

ARTIGO

**HABILIDADES COMUNICACIONALES (PROVENIENTES DE LA MEDIACIÓN) EN
CONTEXTO DE CONFLICTOS EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA**

**HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO (POR MEIO DA MEDIAÇÃO) NO CONTEXTO
DE CONFLITOS NO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO**

**COMMUNICATION SKILLS (COMING FROM MEDIATION) IN THE CONTEXT OF
CONFLICTS IN THE PUBLIC HEALTH SYSTEM**

Nuria Belloso Martín¹

RESUMEN:

El artículo aborda el tema de la insuficiente resolución de conflictos en salud pública ante la pandemia del Covid-19 y cómo se agravó esta situación. El objetivo es demostrar la eficacia de introducir cambios relacionados con las técnicas y herramientas de mediación en beneficio de pacientes, profesionales sanitarios y gestores del sistema. El enfoque principal es la prevención de conflictos a través de la formación de profesionales de la salud en habilidades y actitudes comunicativas, con el fin de anticipar la ocurrencia de conflictos. El estudio destacará tres contextos

¹ Profesora Titular de Filosofía del Derecho en la Facultad de Derecho de la Universidad de Burgos (España). Coordinadora del Programa de Doctorado del Departamento de Derecho Público —Sociedad plural y nuevos retos del Derecho|. Directora del Curso de Especialista Universitario en Mediación Familiar desde 2003 hasta la actualidad. Colabora en Cursos de Maestría y Doctorado en diversas Universidades brasileñas. Participa en varios Programas de Investigación – CNPQ. Email: nubelloso@gmail.com

conflictivos en el sistema de salud: la toma de decisiones, el deber de informar al paciente y la comunicación de malas noticias.

Palabras clave: Conflictos. Salud pública. Habilidades comunicacionales

RESUMO:

O artigo aborda a questão da resolução insuficiente de conflitos na saúde pública antes da pandemia de Covid-19 e como essa situação foi agravada. Busca-se demonstrar a eficácia da introdução de mudanças relacionadas às técnicas e ferramentas de mediação para beneficiar pacientes, profissionais de saúde e gestores do sistema. O foco principal é a prevenção de conflitos por meio do treinamento dos profissionais de saúde em habilidades e atitudes de comunicação, de modo a antecipar a ocorrência de conflitos. O estudo destacará três contextos conflitantes no sistema de saúde: tomada de decisões, dever de informar o paciente e comunicação de más noticia

Palavras-chave: Conflitos. Saúde pública. Habilidades de comunicação

ABSTRACT:

The article addresses the issue of insufficient conflict resolution in public health before the Covid-19 pandemic and how this situation was aggravated. The aim is to demonstrate the effectiveness of introducing changes related to mediation techniques and tools to benefit patients, health professionals and system managers. The main focus is the prevention of conflicts through the training of health professionals in communication skills and attitudes, in order to anticipate the occurrence of conflicts. The study will highlight three conflicting contexts in the health system: decision-making, duty to inform the patient and communication of bad news.

Keywords: Conflicts. Public Health Communication skills

1.INTRODUCCIÓN

La resolución de conflictos en la salud pública ya venía resultando insuficiente antes de la crisis sanitaria derivada de la pandemia. A partir del Covid-19, la situación se ha agudizado de tal manera, que se ha puesto de manifiesto que en el ámbito de la salud pública urge introducir cambios que enlacen con las técnicas y herramientas propias de la mediación con el fin de que todos los agentes implicados (pacientes, profesionales de la salud y gestores del sistema sanitario) puedan beneficiarse.

No es ahora mi propósito referirme a la mediación en el ámbito de la salud pública. El enfoque que me propongo seguir es más modesto y se circunscribe al tema de “líneas de solidaridad cercana: escenas temidas, resolución de conflictos y salud pública”. Pretendo justificar la conveniencia de que los profesionales sanitarios estén formados en habilidades y actitudes comunicacionales, en la línea de cómo se utilizan en mediación, con la finalidad de que se puedan prevenir los conflictos de forma integral. Me voy a situar, por tanto, en un estadio previo al conflicto.

El funcionamiento del sistema de salud público, y más a raíz de la crisis sanitaria reciente, ha puesto de relieve la necesidad de introducir y desarrollar “habilidades comunicacionales” en todo aquello que se refiere al sistema de salud y, principalmente, en tres contextos que son proclives a crear un caldo de cultivo de conflictos: la toma de decisiones en el ámbito de la salud, el deber de información al paciente y, por último, la comunicación de malas noticias al paciente y/o sus familiares. Unas habilidades comunicacionales y una estrategia oportuna, siguiendo la línea abierta a este respecto por la mediación, redundará en una prevención de los conflictos o, al menos, en evitar una escalada de los mismos.

Comenzaré por situar la mediación en un contexto de salud pandémico, para enumerar después los potenciales conflictos que surgen en el contexto de la salud. Ello permitirá el análisis de tres contextos conflictos en el sistema de salud y la puesta de manifiesto de la conveniencia de adquirir e implementar habilidades comunicacionales. Finalizaré con la propuesta de medidas a adoptar para lograr avanzar en este campo comunicacional en el contexto de la salud.

2.LA MEDIACIÓN EN UN CONTEXTO DE SALUD POS-PANDÉMICO

Sobre la mediación sanitaria son conocidos estudios de prestigiosos mediadores (Armadans, Aneas, Soria, Bosch, 2009; Armadans, 2010; Novel, 2012) que han diseccionado muy bien las peculiaridades, tipologías de conflictos, y procedimientos adecuados para gestionarlos.

El desarrollo de habilidades comunicacionales en la relación clínica resulta necesario para que se consolide la gestión de conflictos a través del establecimiento de la confianza, el respeto y la colaboración entre las partes, contribuyendo al alcance de acuerdos más satisfactorios que permitan que esta herramienta autocompositiva se alce como una real alternativa de gestión de conflictos en el ámbito de la salud pública (Parra-Sepúlveda, Olivares-Vanetti, Riesco-Mendoza, 2018). El escenario pandémico ha contribuido a resaltar algunos rasgos de nuestras sociedades:

-Apoyo mutuo, cooperación, solidaridad: El virus ha sacado a la luz la fragilidad y vulnerabilidad de las personas y de los países, la constatación de que no somos autosuficientes sino interdependientes. Un ser vulnerable es el que tiene capacidad de ser herido, lesionado, física o moralmente. Cuando enfrentamos un conflicto, la vulnerabilidad se muestra. La lucha por la supervivencia y por vivir bien, no puede quedar bajo la ley del más fuerte, sino que hay que apostar por el apoyo mutuo. Esto se refleja muy bien en la mediación.

-Un impulso al ejercicio de cuidar: El ser humano vive en el ámbito de la *cura* (desvelo, solicitud, diligencia) con relación a alguien, lo que supone prevenir incluso para evitar que suceda algo malo. Ello pone de manifiesto la otredad o alteridad, ese otro con el que a veces disentimos y nos enfrentamos, pero también, en otros casos, le extendemos la solidaridad. Se han apuntado tres finalidades del acto médico: sanar, cuidar y curar. El acto de cuidar ha ido adquiriendo protagonismo entre los profesionales sanitarios. El ejercicio del cuidar -como ha señalado F. Torralba- es una acción compleja que requiere de varios elementos fundantes como son compasión, competencia, confianza y confianza, a modo de virtudes básicas que expresan un deber ser. Todos ellos se requieren entre sí y, a su vez, deben de armonizarse equilibradamente (Torralba, 2000).

-Enfoque hacia el futuro: el virus nos ha obligado a tomar decisiones, pero yendo más allá de una mera respuesta del presentismo, con la vista puesta en el futuro.

La mediación hace hincapié en que los acuerdos que se alcancen por parte de las personas mediadas, no se limiten a buscar una solución para el ahora, sino que ese acuerdo se proyecte hacia el futuro.

En definitiva, se han acentuado algunos valores y actitudes que abren con más fuerza la puerta a una gestión cooperativa de los conflictos en el ámbito de la salud (acentuación del humanismo, conciencia de la fragilidad, renovado aprecio de la solidaridad). Ahora bien, este horizonte de optimismo se ve empañado en la medida que, como toda situación humana, tiene sus luces y sus sombras. Tales sombras son precisamente el incremento de conflictos, unos nuevos y, otros, ya latentes y que ahora han emergido intensamente.

3. POTENCIALES CONFLICTOS EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA

Los principales conflictos relacionados con la salud ya eran numerosos antes del escenario pandémico, siendo de variada tipología: i) 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; ii) Social: conflictos derivados de la convivencia entre pacientes y familiares en situación de ingreso; iii) 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 médico; iv) 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.

A estos conflictos se han sumado ahora otros nuevos -tales como el incremento y mayor demora de las listas de espera, atención telemática-, o bien, se han agudizado los preexistentes -negligencias médicas, errores médicos, desacuerdo con tratamientos- llegando incluso en ocasiones a casos de agresiones a los profesionales sanitarios. A ello hay que añadir que el conocimiento especializado de los médicos se ha “democratizado” -en el sentido de que resulta accesible a más ciudadanos -aunque sea a través del médico paralelo que todos encuentran en internet- lo que ha favorecido el que se cuestione mucho más las decisiones médicas.

Por otro lado, hay casos en que puede surgir disparidad de pareceres y, por ende, otras fuentes de conflicto: enfermedades terminales y cuidados paliativos, donaciones de órganos, transfusiones, enfermedades mentales, trastornos derivados de problemas sociales, personas dependientes, transfusiones, enfermedades mentales, personas dependientes, problemas derivados del derecho a la información, problemas derivados del derecho a la intimidad, problemas relacionados con el consentimiento informado, problemas ligados al derecho del paciente a que se respete su voluntad y tantos otros, que derivan en discrepancias entre profesionales sanitarios, familiares y pacientes -distintos criterios sobre el diagnóstico, sobre el tratamiento, sobre la atención dispensada-.

Es sabido que la moderna mirada de la relación médico-sanitaria ha ido evolucionando con el paso de los años, pasando de una concepción absolutamente paternalista a una de respeto a la autonomía de los pacientes. Sin embargo, siguen perviviendo muchos aspectos de la relación anclada en la tradicional asimetría que ha caracterizado el ejercicio de la actividad curativa, como las particularidades técnicas y científicas del arte médico que en gran medida son incomprensibles para un paciente que acude al profesional sanitario aquejado por una patología, lo que lleva a distintos enfoques del problema. Junto a esta técnica médica incomprensible para el paciente, hay que sumar el ingrediente de estado emocional frágil en el que se encuentra, fruto de sus propias dolencias o malestar físico, y la inquietud por “qué es lo que tendrá”. Por último, el componente familiar de quienes acompañan al paciente (cónyuge, hijos, pareja) constituye un caldo de cultivo para que el conflicto familiar sobre el diagnóstico, pronóstico, forma de afrontarlo, qué y quién se lo comunica al paciente, suponga un conflicto añadido (Aragón et al., 2009).

Demasiadas veces, incluso, a las personas les cuesta comprender que “el otro” atraviesa un dolor o duelo semejante al suyo. De esta forma, no es extraño encontrarnos con cónyuges que se olvidan de que el enfermo tiene hijos y que éstos también (máxime si son mayores de edad) desean ser escuchados. Asimismo, resulta habitual que, en momentos críticos, los padres de un paciente que se debate entre la vida y la muerte, por ejemplo, pretendan que su opinión prevalezca sobre la de la pareja de su hijo/a (sobre todo si no está casado/a). A esto hay que añadir los problemas que, o bien solapados o bien estancados desde hace tiempo, aprovechan

el accidente, enfermedad o deterioro de cualquier miembro de la familia para aflorar o manifestarse con mayor virulencia (Aragón, 2009). En definitiva, son situaciones potencialmente conflictivas.

A esta complejidad en la toma de decisiones, se añaden los aspectos comunicativos relacionados con la propia enfermedad (síntomas, diagnóstico, tratamiento, pronóstico) y las diferentes opciones con estrategias para afrontarlas (manejo de la enfermedad crónica o final de vida), informaciones éticas (consentimiento, confidencialidad, adecuación de esfuerzo terapéutico), o incluso relativas a decisiones en investigación de uso de medicamentos en fases de ensayos clínicos.

Con todo este conjunto de factores, no resulta fácil liberarse del modelo paternalista, por lo que se considera que hay que dejarse guiar por el profesional de la medicina, que sabe qué hacer y seguir su orientación. Este enfoque ha evolucionado hacia aquel en el que la autonomía de la persona y su dignidad han dado relevancia a toma de decisiones compartidas (consentimiento informado, voluntades anticipadas). No es fácil desplazar los modelos que buscaban únicamente la beneficiencia y no-maleficiencia de los pacientes, incluso sin su consentimiento, y dirigirse hacia un enfoque cuyo eje central es la autonomía y la dignidad.

A partir de los diversos conflictos que derivan de las circunstancias expuestas y de otras muchas, se han realizado intentos de integrar la mediación en el ámbito sanitario a través de la articulación de diversas figuras de conciliación, a las que se han atribuido labores similares a la mediación. Tales iniciativas se han producido en determinadas Comunidades Autónomas, en las que se han asignado funciones de conciliación, intermediación o mediación a los Servicios de Atención al Usuario, al Defensor del Usuario o al Defensor del Paciente. Con relación al Servicio de Atención al Paciente se les ha asignado funciones de información y asesoría, pero también de tramitación de quejas y reclamaciones (Cayón, 2010; Padilla, Fernández-Sordo, 2009). Todas ellas desempeñan una loable labor, pero insuficiente.

Todos los implicados en el ámbito de la salud (administración, profesionales sanitarios, usuarios del sistema de salud, cuidadores, familiares) están llamados a abrir nuevos canales de comunicación, principalmente en aquellas situaciones en las

que los profesionales sanitarios deban transmitir malas noticias (bien sea al propio paciente y/o a sus familiares) (Rodríguez, Prieto, 2021). Ese trance las estrategias y técnicas de comunicación que son propias de la mediación, puede facilitarlas.

Como ha señalado Inma Armadans, la información y la buena comunicación entre el profesional de la salud y el paciente se convierten en elementos esenciales no sólo para un tratamiento “humano” de la persona sino también para evitar conflictos si se atienden en una fase temprana, ya que muchos de ellos no derivan tanto de una mala práctica como de una mala relación del paciente con el médico (Armadans, Aneas, Soria, Bosch, 2009).

4- CONTEXTOS CONFLICTIVOS EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA: LAS NECESARIAS HABILIDADES COMUNICACIONALES

La deficiente comunicación en el ámbito de la salud, entre profesional sanitario y paciente, se manifiestan en varias situaciones. Aquí haré referencia a tres: a la toma de decisiones en el ámbito de la salud, al deber de información al paciente y, por último, a la comunicación de malas noticias.

4.1. LA TOMA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA

Como ya se ha mencionado, en un principio, la toma de decisiones sobre la propia salud dependía de la capacidad y autoridad del profesional y no de la capacidad de decisión que podía tener el paciente. Esta situación ha ido evolucionando, reconociendo ahora la relevancia que en el ejercicio de la autonomía del paciente deben desempeñar sus valores y sus preferencias en cuanto a las decisiones sobre su salud (Mendoza, Jofré, Valenzuela, 2006).

Se oponían así dos modelos, uno, el modelo paternalista, apoyado en el conocimiento del profesional sanitario, cuyo saber administraba en función de su juicio técnico, siendo el intérprete de las preferencias de sus pacientes; y el otro, el modelo de decisión informada sobre su salud, por el que el médico exponía al paciente las opciones diagnósticas y terapéuticas a las que puede recurrir, con los hipotéticos resultados que podrá obtener, y era el paciente quien decidía la alternativa que entendía más adecuada a sus preferencias. Hay un tercer modelo de decisiones que se ha introducido últimamente, como opción intermedia entre los dos anteriores, que

es el modelo de decisiones compartidas, según la cual, una vez el paciente ha recibido las informaciones que le ha facilitado el profesional sanitario, se valoran y se adoptan las decisiones conjuntamente. A pesar de que se observa una mejora de las relaciones entre médico y paciente, las dificultades y conflictos latentes siguen presentes ya que no resulta fácil conocer las ventajas o desventajas de la alternativa elegida o las consecuencias que pueda tener en cada caso (Mendoza, Jofré, Valenzuela, 2006).²

Son numerosos los casos en que los pacientes se quejan de que la comunicación con su profesional sanitario es pobre, bien sea porque es más breve de lo que les gustaría, o porque son interrumpidos, o porque hay poca respuesta a la angustia o preocupaciones de las personas atendidas. Por el contrario, una buena comunicación se asocia a mayor satisfacción con los cuidados recibidos y a sentirse parte de un modelo de tratamiento basado en la persona. Como situaciones comunicativas complejas en el contexto de la salud pública se pueden citar las que se refieren al grado de información que desea tener el paciente sobre su diagnóstico, su pronóstico o sobre opciones de tratamiento, cuándo se debe avanzar información sobre el diagnóstico o el pronóstico, o cuando el diagnóstico y el pronóstico es malo y cuando empiezan a agotarse o no existen opciones de tratamiento (Carreras, Esquerda, Ramos, 2021).

Ello permite entender las bonanzas y ventajas que conlleva un modelo de ejercicio de la actividad médica que descansa sobre la base del desarrollo de habilidades comunicacionales por parte del profesional de la salud, facilitando el intercambio de información, resolución de dudas, creando un clima de confianza y respeto. Tal clima tendrá como efecto una disminución de las cuotas de conflictos. Es decir, estos cambios en la relación sanitaria pueden tener efectos beneficiosos no solo en la resolución de un conflicto, sino también en su gestión temprana y, por lo tanto, prevención.

4.2. EL DEBER DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

² Una de las propuestas es el denominado “Modelo de Ottawa”, según el cual se distinguen tres etapas en el modelo decisional. La primera, la valoración de las necesidades, necesaria para entender el contexto del proceso de toma de decisiones; la segunda, enfatiza el apoyo que se debe brindar para la toma de decisiones, y supone la preparación del paciente y del profesional para tomar la decisión, mediante la recepción de la información, examen de las expectativas y clarificar los valores; la tercera y última etapa del modelo es la evaluación del apoyo a la toma de decisión.

El Tribunal Supremo de forma reiterada ha resaltado la importancia de cumplir este deber de información del paciente por parte de los médicos. Una frase sencilla puede resumir su problemática: “El médico nunca me avisó de que esto me pudiese ocurrir”.

Este deber de información del paciente integra una de las obligaciones asumidas por los médicos, y es requisito previo a todo consentimiento, constituyendo un presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica.³

El objetivo que persigue el deber de información del paciente es que el enfermo participe en la toma de decisiones que afectan a su salud y de que a través de la información que se le proporciona pueda ponderar la posibilidad de sustraerse a una determinada intervención quirúrgica, de contrastar el pronóstico con otros facultativos y de ponerla en su caso a cargo de un Centro o especialista médico distinto de quienes le informan de las circunstancias relacionadas con la misma.⁴

La elaboración e implantación de los denominados protocolos o formularios de consentimiento informado, y la participación del paciente en la decisión clínica del tratamiento ha supuesto un cambio sustancial en la relación médico-paciente y que, a la vez, se ha configurado como una nueva fuente de conflictos. Se trata de un proceso gradual y, esencialmente verbal, que no se contiene en el formulario del consentimiento informado. Es un derecho subjetivo que conlleva una doble garantía: el derecho a ser informado del acto médico y el derecho a autorizar o rechazar el mismo (De Montalvo, 2011).

4.3. LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS AL PACIENTE

El profesional sanitario está habituado a la fragilidad, a las enfermedades avanzadas, al final de vida y al duelo de los familiares, situaciones a las que ni los pacientes, ni tampoco sus familiares están habituados. De ahí que, en ocasiones, el

³ Así se pone de relieve en la jurisprudencia del Tribunal Supremo, entre otras, STS 478/2009, 30 de Junio de 2009, y STS 483/2015, 8 de Septiembre de 2015.

⁴ En España, el consentimiento informado está regulado en los artículos 8 y 9 de la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente. También hay que tener presente el Código ético. Concretamente, el artículo 4 de los Principios Europeos de Ética Médica, aprobada en Conferencia Internacional de Órdenes celebrada en París, recoge que “salvo en caso de urgencia, el médico debe informar al enfermo sobre los efectos y posibles consecuencias del tratamiento. Obtendrá el consentimiento del paciente, sobre todo cuando los actos propuestos presenten un serio peligro. El médico no puede sustituir su propio concepto de calidad de vida por el de su paciente”.

realismo que es utilizado por algunos profesionales para comunicar malas noticias es recibido -y percibido- muy negativamente por el paciente y/o sus familiares. En otros casos, sucede al contrario, se intenta suavizar tanto la mala noticia, que el paciente no es consciente de la gravedad de su situación. De ahí que, para cualquier profesional sanitario, las habilidades de comunicación sean imprescindibles, pero más aún en escenarios en que deban comunicar malas noticias. Por último, el personal en formación deberá recibir la formación adecuada para tratar estas situaciones ya que, en los primeros meses, cuando acrece de experiencia, estará aún más necesitado de esas herramientas comunicacionales (Carreras, Esquerda, Ramos, 2021).

Hay algunos aspectos centrales que deben entrenarse para poder comunicar malas noticias, tales como:

- conocimientos (teórico y técnico como estrategia para ganar seguridad y, después, poder sostener al paciente);
- actitudes: entrenar actitudes como la prudencia, la templanza, la otredad y la empatía hacia el paciente);
- capacidad para identificar en entorno propicio para comunicar, evitando interrupciones y facilitando la comunicación);
- habilidades específicas (interpretar los estados emocionales del otro y autorregulación de las propias emociones);
- cultivar la proxemia, entendida como el uso que se hace del espacio personal, el contacto físico, la mirada, un asentimiento (Carreras, Esquerda, Ramos, 2021).

Las habilidades comunicativas son un talento entrenable y desarrollable. Y en cuanto a las malas noticias, es posible aprender a comunicarlas. Esa formación teórica convendría que incluyera aspectos de comunicación en cuidados paliativos, en situaciones de urgencia vital o de sucesos adversos imprevistos, de malas noticias en la infancia, de comunicación ante la muerte perinatal, de comunicación en la donación de órganos, así como aspectos más genéricos relacionados con la comunicación no verbal, el contexto ético y legal y la comunicación entre profesionales.

Un ámbito en el que adquiere relevancia el lenguaje y la comunicación, un escenario de atención en salud muy delicado es la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). Es un marco en el que generalmente se sobredimensiona el aspecto técnico y se produce una ruptura del lazo médico-paciente y familia. Ello se pone de manifiesto en los numerosos protocolos y guías que orientan el acto médico en la UCI, seguramente con técnicas sobre qué enfermedades y en qué estadios, pero que no han podido detenerse en la sensibilidad moral y emocional que involucra el encuentro del médico con el enfermo y sus familiares (Pallarés, 2010).

Cuando el paciente ingresa en la UCI se producen numerosos cambios: es retirado de su familia, queda arrollado por un conjunto de técnicas y arsenal tecnológico propio de la unidad, establece intensos vínculos con el personal sanitario, del que pasa a depender física y emocionalmente, sin que sea posible un flujo bidireccional de relación, de tal manera que el paciente llega a desarrollar conductas de subordinación. Se crea un clima de alta dependencia y relación dispar entre el enfermo y el profesional de la salud, lo que contribuye a crear un caldo de cultivo para un contexto susceptible de tratos indignos y faltas de respeto. Ello lleva a insistir en la relevancia de la humanización de la comunicación y de cuidar las narrativas del encuentro médico-paciente para evitar generar experiencias deshumanizantes.

5. MEDIDAS A ADOPTAR PARA LOGRAR AVANZAR EN EL CAMPO COMUNICACIONAL EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA

Son varias las medidas que se pueden adoptar, de las que, sin ánimo de ser exhaustiva, destaco las siguientes:

-Apoyo legislativo: En nuestro país, el desarrollo de la mediación sanitaria se ha producido en la práctica social, a través de iniciativas principalmente privadas o de proyectos subvencionados. Pero no existe una legislación general que regule dicha vía de resolución de conflictos en este terreno. Han sido algunas Comunidades Autónomas las que, a raíz de la legislación nacional sobre mediación, han desarrollado dicha legislación ampliándola a otros ámbitos, en los que han incluido referencia a la mediación en el ámbito sanitario, aunque sin concretar su configuración. En dos Comunidades Autónomas, Cataluña y Cantabria, se han promulgado sendas normas regulando la mediación con un carácter más general,

ampliando el ámbito de aplicación de las mismas, además de a las situaciones de conflicto familiar, a otras materias diferentes. Y en otras dos Comunidades, Región de Murcia y Castilla-La Mancha, se han publicado otras normas en las que se hace referencia específica a la mediación en el ámbito de la salud (Albentosa, 2016).⁵

-Implicación de los profesionales sanitarios: Debido a la creciente apuesta por la Mediación sanitaria, resulta necesaria la participación de profesionales cualificados que puedan solucionar aquellos conflictos que se originen en este ámbito e ir poco a poco estableciendo conductas que puedan conseguir la prevención de los mismos en el seno de las organizaciones.

- Formación de profesionales sanitarios especializados en mediación: Desde distintas instituciones ya se está comenzando a crear listados de mediadores especializados en el campo de la sanidad, se están poniendo en marcha programas formativos y se está empezando a habilitar espacios en los colegios de médicos con el fin de lograr crear una cultura de mediación y buscar una alternativa a una gran cantidad de conflictos que afectan tanto a pacientes, como a profesionales de la sanidad, administraciones e instituciones.² A este respecto, cabe reseñar que la Consejería de Sanidad de Castilla y León, mediante la Orden SAN/1032/2017, de 9 de noviembre, aprobó el “Plan de Gestión de Conflictos y Mediación” de la Gerencia Regional de Salud. Se ha empezado formado a treinta y cinco profesionales para que actúen como mediadores de conflictos internos tras haber recibido una formación de más de 100 horas.⁶

-Formación específica en habilidades y estrategias de comunicación: la empatía permite aprender a escuchar al otro, a la vez que, sin tener que ponerse en el lugar del otro, ya que el conocimiento del profesional sanitario impide la relación horizontal,

⁵ La Región de Murcia regula expresamente la mediación entre pacientes y la aseguradora del Servicio Público de salud, de carácter marcadamente civil, a cuya regulación se remite, y que aborda los principios que deben presidir dicha mediación, el régimen jurídico de las partes implicadas y del mediador, desarrollo del procedimiento de mediación y alcance de los acuerdos logrados, a lo que se añade un Código de Buenas Prácticas de la Mediación.

⁶ Se han establecido dos Niveles de intervención: “Así, el primer nivel de actuación ante un conflicto debe provenir del mando intermedio, por lo que se concede especial relevancia a la formación de los responsables de centros y servicios con la finalidad de que detecten los problemas, se les dote de las habilidades precisas para afrontar los conflictos y sepan poner en práctica técnicas de resolución de conflictos. Con cursos de entre cinco y ocho horas, se formará a todos los mandos intermedios en el plazo de cuatro años; Ya en el segundo nivel, toman parte los mediadores, que intervendrán en caso de conflictos personales entre profesionales; disfunciones que provoquen un mal funcionamiento de un determinado servicio o cuando exista mal ambiente de trabajo que no sea achacable a otras circunstancias. No cabrá mediación, sin embargo, en casos de conflictos laborales, cuestiones administrativas, cuestiones de carácter meramente organizativo o cuando los comportamientos puedan dar lugar a responsabilidad civil, penal o disciplinaria, o ya se haya abierto vía judicial”.

ello no significa recurrir exclusivamente a situaciones jerárquicas, que impiden el adecuado cauce de la comunicación. En contexto de la salud es muy particular, porque incide en lo más preciado que tenemos, la vida, lo que hace aumentar la inseguridad, la vulnerabilidad y un estado emocional frágil. De ahí que, si a este contexto se suma que lo que se nos va a comunicar es una “mala noticia”, la estrategia de comunicación adquiere una dimensión principal.

BIBLIOGRAFÍA

Albentosa, J. (2016). **La mediación sanitaria en la legislación de las comunidades autónomas**. Instituto de Derecho Iberoamericano -IDIBE- (17/05/2016). <https://idibe.org/cuestiones-de-interes-juridico/la-mediacion-sanitaria-en-la-legislacion-de-las-comunidades-autonomas/>

Aragón , M., Pérez, M^a L., Quintana, A., Del Rey, M., Rodríguez , E. (2009). La mediación familiar en el contexto de los problemas sanitarios. **Revista de Mediación**, 2(3), 16-27. <https://revistademediacion.com/articulos/la-mediacion-familiar-en-el-contexto-de-los-problemas-sanitarios/>

Armadans, I., Aneas, A., Soria, M.A., Bosch, L. (2009). La mediación en el ámbito de la salud. **Medicina clínica** 133 (05), 187-192.

Armadans, I., alt. (2010). **La mediación en el ámbito de la salud. Libro Blanco de la mediación en Cataluña**, pp. 579-650. Barcelona, España: Generalitat de Catalunya.

Carnero, M. (2012). Mediando en salud, una propuesta de mediación sanitaria en hospitales. **Revista de Mediación**, 5 (10), 13-18. <https://revistademediacion.com/articulos/mediando-en-salud-una-propuesta-de-mediacion-sanitaria-en-hospitales/>

Carreras, B. et alt. (2021). Formación en comunicación para profesionales sanitarios. **Revista de Bioética y Derecho**, 52, 29-44.

Cayón, J. (2010). Resolución extrajudicial de conflictos sanitarios: manifestaciones jurídico-positivas y posibilidades de futuro. En L. García Villaluenga, J. L. Tomillo Urbina, E. Vázquez de Castro, C. Fernández Canales (Eds.), **Mediación, arbitraje y resolución extrajudicial de conflictos en el siglo XXI**, 2, (pp. 289-291 y 292-302). Madrid, España: Editorial Reus.

Charon, R. (2001). **Narrative medicine**: A model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 286(15):1897-902001. DOI:[10.1001/jama.286.15.1897](https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897) https://www.researchgate.net/publication/11753411_Narrative_Medicine_A_Model_for_Empathy_Reflection_Profession_and_Trust

De Montalvo, F. (2011). Consentimiento informado y prueba de la *lex artis*. La relevancia de la prueba de presunciones. **Estudios**, 21(1), 75-84.

<https://dialnet.unirioja.es> › [descarga](#) › [artículo](#)

Mendoza, S., Jofré, V., Valenzuela, S. (2006). “La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. **Investigación Educación Enfermería**, 24 (1), 86-92.

Novel, G. (2012). **Mediación en salud. Un nuevo paradigma cultural, organizaciones que cuidan**. Madrid, España: Editorial Reus.

Montaner, M. C., Soler, E. (2012). La relación con el paciente desde la perspectiva personalista. Saber comunicar, un imperativo ético. **Cuadernos de Bioética**, 23 (79), 632-633.

Padilla, M^a. R., Fernández-Sordo, A. (2009). La función mediadora del Defensor del Paciente (I y II)”. **Actualidad del derecho sanitario** (184-165) 713-719 y 815-821.

Pallarés, A. (2010). **El mundo de las Unidades de Cuidados intensivos: la última frontera**. Universitat Rovira i Virgili. Barcelona: España.

Parra-Sepúlveda, D., Olivares-Vanetti, A., Riesco-Mendoza, C. (2018). La mediación en el ámbito de la salud y su rol en la relación sanitaria. **Revista de derecho (Concepción)**, 86(243), 121-144. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-591X2018000100121>
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-591X2018000100121&lng=es&nrm=iso

Rodríguez, N., Prieto, P. (2021). Rol del lenguaje en la humanización de la salud. **Revista de Bioética y Derecho**, 52: 105-120.

Torralba, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. **Enferm Intensiva**, 11(3), 136-141.
<https://es.scribd.com/document/350005914/Torralba-Constructos-Eticos-Del-Cuidar>

Mediación interna en Centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/prevencion-riesgos-laborales/ayudando-profesionales-sacyl/plan-gestion-conflictos-mediacion>

STS 483/2015, 8 de Septiembre de 2015 <https://vlex.es/vid/582812034>

STS 478/2009, 30 de Junio de 2009 <https://vlex.es/vid/-76465893>