



EVOLUCIÓN DE LOS CONFLICTOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD. EL PAPEL DE LA MEDIACIÓN

¿QUO VADIS MEDIACIÓN?

PONENCIA JORNADA DE CLAUSURA DEL SEGUNDO CONGRESO DE
MEDIACIÓN EN SALUD

FRANCESC JOSÉ MARÍA

El Manifiesto del primer Congreso de Mediación en Salud (junio 2018)

En junio de 2018 celebramos el Primer Congreso de Mediación en Salud con un gran éxito de asistencia y contenidos. De dicho Congreso resultó la aprobación de un manifiesto en el que tras reiterar los principios que presiden la mediación, destacaba la necesidad de crear a través del diálogo un espacio de disculpa, de comprensión y de perdón ante los eventos adversos, errores, malas praxis y negligencias que se pueden producir durante la atención sanitaria y los malentendidos entre profesionales.

Según el Manifiesto en dicho espacio lo que se debe producir es la escucha activa y la promoción de la cultura del diálogo para alcanzar la reparación emocional, frente a la cultura culpabilizadora que hoy en día desgraciadamente aun preside el abordaje de la solución del conflicto cuando éste se plantea.

En relación con las organizaciones sanitarias el Manifiesto plantea una conclusión de consenso entre los congresistas en torno a que

“la mediación en el ámbito de la salud ha de promover una cultura institucional que incluya la responsabilidad, la coherencia y el compromiso con los valores de la mediación. Para ello debe disponer de espacios de diálogo accesibles que contribuyan a fomentar la cultura de la paz y la prevención primaria mediante la formación continuada de todos los agentes.”

Punto de partida:

Nuestra sociedad es tradicionalmente una **sociedad litigiosa**. Buena prueba de ello en nuestro sector es el incesante aumento de demandas ante los tribunales por negligencias y errores médicos.

No somos *a priori* capaces de resolver las controversias sin la intervención del sistema judicial. La causa última de esta patología es la **falta de confianza interpersonal**. En sociedades en las que impera la desconfianza solo la autoridad de los jueces y tribunales consigue concluir las disputas (*nos veremos en los tribunales*).

Hoy en día el principal obstáculo para que las formas alternativas de gestión de conflictos, entre ellas la mediación, se abran camino es **cultural**. La cultura en nuestro

país es ajena a estas formas particulares de negociación y diálogo de resolver los conflictos intersubjetivos. No ha existido hasta la fecha una política pública encaminada a promover ese **cambio cultural** absolutamente necesario para gestionar mejor los conflictos en todos los ámbitos de la sociedad particularmente en el de la salud.

La cultura de nuestra sociedad es ajena a estas formas particulares de resolver conflictos entre las personas, estamos educados en que *"quien más grita más razón tiene"* y que *"al adversario no debemos darle ni agua"*.

La situación política actual es un buen ejemplo de lo que digo y un mal ejemplo para la ciudadanía y para nuestro propósito. La querulancia política, ese delirio paranoico por resolver las disputas políticas en los tribunales de justicia, no contribuye en nada a promover la necesaria cultura de paz y diálogo. Lo que impera es todo lo contrario: la falta de diálogo y de voluntad de consenso para alcanzar acuerdos y la búsqueda incesante de trapos sucios del adversario para hundir su carrera política.

Según la OCDE, en una muestra de 23 países europeos, en litigiosidad solo nos superan Rusia y la República Checa, inmediatamente detrás nuestro están, como no, Grecia e Italia.

Los datos sobre confianza interpersonal de la Encuesta Social Europea demuestran que hay una correlación negativa muy fuerte entre las dos variables: **contra menos confianza interpersonal mayor litigiosidad**.

Tampoco son demasiado edificantes para la ciudadanía los **medios de comunicación** de masas que emiten programas de "entretenimiento" y tertulias políticas en los que prevalecen el griterío, el insulto y la descalificación del contrario, con los que buscan aumentar sus índices de audiencia y, lamentablemente, muchas veces lo consiguen

Ya hace tiempo que la mediación y otros procedimientos alternativos de gestión de conflictos están intentando hacerse un espacio en el sistema de salud para resolver las controversias **sin demasiado éxito** debe reconocerse, salvo honrosas excepciones.

Los resultados de su impulso hasta ahora han sido un escaso nivel de implantación. La implantación de la mediación como forma de gestión y de resolución alternativa a la vía judicial de los conflictos En el ámbito de la salud, a pesar de los esfuerzos realizados, no acaba de consolidarse, posiblemente por desconocimiento de la herramienta o por desconfianza, no sabría decir en qué dosis.

La complejidad de las organizaciones sanitarias:

Es una evidencia que las organizaciones sanitarias son de las más complejas, por su composición, por el entramado de relaciones que establecen, por el servicio que prestan y por las altas expectativas que generan a la ciudadanía en cuanto a la eficacia de sus tratamientos para la curación, si es posible, de las enfermedades del cuerpo y el alma.

Esta **complejidad** viene caracterizada por múltiples factores:

- a) Multitud **de actores** (pacientes, familiares, profesionales, gestores, responsables de las administraciones sanitarias, industria, ...) e intereses en juego,
- b) Amplio catálogo de **derechos y deberes** de los ciudadanos en relación con su salud i atención sanitaria.

Derechos:

- Al acceso a las prestaciones del sistema sanitario en condiciones de igualdad.
- A la protección de su dignidad.
- A no ser discriminados
- A la intimidad personal y familiar
- A la información asistencial
- A la toma de decisiones (consentimiento informado, rechazo de tratamientos eficaces)
- A la autodeterminación sobre sus datos de salud.
- Al tratamiento del dolor y a la sedación paliativa.
- A la prestación de ayuda para morir
- Al acompañamiento

Que se pueden resumir en tres: derecho a un trato digno, derecho a decidir y derecho a no sufrir, y

Deberes:

- De respeto a los profesionales y a los otros pacientes y usuarios.
- De uso racional de las prestaciones que ofrece el sistema.
- De utilización responsable de las instalaciones

- c) La diversidad cultural y de creencias de las personas atendidas
- d) Los dilemas éticos que se plantean en el transcurso de la atención (rechazo de tratamientos, adecuación del esfuerzo terapéutico,).
- e) La alta cualificación de los profesionales (hay muchos egos que gestionar)

- f) El trabajo en equipos multidisciplinares que debe conjugarse con la necesaria autonomía técnica de los profesionales que los componen en el ejercicio de su actividad.
- g) El uso de las tecnologías de la comunicación para realizar las entrevistas clínicas con los pacientes y los diagnósticos médicos (telemedicina).
- h) Por la misma esencia de la relación profesional sanitario-paciente que por definición es asimétrica.

En este marco de relaciones cruzadas e interconectadas la existencia de conflictos entre profesionales o entre éstos y sus pacientes o usuarios de los servicios sanitarios es inevitable.

La casuística de los conflictos susceptibles de abordaje desde la mediación es muy variada, por citar unos cuantos:

- a) **Entre profesionales:** Las malas relaciones personales entre compañeros; los conflictos horizontales o verticales entre los miembros de un equipo, unidad o servicio, el mal clima laboral derivado de dinámicas viciadas.
- b) **Con pacientes y usuarios:** Los derivados de la vulneración de sus derechos o del incumplimiento de sus deberes, los derivados del tratamiento recibido y los derivados del trato recibido.

Conflictos derivados del tratamiento:

Hay que tener presente que cuando los conflictos surgen, sobre todo si son derivados de errores o negligencias que producen un daño o lesión inesperados, tienen una alta carga de sensibilidad y de emociones aparejadas porque afectan a unos bienes jurídicos fundamentales como son la vida, la salud, la integridad física o moral, la intimidad y la dignidad de la persona y su capacidad de decidir por sí misma sobre su propio cuerpo y sobre su proceso de salud.

Como he señalado en la introducción, a mi criterio y en el de muchos, el **elemento cultural es el principal obstáculo para el desarrollo de la mediación** y otras modalidades de resolución alternativa de conflictos, pero hay otros factores que inciden negativamente en su implantación como la **resistencia de las compañías aseguradoras** de la responsabilidad civil de los profesionales a incorporar procedimientos alternativos de resolución de conflictos en sus protocolos cuando el paciente familiares reclaman por alguna incidencia o evento adverso que ha ocurrido durante el tratamiento que han recibido.

Según la **OMS** uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre un evento adverso y según los datos que nos aporta la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (período 2015-2020), la incidencia media de eventos adversos asociados a la hospitalización es de un 9'2% de los cuales se podrían prevenir un 43'5% y se han identificado un 7% que han derivado en una incapacidad permanente y relacionados directamente con la muerte un 7'4% (Estudio Nacional de Eventos Adversos Asociados a la Hospitalización. ENEAS).

Hoy en día existe una gran preocupación por la seguridad del paciente que está siendo reconocida como una prioridad para todo el sistema de salud. Cuando hablamos de seguridad del paciente nos referimos a cómo minimizar o evitar aquellos incidentes no deseados que pueden producirse a lo largo del proceso de atención: errores en la identificación, errores en la medicación, errores en la transfusión, errores en la práctica quirúrgica, infecciones hospitalarias, errores en la nutrición,... pero también a cómo abordar la **obligación- deontológica, ética, legal y asistencial-** que tienen los profesionales y las instituciones sanitarias de comunicarlo al paciente o a sus familiares.

Uno de los problemas que se plantea cotidianamente a los profesionales de la salud es como deben comunicar que se ha producido un daño fruto de un error del que han sido responsables, o lo que es lo mismo como reconocer de forma abierta y sincera que ha ocurrido un daño no intencionado y decir "lo siento" sin que este reconocimiento suponga el disparo desalida de una reclamación de responsabilidad contra él que pueda afectar negativamente a su patrimonio o a su reputación profesional.

A pesar de la dificultad de dicha comunicación franca debemos tener presente que es una obligación deontológica de los profesionales sanitarios reforzar la sinceridad en la comunicación con sus pacientes cuando se producen complicaciones, errores o accidentes en el proceso de atención.

Cabe decir que en el fondo de muchas de las reclamaciones planteadas por las víctimas de errores médicos o de negligencias lo que hay es un clamor denunciando que no se les ha informado suficientemente bien o con suficiente veracidad cuando tocaba, es decir que la comunicación no ha fluido como debía.

Se estima que en España un 15% de los profesionales se ven involucrados en un evento adverso grave y que 6 de cada 10 profesionales sanitarios han conocido la experiencia de la segunda víctima que es aquel profesional que participa en la producción del error y/o la lesión al paciente y queda de algún modo traumatizado por lo sucedido.

Para afrontar de manera no conflictiva la comunicación de los eventos adversos a las víctimas es necesario imbuir a las organizaciones sanitarias, a los profesionales que prestan sus servicios en ellas y también a los pacientes de una buena dosis de cultura de diálogo y **disponer de un sistema ágil y eficaz de reparación del daño causado y de protección del profesional.**

Los ciudadanos por su parte han de aceptar que la atención sanitaria es una actividad que, por mucha calidad que tenga, conlleva **riesgos** y deben estar dispuestos a asumirlos. Desgraciadamente no siempre es así, se exigen demasiado a menudo resultados milagrosos que el estado de la ciencia médica no puede proporcionar o simplemente porque los recursos sanitarios disponibles por el sistema de salud no tienen a su alcance dar satisfacción a las altas expectativas puestas en él.

Conflictos derivados del trato:

No sólo se plantean en el campo de la salud conflictos derivados de errores involuntarios, negligencias o malas prácticas en el tratamiento de los pacientes o de las relaciones interpersonales entre profesionales, también existe una amplia gama de conflictos que pueden surgir derivados del **trato**: por inadecuada o insuficiente información, por vulneración del deber de confidencialidad, por falta de respeto a las creencias, por discriminación en la atención, por impedir u obstaculizar el acceso a la documentación clínica, etc. Como puede observarse muchos de ellos con una especial trascendencia ética.

En este tipo de conflictos, los derivados del trato, es donde hoy por hoy puede tener un mayor recorrido la mediación, mientras no se introduzca este procedimiento con carácter previo al inicio de procesos judiciales declarativos de responsabilidad profesional, ya sea por su inclusión en los protocolos de actuación de las compañías aseguradoras o ya sea por la introducción de modificaciones en las leyes de enjuiciamiento que lo establezcan como presupuesto necesario para la admisión de una demanda: la denominada **obligatoriedad mitigada**.

La confianza, pieza clave para el buen funcionamiento del sistema sanitario, un tesoro que debe ser protegido:

La **confianza** que es cimiento de toda sociedad y de todo grupo consolidado, constituye el elemento clave para el buen funcionamiento del sistema sanitario: los pacientes y usuarios deben confiar en los profesionales que los atienden, los

profesionales deben confiar en los compañeros con los que comparten la responsabilidad de la atención, unos y otros deben confiar en las organizaciones para las que prestan servicios y donde encuentran la atención que solicitan y en sus gestores y todos juntos tenemos que confiar en el sistema y en las autoridades que lo rigen.

No saldríamos de casa si no confiáramos de entrada que peatones y conductores de todo tipo de vehículos se comportarán como se espera de ellos y cumplirán con las reglas que regulan la movilidad vial, de igual manera no acudiríamos al centro sanitario a solicitar atención médica si no confiáramos en recibirla y de la mayor calidad posible.

En el ámbito de la salud la relación de confianza de los pacientes con los profesionales que los atienden, las organizaciones y, en definitiva, con el sistema, se ha de basar en ciertos elementos que tienen una profunda carga ética: el **respeto hacia la persona** envuelto en una buena dosis de cortesía, la **información y comunicación fluida, veraz y comprensible** y no solo la de carácter asistencial destinada a obtener el consentimiento para una determinada actuación, también la epidemiológica, la terapéutica y la relacionada con los servicios y unidades asistenciales disponibles y la cartera de servicios, la **garantía de confidencialidad** y de ejercicio de los derechos relacionados con la protección de los datos relativos a su salud y la ayuda a **ser autónomo funcionalmente y en relación con su derecho a decidir**.

Cuando por cualquier causa relacionada con el trato o con el tratamiento se produce un conflicto que rompe la confianza que debe presidir las relaciones entre todos los actores de la sanidad es necesario que el sistema esté preparado para recomponerla con instrumentos basados en el diálogo y la comprensión.

Los principios que rigen la gestión alternativa de conflictos y su conexión con los principios de la bioética:

El punto de partida de la gestión alternativa de conflictos está íntimamente conectado con la ética asistencial: el **respeto** a las personas, tratándolas como agentes autónomos capaces de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar en consecuencia.

La ética asistencial y la mediación y otras formas alternativas de resolución de conflictos comparten valores y principios: el respeto por las personas, la confidencialidad, la justicia, la promoción de la autonomía. Y se vehiculan por

procedimientos basados en la escucha activa: la deliberación y el diálogo respectivamente.

Los pacientes de igual manera que pueden querer ser agentes de sus procesos de salud también pueden querer serlo en la adopción de soluciones en los conflictos en los que son parte.

La **voluntariedad** en la participación en un proceso de solución alternativa y la adopción o no de acuerdos que pongan fin al conflicto, entronca con el principio bioético de autonomía.

Otro de los principios que rigen en la resolución alternativa de conflictos es el de la **confidencialidad**. En el proceso asistencial existe una obligación de preservar de los demás lo revelado por el paciente en el transcurso de la atención, en el proceso de mediación también existe la obligación del mediador de no revelar aquello que ha conocido por su intervención mediadora.

También comparten la ética asistencial y la gestión alternativa de conflictos el sometimiento al **principio de justicia** pues ambas tienen la misma finalidad: promover la reparación de las transgresiones.

Imperativos éticos de las organizaciones sanitarias:

Los postulados éticos cada vez más van cogiendo una mayor dimensión institucional, un ejemplo de ello ha sido la evolución del deber de secreto del profesional de la salud hacia el deber de confidencialidad de las instituciones sanitarias que obliga a todos los que prestan servicios en ellas y no solo a los profesionales sanitarios colegiados con código deontológico propio.

Las organizaciones sanitarias han de cumplir con determinadas exigencias éticas, entre ellas: buscar la **excelencia** de la atención que prestan (alta calidad), **reducir los riesgos** de los pacientes a los que atiende (seguridad del paciente), **garantizar los derechos** de los pacientes y crear un entorno apropiado para **generar confianza**.

La creación de un entorno apropiado para la generación de confianza de los pacientes hacia los profesionales que los atienden y las instituciones sanitarias es lo que desde la ética asistencial se denomina "clima ético deliberativo" y desde la mediación "clima de diálogo".

Es en el marco de las organizaciones sanitarias donde interaccionan profesionales, pacientes y sus familias y otros agentes vinculados con el proceso asistencial, y es de esa interacción de donde surgen los conflictos que pueden llegar a tener una

alta carga de sensibilidad y emocional habida cuenta los bienes jurídicos en juego como son la **vida**, la **salud**, la **integridad física**, la **intimidad**, la **dignidad** o la **libertad**.

En el caso de las organizaciones sanitarias, que deben tener definidos y claros sus fines y valores, un valor relevante a incorporar es el de la cultura de la paz y el diálogo inherente a los métodos alternativos de resolución de conflictos, desde dos dimensiones: **la prevención de conflictos y la generación de un clima ético y de diálogo** apropiados para solucionarlos. Para ello es preciso crear las estructuras que apoyen y alimenten esa cultura corporativa.

La ética organizacional se ha construido a partir de la elaboración de códigos éticos, códigos de conducta, códigos de buen gobierno, que casi nunca abordan como prevenir y resolver la conflictividad.

Prever como afrontar la gestión de los conflictos de todo tipo y adoptar medidas organizativas para la implantación de instrumentos para su resolución alternativa (no judicial) es, además de una **exigencia ética, un síntoma de madurez de la organización**.

Sistemas integrales de resolución alternativa de conflictos:

Las organizaciones sanitarias necesitan un colchón para amortiguar los efectos de la conflictividad interna o externa en la que pueden verse envueltas. Pero también el resto de los actores que interactúan en el sistema sanitario precisan de instrumentos que permitan solucionar sus disputas de forma amable siendo ellos mismos protagonistas de la solución.

Las alternativas organizativas para implantar sistemas de gestión de conflictos que puede disponer una organización sanitaria son básicamente dos:

- 1) la creación de unidades internas, o
- 2) la contratación de servicios externos.

Posiblemente la fórmula más idónea sea la combinación de ambas porque, en función de la gravedad del conflicto, de su nivel de escalada o del número de personas implicadas, resulte más adecuado que desde fuera de la organización se encarguen de gestionarlo reforzando los principios de neutralidad e imparcialidad que deben regir las actuaciones mediadoras o facilitadoras.

La gestión del conflicto debe contemplarse como un conjunto de herramientas puestas a disposición de las personas involucradas en una situación problemática.

El diseño de sistemas integrados de resolución de conflictos en las organizaciones sanitarias trata de no afrontarlos caso por caso sino en el marco global de la organización respetando en todo caso su cultura organizativa y sus valores.

La implantación de dichos sistemas no puede ser un ejercicio burocrático que irremediablemente conducirá a su fracaso. Es preciso que se cumplan determinados requisitos:

- El convencimiento de los directivos.
- La sensibilización de profesionales y pacientes mediante la transmisión de valores de negociación y diálogo.

Y sobre esta base:

- La revisión de procedimientos y protocolos internos existentes (sobre acoso moral o sexual, sobre agresiones e incidentes hostiles, ...).
- La introducción en el debate sobre el plan estratégico de la organización (misión, visión y valores).
- La revisión de los códigos éticos, de conducta y de buen gobierno existentes.
- El sistema integrado de gestión de conflictos requiere un enfoque múltiple desde:
 - La prevención de los riesgos psicosociales y espirituales.
 - La calidad de la atención.
 - La seguridad del paciente y la comunicación de los eventos adversos.
 - La formación del personal para la adquisición de habilidades comunicadoras y mediadoras.

El sistema debe tener en cuenta el apoyo y la relación con órganos que ya existen en los centros sanitarios: las Unidades de Atención al Usuario, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, los Comités de Ética Asistencial y los destinados a prevenir, detectar y actuar en casos de agresiones o de acoso, que son órganos que pueden actuar como puerta de acceso al sistema sin dejar de lado otras múltiples vías de detección de conflictos y de acceso que puedan existir en las organizaciones sanitarias (asesorías jurídicas, órganos de representación unitaria de los trabajadores, departamentos de personas y valores, agentes de igualdad,...).

La misión de estos sistemas integrados de gestión de conflictos, que son algo más que simples unidades internas de mediación, ha de ser, además de la gestión del conflicto cuando éste se manifiesta:

- La prevención de las quejas y reclamaciones.
- La promoción de la mejora comunicativa entre profesionales y pacientes.
- La formación y sensibilización para la incorporación de los valores del diálogo y la negociación (cultura de la paz).
- La información al paciente víctima de un evento adverso de las vías de reclamación si no quiere someterse a las de carácter alternativo que se le ofrecen.
- El asesoramiento a las organizaciones para realizar cambios con la finalidad de prevenir nuevos conflictos.

La tendencia actual es la de implementar estos sistemas integrados con la finalidad de establecer el clima necesario para que mediante la utilización de los procedimientos alternativos a la vía judicial para resolver conflictos se recupere y restaure la confianza y la

relación de los pacientes con los profesionales o entre los propios profesionales cuando aquéllas se han roto o han quedado maltrechas como consecuencia de una situación de conflictividad.

Conclusiones:

- 1) Es necesario un cambio cultural en la sociedad para propiciar que los actores del sistema de salud (profesionales de la salud, pacientes y usuarios y organizaciones sanitarias) incorporen en su acervo cultural y ético la gestión y resolución alternativa de sus conflictos.
- 2) Es fundamental que la mediación sea promovida institucionalmente para favorecer que sea reconocida, aceptada y utilizada. La implantación de la mediación en salud depende del apoyo y la voluntad institucional de las administraciones y de las organizaciones sanitarias.
- 3) Hacen falta reformas legales que den impulso a la resolución alternativa de conflictos y la implicación de las compañías aseguradoras de la responsabilidad profesional para que la implantación de la mediación sea más satisfactoria.
- 4) Se deben crear estructuras que acompañen la implantación de la gestión alternativa de conflictos en los centros sanitarios y/o que den un servicio externo.
- 5) Se deben profesionalizar mediadores expertos en el ámbito de la salud mediante una formación específica que comprenda el conocimiento del sistema sanitario y del funcionamiento de sus servicios, de la carta de derechos y deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria y de los principios de la bioética.
- 6) La credibilidad ética de las organizaciones sanitarias puede quedar cuestionada si no pasan a la acción para prevenir los conflictos y actuar de forma ágil y resolutiva cuando se producen.
- 7) Las administraciones sanitarias se deben poner manos a la obra y promover una política pública de resolución de conflictos mediante la sensibilización de los distintos agentes del sistema de salud.
- 8) La formación de los profesionales en habilidades comunicativas, emocionales y técnicas de resolución de conflictos es esencial para abordar sin traumas la litigiosidad que pueda surgir en el desarrollo de la relación clínico asistencial. Cuando se entrena a los profesionales de la salud en mediación mejora el trato con los usuarios.
- 9) La mediación y otros procedimientos de gestión de la conflictividad pueden contribuir a la creación de un entorno seguro en la medida que se abran paso en las organizaciones del sistema de salud la cultura de la paz y el diálogo y se aborden los conflictos de manera positiva, franca y no culpabilizadora.

10) La resolución alternativa de conflictos debe ser un recurso universal y gratuito al alcance de todos, financiada con fondos públicos, para garantizar la equidad de acceso y favorecer la confianza, sobre todo de los usuarios, en el uso de estas herramientas.

11) Las organizaciones sanitarias deben diseñar sistemas de resolución integrada de conflictos para afrontarlos en el marco global de cada organización como un elemento de su política de calidad respetando su idiosincrasia.

Dos comentarios finales:

Lamentablemente la mediación y otros sistemas de gestión y de resolución alternativa de conflictos son hoy por hoy unas herramientas con poco presente, pero, sin duda alguna, con mucho futuro en el ámbito de la salud.

En el contexto actual -político y mediático- de polarización, enfrentamiento e intransigencia implantar de forma generalizada la mediación en salud es una tarea titánica por no decir quimérica pero no podemos renunciar a ella.

Francesc José María Sánchez

Abogado

Socio-director de *fjmadvocats*, SLP

Presidente de honor de la Societat Catalana de Mediació en Salut.