

La mediación en el ámbito de la salud

Autores y equipo de investigación

Immaculada Armadans (Universidad de Barcelona). Dirección, coordinación y coautoría

Bruna Mola (Universidad de Barcelona)

Assumpta Aneas (Universidad de Barcelona)

Judith Esparrica (CSI; Consorcio Sanitario Integral)

Eva Monge (ICS; Instituto Catalán de la Salud)

Blanca Igual (Fundació Pi i Sunyer),

con la colaboración de Jordi Rodríguez (Responsable Asuntos Sociales y Relaciones del Trabajo, CSI, Consorcio Sanitario Integral); Tona Lizana (Departament de Salut); Mariana Isla (Asociación Salud y Familia); Sira Vilardell (Fundación Surt); Josep Redorta (Revisor del capítulo); Gloria Novel (Observatorio de Mediación de la Universidad de Barcelona)

Relaciones institucionales:

Ricard Armengol (CatSalut); Eva Monge (Instituto Catalán de la Salud, ICS)

Apoyo general a la investigación:

Alicia García (Directora de Recursos Humanos, CSI); Jordi Rodríguez (Responsable Asuntos Sociales e Igualdad, CSI); María Palacín Lois (Universidad de Barcelona); Carlos Cervera (Instituto de Seguridad Ciudadana); Alma Ramírez (becaria); Anna Ciurana (becaria); Lucybel Vázquez (becaria); Anna Campos (becaria); Rubén Rodríguez (becario); Antígona Gallardo (becaria)

Resumen

En las últimas décadas se han producido cambios sociales relacionados con la salud, como son la ampliación del concepto de salud y la importancia del bienestar físico, psíquico y social más allá de la ausencia de enfermedad, el aumento de la longevidad, la inmigración y la necesidad de garantizar el derecho a la salud para toda la ciudadanía, entre otros. Las organizaciones sanitarias, los profesionales y los usuarios de los servicios sanitarios en el modelo sanitario catalán están inmersos en un escenario complejo y multicultural, en el que confluyen diversos elementos y se generan diversos conflictos en el seno del sistema de salud. La mediación se presenta como una buena alternativa para resolver disputas en el ámbito sanitario, con la inclusión de una tercera figura neutral. Asimismo, puede convertirse en una buena herramienta preventiva y educativa para poder minimizar los costes de las reclamaciones sanitarias de los usuarios (Rodríguez, 2005), puede mejorar las relaciones interpersonales, interculturales y los conflictos laborales de los profesionales de los centros de salud (Esparrica, Cervera, Armadans, 2009). También tiene un buen potencial para evitar litigios.

Podemos definir la mediación en el ámbito de la salud como un “proceso no jurisdiccional”, una metodología para poder intervenir psicosocialmente en la gestión del cambio, en los riesgos y los conflictos existentes en el ámbito sanitario. El escenario de los conflictos originados en el ámbito de la salud descansa alrededor del sistema sanitario catalán donde confluyen diferentes actores. Por un lado, están los ciudadanos que hacen uso de su derecho a la salud y que reciben asistencia en los centros sanitarios; por otro, están los profesionales que prestan sus servicios en los mencionados centros, desarrollando sus funciones en equipos multidisciplinarios y, por último, en la tercera parte que conforma este sistema están los políticos y los gestores, que diseñan e implementan las políticas sanitarias. Ahora bien, la mediación es un recurso emergente y con una experiencia reciente en el ámbito. Por todo ello, el objetivo general del estudio del ET8 consiste en identificar y caracterizar el estado del desarrollo de la mediación y de los sistemas extrajudiciales de resolución de conflictos en el ámbito de la salud en Cataluña, con la finalidad de elaborar propuestas de futuro respecto de las necesidades y el uso de la mediación en los conflictos generados en este ámbito. Asimismo, se quiere reflejar el estado y el nivel de desarrollo teórico y empírico de estos sistemas. Se realiza, en definitiva, un análisis de la situación de la “institución de la mediación” con el objetivo de establecer *un primer mapa de servicios de mediación de conflictos* en el ámbito de la salud en el territorio de Cataluña.

Así pues, se ha podido constatar la necesidad del *papel del apoyo y la voluntad institucional* para dar impulso a la mediación en este ámbito. La mediación intercultural y algunas experiencias presentadas en este estudio ofrecen respuestas a la creciente necesidad de atender los conflictos en el ámbito de la salud, desde la prevención, educación y resolución, en el marco de una cultura de la paz. Ahora bien, en un futuro deberán formalizarse y estructurarse adecuadamente los servicios de mediación y hacer una adecuación óptima en el ámbito de la salud en todos sus elementos (perfil del mediador, ubicación, funcionamiento del servicio, etc.) para poder ser implementada en el sistema.

Palabras clave

Mediación, conflictos, interculturalidad, profesionales de la salud, usuarios, salud, ámbito de la salud, sistema sanitario, centros de salud, mediación intercultural, servicios de mediación, cultura de la paz.

Índice

- 1 El marco teórico
 - 1.1 Identificación del objeto y de la perspectiva teórica adoptada: aspectos específicos de la mediación en el ámbito de la salud
 - Definición de la mediación
 - 1.2 Referencia a datos y estudios comparativos
 - 1.3 Estado del arte en Cataluña
- 2 Estudio sobre la mediación en el ámbito de la salud (datos cuantitativos)
 - 2.1 Características del estudio
 - 2.1.1 Objetivos y universo de estudio
 - 2.1.2 Diseño de la investigación
 - Primera Fase: estudio preliminar
 - Segunda Fase: estudio en profundidad
 - Tercera Fase: realización de grupos focales, entrevistas semiestructuradas y descripción de una experiencia
 - 2.1.3 Consideraciones respecto al estudio
 - 2.2 Estudio cuantitativo
 - 2.2.1 El nivel de institucionalización de la mediación en el ámbito de la salud en Cataluña
 - 2.2.2 La institucionalización de la mediación: mediaciones interculturales, mediaciones en salud y actuaciones de apoyo
 - 2.2.3 El interés de las organizaciones de salud hacia la mediación: predominio de mediaciones interculturales
 - 2.2.4 Mediaciones en salud (MS) realizadas en Cataluña durante el año 2008
 - 2.2.5 Actuaciones de apoyo realizadas en Cataluña durante el año 2008
- 2.2.6 MIC: actuaciones realizadas en Cataluña durante el año 2008
 - Plan Director de Inmigración en el ámbito de la salud (PDI)
 - La Asociación Salud y Familia (SyF)
 - La Fundación SURT
 - Entidades de mediación intercultural detectadas con la encuesta (EMICE)
- 3 Datos cualitativos: escenarios de conflicto
 - 3.1 La mediación en salud y su aplicación
 - 3.2 Contexto y estructura organizativa
 - 3.3 Características de la mediación
 - Proceso de la mediación
 - Tipos de conflictos tratados en los centros de salud
 - 3.4 El perfil del mediador
 - 3.5 Principios de la mediación
 - 3.6 Regulación legal
 - 3.7 Perspectivas de futuro
- 4 La mediación en salud: experiencias relevantes desarrolladas en Cataluña
 - 4.1 El Proyecto de Mediación Sanitaria UB-Departament de Salut de la Generalitat de Cataluña
 - 4.1.1 Antecedentes
 - 4.1.2 Sobre la formación de mediadores/as especialistas en el ámbito de la salud
 - 4.1.3 Sobre la conceptualización, diseño y alcance de las Unidades de Mediación Sanitaria (UMS)
 - 4.1.4 Oferta actual de servicios y resultados obtenidos

- 4.2 El Espacio de Mediación en el Consorcio Sanitario Integral: del E-PRAC (Espacio para la Prevención y Resolución Alternativa de Conflictos) al SEMI (Servicio de Mediación e Igualdad)
 - 4.2.1 Antecedentes
 - 4.2.2 Objeto y características del servicio E-PRAC
 - 4.2.3 Estado actual del Espacio de Mediación
 - 4.3 Itinerario metodológico de la mediación prestada en el E-PRAC
 - 4.3.1 La premediación
 - 4.3.2 Categorización del conflicto
 - 4.3.3 La mediación
 - 4.3.4 La posmediación
 - 4.3.5 Un caso práctico detallado: conflicto entre profesionales de diferentes instituciones
 - 4.3.6 Ejemplos de otros tipos de conflictos sanitarios
- 5 Prospectiva y valoración
 - 5.1 Prospectiva y valoración: posible evolución de los conflictos
 - 5.2 Prospectiva y valoración: adecuación de la mediación
 - 6 Conclusiones
 - 6.1 Características de la institución de la mediación en salud
 - 6.2 Recomendaciones
 - 7 Bibliografía
- Notas

1 El marco teórico

1.1 Identificación del objeto y de la perspectiva teórica adoptada: características específicas de la mediación en el ámbito de la salud

El objetivo general de este equipo de trabajo (ET8) es desarrollar una investigación sobre el estado de la mediación y los sistemas extrajudiciales de gestión y resolución de conflictos en el ámbito de la salud.

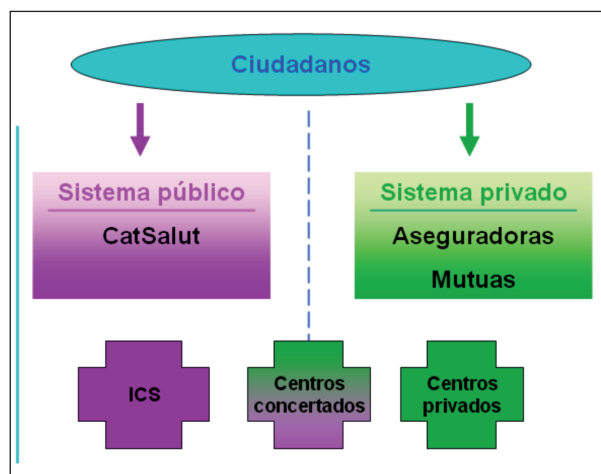
En el momento en que se plantea este estudio existe un desconocimiento global de todo lo que se está haciendo en mediación, por ello el principal objetivo del estudio se centrará en tratar de conocer el nivel de desarrollo teórico y práctico de este sistema y, más concretamente, en recoger información sobre el estado de la mediación y actuaciones de apoyo en los centros sanitarios de Cataluña durante el año 2008, para poder elaborar un primer mapa de los servicios de mediación sanitaria.

El equipo investigador se plantea, por un lado, la necesidad de recoger información sobre estructuras y actuaciones de mediación y de apoyo y, por el otro, la necesidad de elaborar propuestas de futuro para la gestión y transformación de los posibles conflictos que se dan en los diversos escenarios de salud, delimitando el posible papel de la mediación en la prevención y resolución de estos conflictos, intentando establecer pautas y procesos de implantación y funcionamiento de estos servicios para su uso y/o posibles derivaciones. Ello ha de permitir minimizar los costos humanos y económicos que surgen a consecuencia de los casos de litigio impropio.

Es importante conocer, de inicio, la complejidad que comporta el marco de estudio; esta complejidad se deriva de la idiosincrasia de los diferentes elementos que conforman el escenario donde se desarrolla el derecho a la salud.

- **Legislación en materia sanitaria.** Tanto la norma de rango más alta en el ordenamiento jurídico español, la Constitución española, como el resto de normas jurídicas supeditadas a ella están orientadas a posibilitar el derecho a la salud de todos los ciudadanos, promoviendo una atención integrada y gratuita.
- **Modelo sanitario catalán.** Se trata de un modelo mixto que integra todos los recursos sanitarios en una red única, con financiamiento público y cobertura universal (para todos los ciudadanos de Cataluña). El Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) es el organismo encargado de garantizar las prestaciones sanitarias de cobertura pública, el ciudadano cuenta con una Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) que le identifica y acredita como asegurado del CatSalut y le permite el acceso a los centros y servicios del sistema sanitario público. Los ciudadanos también tienen la posibilidad de acceder al sistema sanitario privado, contratando un seguro que les permita recibir asistencia en los centros privados escogidos.

Gráfico 1. Modelo sanitario catalán



Fuente: Elaboración propia con datos del ICS.

- **Centros sanitarios.** Existe un gran abanico de centros prestadores de servicios sanitarios que pueden clasificarse dependiendo de su titularidad: pública o privada. Según el servicio prestado: atención primaria, hospitales, sociosanitarios, salud mental, drogadicciones, etc. Según el área geográfica de asistencia: rurales o urbanos. Además, pueden adoptar diversas formas como los consorcios, las empresas públicas, las corporaciones, los patronatos o las fundaciones; ello hace que varíen también en sus dimensiones, desde pequeñas instituciones con pocos profesionales hasta grandes consorcios integrados por muchos centros de diferentes características.
- **Usuarios.** Como ya hemos visto, según el principio de universalidad todos los ciudadanos de Cataluña tienen derecho a la cobertura sanitaria, por tanto todos son potenciales usuarios del sistema. Esta característica implica una gran heterogeneidad en la población a la cual se dirige la asistencia sanitaria que, además, en situación de enfermedad cuenta con un importante componente de vulnerabilidad.
- **Profesionales.** También en este colectivo se da una gran variedad. Cuando hablamos del ámbito sanitario hallamos profesionales de diferentes disciplinas y categorías que conviven en un equipo de trabajo con la misión de prestar una asistencia sanitaria de calidad. Además de la variedad de perfiles profesionales, también existen diferentes relaciones contractuales, con convenios y derechos diferentes.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), que es el sistema conformado desde los Servicios de salud del Estado y de las Comunidades Autónomas (CCAA) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias responsabilidad de los poderes públicos, proporciona el marco más amplio de referencia a partir del cual se define el modelo sanitario catalán y, por tanto, el funcionamiento de los diferentes centros donde se presta el servicio sanitario a los ciudadanos de Cataluña.

La Constitución española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Efectivamente, el artículo 43.1 reconoce “el derecho a la protección de la salud” y el 43.2 dice que son los poderes públicos los que han de “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y a través de las prestaciones y de los servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y los deberes de todos en este punto.”

Para dar respuesta a estos contenidos constitucionales se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que recoge los principios que posibilitan el ejercicio del derecho fundamental mencionado:

- Financiamiento público, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios.
- Prestación de atención integral de la salud.
- Integración de servicios públicos al servicio de la salud.
- Descentralización política de la sanidad en las CCAA, que tienen las competencias en materias como: planificación sanitaria, salud pública y asistencia sanitaria.

El hecho de que las CCAA asuman estas competencias favorece la aproximación de la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano, velando así por el mantenimiento de garantías como la equidad, la calidad y la participación ciudadana, recogidas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS.

El modelo sanitario catalán, concretado en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), afianza un sistema de integración de todos los servicios y recursos tanto sanitarios como sociosanitarios en una red única de utilización pública. En este marco, el Departament de Salut asume la función de planificación y evaluación del sistema sanitario, y actualmente es el promotor del proyecto de descentralización de la gobernabilidad del sistema que incorpora entes locales y comarcales y representantes ciudadanos en los gobiernos territoriales de salud. Por otro lado, el órgano responsable de la articulación de la integración de los servicios sanitarios es el CatSalut, que se presenta como el ente garante de las prestaciones sanitarias de cobertura pública y se encarga de la planificación de los servicios mencionados, de su financiamiento, evaluación y la compra a las entidades proveedoras.

La prestación de los servicios sanitarios se hace en dos niveles:

- El primer nivel de acceso es la *atención primaria*, prestada en los “centros de salud” que, según la definición incluida en el Real Decreto de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, son: “Estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En ellos desarrollan

sus actividades y funciones los Equipos de Atención Primaria”. Los “consultorios” también son “Centros sanitarios que, sin tener la consideración de Centros de Salud, proporcionan atención sanitaria no especializada.”

- El segundo nivel de acceso a la sanidad pública es la *atención especializada*, que incluye la atención hospitalaria, la sociosanitaria, la psiquiátrica y la de salud mental, drogodependencias, así como otros recursos de atención especializada.

La forma de prestación de la asistencia sanitaria especializada está fundamentada en la Ley General de Sanidad, que recoge en su articulado:

Art. 56.2.b: *“En el nivel de asistencia especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales.”*

Art. 65.2: *“El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.”*

Toda esta información nos permite tener algunas nociones necesarias para entender el contexto en el cual vamos a desarrollar el estudio del ET8 en el Libro Blanco de la Mediación en Cataluña (LBM), y hacer una aproximación a las dificultades que puede encontrar la mediación para su implantación como sistema eficiente de gestión de conflictos en el mundo sanitario.

Definición de la mediación

La mediación como concepto presenta dificultades cuando deseamos incluir todos los matices, las diversas visiones y aportaciones de los diversos autores que han ayudado a definirla. Puede ser considerada como una técnica o forma de actuar (De Diego y Guillén, 2006) que puede tratar conflictos, entre muchos otros, ubicados en los centros de salud entre pacientes y personal sanitario. La mediación se inspira en la promoción de la cultura de la paz y contempla la prevención, la resolución o la contención de los conflictos que, por su condición de inherencia al ser humano, se producen inevitablemente en el seno de todas las relaciones interpersonales (Ury, 2005).

La mediación, en general, ha sido muy útil en múltiples contextos y para la solución de diferentes problemáticas, así como para gestionar conflictos en diversos ámbitos

(Villagrassa, 2004; Wall et al., 2001). Ahora bien, en el ámbito de la salud es un fenómeno emergente aún y con una experiencia reciente (Armadans, 2009).

El equipo de trabajo ha utilizado como definición operativa para el estudio empírico la establecida en la Ley de mediación en el ámbito del derecho privado y que define la mediación como *“Un procedimiento no jurisdiccional de carácter voluntario y confidencial que se dirige a facilitar la comunicación entre las personas, grupos de personas o entidades para que gestionen por ellas mismas una solución de los conflictos que les afecten, con la asistencia de una persona mediadora de forma imparcial y neutral”*.

La mediación en el ámbito de la salud se define como una metodología alternativa para resolver disputas en el ámbito sanitario, con la inclusión de una tercera parte neutral, que constituye la figura del mediador (Decastello, 2008). Asimismo, la autora destaca sus ventajas frente a los procesos judiciales, después de haber hecho una revisión de la experiencia obtenida, desde su irrupción en la legislación en Hungría. Además, señala que se necesitarían enmiendas en la situación legal y la implicación de los seguros médicos, para que su implantación fuese más satisfactoria, así como también debería regularse la formación de los expertos en mediación y su reconocimiento por parte de las instituciones y aseguradoras.

La mediación en el ámbito de la salud según nuestra visión, debería permitir la gestión del cambio y el acompañamiento de las personas en los procesos de prevención, resolución, transformación o contención de las situaciones de conflicto. Supone una nueva manera de regular socialmente la intervención en la resolución de los conflictos, en la comunicación, en la educación y en la seguridad, en todas aquellas relaciones difíciles (Bonafé-Schmitt, 2007).

La mediación también ha sido presentada para formar parte de los nuevos sistemas para gestionar los conflictos entre profesionales y usuarios de un hospital, contribuyendo a una mejor gestión de los cambios y utilizando el diálogo, como eje central de las intervenciones en la relación clínica (Currie, 1998). Tal como señala Lederrach (1989) es importante tratar de construir espacios de paz en la vida cotidiana de una organización con el apoyo de procesos de diálogo basados en la cultura de la paz. Y, en este sentido, la mediación se podría establecer como una nueva metodología profesional vinculada a una nueva manera de vivir las relaciones personales en el seno del entorno laboral. Además, debe destacarse el concepto del “tercer lado” (Ury, 2005), que aporta la po-

sibilidad de que estas organizaciones utilicen el poder de las “partes” desde una cierta perspectiva “mediadora”. El reciente trabajo de Novel (2009) utiliza y aplica todos estos conceptos en las organizaciones de salud y refleja la necesidad existente de actuar en el conflicto sanitario a través de programas educativos.

La mediación como metodología para la resolución pacífica de los conflictos es una opción viable y pertinente, ya que se basa en una lógica de colaboración y de potenciación de la mejora en la relación clínica –y, por extensión, en todas las relaciones interpersonales o grupales que tengan lugar en el ámbito de la salud– que se opone a la lógica de la confrontación judicial (Bonafé-Schmitt, 2007; Font, 2001). Y hay que recordar que nuestra sociedad es, tradicionalmente, una sociedad litigiosa (Palomo et al., 2008) y buena prueba de ello es el aumento de las reclamaciones en la asistencia sanitaria y el aumento de las demandas por errores médicos (Rodríguez, 2005). En definitiva, la mediación es un proceso aplicable a situaciones de conflictos diversos (sanitarios, interculturales, relaciones interprofesionales, etc.). Las características del proceso específico en salud que deberían destacarse se centran, especialmente, en la confidencialidad, la voluntariedad, la neutralidad o imparcialidad del mediador. En definitiva, un recurso que sirva a las diversas partes involucradas (profesionales sanitarios, usuarios...) para potenciar las relaciones saludables en el marco de una cultura de la paz.

1.2 Referencia a datos y estudios comparativos

Considerando la realidad del sistema de salud catalán, la fundamentación conceptual del estudio ha distinguido dos grandes bloques. Por un lado, una exploración sobre las obras que han abordado la mediación y la resolución de conflictos en el ámbito de la salud. El segundo bloque se ha centrado en un fenómeno relativamente nuevo y con un importantísimo impacto en el sistema de salud de Cataluña: el hecho intercultural derivado de la inmigración. La incorporación al sistema de miles de usuarios de otros países y culturas ha generado y genera una importante demanda de recursos y necesidades, muchas de las cuales son satisfechas mediante servicios equiparados o relacionados con la mediación.

En lo que atañe a la aplicación de la mediación como herramienta de gestión de conflictos sanitarios pueden hallarse estudios orientados a demostrar *la contribución a la mejora de la calidad del servicio prestado*,

para evitar posibles casos reales de insatisfacciones con el servicio o malentendidos en las prácticas médicas (Skjorshammer, 2001a), así como estudios que se centran en *el análisis de las ventajas de utilizar la mediación para las “malas praxis clínicas” para evitar los sistemas judiciales* (Currie, 1998). En este sentido, también Natasha (2008) plantea que la mediación puede ser una opción atractiva tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes para poder evitar los litigios. Otras experiencias con técnicas de facilitación interhospitalaria y metodologías basadas en diálogos apreciativos entre dos hospitales de reconocido prestigio en la ciudad de Buenos Aires son referencia para la gestión pública de la mediación dentro de un programa comunitario (Abrevaya y Basz, 2005). De los programas pilotos realizados en algunos hospitales se ha podido demostrar el éxito de la mediación (Natasha, 2008; Esparrica et al., 2009). También se han podido describir los principales obstáculos para utilizar la mediación, en concreto en las “malas praxis”, los cuales tienen que ver fundamentalmente con la promoción y frecuencia de litigación indebida por parte de los abogados o por la existencia de prácticas lucrativas del sector de las aseguradoras (AA.VV., 2001).

Otros estudios han abordado los conflictos generados en el ámbito profesional de la salud (Skjorshammer, 2001b, 2002). La mayoría de ellos están interesados en presentar nuevos diseños de sistemas y procedimientos para gestionar los cambios, acompañar en la intervención clínica, utilizando el diálogo como eje central, frente a los sistemas adversariales judiciales. Así, Decastello (2008) en un estudio reciente hace una revisión de la experiencia de la mediación en el ámbito sanitario coincidiendo con las modificaciones en la legislación en Hungría. *Señala ventajas como la de su “más bajo coste”, “la confidencialidad” y “su capacidad de ser más respetuosa con los implicados que en los juicios convencionales”*. Ahora bien, sugiere realizar enmiendas y cambios en la situación legal, así como la necesidad de implicar a las aseguradoras médicas para asegurar su implantación en el ámbito de la salud. Añade la necesidad de *revisar la formación de los expertos en mediación* (acreditaciones y aptitudes) para que puedan ser *reconocidas* por las instituciones sanitarias y las aseguradoras médicas. Hay que destacar que algunos estudios demuestran que cuando se entrena a los profesionales de la salud en mediación, mejora el trato con los usuarios en el servicio de salud y se actúa preventivamente frente a los costos de posibles litigios (Saulo et al., 2000).

También debe hacerse referencia a la obra de Rodríguez (2005), donde se analiza la evolución de las re-

clamaciones presentadas a la Generalitat de Cataluña por la asistencia sanitaria. En este estudio ya se detecta una falta de conocimiento de las expectativas y necesidades del usuario sanitario y los problemas de la litigación hacia el facultativo médico donde siempre se finaliza con demandas de dinero. Y, en este mismo estudio, ya se presentan los medios alternativos de resolución de conflictos como la mejor opción viable y pertinente para adoptar una lógica de colaboración en vez de la tendencia observada de la confrontación judicial. Más tarde, Novel (2008) pondrá el acento en la complejidad de las organizaciones sanitarias, destacando la presencia de muchos conflictos crónicos inherentes al sistema sanitario, así como la existencia de situaciones de riesgo y “alta vulnerabilidad” afectando especialmente a las personas que llevan mucho tiempo trabajando juntas (entre 5 y 15 años), en determinadas condiciones de interdependencia y con elementos de tipo estructural acompañantes.

Las diferencias culturales en la relación entre los profesionales y los usuarios han dado lugar a una literatura muy extensa. Así, desde la perspectiva estrictamente intercultural, Helman (1990) aplicó el término de modelos explicativos para describir las explicaciones sobre la enfermedad y la discapacidad que daban los profesionales a sus pacientes. También diferenció entre modelos explicativos y modelos clínicos. En la misma línea, Parsons (1990), otro autor de referencia, recogió la dificultad que se daba cuando los modelos clínicos respondían a culturas diferentes. Pero nuestro grupo de trabajo se ha centrado, fundamentalmente, en los estudios realizados en el Estado español sobre la atención a usuarios extranjeros y la mediación intercultural tal y como se desarrolla en nuestro país.

En primer lugar, deben analizarse las respuestas que en España, mediante sus CCAA, se han dado al tratamiento de la creciente diversidad cultural en los servicios de salud. La mayoría de las CCAA de España vienen desarrollando una serie de programas y servicios orientados a la satisfacción de las *necesidades* derivadas de la atención a los usuarios extranjeros (Aneas et al., 2009). Así, a medida que la presencia de las personas extranjeras ha pasado de ser una anécdota a un hecho común; las diversas administraciones han ido desarrollando políticas y planes de acción para atender a esta población (Zapata, 2004). Cataluña es una de las CCAA más expertas ya que a finales de los años ochenta inició un conjunto de acciones en los departamentos de Educación, Sanidad y Bienestar Social, mientras que las CCAA de Castilla-León (Baigorri y Alonso, 2006) y el norte de España (González, 2006), justo ahora están comenzando a sistematizar al-

gunas acciones y programas orientados a la atención de usuarios extranjeros.

Considerando la descripción de los destinatarios de los diferentes planes y programas, el factor cultural se vincula casi exclusivamente con la atención al usuario inmigrante (Aneas et al., 2009). Son muy pocas las referencias a usuarios extranjeros residentes que no entren dentro del rango de personas inmigrantes por proceder de países europeos o países industrializados con un nivel socioeconómico alto. Concretamente, en Andalucía (Martín, 2006) y Canarias (Toledano et al., 2006), así como en las CCAA con un alto número de población residente europea, mencionan como beneficiarios de algunos servicios a estos residentes extranjeros. Pero la mayoría de los programas, servicios y recursos desarrollados en las CCAA tienen como destinatarios o usuarios a las personas inmigrantes (Ugarte, 2006; Salis, 2006; Kamphausen, 2004).

El grueso de las intervenciones se centra en el aspecto lingüístico. Así, la simple traducción más o menos formalizada y realizada por personas de diversa adscripción, cualificación y posición, es el servicio básico y generalmente desarrollado para satisfacer las necesidades derivadas de la relación clínica multicultural.

Cataluña es la Comunidad que parece haber avanzado más en la clarificación conceptual y organizativa de los programas y servicios (Vázquez et al., 2007). Hay conciencia de las barreras lingüísticas pero también se comienza a ser sensible a las relaciones entre los Sistemas de Salud culturales. Consecuencia de esto es el desarrollo de los últimos programas y servicios que se están aplicando y que comprenden tanto la delimitación de los perfiles profesionales como sus respectivos planes de formación. También son destacables la elaboración de los estudios realizados por Cots et al. (2006), Berra et al. (2004), Vázquez et al. (2007) y Serra-Sutton et al. (2004) sobre las diversas políticas y experiencias de investigación en el ámbito de la salud e inmigración tanto en un contexto nacional como internacional. Así como los estudios sobre las detecciones de necesidades realizadas con la población inmigrada usuaria (Vázquez et al., 2007) y los profesionales del sistema (García, 2006), que han aportado importantes orientaciones para el Plan.

1.3 Estado del arte en Cataluña

El estado actual de la mediación en el ámbito de la salud en Cataluña está determinado por algunas de las

características básicas de la sanidad pública general ya expuestas en el punto 1 de este capítulo. En la organización sanitaria de Cataluña pueden definirse los actores que configuran el escenario del conflicto y que, como tales, formarán la clasificación de las partes implícitas en los posibles conflictos aparecidos en este sector.

Por un lado, están los *ciudadanos* “clientes” de los servicios sanitarios, que se dirigen a cualquiera de los dos niveles de prestación (atención primaria o especializada) haciendo uso de su derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Por otro lado, están los *trabajadores* y profesionales de la salud que prestan sus servicios en los centros sanitarios, generalmente integrados en equipos de trabajo interdisciplinarios. Y también están los *políticos* y los *gestores sanitarios*, que participan en la planificación de las políticas sanitarias y en la gestión de su implementación.

Para tener una idea de los tipos de conflictos que pueden darse entre los ciudadanos y la Administración pueden seguirse algunos indicadores. Por una parte, la información relativa a *quejas* y *reclamaciones* que presentan los ciudadanos ante los servicios de atención al usuario de los diferentes centros; según se detalla en la memoria del CatSalut, durante el año 2008 se emitieron 50.839 reclamaciones por parte de los ciudadanos y se interpusieron un total de 270 demandas judiciales. En lo que atañe a los motivos mayoritarios de estas reclamaciones, son:

- En la atención primaria: desacuerdo con el cambio o la asignación del médico, insatisfacción en la asistencia y trato o actitud inadecuada del personal.
- En la atención especializada: demora excesiva por lista de espera para intervención quirúrgica, demora excesiva por lista de espera por consulta/cita previa e insatisfacción en la asistencia.

El número más importante de motivos de reclamación se produce en relación con los aspectos de organización y trámites (61,32%). Éste es el primer grupo por motivo de reclamación, tanto en la atención hospitalaria como en la atención primaria y la atención en salud mental. En el caso de la atención sociosanitaria, el principal grupo de motivo de reclamación es el asistencial. Los cinco primeros motivos, plasmados uno a uno, por los cuales se queja la ciudadanía atendida en la atención primaria y en la atención hospitalaria, son:

- Principales motivos de reclamación en atención primaria, 2008:
Desacuerdo con el cambio o asignación de médico.

Insatisfacción en la asistencia.

Trato o actitud del personal inadecuada.

Falta de personal.

Incumplimiento de horario y/o retraso en la atención para consulta.

- Principales motivos de reclamación en atención hospitalaria, 2008:

Demora excesiva por lista de espera para intervención quirúrgica.

Demora excesiva por lista de espera para consulta/cita previa.

Demora excesiva por lista de espera para atención en urgencias.

Insatisfacción de asistencia.

Demora excesiva por lista de espera para prueba complementaria.

Estas reclamaciones son presentadas a través de atención personal, por teléfono o por escrito (registros de entrada en los organismos oficiales o por correo electrónico), y gestionadas por las unidades de atención al usuario, que se encargan de dar respuesta directamente o hacen los trámites oportunos para su resolución. Este procedimiento responde a lo que establece el punto 9.5 de la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos: “Derecho a presentar reclamaciones y sugerencias. El usuario tiene derecho a conocer y utilizar los procedimientos para presentar sugerencias y reclamaciones. Éstas han de ser evaluadas y contestadas por escrito, dentro de un término adecuado, de acuerdo con los términos establecidos reglamentariamente.”

Por otra parte, están las *demandas* interpuestas por los usuarios a través de la vía judicial. Según los datos facilitados por la Asesoría Jurídica del Instituto Catalán de la Salud (ICS), que es el proveedor público de servicios sanitarios más grande de Cataluña (con una plantilla de más de 41.000 profesionales, presta atención sanitaria a casi seis millones de usuarios, cifra que supone el 76 % del total de asegurados en Cataluña), durante el año 2008 recibieron un total de 296 reclamaciones de responsabilidad patrimonial; de éstas, un total de 179 reclamaciones son como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en los centros. Los motivos más habituales de reclamación son: los errores de diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas (tanto el acto quirúrgico, como el seguimiento postoperatorio), las infecciones nosocomiales, la asistencia recibida en los Servicios de Urgencias o la falta de información. También han recibido 117 reclamaciones que se engloban en la denominada póliza de explotación, pero que también son de respon-

sabilidad patrimonial porque los reclamantes quieren una indemnización; los motivos más habituales de reclamación son: pérdida de objeto, caídas en los centros, accidentes (ascensores, parking), ruptura de dientes en actos médicos, robos, etc.

Ante la interposición de estas demandas, la actuación desarrollada es la propia del procedimiento judicial, donde durante el proceso puede intentarse un acuerdo entre las partes o sus representantes previo a la sentencia; es una posibilidad de llegar a un acuerdo transaccional que la Ley 30/1992 tiene establecida, pero según información de la misma Asesoría Jurídica en ningún momento de este proceso se prevé la posibilidad de llevar a cabo alguna acción de mediación propiamente dicha.

Otro grupo de situaciones a tener en cuenta es el caso de los *conflictos relacionales*, gestados entre los propios trabajadores de las organizaciones de salud. Éstos desarrollan su actividad en equipos interdisciplinarios, hecho que supone muchas ventajas pero, al mismo tiempo, también proporciona un espacio de relación obligada que en algunas ocasiones se convierte en fuente de conflictos por diferentes motivos (Monge, Aranzana, 2009). La resolución, en estos casos, puede pasar por la negociación directa entre las personas implicadas y, si es necesario, con la facilitación por parte del líder del grupo, entendiéndose como líder tanto el reconocido oficialmente por su estatus en la organización (director, coordinador, jefe de servicio...) como el líder natural (persona que por su talante disfruta del reconocimiento de los compañeros para la resolución de conflictos).

Para gestionar algunos de los conflictos mencionados, diversas instituciones sanitarias han puesto en marcha respuestas relacionadas, más o menos directamente, con la mediación y con las habilidades mediadoras. Algunos de los grandes proveedores han apostado, en forma de experiencia piloto o como prueba, por la implantación de servicios de mediación con el objetivo de trabajar para la resolución positiva de los conflictos surgidos en los centros sanitarios. Son experiencias minoritarias y en fase divulgativa, pero de gran importancia cualitativa. Como ejemplo, describimos algunas.

- Con el objetivo de crear un sistema innovador de resolución de conflictos y mediación en el sistema sanitario público y para difundir la mediación, en el año 2004 se realizó un acuerdo entre la Universidad de Barcelona (Postgrado de Resolución de Conflictos y Mediación Sanitaria) y la Conselleria de Salut para formar a mediadores especialistas en organizaciones de salud. En este marco formativo se inició en el curso 2005/2006 la realización de prácticas

en cuatro Unidades de Mediación Sanitaria (UMS), dos en centros hospitalarios y dos en el ámbito de la atención primaria. Posteriormente, se creó el proyecto del Observatorio de Mediación de la Universidad de Barcelona (ODM), que fue aprobado en septiembre de 2008 con la finalidad de trabajar en innovación, desarrollo e investigación en sistemas de gestión de conflictos, mediación y construcción de espacios de paz en las organizaciones.

- Vinculada al ODM se halla la Unidad de Mediación Sanitaria del Consorcio Sanitario de Terrassa (CST). En esta Unidad tienen el objetivo de aportar las herramientas adecuadas para favorecer un espacio de comunicación positiva; por ello en su cartera de servicios ofrecen la posibilidad de hacer actividades como: mediación, talleres de sensibilización, dinámicas de consenso grupal, asesoramientos (sesiones con técnicas personalizadas para ayudar a conducir situaciones de conflicto).
- El ICS comenzó el año 2004 a formar algunos de sus profesionales (médicos, enfermeras, técnicos, responsables de atención al usuario...) en el Máster en Mediación en organizaciones de salud: consultoría e intervención en la gestión de conflictos, UB. Con la participación de un grupo de estos profesionales mantuvo, entre el año 2006 y el 2008, un proyecto de implantación de un servicio de mediación que orientó su actividad a dar apoyo en la gestión de los conflictos relacionales, surgidos de la convivencia diaria en el espacio laboral por dificultad de comunicación o desacuerdo. Sus líneas de actuación estaban orientadas principalmente a las funciones de: *Formación* de los profesionales en técnicas de Gestión Alternativa de Conflictos (GAC); *Asesoramiento* a los profesionales y mandos en la prevención y gestión de conflictos, así como intervenciones facilitadoras en gestión del cambio, técnicas apreciativas; realización de procesos de *Mediación*; colaboración con el resto de agentes que trabajan el conflicto dentro de la propia organización para establecer redes de coordinación.
- El Consorcio Sanitario Integral (CSI) inicia en enero de 2008 un servicio de mediación para los profesionales y usuarios de los diferentes centros que conforman el CSI. Este servicio, denominado E-PRAC (*Espacio para la Prevención y Resolución Alternativa de Conflictos*) se constituye en tres ejes vertebradores: la prevención, la educación entendida como capacitación y la resolución entendida como intervención de las partes en conflicto. Cada uno de estos ámbitos constituye en sí mismo una

pieza clave para la gestión integral del conflicto sanitario. Otros agentes y servicios que participan en la resolución del conflicto son el servicio de prevención de riesgos laborales, los servicios jurídicos y los servicios de atención al usuario del CSI. El objetivo de esta participación es el de capacitar e intervenir en la gestión de los casos en conflicto desde un punto de vista sistémico y multidisciplinar.

Otros servicios institucionales que trabajan para la resolución de conflictos de los profesionales de la salud son las Unidades de Prevención de Riesgos laborales; entre sus funciones incluyen las valoraciones de riesgos psicosociales, en los cuales puede haber implícitos problemas relacionales, tanto entre parejas como por motivos de estructura jerárquica, como estructurales o culturales. Asimismo, las Unidades de Apoyo y Seguimiento a las Incapacidades Temporales (IT) atienden profesionales que, como causa directa o indirecta de su incapacidad, entran en conflicto en el lugar de trabajo (estrés u otros problemas emocionales derivados de situaciones conflictivas en el equipo). Y, como órganos clásicos que intervienen en la resolución de conflictos entre profesionales o entre la institución y los profesionales, se encuentran tanto las Unidades de Recursos Humanos como los agentes sociales, que participan en situaciones de negociación para gestionar conflictos como facilitadores o como partes.

Un ámbito muy extendido es el de la formación en materias relacionadas con la resolución de conflictos. Es habitual que en los programas formativos dirigidos a los gestores sanitarios se hallen contenidos sobre comunicación, estrategias para el cambio, trabajo en equipo, resolución de conflictos y toma de decisiones, generar confianza... También el personal de las unidades de atención al usuario encuentra, en sus programas de formación continua, cursos sobre habilidades comunicadoras para prevenir el conflicto, mediación, actuaciones en situaciones de crisis... En general, en la formación de los profesionales sanitarios se contempla la necesidad de aportar conocimientos para la mejora de la convivencia en los equipos de trabajo y para el trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.

Otro ámbito cada vez más divulgado es el conocido actualmente bajo el paraguas de la “mediación intercultural”; en este campo se incluyen muchas actividades orientadas a facilitar la accesibilidad al sistema sanitario de la población relacionada con el fenómeno de la inmigración y la comunicación con los profesionales, ayudando así a prevenir conflictos.

Este abanico de procedimientos y actividades conforma el mapa de las herramientas más utilizadas en la actualidad entre las instituciones sanitarias catalanas para canalizar y

dar respuesta a las situaciones conflictivas que surgen en su seno. Observamos que los conflictos se gestionan por diferentes vías dentro de las propias organizaciones, dando respuesta a las quejas y reclamaciones de los usuarios, promoviendo actos de conciliación entre los profesionales con problemas de relación, llevando a cabo actuaciones administrativas que facilitan la disolución de los conflictos y, incipientemente, promoviendo la participación de mediadores profesionales en algunos casos especiales de escalada del conflicto que no ha sido resuelto dentro de las propias unidades. Cuando estas vías de resolución interna no dan fruto, prosperan las demandas arterializando el conflicto desde la organización hacia la vía judicial.

2 Estudio sobre la mediación en el ámbito de la salud

2.1 Características del estudio

2.1.1 Objetivos y universo de estudio

En este marco de referencia, el ET8 se plantea como principal objetivo *conocer el nivel de desarrollo de la mediación y/u otros sistemas de resolución de conflictos en el ámbito de la salud*. Y, considerando la necesidad de obtener más allá de la información una profundización del estado de la cuestión tanto a nivel conceptual como empírico, se ha decidido utilizar un diseño mixto, con técnicas de metodología cuantitativa y cualitativa. La elección de ambas metodologías no ha sido arbitraria ni fruto de preferencias casuales, sino que ha surgido a partir de la reflexión sobre la mejor manera de lograr datos acerca del estado actual de la mediación en el ámbito de la salud en Cataluña, que nos permita obtener una fotografía y/o censo de su realidad, elaborar un mapa de centros que realicen actuaciones de mediación y de apoyo, y elaborar propuestas de futuro respecto a las necesidades y al uso de la mediación en las organizaciones de salud.

Así, respecto a la obtención de los datos cuantitativos, las fuentes principales han sido las siguientes:

- Las dos encuestas elaboradas *ad hoc* (una encuesta breve en un primer estudio preliminar y una encuesta extensa en un segundo estudio en profundidad) de datos agregados diseñadas por el ET-12.
- El vaciado y la elaboración de la tabulación realizada por el ET-12 de las encuestas de datos agregados.

- Bases de datos e informaciones cedidas por las siguientes instituciones: Departament de Salut (Plan Director de Inmigración); Asociaciones Surt y Salud y Familia, UMS (UMS, Convenio UB-Departament de Salut); CSI (Consortio Sanitario Integral).

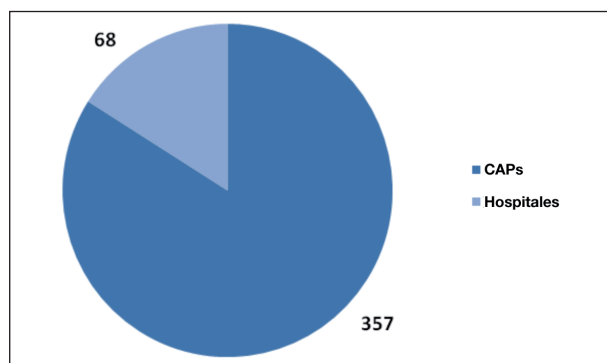
En la metodología cualitativa, se han utilizado y combinado técnicas basadas en “grupos de discusión” o “grupos focales” (*focus groups*), entrevistas semiestructuradas y descripción de una experiencia sanitaria en mediación. Este proceso de recogida de información ha permitido una recogida más exhaustiva.

El estudio se realizó en Cataluña, en el marco de los centros sanitarios, durante el año 2008. Ante la complejidad del contexto de estudio se hizo un esfuerzo importante para definir una muestra adecuada y asumible para la realización de la investigación. Así pues, entre todos los centros sanitarios de Cataluña se seleccionaron los de la red sanitaria pública, concretamente los centros de atención primaria (CAP) y los de atención especializada (hospitales) de las 7 Regiones Sanitarias (RS)¹.

Esta elección está fundamentada en el hecho de que el sistema sanitario catalán garantiza la asistencia sanitaria universal y, por tanto, todos los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña son o pueden ser asegurados del CatSalut, independientemente de que tengan contratado un seguro libre (modelo mixto que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública). Según datos de la memoria del CatSalut, en el año 2008 constaban 7.503.118 personas en el Registro Central de Asegurados.

Los centros sanitarios que forman parte de este universo de estudio son los 425 centros que pertenecen a la red asistencial que ofrece el CatSalut. De éstos, 357 (un 84% del total) son CAP –sean o no del ICS– y 68 (un 16% del total) son Hospitales de la XHUP².

Gráfico 2. Universo del estudio



Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

Quedan fuera del estudio todos aquellos centros (CAP y Hospitales) de carácter privado que no están concertados con el CatSalut.

Este estudio se inició oficialmente el 23 de julio de 2008 y se realizó entre esa fecha y el mes de abril de 2010.

2.1.2 Diseño de la investigación

La investigación se realiza en tres fases sucesivas. En la primera fase se decide recoger información preliminar con la finalidad de identificar los centros de salud, públicos y concertados, donde se realizan mediaciones y actuaciones vinculadas a la mediación. En la segunda fase se recoge más información de estos centros, a través de una encuesta, que nos permitirá obtener información mucho más detallada sobre las mediaciones realizadas, así como de las actuaciones vinculadas a la misma. Y, en una tercera fase cualitativa, se profundiza en la información más relevante a través de la aplicación de técnicas de entrevista mediante la utilización de informantes clave vinculados al ámbito de la salud.

Primera Fase: estudio preliminar

Objetivos

- Obtener información básica que permita identificar entidades (centros sanitarios) y actuaciones de mediación en salud y/o de apoyo llevadas a cabo en Cataluña.

Muestra de estudio

- En esta fase se hace llegar la encuesta a todos los centros del universo de estudio (n=425).

Instrumentos

- a) Carta de Presentación dirigida a los gerentes de las 7 RS y se contacta posteriormente vía telefónica con cada uno de ellos.

Se establece contacto con los gerentes de cada una de las 7 RS a través de una Carta de Presentación, vía *e-mail*, donde se explica en qué consiste el proyecto de investigación del LBM al mismo tiempo que se les comunica una posterior llamada del equipo de trabajo (ET8).

- b) Encuesta breve, dirigida a los directores de todos los CAP y Hospitales del universo de estudio.

Se plantea la necesidad de elaborar una encuesta que hemos denominado *Encuesta Breve*, con la finalidad de recoger, en un universo amplio y de

forma ágil, información sobre entidades y actuaciones de mediación en salud y/o apoyo, realizadas el año 2008, dirigida a todos los directores/as de los centros que forman el universo de estudio (n=425), con la finalidad de diferenciar:

- Los centros en los que SÍ se realizan actividades de mediación en salud.
- Los centros en los que SÍ se realizan actividades de apoyo a la mediación en salud.
- Los centros en los que NO se realiza ningún tipo de actuación de mediación en salud.

Se procede a la validación del contenido de la encuesta, cumplimentándola 8 profesionales vinculados a la mediación. La encuesta se hace llegar por *e-mail* a través del programa SNAP (sistema que se considera muy apropiado debido al amplio universo de centros a encuestar). Posteriormente, se analizan los datos obtenidos con el programa estadístico SPSS.

Segunda Fase: estudio en profundidad

- c) *Encuesta extensa, dirigida a todos los CAP y Hospitales que a partir de la Encuesta Breve manifestaron realizar mediaciones y/o actividades de apoyo a la mediación y/o mediaciones interculturales.*

Objetivos

- Obtener información detallada sobre indicadores vinculados a entidades y actuaciones de mediación y apoyo a la mediación.
- Obtener información detallada sobre indicadores referentes a la figura del mediador.

Muestra de estudio

Con la información obtenida a partir de la Encuesta Breve (estudio preliminar), se elabora una nueva base de datos con los centros que constituyen la muestra del estudio en profundidad, delimitada por todos aquellos CAP y Hospitales que han manifestado tener conocimiento de que en su centro se realizan mediaciones, actividades de apoyo a la mediación y mediaciones interculturales, en salud (n=183). A todos estos centros se les envía la Encuesta Extensa.

Instrumento

La Encuesta Extensa se ha diseñado a partir de los objetivos de la investigación y nos ha permitido recoger en profundidad aquellos aspectos de más interés relacio-

nados con la mediación para obtener datos de manera detallada.

Se definen para su diseño las unidades de análisis o de observación, las dimensiones de interés para el análisis de estas unidades, las variables en caso de que las dimensiones anteriores presenten cambios en sus características o valores, y los indicadores a través de los cuales se expresan estas variables y que nos permitan medir su comportamiento.

La Encuesta Extensa que hemos utilizado se ha diseñado teniendo en cuenta:

- Las estructuras organizativas: que son las entidades mediadoras de carácter público o privado que desarrollan actuaciones en materia de mediación, y en las entidades de formación de mediadores.
- Las actuaciones de mediación: que son las actuaciones que se realizan en el campo de la mediación (los casos de mediación realizados y las actuaciones de prevención del conflicto).
- Las partes de la mediación: que son las partes que han intervenido en estas actuaciones (las partes en conflicto, la parte mediadora y las partes que intervienen indirectamente en el proceso de la mediación).

Tercera Fase: realización de grupos focales, entrevistas semiestructuradas y descripción de una experiencia

Objetivo

Cumplimentar la fase anterior (cuantitativa) y obtener información sobre los asuntos de más relevancia para poder comprender las posibilidades para plantear propuestas de "mediación en el ámbito de la salud".

Muestra de estudio

Profesionales de las organizaciones sanitarias y otros profesionales especialistas en el ámbito de la gestión del conflicto y la mediación.

Instrumentos y su aplicación

Se realizan 4 grupos focales (FG): el primer grupo está formado por mediadores profesionales sanitarios, el segundo y tercer grupo se componen de profesionales del ámbito sanitario y el cuarto grupo está formado por especialistas en mediación intercultural en el ámbito sanitario.

- FG 1: mediadores profesionales sanitarios.

- FG 2: informantes profesionales médicos, enfermeras y de atención al usuario.
- FG 3: informantes otros profesionales.
- FG 4: especialistas en mediación intercultural.

Se realizan 4 entrevistas semiestructuradas (EE) seleccionando expertos de la mediación sanitaria o especialistas en la gestión del conflicto.

La guía de entrevista se orientó sobre todo hacia aspectos conceptuales y de aplicación actual y futura de la mediación como metodología para la gestión del conflicto, siempre procurando incidir especialmente en que hablasen desde su experiencia. Se trataron los siguientes temas:

- La mediación en salud y su aplicación.
- Contexto y estructura organizativa.
- Características de la mediación (proceso, tipos de conflictos...).
- El perfil del mediador.
- Principios de la mediación.
- Regulación legal.
- Perspectivas de futuro.

Por otro lado, la descripción de una experiencia se realizó a través de la recopilación de información de la implantación de un servicio de gestión de conflictos en una organización sanitaria.

2.1.3 Consideraciones respecto al estudio

No poder disponer de un censo o de una base de datos de los centros que realizaban mediaciones en salud y/o actividades de apoyo, así como no disponer del nombre de las personas expertas o responsables de la mediación en cada centro sanitario de Cataluña nos ocasionó las primeras dificultades para poder delimitar el universo de estudio y establecer las diferentes muestras de estudio.

Por todo ello, hay que destacar las limitaciones propias de un primer abordaje en referencia al tema de estudio, dado que no hay estudios previos de esta complejidad. Éste es un primer intento de acercamiento y descripción de la realidad de la mediación en Cataluña en el ámbito de la salud.

En los primeros resultados de la encuesta extensa se detectaron respuestas extremas en cuanto al número de mediaciones realizadas, por lo cual se tuvo que realizar un contacto telefónico con los informantes de estos

datos y se detectó que se habían interpretado como mediaciones otras actuaciones, como: la traducción, el asesoramiento o la formación en gestión de conflictos, entre otras.

También debe añadirse, como después se verá en el apartado de resultados, que muchas de las limitaciones y dificultades halladas en el estudio tienen que ver con la falta de protocolos y sistematización de datos respecto de la mediación en salud.

Hemos querido también mantener el anonimato de los centros y de las personas informantes que voluntariamente han participado en nuestro estudio.

En lo que atañe a los datos trabajados y a la construcción de indicadores generales y específicos y después de haber visto el estado del arte en Cataluña de la mediación en salud, hemos optado por recoger variables de tipo descriptivo con los datos disponibles, a los cuales finalmente hemos tenido acceso. Por todo ello, hemos creído conveniente poder plantear, en futuros estudios, más adelante, una construcción de los indicadores en función del desarrollo del marco teórico específico en este ámbito y la cantidad y calidad de datos disponibles que se podrían generar.

2.2 Estudio cuantitativo

2.2.1 El nivel de institucionalización de la mediación en el ámbito de la salud en Cataluña

La atención primaria es el primer nivel de acceso a la sanidad y se presta principalmente en los CAP. A partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos, el territorio catalán queda delimitado en 7 RS, ordenadas en sectores sanitarios, constituidos por la Agrupación de Áreas Básicas de Salud (ABS) que son las unidades territoriales elementales a través de las cuales se organizan los Servicios de Atención Primaria, de manera que los ciudadanos pertenecen a una ABS concreta en función de su lugar de residencia. Cada ABS tiene un Equipo de Atención Primaria (EAP) formado por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que dirigen sus actividades al conjunto de la población de una ABS, prestando atención a todos los CAP que se hallan en su territorio (barrios o distritos en las áreas urbanas, uno o más municipios en el ámbito rural).

Por otro lado, el CatSalut también garantiza la atención hospitalaria a través de la Red Hospitalaria de Utilización

Pública (XHUP) que está formada por aquellos hospitales de Cataluña con quienes contrata la prestación de los servicios. Según sus características, se dividen en hospitales generales básicos, hospitales de referencia y hospitales de alta tecnología. Todos ellos están en línea con las tendencias actuales de los modelos hospitalarios que se alejan de la concepción clásica, desplazando el peso de la atención hacia una actividad más ambulatoria, convirtiéndose en centros abiertos y flexibles, adaptables a los cambios sociales y sanitarios (cambios demográficos, cambios en los valores de la población, técnicas medicas emergentes, etc.).

La distribución de Cataluña en 7 RS y la delimitación de las ABS según la ordenación territorial existente son factores que hacen posible un despliegue capaz de garantizar la organización eficaz de los recursos sanitarios y la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud.

Por las características de esta estructura territorial, en el inicio de la investigación se decidió establecer contacto con los gerentes de las RS, con la intención de obtener información de los hospitales y centros en los que el año 2008 se habían efectuado mediaciones o actuaciones de apoyo a la mediación (actuaciones relacionadas con la cultura mediadora: difusión, asesoramiento, formación, etc.)⁴.

El resultado de este contacto es la constatación de que no existe un registro central, ni otros registros, que recojan todas las mediaciones y actividades vinculadas a la mediación realizadas en los hospitales de la XHUP y CAP de Cataluña. Solamente hay un registro oficial de datos referentes a la mediación intercultural que tiene lugar a través del PDI⁵, del Departament de Salut de la Generalitat de Cataluña, y datos registrados de las mediaciones interculturales que en los centros sanitarios catalanes realizan la Asociación Salud y Familia y la Fundación SURT. También se tiene inicialmente conocimiento de un registro de datos de las UMS realizadas mediante un convenio entre la Universidad de Barcelona y el Departament de Salut. Por tanto, puede afirmarse que, en Cataluña, el nivel de institucionalización de la mediación en salud es bajo y básicamente se refiere a mediación intercultural.

Esta realidad dificulta la investigación del estado de la mediación en el ámbito de la salud en Cataluña porque, *a priori*, no es posible saber ni qué se hacía el año 2008 ni dónde se hacía, y obliga a establecer contacto con cada uno de los centros del universo de estudio. Ésta es, a pesar de la complicación que representa, a la cual hay que añadir la ausencia de un censo de mediadores en salud, la única manera de saber qué hace cada centro

cuando hay un conflicto, y hasta qué punto su resolución y su prevención están contempladas o no.

2.2.2 La institucionalización de la mediación: mediaciones interculturales, mediaciones en salud y actuaciones de apoyo

Para facilitar la lectura de los resultados que se exponen, deben aclararse algunos conceptos previamente. En primer lugar, se hace una distinción entre *mediaciones interculturales* (MIC) y *mediaciones en salud* (MS). Las MIC pueden ser efectuadas por el PDI, por la Asociación Salud y Familia, por la Fundación SURT o por el propio centro, que puede disponer de mediadores interculturales propios o externos, pero gestionados por otras entidades diferentes de las mencionadas antes. Cuando se habla de MS, se hace referencia a mediaciones, entendidas como proceso, con el objetivo de gestionar conflictos propios del ámbito en el cual las diferencias entre las culturas de las partes implicadas no son lo más relevante ni la causa de su aparición o escalada. Para hablar de forma conjunta de MIC y de MS, se hace referencia a *actuaciones de mediación*.

Actuaciones de mediación = MIC+MS

Por otro lado, cuando se habla de *actuaciones de apoyo* a la mediación se hace referencia a todas aquellas actuaciones vinculadas a la cultura mediadora, pero que no tienen que ver con una mediación entendida como proceso, con unas etapas concretas enfocadas a establecer un acuerdo entre las partes, como en el caso de las actuaciones de mediación. Se está hablando, por tanto, de formación, de asesoramiento, de difusión y sensibilización de la cultura mediadora (jornadas, charlas, etc.), de traducción e interpretación lingüística y cultural.

Actuaciones de apoyo = difusión y facilitación de la cultura mediadora, prevención del conflicto, no son procesos de mediación

En las MIC, en realidad, hay una mezcla entre lo que se ha definido como actuaciones de mediación y lo que se ha definido como actuaciones de apoyo. No siempre las MIC son propiamente actuaciones de mediación en un sentido estricto, entendidas como proceso cuya finalidad es llegar a un acuerdo. Las MIC parecen acercarse mucho más, en general, aunque con excepciones, a la definición que se ha dado de actuaciones de apoyo dado que se centran en la traducción e interpretación lingüística y sociocultural y en la facilitación de la comunicación entre individuos con códigos culturales diferentes, favoreciendo de esta manera la prevención de los conflictos. A pesar de esta

especificación, su nivel de institucionalización, su extensa implantación en el territorio, la existencia de registros de datos referentes a actuaciones realizadas y a mediadores interculturales existentes, han sido factores determinantes para considerarla dentro del apartado de actuaciones de mediación. Por esta razón y dada su importancia, más adelante se considerará la MIC en un capítulo aparte y se analizará en profundidad.

2.2.3 El interés de las organizaciones de salud hacia la mediación: predominio de mediaciones interculturales

En Cataluña hay 68 hospitales de la XHUP y 357 CAP que constituyen el universo de este estudio (n=425).

Tabla 1. Frecuencia de los centros del universo de estudio, según tipo de centro y Región Sanitaria

Región Sanitaria	XHUP	CAP	Total
Alt Pirineu y Aran	4	9	13

Tabla 2. Índice de respuesta y frecuencia de los centros del universo de estudio, según tipo de centro y Región Sanitaria (n=425). Primera encuesta

	XHUP	% respuesta	CAP	% respuesta	Total	% respuesta
Responden	68	100	259	72,5	327	76,9
No Responden	0		098	27,5	098	23,1

Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

Esta primera aproximación a la realidad de la mediación en el ámbito de la salud en Cataluña no pretende profundizar en las características del procedimiento de la mediación ni en las de sus actores implicados. El único objetivo en el momento inicial del estudio es localizar aquellas organizaciones de salud que durante el año 2008 han realizado actuaciones de mediación (entendiendo la mediación como proceso conducido por una tercera persona imparcial) y actuaciones de apoyo a la mediación (no son mediaciones desde un punto de vista estricto pero están vinculadas en tanto que promueven la cultura mediadora y tienen efectos preventivos de los conflictos propios del ámbito de la salud).

El elevado porcentaje de centros que responden en la primera fase de la investigación (el 100% de los hospitales y el 72,5% de los CAP) pone de manifiesto el interés general de las organizaciones de salud catalanas por la

Región Sanitaria	XHUP	CAP	Total
Barcelona	36	207	243
Camp de Tarragona	6	33	39
Catalunya Central	5	36	41
Girona	10	39	49
Lleida	3	22	25
Terres de l'Ebre	4	11	15
Total	68	357	425

Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

En la primera fase de la investigación, cuando se pregunta a los centros por la realización de actuaciones de mediación y de actuaciones de apoyo, se obtiene respuesta de todos los hospitales y de 259 CAP. Esto significa que de los 425 centros del universo, responden 327. El elevado índice de respuesta, que en el caso de los hospitales es del 100%, pone de manifiesto el interés de las organizaciones de salud catalanas por la mediación.

mediación y por el desarrollo de la cultura de la mediación en este ámbito.

Habría que preguntarse en futuras investigaciones si el índice de respuesta del 100% de los hospitales tiene alguna relación directa con la complejidad de su estructura organizativa y con el volumen de usuarios que han de atender, al verse seguramente más obligados a asumir situaciones conflictivas que los CAP, hecho éste que podría explicar su interés en la mediación.

Asimismo, a pesar del elevado índice de respuesta y el interés por la mediación de los centros de salud catalanes, los primeros resultados de este estudio reflejan que solamente poco más de la mitad de los centros que responden han realizado durante el 2008 actuaciones de mediación y/o de apoyo a la mediación. No hay una mayoría significativa de centros que durante

el 2008 hayan realizado actividades de mediación y/o de apoyo.

Para facilitar la lectura de los resultados, puntualizamos que los centros que solamente realizan actuaciones de mediación (sin actuaciones de apoyo) están incluidos en el grupo de centros que realizan actuaciones de mediación y apoyo. Cuando solamente efectúan actuaciones de apoyo, se contemplan en otro grupo. De ahora en adelante, por tanto, haremos referencia siempre a alguno de los siguientes grupos, en función de las actividades que realice un centro:

Mediación y Apoyo = Mediación + Mediación con Apoyo

Apoyo = solamente apoyo

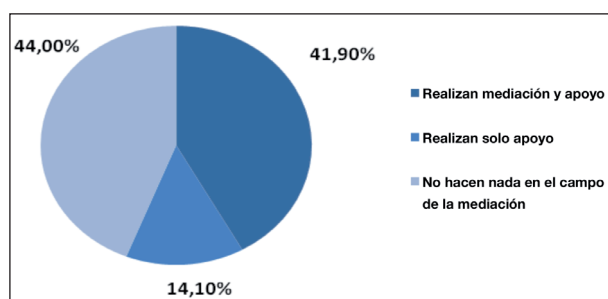
Definiciones de los diferentes grupos a los que de ahora en adelante haremos referencia según las actividades vinculadas a la mediación que realizan los centros de salud:

Mediación = Centros que realizan actividades de mediación solamente.

Mediación con Apoyo = Centros que realizan actividades de mediación y de apoyo conjuntamente (en el mismo centro hallamos ambas actividades)⁷.

Apoyo = Centros que realizan actividades de apoyo solamente.

Gráfico 3. Porcentaje de centros con actuaciones de mediación y/o de apoyo a la mediación (n=327)



Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

La mayoría de los centros que manifiestan haber realizado en 2008 alguna actuación vinculada a la mediación, se refieren a actuaciones de mediación y/o apoyo (mediaciones solamente o mediaciones y apoyo conjuntamente). Son muchos menos los centros que solamente han realizado actuaciones de apoyo. Destaca el hecho

de que si solamente se centra la atención en los centros que han realizado actuaciones de mediación (entendida aquí, por tanto, la mediación como proceso, tal y como se ha definido antes e incluyendo MIC y MS), su porcentaje está muy poco por debajo de los centros que manifiestan no haber realizado nada en el campo de la mediación. Por tanto, se observa que en Cataluña el año 2008, el número de centros que no realizaron ninguna actuación vinculada a la mediación es ligeramente superior al de centros que realizaron actuaciones de mediación (MIC+MS).

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de los centros que responden, según tipo de respuesta (n=327)

	XHUP+CAP	% XHUP+CAP
Mediación / Mediación y Apoyo	137	41,9
Apoyo	46	14,1
No hacen nada	144	44,0

Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

Los 183 centros, 137 hospitalares y 46 CAP, que en la fase preliminar del estudio manifiestan haber realizado alguna actuación de mediación y/o de apoyo en 2008, constituyen la muestra de estudio de la fase en profundidad (n=183) que se lleva a cabo con el objetivo de obtener información más detallada sobre las estructuras organizativas, las actuaciones y las partes de la mediación. Se obtienen datos de 160 centros.

Tabla 4. Índice de respuesta y frecuencia de los centros que realizan alguna actuación de mediación y/o apoyo, según tipo de centro y Región Sanitaria (n=183). Segunda encuesta

	XHUP i CAP	% respuesta
Responden	160	12,6
No Responden	23	87,4

Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

De todo el conjunto de actuaciones de mediación y/o apoyo, destaca la implementación de la MIC en los centros de salud catalanes. Los resultados indican que la MIC se realizó el año 2008 en 98 centros, mientras que la mediación en salud solamente se llevó a cabo en 20 centros y las actuaciones de apoyo en 66 centros. Es decir, las MIC destacan sobre las MS y las actuaciones de apoyo.

Tabla 5. Frecuencia de los centros que realizan alguna actuación de mediación y/o apoyo, según tipo de actuación (n=160). Posibilidad de más de una respuesta (un mismo centro puede realizar más de un tipo de actuación)⁸

	XHUP i CAP	%
Mediaciones Interculturales	98	61,3
Mediaciones en Salud	20	12,5
Actuaciones de Apoyo	66	41,3

Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

La mayor parte de las actuaciones de mediación en los centros de salud en Cataluña, en 2008, fueron MIC, seguidas de las actuaciones de apoyo que fueron mucho más numerosas que las de MS. Las MS se realizaron en muy pocos centros. Pero, si observamos el número total de acciones contabilizadas en la Tabla 6 como mediación intercultural, vemos que alcanzan la cifra de 122.957 acciones concretas (en cifras absolutas). El dato interesante es que no se trata sólo de labores meramente de traducción, sino que el número promedio de acciones realizadas por cada mediación intercultural es de 4,2.

Tabla 6. Acciones efectuadas, en una sesión, equivalentes a problemas a resolver o gestionar (n=160)

Acciones	Frecuencia	%
Traducción	21305	17,3
Información	21136	17,2
Apoyo al Usuario	17013	13,8
Mediación Médica	14393	11,7
Apoyo a los Profesionales	12347	10,0
Mediación Enfermería	9312	7,6
Mediación Preventiva	7855	6,4
Seguimiento	7618	6,2
Otras Derivaciones	5825	4,7
Problema Social	3040	2,5
Información TIS	2504	2,0
Mediación Religiosa	609	0,5
Total	122957	100%

Fuente: Segunda encuesta ET12

Estos datos ponen de relieve el destacado papel de la MIC en el ámbito de la salud. A pesar de que la MIC no

siempre está orientada hacia la gestión de los conflictos sino más bien a su prevención, también hay casos en que las diferencias culturales son origen y causa de malentendidos que provocan la aparición de conflictos entre los actores del sistema sanitario y los usuarios recién llegados. Si esto no se gestiona de alguna manera y se frena su posible escalada, la labor de los profesionales de la salud se ve entorpecida por una diferente interpretación cultural del concepto de salud y enfermedad. Este hecho puede llegar a dificultar la correcta prestación de los servicios sanitarios, quedando por garantizar el derecho a la salud de los inmigrantes como usuarios de las organizaciones de salud. Por tanto, el papel de la MIC en el ámbito de la salud, y a la vista de los resultados obtenidos, no puede obviarse ni infravalorarse.

Las actuaciones de apoyo a la mediación en salud tienen el objetivo de cubrir estas necesidades que tienen que ver también, pero no solamente, con la difusión de la cultura de la paz entre los usuarios y los profesionales de la salud. Los conflictos, quejas y reclamaciones de los diferentes actores del sistema sanitario, se han de poder canalizar por alguna vía alternativa, diferente a la vía del litigio, pero también se han de poder prevenir, evitando costes innecesarios y garantizando una mejor prestación de los servicios sanitarios. Estas actuaciones se originan por la necesidad real de superar los problemas de comunicación, expresión y entendimiento de una parte significativa de pacientes y usuarios del servicio de salud que acaban afectando el funcionamiento normal del servicio.

Si comparamos los datos referentes a las actuaciones de apoyo y los referentes a la mediación en salud, hay muchos más centros que realizan actuaciones de apoyo. El acompañamiento, que en el caso de la MIC ya queda contemplado por el propio concepto y por el uso que de ella se hace, también resulta necesario en otros tipos de conflictos en el ámbito de la salud donde están involucradas personas autóctonas.

A pesar de la complejidad que ha supuesto acceder a la información sobre las actuaciones de mediación y/o apoyo, debido a la falta de institucionalización y a la ausencia de protocolos de registro de la información en la mayoría de los casos, la participación de los centros en el estudio ha sido muy elevada. De esta manera, ha quedado una clara constancia del interés general de las organizaciones de salud por todo aquello que tiene que ver con la mediación y con la cultura mediadora. También se ha podido reflejar la incidencia de las diferentes actuaciones de mediación y/o apoyo y el contexto donde se produce la oportunidad de desarrollar alguna mediación específica.

A continuación, se presentaran los resultados obtenidos en tres apartados diferenciados: actuaciones de MS, actuaciones de apoyo y MIC, con la finalidad de facilitar la lectura de los datos y hacerla más ágil e inteligible. La MIC se analiza en un apartado independiente, debido a su relevancia y más alto grado de institucionalización.

2.2.4 Mediaciones en salud (MS) realizadas en Cataluña durante el año 2008

Se han realizado muy pocas MS, en pocos centros y gestionadas, en su mayoría, por mediadores internos. Se observa que en 20 centros se han efectuado un total de 45 mediaciones, entendidas propiamente como proceso de mediación. Esto representa una media de 2,3 mediaciones por centro. De estas 45 mediaciones, 35 han sido gestionadas por mediadores internos y 10 por mediadores externos.

Solamente 6 centros disponen de una unidad especializada de mediación. En 3 de ellos, esta unidad depende de la Unidad de Recursos Humanos y en los otros 3 centros, depende directamente de Gerencia o de la Unidad de Prevención de Riesgos. La primera de estas unidades especializadas en mediación fue creada en 2002.

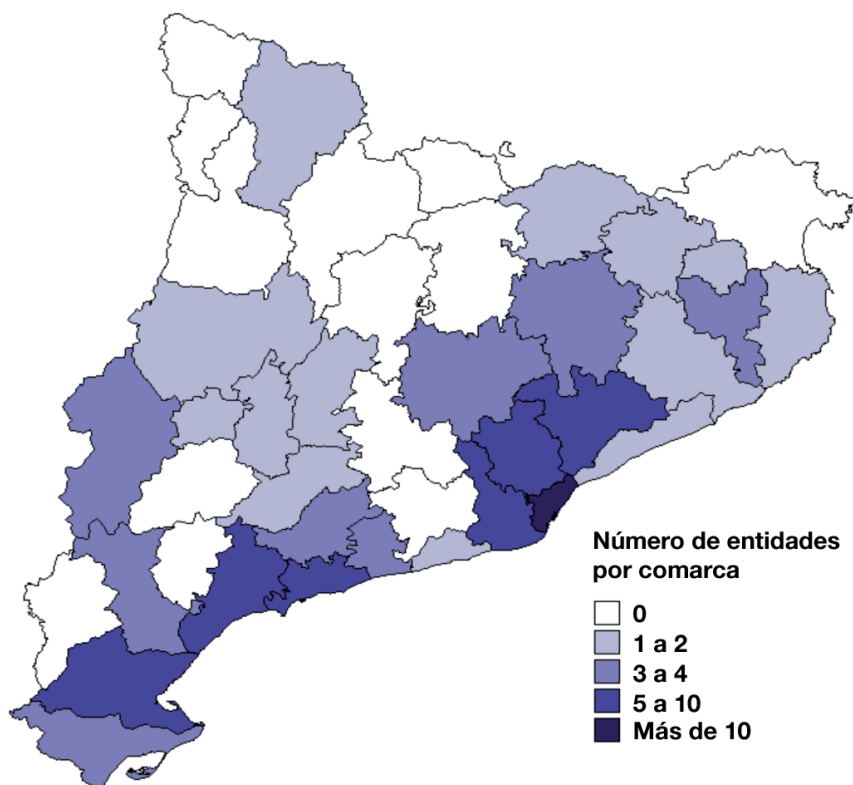
A pesar de esta falta de unidades especializadas de mediación en las organizaciones de salud catalanas, se observa que una mayoría de centros han realizado las MS mediante mediadores internos (que pertenecen a la organización). En 13 centros hay mediadores internos para la gestión de los conflictos propios del ámbito, mientras que en 7 centros hay mediadores externos a la organización. En 4 de estos 20 centros hay tanto mediadores internos como mediadores externos.

La mayor parte de los mediadores son profesionales, mayoritariamente con formación específica en media-

ción y con formación universitaria. De un total de 25 mediadores, 16 son profesionales y 9 voluntarios. Un 80% de los mediadores profesionales ha recibido formación específica en este ámbito. En cambio, y como era de esperar, se observa una menor formación específica en el caso de los mediadores voluntarios. La formación en mediación puede ir desde un curso de escasas horas a un nivel superior de Postgrado o Máster. El 55,6% de los mediadores están formados a través de cursos de mediación y un 44,4% ha recibido formación mediante algún Postgrado o Máster. En cuanto al nivel de estudios de los mediadores, el 86,7% ha recibido formación universitaria y el 13,3% restante formación secundaria.

En general, se observa que han sido pocos los centros que realizaron actuaciones de mediación en salud en 2008, que han sido muy pocos los mediadoras profesionales, y que es también muy bajo el número de mediaciones realizadas y el número de las unidades especializadas en mediación. Este conjunto de resultados señala una carencia estructural y organizativa en lo concerniente a las MS en Cataluña y constata la falta de cobertura geográfica del territorio catalán en cuanto a la implantación de la mediación. No obstante, esto no es en realidad sorprendente. Las razones que explican el grado de desarrollo de la mediación radican en que es el propio sistema sanitario el que ha debido hallar nuevas vías al margen de las judiciales y administrativas. Esta implantación precisa de tiempos y de recursos en ningún caso no ha podido ser sorpresiva.

El año 2008 estaban sin cobertura 2 de las 7 RS: Catalunya Central y Lleida. Pero el Mapa 1 muestra también la emergencia de la mediación en salud. Como explicaremos más adelante, al profundizar en el tema en la fase cualitativa del estudio, la implantación de la mediación ha significado también la instauración de experiencias piloto, y la construcción de sistemas de mediación adaptados al medio y a los problemas sanitarios y hospitalarios.

Mapa 1. Distribución territorial de entidades mediadoras

Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los participantes en los procesos de MS son usuarios de los servicios sanitarios. Un 61,3% de los mediados en los centros de salud catalanes son usuarios de sus servicios y el 38,7% restante son profesionales de la propia organización.

A la vista de los resultados, el año 2008 los usuarios de los servicios de salud catalanes han hecho más uso de los procesos de mediación que los profesionales de este ámbito. El porcentaje de profesionales que han participado en los procesos de mediación es menor pero no deja de ser una cifra bastante importante y nos permite constatar la necesidad de gestionar aquellos conflictos que, en el seno de las organizaciones de salud, se derivan del hecho de tener que trabajar en equipos interdisciplinarios, de la presión asistencial, de las expectativas de los usuarios de los servicios de salud, de la vulnerabilidad, y del elevado componente emocional que está presente en todas las situaciones que acompañan a los procesos de pérdida de salud y desarrollo de patologías.

El 81,8% de los mediados en salud tienen la misma nacionalidad. Si se tiene en cuenta que en las MS las

diferencias culturales no acostumbran a ser la fuente principal del conflicto (como sí sucede en las MIC), este resultado no resulta nada sorprendente.

Pero este resultado, que en principio plantea una lectura fácil y rápida, pone de manifiesto que hay que dotar de herramientas a los usuarios de los servicios de salud para la prevención de las dinámicas relacionales que se instalan cuando el otro es no sólo culturalmente diferente, sino cuando lo es también socialmente. Esta dinámica en la relación con el otro, sea o no de la misma cultura, pero con vivencias y situaciones de vida cotidiana diferentes, participa a nivel consciente o inconsciente en el origen y en la escalada del conflicto. Por todo ello, se podría plantear un cierto punto en común entre las MS y las MIC porque en ambas hay un componente importante de percepción de la diferencia con el otro que requiere el mismo esfuerzo de aproximación.

Por otro lado, la participación de las mujeres en los procesos de mediación en salud es más elevada que la participación de los hombres. El número total de mediados en el año 2008 fue de 93 personas, de las cuales un

74,2% eran mujeres. Debería plantearse si la influencia del factor género en la participación en los procesos de mediación en salud responde a causas genéricas –propias del género, vinculadas a la gestión de las emociones y a la actitud ante los conflictos–, o bien a causas más específicas relacionadas con una mayor implicación y dedicación de algunos profesionales de la salud (enfermeras, auxiliares, etc.) en el cuidado y atención a la salud en el contexto de la atención primaria y de la atención hospitalaria. Sea como sea, los datos son consistentes con el hecho conocido de que son mayoritariamente las mujeres las que se responsabilizan de los procesos del cuidado y atención de los familiares enfermos.

En otro orden de cosas, se observa una débil protocolización y sistematización en los datos referentes a MS. Se constata que los centros de salud de Cataluña, el año 2008, disponen de poca documentación vinculada a la regulación del proceso de mediación, desde el momento en que se realiza el primer contacto hasta el final (se haya producido acuerdo o no). No olvidemos, sin embargo, que este resultado ha de ser complementado con la información que proporcionaremos más tarde, en el estudio cualitativo.

El 64,3% de los centros que han respondido no tienen protocolos para delimitar el conflicto; pero sí lo tienen el 35,7% de los centros (aunque, en estos casos, no se observa una tipificación clara de los conflictos). La mayor parte de solicitudes de mediación en salud se recogen por vía telefónica. Las solicitudes, mediante un formulario o a través de la página web (de momento) son menores. Las obligaciones de las partes que han participado en el proceso de mediación están definidas en un 26,7% de los centros. Las obligaciones de los mediadores, en un 28,6% de los centros, y existe un código deontológico para los mediadores en un 33,3% de los centros.

Es interesante constatar, pues, que a pesar de que en pocas ocasiones quedan definidas las obligaciones, un tercio de los centros se ha dotado de un código deontológico para los mediadores (los actores que participan en un proceso de mediación son tanto las partes implicadas en el conflicto como el propio mediador). Este dato es consistente con el interés que tiene el sistema sanitario por la mediación: *indica un grado de institucionalización ya importante que, como tendremos ocasión de comprobar, es también creciente*. Aunque no se trate de un sistema del todo desarrollado, constatamos que el interés por la mediación es real en el ámbito sanitario, ya que ha comenzado a desplegarse como instrumento para llevar a cabo el proceso de gestión de conflictos.

Actores del proceso de mediación = Partes implicadas en el conflicto + Mediador

En cambio, el procedimiento aún no estaba bien establecido en el momento de realizar el estudio. El año 2008, la duración del proceso de mediación en salud no está delimitada prácticamente en ningún centro. No existe una norma o protocolo que defina ni la cantidad de sesiones para cada caso de mediación, ni la duración en horas de cada sesión, ni la duración de todo el proceso de mediación, desde su inicio hasta su cierre.

En la mayoría de centros, la media de sesiones para cada caso de mediación en salud es de 2 a 3 sesiones; la media de horas por sesión, 1 hora; y la media de días, desde el inicio hasta la conclusión del proceso, presenta una alta variabilidad en función del centro: puede ir desde 4 días hasta 45. Tampoco se han hallado normas o referentes que definan el coste de las MS en los centros sanitarios catalanes.

Todo indica, además, que el proceso de institucionalización y el establecimiento de procedimientos más reglados se están efectuando no sólo a partir de la oferta de los centros, sino por el crecimiento de la demanda. Es interesante comprobar que, en la mayoría de los casos, las solicitudes de mediación en salud son tramitadas por las partes involucradas en el conflicto y son aceptadas.

El porcentaje de solicitudes de mediación en salud aceptadas el año 2008 en Cataluña fue del 87,2%. El resto fueron rechazadas por motivos diversos. El 50% de las solicitudes aceptadas fueron solicitadas por las partes. Un 25,7% de las MS fueron solicitadas por los facultativos (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) y un 7,5% por la propia entidad mediadora. El 15% restante fueron solicitudes con otros orígenes, entre los cuales se encuentran las derivaciones de otros servicios.

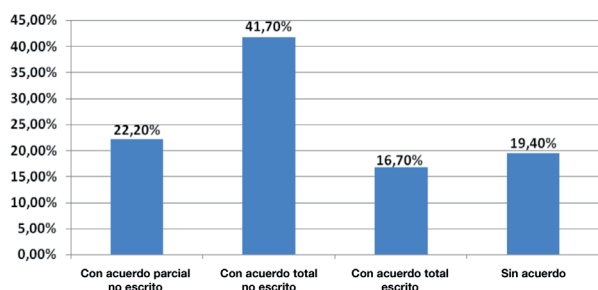
Podemos apuntar, pues, una dinámica entre la institución (los centros), los usuarios del servicio y los profesionales sanitarios que resulta interesante y que dejamos aquí meramente apuntada, pero que permite mostrar un grado importante de implicación de todos los actores relevantes en el sistema de salud, comenzando por los pacientes mismos.

Vamos ahora al resultado del proceso. El 80,6 % de las MS concluyeron con un acuerdo. Solamente un 19,4% de las MS concluyeron sin acuerdo. El 41,7% de los acuerdos producidos fueron acuerdos totales no escritos. Solamente el 16,7% fueron acuerdos totales escritos. En el resto de casos (22,2%), se llegó solamente a acuerdos parciales no escritos. Así, según los datos disponibles, la mayoría de las MS concluyen en acuerdo;

y el tipo de acuerdo más frecuente es el acuerdo total no escrito.

Éste es un resultado que se mantiene estable también en otros dominios (como el educativo). En ausencia de normas que impongan que el acuerdo ha de ser por escrito, la efectividad del acuerdo se basa en la confianza que las partes mutuamente se conceden. Concluyen que “no hace falta” ponerlo por escrito porque se fían de la otra parte y están satisfechos del objeto del pacto. Ponerlo por escrito es una garantía que se pide cuando la confianza en el cumplimiento es menor que la percepción de la posibilidad de reproducción del conflicto.

Gráfico 4. Nivel de acuerdo de las mediaciones en salud



Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

En la mayoría de las MS registradas consta que se ha realizado un seguimiento del caso. De un total de 45 mediaciones registradas, ha habido seguimiento una vez cerrado el proceso de mediación en 17 casos. No lo ha habido en los 11 casos restantes.

El tipo de acuerdo, en general, puede considerarse un índice del éxito de la mediación. El hecho de que se den muchos más acuerdos no escritos puede tener que ver también con la falta de formalización de los procesos. En cualquier caso, en salud habría que pensar si es conveniente que se produzcan acuerdos escritos en un ámbito donde a veces la relación personal puede ser más importante que su formalización.

Retomaremos estos aspectos relativos a la premediación, mediación y posmediación en la fase cualitativa del estudio.

2.2.5 Actuaciones de apoyo realizadas en Cataluña durante el año 2008

La formación es la actuación de apoyo a la mediación más frecuente y es impartida por entidades públicas y privadas. En Cataluña se han realizado actuaciones de

apoyo a la mediación, el año 2008, en 66 centros de salud, lo que representa un 41,3% de los centros que han hecho alguna actuación de mediación y/o de apoyo a la mediación.

La actuación de apoyo más frecuente es la formación, en un 64,6% de los centros. Las acciones de sensibilización se han realizado en un 49,2% de los centros; las de asesoramiento, en un 46,2%; y las de traducción e interpretación lingüística, en un 29,2%.

Entre las entidades públicas que han impartido formación destacan el ICS y la Universidad de Vic, y otras entidades públicas como el CSI o la Diputación de Barcelona. Entre las entidades privadas destaca Exit3SCP⁹, CMI International Group¹⁰ y Unión Consorcio y Formación (UCF)¹¹.

Los destinatarios de la formación han sido 456 personas, y el presupuesto dedicado durante el año 2008 es de 229.564 €, lo cual supone una media de 13.503,8 € por centro.

Las actuaciones de asesoramiento son puntuales y se han dirigido a 262 individuos, profesionales y directivos de los centros de salud.

Hay diversidad de entidades que ofrecen asesoramiento en los centros de salud catalanes como apoyo a la mediación, pero destaca la solicitud de este asesoramiento al Servicio de Atención al Usuario.

Las actuaciones de sensibilización se dirigen a la difusión de la mediación (conferencias, charlas, jornadas de trabajo, talleres, etc.). Se destinaron 100 días a campañas de difusión, durante el año 2008, en el conjunto de centros de salud de Cataluña que realizaron alguna. El número total de horas destinadas a conferencias y charlas es, según el estudio, de 84 horas.

En contraste, consta un elevado número de traducciones e interpretaciones lingüísticas. El número total de sesiones de traducción o interpretación lingüística realizadas es de 2.982 sesiones. El número total de horas dedicadas a la traducción o interpretación lingüística es de 2.022 horas. El presupuesto total destinado a esta actividad fue de 58.000 €; un presupuesto suficientemente elevado que lleva a pensar en la importancia que tiene, en este ámbito, resolver los obstáculos comunicativos que comporta la diferencia de idioma. En el contexto ambulatorio u hospitalario, en la relación entre usuarios de los servicios de salud y sus profesionales, resulta imprescindible una buena comunicación que permita el diagnóstico y la comprensión de la enfermedad y de su tratamiento.

2.2.6 MIC: actuaciones realizadas en Cataluña durante el año 2008

El marco teórico de la MIC es un marco abierto que aún está en construcción. La MIC como herramienta de intervención en el ámbito de la salud tampoco es un instrumento definido. Esto nos plantea la oportunidad y el reto de adaptar la MIC a la realidad de los centros de salud catalanes.

Entre los años 2001 y 2008, la población de Cataluña registró uno de los crecimientos más altos de su historia. El número de residentes extranjeros el año 2008 superó por primera vez la cifra de un millón de habitantes. Actualmente, la población extranjera representa el 15% de la población residente en Cataluña (IDESCAT, 2008).

Esta entrada de inmigrantes ha supuesto miles de nuevos usuarios para el sistema de salud catalán, motivo por el cual se han generado acciones y programas para satisfacer las necesidades emergentes y para afrontar los conflictos derivados de las diferencias culturales que pueden obstaculizar una integración positiva. Esta respuesta se ha dado tanto a nivel político, con la creación de un Plan Director de Inmigración, del Departament de Salut de la Generalitat de Cataluña, como a nivel técnico y social con el establecimiento de programas y actuaciones de diversas entidades.

La diversidad cultural ha ido aumentando paulatinamente en nuestra sociedad y ha producido importantes cambios que afectan tanto a las personas inmigradas como a la población autóctona. En este sentido, la implementación de la MIC en el ámbito de la salud representa un intento de hacer frente a las nuevas necesidades planteadas en este ámbito, pero la ausencia de consenso respecto a su definición y protocolos ha contribuido a generar un gran desconcierto a nivel teórico, en lo concerniente a la noción de mediación intercultural, y a nivel práctico en cuanto a su uso en los servicios de salud.

En este estudio se pone de relieve esta falta de acuerdo en considerar la mediación intercultural como mediación propiamente dicha o como actividad facilitadora de la comunicación. Al dirigirnos a los centros de salud, en algunos de ellos no había una idea clara sobre si lo que hacían bajo la etiqueta de MIC se podía considerar mediación o más bien una actividad de prevención del conflicto y de facilitación de la comunicación (principalmente traducción lingüística).

Hemos optado por considerar, de manera similar a como lo ha hecho en el LBM el equipo de mediación comunitaria y ciudadana, la mediación intercultural como

mediación social. La mediación social es *“un proceso de creación y reparación de los vínculos y de resolución de conflictos de la vida cotidiana donde un tercero imparcial e independiente intenta, mediante intercambios entre las personas o las situaciones, ayudarlas a mejorar una relación o a solucionar un conflicto que las oprime.”* (AA.VV., 2000). Esta definición incluye la comunicación, la prevención y la regulación de los conflictos y está en línea con el concepto de mediación intercultural, tal y como se está llevando a la práctica en nuestros centros de salud. Por tanto, en el estudio hemos considerado la MIC como una actuación de mediación y no solamente como una actuación de apoyo aunque la realidad indica que se recoge como MIC una mezcla de ambas, con predominio de las actuaciones preventivas y de apoyo. No obstante, hemos distinguido también, como se ha visto, las MIC de la mediación sanitaria, o en el ámbito de la salud (MS).

Según Petitclerc (2002), son muchos los ámbitos donde no hay consenso entre los autores que sostienen una concepción *stricto sensu* y aquellos que mantienen una concepción más amplia. Esto es extensible al ámbito de la salud. Hay autores para los que la mediación es únicamente una herramienta para la resolución de los conflictos, mientras que para otros, menos restrictivos y estrictos, la mediación se ha de poner en práctica para anticiparse, preventivamente.

Este mismo autor señala que *“la mediación intercultural, y cualquier otro tipo de mediación, en cualquier ámbito, está directamente vinculada a la vida en comunidad y, por extensión, a la comunidad política; es decir, al Estado considerado bajo su dimensión jurídica. Implementar la mediación en un territorio, por tanto, es una elección política que representa una determinada manera de gestionar y transformar las relaciones sociales”*.

El PDI del Departament de Salut, por otro lado, habla también de mediación comunitaria y la define como aquellas *“actividades de mediación intercultural orientadas a incidir sobre la mejora de la salud de colectivos de inmigrantes en su propia comunidad. En la mayoría de casos, tiene lugar fuera de los centros de salud e implica el trabajo conjunto con los profesionales sanitarios en la realización de labores de promoción de la salud y de educación sanitaria, así como en el abordaje y seguimiento de determinadas enfermedades, tanto a nivel individual como colectivo”*.

La mediación en sentido amplio, así pues, es aquella que no tiene como objetivo exclusivamente la regulación de los conflictos sino también su prevención, y nos permite hablar de MIC como actuación de mediación y

entender su significado, sus objetivos y su importancia en el sistema sanitario y en la comunidad. Esta concepción amplia de la mediación fue adoptada en el Seminario Europeo de Créteil, el año 2000, durante la presidencia francesa de la Unión Europea con el apoyo de la Comisión y la presencia de expertos europeos, y ratificada por el Consejo Económico y Social (García Castaño et al., 2006).

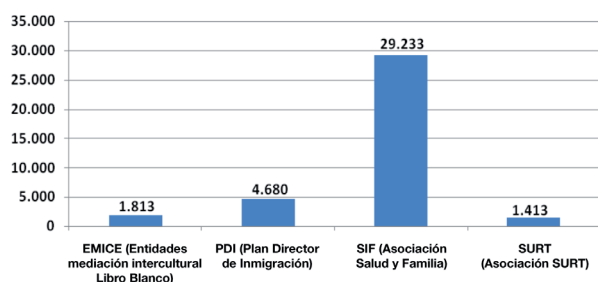
Las entidades mediadoras que participaron en programas y servicios de MIC, en los centros de salud en Cataluña, el año 2008, fueron la Generalitat de Cataluña con el PDI, la Asociación Salud y Familia (SiF), la Fundación SURT (SURT) y otras entidades proveedoras del servicio de MIC en los centros de salud, detectadas mediante la encuesta utilizada en el estudio y que, de ahora en adelante, denominaremos con las siglas EMICE.

El año 2008 en Cataluña se realizaron 37.139 actuaciones de MIC en 98 centros de salud, de ellas, 29.233 estaban realizadas o gestionadas por la SiF, 4.680 por el PDI, 1.813 por los propios hospitales y CAP del universo de estudio, y 1.413 por SURT.

Estas cifras, elevadas respecto a todas las otras actuaciones vinculadas a la mediación en el ámbito de la salud, ponen de relieve el esfuerzo de muchos centros por intentar dar respuesta a necesidades emergentes vinculadas a cambios sociales y sanitarios. Por tanto, no puede obviarse que la mediación intercultural es una realidad en las organizaciones de salud y no debería ponerse en duda ni su necesidad ni su utilidad.

Ante una sociedad donde la interculturalidad cada vez es más grande, quizás las organizaciones de salud en Cataluña deberían plantearse como reto de futuro transformarse en organizaciones cada vez más competentes interculturalmente.

Gráfico 5. Número de actuaciones de mediación intercultural según tipo de entidad mediadora



Fuente: Elaboración propia con la información extraída de la tabulación realizada por el ET12.

Plan Director de Inmigración en el ámbito de la salud (PDI)

El PDI se impulsa, desde el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, con la voluntad de definir objetivos de mejora de la atención a la población inmigrante extranjera en el ámbito del sector salud. Para lograr esta meta, establece un plan de acogida, un plan de mediación y un plan de formación, con actuaciones adecuadas a cada territorio, mediante las RS y los futuros Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)¹². La misión del PDI es mejorar la salud de la población inmigrada mediante la definición de un modelo de atención y organización de los servicios que permita al sistema de salud catalán hacer frente a la nueva situación que plantea el crecimiento de la inmigración en Cataluña en los últimos años.

El sistema de información creado por el registro de las actividades de mediación intercultural en el ámbito de la salud realizadas a través del PDI inició su funcionamiento como prueba piloto a mediados de 2008. Durante el año 2009 estuvo en fase de consolidación, después de haber incorporado diversas mejoras para aumentar la fiabilidad de los datos.

El PDI se implantó en Cataluña, el año 2008, en 54 de los centros de salud del universo de estudio y realizó un total de 4.680 intervenciones de MIC. Se beneficiaron de estas intervenciones 4.680 usuarios, un 62,9% de los cuales eran mujeres. En el 100% de los casos estas mediaciones eran gratuitas para los usuarios.

La mayor parte de los mediados, con mucha diferencia, procedían del Magreb (65,3%). Un 16,6% de Asia. La solicitud de la MIC fue realizada en la mayoría de los casos por los profesionales de la salud.

Al tratarse de un nuevo sistema de información, los datos cuantitativos disponibles para la fase inicial de implantación del nuevo sistema correspondían a las mediaciones individuales realizadas por los 25 mediadores júnior formados durante el 2008. Ésta ha sido la información registrada disponible para la elaboración de este capítulo del LBM.

Durante el año 2009, los mediadores sénior que desarrollaban su actividad en la RS de Girona comenzaron a utilizar también este registro y, después, progresivamente, el resto de mediadores sénior del todo del territorio.

Según el PDI, los mediadores júnior son personas sin experiencia previa en el campo de la mediación intercultural que han seguido el curso del Instituto de Estudios de la Salud (IES) y han realizado o están realizando una estancia en prácticas en algún centro de salud de la red

pública. Por otro lado, los mediadores seniors son aquellos mediadores que ya realizaban tareas como tales para otras entidades proveedoras de servicios de mediación en el territorio y que han seguido este curso para obtener la acreditación correspondiente por parte del IES.

La información cuantitativa disponible para el año 2008 corresponde, por tanto, únicamente a la actividad realizada por los 25 mediadores juniors que se formaron ese mismo año, de los que un 76% eran mujeres. La profesión de mediador era su actividad principal en el 100% de los casos y, en el 100% de los casos también, los mediadores obtenían por su trabajo una remuneración económica. El ejercicio de su profesión estaba en el 100% de los casos vinculada a una entidad: en el caso de los mediadores juniors¹³ estaba vinculada directamente al Proyecto de La Caixa¹⁴.

Mayoritariamente, su país de origen era el Magreb (60%), seguido de China (16%) y Rumania (12%).

Un de los ejes de actuación de este proyecto fue la puesta en marcha de un programa de formación de mediadores interculturales en los servicios de salud para garantizar una formación homogénea y de calidad de estos mediadores. Por ello, la Fundación La Caixa encargó los contenidos formativos a la Fundación Privada Instituto de Investigación del Hospital Universitario Vall d'Hebrón, que tuvo la colaboración y asesoramiento del IES y el PDI, partiendo de la experiencia en este campo de formación de mediadores del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebrón y de la Fundación SURT.

Para el PDI, la MIC en el ámbito de la salud no distingue entre sesión y caso. Cada acción es considerada como mediación independiente con un principio y un final en la misma sesión. No obstante, en algunas ocasiones se realizan diversas mediaciones con un mismo usuario, ya sea como parte del seguimiento de una determinada patología y su tratamiento, o bien como casos independientes.

El promedio de la duración de las sesiones de mediación fue de 20 minutos. En cuanto al tiempo total dedicado a un proceso de mediación, desde el inicio hasta su cierre, podía ser muy variable, yendo desde un minuto hasta 6 horas.

En cualquier caso, hay que especificar que la MIC que el PDI gestionó durante 2008 no estaba dirigida a resolver conflictos sino que iba dirigida a facilitar la comunicación entre usuarios y profesionales sanitarios.

La Asociación Salud y Familia (SiF)

La SiF (www.saludyfamilia.es) es una entidad (ONG) independiente y sin ánimo de lucro que asiste a mujeres,

hombres, niños y niñas en las necesidades básicas de salud y apoyo social. A través del Programa de Mediación Intercultural¹⁵, pone a disposición de las instituciones sanitarias las herramientas o recursos que les permiten afrontar con mayor conocimiento y sensibilidad la gestión de las diferencias culturales que supone la atención a pacientes inmigrantes.

La SiF prestó el año 2008 sus servicios de MIC como entidad proveedora en 27 centros de salud de Cataluña, pertenecientes al universo de este estudio. Realizó un total de 29.233 intervenciones. Se beneficiaron de estas intervenciones 29.233 usuarios, de los cuales un 56,1% eran mujeres. La edad de los mediados oscilaba entre 18 y 50 años, siendo la franja de edad entre los 30 y los 49 años la que requirió más intervenciones (40%). La mayor parte de los mediados procedía del Magreb (40,4%), seguido de Centro Surasiático (25,6%). El idioma más utilizado por los mediados fue el árabe (37,8%), seguido del punjabi, el chino, el urdú y el francés, por este orden. La solicitud del servicio de mediación intercultural la realizó, en la mayoría de los casos, el propio profesional de la salud (64,1%).

Como pasaba con el PDI, una sesión de mediación es considerada una intervención. En el caso de la SiF, sí que había un registro de las diferentes acciones efectuadas dentro de cada sesión. El promedio de acciones por sesión fue de 4,2 acciones, categorizadas como: traducción, información, apoyo al usuario, mediación médica, apoyo a los profesionales, mediación enfermería, mediación preventiva, seguimiento, problema social, mediación religiosa, información TSI y otras derivaciones, por orden de frecuencia.

Los usuarios del servicio de MIC prestado por la SiF fueron profesionales de los servicios de salud en 1.337 casos y pacientes o usuarios de los servicios de salud en 27.896 casos. Los actores o participantes en las intervenciones de MIC fueron mediador-paciente-profesional en 24.054 casos, mediador-paciente en 4.479 casos, y mediador-profesional en 700 casos. La categoría de los profesionales que participaron fue muy variada, pero destaca la participación de médicos en 7.010 casos; de administrativos en 5.145 casos; de enfermeras en 3.956 casos; de pediatras en 3.335 casos; de ginecólogos en 1.703 casos y de comadronas en 851 casos.

Las intervenciones de MIC implementadas en el territorio catalán por la SiF fueron efectuadas por 35 mediadores, de los cuales un 80% eran mujeres. El país de origen de estos 35 mediadores era mayoritariamente Marruecos (34,3%), seguido por Pakistán (17,1%), aunque se observa una amplia variedad de posibilidades en cuanto a

la procedencia de los mediadores. Éstos dedicaban a las intervenciones de MIC un total de 547 horas semanales; ello suponía una dedicación por mediador de 15,6 horas semanales.

La Fundación SURT

La Fundación SURT (<http://www.surt.org>) es una entidad social, privada, con el objetivo de facilitar el proceso de incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. Cuenta con un Servicio de Mediación e interculturalidad para mejorar la accesibilidad de las personas inmigradas en la sociedad de acogida.

SURT prestaba sus servicios de MIC como entidad proveedora, el año 2008 en Cataluña, en 16 centros de salud y realizó un total de 1.413 intervenciones. Se beneficiaron de estas intervenciones 1.949 usuarios, de los cuales un 65% eran mujeres. Los usuarios del servicio de MIC fueron profesionales de los servicios de salud en 865 casos y pacientes o usuarios de los servicios de salud en 1.084 casos.

El número de mediadores que efectuaron las intervenciones de MIC implantadas en el territorio catalán por SURT fue de 14 mediadores, todos profesionales con algún curso de mediación. En 4 casos, además, habían realizado un Máster o Postgrado. En cuanto a su grado académico, 9 tenían estudios universitarios y 5 estudios secundarios.

SURT disponía de un protocolo para regular el proceso de la mediación, de una relación de categorías de intervención, de protocolo de solicitud de la mediación, de obligaciones de las partes mediadas y de código deontológico. También se encuentra una delimitación del número de sesiones en cada caso. Cada sesión duraba entre 10 y 30 minutos.

La solicitud de la mediación se podía realizar por teléfono o por escrito y se realizaba seguimiento de los casos después del acuerdo. La evaluación de los procedimientos o resultados de la mediación se realizaba mediante una encuesta de satisfacción que se pasaba a las partes de la mediación, o bien, a través de la supervisión de los casos por mediadores internos.

El año 2008 los mediadores, y atendiendo a las categorías de intervención establecidas, realizaron las siguientes intervenciones: interpretación en 643 casos (45,5%), información en 642 casos (45,4%), sensibilización en 85 casos (6%), mediación en conflicto en 32 casos (2,3%) y formación en 11 casos (0,8%).

También se dispone de una relación de conflictos en los cuales no puede mediar: cuando hay un hecho delictivo, cuando alguna de las partes no acepta la intervención de un mediador, cuando las partes no reconocen el proceso como válido, cuando una de las partes no puede asistir al proceso, cuando una de las partes no se compromete a respetar las normas del proceso, o cuando el mediador se inclina por alguna de las partes.

Entidades de mediación intercultural detectadas con la encuesta (EMICE)

En lo concerniente a las EMICE, se hallan 9 centros de salud en Cataluña, el año 2008, que realizaron un total de 1.813 intervenciones de mediación intercultural y disponían de 27 mediadores, de los cuales 25 eran profesionales y 2 voluntarios. Su formación en mediación en 9 casos se había realizado mediante cursos de mediación y en 4 mediante un Máster o Postgrado. Solamente 8 mediadores no tenían ningún tipo de formación en mediación.

3 Estudio sobre la mediación en el ámbito de la salud (datos cualitativos)

3.1 Análisis cualitativo: escenarios de conflicto

La aproximación cualitativa de la realidad empírica de la mediación en el ámbito de la salud se mostrará a partir de los resultados obtenidos en la aplicación de los *focus groups* (FG), las entrevistas en profundidad, y la descripción de la experiencia del E-PRAC, del CSI de Cataluña.

Recordemos que hay 4 grupos focales –FG 1 mediadores profesionales sanitarios; FG 2 médicos, enfermeros/as y profesionales de atención al usuario; FG 3 otras profesiones; FG 4 mediadores/as interculturales–, y que se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas a expertos en mediación sanitaria y gestión de conflictos. Los temas-guía son:

- La mediación en salud y su aplicación
- Contexto y estructura organizativa

- Características de la mediación (proceso, tipos de conflictos...)
- El perfil del mediador
- Principios de la mediación
- Regulación legal
- Perspectivas de futuro

3.1.1 La mediación en salud y su aplicación

¿Qué se entiende por mediación en salud? Se han visto dos sentidos de la mediación a lo largo del desarrollo de los FG. En primer lugar, los servicios de mediación en sentido estricto —resolución de conflicto— que pueden prevenir la litigación. Y, en segundo lugar, la mediación intercultural orientada al tratamiento y la atención de las necesidades derivadas de los usuarios inmigrantes.

*“Dos cosas a destacar: una se reconoce más al mediador cultural, y otra que la mediación tiene más que ver con los pacientes (los participantes asienten con la cabeza). Parece que tuviera que ver con problemas que nos traen los pacientes.”*¹⁶
FG 2

“La mediación en salud ha de tener un tratamiento especial, ya que con los médicos por ejemplo tiene un tratamiento complicado.” FG 2

La utilización de la mediación desde la vertiente de prevenir litigios, es reconocida por el personal del Servicio de Salud con una cierta contradicción, ya que no se quiere ir a juicio pero a veces hay una actitud de cierto escepticismo sobre la utilidad del proceso.

“A veces, por el estatus del médico, éste dice: ‘¿yo he de sentarme aquí a perder el tiempo para no ir a juicio? Pero estar allá, ¿por qué?, porque la alternativa era que la señora lo iba a demandar y pensó: bueno... vale... voy a pasar por aquí.’ — Todos los profesionales quieren evitar ir a juicio.” FG 1

Pero en esta cuestión de evitar llegar al proceso judicial se reconoce que hay muchas influencias y presiones externas, como la intervención de las compañías aseguradoras y las presiones económicas:

“Problemas con las compañías aseguradoras, ya que no hay interés por parte suya de que las partes se sienten a resolver los conflictos y, además, el proceso judicial está muy institucionalizado y mar-

cado por intereses económicos de los usuarios.”
FG 1

En este punto es relevante mencionar que la MIC es apreciada no como una estrategia de resolución de conflictos, sino como un cúmulo de servicios centrados fundamentalmente en la atención a los usuarios inmigrantes: la traducción-interpretación, la información cultural y del sistema de salud, el apoyo a la adaptación de los servicios a las necesidades de estos nuevos usuarios y, en una mínima parte, la resolución de los conflictos que puedan darse.

“Sí, yo también creo que hay todo un trabajo que realizar con el mediador más allá de lo que podríamos entender como resolución de conflictos, de información, de sensibilización que es bidireccional.” FG 4

Todos los participantes han valorado, desde los dos sentidos (resolución de conflictos y atención al usuario inmigrante) la utilidad de la mediación: ya sea para evitar los litigios, mejorar las comunicaciones y el clima, reducir tensiones y filtrar necesidades y demandas, en este caso, relativas a los usuarios inmigrantes.

“Sobre todo es aclarar que no sólo trabajamos desde las peticiones que consideran de una persona que procede de otro país que tiene una dificultad idiomática, sino que el trabajo engloba un aspecto mucho más amplio. No focalizamos sólo trabajar con esta persona que, por ejemplo, como decía, tiene un problema de idioma y pues el mediador o mediadora va a hacer la traducción y la interpretación sociolingüística de esa situación que se va a dar en consulta, sino que también el trabajo del/a mediador/a es detectar otras necesidades que pueden darse, por ejemplo, en un médico o una médica que sean españoles. Entonces si ese mediador detecta a lo mejor la existencia de alguna desinformación, de algún estereotipo, de algún prejuicio, eso también son elementos que han de operativizarse. De la misma manera que desde un servicio de mediación se ofrecen diferentes, por denominarlo de alguna manera, productos no sólo de la mediación, la acción mediadora directa, sino que hay muchísimas otras cosas.” FG 4

3.1.2 Contexto y estructura organizativa

En el marco de las entrevistas realizadas a los agentes de mediación en el ámbito de la salud, se han destacado

como requisitos imprescindibles para la implantación y continuación de un servicio de mediación el apoyo de la dirección y la destinación óptima de los recursos económicos.

“[...] El servicio finalizó el año 2008 debido a cambios de dirección, los cuales no dieron continuidad al servicio.” EE

“[...] Hemos cerrado la unidad de [nombre del hospital] [...]; se decidió cerrar ya que [nombre de la institución] no tiene suficientes recursos ni fuerza, y no está para temas de mediación [...].” EE

“Hablamos del modelo referente que es el del [nombre de la institución]. Es el modelo que ha ido creciendo y la dirección está muy implicada.” EE

La utilización y la implantación de la mediación dependen en gran parte de la implicación y el compromiso generado por parte de las direcciones de los centros de salud, pero también es de gran relevancia mostrar la importancia de la creencia y de la fuerza del profesional que impulsa la mediación.

“[...] Al final parecía que estuviésemos defendiendo un interés propio, que a nadie más le interesaba y por esto se acabó. Otros conflictos tenían prioridad y no tuvimos ni el espacio para defenderlo. [...] Había un punto de rebeldía, pero nunca lo llevamos al extremo, nos faltó este punto de fuerza porque suponía enfrentarnos entre nosotros — por mi parte reconozco poca fuerza para decir esto lo tiramos adelante sea como sea, pensé que yo tampoco quería enfrentamientos.” EE

En el desarrollo del FG, sus participantes coincidieron en destacar la importancia que tiene que la dirección del centro crea en la mediación y se responsabilice de difundir la cultura de la mediación para garantizar el éxito y la supervivencia del servicio. Muchas veces, y a pesar de la voluntad de los profesionales de querer realizar un proyecto, una estructura organizativa complicada no facilita la viabilidad.

“[...] La estructura organizativa complicaba y trabajábamos mucho sin demasiado rendimiento ni visibilidad. Además no era un acuerdo institucional y ésa no era nuestra intención [...] Es un sistema muy grande y con un sistema de comunicación muy difícil... Estábamos mucho menos apoyados por la institución.” EE

Dependiendo de la estructura, dimensión organizativa del centro de salud y creencia en la gestión y resolución

de conflictos, hallamos servicios de mediación ubicados en diferentes estamentos de la organización (unidades dentro de la empresa sin dependencia jerárquica, servicios que dependen jerárquicamente de la organización) o no (solicitudes de mediadores externos), abordando unos tipos de conflictos u otros, y también ofreciendo diferentes servicios de acuerdo con las necesidades y demandas de cada centro de salud.

“No hay servicios de mediación en el ámbito socio-sanitario ni de los geriátricos, lo que existe son servicios de gestión de conflictos privados y externos a la organización que intervienen en estos centros. Los centros reconocen que hay un conflicto, que puede ser tanto entre profesionales como entre profesionales y usuarios, y ponen la demanda.” EE

“[...] El modelo de servicio es externo, depende del observatorio. No forma parte jerárquicamente de la organización.” EE

Hasta ahora, y de acuerdo con lo que se manifestó durante las entrevistas, las mediaciones han sido presenciales. La vía de comunicación, el primer contacto es directo a través de teléfono y e-mail, ya sea en el centro de trabajo de las partes en conflicto o en el centro o lugar de trabajo del mediador.

“Todas las mediaciones eran presenciales, no se establecieron nuevas tecnologías.” EE

“Por ahora no usamos medios tecnológicos. Podría tener interés la videoconferencia, pero también es un elemento importante que se traslade la persona ya que se demuestra a sí misma que es un interés prioritario [...].” EE

En el marco del FG se ha estado de acuerdo con la necesidad de contar con un espacio propio, integrado en el centro con un mínimo de recursos de comunicación, teléfono e intimidad.

“Cree que el espacio que se proporciona a partir de la mediación es un espacio donde el usuario es el protagonista, porque alguna cosa ha pasado, se ha vulnerado un derecho, o no se ha vulnerado ningún derecho, pero es una situación que le proporciona a la persona información que necesita, hace posible canalizar el proceso que no tiene resuelto y hay una escucha.” FG 1

“Es importante en el espacio donde estarán el usuario y el médico que el médico esté de acuerdo. Explica que ella pregunta al médico: ¿os veis capaces de estar sentados y hablar de aquella si-

tuación y de contestar a lo que esta persona pueda manifestar?” FG 1

De acuerdo con el desarrollo de los FG aparecieron opiniones contradictorias respecto al uso de las tecnologías aplicadas a la mediación. Por un lado, casi todos los participantes de los grupos creían en la necesidad del contacto personal como un elemento fundamental del proceso de mediación, donde la confianza, el deseo de resolver el problema y la comunicación interpersonal son claves.

“Yo creo que no, veo que los conflictos se solucionan con personas y me gustaría ver la cara.” FG 3

En algún momento, no obstante, se ha valorado que las tecnologías podrían agilizar los procesos administrativos y burocráticos que tantos problemas generan.

“Tengo otro conflicto que no tiene que ver con personas sino con papeles, para mí sería práctico una mediación online, personalmente no tengo porque entender la mediación como una persona que me ayuda, sino como una herramienta o el medio para llegar a ese fin. ¿Ciertamente te genera un conflicto tener tantos papeles? Para mí es un conflicto, sobre todo, como he dicho anteriormente, con las personas mayores que no pueden moverse y que te piden un favor vía online.” FG 3

Así como dar apoyo a las necesidades de traducción que surgen desde la atención de usuarios inmigrantes:

“Estamos empezando a trabajar con un traductor, el Universal Doctor, de momento en prueba piloto... Es un programa informático que está bastante bien diseñado. Bueno, tiene las típicas preguntas que tenemos que hacerle a los pacientes, pues está escrito y luego por los altavoces también lo dice en 9 idiomas.” FG 4

Pensamos que esto refleja el hecho de que las tecnologías en materia de resolución de conflictos son una herramienta a explorar y desarrollar a medida que la mediación progresa y se consolida.

3.1.3 Características de la mediación

Proceso de la mediación

En el marco de los FG se concluyó que caracterizar la organización y el proceso de mediación no es fácil. No se llegaron a concretar los pasos concretos del proceso de mediación ni cuándo se trata el conflicto externo ni el interno. Por ejemplo, en el caso de la “mediación intercul-

tural” (conflicto entre profesional y usuario) en los FG los participantes han explicado que según el protocolo de actuación de cada entidad suministradora del servicio han utilizado un tipo de proceso u otro. Hay veces que los mediadores van a buscar usuarios inmigrantes para tratar de conocer necesidades. En otros casos se toma nota y se da cita. Y, en otros, el mediador permanece en el despacho y recibe las peticiones tanto de usuarios como de profesionales. Así, el registro de actuaciones se efectúa según los protocolos de cada entidad.

“Que yo sepa el protocolo de intervención no está regulado. Lo que cada institución regula es la manera que se tiene de recoger la información, de registrar las intervenciones. En general recogemos más o menos la misma información, pero eso es cada uno. Nosotros toda esa información la volcamos en una base de datos, en internet, donde cada centro tiene acceso a ver la actividad que llevan a cabo sus mediadores. Pero no existe un consenso general entre todos los que trabajamos en mediación. Yo creo que es positivo unificar criterios. Supongo que cuando pase más tiempo esto acabará pasando. Igual tiene el lado negativo pero tienen el lado positivo también de unificar los criterios de todos los mediadores.” FG 4

En relación con los pasos del proceso de mediación, no existe un consenso para el tratamiento del conflicto. Hay un primer contacto o petición a través del teléfono, e-mail o presencial y a partir de aquí pueden iniciarse las sesiones de mediación, aunque no existe un límite específico establecido para llegar al acuerdo o decidir finalizar la mediación.

“No había un límite de sesiones de mediación mientras hubiese posibilidad de avanzar (como máximo, normalmente eran 6 sesiones).” EE

“Se da por cerrada la mediación cuando se llega a una solución o se decide que no es mediable.” EE

Respecto a dónde debería iniciarse el proceso de mediación, su estructura, el tipo de mediación y las actividades que habitualmente se realizan:

“En las unidades de atención al usuario (que reciben muchas quejas del usuario) es donde debería iniciarse el proceso de la mediación.” FG 1

“No hacemos mediación como tal, hacemos conciliación/intermediación: acercamos a las partes y damos una resolución lo más satisfactoria posible para las partes; la dirección del hospital (con nuestra intermediación y gestión) le da la razón o no. El proceso es el siguiente: a) el usuario se dirige

al servicio (derivado o por iniciativa propia; b) se habla y se explora al paciente; c) se hace el diseño del proceso; d) se envía una carta escrita de respuesta al usuario; e) se gestiona el acuerdo como resolución del conflicto en relación a lo que el hospital le puede ofrecer y finalmente se hace un seguimiento del usuario cuando hay alguna duda (no hay tiempo de hacer evaluación). En caso de un conflicto de trato se pensó incluso en hacer un cara a cara. No hay demasiados casos de éstos, pero además no se hacen en todos los casos ya que suelen intervenir como responsables la secretaria del servicio o la supervisora de la sala, que es quien media entre las partes y ofrece el resultado de esta gestión. Nos lo pasan y nosotros lo pasamos a la dirección, y firman cuál es la resolución final de la queja.” EE

“La evaluación y el seguimiento se centralizaba en la unidad. Al acabar un caso, se pasaba una encuesta de evaluación/satisfacción, pero de 10 que enviabas te retornaban 3.” EE

Sin embargo, en los procesos de resolución de conflictos internos hay una estructura clara de proceso, de acuerdo con las explicaciones que se dan en el marco de la entrevista. Las fases son: a) entrevistas iniciales; b) valoración de la continuidad del proceso en función de si el conflicto es mediable o no; c) recoger problemáticas, intereses, etc.; d) actuaciones de resolución; e) tratamiento del acuerdo; y f) seguimiento y evaluación del proceso y del acuerdo.

Tipos de conflictos tratados en los centros de salud

Es difícil caracterizar los tipos de conflictos tratados con mediación en el ámbito de la salud. Es relevante que en muchos grupos se ha mencionado el factor de la limitación de recursos —económicos, temporales, materiales— como un elemento clave en la generación de los conflictos. Así, la falta de tiempo, de dinero, presiona a los profesionales y usuarios, y hace que se generen conflictos que a veces podrían derivar en litigios pero que, afortunadamente, a menudo son resueltos por los mediadores o por otras instituciones o servicios existentes en la organización sanitaria. Pero la causa del conflicto permanece.

En el marco de las entrevistas realizadas en el ámbito sanitario, los conflictos a menudo surgen:

“[...] Por la falta de respuesta de la organización y del sistema sanitario para dar resolución a la lista de espera quirúrgica. Es un conflicto muy conocido y que apunta a toda la organización sanitaria. Son conflictos muy silenciados y anónimos. Que no se informa de manera adecuada al usuario. Debe asesorarse a la gente para que explique su situación real y poderla ayudar en lo que necesite (priorizar una operación porque la incapacita para trabajar y puede ir al paro).” EE

“[...] Hay conflictos intergrupales entre profesionales (dentro de un equipo de administrativos, donde había unos enfrentamientos entre dos grupos, y la dirección del equipo no lo solucionaba, y entre médicos y la junta de las enfermeras). También conflictos interpersonales internos entre los profesionales de un equipo. Ahora bien, se seleccionaban aquellos casos que podían ser mediables si se quería aplicar la mediación, pues ésta tiene muchos límites.” EE

“[...] Los principales conflictos son los interpersonales o de relación: los que hacen que se produzca la escalada del conflicto y no se tiene la habilidad para disminuir su intensidad. También, los conflictos intragrupal: que involucran a la gente que trabaja más tiempo junta, independientemente de la disciplina que sea. En nuestros análisis de los datos no nos sale el conflicto interdisciplinario significativo. Lo que marca el conflicto es la convivencia y tiene mucho que ver con cuestiones interpersonales y los conflictos de relación personal (cómo se hablan, cómo perciben...). El conflicto tiene tendencia a quedarse estancado o enquistado. ‘Hemos visto equipos donde el más antiguo era uno del equipo y el conflicto’. Hay mucha rotación y cambian de Departamento y viene otro pero a éste ya le han avisado y llega al equipo y se engancha al conflicto como un imán. Y el conflicto se retroalimenta, los conflictos se cronifican mucho.” EE

“[...] Muchos conflictos que derivaban a terceros a veces surgían de problemas de equipo y entonces acababan en una demanda por parte del usuario.” EE

“Nosotros no nos hemos encontrado con mediación intercultural porque casi no trabajamos con usuarios. Pero depende de lo que se entienda por mediación intercultural, lo que sí hemos hecho son mediaciones en las que una parte tenía una religión concreta pero ello no era lo que pautaba el

conflicto. El conflicto tenía que ver con cuestiones interpersonales y no de códigos. Para nosotros no era intercultural.” EE

También es interesante destacar las limitaciones y posibilidades de los centros para aceptar la mediación en determinados tipos de conflictos. Así como la percepción respecto del impacto que puede tener el conflicto en el ámbito de la salud.

“Los conflictos que cogíamos realmente eran conflictos interpersonales internos, no con usuarios ya que no estaba previsto porque la institución no lo apoyaba. Debería de haber existido un reglamento de régimen interno en el que se especificase esto, porque si no tú no tienes autoridad para decirle a un médico que venga a mediación... Pero de manera informal sí que se utilizó y lo hice un par de veces.” EE

“Creo que los conflictos relacionales van muy poco a juicio, sólo van aquellos con los que puede ganarse dinero. Los conflictos relacionales no dejan pruebas, son percepciones y como no hay pruebas, los jueces no pueden evaluar y no es viable. Si hay una agresión física sí que hay pruebas, pero estos casos que llegan a la agresión física y verbal son mínimos.” EE

“Los conflictos que hacen sufrir mucho son los de la relación o en los que existe una demanda para una segunda información o no sentirte escuchado... y que el profesional tiene la sartén por el mango. Cuando se escuchan, sorprende lo que es capaz de entender el uno y el otro.” EE

“Con usuarios hemos hecho pocas acciones y no hemos tenido prácticamente ya que lo propusimos así, vimos que si una organización que no sabía lo que era la mediación, de golpe les proponías hablar con aquel que había ido al servicio de atención al usuario a hablar mal de ti esto no tenía salida. El primer año no hicimos casi ninguna difusión a usuarios.” EE

En el marco de los FG, a la pregunta específica de “¿cuáles son los tipos de conflictos existentes en sus centros?”, los participantes hacen referencia a:

1. Conflictos de relación, ya sea entre compañeros de trabajo o entre Dirección y subordinados, por ejemplo por temas de falta de comunicación o alguna cuestión relacionada con el poder o con las funciones de cada rol profesional. También, entre los usuarios y la implicación que esto tiene en la atención por parte de los profesionales, por ejemplo.

“[...] Cuando existen conflictos entre enfermo y personal de enfermería. Por ejemplo, existen algunos enfermos que desean no ser atendidos por algunas enfermeras, en este caso, la mediación serviría.” FG 2

2. A los problemas sobre el funcionamiento de los servicios (las listas de espera, organización administrativa, la sobresaturación de la asistencia al enfermo, suplencias de médicos...) y también conflictos respecto de las expectativas que tienen los usuarios respecto al servicio prestado, por ejemplo.

“[...] Existen conflictos entre lo que espera el paciente y los procedimientos que debe seguir de acuerdo con las circunstancias. Concretamente, cuando no son necesarias algunas pruebas, cambios de medicamentos y en consecuencia se producen conflictos por no escuchar lo que quiere la otra persona. Y, la gran mayoría de conflictos que encuentro es por la desorganización del centro, retraso en los tiempos de atención, mucho tiempo de espera en los mostradores. Esto es evidente que también acaba repercutiendo en el problema con los que trabajan en la salud y en las quejas realizadas hacia éstos, como por ejemplo las quejas que se producen hacia los administrativos.” FG 2

Pensamos que todo esto está muy relacionado también con el estrés laboral que padece este tipo de colectivo.

En cambio, se han mencionado pocos conflictos internos. No sabemos si debido a que son pocos en relación al resto o a que para las personas participantes en los grupos no tienen tanta importancia o dificultad como los conflictos de carácter organizativo o intercultural.

En este sentido, es interesante constatar que cada grupo ha percibido el conflicto según su rol y posición en el sistema.

“Hoy en día son más importantes los conflictos familiares que los de los pacientes mismos, las familias están muy agresivas. Cuando llegan a urgencias y tienen que esperar 2 a 4 horas en cola y cada 5 minutos están diciendo que ha pasado una hora y a ver quién los atiende, la primera que tiene que dar la cara es la administrativa. Los médicos casi no se comen los marrones, porque anteriormente han pasado por administración, el chaparrón te cae a ti y a los médicos muy poco o mínimo.” FG 3

También se ha recogido de los comentarios de los informantes que la actual situación de crisis económica ha generado un estado emocional que provoca muchos conflictos que se podrían resolver con la mediación:

“Muchas veces no es culpa del usuario, a veces es culpa nuestra. Para empezar muchas veces existe un problema de empatía, entonces esto frena, en otros momentos, existe una falta de preparación por parte nuestra, por ejemplo, la gente quiere saber sobre la gripe A y quiere saber y no tiene una respuesta clara por parte de nosotros. Por otro lado, en la actualidad estamos viviendo una presión económica importante que aunque no lo parezca también nos afecta... Hay mucha gente que está con depresión o en el paro y por tanto se le agudizan todos los dolores del mundo porque, claro, cuando la miseria entra por la puerta damos un salto por la ventana, hay una serie de factores añadidos... Nosotros somos personas y atendemos a personas ¿qué pasa? yo tengo mi carácter y mis días de ánimo mejores y peores y muchas veces aunque quieras evitar no puedes, porque te has levantado de mal humor en vez de decir, “el siguiente” con un tono adecuado gritas y dices “¡el siguiente!” no puedes evitarlo. También pienso que habría que hacer un esfuerzo por educar sanitariamente a la población. Entonces, a lo mejor, es necesario explicar los recursos y servicios que se les ofrece.” FG 3

En este punto comentaremos que, prácticamente, no se ha caracterizado el objeto de la mediación intercultural como un conflicto. Se ha hablado mucho más de las necesidades de traducción-interpretación, de asesoramiento e información, de acompañamiento e incluso de formación tanto de los profesionales respecto de los inmigrantes, como de los usuarios inmigrantes respecto al sistema de salud, la salud, la atención médica, la dietética, el diagnóstico, tratamiento, etc. Así, se ha vinculado de una manera muy importante la mediación con la comunicación intercultural y la competencia médica intercultural.

“Yo añadiría que estamos hablando de comunicación intercultural y de competencia intercultural. Es decir, va más allá de la traducción, del dominio de un idioma, que es lo que decía la compañera. Esto es importante, no sé si a lo mejor puede servir de ejemplo: no hace mucho, con una compañera mediadora que trabaja con el colectivo subsahariano, en una visita médica, el médico le preguntaba: ¿usted no ha tenido enfermedades en su infancia?, y el paciente le respondió: no, soy una persona sana. Y entonces la mediadora le preguntó: ¿cuando tú fuiste pequeño no padeciste malaria? Y él dijo: sí, pero eso no es importante, ¿quién no la ha padecido en mi pueblo? Entonces, esto impli-

ca que una persona que sólo domine el idioma no podría entender a la persona, porque desconoce seguramente el contexto de salud de la población con el que se está trabajando. No sé, es un ejemplo muy simple pero...” FG 4

3.1.4 El perfil del mediador

En el marco de los FG se ha tratado como una cuestión importante la posición interna o externa del mediador. Para las dos alternativas hay ventajas e inconvenientes. En el primer caso se cuenta con un mayor conocimiento del centro, de las personas y de las dinámicas. Pero esto hace difícil aplicar los principios de neutralidad y objetividad. En el caso de las personas externas, la objetividad e imparcialidad pueden ser más factibles, pero el mediador puede tener más problemas de reconocimiento y legitimidad por parte de las personas implicadas, más limitaciones a la hora del conocimiento de las peculiaridades de cada parte implicada, y una mayor necesidad de autoridad moral para conseguir la implicación y asunción de los pactos.

En las entrevistas realizadas, se comenta también que en las actuaciones y la organización de los mediadores en un servicio se tiene muy en cuenta la posición del mediador, así como la relación con el centro.

“Los mediadores eran del ICS, pero había una persona externa que asesoraba y actuaba de consultora del equipo. En cada actuación había un mediador y un comediador y también la figura de un observador que después de la actuación tenía la función de dar un feedback.” EE

“En los primeros años los equipos eran de 4 a 6 personas, actualmente hay 2 mediadores profesionales en la unidad. Frecuentemente viene una tercera persona de apoyo y gente que colabora, y se hacen contrataciones externas. Les ha favorecido mucho que los mediadores fuesen externos, ya que ahora ya conocen qué es la mediación, cómo funciona... Ahora que ya se conoce, un sistema interno ya podría funcionar. El hecho de que fuese pagado por la Universidad y no tuviese ningún vínculo con el Hospital desarticuló muchas suspicacias.” EE

El perfil del mediador sanitario ha logrado un consenso total. Por un lado, existe la necesidad de que conozca las técnicas de mediación. Para los participantes lo importante es dominar las técnicas de comunicación y negociación propias de la mediación. No se ve necesario,

en cambio, que para ser mediador se disponga de una formación de base concreta, por ejemplo, una titulación universitaria. Hay unanimidad en el hecho de que el mediador disponga de un profundo conocimiento tanto del sistema de salud catalán, como del mundo sanitario. Se ha valorado también, como requisito imprescindible, el conocimiento del mundo y la terminología médico-sanitaria. Pero esto no se ha vinculado en ningún caso con la necesidad de ser un profesional de la salud, como médico o enfermero/a, por ejemplo.

“El equipo está constituido por 5 miembros: (yo) mediadora, una socióloga y mediadora, una trabajadora social, una secretaria y una recepcionista. En la formación, se suma la experiencia vital, que es muy importante.” EE

En el caso de la mediación intercultural se dan diversas realidades: servicios prestados por organizaciones externas que aportan profesionales de manera exclusiva (es decir, a jornada completa) o rotativa (es decir, un profesional itinerante a diversos centros dedicando unos días u horas a la semana en cada centro). En todos los casos el mediador es acogido como un profesional más, usa los equipamientos, e incluso puede llevar bata blanca para que los usuarios le reconozcan como un profesional de la salud más.

“A ver, en casi todos los centros donde están nuestros mediadores ellos son súper bien acogidos. En ese sentido se sienten muy bien integrados incluso en algún momento nosotros también hemos tenido que luchar como entidad, no luchar, pero equilibrar nuevamente esta balanza porque los mediadores se sienten a veces muy parte de los centros. Y también hay una relación laboral con nosotros, quiero decir, ellos tienen dos coordinadoras, yo y alguien del centro que es nuestra referente. Entonces lo que nosotros intentamos es que ellos no pierdan esta visión de que son parte de un equipo de salud y familia y que son parte de un equipo de treinta y pico mediadores más.” FG 4

Estas diferencias pueden explicarse por motivos de cantidad de usuarios o diversidad de los orígenes culturales (en un centro pueden necesitarse mediadores de diversas nacionalidades para dar respuesta a los diversos orígenes de los usuarios inmigrantes).

“Pues desarrollar un plan de actuación con el paciente inmigrante, no tenemos ninguno. Y entonces claro, la idea nuestra, no sé si estaremos bien encaminados o no, es que los mediadores que tengamos sean para cosas puntuales porque evidentemente tenemos población de muchos sitios. Y en

un ambulatorio de una zona a lo mejor hay 3 pakistaníes, chinos y marroquíes. En otro ambulatorio también, entonces no es viable tener un mediador en cada centro tampoco, la idea sería que fuera para cosas puntuales ya sea con cita previa o con días de antelación y para lo que vaya llegando que el personal sanitario sepa...” FG 4

El perfil del mediador intercultural reúne unas peculiaridades específicas. Suele ejercer de asesor en un colectivo determinado (por ejemplo, chinos, pakistaníes, etc.), se considera casi imprescindible que sea una persona nativa con una sólida formación en mediación y conocimiento del sistema de salud catalán. El requerimiento de una formación universitaria de base no se considera exigible debido a la dificultad de homologación de títulos universitarios extranjeros.

“Es decir, en el caso que se regulara más el perfil, se hiciera o no titulación universitaria yo creo que en esa regulación tendría que tener presente el histórico del trabajo de mediación intercultural que se ha hecho hasta el momento. Entonces el elemento de un título universitario no puede ser exclusivo porque tenemos equipos de mediadores y mediadoras que quizás no tienen esta formación pero son completamente competentes para este trabajo. De la otra manera, también tenemos personas que tienen titulaciones universitarias de país de origen y aquí ¿? la dificultad de homologar. Entonces yo creo que cuando se habla de un perfil competencial: competencias técnicas, transversales y, claro, estamos hablando de titulaciones, no viene dado por exigir titulaciones universitarias sino por otras cuestiones, otras competencias, que si se tienen, pues yo creo que es un valor añadido pero no focalizar en la reglamentación del perfil o del reconocimiento del título por el título. Te puedes encontrar una carrera específica, universitaria, pero también postgrados y Másteres... lo que quiera homologados o no, sino oferta propia está realizando una serie de actividades en este sentido y que forma parte de su currículum de esos mediadores y mediadoras. Entonces yo creo que son cuestiones diferentes, una cuestión de perfil y lo otro ya hablaríamos de una cuestión de cobertura más legal, de qué sucede y qué responsabilidades civiles puede tener.” FG 4

La concepción del mediador/a intercultural como un especialista de cultura específica prioriza este conocimiento y su pertenencia al colectivo y las aptitudes comunicativas están por encima de otros aspectos (conviene recordar la baja percepción de conflictividad del ámbito intercultural):

“A ver, te cuento un poco como fue el proceso: cuando empezó el servicio de mediación ya hace 5 años en el Hospital no había tantas entidades que formaban a mediadores como hoy en día. Entonces, en ese momento, pues por la necesidad cuando empezó a crecer el servicio pues sí que se cogía a mediadores que igual tenían mucha experiencia de manera natural, que se llaman los mediadores naturales, pero que no tenían una formación adecuada. Hoy en día eso ya casi no es necesario porque la gente está muy formada, hay muchos mediadores formados, depende un poco de los colectivos también hay que decirlo. Por ejemplo, a nosotros nos cuesta mucho siempre encontrar mediadoras chinas, porque no hay muchas formadas pero hay otros colectivos como Magreb, Pakistán que ya están bastante preparados. El perfil que nosotros solemos coger es gente que tiene otros orígenes, en nuestro equipo no hay ningún mediador que sea autóctono, gente que lleve mucho tiempo residiendo en Cataluña, que domina a la perfección el castellano o el catalán, sobre todo en Lleida y Girona, que hablan más catalán que castellano. Obviamente dominan la lengua de origen y que conocen ya, por el tiempo que llevan viviendo aquí como funcionan los sistemas en Cataluña y que no son ajenos a la sociedad. Valoramos, no es un requisito, pero sí valoramos aquellos que hayan tenido alguna formación específica en salud, por ejemplo, tenemos en el equipo comadronas formadas en su país de origen que aquí no pueden ejercer como tal. Tenemos a una psicóloga. Es decir, siempre que tengan alguna cercanía al tema sanitario nosotros lo valoramos como un plus muy importante”. FG 4

Esta concepción de especialista cultural hace que sea casi imposible adscribirlo de manera fija y exclusiva a un centro, por el número de usuarios y por la diversidad de usuarios de diversas culturas que se hallan en un centro de salud concreto. Y por ello es más funcional que sea contratado por una entidad colaboradora y que, de forma planificada, imparta servicios en un centro según las necesidades. En este sentido, los centros han explicado las funciones de coordinación, supervisión, apoyo al proceso, acompañamiento y cohesión de los diversos mediadores que trabajan con la entidad que los contrata.

3.1.5 Principios de la mediación

Desde el análisis de los FG ha habido una valoración unánime de la pertinencia de los principios de la media-

ción. El principio de objetividad ha sido muy citado en todos los grupos, aunque también se ha explicitado la dificultad de mantenerlo. Efectivamente, los profesionales que median o han participado en procesos de mediación son conscientes de la presencia de la subjetividad que puede afectar a los juicios y actuaciones. Esta subjetividad puede adoptar el carácter de etnocentrismo en el caso de la MIC. Es decir, los profesionales, al hablar de la mediación aplicada por profesionales de otras culturas y con personas de cultura diversa, han de luchar contra el permanente riesgo de incurrir en la subjetividad cultural.

“[...] Cuando tú comentabas neutralidad, confidencialidad y voluntariedad pues yo creo que son tres elementos que tienen en común todos los tipos de mediación que se llevan a cabo, podríamos decir que podrían formar parte del código deontológico de nuestra profesión. El tema de la neutralidad, como decía Mariana, el tema de la equidistancia en la figura del mediador o la mediadora siempre es un punto que puede llegar a causar controversia. Es decir, ¿existe la neutralidad al cien por cien? Ya no sólo en cuestiones de mediación, sino en cualquier otra cuestión de la vida cotidiana o profesional de cualquiera de nosotros y nosotras. También el trabajo de mediación a veces pienso yo que es un trabajo como de tensiones, estás en una situación intermedia, una situación de puente, de facilitación, de ayuda, de camino y cuando se trata de la mediación intercultural es complicado quitarse esa mochila. Lo que yo creo que es importante es quizás, más que la neutralidad, lo que entiendo que es básico, es quizás no decantarte hacia una de las dos partes de manera evidente, porque eso te invalida para hacer el proceso o la acción mediadora. Se ha de intentar mantener, tenerlo muy presente estos tres elementos pero no son fáciles. La confidencialidad por supuesto. También hay una ley, que es la ley de protección de datos personales, que eso ya es otro marco en el que cualquier profesional que trata con personas y con otros profesionales ha de tener en cuenta. Y la voluntariedad que decíamos en estos casos también.” FG 4

La neutralidad también se valora como importante, a pesar del reconocimiento de los factores que pueden afectarla. Sobre todo teniendo en cuenta la existencia de unos desequilibrios implícitos entre estatus y posiciones orgánicas de las partes que pueden mediar. En este sentido, se ha dicho que, en muchos casos, los médicos suelen adoptar y ocupar una posición de superioridad “asumida” sobre los usuarios y el resto de profesionales.

“La aplicación de la mediación en su ámbito (mediación entre usuarios y profesionales) le resulta muy complicada y no sabe hasta qué punto se le puede llamar mediación, ya que se sienta con uno, después con el otro, pero no puede sentarse con las dos partes al mismo tiempo por desequilibrio entre las partes y porque en momentos donde se pide una compensación económica de los daños está muy regulada.” FG 1

En el marco de la entrevista también se ha destacado, aparte de la neutralidad, la ética.

“Los servicios futuros deberían ser como lo estamos haciendo hasta ahora: neutralidad externa para tener una visión imparcial. [...] Si hay un segundo acompañamiento en un mismo centro, no vuelve el mismo mediador por un tema de neutralidad y ética. Si fuese el mismo, se le podría relacionar con aquel primer proceso.” EE

“[...] Los mediadores se iban intercambiando en la zona, no había un mediador asignado. Yo no podía intervenir en mi pueblo, ya que me conocían como coordinadora y no me podían ver como mediadora neutral. Esto se vigilaba mucho por el tema de la neutralidad y confidencialidad.” EE

El principio de confidencialidad ha sido valorado como fundamental. También se han mencionado otros principios, de los que destaca la voluntariedad del proceso. En el marco de las entrevistas se ha puesto un énfasis especial en el principio de la confidencialidad dentro del proceso externo, considerándolo uno de los principios más fundamentales para el desarrollo y la viabilidad de un proceso de mediación.

“El tema de la confidencialidad es muy importante ya que crea un sentimiento de indefensión para las dos partes y lo que hace es distanciar. Has de explicar para que se sepa lo que pasa. Has de dar elementos de confianza para poderlo ayudar. No se hace una declaración de anonimato pero sí que se le informa y que el CatSalut tendrá conocimiento de su petición.” EE

Y dentro del proceso interno, también:

“Cuando se trata de temas sanitarios tienen muy claro el tema de la confidencialidad. Lo que da mucho miedo es el tema de que no se entere su jefe de lo que aquí están hablando. El tema de la confidencialidad sirve para proteger a los propios compañeros ante la propia institución. En la mediación hacen firmar un compromiso de confidencialidad y entonces una cosa que la persona vive

como una presión (lo he de explicar) desaparece. Se culpabiliza al mediador: ‘no lo puedo decir porque he firmado esto y no me dejan’. Queda muy estipulado el tema de la confidencialidad.” EE

En los dos procesos, se ha valorado la confidencialidad para garantizar la protección respecto al usuario o del profesional ante otros estamentos o profesionales.

3.1.6 Regulación legal

Existe la convicción de que los juicios pueden prevenirse a través del diálogo enmarcado en un proceso de mediación:

“Los pocos conflictos que llegan a juicio, se podrían haber resuelto por la vía de la mediación.” EE

“No sé decirte cuáles son los conflictos judiciales que se podrían resolver mejor en mediación porque estos conflictos van enmascarados y hay conflictos muy importantes debajo. El hecho aparente era una cosa pero después había muchas más cosas debajo. Pienso que todo es negociable, quizás hay cosas que no aparecerán, pero en todas se ha de hablar a priori. Aunque quieras poner una demanda, pienso que es importante que hables o comunicar pacíficamente que pondrás una demanda. Es muy transparente y esto también es negociable.” EE

“Si la mediación se gestionase bien se podría evitar la vía judicial, ya que hay una cuestión fundamental que aún existe: es un valor de confianza del ciudadano y de ser el médico el referente del paciente. El ciudadano debería tener su red sanitaria establecida en cuanto red de confianza.” EE

También hay consenso en que un servicio de mediación ha de ser público y no privado:

“El servicio de mediación debería ser público, para mí esto está claro, y el mediador podría ser un freelance pero dedicado y comprometido con ello.” EE

“Es un servicio privado ahora mismo, ¡pero debería ser público! La administración puede ofrecer cosas a nivel público aunque lo gestionen empresas privadas. Por ejemplo, en el caso de la ley de servicios sociales se plantea que en todo tipo de servicio público, el profesional debería ser supervisado. Debería haber equipos de mediación públicos y privados.” EE

Y que las mediaciones deberían estar supervisadas:

“Cada equipo/servicio debería tener dos mediadores fijos inter pares, una supervisión externa y una dirección donde también pudiese hacer la supervisión de los mediadores.” EE

Y reglamentadas:

“Es necesario reglamentar para dejar claro las partes y los roles de los agentes que intervienen y dar sentido a las respuestas que se quieren dar. Has de saber muy bien cuáles son las partes, ya que la capacidad de seducción del sistema sanitario es inconmensurable: Todos aquellos que pueden llevar una bata en un momento dado tienen mucho poder. El hecho de enfermar ya es el primer conflicto. La relación de asimetría es enorme. Cuando el ciudadano comienza a controlar cómo puede decir las cosas, vencer estas barreras... se sitúa en el lugar que tiene.” EE

Pero hasta un cierto punto, ya que en todos los casos se ha valorado la flexibilidad del proceso de registro administrativo para no burocratizar en exceso el trabajo. Asimismo, se ha considerado que normativizar demasiado las intervenciones no ayudaría en nada a la mejora de la calidad de las intervenciones.

3.1.7 Perspectivas de futuro

Todos los participantes han valorado muy positivamente la inclusión de la mediación en los centros de salud. Ya sea como una mejora de atención al usuario o como una mejora en las relaciones interpersonales.

“Los encuentros con los usuarios y los profesionales son muy satisfactorios y se logran muchas cosas. Si en algún caso el tema es económico, o en relación al tema del dinero... de acuerdo, pero en otros casos hay muestras de que la gente valora sentirse escuchada y puede resolver aspectos de otra manera, porque considera respondido el vacío que se le había quedado.” FG 1

Y, evidentemente, una vía de prevención de conflictos:

“Pienso que es súper necesario no sólo por el tema de descongestión, sino para la resolución de según qué tipo de conflictos con un punto de vista más acertado que el judicial. A veces la justicia es injusta.” FG 3

Aún asumiendo que cuando fracasa la mediación, la vía judicial (más larga, compleja y costosa) es el siguiente paso.

“Si después de hacer la mediación, como una oportunidad, no se ha resuelto el tema, entiendo que hay casos que si se dice ‘esto se acabará en vía judicial’, se acaba en vía judicial.” FG 1

“Hay casos en los que no pueden sentarse las partes, es inviable y van al juzgado. Pero antes ellos intentan averiguar qué es lo que ha pasado, averiguar al máximo, para el reloj... ya que es un proceso largo y difícil.” FG 1

Además, los participantes comentan que hasta el momento ha habido objetivos y por tanto resultados en las áreas y centros de salud.

“Dar a conocer la mediación como una herramienta de construcción de paz, de mejora de los espacios laborales, de fomento del diálogo pacífico, se han hecho prácticas efectivas e innovadoras, se ha implantado un nuevo sistema y se han creado sinergias entre instituciones públicas. Ha habido un 68% de acuerdos totales y un 80% de acuerdos parciales. Hemos tenido tres casos en que había un expediente disciplinario por medio y fueron retirados.” EE

Los cambios en la mirada del usuario han sido:

“Uno de los cambios más significativos ha sido la información que reciben los usuarios. Antes estaba mal visto que el paciente pudiese preguntar, no nos damos cuenta pero el cambio ha sido brutal. Hay dos síntomas que muestran que actualmente es una cuestión impensable ya que el enfermo está en el centro del sistema: Ha habido ocasiones en que ha sido necesario plantear técnicas de mediación entre un profesional y su jefe, a raíz de un problema con un usuario. Se han debido solucionar las cosas puerta adentro para que el usuario tuviese un mejor servicio. El servicio de atención al usuario ha podido espaciar el tiempo de respuesta del usuario porque los médicos y las enfermeras nos responden antes que nadie, y es el servicio de atención al usuario el que va por detrás.” EE

En relación con los cambios surgidos con la implantación de la mediación, se manifestaron ideas como:

“Que todos tengan claro que se ha de difundir la mediación porque quiere decir que se reconoce el conflicto. El hecho de que se reconozca es importante para entrar en la dinámica y desactivar los conflictos. Conflicto, queja y reclamación son palabras que aún hacen daño.” EE

“[...] pero lo primero que cuesta en una residencia es reconocer el conflicto; si reconoces el conflicto hay muchos condicionantes, por ejemplo no llenar la residencia.” EE

Entre las opiniones sobre el futuro de la mediación y en concreto en lo concerniente a su aplicación en las organizaciones sanitarias, se han recogido las siguientes informaciones:

“El espacio y las personas han de ser neutras y que no estén identificadas con nada, ya que si te conocen ellos no te ven como neutro (aunque tu lo sepas ser). Debería estar en un lugar en el que no hubiesen prestaciones de servicio, el usuario ha de ir a un lugar donde él se sienta libre y que lo perciba neutro.” EE

“La ubicación del servicio ha de ser cercana. Pero, al introducir un servicio nuevo creas una reacción, defensas y necesidades..., la mediación ha de buscarse su espacio pero no a costa de un servicio con un funcionamiento normal; por ejemplo dentro de un servicio de urgencias no, dentro de un hospital sí. Sí hacer difusión y que se percibiese bien cercano, como por ejemplo el servicio de atención al usuario del hospital.” EE

“No es necesario que cada centro tenga su propio servicio de mediación porque: será más caro, será interno, será diferente. Debería haber una unidad de mediación por región territorial y después una online que cubriese aquello que la otra no cubriese, para reforzar. El lugar físico ha de ser un lugar en que se visualice la independencia técnica; no ha de estar cerca de ningún CAP, lejos de gerencia, en un lugar de fácil acceso pero al mismo tiempo que no sea visible organizativamente, lugar neutro.” EE

Esto es relevante, y los entrevistados coinciden en la posibilidad de ofrecer unos servicios donde la educación, divulgación, la prevención y la resolución sean tres ejes puntales:

“Me falta la parte de los usuarios; se ha de educar a la gente del ámbito sanitario y también a los usuarios. Los grupos a cuidar son los que tienen interdependencia y deberían tener alguna formación, dinámica de grupos, entrenamiento en técnicas, grupos de consenso... Hemos tenido y sabemos que funcionan muy bien y que tiene futuro, han aprendido mucho y la gente que no encajaba se marchó, habiendo hablado y habiéndose liberado. Debería haber un sistema de atención primaria

del conflicto; que los equipos tuviesen unas personas de referencia, para poder hacer prevención y gestionar conflictos de baja y mediana intensidad y una unidad de atención especializada hacia la que derivar los conflictos de alta intensidad, como los que acaban con mobbing o con situaciones crónicas, todo esto bien coordinado.” EE

“Los servicios futuros deberían ser como lo estamos haciendo hasta ahora: neutralidad externa para tener una visión imparcial. Si está ligado a la organización pueden hacerse cosas para prevenir pero no para resolver. Como prevención sí que podría haber un equipo interno de mediación en el centro, pero como resolución no.” EE

“La unidad tenía tres patas:

Asesoramiento: se hacía asesoramiento a personas que venían con dudas..

Docencia: Talleres de negociación y mediación que se hicieron a todos los directivos de la zona y divulgación para cada área básica.

Asistencia: donde se resolvían los conflictos que nos llegaban.

Haría una cosa diferente muy importante: los mediadores no deberían estar encerrados en una unidad, sino que deberían salir a los territorios y hacer observaciones y diagnósticos de conflictos en los servicios y propuestas de intervención antes de que los conflictos aparezcan. Lo importante es hacer prevención, ya que si sólo esperas a que te vengan a la consulta es una pérdida de tiempo. Lo que debería ser es que el equipo se desplace o que el espacio esté en varios lugares accesibles y grandes donde se pueda acceder fácilmente. Es importante en la educación sanitaria en tema de la mediación. Que se sepa que si cuidas los procesos intermedios puedes prevenir el conflicto y, si no, que hay un servicio. Es importante trabajar para evitar el conflicto.” EE

Los participantes comentaron la posibilidad de contemplar la mediación para potenciar la prevención del conflicto. Se pudo observar también que hay acuerdo en que debería definirse qué es la “mediación intercultural”, y distinguir su proceso para tratar un conflicto externo de lo que puede ser realmente la mediación intercultural.

“En este punto es relevante mencionar que la mediación intercultural es apreciada no como una estrategia de resolución de conflictos sino como un cúmulo de servicios centrados fundamentalmente en la atención a los usuarios inmigrantes. Que van desde la traducción-interpretación, la

información cultural y del sistema de salud, el apoyo a la adaptación de los servicios a las necesidades de estos nuevos usuarios y, en una mínima referencia, la resolución de los conflictos que puedan haber.” FG 4

Tal y como ya se ha podido ver, debería también clarificarse si es necesario un único proceso de mediación, ya sea para tratar el conflicto interno o externo. Por tanto, en este caso, coincide la opinión o experiencia de los entrevistados y de los FG. En el conflicto externo no hay un proceso de mediación establecido, como el que puede haber en el proceso de mediación interna (entre profesionales). Este hecho se considera diferente en el marco de los FG, ya que no hacen ninguna referencia al proceso de la mediación interna.

4 La mediación en salud: experiencias relevantes desarrolladas en Cataluña

En líneas generales, el proceso de la mediación en el ámbito de la salud depende de la aplicación específica implementada por las entidades y/o instituciones. Esto implica que los pasos concretos que sigue el proceso de mediación estén eminentemente condicionados a las prioridades para la gestión del conflicto y su encaje en el sistema social y en la dinámica de la organización.

Sintetizar en un solo diagrama de flujo el circuito operativo de la mediación en todo el ámbito de la salud no es factible, ya que el diagrama no representaría los diversos criterios institucionales y las estrategias adoptadas por los responsables de los servicios en cada centro.

Así, describiremos en el siguiente apartado dos de las experiencias concretas donde, a partir de la creación e implementación de un servicio de mediación, se desarrolla una metodología específica que fundamentalmente tiene en cuenta el itinerario y tipología del conflicto en sus diversas manifestaciones. Describiremos, pues, (i) la estructura y dinámica del Proyecto de mediación efectuado por la UB y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y, el denominado *proceso E-PRAC*, del CSI. Aprovecharemos esta última experiencia para explicar con más detalle el funcionamiento de la mediación en el ámbito de la salud.

4.1 Proyecto de mediación sanitaria: UB-Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Este proyecto, iniciado en Cataluña en el año 2004, se planteó como un diseño estratégico para promover el cambio organizacional y la implantación de la cultura de mediación en el sistema sanitario catalán, a través de dos acciones fundamentales: en primer lugar, la formación de profesionales de la salud en mediación y, en segundo lugar, a través de la apertura de las UMS, en el sistema público de salud. En estos momentos, este proyecto se gestiona desde el Observatorio de Mediación de la Universidad de Barcelona y en colaboración estrecha con el CatSalut y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

4.1.1 Antecedentes

A partir del conocimiento del sistema sanitario a través de la observación directa, información de profesionales en activo y gestores, así como informaciones de la prensa acerca de la presencia de conflictos y agresividad en los servicios de salud, parecía claro que existían una serie de elementos que dificultaban las relaciones saludables en el trabajo y que producían costes no deseados para las organizaciones de salud, tales como presencia de conflictos no gestionados o resueltos de modo no sostenible; insatisfacción de los profesionales y usuarios, con pérdida de confianza en el sistema, aumento de quejas o muestras de descontento, miedo a las exigencias o a agresiones, etc.; desconocimiento de la mediación como método alternativo y pacífico de resolver el conflicto y finalmente, la ausencia de un modelo institucional que tuviera en cuenta los métodos alternativos y en concreto la mediación, para la prevención y gestión del conflicto organizacional.

En este contexto, se presentó a la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya un proyecto diseñado desde la Universidad de Barcelona en el que diversas instituciones públicas habían dado su consentimiento para aplicar este proyecto de innovación. La finalidad era crear un sistema impulsor en el sistema sanitario público, en lo relativo a la resolución de conflictos y a la mediación, así como difundir la mediación, como movimiento inscrito en la cultura de la paz, creando espacios de diálogo en el sistema sanitario catalán.

Acordados los términos de colaboración se inició el proyecto en *octubre de 2004*, con la formación de mediadores sanitarios y la posterior apertura de cuatro UMS en

octubre del año 2005: dos unidades en los Servicios de Atención Primaria del ICS y otra en el Consorcio Sanitario de Terrassa.

Cabe añadir que este proyecto se planteó a través de un plan piloto de tres años de duración, pasados los cuales, las UMS quedaron en unos casos traspasadas a la institución correspondiente, como es el caso de las tres UMS del ICS, mientras que la UMS del Consorcio Sanitario de Terrassa continuó siendo gestionada desde la misma estructura del proyecto inicial, a través del Observatorio de Mediación de la Universidad de Barcelona.

En estos momentos la UMS del Consorcio Sanitario de Terrassa está estabilizada mediante convenio con la Universidad de Barcelona y ha ampliado su cartera de servicios para poder dar respuesta a las necesidades emergentes, constituyendo un centro de innovación permanente en materia de construcción de “Organizaciones del tercer lado”¹⁷.

4.1.2 Sobre la formación de mediadores especialistas en el ámbito de la salud

Con la finalidad de iniciar el proceso de cambio cultural desde dentro de las propias organizaciones sanitarias, se inició un proceso formativo dirigido a profesionales de la salud en mediación, considerando la multidisciplinariedad, un factor de vital importancia para el éxito en la implantación de la mediación en el sistema sanitario.

De acuerdo con estos objetivos, se creó un programa formativo –desde la Universidad– a dos niveles:

- a) Un curso de Postgrado en “Consultoría y gestión de conflictos en organizaciones de salud”, de 250 horas de duración (200 teóricas–50 prácticas), dirigido a aquellas personas que desearan *mejorar sus competencias en la gestión del conflicto*.
- b) Un Máster en “Mediación en organizaciones de salud. Consultoría en gestión de conflictos”, de 550 horas de duración (250 horas teóricas–300 horas de prácticas en las UMS), para formar a *profesionales de la salud como mediadores*.

En los tres años de duración del proyecto piloto, se formaron 91 profesionales de la salud, de los que 31 habían realizado el curso de postgrado y 60 eran mediadores sanitarios, habiendo finalizado el Máster antes mencionado.

4.1.3 Sobre la conceptualización, diseño y alcance de las Unidades de Mediación Sanitaria

Se definió a las UMS como “Espacio transversal de gestión de conflictos”, y el tipo de conflictos que se definieron como tratables fueron tanto los de tipo interno (entre profesionales) como externo (con los usuarios, familias, proveedores, etc.).

La cartera de servicios ofertada fue de “*sistemas de mediación*”, concepto que va más allá de los “procesos de mediación” y que hace referencia a una serie de intervenciones que, bajo el paraguas mediador y con un enfoque sistémico, sirven para la prevención y gestión del conflicto, así como para la creación de espacios mediadores en general. Al principio se incluían intervenciones de asesoramiento, formación, grupos de consenso y mediación, ampliándose posteriormente las intervenciones de *coaching* directivo y de equipos.

Asimismo, para asegurar la calidad de los servicios y del aprendizaje de los alumnos que realizaban sus prácticas allí, se diseñaron una serie de documentos y protocolos que se han ido actualizando sistemáticamente para mejorar su función:

- Protocolo de actuación en la gestión de los casos.
- Reglamento para la gestión de casos en las UMS.
- Código ético mediador.
- Protocolos de derivación mutua con otros servicios que gestionan conflictos desde otras instancias no mediadoras (Servicio de Atención al Cliente, riesgos psicosociales, recursos humanos, etc.).

Finalmente, se preparó desde el inicio un sistema de registro que sirvió para la evaluación de resultados que fue minuciosamente planificada y llevada a cabo, para presentar los resultados finales a las autoridades educativas y sanitarias los cuales incluían indicadores de proceso, de estructura y de resultados. En la actualidad disponemos de un sistema de registro protocolizado y mejorado que nos permite presentar informes anuales a las instituciones correspondientes (Consorcio Sanitario de Terrassa, CatSalut i Departament de Salut) que incluyen las actividades realizadas, los resultados obtenidos y recomendaciones a tener en cuenta para la mejora tanto del servicio como de la propia organización.

En lo relativo a los espacios, se establecieron sobre la base de los criterios de neutralidad y confidencialidad necesaria, así como de funcionalidad y requerimientos propios de las intervenciones mediadoras que allí se llevan a cabo.

4.1.4 Oferta actual de servicios y resultados obtenidos

En estos momentos se dispone de datos de las intervenciones realizadas desde octubre del año 2005 (año de apertura de las UMS) hasta julio de 2010, destacando los siguientes:

Tabla 7 Actividades UMS (2005-2010)

Nº DE CASOS	120
PERSONAS IMPLICADAS EN LA GESTIÓN DE CONFLICTOS	441
TIPOS DE INTERVENCIÓN:	
• Asesoramiento	58
• Grupos de Consenso	20
• Formación	109 (*)
• Procesos de mediación	42
• <i>Coaching</i> directivo	2
• Difusión	222
IMPACTO TOTAL en número de personas (Procedente de las intervenciones, de la formación y de actividades de difusión realizadas)	7.048
NIVEL DE ACUERDOS EN LAS MEDIACIONES	90%

(*) La formación, a efectos de casos de conflictos gestionados, se contabiliza aparte, puesto que es una actividad preventiva y, por lo tanto, no indica la existencia de conflictos entre personas y en los equipos.

Cabe añadir que en este cuadro se aprecian pocas intervenciones *coaching* directivo o de equipos, puesto que la oferta de este tipo de intervenciones se realizó a partir del año 2010.

De todas las intervenciones realizadas, las que se han incrementado más en los últimos años han sido las técnicas de consenso grupal y las de formación, actividades todas ellas de tipo preventivo, que entendemos que son las que deben ser impulsadas si deseamos trabajar en un proyecto sostenible y de largo alcance, en el marco de la construcción de cultura de paz en las organizaciones de salud.

En estos momentos las innovaciones anuales se aplican sistemáticamente en el Consorcio Sanitario de Terrassa, destacando las siguientes:

- Formación a todos los directivos en habilidades de negociación. En estos momentos la totalidad de los directivos han realizado cursos de “Negociación de Harvard”, ampliándose la oferta con cursos complementarios anualmente.
- Formación en habilidades mediadoras a grupos de mandos intermedios y a equipos de profesionales especialmente expuestos a situaciones de vulnerabilidad al conflicto. Se realizan anualmente y en base a las necesidades detectadas.
- Entrenamiento en mediación a personas diana, que actuarán como “mediadores inter pares”, en el

seno de sus propios equipos. En estos momentos se dispone ya del primer grupo de mediadores inter pares formados, que trabajarán en red con los mediadores de la UMS de la institución, obteniendo así la supervisión técnica externa y la formación continuada necesaria.

- Introducción de nuevas metodologías complementarias en los procesos de gestión del conflicto en la UMS. Se realiza a través de un sistema de innovación anual y formación continuada para los mediadores sanitarios, como son los “Laboratorios de mediación” que se vienen realizando desde el año 2005 hasta la actualidad, organizados por el Observatorio de Mediación de la Universidad de Barcelona y con el apoyo del CatSalut y el Departamento de Salut de la Generalitat de Cataluña.
- Diseño de un sistema de prácticas para mediadores en formación, con la finalidad de que se puedan formar en mediación organizacional y especialmente en el campo de las instituciones sanitarias, que abarcan desde aspectos de intervención directa en la Unidad de Mediación del Consorcio Sanitario de Terrassa, como de colaboración en proyectos de innovación, desarrollo e investigación en gestión de conflictos a través de sistemas de mediación. En estos momentos, este servicio tiene tres alumnos en prácticas, procedentes de distintas Universidades.

4.1.5 Conclusiones

Las organizaciones de salud contienen una serie de elementos de complejidad compartidos con cualquier otro sistema organizativo, además de otros factores específicos que le añaden complejidad, tales como el tipo de servicio que ofrecen, un espacio de trabajo con un alto contenido emocional, la necesidad de trabajar en equipo de forma interdisciplinar e interdependiente, los altos niveles de especialización, el tipo de decisiones que se toman (muchas de ellas con urgencia de tiempo o con factores de riesgo vital implicados) y el tipo de relaciones significativas que se establecen.

Todos estos factores son facilitadores de situaciones difíciles que pueden predisponer al conflicto, creando una gran cantidad de costes y consecuencias, que inciden tanto en el clima laboral de la organización como en la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios (Novel, 2009).

La experiencia desarrollada en estos seis años nos ha confirmado la idoneidad de implantar la mediación en este tipo de organizaciones, con la finalidad de crear espacios de diálogo, facilitar el trabajo eficiente de los equipos, mejorar la calidad del servicio que se presta y al mismo tiempo disminuir los costes asociados al conflicto no gestionado o gestionado deficientemente.

4.2 El Espacio de Mediación en el Consorcio Sanitario Integral: del E-PRAC (Espacio para la Prevención y Resolución Alternativa de Conflictos) al SEMI (Servicio de Mediación e Igualdad)

La experiencia que se describirá a continuación corresponde a la trayectoria y consolidación del modelo de mediación y el procedimiento introducido en el CSI (<http://www.csi.cat/>) a través de la puesta en marcha del E-PRAC, como proyecto piloto en mediación, y la posterior evolución hacia un modelo compatibilizado con los objetivos establecidos en la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres con la creación del SEMI.

El CSI es un ente público de servicios sanitarios y sociales que nació el año 2000 asumiendo los antiguos hospitales de la Cruz Roja en la provincia de Barcelona. Actualmente, el CSI está participado por el CatSalut, el ICS, el Ayuntamiento del Hospitalet de Llobregat, el

Ayuntamiento de Sant Joan Despí, el Consejo Comarcal del Baix Llobregat y la Cruz Roja.

Desde su creación, el CSI ha experimentado un crecimiento progresivo como respuesta a las demandas de su población de referencia y hoy en día cuenta con más de 3.000 profesionales repartidos entre nuestros centros de trabajo especializados en atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria y completados con centros administrativos de apoyo.

Aunque el área de influencia principal del CSI es la ciudad de Hospitalet de Llobregat, también está presente en Barcelona y en Sant Joan Despí. En estos momentos los centros que forman el CSI son: el Hospital Sant Joan Despí Moiss Broggi, el Hospital General del Hospitalet, el Hospital Dos de Maig (CAIDM), el Hospital Sociosanitario del Hospitalet, el CAP Sagrada Família, el CAP Collblanc, el CAP la Torrassa, la Residencia Collblanc Companys Socials, la Residencia Francisco Padilla, el Centro de Rehabilitación l'Hospitalet, el Centro de Rehabilitación Font Santa, la Fundación Assaig, el Servicio de Valoración de la Dependencia- Font Santa, el Servicio de Valoración de la Dependencia l'Hospitalet, el Servicio de Valoración de la Dependencia Sagrada Família, el Centro de Servicios Compartidos, y los Servicios de Atención Domiciliaria.

En estos años, la tarea llevada a cabo por el CSI ha sido reconocida con diversos premios y certificados de carácter nacional, tanto del ámbito sanitario como de la calidad y la gestión, definiéndose como una organización modélica de personas para personas, que en su desarrollo ha apostado por un modelo de Recursos Humanos basado en cuatro valores corporativos: la calidad profesional, el equipo, el desarrollo y el compromiso.

4.2.1 Antecedentes

Hasta enero del año 2008 la institución había utilizado la mediación ante los organismos externos conocidos y de manera interna sin normalizar, derivados de la intervención de:

1. Tribunal Laboral de Cataluña.
2. SMAC.
3. Jurisdicción Social.
4. Servicios Jurídicos.
5. Profesionales ajenos al CSI.
6. Representación Legal de las Personas Trabajadoras.

7. Cuadro de Mandos y Direcciones.
8. Unidad de Salud Laboral.
9. Unidad de Atención al Usuario.

A partir de esta fecha se pone en marcha el E-PRAC introduciéndose el procedimiento de la mediación. Este espacio resulta innovador porque trabaja en el seno de la empresa, con dotación propia y en el ámbito de la relación laboral.

Con esta oportunidad la institución y más concretamente su Dirección General, así como la Dirección Corporativa de Recursos Humanos, apostaba en su proceso de cambio cultural y social, donde situó su prioridad en una mejora de la gestión de las personas, por una herramienta alternativa en la resolución de conflictos presente en muchos ámbitos de nuestra sociedad y que se mostraba útil según su finalidad.

Este hecho propició la buena evolución del servicio en un contexto donde se comenzaba a promover la investigación sobre los diferentes sistemas de resolución de conflictos actuales, en concreto de la mediación, admitiendo las afirmaciones efectuadas por algunos autores (Sarries y Casares, 2008; Stoller, 2008; Blanch, 2000) que manifiestan que los espacios de resolución de conflictos alternativos constituyen una mejor manera de gestionar a las personas y que las organizaciones de salud son un claro ejemplo del proceso de cambio social al que las instituciones de salud deben hacer frente.

Los acontecimientos que influyeron en el nacimiento del servicio fueron: por un lado, la puesta en marcha de un modelo de recursos humanos basado en valores y, por el otro, la necesidad de resolver conflictos surgidos en el seno de la organización. También influyó la detección de algunos de los indicadores extraídos de estudios e informes de los años 2005-2007, así como de encuestas sobre el clima laboral que reflejaban la necesidad de incorporar instrumentos alternativos para hacer frente a las nuevas necesidades. Por todo ello y especialmente por el modelo corporativo de Recursos Humanos, se decidió adscribir este servicio a la Dirección de Recursos Humanos. En este sentido, se coincide con Sarries y Casares (2008) cuando dicen que los Recursos Humanos han de situarse más cerca de los problemas de las personas. La función principal de Recursos Humanos en las grandes organizaciones de salud es, entre otras, conseguir un clima de relaciones que abandone las situaciones de enfrentamiento y competencia e incorpore progresivamente un clima de colaboración y transformación.

El apoyo institucional, la facilidad para la representación legal de las personas trabajadoras y la adscripción del

servicio en Recursos Humanos, se revelaron, a nuestro entender, como los elementos clave en la evolución del servicio y su consolidación. Ambos aspectos fueron, por un lado, que la actividad de mediación fuese legitimada y, por el otro, aportó a la gestión de los recursos humanos mayor dimensionalidad.

A continuación se describirá cuál era el objeto y principales características del modelo de servicio de mediación E-PRAC.

4.2.2 Objeto y características del servicio E-PRAC

El objeto del E-PRAC era gestionar los diferentes conflictos internos (entre profesionales) y externos (entre profesionales y usuarios) que surgiesen en el CSI.

La prevención, la educación y la resolución de los conflictos eran los ámbitos utilizados en el marco del E-PRAC para gestionar las diferentes discrepancias surgidas a nivel social, emocional y laboral.

Asimismo, el modelo contemplaba la posibilidad de desarrollar subproyectos, como E-PRAC/CIUTADÀ (servicio que se podía haber ofrecido desde los CAP del CSI), E-PRAC/VIRTUAL (servicio de mediación *online*) y E-PRAC/XHUP (servicio de mediación que se podía haber ofrecido al resto de entidades sanitarias).

Seguidamente, se hará una breve descripción de los espacios de prevención y de educación previstos en el modelo como herramientas basadas principalmente en la capacitación de las partes en conflicto, así como la parte de resolución entendida como herramienta de intervención en el conflicto:

- *La prevención del conflicto*

Este ámbito tenía como finalidad la incorporación de herramientas y experiencias, así como la generación de conocimientos para apoderar a las personas para afrontar el conflicto existente en la organización. También estaba orientado a la facilitación y la mejora del bienestar laboral de todos los profesionales y usuarios del CSI. El objetivo de este ámbito también era crear la XARXA E-PRAC, red de mediadores naturales formada por todos aquellos profesionales que voluntariamente quisiesen adquirir conocimientos y habilidades de la mediación y de la resolución de conflictos.

- *La educación del conflicto*

El ámbito de la educación promovía la puesta en marcha de las adquisiciones formativas y experienciales del

día a día laboral para facilitar y descongestionar emocionalmente aquellos conflictos con riesgo de escalada. Su objetivo estaba orientado a facilitar espacios de conocimientos entre profesionales del CSI para intercambiar conocimientos y vivencias relacionadas con las situaciones de conflicto y/o de controversia.

- *La resolución de los conflictos*

El ámbito de la resolución de los conflictos intervenía en aquellos conflictos ya emergidos para minimizar y solucionar las diferencias vividas y percibidas. El objeto de este ámbito era establecer, orientar en los comportamientos y conductas basadas en los valores corporativos del CSI.

Una vez identificado el objeto, a quién se dirigía y cuáles eran los ámbitos por los que se regía, se relacionan a continuación las principales características y funciones del modelo.

- Servicio interno, desarrollado en horario laboral.
- Adscrito a la Dirección Corporativa de Recursos Humanos.
- Solicitado por cualquier profesional del CSI (dirección general, comité de empresa, direcciones, mandos, colaboradores, profesionales propios del conflicto, etc.).
- Solicitado por el usuario del CSI.
- Con intervenciones intrapersonales, interpersonales, intergrupales, etc.
- Con intervenciones jurídicas y preventivas de la salud.
- Que velaba por la protección de los derechos laborales básicos y por los derechos de igualdad de oportunidades.
- Pedagógico y educativo en relación a la gestión del conflicto de los profesionales y usuarios del CSI.
- Con un planteamiento sistémico al analizar e intervenir en el conflicto.
- Contacto directo y personal con el/la mediador/a (vía de comunicación telefónica, correo electrónico y la web).

De acuerdo con lo anterior, las principales funciones del modelo pueden concluirse en:

- Fomentar un enfoque positivo de los conflictos en el marco del diálogo para favorecer la convivencia y el bienestar personal y profesional.
- Crear una cultura de mediación en el ámbito de la salud.
- Dar apoyo a los profesionales para ser autosuficientes, incorporando recursos que permitan gestionar las situaciones difíciles.
- Crear, coordinar y supervisar la red de mediadores naturales del CSI.
- Velar por la investigación en materia de resolución de conflictos.

Estas características y funciones estuvieron presentes en las intervenciones realizadas por este servicio en el año 2008, dando como resultado la entrada de catorce casos, de los cuales tres no prosperaron y el resto fueron intervenciones y/o actuaciones de mediación.

El desarrollo de algunos de estos casos se comentará en el apartado de descripción de casos, añadiendo que por medio del diagrama de flujo y de la descripción del proceso se mostrará, cómo desde la entrada del conflicto hasta su cierre se iban estableciendo toda una serie de pasos en la prestación del servicio, los cuales se definían siempre en función de la específica manifestación del conflicto.

4.2.3 Estado actual del Espacio de Mediación

Los buenos resultados obtenidos en el período 2008-2009 por el EPRAC con una veintena de solicitudes de mediación, de las cuales tres no prosperaron y el resto fueron intervenidas con actividades mediadoras, acreditaron ante la institución la utilidad de la mediación.

La consideración de este hecho y la necesidad institucional de dotarse de un agente para la igualdad se tradujo en la publicación de una convocatoria de una plaza de trabajo de técnico/a en mediación e igualdad que se resolvió el pasado mes de marzo de 2010.

De las muchas razones que relacionan, a nuestro entender, ambas figuras la más reveladora es la que nos proporciona el propio uso del lenguaje. De esta manera, observamos que mediar es sinónimo de conciliar y ésta de acordar, que al tiempo lo es de igualar. Conceptos que, entre otros, se convierten en finalidades en aplicación de la Ley 3/2007 y que también rigen en todo proceso de mediación.

La dotación de un técnico en mediación e igualdad culminó el diseño de un nuevo SEMI. Este nuevo servicio se ha adscrito a Recursos Humanos y más concretamente al Área de Asuntos Sociales y Relaciones del Trabajo porque:

- a) Su ámbito de actuación comprende todos los asuntos sociales y derivados del trabajo.
- b) Tiene atribuida la interlocución con la representación legal de las personas trabajadoras.
- c) Le corresponde la función de asesoramiento jurídico laboral.

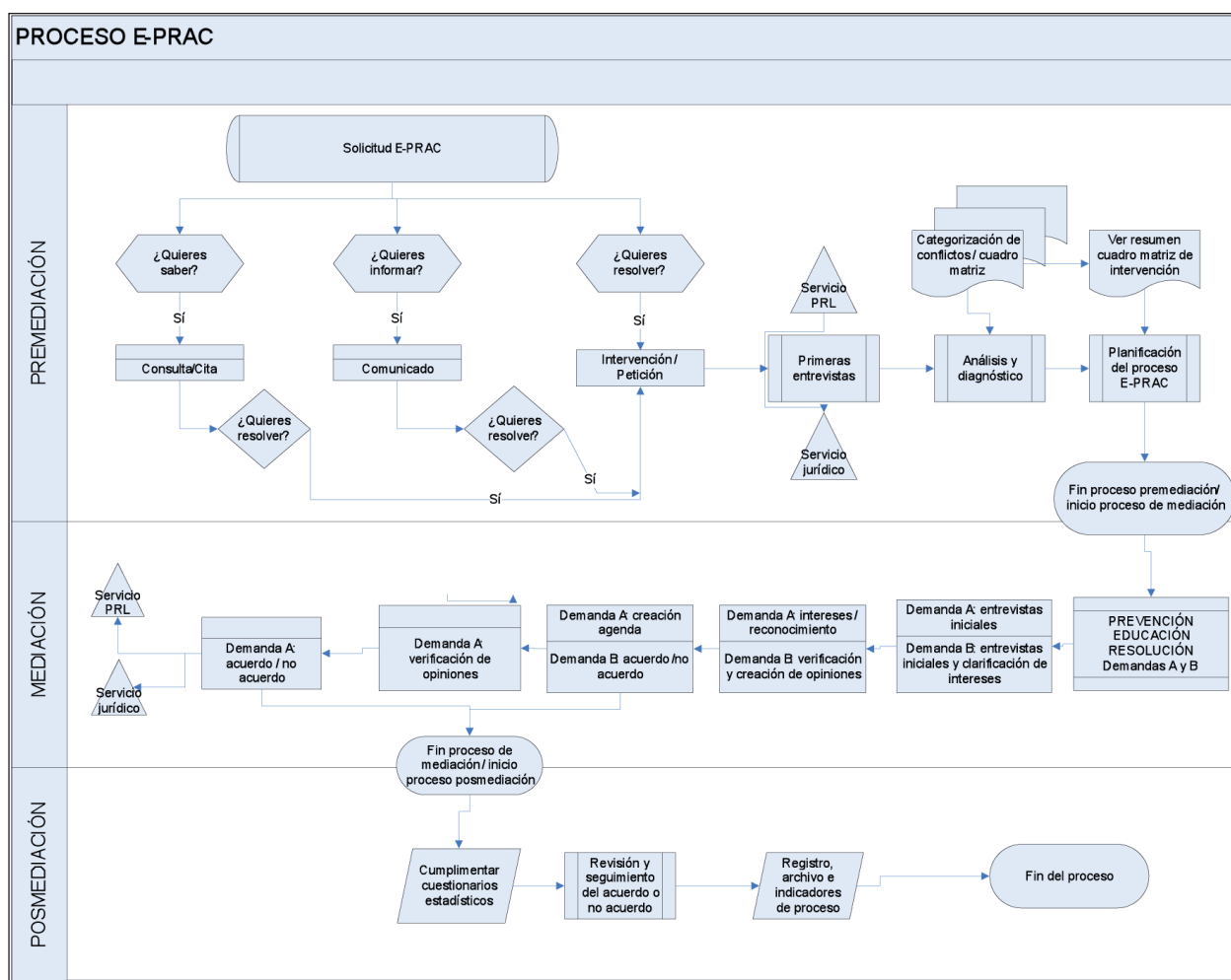
La configuración del SEMI en su vertiente de servicio de mediación se ha desarrollado a partir del modelo anterior (E-PRAC), circunscribiendo su ámbito de actuación

a la educación, prevención y resolución alternativa de los conflictos internos de carácter relacional que se puedan dar entre las personas trabajadoras de la institución en el marco de su prestación de servicios.

4.3 Itinerario metodológico en la mediación prestada

El servicio de mediación que se da, de acuerdo con la experiencia obtenida con el modelo anterior, consta de tres etapas: la premediación, la mediación y la posmediación. El Diagrama 1 contiene los diferentes pasos y fases del proceso de mediación del E-PRAC que explicaremos en las secciones siguientes.

Diagrama 1. Proceso de mediación del E-PRAC



Fuente: Elaboración propia ET8

4.3.1 La premediación

En esta etapa se manifiesta la naturaleza del conflicto y el tipo de actividad que se desarrollará a lo largo de las siguientes etapas. La naturaleza del conflicto vendrá determinada por el tipo de demanda inicial y por la categorización del conflicto registrada por el CSI. Como se verá más adelante esta fase de clasificación y determinación de las causas del conflicto se vincula con la fase de definición del tipo de actividad a iniciar: la prevención, educación y resolución.

Esta fase representa la entrada del conflicto que se materializa con la complementación de una solicitud de mediación. Esta solicitud viene determinada por cuatro tipos de demandas: la cita, la consulta, el comunicado y la petición.

La cita

El motivo para hacer una solicitud de cita es para aproximar al profesional a la mediación. Tiene como finalidad que el profesional conozca de primera mano el proceso de mediación, principios y características. Esta solicitud será activada por la institución a través de nombramiento organizativo y/o institucional. De esta cita puede derivarse un comunicado o una petición.

La consulta

El motivo para hacer una solicitud de consulta es querer conocer qué se hace en el Servicio de Mediación. Este tipo de petición lo puede solicitar cualquier profesional y derivador del CSI. Esta solicitud no es activa ni vinculante a ningún proceso de resolución de conflictos. La consulta se recibirá vía e-mail por el técnico/a de mediación e igualdad, teléfono del técnico y/o la web del CSI. De esta consulta puede derivarse una solicitud de comunicado o de petición.

El comunicado

El motivo para hacer una solicitud de comunicado es querer informar de una situación de conflicto, sin solicitar una intervención; el profesional desea que conste que lo sabemos pero no quiere intervenir. Esta solicitud no es activa ni vinculante en ningún proceso de resolución. Sólo tiene efectos de indicadores de detección de necesidades. Este tipo de petición lo puede hacer cualquier profesional y derivador vía e-mail al director

general, e-mail y teléfono del técnico de mediación e igualdad y de manera presencial. De este comunicado puede derivarse una solicitud de petición.

La petición

El motivo para hacer una solicitud de petición es denunciar un hecho y querer resolver la situación. Esta solicitud es activa y vinculante al proceso de resolución de conflictos. Este tipo de petición lo puede solicitar el técnico de mediación e igualdad y a petición mínimo de una de las partes en conflicto, así como los derivadores. Esta solicitud ha de ser presencial y por escrito.

Realizada la entrada de solicitud en formato petición, continúa el proceso de premediación con los siguientes tres pasos:

1. *Primeras entrevistas:* Se realizan las primeras entrevistas con la parte o partes que han solicitado la mediación. Éstas pueden o no estar directamente vinculadas con el conflicto.

En esta fase y antes de continuar con el proceso, se hace una primera valoración para prever si se necesitará la intervención de terceros (servicio de prevención de riesgos laborales, servicios jurídicos...) o una posible derivación parcial o total del caso.

2. *Análisis y diagnóstico del conflicto.* Éste vendrá determinado por la categorización del conflicto y el cuadro/matriz de éste vs. tipo de demanda configurado por el CSI. El proceso de categorización y de instrumentalización del conflicto ha permitido detectar y recoger los comportamientos que conformarían las tipologías que se manifiestan en nuestra institución.
3. *Planificación de la fase de resolución* (según etapa de la mediación a prestar).

A continuación, nos centraremos en el segundo paso y expondremos el proceso de análisis y diagnosis de los conflictos a partir de su categorización y tipificación en los diferentes procesos y peticiones establecidos en nuestro modelo.

4.3.2 Categorización del conflicto

La tipología de conflictos escogida como referente teórico ha sido la clasificación que hace Christopher Moore (1986), que hemos utilizado para construir una categorización del conflicto adaptada a nuestras especificidades:

Conflictos de datos. Las causas son:

- carencia de información
- información defectuosa
- opiniones diferentes sobre lo que es relevante
- interpretaciones diferentes de los datos
- diferentes procedimientos de valoración

Conflictos de intereses. Las causas son:

- situación de competencia (percibida o real)
- intereses substantivos en conflicto
 - intereses procedimentales en conflicto
 - intereses psicológicos en conflicto

Conflictos estructurales. Las causas son:

- patrones de comportamientos o de interacción destructivos
- desigualdad en el control, la propiedad o la distribución de recursos
- desigualdad en el poder y la autoridad
- factores geográficos, físicos o ambientales que impiden la cooperación
- limitaciones temporales

Conflictos de valores. Las causas son:

- diferencias de criterios en la evaluación de las ideas o los comportamientos
- existencia de objetivos sólo evaluables intrínsecamente
- diferencias en las formas de vida, ideología y de religión

Conflictos de relaciones. Las causas son:

- presencia de una alta intensidad emocional
- percepción equivocada u opiniones estereotipadas
- comunicación pobre o malentendidos
- comportamiento negativo reiterado

Una vez detallado el referente teórico, comentaremos a continuación las causas/motivos de los conflictos identificados en la institución a partir de escritos y manifestaciones realizados por los profesionales:

- comportamientos de desconfianza
- comportamientos de no cohesión
- falta de reconocimiento
- diferencias culturales
- diferencia de intereses
- diferencia de valores
- diferencia de percepciones
- diferencia de necesidades
- distanciamiento
- desigualdad en el poder
- no acuerdo de cuándo hacer vacaciones
- no acuerdo de hacer días de convenio
- no acuerdo con temas de conciliación laboral
- no acuerdo con temas de excedencia
- manifestaciones de emociones de resentimiento, pena, juicio, apatía, hostilidad, culpabilidad, tristeza, inseguridad, humillación, orgullo, pesimismo, decepción, irritación, impaciencia, saturación, confusión, duda, preocupación, escepticismo, miedo, etc.
- falta de liderazgo
- falta de definición de lugares de trabajo
- falta de recursos
- falta de comunicación
- falta de información de datos
- falta de definición de objetivos
- comportamientos agresivos y/o violentos: ataque verbal y/o psíquico (abuso verbal, amenazas verbales o escritas, intimidación, coacción, injuria, vejación), ataque físico (implica contacto físico) y otros tipos de agresividad y/o violencia (acoso moral o psíquico, acoso sexual o por razón de sexo, raza y de religión).

Si se toman las causas según la categorización de Christopher Moore (1986) y si las comparamos con las causas y motivos de los conflictos identificados en el CSI, veremos que aparecen muchas similitudes y también nuevas entradas de conflictos surgidos en el seno de la organización. El resultado se corresponde con el siguiente cuadro de tipologías de conflictos:

Cuadro 1. Tipologías de conflictos

Según Christopher Moore (1986)	Servicio de Mediación
C. INTERESES Y VALORES	C. Intereses: cuando aparecen comportamientos que impulsan a buscar provecho, la utilidad en detrimento o no del otro. Aquello que afecta a alguien por el provecho y por la ventaja que halla.
C. DATOS Y ESTRUCTURALES	C. Laborales: cuando aparece un sentimiento o reacción afectiva hacia el otro por motivos de derechos y deberes establecidos en la normativa laboral.
	C. Estructural: se presenta cuando hay un desorden o incumplimiento de normas o políticas, ya sean de personal, de comunicación, económicos, de infraestructuras etc., que caracterizan una organización y no mantienen el orden establecido.
C. RELACIONES	C. Emocionales: manifestación básica provocada por un factor externo, o por el pensamiento que se manifiesta por una conmoción orgánica más o menos visible.
	C. Psicosocial: aparece con el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea de amenaza o efectiva que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte o daños psicológicos.

Fuente: Elaboración propia a partir de Moore (1986)

Del despliegue y definición de las causas y motivos para la entrada del conflicto en el CSI y de la elaboración del criterio y de la precisión de la categorización, en compa-

ración con la clasificación antes referida, se obtiene el cuadro siguiente:

Cuadro 2. Causas y motivos del conflicto

Registro	C. Moore (1986)	CSI (2010)
Comportamientos de desconfianza: cuando no hay la seguridad de quien cuenta con el carácter, la capacidad, la buena fe, la discreción con alguien.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de intereses o de relación	Conflicto de intereses
Comportamiento de no cohesión: desvinculación de los miembros de una colectividad entre ellos mismos y como grupo.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de intereses o de relación	Conflicto de intereses
Falta de reconocimiento: gratitud; no haberle comunicado a la otra parte un sentimiento afectuoso hacia el hecho, un servicio, un favor.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de intereses o de relación	Conflicto de intereses
Diferencias culturales: en cuanto al conjunto de símbolos, valores, normas, modelos de organización, conocimientos, objetos, que constituyen la tradición, el patrimonio, la forma de vida y por tanto la forma de trabajar es diferente entre las partes.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de valores	Conflicto de intereses
Diferencia de intereses: Cada una de las partes presenta un sentimiento diferente que les mueve a prestarle una atención especial a una cosa o a alguien.	Conflictos de relación	Conflicto de intereses
Diferencia de valores: este conflicto se presenta cuando la cualidad o conjunto de cualidades que hacen que alguna cosa o alguna persona valga es diferente. Diferentes escalas de valores entre las partes.	Conflictos de valores	Conflicto de intereses
Diferencia de percepciones: conflicto entre las partes donde cada una de ellas recibe impresiones y obtiene conocimiento (de cualquiera) por medio de los sentidos diferentes entre ellos.	Conflictos de relación	Conflicto de intereses
Diferencia de necesidades: cuando hay conflictos entre las partes sobre algo de lo que alguien no puede prescindir.	Conflictos de intereses	Conflicto de intereses

Registro	C. Moore (1986)	CSI (2010)
Distanciamiento: separación que alguien mantiene, especialmente con el comportamiento, en relación con una persona o un grupo social por razón de una diferencia de condición social existente. Diferencia de rango, de valor, etc., entre dos personas o dos cosas.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de intereses o de relación	Conflicto de intereses
Desigualdad en el poder: cuando alguien que tiene la facultad de hacer algo hace un uso inadecuado de su poder.	Conflictos estructurales	Conflicto de intereses
No acuerdo en cuanto a realizar las vacaciones: por coincidencia en el período con otros profesionales.	No consta	Conflictos laborales
No acuerdo en poder realizar días de convenio (días de fiesta): por coincidencia en el período con otros profesionales.	No consta	Conflictos laborales
No acuerdo con temas de conciliación laboral: por coincidencia en el período con otros profesionales.	No consta	Conflictos laborales
No acuerdo con temas de excedencia: por coincidencia en el período con otros profesionales.	No consta	Conflictos laborales
Emociones: presencia de reacción afectiva, tales como; resentimiento, pena, juicio, apatía, hostilidad, culpabilidad, tristeza, inseguridad, humillación, orgullo, pesimismo, decepción, irritación, impaciencia, saturación, confusión, duda, preocupación, escepticismo, miedo, etc.	Conflictos de relación	Conflicto Emocionales
Falta de liderazgo: falta de ejecución de las funciones de un jefe, mando, o responsable de un equipo de trabajo.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos estructurales	Conflicto Estructural
Falta de definición de lugares de trabajo: falta de determinación de las funciones y actividades que ha de realizar un profesional.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos estructurales	Conflicto Estructural
Falta de recursos: falta de recursos materiales (bienes que se utilizan como factores de producción para obtener otros) para poder realizar las funciones del lugar de trabajo.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos estructurales	Conflicto Estructural
Falta de comunicación: falta de acción de comunicarse dos o más personas entre ellas, la una con la otra.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos estructurales	Conflicto Estructural
Falta de información de datos: falta de acción de informar o de informarse sobre alguien o alguna cosa.	Conflicto de datos	Conflicto Estructural
Falta de definición de objetivos: falta de definición de los fines a conseguir.	Conflicto estructural	Conflicto Estructural
Ataque verbal y/o psíquico. Amenaza/intimidación: declaración seria o intento de infringir un daño mediante cualquier palabra, insultos, gestos, exhibición de objetos o armas que el profesional perciba como peligro claro, real de su seguridad y que le pueda causar temores, preocupación o incapacidad para ejecutar las funciones laborales. Coacción: acción de constreñir la voluntad de alguna persona a decir o hacer alguna cosa. Injuria: acción o expresión que lesiona la dignidad de otra persona, en detrimento de su fama o atentando contra su propia estimación. Vejación: ofensa, humillación, acción de contrariar vivamente o mortificar.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de relación	Conflicto Psicosocial
Ataque físico: implica contacto físico.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de relación	Conflicto Psicosocial

Registro	C. Moore (1986)	CSI (2010)
Acoso sexual o por razón de sexo: toda conducta de naturaleza sexual o cualquier otro comportamiento basado en el sexo que afecte a la dignidad de la mujer y el hombre en el trabajo, siempre que sea indeseada, irracional y ofensiva o cree un entorno laboral intimidador, hostil o humillante.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de relación	Conflicto Psicosocial
Acoso moral o psíquico: conducta abusiva que atenta, por su repetición o sistematicidad, a la dignidad o integridad física o psíquica de una persona, poniendo en peligro su puesto de trabajo o degradando el clima laboral.	No consta como tal, pero podríamos ubicarlo en conflictos de relación	Conflicto Psicosocial

Fuente: Elaboración propia a partir de Moore (1986)

Este registro es abierto y dinámico, se amplía o bien se modifica en función de si las demandas son éstas o bien diferentes de las que aparecen en el cuadro.

Esta categorización nos permite identificar los tipos de conflictos y evaluar cuáles son los principales motivos y/o causas que derivan y llegan como controversias. El análisis y explotación de los datos relativos al tipo de com-

portamiento que se manifiesta en el CSI nos permitirá actuar con precaución y desarrollar acciones preventivas para minimizar las causas que derivan hacia situaciones conflictivas.

Finalmente, la categorización del conflicto establecida de acuerdo con los niveles de conflicto configura el cuadro siguiente:

Cuadro 3. Categorización y niveles de conflicto

CATEGORIZACIÓN DEL CONFLICTO		NIVELES DE CONFLICTO				
		inter		Intra		social
		personal	grupal	personal	grupal	organizativo
C. MOORE (1986)	E-PRAC/SEMI					
C. INTERESES y VALORES	C. INTERESES Situaciones de diferencia: perspectiva, de intereses, de valores, culturales, de necesidades, de distanciamiento, de poder, de falta de cohesión, de desconfianza, de reconocimiento, otros.					
C. DATOS Y ESTRUCTURALES	C. LABORALES Situaciones de petición: de vacaciones, de días de convenio, de conciliación laboral y personal, de excedencia, otras relacionadas con los derechos y deberes laborales.					
	C. ESTRUCTURALES Situaciones de precariedad de recursos, de definición de lugares de trabajo, de objetivos, de liderazgo, de comunicación, de información de datos, otros.					
C. RELACIONES	C. EMOCIONALES Situaciones de resentimiento, pena, ridiculez, juicio, apatía, hostilidad, culpabilidad, competencia, tristeza, inseguridad, humillación, orgullo, pesimismo, frustración, irritación, impaciencia, saturación, confusión, decepción, cinismo, duda, escepticismo, preocupación, miedo, otros.					
	C. PSICOSOCIALES Situaciones de violencia física y psíquica, acoso (moral, físico y psicológico) y de género.					

Fuente: Elaboración propia con datos propios

Cada una de las tipologías de conflictos pueden ser subagrupadas de manera que intereses y emociones a menudo están asociadas a una sola demanda; ahora bien, éstas pueden estar otra vez asociadas al resto de conflictos, tales como psicosociales, laborales o estructurales. Por tanto, y desde un punto de vista molecular y agrupado y para minimizar la gestión del conflicto, partimos de cuatro tipos de conflictos:

- De intereses y emocionales.
- De intereses, emocionales y estructurales.
- De intereses, emocionales y laborales.
- De intereses, emocionales y psicosociales.

Estos cuatro grupos se podrían agrupar entre ellos: un B con un C, o un B con un D, etc.

En este sentido y para aportar más claridad, hemos elaborado un cuadro/matriz de esta agrupación del conflicto según número de demandas posibles de acuerdo con la máxima combinación de categorizaciones. Con todo ello se obtienen 8 tipos de demandas, vinculadas al tipo de actividad que se desarrolla en el marco del Servicio de Mediación: la prevención, la educación y la resolución.

De esta manera, obtenemos según la causa del conflicto un tipo de demanda y una actividad a desarrollar. Esta actividad nos vendrá determinada por dos bloques: uno por el tipo de demanda y el otro por la intensidad del conflicto. Esta intensidad podrá ser alta o baja de acuerdo con la escala de emociones realizada por Goleman (1996), tal y como hemos sintetizado a continuación:

Cuadro 4. Tipos de demanda según la causa del conflicto

Conflictos CSI vs demanda		Demanda 1	Demanda 2	Demanda 3	Demanda 4	Demanda 5	Demanda 6	Demanda 7	Demanda 8
Conflictos Psicosociales Conflictos Intereses Conflictos Emocionales									
Conflictos Laborales Conflictos Intereses Conflictos Emocionales									
Conflictos Estructurales Conflictos Intereses Conflictos Emocionales									
Conflictos Intereses Conflictos Emocionales									
ACTIVIDAD MEDIADORA	Alta intensidad emocional según escala J. Hicks	Prevención Educación Resolución	Prevención (opcional) Educación (opcional) Resolución	Prevención (opcional) Educación (opcional) Resolución	Prevención (opcional) Educación (opcional) Resolución	Prevención Educación Resolución	Prevención Educación Resolución	Prevención Educación Resolución	Prevención (opcional) Educación (opcional) Resolución
	Baja intensidad emocional según escala J. Hicks	Resolución Educación	Resolución Educación (opcional)	Resolución Educación (opcional)	Resolución Educación (opcional)	Resolución Educación (opcional)	Resolución Educación	Resolución Educación	Resolución Educación (opcional)
Estimación/semanas resolución*		5 semanas	3 semanas	3 semanas	3 semanas	5 semanas	5 semanas	5 semanas	3 semanas

Fuente: Elaboración propia a partir de Goleman (1996)

Por tanto nos podemos encontrar superposiciones de categorizaciones en una misma demanda. La actuación mediadora, pues, dependerá del número de categorizaciones contenidas en una demanda. De la misma manera podría pasar que de una demanda inicial se derivasen otras más profundas y que se tuviese que pasar de una categorización del conflicto a otro, reconduciendo el pro-

ceso de mediación de acuerdo con la demanda real, que no tiene por qué coincidir con la demanda expuesta.

En el último cuadro no aparece el número de sesiones dedicadas a la fase de premediación. La estimación de tiempo de intervención es orientativa. Puede considerarse la ampliación del número de sesiones previstas inicialmente a criterio del Servicio de Mediación. En caso

de necesitar más convocatorias de actuación, deberá hacerse un análisis exhaustivo para justificar la demanda. Esta posibilidad no opera en el supuesto de producirse un cambio en la demanda inicial que para su entidad suponga un nuevo caso. En este supuesto, se tratará como tal, de conformidad con el modelo descrito.

Asimismo, hemos considerado la posibilidad de agrupar y molecular de nuevo los 8 tipos de peticiones en dos: A y B según la temporalidad. De acuerdo con este criterio nos surge un denominador común: todos los casos que duran 3 semanas son conflictos que no contienen

un riesgo psicosocial; en cambio, los casos o demandas que generan una planificación de 5 semanas de duración son casos con un riesgo psicosocial.

En consecuencia, nos podríamos encontrar con dos tipos de demandas o bien dos procesos A y B. Según la complejidad de los mismos casos podremos desagregar éstos con 8 subprocesos, coincidentes con las 8 demandas.

A continuación presentamos un cuadro donde se ve la estimación de la duración vs. tipo de demanda A y B, así como la actividad mediadora y documentos/formularios a registrar durante el proceso:

Cuadro 5. Estimación temporal del proceso de resolución vs. tipo de demanda

Conflictos CSI vs duración mínima (proceso de resolución)		Demanda A (1/5/6/7) (con conflicto psicosocial)	Demanda B (2/3/4/8) (sin conflicto psicosocial)
5 semanas			
3 semanas			
ACTIVIDAD MEDIADORA	Alta Intensidad emocional	Prevención Educación Resolución (1 ses/sem)	Prevención (opcional) Educación (opcional) Resolución (1 ses/sem)
	Baja Intensidad emocional	Educación Resolución (1 ses/sem)	Educación (opcional) Resolución (Opcional)
DOCUMENTOS A REGISTRAR	PREVENCIÓN	Formulario de prevención	
	EDUCACIÓN	Formulario de educación	
	RESOLUCIÓN	Proceso de premediación Formularios: Cita/ Consulta/ Comunicado/ Intervención Proceso de mediación Acta inicial y de aceptación/ Acta de acuerdo o no acuerdo/ Acta de seguimiento Proceso de posmediación Cuestionarios Informe de recomendaciones	

Fuente: Elaboración propia ET8

Ahora es el momento de ordenar la demanda del profesional con la categorización. A partir de este momento podemos ordenar la demanda entrante, de conformidad con la categorización del conflicto, y la actividad mediadora asociada y que se ha predeterminado según el paso anterior, aclarando que la actividad mediadora predeterminada significa la orientación mínima estimada que deberían desarrollar el/los profesional/es en conflicto.

Una vez hecho el análisis y obtenido el diagnóstico del conflicto, entramos en el tercer paso referido a la planificación detallada del proceso determinado anteriormente.

(3) *Planificación de la fase de resolución según etapa de la mediación a prestar*

Esta planificación permite identificar las acciones a desarrollar en la fase de resolución presente en cada una de las tres etapas que se distinguen en el modelo de mediación prestado (premediación, mediación y posmediación), siempre informando con carácter enunciativo y a partir de la elaboración de los cronogramas que se expondrán a continuación, de las actividades previstas, así como de la estimación de su duración, número y horas de técnico de mediación e igualdad según tipo de proceso A o B, con la finalidad de facilitar su control y gestión.

En cuanto a las fases de prevención y educación, se ha considerado más oportuno abordar la planificación de las acciones que se deriven en el marco del Plan de Formación Corporativo y dentro de las disponibilidades

existentes, a partir de la valoración que se haga del registro anual de actividad del servicio en el año anterior. A tal efecto, el servicio elaborará una memoria anual de actividad.

**Cuadro 6. Cronograma del proceso de premediación, mediación y posmediación.
Demanda Tipo A (con riesgo psicosocial)**

PROCESO PREMEDIACIÓN	MINUTOS	NÚMERO	MINUTOS TOTALES	HORAS TOTALES
Primer contacto E-PRAC. Dar orientaciones prácticas para saber cómo y dónde actuar según protocolo de agresión y violencia:	90	1	90	1,50
1. Dejar bien claro el rechazo a las prestaciones, situaciones y actitudes que se consideren ofensivas y pedir a la persona que está creando esta situación que no deseamos que se repita. Por escrito o directamente.				
2. Documentar la acción: tomar nota y registrar los incidentes.				
3. Pide apoyo e intervención a través de los procesos formales: la queja (cita, comunicado, consulta) o denuncia (demanda).				
Análisis y diagnóstico del conflicto según metodología E-PRAC.	90	1	90	1,50
Obtener una primera aproximación del caso.				
Informar y asesorar a la persona sobre sus derechos y sobre todas las opciones y acciones que puede emprender.				
Información sobre la existencia de una comisión de igualdad, de violencia y de seguridad de la salud.				
Planificación del proceso A (riesgo psicosocial).	60	1	60	1,00
Entrevistas premediación.	60	2	120	2,00
			HORAS TOTALES	
			Horas Técnico	6,00
PROCESO DE MEDIACIÓN (proceso de resolución)				
Preparación 1ª fase según planificación inicial y entrevista de premediación	30	1	30	0,50
1ª fase mediación (mensaje informativo/presentación inicial)	180	1	180	3,00
Redacción informe 1ª fase	30	1	30	0,50
Entrevistas individuales, si es necesario	60	2	120	2,00
Preparación 2ª fase según planificación inicial y redacción 1ª fase	30	1	30	0,50
2ª fase mediación (historia del conflicto/impacto interno/clarificación de intereses/reconocimiento mutuo)	180	1	180	3,00
Redacción 2ª fase	30	1	30	0,50
Entrevistas individuales, si es necesario	60	2	120	2,00
Preparación 3ª fase según planificación inicial y redacción 2ª fase	30	1	30	0,50
3ª fase mediación (creación de la agenda/pregunta de replanteamiento)	180	1	180	3,00
Redacción 3ª fase	30	1	30	0,50
Entrevistas individuales, si es necesario	60	2	120	2,00

Preparación 4ª fase según planificación inicial y redacción 3ª fase	30	1	30	0,50
4ª fase mediación (creación y verificación de opiniones)	180	1	180	3,00
Redacción 4ª fase	30	1	30	0,50
Entrevistas individuales, si es necesario	60	2	120	2,00
Preparación 5ª fase según planificación inicial y redacción 4ª fase	30	1	30	0,50
5ª fase mediación (acuerdo)	180	1	180	3,00
Redacción 5ª fase	30	1	30	0,50
Entrevistas individuales	30	2	60	1,00
			HORAS TOTALES	
			Horas Técnico	29,00
PROCESO POSMEDIACIÓN				
Cumplimentar cuestionarios estadísticos.	10	2	20	0,33
Revisión y seguimientos del acuerdo o no acuerdo para garantizar que no se han tomado represalias y para determinar si ha de tomarse otro tipo de medida.	60	2	120	2,00
Registro, archivo e indicadores del proceso.	25	1	25	0,42
			HORAS TOTALES	
			Horas Técnico	2,75
			HORAS TOTALES	
PROCESO DE MEDIACIÓN A (RIESGO PSICOSOCIAL)			Horas Técnico	35,00

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 7. Cronograma del proceso de premediación, mediación y posmediación. Demanda Tipo B (sin riesgo psicosocial)

	MINUTOS	NÚMERO	MINUTOS TOTALES	HORAS TOTALES
PROCESO DE PREMEDIACIÓN				
Primer contacto E-PRAC.	90	1	90	1,50
Análisis y diagnóstico del conflicto según metodología E-PRAC.	90	1	90	1,50
Planificación detallada del proceso B (sin riesgo psicosocial).	60	1	60	1,00
Entrevistas premediación.	60	2	120	2,00
			HORAS TOTALES	
			Horas Técnico	6,00
PROCESO MEDIACIÓN (proceso de resolución)				
Preparación 1ª fase según planificación inicial y entrevista de premediación	30	1	30	0,50
1ª fase mediación (mensaje informativo/presentación inicial), (historia del conflicto/ impacto interno/clarificación de intereses/reconocimiento mutuo) y (creación de la agenda/pregunta de replanteamiento).	180	1	180	3,00
Redacción informe 1ª fase	30	1	30	0,50

Entrevistas individuales, si es necesario	60	2	120	2,00
Preparación 2ª fase según planificación inicial y redacción 1ª fase	30	1	30	0,50
2ª fase mediación (creación y verificación de opiniones)	180	1	180	3,00
Redacción 2ª fase	30	1	30	0,50
Entrevistas individuales, si es necesario	60	2	120	2,00
Preparación 3ª fase según planificación inicial y redacción 2ª fase	30	1	30	0,50
3ª fase mediación (acuerdo)	180	1	180	3,00
Redacción 3ª fase	30	1	30	0,50
Entrevistas individuales, si es necesario	60	2	120	2,00
				HORAS TOTALES
				Horas Técnico 18,00
PROCESO POSMEDIACIÓN				
Cumplimentar cuestionarios estadísticos.	10	2	20	0,33
Revisión y seguimiento del acuerdo o no acuerdo para garantizar que no se han tomado represalias y para determinar si ha de tomarse otro tipo de medida.	60	2	120	2,00
Registro, archivo e indicadores del proceso.	25	1	25	0,42
				HORAS TOTALES
				Horas Técnico 2,75
PROCESO DE MEDIACIÓN B (SIN RIESGO PSICOSOCIAL)				
				HORAS TOTALES
				Horas Técnico 24,00

Fuente: Elaboración propia

En la traducción del cronograma en acciones se deberá tener presente la compatibilidad con el tiempo de trabajo y la preservación del normal desarrollo de la actividad del centro donde esté/n adscrita/s la/s persona/s afectada/s.

A partir de este momento se entra en la fase de mediación, que constituye propiamente la fase de intervención del conflicto.

4.3.3 La mediación

Tal y como se ha visto en la planificación, éste es el paso que determina cuál es el tipo de intervención. Para la adecuación del tipo de conflicto y la demanda asociada nos encontramos con dos tipos de actividad diferenciada: el proceso de demanda A y el proceso de demanda B. El proceso de demanda A mantiene una estimación de duración de 3 semanas y el proceso de demanda B mantiene una estimación de duración de 5 semanas. Ambas demandas tienen asociadas la prevención y la educación, entendidas como capacitación, y la resolución entendida

como intervención. A grandes rasgos, las características de los conflictos abordados con la demanda A son conflictos donde no aparece el riesgo psicosocial, según definición establecida en nuestro modelo. En cambio, los conflictos abordados con la demanda B son conflictos donde hay presencia de riesgo psicosocial.

La iniciación de un *proceso de prevención*, sea interindividual o intraindividual, puede generarse antes, durante o después de un proceso de resolución de conflictos individuales o de grupo. La decisión final sobre cuál será el momento de realizar la formación individualizada será del Servicio de Mediación. Esta formación podrá tener el formato de posgrado, de curso, de sesiones o de talleres, a propuesta del Servicio de Mediación en función del análisis y diagnóstico del conflicto, siempre valorando la posibilidad de desarrollarla con recursos propios o a partir de la intervención de terceros.

La iniciación de un *proceso educativo* del conflicto puede generarse antes, durante o después de un proceso de resolución de conflictos individual o de grupo.

La decisión final sobre cuál es el momento de realizar este proceso será del Servicio de Mediación. Este espacio pedagógico podrá tener el formato de sesiones o talleres mensuales para dotar, intercambiar y transferir herramientas y conocimientos prácticos al mismo tiempo que puede resolver malentendidos entre profesionales (conflictos relacionales). Este proceso se ha denominado *Espacio del Conocimiento* y está orientado a los profesionales que se encuentran en situaciones verosímiles y desean compartir vivencias relacionadas con la convivencia y bienestar laboral. Está previsto que este proceso esté dirigido por el Servicio de Mediación.

La iniciación del proceso *resolutivo* se genera con la solicitud de petición. Cada una de las etapas de resolución de conflictos (entrevistas iniciales, creación de opiniones, intereses y reconocimientos, acuerdo, no acuerdo) tienen como punto de llegada el consenso. El logro o no de un acuerdo no excluye la posibilidad de derivar el caso a los servicios jurídicos o a los servicios de prevención de riesgos laborales. Una vez logrado el consenso, se iniciaría la etapa de la posmediación.

4.3.4 La posmediación

En esta etapa se establece una revisión y seguimiento de los acuerdos alcanzados o no, generando un registro y sistematización de los indicadores de proceso y finalización de la intervención. La planificación del proceso, el seguimiento de cada fase y de utilización correcta de la herramienta o recurso más adecuado del proceso en cada momento, da una alta probabilidad de éxito en el resultado de la resolución de los conflictos.

Con el objetivo de detectar áreas de mejora, se creará un instrumento y/o un cuestionario donde se recogerán, de forma cualitativa, aquellas cuestiones que puedan surgir a lo largo del proceso y que sean susceptibles de ser tomadas en consideración para posteriores procesos de resolución de conflictos.

Tanto el seguimiento constante de los indicadores y el registro de incidencias, como las entrevistas de seguimiento y las acciones formativas relacionadas en este ámbito serán elementos para efectuar la mejora continua de los procesos de resolución de conflictos.

La utilización del procedimiento y de los documentos correspondientes creados al efecto, constituyen la garantía de calidad en el proceso, e incrementan la seguridad en todas las fases, en lo concerniente a su objetividad, transparencia, igualdad de oportunidades y eficacia de los resultados.

A continuación referiremos cuál es la ejemplificación práctica de nuestro modelo de mediación a partir de un caso mediado. En la última sección, ofreceremos más sintéticamente ejemplos de otras tipologías de casos.

4.3.5 Un caso práctico detallado: conflicto entre profesionales de diferentes instituciones

En el marco de colaboración entre dos instituciones sanitarias se refiere un presunto incidente entre un profesional sanitario (en adelante A) y un grupo de profesionales sanitarios pertenecientes a un mismo estamento (en adelante B). Se alega una intervención menospreciada, humillante y vejatoria.

El grupo B pide la substitución del profesional A y no descarta la judicialización del conflicto. Dada esta situación, la institución del profesional A propone:

- La posibilidad de acudir a una mediación como medida alternativa a la resolución de este conflicto, que es aceptada tanto por el grupo B como por su institución.
- A su profesional, la posibilidad de acogerse a una mediación como medida alternativa al régimen disciplinario, cosa que es aceptada.

Se da traslado, pues, a la decisión para poner en marcha la mediación.

• ETAPA DE PREMEDIACIÓN

Cita-petición

La participación en la mediación del profesional A se canalizó mediante la cita para compatibilizar el principio de autonomía de la voluntad de las partes que impera en la mediación con la posibilidad de sancionar disciplinariamente los hechos en caso que el profesional declinase aceptar la mediación, mantuviese una conducta reincidente o se mostrase poco colaborador en la mediación.

La petición tiene lugar a partir del momento en que cada parte acepta someterse a la mediación.

(1) Primeras entrevistas

A criterio del Servicio de Mediación se prevé en esta primera etapa la realización de diversas entrevistas individuales y conjuntas para conseguir involucrar los diferentes niveles institucionales implicados (Dirección del centro, Dirección Asistencial, partes enfrentadas...) y atender la petición de actuación inmediata requerida por el grupo B.

A continuación se informa del número y contenido de las entrevistas convocadas telefónicamente que se realizaron a los mediados.

Profesional A. En la primera sesión es informado de la situación y se hace la presentación personal y del Servicio de Mediación. Éste se muestra sorprendido y desconcertado por la repercusión generada y justifica su actuación alegando que el hecho sucedido ha sido motivado por un “choque cultural” entre dos instituciones que presentan una naturaleza jurídica diferente.

Se pide su versión de los hechos, planteándole la posibilidad de aclarar la situación programando un proceso de mediación dirigido a su crecimiento y liderazgo profesional.

El profesional acepta la propuesta de encontrar una solución. Se informa de que se contactará con la otra parte a fin de conocer todas las versiones y poder acercarlos para solucionar el malentendido.

En este momento informamos sobre los principios de voluntariedad y confidencialidad que rigen en la mediación.

Cabe destacar que el *Servicio de Mediación identificó después de esta primera entrevista la necesidad de que el profesional realizase un trabajo de crecimiento personal para mejorar su relación interpersonal y profesional.*

Jefa grupo B. El Servicio de Mediación se da a conocer refiriendo el motivo por el cual necesitará su colaboración. El profesional accede, aunque con ciertas reservas, ya que atribuye la fuente del problema a la personalidad del profesional A. Se informa sobre la propuesta de actuación sobre el profesional A. También manifiesta su preocupación por las reacciones imprevisibles de su equipo, por responder o defenderse de las posibles acciones del profesional A. Se acuerda seguir informando de cualquier novedad y se decide ir a entrevistar al grupo B.

El Servicio de Mediación *optó por involucrar en este caso a la Jefa del grupo B al considerar que en las “organizaciones de salud” los niveles de responsabilidad laboral se han de respetar en su organigrama formal para facilitar una mejor gestión del conflicto. Asimismo, se informó de las líneas de trabajo que estaban llevando alrededor de la gestión del conflicto y la mediación, con el objetivo de contextualizar y aportar más significado a los diferentes tipos de intervenciones planteadas.*

Jefa y grupo B. La entrevista se inicia presentando nuevamente, y esta vez de una manera bastante extensa, las oportunidades de poder gestionar una situación de conflicto generada. Se pide al grupo su versión del conflicto. Éste manifiesta “haber sido objeto de un in-

devido comportamiento por parte del profesional A”, el cual menospreció de manera sostenida a su colectivo, y acompañaba este trato con manifestaciones vejatorias. A partir de aquí, manifiestan toda una serie de temores por la eventual posibilidad de que el profesional A asumiese un lugar de responsabilidad directa en la institución del grupo B, atendidas las circunstancias. Y expresaron su rechazo hacia el profesional A.

El Servicio de Mediación gestionó esta situación de entrevista utilizando como estrategia el énfasis en el significado de la mediación y la motivación personal por este proyecto, para generar confianza en todo el equipo de profesionales. Cuando finalizó esta sesión se había generado un vínculo de relación de confianza, un espacio de neutralidad y una visión profesional del método y servicio, donde las personas se sentían tranquilas, cómodas y dispuestas a dialogar.

Dirección A. Durante la primera parte de la reunión se informa que se han mantenido reuniones individuales con las partes en conflicto y con la Jefa del grupo B, comentando que se trata de un caso complejo pero con solución. La Dirección pide expresamente si puede llegarse a reconducir la situación y/o al profesional por esta vía. Se le contesta con un sí rotundo, pero que se necesita confianza en el proceso.

La Dirección otorga el visto bueno (*¡adelante!*) ya que quiere dar solución al conflicto. Se sugiere la posibilidad de ofrecer al profesional un trabajo de crecimiento personal, previo a la mediación, entre las dos partes en conflicto. El Servicio de Mediación comenta que esto tendrá un coste ya que este trabajo debería realizarse fuera del centro con profesionales externos. La Dirección acepta las condiciones.

El Servicio de Mediación con esta actuación trabajó el restablecimiento de las relaciones de confianza.

(2) Análisis y diagnóstico del conflicto

Análisis del conflicto

En virtud de nuestro modelo de mediación, las tipologías y niveles de conflicto que presenta en un primer momento el caso son: conflicto *interpersonal entre un grupo (B) e individuo (A)*, con topología de caso a): conflicto *psicosocial, de intereses y emocionales*. Las causas que generan esta clasificación son: los comportamientos desagradables y vejatorios que se detallan en el escrito del grupo B, muestras de desconfianza, de diferente perspectiva y de descohesión con una alta intensidad emocional con juicios y hostilidades, acompañado de irritación y preocupación. Siguiendo el método nos en-

contraríamos con un tipo de demanda (proceso) A con intensidad emocional baja, pero con riesgo psicosocial.

Diagnóstico del conflicto

Después de las entrevistas de premediación el diagnóstico es el siguiente: conflicto de desconfianza entre las partes con una alta intensidad emocional, acompañado de un conflicto de liderazgo del individuo (A) y de comunicación entre los responsables máximos del Servicio. Este diagnóstico hace que la tipología de caso haya derivado a tipología o PROCESO B conflicto *estructural, de intereses y emocional con una intensidad emocional alta y con un nivel de conflicto interpersonal e intrapersonal.*

- (3) Planificación de la fase de resolución según etapa de la mediación a prestar

El itinerario de intervención para este caso, de acuerdo con la metodología de mediación seguida, fue programar sesiones individuales y conjuntas para revisar intereses, transmitir reconocimiento y llegar a un acuerdo entre las partes.

- ETAPA DE MEDIACIÓN

Para preparar la fase de mediación, de acuerdo con el itinerario de intervención determinado y con las entrevistas de premediación realizadas, se inició esta etapa con sesiones individuales (caucus).

- 1ª Fase de la mediación: sesiones individuales convocadas telefónicamente.

Dirección del profesional A. El Servicio de Mediación transmite la predisposición de A para realizar un trabajo o formación para su crecimiento personal y profesional, condicionado a que la Dirección emprenda el diálogo con la Dirección de la institución del grupo B para aclarar el alcance de la relación entre ambas instituciones. La Dirección del profesional A responde asumiendo que lo hará. Se cierra esta cita con la concreción de realizar una próxima reunión con la Dirección y el profesional A.

El Servicio de Mediación reforzó la importancia que tiene para una institución velar por el crecimiento personal de sus profesionales.

Profesional A. En esta reunión se formalizó el compromiso reconocido en la fase de premediación de realizar un trabajo de prevención y de educación en términos de liderazgo fuera de la institución, concretando la fecha de la primera sesión con el profesional externo, en la cual también asistió el Servicio de Mediación.

- 2ª Fase de la mediación: sesiones conjuntas convocadas telefónicamente.

Profesional Externo y Profesional A. Una vez en la sesión, el profesional externo nos pregunta el porqué de la solicitud. El profesional A menciona especialmente que la empresa está viviendo un proceso de integración con otra empresa y que él es la persona puente de este proceso. El Servicio de Mediación añade que dispone de una carta donde el grupo B expresa su malestar con el profesional A. Después de diversas interacciones entre los tres, el profesional externo refiere que parte del conflicto es atribuible a una coordinación mejorable entre las instituciones en la fase de integración y en la toma de decisiones del profesional A cuando éste no era el nombrado para hacerlo. Aconseja informar a los jefes de esta situación. Se acaba la sesión sin hacer énfasis en el liderazgo del profesional, añadiendo que a propuesta del Servicio de Mediación se observa la necesidad de realizar un trabajo de crecimiento personal sobre A que se le propondría en el momento adecuado.

El Servicio de Mediación, aunque reconoce que la necesidad de una mejor coordinación entre las instituciones podría haber favorecido ciertos niveles de conflictividad, no consideraba justificada la conducta del profesional A sobre el grupo B, que requería ser tratada desde la esfera del trabajo personal.

- 3ª Fase de la mediación: (i) sesión conjunta convocada telefónicamente, (ii) sesión individual.

Dirección y Profesional A. Se hace una revisión al detalle de la sesión mantenida con el profesional externo. Queda de manifiesto que el primer paso es la mejora de la coordinación entre las Direcciones de ambos en esta fase de integración, a partir de la especificación de acciones y planes estratégicos, así como el rol de A. La Dirección aclara el alcance de las funciones del profesional A y lo aprueban todo reflexionando sobre lo que han de asumir en este momento.

De las declaraciones de uno y otro se acuerda que la Dirección trabajará la mejor coordinación con la Dirección de la otra institución y que el profesional A se compromete a realizar la formación de crecimiento personal denominado por todos formación de liderazgo. Se cierra la sesión.

El Servicio de Mediación planteó reunirse con la Jefa del grupo B para trasladar esta información. Antes, sin embargo, pidió el consentimiento a las partes para hacerlo

de forma consensuada. Manifestó que se estaba trabajando para descongestionar el conflicto y que se haría una formación individualizada.

Sesión individual convocada telefónicamente con:

Jefa grupo B. Se informa del seguimiento realizado hasta el momento y que el profesional A ha accedido a realizar una formación de liderazgo, añadiendo que puede transmitir esta información al grupo B. La Jefa reafirma la acción y confía en el procedimiento. Manifiesta también que el grupo B se muestra satisfecho con las actuaciones realizadas, ya que perciben que se están poniendo los medios para resolver el caso. Finaliza la sesión concretando una nueva cita.

El Servicio de Mediación constata la confianza de las partes en la mediación. El profesional A asiste a 16 sesiones de una hora. Se mantienen diversas charlas telefónicas con la Jefa del grupo B para hacer el seguimiento. El grupo B comienza a notar elementos significativos en el comportamiento del profesional A. Lo notan más tranquilo, más tolerante e incluso más colaborador. Transcurrido un cierto tiempo la evolución es muy buena. Todos perciben cambios positivos. Al mismo tiempo se mantiene informada a la Dirección del profesional A de esta evolución positiva.

El Servicio de Mediación considera que ha llegado el momento de mantener una reunión y unas sesiones de mediación entre el profesional A y el grupo B, desde la tranquilidad, y cerrar de esta manera posibles heridas entre ambas partes. La Jefa del grupo B es informada de esta acción y pide mantener una sesión clínica previa con participación del profesional A y el grupo B que es aceptada. Se celebra la sesión y resulta que va muy bien y es positiva para las dos partes. Parece que ya no es necesario mantener sesiones de mediación conjunta. El profesional A deja de recibir sesiones.

4ª Fase de la mediación: sesión conjunta convocada telefónicamente.

Grupo B y Profesional A. El objeto de esta sesión es sobre todo trabajar el reconocimiento mutuo entre las partes para llegar a un acuerdo de convivencia. Una y otra parte se muestran muy tranquilas durante la sesión. El grupo B transmite que ha percibido durante todo este proceso un cambio de actitud por parte del profesional A y que aceptan este cambio como un acercamiento del profesional y que en este sentido queda libre de disculpas. El profesional A manifiesta que las formas no fue-

ron las correctas y que su intención no era la de herir a nadie.

El Servicio de Mediación cierra la sesión al llegar ambas partes al acuerdo de buena convivencia profesional y de mantener una comunicación de respeto y colaboración mutua.

- **ETAPA DE POSMEDIACIÓN**

Se completa el expediente antes de ser archivado, identificando los datos más significativos a efectos estadísticos y de indicadores del servicio, y disponiendo el seguimiento del acuerdo asumido para tutelar que no se han tomado represalias. Se constata la necesidad de realizar una sesión individual adicional con la Dirección del profesional A y con el profesional A.

A continuación se informa del contenido de las mencionadas sesiones:

Dirección profesional A. A propuesta de la Dirección, se acuerda de cara a futuros acontecimientos dentro del marco de la integración la idoneidad de reforzar al profesional A con algunas sesiones más.

Profesional A. Se informa sobre la opción de realizar algunas sesiones más de cara a futuros acontecimientos dentro del marco de la integración que le pudiesen acarrear nuevas responsabilidades. El profesional A manifiesta su interés llegado el momento.

4.3.6 Ejemplos de otros tipos de conflictos sanitarios

Introducción

Lo que figura en este apartado ya no se sitúa en el ámbito del CSI. Es una situación más general, y ha sido descrita a título indicativo porque muestra una tendencia que se incrementará en un futuro cercano. Nos referimos a otros tipos de conflictos que pueden darse, más allá del conflicto entre profesionales de la organización. Son los conflictos ubicados en el marco de la relación de la organización, a través de sus profesionales, con los usuarios y/o sus familiares en el proceso de atención sanitaria. En este tipo de conflictos se dan fundamentalmente “malentendidos” y/o problemas en la relación interpersonal. En una primera actuación se considera necesario que se dé la intervención de los Servicios de Atención al Usuario. Así, cuando un familiar del usuario o el mismo usuario formalizan una queja, el Servicio de Atención al Usuario resuelve esta reclamación mediante acciones orientadas a la solución mediante, en

algunos casos, entrevistas en profundidad, realizando formación, entre otras. Asimismo, si este primer nivel de intervención del conflicto no permite resolver la escalada del conflicto y/o su posible derivación al sistema judicial, entonces se debe habilitar un espacio de mediación que reduzca la intensidad del conflicto. No nos pronunciamos aquí sobre las características o la situación de este servicio, porque puede ser situado en diversos lugares del organigrama. Nos basta mostrar un ejemplo de estos conflictos. El ejemplo que sigue a continuación no es enteramente real, sino un caso-tipo.

Antecedentes

La madre de un muchacho ingresado (su estancia se prevé muy larga) en un centro sociosanitario reivindica y manifiesta reiteradamente su desaprobación hacia los colaboradores de esta unidad. La madre amenaza con (y está dispuesta a) acudir a un abogado para que la asesore sobre sus derechos y determine si puede haber consecuencias legales por un comportamiento indebido y vejatorio por parte del personal sanitario. Las motivaciones de la madre, de acuerdo con lo manifestado por ella, se basan en que los colaboradores no atienden con la necesaria atención a su hijo y literalmente verbaliza: “*que si el niño necesita esto o aquello los profesionales han de presentarse al instante*”. Estos comportamientos y expresiones verbales suponen para el colaborador un desgaste profesional y personal, que se transforma a menudo en estados de angustia y miedos. Además, los profesionales sienten que el miedo les hace actuar de manera diferente respecto de otros usuarios o familiares y esto también les angustia. En este caso, los profesionales manifiestan que a este familiar se le está ofreciendo un buen trato, incluso superando lo que establece la normativa. Por ejemplo, número de toallas por día, etc.

Análisis y diagnóstico del conflicto

Siguiendo nuestro modelo de mediación, las tipologías y niveles de conflicto que presenta en un primer momento el caso son: conflicto *interpersonal entre un grupo (B) e individuo (familiar del usuario) (A)*, con tipología de caso a): conflicto *psicosocial, de intereses y emocionales*. Las causas que generan esta clasificación son: los comportamientos desagradables y vejatorios, muestras de desconfianza, de diferente perspectiva y de desconexión con una alta intensidad emocional con juicios y hostilidades, acompañada de irritación y preocupación. Siguiendo el método nos encontraríamos con un tipo de

demanda (proceso) A con intensidad emocional alta con riesgo psicosocial.

1. Planificación de la fase de resolución según etapa de la mediación a prestar

El itinerario de intervención para este caso, podría ser, en primer lugar, programar sesiones individuales con los profesionales y sesiones individuales con la Dirección de Atención al Usuario (parte representativa del familiar del usuario, en este caso la madre) para revisar intereses, diferencias, perspectivas, y así poder transmitir reconocimiento entre las partes y llegar a un acuerdo.

1.1. Sesiones de mediación

Primera sesión: el servicio gestiona el caso realizando entrevistas con la madre y realizan formación a los profesionales de la unidad.

Estas actividades sirven en un primer momento para calmar y dotar de herramientas a los profesionales de la unidad. Al cabo de unos días los profesionales, a pesar de estas sesiones formativas, no sienten que el conflicto se haya resuelto.

Segunda sesión: ante la continuidad de la problemática y de la necesidad de resolver el conflicto, se propone una mediación.

Tercera sesión: el mediador realiza sesiones individuales con cada uno de los profesionales y entrevistas de seguimiento (representante del familiar del usuario, la madre).

Se observan cambios de comportamiento entre la madre y los profesionales. Han disminuido las angustias y los miedos de los profesionales, así como las agresiones y la rabia de la madre.

Cuarta sesión: se realizan sesiones de seguimiento con el comité de empresa. Aunque el conflicto ha disminuido los profesionales se sienten resignados. Manifiestan que ellos han puesto de su parte y que es por eso que el nivel de conflicto se ha transformado, concretamente por este cambio de comportamiento. Pero, a pesar de ello, continúan observando en la madre del usuario la presencia de emociones negativas y de rabia.

El Servicio de Mediación decide realizar una entrevista con la madre para saber cuál es su angustia real. El mediador intuye que esta rabia y agresividad de la madre no está producida por los profesionales sino que éstos son en parte los receptores de un conflicto intrapersonal no resuelto por parte de la madre.

Quinta sesión. Se realiza una entrevista con la madre y el mediador indaga sobre el suceso del accidente (posible causa de su malestar). Ésta manifiesta no tener resuelto el hecho del accidente. Se explica ampliamente. Reconoce que los profesionales no tienen culpa, pero que a veces les traspasa a ellos y al centro en general su angustia.

El Servicio de Mediación le ofrece la posibilidad de ayudarla a gestionar esta situación y encontrar, si ella quiere, el motivo real por el cual ella tiene un comportamiento agresivo acompañado de tanta rabia. Ella acepta. Se comienzan a percibir cambios profundos en la madre y en la relación con el exterior, es decir, con los profesionales.

5 Prospectiva y valoración

5.1 Prospectiva y valoración: posible evolución de los conflictos

Según algunos resultados de las entrevistas realizadas a los expertos en conflicto y mediación, los conflictos que se prevé crecerán más en el futuro son:

“Los conflictos que crecerán o que ya son muy importantes y que pueden ser asumidos por la mediación son los conflictos relacionales:

1. *Entre los profesionales de los diferentes ámbitos de la salud*
2. *Entre los usuarios y los profesionales (entre los que hay una relación muy desigual, de inferioridad), es aquí donde la mediación puede aportar mucho, ya que las personas están dolidas por la relación, por cómo las han tratado y con las herramientas de mediación es totalmente solucionable ya que las negligencias médicas no pueden ser abordadas por la mediación, ha de haber otro sistema.”* EE

“Aquellos que pueden ser tributarios a cobrar a través de pólizas de seguros. Cada vez se tiene más acceso a la información, está mucho más difundido el sentido del derecho civil y hay otras profesiones que se están especializando (abogados especialistas en Derecho sanitario).” EE

“La tendencia ha sido la misma en estos cinco años. Se están confirmando y validando los resultados de hace cinco años (ya que sólo había 57

casos), y ahora se están confirmando que son los interpersonales y los intragrupal.” EE

“Los conflictos laborales; los de los derechos adquiridos por parte de los profesionales. En la medida que se vaya implantando una visión más ética (y no se prioricen los derechos de los horarios, etc.). Por ejemplo, dar cena a las 18.30 para encamarla a las 20.00 y no dar almuerzo hasta las 9 de la mañana. Se hace con el criterio de los derechos adquiridos de los profesionales (cuestión de turnos); esto es maltrato institucional, y la gente está comenzando a ser un poco consciente.” EE

“Los conflictos que crecerán más en el futuro son los interculturales...” GF 2

Así, la posible evolución de los conflictos viene dada y está muy condicionada por la creciente dinámica de continua tipificación de nuevos conflictos identificados en el ámbito de la salud y la voluntad institucional para hacer uso de la mediación integrada en un sistema social y organizativo más amplio. Además, hay que considerar el impacto que ha tenido la mediación intercultural en el sistema sanitario y habrá que ver cuál será su crecimiento en un futuro inmediato.

La evolución de los conflictos en un futuro probablemente podrá estar condicionada por los siguientes aspectos:

- a) Las condiciones sociales y laborales actuales dibujan escenarios más complejos y difíciles. En este sentido, el ámbito de la salud no queda exento. Condiciones que harán emerger más y nuevos conflictos. Por ejemplo, la creciente diversidad cultural o el envejecimiento de la población generarán nuevas necesidades, escenarios de relación e intervención profesional.
- b) Habrá un incremento de las reclamaciones y conflictos debido a la mayor sensibilidad y conciencia de los derechos, tanto de los usuarios como de los profesionales.
- c) La articulación de las nuevas políticas de asuntos sociales en materia de igualdad de oportunidades (género, conciliación, integración de disminuidos, etc.) con las regulaciones laborales hace que emerjan tensiones en las organizaciones que podrían ser susceptibles de acogerse a un proceso de mediación.
- d) La previsible creación de nuevas herramientas de diagnóstico del conflicto hará emerger conflictos latentes que hasta el momento no habían sido identificados.

5.2 Prospectiva y valoración: adecuación de la mediación

En relación al proceso-metodología puede anticiparse lo siguiente:

- La emergencia de más y nuevos conflictos necesitará del desarrollo de nuevas herramientas, tanto para su identificación como su resolución.
- Se reconocerá un cambio en la mirada del conflicto, abriéndola, ampliándola a otros agentes que anteriormente no habían sido considerados, como la familia, líderes comunitarios, representantes legales de los trabajadores, etc.
- Es necesario que el Servicio de Mediación se adecue a las características y necesidades específicas de la organización concreta donde se ubicará.
- Este cambio implicará, asimismo, un enriquecimiento de las metodologías y estrategias de resolución positiva del conflicto.
- Será necesario un enfoque técnico holístico, pluridisciplinario y sistémico e inclusivo que dé respuesta a la complejidad del escenario de conflicto y su resolución.

En relación a la emergencia de la diversidad cultural de la sociedad catalana:

- Habrà una petició de respostes específiques del sistema para facilitar el acceso, acogida y prestación de los servicios de salud a las personas inmigradas.
- Las peticiones pueden ser desde necesidades de información sobre los circuitos, barreras lingüísticas y diferencias en los modelos de salud y clínico.
- Estas necesidades han de generar la emergencia de perfiles profesionales y voluntarios, tanto integrantes en los centros del sistema como colaboradores en materia de traducción, interpretación, información, etc. En este sentido, hay que encajar todas las acciones de MIC que se han identificado en el presente estudio en las que participan diversidad de organizaciones.

6 Conclusiones

6.1 Características de la institución de la mediación en salud

A continuación detallamos las conclusiones más relevantes a las que ha llegado el ET8.

- Dificultad por la polisemia del término:* desde la perspectiva teórica se aprecian diversas definiciones, la generalidad de las cuales no facilita que haya un concepto claro y común de la mediación aplicada en el ámbito de la salud. Esta diversidad se entiende tanto en lo concerniente al concepto de mediación como al ámbito de aplicación, donde aparece tanto la acepción de *sanidad* como *salud*. Esta complejidad no es exclusiva del ámbito.

Desde el trabajo empírico se ha evidenciado esta diversidad de interpretaciones en algunos casos. Y así, aunque en la encuesta se definió el concepto de mediación del que se partía, en la práctica, algunas de las personas que han contestado han interpretado como mediación diversas acciones, como información, formación, prevención, asesoramiento, traducción, etc., que según nuestro equipo no son estrictamente mediación, pero que forman parte del sistema que permite su institucionalización.

Hemos distinguido entre: (a) MIC, (b) MS, (c) actuaciones de mediación (a + b), y (d) actuaciones de apoyo a la mediación.
- La mediación en salud está poco implementada.* El número de reclamaciones y quejas que recibieron las Unidades de Atención al Usuario fueron 50.569 en el año 2008. Pero, en nuestro estudio, de un total de 425 centros de salud de Cataluña sólo 20 centros han manifestado haber realizado mediaciones durante ese año; de éstos, hay 5 hospitales y 15 centros de atención primaria. El número absoluto de mediaciones realizadas ha sido de 45, que han tratado conflictos tanto de usuarios como de profesionales.
- El grado de institucionalización de la mediación en salud es más grande de lo que se podría esperar.* A pesar de todo, el hecho de que el 35,7% de los centros dispongan de protocolos para delimitar el conflicto, más el grado de respuesta e interés que suscita la mediación, hace pensar que comienza a darse una reacción institucional en este sentido. La MS no está desarrollada ni implementada aún, pero sí existe ya una institucionalización emergente para hacerlo.
- Hay un gran número de MIC en el ámbito sanitario.* El año 2008 en Cataluña se realizaron 37.139 actuaciones de MIC en 98 centros de salud. Y, si desglosamos el total de acciones de mediación efectuadas por cada una, llegamos a la cifra de 122.593, con un promedio de 4,2 acciones dis-

tintas por mediación. Esto permite cualificar la mediación intercultural como un fenómeno social complejo: no puede confundirse con tareas de traducción.

5. *La atención a los usuarios inmigrantes no se valora como conflictiva.* Es decir, estas actuaciones no han sido valoradas como conflictos ni por los profesionales de los centros ni por los mediadores, en la inmensa mayoría de los casos. Esto puede conducir a una redefinición del concepto de MIC.
6. *Diferentes perfiles de cualificación y niveles de implicación organizativa.* Siguiendo la línea mostrada en los estudios de referencia citados en el apartado teórico, se ha evidenciado una diversidad de perfiles en la cualificación de los profesionales que efectúan MIC: algunos participan como profesionales contratados por los propios centros, otros como profesionales de centros colaboradores que prestan servicios en los centros de salud y otros como voluntarios. Ello implica un escenario complejo a la hora de regular la profesión del mediador y especialmente de la MIC.
7. *Se ha detectado, a lo largo de todo el estudio, una gran necesidad de articular acciones de formación, sensibilización, prevención y creación de cultura de la paz, además de mediación.* El estudio en profundidad ha mostrado el limitado número de acciones, en el sentido de que han sido muy pocos centros los que las han desarrollado. Por otro lado, el estudio cualitativo ha mostrado cómo todas las personas participantes han expresado el valor y la necesidad de estas acciones de apoyo.
8. *El papel vital del apoyo y la voluntad institucional.* Esto queda reflejado en los resultados del estudio cualitativo. En las entrevistas se destacó como requisito imprescindible para la implementación y continuación de un servicio el apoyo de la dirección y la destinación óptima de los recursos económicos. En lo concerniente a los grupos focales, en todos se ha manifestado la importancia del apoyo de la dirección para la creación y consolidación del Servicio de Mediación.

Por ejemplo, sorprende el hecho de que en 2 de los centros del estudio, aún disponiendo de mediadores propios, no se realizó ningún proceso de mediación en salud. Este dato, en cambio, contrasta con que un único centro realizó 7 mediaciones en 2008. Por tanto, esto nos puede ayudar a entender el hecho de que probablemente, no todos los centros tienen la misma disposición hacia la cultura de

la resolución de conflictos por parte de los usuarios o de los profesionales y que, por los motivos que sean, no hacen uso de este recurso aunque lo tienen a su alcance. Esto nos lleva a pensar que no es suficiente que las organizaciones dispongan del recurso de la mediación, sino que también debe ir acompañado de políticas que favorezcan y faciliten su utilización por los profesionales y usuarios de los servicios sanitarios.

9. *Diversidad y complejidad en la organización y funcionamiento de los servicios.* Comporta, por un lado, la necesidad de formalizar y sistematizar para evaluar desde diversas perspectivas el servicio, pero también la necesidad de considerar las diversas peculiaridades de cada entidad y no caer en una burocratización excesiva.

Que la mayoría de las mediaciones haya sido efectuada por mediadores de la propia entidad puede resultar, en un principio, un beneficio a la hora de gestionar el conflicto debido a su grado de conocimiento de la estructura organizativa y de la realidad del ámbito. Esto, que *a priori* parece beneficioso, en realidad es relativo, ya que en algunos casos el hecho de que estos mediadores pertenezcan a la organización puede ser percibido por los profesionales sanitarios como una falta de los principios de neutralidad y de confidencialidad, que se han de ver garantizados en todo proceso de mediación. En cambio, esta percepción no se acostumbra a dar de manera tan frecuente en los usuarios de los servicios sanitarios, dado que no conocen al mediador aunque éste sea interno.

Otro factor mencionado como fuente de conflicto ha sido de carácter organizativo: la alta rotación implica en algunos casos que el profesional afronte la atención con carencias de información sobre el usuario. A veces estas personas substitutas no tienen tanto compromiso con los compañeros y compañeras como para “echar una mano” y se agudizan situaciones que generan conflicto con los usuarios. En definitiva, aquí el mediador hace de amortiguador de situaciones de estrés y presión que no han podido ser toleradas por los profesionales y/o usuarios del centro. Por tanto, podemos decir que la introducción de la mediación como proceso para tratar conflictos internos y externos ha aportado cambios de percepciones y por tanto cambios en la manera de resolver los conflictos, así como la toma de conciencia a nivel organizativo de que las empresas tienen conflictos y éstos se han

de gestionar. Esta conciencia favorece la colaboración y participación en la resolución del conflicto.

10. *Se ha identificado una falta de formalización y sistematización del proceso, en cuanto a protocolos y criterios de funcionamiento.* Por ejemplo, no están delimitados los tipos de conflictos a mediar, ni los tipos de solicitudes que se realizan, ni la duración del proceso, ni el coste del servicio, ni el tipo de seguimiento a utilizar. Este hecho puede dificultar la regulación por parte del CatSalut, pero también ha sido valorado positivamente por los profesionales de la salud como un elemento de agilidad y flexibilidad en el sistema.
11. *Las experiencias de intervención integradas se están manifestando como un efectivo recurso para la organización.* Experiencias como las de las UMS (UB-Departament de Salut) y el E-PRAC han puesto de manifiesto que es posible articular servicios integrados que den respuesta a las necesidades, e.g., de una organización tan compleja como el CSI en materia de gestión positiva de conflictos.
12. *La mediación evita la vía judicial de los conflictos, en gran medida.* Ahora bien, los conflictos que se dan con los usuarios están relacionados con la valoración de la calidad del servicio recibido y puede aplicarse la prevención y/o la resolución para que el conflicto no vaya a más, tal y como se está haciendo en las Oficinas de Atención al Usuario. Por otro lado, la tendencia natural de los conflictos que se sitúan en el ámbito de las “malas praxis” es que acaben en juicio. Además, es frecuente que en función de la relevancia del conflicto se utilice el mundo mediático para su difusión.

La reflexión y el debate sobre el sentido, las implicaciones y connotaciones de la mediación en el ámbito de la salud han estado presentes a lo largo de todo el trabajo. Finalmente, sobre la base de las experiencias vividas durante las diferentes fases del estudio cuantitativo y de los resultados obtenidos en el apartado de los grupos focales y entrevistas con los expertos, se ha llegado a formular una propuesta de conceptualización que, desde nuestra vertiente teórica y empírica, refleja lo que consideramos sobre la mediación en conflictos y la mediación intercultural. Cabe decir que puede entenderse el término mediación desde dos acepciones, según el contexto de aplicación: puede plantearse como una *intervención psicosocial* orientada a la gestión de conflictos, que permite incluir diferentes actuaciones, o puede considerarse como una *acción profesional específica*, representada en la aplicación de un proceso estructurado.

Dentro de la primera acepción, obtenemos un enfoque más amplio y flexible, planteando una intervención que, vinculada con otras actuaciones, facilita la resolución de la situación conflictiva, compartiendo los valores de la mediación e integrando el uso de diversas técnicas. Permite entender la actuación en las diferentes fases del problema, desde la prevención hasta la resolución.

Considerada desde la vertiente de una acción profesional concreta podemos definir la *mediación en salud* de una forma más delimitada: es una “metodología alternativa para gestionar positivamente conflictos originados por las *diferencias* en las organizaciones prestadoras de servicios sanitarios donde el mediador facilita, desde la imparcialidad, la creación de un espacio de diálogo para que las partes en conflicto puedan llegar al entendimiento”. Y, en concreto en la *mediación intercultural en salud* se entiende, entonces, como “metodología alternativa para gestionar positivamente conflictos originados por las *diferencias culturales* en las organizaciones prestadoras de servicios sanitarios”. Serían acciones de orientación intercultural aquellas que tienen como finalidad facilitar la accesibilidad de los usuarios de otras culturas en el sistema sanitario y la prestación del servicio para los profesionales de las organizaciones sanitarias como acciones integradas de traducción, información, seguimiento, etc.

El ámbito de la salud necesita disponer de una arquitectura funcional y válida para dar respuesta de una manera integradora a todos los planteamientos anteriormente comentados. En este sentido, ha de preservar el ciclo natural y el itinerario del conflicto en el seno del funcionamiento de la organización, y poner a su servicio los recursos necesarios para dar cobertura a todos los diferentes niveles de gestión de los conflictos.

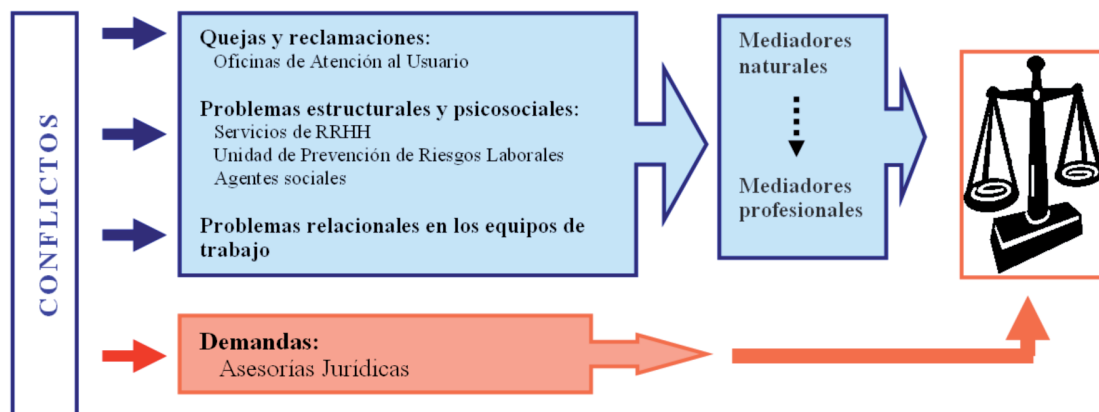
El conflicto en el sistema sanitario tiene unas puertas de entrada: concretamente las Oficinas de Atención al Usuario, los Servicios de Recursos Humanos, las Unidades de Prevención de riesgos laborales, además de otros espacios potenciales como, por ejemplo, los propios equipos de trabajo donde se originan los conflictos interpersonales o los derivados de la relación de jerarquía. Estos agentes tienen la función implícita de contener y/o resolver el conflicto en un primer nivel, pero en el caso de no encontrar una gestión positiva a la situación problemática, ésta puede escalar y pasar a otro grado de resolución, implicando la intervención de los mediadores naturales y/o de los profesionales dependiendo de la naturaleza de cada caso.

Según los resultados de la investigación realizada en el marco del LBM, es en este nivel donde se ubican las in-

tervenciones realizadas en la actualidad por los servicios de mediación existentes. Por tanto, esta situación deja fuera de la gestión interna de la organización un tipo de conflicto con baja prevalencia pero de un gran impacto

cualitativo, como es el caso de las demandas, que pasan directamente a la vía judicial sin que se haya hecho ningún intento previo de negociación positiva a través de la mediación.

Gráfico 6. El conflicto en el sistema sanitario



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

Teniendo en cuenta los costes tan elevados que comporta la tramitación de una demanda judicial por mala asistencia, en tiempo, recursos y malestar emocional para los afectados, se plantea como una buena opción la posibilidad de aplicar la mediación también a estas demandas para favorecer, especialmente, la comunicación entre el profesional de la salud y el usuario y dar la oportunidad de establecer y/o transformar la relación para llegar a un entendimiento con más satisfacción para todas las partes y un menor coste. En este sentido, sería bueno que se pudiese ofrecer esta alternativa desde las propias organizaciones sanitarias, de forma previa a la incoación del procedimiento judicial, pero también existe la posibilidad de que el ofrecimiento de la mediación se haga una vez iniciada la demanda, desde el paradigma de la justicia restaurativa.

6.2 Recomendaciones

En relación a los profesionales:

- Deben regularse las profesiones y perfiles de las personas que participan en la mediación y en las acciones de apoyo, delimitando las competencias y cualificaciones para ordenar el mapa profesional. Aún reconociendo el valor y necesidad de diversos

perfiles como son el mediador natural, los mediadores profesionales, los formadores, orientadores, etc., que puedan ser contratados en la propia organización o por una entidad proveedora de servicios, consideramos que es muy importante recordar que un mediador profesional cualificado puede desarrollar acciones de formación, prevención, orientación, etc. Pero un traductor o un formador, por ejemplo, no puede ser considerado mediador si no dispone de una formación técnica específica.

- El tipo de contenidos formativos para poder formar a un “mediador en salud” más allá de la información básica ha de contemplar la posibilidad de incorporar un conocimiento específico de las características de la organización sanitaria y del tipo de conflicto específico relativo a la salud (enfermedad, sufrimiento, relación emocional, etc.). Y también por este motivo creemos que una formación necesaria debería ser el aporte de herramientas para el crecimiento personal y el propio cuidado del profesional (restauración psicológica), para preparar y “empoderar” al profesional-mediador para afrontar el conflicto específico en salud. Asimismo, sería bueno que una formación basada en la gestión positiva del conflicto, las diferencias y la negociación

basada en el modelo colaborador fuese el eje principal básico para este ámbito.

En relación a la interculturalidad en salud:

- La relación intercultural en salud necesita de competencias interculturales. Competencias que han de facilitar una adecuada relación asistencial y clínica, la comunicación y el trabajo en equipo, por poner unos ejemplos. Estas competencias se podrían desarrollar mediante acciones formativas o mediante unos profesionales especialistas que tengan como función principal estas labores de orientación intercultural. Consideramos que es muy importante diferenciar los perfiles, no equiparando un traductor con un especialista en resolución de conflictos interculturales.
- Hay que recordar el hecho de la cualificación y el etnocentrismo. Ser nativo no garantiza la competencia intercultural. Todo profesional intercultural, sea de la cultura que sea, necesita de una formación específica y en el caso de la MIC, de una formación en resolución de conflictos interculturales.
- Deberá ampliarse el concepto de MIC a otros colectivos que no son inmigrantes como el caso de los profesionales del sistema de otras nacionalidades, es decir, profesionales que trabajan juntos y pueden tener serios conflictos causados por el factor cultural, o las personas jubiladas procedentes de terceros países, que sin ser inmigrantes, también necesitan una atención específica.

Algunas de las recomendaciones más operativas se podrían concretar en:

- Potenciar en los ámbitos de la salud: la prevención, la educación y la resolución de los conflictos en el marco de una cultura de la paz.
- Incentivar la investigación teórica y aplicada, a partir de la cual crear, aplicar y validar modelos en el ámbito de la salud.
- Incentivar la difusión de la mediación en el ámbito de la salud.
- Crear estructuras que acompañen la implantación de la mediación en los centros de salud o bien estructuras que den servicio externo.
- Determinar la mejor ubicación de los Servicios de Mediación.
- Crear protocolos de actuación de la mediación y procedimientos internos, manteniendo la flexibilidad de la herramienta.

- Reglamentar en convenio colectivo la posibilidad de incluir la herramienta de la mediación como primera premisa de solución en el ámbito de la salud (paso previo a la vía judicial).
- Crear grupos de supervisión en el ámbito de la salud, e incentivar la creación de redes y organismos que operen a nivel intra y extra sanitario.
- Profesionalizar mediadores expertos en el ámbito de la salud mediante formación específica en atención primaria, hospitalaria, interculturalidad en salud, sociosanitaria, etc.

7 Bibliografía

- AA.VV. (2000). *Médiation sociale et nouveaux modes de réduction des conflits de la vie quotidienne*, Actes du Séminaire Européen de Créteil, Septembre.
- AA.VV. (2001). "Mala praxi, la industria del juicio". *A Médicos. Medicina Global* n. 19. Septiembre. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero19/pagina06.htm>
- Abrevaya, S., Basz, V. (2005). *Facilitación en Políticas Públicas. Una experiencia Interhospitalaria*. Buenos Aires: HL Librería Editorial Histórica.
- Aneas, A., Armadans, I., Fernández, R. (2009). "Interculturalidad en Salud en España. Acciones, lagunas y contradicciones relativas a la atención de la población extranjera", en P. Casanovas et al. *Simpòsi sobre Tribunals de Mediació. Barcelona. Nous camins per a la justícia. Comunicacions*, Barcelona: Ed. Huygens, pp. 157-163.
- Armadans, I., Aneas, A., Soria, M.A., Bosch, L. (2009). "La mediación en el Ámbito de la Salud", en *Medicina Clínica*, 133 (5), 187-192.
- Baigorri, J., Alonso, I. (2006). "Notas sobre la interpretación en los servicios públicos de salud en Castilla y León", en *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1, pp. 175-186.
- Berra S., Elorza Ricart J.M., Bartomeu, N., Hausmann, S., Serra-Cots, F., Burón, A., Castells, X., Riu, M., García, O., Vall, O. (2006). *Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis sanitaris. Anàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant*. Hospital del Mar – Institut Municipal d'Assistència

- Sanitària. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immimipact07.pdf> (consulta: 18 enero 2010).
- Blanch, A. (2008). *Mental Health Systems Try New Approaches to Conflict Resolution*. Disponible en: <http://nasmhpd.org/ntac/networks/fallink.html>
- Bonafé-Schmitt, J.P. (2007). *Les médiations dans le domaine de la santé. Médiation et Santé* [ponencia]. Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel, dans le cadre d'une collaboration entre l'IDS et le CEMAJ. Disponible en: <http://www2.unine.ch/cemaj/page20081.html>.
- CatSalut (2009). *Memòria*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, CatSalut.
- Cots, F., Burón, A., Castells, X., Riu, M., García, O., Vall, O. (2006). "Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis sanitaris. Anàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant" en *Estudis d'Economia de la Salut*, pp. 91-111. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immimipact07.pdf> (consulta: 18 enero 2010).
- Currie C.M. (1998). "Mediation and Medical Practice Disputes", en *Mediation Quarterly*, vol. 15, n. 3, pp. 215-226.
- Decastello, A. (2008). "Mediation in health", en *Hungarian Medical Journal*, vol. 2, n. 2, pp. 193-199.
- De Diego, R., Guillén, C. (2006). *Mediación. Procesos, tácticas y técnicas*. Madrid: Pirámide.
- Departament de Salut (2006). *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut, Generalitat de Catalunya*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (2002). *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària, Generalitat de Catalunya*. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris. Barcelona.
- Esparrica, J., Cervera, C.L., Armadans, I. (2009). "Espais de resolució de conflictes en les organitzacions de salut: de la teoria a la pràctica", en P. Casanovas et al., *Simposi sobre Tribunals de Mediació. Nous camins per a la justícia*, Barcelona: Ed. Huygens, pp. 175-184.
- Font, J.N. (2001). "La mediación en disputas de impericia médica: la solución a la armonización de los intereses a las partes", en *Revista del colegio de abogados de Puerto Rico*. Edición especial [revista electrónica]. Disponible en: http://www.ramajudicial.pr/negmed/Recursos/Documentos/CongresoMetAlt_Vol62_Dic2001_Num3_y_4.pdf
- García, P. (2006). *Estat de salut i condicionants de la utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya: Estudi inicial en base a l'ESCA* (Enquesta de salut de Catalunya). Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immestat07.pdf> (consulta: 18 enero 2010).
- García Castaño, F.J., Granados Martínez, A., Martínez Chicón, R. (2006). "Comprendiendo y construyendo la mediación intercultural", en *Revista Portularia*, n. 6, pp. 13-27.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- González Pérez, V. (Dir.) (1995). *Inmigrantes marroquíes y senegaleses en la España mediterránea*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Treball i Afers Socials.
- Helman, C.G. (1990). *Culture, Health and illness: An introduction for health professionals*. Jordan Hill, Oxford, UK: Butterworth Heinemann Herman.
- Hicks, E., Hicks, J. (2006). *The Law of Attraction: The Basics of the Teachings of Abraham* Esther and Jerry Hicks. New York: Hay House.
- IDESCAT (2008). *La immigració, ara i aquí. Catalunya 2008. Dades estadístiques*. Generalitat de Catalunya: Idescat (Institut d'Estadística de Catalunya).
- Kamphausen, W. (2004). "Inmigrantes en Europa: condición sanitaria, riesgos para la salud y fomento de la salud", en *Quadern CAPS*, vol. 32, n. 8.
- Lederach, J.P. (1989). *Elementos para la resolución del conflicto*, México, D.F.: Servicio de Paz y Justicia.
- Martin, A. (2006). "La realidad de la traducción e interpretación en los servicios públicos en Andalucía", en *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1, pp. 129-150.
- Monge Baciero, E.M., Aranzana, A. (2009). "Gestionar positivamente los conflictos en los equipos de atención primaria", en *FMC*, vol. 16, n. 1, pp. 1-4.

- Moore, C.W. (1986, 1991). *The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflict*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Natasha, C.M. (2008). "Mediation and Medical Malpractice. The Need to Understand Why Patients Sue and a Proposal for a Specific Model of Mediation", En *Journal of Legal Medicine*, vol. 29, n. 3, pp. 285-306.
- Novel, G. (2008). *Los programas educativos en la resolución de conflictos en el ámbito sanitario propuesta de un modelo*. Tesis doctoral. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/9159/1/T30719.pdf>
- Novel G. (2009). "Sistemas de mediación en organizaciones complejas: el caso de la salud", en P. Casanovas et al. (Eds.) *Materiales del Libro Blanco de Mediación a Catalunya*. Vol I. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Centre d'estudis Jurídics i Formació Especialitzada, pp. 273-283.
- Novel G. (2010). *Mediación organizacional: Desarrollando un modelo de éxito compartido*. Madrid: Reus.
- Palomo, J.L., Santos, I.M., Ramos, V.I., Ortiz, P.M. (2008). "El médico en el estrado. Recomendaciones para comparecer como perito en los tribunales", en *Medicina Clínica*, n. 130, pp. 536-541.
- Parsons, C. (1990). "Cross-cultural issues in health care", en J. Reid & Trompf (Eds.) *The health of immigrant Australia: A social Perspective*, Sydney, Australia: Harcourt, Brace Jovanovich, pp.108-148.
- Petitclerc, J.M. (2002). *Pratiquer la médiation sociale. Un nouveau métier de la ville au service du lien social*. Institut de Formation aux Métiers de la Ville (IFMV). Paris: Dunod.
- Rodríguez, J.L. (2005). *Reclamaciones derivadas de la asistencia sanitaria pública deficiente en Catalunya. Análisis y evolución del período 1994-2002*. Tesis doctoral. Disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TDX.cesca.es/TDX-0629106-110011/index_cs.html
- Sales Salvador, D. (2006). Mapa de situación de la traducción/interpretación en los servicios públicos y la mediación intercultural en la Comunidad Valenciana y la región de Murcia", en *Revista española de lingüística aplicada*, vol. Extra 1, pp. 85-110.
- Sarries, L., Casares, E. (2008). *Buenas practicas de recursos humanos*. Madrid: Esic.
- Saulo, M., Wagener, R.J. (2000). "Mediation Training Enhances Conflict Management by Healthcare Personnel", en *The American Journal of Managed Care*, vol.6, n. 4, pp. 473-483.
- Serra-Sutton, V., Hausmann, S., Bartomeu, N., Berra, S., Elorza Ricart, J.M., Rajmil, L. (2004). *Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0402ca.pdf> (consulta: 18 gener 2010).
- Skjorshammer, M. (2001a). "Conflict Management in a hospital", en *Journal of Management in Medicine*, vol. 15, n. 2, pp. 156-166.
- Skjorshammer, M. (2001b). "Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts", en *Journal of Interprofessional Care*, vol.15, n. 1, pp. 7-18.
- Skjorshammer, M. (2002). "Understanding conflicts between health professionals: a narrative approach", en *Qualitative Health Research*, vol. 12, n. 7, pp. 915-93.
- Stoller, S. (2008). *Mediation in the Healthcare Context: Challenges and Responses*. Disponible en: <http://www.nyc.gov/html/oath/pdf/Stoller.pdf> (consulta: 14 agosto 2010).
- Sutton,V., Rajmil, L.(2004). *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf> (consulta: 18 enero 2010).
- Toledano, C., Fumero, C., Díaz, A. (2006). "Traducción e interpretación en los servicios públicos: situación en la comunidad autónoma canaria", en *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1. pp. 187-204.
- Ugarte Ballester, X. (2006). "Traducción e interpretación de los servicios públicos en Cataluña y Baleares", en *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1. pp. 11-128.

- Ury, W. (2005). *Alcanzar la Paz. Resolución de conflictos y mediación en la familia, el trabajo y el mundo*. Barcelona: Paidós.
- Vázquez, M.L., Terraza, R., Vargas, I., Rodríguez, P. (2007). *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immatenc07.pdf> (consulta: 18 enero 2010).
- Vázquez, M.L., Terraza, R., Vargas, I., Rodríguez, P. (2007b) *Polítiques sanitàries per a la població immigrant en el context nacional i internacional*. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/polisan2009.pdf> (consulta: 18 enero 2010).
- Villagrasa, C. (2004). *La mediació. L'alternativa multidisciplinària a la resolució de conflictes*. Barcelona: Editorial Pòrtic.
- Wall, J.A., Stark, J.B., Standifer, R.L. (2001). "A current review and theory development", en *Journal of Conflict Resolution*, vol. 45, n.3, pp. 370-391.
- Zapata, R. (2004). *Inmigración, innovación política y cultura de acomodación en España: un análisis comparativo entre Andalucía, Cataluña, la Comunidad de Madrid y el Gobierno Central*. Barcelona: Cidob.

Recursos online

- <http://www.msc.es/organizacion/sns/home.htm>
- <http://www10.gencat.net/catsalut/cat>

Notas

- 1 El CatSalut como ente público responsable de garantizar las prestaciones de los servicios sanitarios de cobertura pública a todos los ciudadanos, lleva a cabo su actuación sectorializando la Comunidad Autónoma de Cataluña en 7 RS: Barcelona, Girona, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Lleida, Alt Pirineu y Aran, Catalunya Central.
- 2 Para ayudar a cubrir los objetivos del modelo sanitario catalán, y dentro de una política basada en el aprovechamiento de todos los recursos existentes, se creó la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (Red Hospitalaria de Utilización Pública), formada por los hospitales de Cataluña.
- 3 Y también a través de algunos recursos de atención sociosanitaria y de atención psiquiátrica y de salud mental que se han quedado fuera del universo de este estudio.
- 4 <http://www10.gencat.net/catsalut>
- 5 En cada RS hay una persona responsable del PDI y un registro de los datos referidos a aquel territorio que se envían a un registro centralizado, donde hay información de las mediaciones interculturales realizadas en toda Cataluña.
- 6 <http://www.gencat.net/diari/5161/08162036.htm>
- 7 Se crea este grupo para no repetir un mismo centro en dos grupos.
- 8 En este caso no interesa el número de centros y se prioriza la información sobre las actuaciones. Por ello, se contempla la posibilidad de más de una respuesta, dado que un mismo centro puede hacer actuaciones de mediación y de apoyo conjuntamente. Por esta razón se explica que el porcentaje no encaje con los datos anteriores.
- 9 Consultora privada que se dedica a la formación.
- 10 CMI International Group es una consultora internacional especializada en negociación y resolución de conflictos.
- 11 Unió Consorci Formació (UCF) se dirige a asociados y al resto de organizaciones vinculadas al mundo de la sanidad.
- 12 La creación de 37 GTS tiene el objetivo de acercar el gobierno de la salud a la diversidad del territorio mediante nuevos mecanismos de cogobierno entre la Generalitat de Cataluña y el Gobierno Local, de manera que se incremente la responsabilidad de ambas administraciones en la atención prestada a la ciudadanía y la comunidad.
- 13 En el caso de los mediadores sénior, están vinculados a entidades proveedoras de servicios de mediación, ayuntamientos o consejos comarcales.

- 14 El Departament de Salut y la Fundación La Caixa firman un convenio de colaboración para implantar y reforzar una red de mediadores interculturales en los servicios sanitarios de Cataluña.
- 15 Programa “Inmigración y Salud”, Asociación Salud y Familia, Memoria año 2007.
- 16 Para facilitar la lectura de las diferentes citas las identificaremos con un sistema de códigos: focus-groups (FG) y entrevistas a expertos (EE). Hemos respetado el idioma y la oralidad de las expresiones en las transcripciones.
- 17 Ver en Anexo la perspectiva teórica de la mediación en organizaciones, de la cual parte la experiencia.