener o no una enfermedad. Por eso, actualmente no sólo preocupa la enfermedad, sino el estado de salud así como la promoción y la prevención en todas sus dimensiones: la física, la psicológica, la espiritual, la social o la biográfica. Como consecuencia de esta ampliación en la concepción de salud, los servicios de sanidad han pasado a ser servicios de salud y el perfil del paciente ha pasado a ser el de un usuario-consumidor. El aumento del nivel cultural de las sociedades incrementa las expectativas, las necesidades y la consciencia de derechos hacia la prestación de servicios de salud, esto produce algunos desencuentros en la relación clínica si no se adoptan diversas formas de superación que permitan satisfacer las necesidades de los enfermos y los objetivos reales de la profesión¹. Por ejemplo, los cambios en el modo de proveer y pagar los servicios de salud incrementan los costes y obliga al control excesivo de su utilización, lo que aumenta las demandas por impericia médica que, a su vez, provocan un impacto en el ámbito judicial y de la salud al repercutir en el coste social y económico de la sociedad². El coste de la salud es un tema que preocupa y se contradice con la consideración de la salud como un recurso que se puede optimizar y promocionar. Por esto, se hace necesario articular en un marco político la regulación de prioridades, estrategias y financiación para atender las diferentes necesidades. Por ejemplo, en Francia, uno de los problemas más delicados consiste en definir las políticas públicas de manera que las necesidades de salud y sus costes se concilien; emerge así un nuevo derecho llamado «mediación», derecho complementario a la medicina que permite conciliar las demandas de los pacientes y las realidades económicas³. En definitiva, se pretende un sistema sanitario eficaz⁴ a través de diversos medios para controlar la utilización de los servicios (por ejemplo, listas de espera) y, al mismo tiempo, se producen cambios en las relaciones entre los médicos y los pacientes⁵, en las que la gestión de la información, la comunicación y la actuación profesional desempeñan un papel muy importante.

En las relaciones asistenciales, de cuidado y laborales se aplica una nueva manera de entender la salud. En primer lugar, la gestión de la información de los sistemas sanitarios debe adecuarse a la nueva interacción entre el profesional de la salud y el paciente mediante un proceso donde la información y la buena comunicación se erigen como componentes esenciales para un tratamiento integral y humano de la persona⁶. Así, el componente social y humano de la relación entre el médico y el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iarmadans@ub.edu (I. Armadans).

paciente se reconstruye cada día y requiere el mejor uso de las competencias técnicas y emocionales disponibles⁷. Asimismo, el conocimiento especializado del médico ha experimentado un proceso de democratización importante, se ha hecho más accesible para la población, y ha generado un fenómeno nuevo que se concreta en el incremento de actitudes de cuestionamiento de las decisiones médicas⁵.

Este fenómeno, junto con la aplicación de nuevos modelos de relación clínica, genera conflictos que deben tratar, en algunos casos, los servicios especializados (comités de ética u otros)¹. Otros conflictos que surgen en el seno de la relación clínica, y en el contexto sanitario son los relacionados con las decisiones acerca del fin de la vida (enfermedades terminales), conflictos interpersonales o de comunicación, así como los conflictos internos vinculados a la organización⁸ o a la búsqueda y el mantenimiento del poder entre profesionales sanitarios como fuente de conflictos⁹.

En el marco de una sociedad litigiosa¹⁰, en España se ha ido generando una lógica de confrontación judicial, lo que ha producido un aumento de las reclamaciones por la asistencia sanitaria y las demandas por errores médicos²⁻¹¹. Además, la violencia interpersonal creciente y la agresión a los profesionales sanitarios es un problema grave¹², que posiblemente podría evitarse si muchos conflictos se atendieran de manera temprana. Asimismo, es probable que la mayoría de los problemas de negligencia médica no se refieran a una mala práctica, sino a una mala relación del médico con el paciente.

También, algunos cambios sociales, como el incremento de la inmigración y el aumento de la población extranjera en España, han propiciado una diversidad creciente en los usuarios de los servicios de salud. Las cuestiones relativas a las diferencias culturales son especialmente problemáticas, ya que el incremento de la diversidad cultural en la salud es una fuente potencial de problemas entre el personal sanitario y los usuarios cuando se tiene un origen cultural diverso, por las diferentes ideas acerca de la vivencia de estar enfermo y las dificultades de comunicación.

En definitiva, todas las situaciones de cambio social inevitablemente vienen acompañadas de conflictos en las que algo o alguien debe cambiar para adaptarse. La relación clínica o la relación con el médico (entendida como relación social) no se queda al margen de estas pruebas. La mediación de conflictos puede representar un nuevo modo de regulación social, una nueva manera de actuar en la resolución de los conflictos, en la comunicación, en la educación y en la seguridad respecto a las situaciones difíciles de relación personal¹³.

La mediación como metodología de resolución pacífica de los conflictos representa una opción viable y pertinente, ya que se basa en una lógica de colaboración y de potenciación de la mejora en la relación clínica frente a la lógica de la confrontación judicial^{13,14}.

La mediación de conflictos: una nueva opción en la salud

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)¹⁵. Ha demostrado ser una estrategia útil en múltiples contextos y tipos de problemas¹⁶, si bien también es necesario conocer sus límites y tener presente que no todos los problemas pueden resolverse a través de ésta.

La implementación de la mediación en el ámbito de la salud es un fenómeno emergente del que se vienen conociendo iniciativas con diversas denominaciones: «mediaciones psicológicas», «mediaciones interculturales», entre otras, ubicadas en diferentes

servicios de salud (urgencias, atención sociosanitaria, comunitaria, etc.)¹³.

Algunos autores han definido la mediación como «una acción realizada por un tercero, entre personas o grupos que consienten libremente, que participan y a los que corresponderá la decisión final, destinada a hacer nacer o renacer entre ellos relaciones nuevas, con el fin de prevenir o curar relaciones perturbadas entre ellos». Aplicado al ámbito de la salud, se trata de crear un espacio de diálogo cooperativo entre personas o grupos para prevenir conflictos, crear puentes que mejoren la comunicación, gestionar los conflictos, transformar las relaciones existentes, llegar a acuerdos extrajudiciales y a la búsqueda de soluciones allá donde el sistema falla. Por consiguiente, la mediación se caracteriza por ser un sistema no adversarial de resolución o de transformación pacífica de una situación de conflicto entre 2 o más personas, en la que interviene una tercera persona imparcial y neutral (el mediador) para facilitar los procesos de comunicación. El concepto va más allá de una técnica de resolución de los conflictos; permite gestionar el cambio y acompaña a las personas para que puedan prevenir, transformar o contener las situaciones de conflicto.

La mediación presenta algunas ventajas respecto a otros métodos de resolución de conflictos: evita la vía judicial como método de resolución del conflicto, sus costes son más baratos y su aplicación es más rápida, cuida las relaciones entre las personas, se centra en resolver el problema de fondo y, por tanto, es preventiva. Por otra parte, las principales características de su funcionamiento incluyen la disposición y la voluntariedad de las partes para participar en la mediación y la necesidad de que las partes cooperen en el proceso de transformación y en la resolución del conflicto. La imparcialidad y la neutralidad del mediador son fundamentales. El proceso de mediación se realiza en sesiones privadas que garantizan la confidencialidad del proceso; finalmente, la solución al problema no se impone, sino que la deciden los implicados.

Ahora bien, la mediación no es una solución universal, no puede gestionar ciertos conflictos; necesita contar con las otras instancias: la administrativa, la judicial y la deontológica, y tiene limitaciones. Así, no puede utilizarse en asuntos penales (en caso de negligencia), en casos de responsabilidad civil grave, en casos de indemnizaciones elevadas o en casos de objeción de conciencia (interrupción del embarazo o de ayuda a una buena muerte).

La falta de comunicación o la dificultad de conciliar los intereses de los pacientes-usuarios o consumidores en la interacción con los médicos o proveedores de la salud forma parte de la mayoría de las quejas referidas a la calidad de servicio¹⁷. La mediación puede ser una opción viable para resolver las quejas de los usuarios-consumidores de salud y puede aportar beneficios para la calidad del servicio prestado. También, en los casos donde hay disputas o malos entendidos por negligencia médica, los intercambios emocionales complican su resolución y la vía de solución judicial no representa una buena opción. Por esto, desde hace un tiempo se insiste en la aplicación de la mediación en estos casos para evitar complicaciones posteriores, así como también se busca extender las aplicaciones y su uso en casos reales de insatisfacción con el servicio o malos entendidos en las prácticas médicas¹⁸. También, en la bibliografía se incluye la mediación como parte de los nuevos sistemas y procedimientos para el manejo del conflicto entre profesionales y usuarios en un hospital¹⁹, lo que permite gestionar mejor los cambios y utilizar el diálogo como eje central de las intervenciones en la relación clínica. Además, algunos estudios demuestran que cuando se entrena en mediación a los profesionales de la salud se mejora el trato con los usuarios en el servicio de salud y se previenen los costes de los posibles litigios²⁰.

Experiencias de mediación en el ámbito de la salud

Mediación sociosanitaria

El impacto del envejecimiento, junto con los cambios sociales y demográficos en las últimas décadas, configura un nuevo panorama en la asistencia sociosanitaria. Los objetivos de las políticas sociosanitarias deben replantearse y deben encontrarse respuestas eficaces y adecuadas tanto al nuevo contexto sociosanitario como a las demandas a la prestación de servicios de salud. La mediación en este ámbito de aplicación supone una alternativa pacífica para la resolución de los conflictos vinculados a la situación de dependencia, lo que plantea nuevas necesidades sanitarias y sociales²¹. La mediación ofrece una respuesta para gestionar los dilemas que se producen entre profesionales de la salud, cuidadores, familiares y usuarios, en diferentes entornos de convivencia (hospitales, centros de día, residencias, entre otros)²². Ésta puede ser complementaria a la prevención, la promoción y la educación de la salud, a la vez que puede evitar el escalamiento y los efectos de los conflictos no resueltos (maltratos, violencia y otros).

La experiencia existente en este ámbito incluye el programa piloto Medimayor, programa de aplicación de la mediación sociosanitaria. Esta experiencia se llevó a cabo en el marco de una investigación subvencionada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), entre los meses de enero y diciembre de 2007, en la que participó la Universidad de Barcelona, la Universidad Ramón Llull y la Universidad del País Vasco. El programa fue diseñado para transformar situaciones de conflicto y demostró la utilidad de la mediación como herramienta para la gestión del conflicto en el ámbito de las personas mayores, en un escenario de futuro lleno de posibilidades²³. La perspectiva teórica utilizada se basaba en el paradigma apreciativo y el modelo transformador. La construcción de relaciones positivas entre los diversos actores implicados en situaciones de conflicto (profesionales, usuarios, familiares) desempeñó un papel fundamental.

Por todo esto, el programa partió de varias premisas innovadoras fundamentales en materia de salud y de promoción de la convivencia, que se concretaron en la aplicación de la mediación, entendida como una herramienta que apodera a los participantes con diferentes recursos para que puedan resolver o transformar las situaciones de conflicto por sí mismos. Para esto, se facilitó un espacio para la transformación y el acercamiento mutuo en el que participaron los profesionales de la salud, los usuarios, los familiares y el mediador en su papel esencial de conductor del programa.

Los objetivos del programa se concretaron en crear un ambiente de aprecio y de confianza, facilitar la toma de decisiones consensuadas de los problemas, trabajar la cooperación entre los

implicados y ofrecer un espacio para analizar los problemas y negociar.

El programa conllevó una planificación dinámica y adaptada al entorno. Se desarrollaron de manera diferente 2 experiencias en Cataluña: en un centro sociosanitario y en un grupo del municipio de Molins de Rei, y otra en la comunidad vasca. En Cataluña se utilizó la mediación «multiparte», es decir, se realizó una primera sesión por separado con los grupos y, en las sesiones siguientes, se trabajó con todo el grupo en conjunto, mientras que en la mediación que se aplicó en la comunidad vasca se trabajó con cada una de las sesiones de los grupos de manera separada.

El programa se desarrolló en 6 sesiones de trabajo, conducidas por el mediador, y con la presencia de 2 observadores neutrales e imparciales. En las sesiones se utilizaron dinámicas, juegos y técnicas de mediación, con la ayuda de fichas técnicas, protocolos y observaciones que se iban aplicando durante el programa.

La aplicación del programa a través del proceso de mediación transformativa logró la expresión o exteriorización de problemas o conflictos latentes, y de esta manera se pudo construir significados sociales positivos que permitieron a los participantes aprender a manejar mejor sus diferencias. Tal y como ilustra la tabla 1, los participantes realizaron un aprendizaje consciente respecto a los cambios acontecidos como consecuencia del programa (comprensión de necesidades, mejora de la comunicación, desarrollo de capacidades y confianza al resolver situaciones difíciles).

También cabe destacar el hecho de haber conseguido cambiar la percepción del conflicto y desarrollar capacidades para la convivencia²⁴. Esto implicó incidir en la cultura de la mediación, ya que el 95% de los participantes respondió afirmativamente a la pregunta de si recomendarían el programa en un futuro. Además, los participantes pudieron analizar su realidad, la experiencia vivida, decidir respecto a su futuro y generar opciones de cambio; pudieron incorporar nuevas estrategias en su manera de enfrentarse al conflicto y valorar muy positivamente la experiencia.

En síntesis, el programa ha permitido trabajar con los conflictos generados en la convivencia de los centros y de las instituciones, lo que incluye las relaciones de familiares y profesionales, el descontento con el servicio prestado y los malos entendidos entre usuarios y profesionales. Ha sido muy útil abordar los aspectos subyacentes a la situación de conflicto, como por ejemplo la desconfianza o la insatisfacción, para facilitar la comprensión de las discrepancias, los problemas y las tensiones que están en la base de todos los conflictos. Además, al favorecer el diálogo, los participantes han podido comprender cuál es su realidad interdependiente con los otros y cuáles son los aspectos de la situación en los que se reconocen como parte; de este modo, responden a una acción preventiva y educativa para la convivencia en los centros con el fin de evitar que se produzcan situaciones de violencia o de maltrato²⁵, y así construir una nueva cultura de la mediación.

Tabla 1

Datos estadísticos descriptivos de los logros del programa Medimayor según sus usuarios, en una escala de valoración del 0 al 10

Ítem	Cornellá		Molins de Rei		País Vasco		Total muestra	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Comprender las necesidades, los deseos y los valores de cada uno	8,15	1,864	8,93	1,486	6,56	1,632	7,84	1,916
Mejorar la comunicación y el entendimiento	8,54	1,391	8,47	1,125	6,94	1,731	7,93	1,605
Desarrollar algunas capacidades para la cooperación y la negociación	8,31	1,702	7,87	2,232	7,13	1,586	7,73	1,885
Asumir la responsabilidad de los actos propios y sus consecuencias	8,69	1,702	8,20	1,781	6,69	1,250	7,80	1,773
Crear en las posibilidades para transformar las situaciones difíciles	8,15	1,908	8,13	2,100	7,00	1,713	7,73	1,945

DE: desviación estándar.

Mediación intercultural

El incremento de la inmigración, la localización en España de numerosos ciudadanos retirados de la Unión Europea, la presencia de profesionales, turistas y estudiantes y la calidad médica del sistema de salud que atrae, cada vez más, a usuarios de otros países y continentes, ha propiciado el crecimiento vertiginoso de la diversidad cultural en el sistema de salud de España. La respuesta a las necesidades de estos usuarios genera diversos conflictos y tensiones, como el desarrollo o la adaptación de los servicios, su financiación y los ajustes en la relación clínica.

Numerosos informes nacionales han alertado sobre la necesidad de prestar atención al factor cultural en la salud²⁶, sobre todo en la cuestión de la atención prestada a las personas inmigrantes y otras minorías étnicas^{27,28}. Aun así, los estudiosos han identificado lagunas en el conocimiento sobre las creencias, prácticas y necesidades de las diversas culturas dirigidas a los profesionales de la salud²⁷⁻²⁹. La relación clínica entre personas de culturas diferentes pone en juego un gran número de factores que podrían desencadenar conflictos. El factor comunicativo es una importante fuente de conflictos sumamente relevante³⁰. Más allá del idioma, pueden abordarse diferencias en la conceptualización, la expresión y vivencia de la enfermedad, síntoma o pronóstico. Otro factor es la confrontación de los diversos sistemas de salud³¹. El sistema de salud de una sociedad proporciona información sobre cómo vive y concibe la enfermedad y la discapacidad esa sociedad. Aporta información acerca de qué se considera como enfermedad y qué no se considera como enfermedad, las causas de esas enfermedades, cómo deben tratarse y cómo se espera que se comporte la persona enferma. También proporciona información acerca de las competencias de los profesionales, sus funciones y su estatus en la sociedad, así como los papeles que la familia y los acompañantes desempeñarán durante el proceso. Todos éstos son aspectos clave que pueden generar numerosos conflictos en la relación clínica. Otro aspecto relevante que puede ser detonante de conflictos culturales en el sistema de salud es la concepción de la propia imagen personal y del cuerpo. La imagen que las personas desarrollan de su cuerpo está influenciada por las percepciones que el grupo cultural tiene sobre las propiedades físicas y las implicaciones funcionales, sociales y psicológicas que se otorguen. Así, el tamaño del cuerpo, los vestidos, los ornamentos y otros factores tienen su propio significado, que debe gestionarse en cada relación intercultural. De tal manera que lo bello, lo correcto, lo apropiado o lo intolerable puede variar abismalmente de una cultura a otra. La comprensión de estos factores es clave en situaciones tan delicadas como la relación que se establece entre una persona enferma y el profesional que la debe atender³². Para prevenir, gestionar o resolver los conflictos que pueden surgir en una relación clínica intercultural, la mediación se erige como una estrategia fundamental. La mediación intercultural se puede definir como una modalidad de intervención de terceras partes en y sobre situaciones sociales de multiculturalidad significativa, orientada hacia la consecución del reconocimiento del otro y el acercamiento de las partes, la comunicación, la comprensión mutua, el aprendizaje y el desarrollo de la convivencia, la regulación de los conflictos y la adecuación institucional entre actores sociales o institucionales culturalmente diferenciados³³. La mediación intercultural abordaría 3 dimensiones: la gestión de los conflictos generados por la diversidad cultural (mediación reactiva), la accesibilidad y adecuación de los servicios a las necesidades de los nuevos usuarios (mediación preventiva) y la promoción de relaciones adecuadas entre grupos culturalmente diversos (mediación proactiva)³⁴.

En España se han venido desarrollando diversas experiencias sobre la mediación intercultural, ya sea en ámbitos socioeduca-

tivos³⁵ o en el ámbito de la salud^{36,37}. Para ilustrar las experiencias de mediación intercultural en la salud, se cita una experiencia pionera: el programa de mediación intercultural del Hospital del Mar-mediadores³⁸. Este programa, que dependía del Servicio de Atención al Usuario, se inició en el año 2003 como una acción transversal que se ofrecía a todos los profesionales y usuarios de cualquier área del hospital que lo requirieran. Actualmente cuenta con un equipo de 5 profesionales que han prestado atención a aproximadamente 5.000 usuarios en diversas intervenciones, como mediación preventiva, acompañamiento, mediación médica, mediación religiosa, mediación sobre enfermería e información sobre recursos sanitarios y sociales. La valoración de la experiencia ha sido totalmente positiva y necesaria para mejorar la calidad de la atención sanitaria en una sociedad como la actual, tan diversa en cuanto a su cultura. Otra experiencia que ilustra el potencial de la mediación intercultural en la salud es el Plan de Mediación del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Este plan es uno de los ejes clave, junto con la formación y la acogida, del Plan de Inmigración²⁸ de ese departamento. El Plan de Inmigración define las bases del modelo de intervención respecto al colectivo y establece los criterios para la planificación de los servicios de salud sobre la base de las nuevas necesidades de atención en un entorno de diversidad creciente de la población. Para facilitar operativamente el desarrollo del Plan de Inmigración, el Departamento de Salud y la obra social de «La Caixa» han firmado un convenio de colaboración para implantar y reforzar una red de mediadores interculturales en los servicios sanitarios de Cataluña⁴⁰. El programa se centra en 3 ejes de actuación: programa de formación de 2 años de los mediadores o facilitadores interculturales que intervienen en los servicios de salud; aumento de los recursos profesionales de mediación para garantizar una atención adecuada en todo el territorio catalán, y creación de un centro coordinador capaz de ajustar la gestión del proyecto a la valoración territorial de necesidades.

Hasta el momento, todas las experiencias desarrolladas sobre mediación intercultural en España se han focalizado fundamentalmente en la atención a los usuarios procedentes de la inmigración. Pero se estima que no sólo ha de restringirse a este estrato socioeconómico o focalizarse en el usuario, pues un sistema de salud de calidad debería satisfacer las necesidades interculturales de cualquier usuario así como a los profesionales del sistema: la mediación intercultural, aplicada por un profesional o como competencia específica de los profesionales, es una óptima estrategia de interlocución.

Mediación sanitaria

La naturaleza del sistema sanitario es compleja debido a la cantidad de servicios de asistencia con orientaciones diversas (preventiva, tratamiento, rehabilitación, entre otras), a los cambios constantes sociales y sanitarios, al volumen considerable de datos y a la diversidad de conocimientos que se necesitan para que los profesionales aporten calidad en la docencia, en la investigación y en la asistencia.

La mediación en el ámbito sanitario tiene una implantación muy reciente en España y todavía es muy minoritaria. Las iniciativas que hay actualmente surgen directamente de algunos centros hospitalarios (Consorti Sanitari Integral, Hospital de la Vall d'Hebrón y Hospital de Terrassa), con el objeto de atender diferentes quejas y conflictos que se producen entre usuarios y profesionales, así como de poder desarrollar sistemas de mediación en un entorno sanitario con el fin de ofrecer un recurso alternativo para ayudar en diferentes tipos de conflictos interpersonales, con diferentes actores sociales (médicos, enfermeras o

trabajadores sociales) ubicados en diferentes servicios (urgencias, atención primaria, hospital, entre otros). El panorama es especialmente complejo pero altamente esperanzador, precisamente debido a la concienciación tan importante de los políticos y las organizaciones de salud, para aprovechar las ventajas que puede ofrecer la mediación en este contexto. Un ejemplo de esto es el proyecto reciente que se ha implantado en el Instituto Catalán de la Salud (ICS), que consiste en la creación de una unidad de mediación, prevención y gestión alternativa de conflictos con los objetivos de introducir la cultura de la paz en el marco de la estructura del ICS, crear espacios para construir los mejores sistemas de prevención, transformar y resolver conflictos, ayudar en la mejora del clima laboral, y colaborar y coordinarse con el resto de los agentes que trabajan con el conflicto del ICS.

En el marco de este proyecto se está formando a los profesionales de la salud en técnicas de gestión alternativa de resolución de conflictos, asesoramiento para la prevención y gestión de los conflictos, y se media en los casos que se requiere.

El futuro de la aplicación de la mediación en la salud

Es importante que, en el futuro, la mediación en el ámbito de la salud responda a la nueva concepción de la salud en la sociedad actual. La perspectiva de futuro debe ser contemplar la salud como una responsabilidad de todos, desde donde se incluye a los políticos, a las instituciones, a los usuarios y a los profesionales. Los ciudadanos no deben ser objetos pasivos de políticas asistencialistas ni discriminados en función de cualquier causa social (edad, cultura y otras); los profesionales deben estar dispuestos a cambiar y a gestionar el conflicto de manera positiva para evitar los procesos negativos de evolución de los conflictos (litigios, malos tratos, violencia); los políticos deben apostar por una incorporación paulatina en el contexto sanitario para aprovechar las ventajas de la mediación. En otros contextos foráneos vale la pena tener en cuenta la experiencia chilena de incorporar un procedimiento de mediación al servicio de la solución de los conflictos en salud, sobre la base de la instauración, por ley, de un régimen de garantías en salud con garantías explícitas y un uso de la mediación al servicio de las personas³⁹. En Cataluña actualmente se está desarrollando el proyecto de investigación de la mediación que culminará con la publicación del Libro Blanco de la Mediación en Cataluña⁴⁰, que pretende reflejar y aglutinar el conocimiento actual sobre la situación de aplicación de la mediación y de los sistemas extrajudiciales de resolución de conflicto existentes en toda la comunidad catalana, así como proponer recomendaciones de futuro para aplicar la mediación en su vertiente práctica pero también legislativa. Es a través de este proyecto en el que los autores de este artículo participan, donde la mediación en el ámbito de la salud tendrá un espacio de visibilidad. Por el momento, se avanza en visualizar y en concretar 3 tipos de aplicaciones que pueden suponer cambios muy importantes para el contexto sanitario y de la salud: las unidades de mediación sanitaria, la mediación en las demandas por negligencia médica y la mediación intercultural.

1. Las unidades de mediación sanitaria

La implementación de unidades de mediación sanitaria en el ámbito hospitalario como en atención primaria, con personal formado y especializado, y sistemáticas de trabajo correctamente elaboradas y protocolizadas, sería la semilla que propiciaría el desarrollo de un nuevo estilo en las relaciones interpersonales dentro de la sanidad. Un ejemplo de esto es la unidad de mediación sanitaria del Consorcio Hospitalario de Terrassa, que

permite asegurar que las intervenciones realizadas desde las unidades no sólo suponen una mejora para el abordaje de los conflictos con los usuarios, sino también una solución para la prevención y el tratamiento de conflictos dentro de la institución, en colaboración, al mismo tiempo, con la gestión del cambio y el consenso entre profesionales.

2. La mediación en las demandas por negligencia médica

Las futuras y previsibles propuestas legislativas deberían conseguir la obligatoriedad de la mediación en las demandas penales por negligencia médica. La mayoría de estas demandas penales están orientadas y encaminadas a ejercer una presión tal sobre el profesional denunciado que le fuerzan a pactar indemnizaciones y acuerdos por la vía civil. Se debe tener en cuenta que la mayoría de las demandas son admitidas a trámite (81 en 2006, 58 en 2005 en Cataluña)⁴¹ y que pese a que pueden en muchos casos terminar con su archivo, el daño moral y el coste emocional que soporta el profesional resultan irreparables y absolutamente desproporcionados. Muchos de aquellos conflictos que terminan en reclamación patrimonial (en el caso de la administración) o en demanda civil o penal han tenido su origen en un problema de información o comunicación, y es ahí donde las metodologías creadas para la resolución pacífica de conflictos (como la mediación) que utilizan como estrategia fundamental el uso de la palabra y el diálogo, se muestran como una poderosa alternativa de futuro.

3. La mediación intercultural en salud

Hasta el momento, todas las experiencias desarrolladas sobre mediación intercultural en España se han focalizado fundamentalmente en la atención de los usuarios procedentes de la inmigración y en la emergencia del perfil profesional del mediador intercultural. Los autores de este artículo consideran que no sólo ha de restringirse a este estrato socioeconómico ni focalizarse en el usuario, pues un sistema de salud de calidad debería satisfacer las necesidades interculturales de cualquier usuario y a los profesionales del sistema, y la mediación intercultural, a cargo de un profesional o como competencia específica de los profesionales, es una óptima estrategia de interlocución; es decir, sin rechazar que la mediación pueda erigirse como un servicio más en el sistema de salud dirigido a un perfil de usuario muy específico como es el que procede de la inmigración. Los autores de este artículo consideran que la competencia en la metodología de la mediación como estrategia de resolución de conflictos debe formarse, evaluarse y valorarse en todos aquellos profesionales del sistema de salud que atiendan a usuarios de otros países. Esta competencia debería comprender elementos tanto de técnica de resolución de conflictos como de comunicación intercultural y conocimiento de los sistemas de salud.

En definitiva, y con todo lo dicho, se ha pretendido sentar las bases necesarias para trabajar en la cultura de la paz y en la prevención de los conflictos en el ámbito de la salud, que en la mayoría de los casos (cuando no se gestionan) comportan efectos indeseados (situaciones de maltrato, insatisfacción con los servicios, etc.). De la decisión que se tome sobre el futuro dependerán, al fin y al cabo, los resultados.

Financiación

Este artículo ha sido realizado en parte gracias a la resolución de la convocatoria del Imsero para el proyecto «medimayor» I+D+I 110/2006.

Bibliografía

1. Broggi MA. Gestión de los valores ocultos en la relación clínica. *Med Clin (Barc)*. 2003;21:705-9.
2. Rodríguez JL. Reclamaciones derivadas de la asistencia sanitaria pública deficiente en Catalunya. Análisis y evolución del período 1994-2002. Tesis doctoral. Disponible en: URL: http://www.tdx.cesca.es/TDX-0629106-110011/index_cs.html.
3. Azoux L. Un nouveau droit des malades: la médiation. *Médecine & Droit*. 2003;62-63:159-61.
4. Gaminde I. Priorities in healthcare: A perspective from Spain. *Health Policy*. 1999;50:55-70.
5. Gaminde I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. En: Informe Sespas 2002: SESPAS Sevilla; 2002. p. 567-80.
6. Silver E. La información de los sistemas sanitarios y de los pacientes. *Quark: ciencia, medicina, comunicación y cultura*. 1999;16:19-22.
7. Borrell F. La relación médico paciente en un mundo cambiante. *Humanitas Humanidades médicas: número 15 [revista electrónica]* 2007 [citado 12 Oct 2008] Disponible en: URL: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero15/articulo.pdf.
8. Kressel K, Kennedy CA, Lev E, Taylor L, Hyman J. Managing conflict in an urban health care setting: what do "experts" know? *HeinOnline. J Health Care L & Pol*. 2002;364:364-446.
9. Sota E. El poder en las organizaciones sanitarias. En: Guimon J, de la Sota E, Sartorius N (coord.) La gestión de las intervenciones psiquiátricas: gestión, profesionales y organizaciones. España: Universidad de Deusto; 2001. p. 383-8.
10. Palomo JL, Santos IM, Ramos V, Ortiz PM. El médico en el estrado. Recomendaciones para comparecer como perito en los tribunales. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:536-41.
11. Las demandas por errores médicos se han multiplicado por cuatro en diez años. [noticia de redacción electrónica] [citado 11 Oct 2008] Disponible en: URL: <http://primarcomunicacion.es/wordpress-1/?cat=15>.
12. Martínez B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:307-10.
13. Bonafe-Schmitt JP. La ou les mediations dans le domaine de la sante. *Mediation et Santé*. [ponencia]. Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel, dans le cadre d'une collaboration entre l'IDS et le CEMAJ. 2007. Disponible en: URL: <http://www2.unine.ch/cemaj/page20081.html>.
14. Font JN. La mediación en disputas de impericia médica: la solución a la armonización de los intereses a las partes. *Revista del colegio de abogados de Puerto Rico. Edición especial [revista electrónica]* [citado 11 Oct 2008] 2001;62:349-357. Disponible en: URL: <http://www.capr.org/tmp/pdfs/6.VOL%2062%20NUMS%203%20Y4.pdf>.
15. Wall JA, Stark JB, Sandifer RL. Mediation. A current review and theory development. *Journal of Conflict Resolution*. 2001;45:370-91.
16. Villagrasa C. La mediación. L'alternativa multidisciplinària a la resolució de conflictes. Barcelona: Editorial Pòrtic; 2004.
17. Mihalakos G. Mediation: A new option for resolving medicare beneficiary complaints. *Medicine and Health Rhode Island*. 2003;86:10325-6.
18. Skjorshammer M. Conflict management in a hospital. *J Manag Med*. 2001;15(2):156-66.
19. Currie CM. Mediation and medical practice disputes. *Mediation Quarterly*. 1998;15(3):215-26.
20. Saulo M, Wagener RJ. Mediation training enhances conflict management by healthcare personnel. *Am J Manage Care*. 2000;6(4):473-83.
21. Munuera P. Mediación en situaciones de dependencia: conceptos clave y marco jurídico relevante. *Acciones e Investigaciones Sociales*. 2006;1:262-3.
22. Bertschler P, Cocklin L. Truce! Using elder mediation to resolve conflict among families, seniors and organizations. Ohio: NCS Publishing; 2004.
23. La mediación como instrumento de gestión del conflicto en el ámbito de las personas mayores y autónomas [informe de investigación]. Disponible en: URL: <http://www.publicacions.ub.es/doi/documents/236.pdf>.
24. Munné M, Mac-Cragh P. Los 10 principios de la cultura de la mediación. Barcelona: Graó; 2006.
25. Giró J. Envejecimiento, autonomía y seguridad. Logroño: Universidad de la Rioja, Servicio de Publicaciones; 2007.
26. Herman C. Culture, health and illness: An introduction for health professionals. Jordan Hill, Oxford, UK: Butterworth Heinemann Herman; 1990.
27. Bates E, Linder-Pelz S. Health care issues. Sydney: Allen & Urwin; 1990.
28. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut. 2006 [citado 11 Oct 2008] Disponible en: URL: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/index.html>.
29. García Castaño J, Barragan C. Mediación intercultural en sociedades multi-culturales: hacia una nueva conceptualización. *Portularia*. 2004;4:123-42.
30. Vázquez L, Terraza R, Vargas I. Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable. *Consorci Hospitalari de Catalunya: 2007 [Consulta el 11-10-2008]*. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/doc12647.html>.
31. Parsons C. Cross cultural issues in health care. En: Reid J, Trompf, P, editores. The health of immigrant Australia: A social perspective. Sydney, Australia: Harcourt, Brace Jovanovich; 1990. p. 108-48.
32. Galantini C. Caring for patients from different cultures: Case studies from American hospitals. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 1991.
33. Giménez C. La naturaleza de la mediación intercultural. *Migraciones*. 1997;2.
34. Coehn-Emerique M. La mediation interculturelle: la mediation assurée par les femmes-relais. París: Acuellir n.º 193; 1993.
35. AEP Desenvolupament comunitari y Andalucía Acoge. Mediación intercultural. Una propuesta para la formación. Madrid: Popular; 2002.
36. Acuerdo entre la Universidad de Castilla La Mancha UCLM, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y Médicos del Mundo [noticia electrónica] [citado 11 Oct 2008] Disponible en: URL: http://www.uclm.es/gabinete/ver_noticias.asp?id_noticia=5405.
37. Mora A. La participación social de las personas inmigrantes en el ámbito de la salud: mediación sociosanitaria e intervención psicosocial. Ejemplar dedicado a los derechos de participación política de los emigrantes. Retos, experiencias, propuestas. Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho. 2005;12 [citado 11 Oct 2008]. Disponible en: URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1307315>.
38. Iniesta C, Sancho A, Castells X, Varela J. Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 2007;130:472-5.
39. Ley Sanitaria de Xile. Disponible en: URL: <http://idt.uab.cat/lilibreblanc/>.
40. Web del Llibre Blanc de la Mediación a Catalunya. Disponible en: URL: <http://idt.uab.cat/lilibreblanc/>.
41. Memoria del IMLC. Institut de Medina Legal de Catalunya (2005 y 2006). Disponible en: URL: <http://www.gencat.cat/justicia/imic/>.