

# La mediació en l'àmbit de la salut

## Autors i equip d'investigació

**Immaculada Armadans** (Universitat de Barcelona). Direcció, coordinació i coautoria

**Bruna Mola** (Universitat de Barcelona)

**Assumpta Aneas** (Universitat de Barcelona)

**Judith Esparrica** (CSI; Consorci Sanitari Integral)

**Eva Monge** (ICS; Institut Català de la Salut)

**Blanca Igual** (Fundació Pi i Sunyer),

amb la col·laboració de Jordi Rodríguez (Responsable Afers Socials i Relacions del Treball, CSI, Consorci Sanitari Integral); Tona Lizana (Departament de Salut); Mariana Isla (Associació Salut i Família) Sira Vilardell (Fundació Surt); Josep Redorta (Revisor del capítol); Gloria Novel (Observatori de Mediació de la Universitat de Barcelona)

## Relacions institucionals:

Ricard Armengol (CatSalut); Eva Monge (Institut Català de la Salut, ICS)

## Suport general a la investigació:

Alicia García (Directora de Recursos Humans, CSI); Jordi Rodríguez (Responsable Afers Socials i Igualtat, CSI); Marta Palacin Lois (Universitat de Barcelona); Carles Cervera (Institut de Seguretat Ciutadana); Alma Ramírez (becària); Anna Ciurana (becària); Lucybel Vásquez (becària); Anna Campos (becària); Rubén Rodríguez (becari); Antígona Gallardo (becària)

## Resum

En les darreres dècades s'han produït canvis socials relacionats amb la salut, com ara l'ampliació del concepte de salut i la importància del benestar físic, psíquic i social més enllà de l'absència de malaltia, l'augment de la longevitat, la immigració i la necessitat de garantir el dret a la salut per a tota la ciutadania, entre d'altres. Les organitzacions sanitàries, els professionals i els usuaris dels serveis sanitaris en el model sanitari català estan immersos en un escenari complex i multicultural, on hi conflueixen diversos elements i es generen diversos conflictes al si del sistema de salut. La mediació es presenta com una bona alternativa per a resoldre disputes en l'àmbit sanitari, amb la inclusió d'una tercera figura neutral. Tanmateix, pot esdevenir una bona eina preventiva i educativa per poder minimitzar els costos de reclamacions sanitàries dels usuaris (Rodríguez, 2005), pot millorar les relacions interpersonals, interculturals i els conflictes laborals dels professionals dels centres de salut (Esparrica, Cervera, Armadans, 2009). També té un bon potencial per a evitar litigis.

Podem definir la mediació en l'àmbit de la salut com un "procés no jurisdiccional", una metodologia per poder intervenir psicosocialment en la gestió del canvi, en els riscos i els conflictes existents en l'àmbit sanitari. L'escenari dels conflictes originats en l'àmbit de la salut descansa al voltant del sistema sanitari català on hi conflueixen diferents actors. Per una banda, estan els ciutadans que fan ús del seu dret a la salut i que reben assistència en els centres sanitaris; d'altra, hi són els professionals que presten els seus serveis en els esmentats centres, desenvolupant les seves funcions en equips multidisciplinaris i, per últim, la tercera part que hi conforma aquest sistema està formada pels polítics i els gestors, que dissenyen i implementen les polítiques sanitàries.

Ara bé, la mediació és un recurs emergent i amb una experiència recent en l'àmbit. Per tot això, l'objectiu general de l'estudi de l'ET8 consisteix en identificar i caracteritzar l'estat del desenvolupament de la mediació i dels sistemes extrajudicials de resolució de conflictes en l'àmbit de la salut a Catalunya, amb l'objecte d'elaborar propostes de futur respecte a les necessitats i a l'ús de la mediació en els conflictes generats en aquest àmbit. Tanmateix, es vol reflectir l'estat i el nivell de desenvolupament teòric i empíric d'aquests sistemes. Per tot això, es realitza una anàlisi de la situació de la "institució de la mediació" amb l'objectiu d'establir *un primer mapa de serveis de mediació de conflictes* en l'àmbit de la salut dins el territori de Catalunya.

Això doncs, s'ha pogut constatar la necessitat del *paper del recolzament i la voluntat institucional* per donar impuls a la mediació en aquest àmbit. La mediació intercultural i algunes experiències presentades en aquest estudi ofereixen respostes a la creixent necessitat d'atendre els conflictes en l'àmbit de la salut, des de la prevenció, educació i resolució, en el marc d'una cultura de la pau. Ara bé, caldrà en un futur formalitzar i estructurar adientment els serveis de mediació i fer una adequació òptima a l'àmbit de la salut en tots els seus elements (perfil del mediador, ubicació, funcionament del servei, etc.) per tal de poder ser implementada en el sistema.

## Paraules clau

Mediació, conflictes, interculturalitat, professionals de la salut, usuaris, salut, àmbit de la salut, sistema sanitari, centres de salut, mediació intercultural, serveis de mediació, cultura de la pau.

## Índex

- 1 El marc teòric
  - 1.1 Identificació de l'objecte i de la perspectiva teòrica adoptada: trets específics de la mediació en l'àmbit de la salut
    - Definició de la mediació
  - 1.2 Referència a dades i estudis comparatius
  - 1.3 Estat de l'art a Catalunya
- 2 Estudi sobre la mediació en l'àmbit de la salut (dades quantitatives)
  - 2.1 Característiques de l'estudi
    - 2.1.1 Objectius i univers d'estudi
    - 2.1.2 Disseny de la investigació
      - Primera Fase: estudi preliminar
      - Segona Fase: estudi en profunditat
      - Tercera Fase: realització de grups focals, entrevistes semiestructurades i descripció d'una experiència
    - 2.1.3 Consideracions respecte a l'estudi
  - 2.2 Estudi quantitatiu
    - 2.2.1 El nivell d'institucionalització de la mediació en l'àmbit de la salut a Catalunya
    - 2.2.2 La institucionalització de la mediació: mediacions interculturals, mediacions en salut i actuacions de suport
    - 2.2.3 L'interès de les organitzacions de salut per la mediació: predomini de mediacions interculturals
    - 2.2.4 Mediacions en salut (MS) realitzades a Catalunya durant l'any 2008
    - 2.2.5 Actuacions de suport realitzades a Catalunya durant l'any 2008
- 2.2.6 MIC: actuacions realitzades a Catalunya durant l'any 2008
  - Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut (PDI)
  - L'Associació Salut i Família (SiF)
  - La Fundació SURT
  - Entitats de mediació intercultural detectades amb l'enquesta (EMICE)
- 3 Dades qualitatives: escenaris de conflicte
  - 3.1 La mediació en salut i la seva aplicació
  - 3.2 Context i estructura organitzativa
  - 3.3 Característiques de la mediació
    - Procés de la mediació
    - Tipus de conflictes tractats en els centres de salut
  - 3.4 El perfil del mediador
  - 3.5 Principis de la mediació
  - 3.6 Regulació legal
  - 3.7 Perspectives de futur
- 4 La mediació en salut: experiències rellevants desenvolupades a Catalunya
  - 4.1 El Projecte de Mediació Sanitària UB-Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
    - 4.1.1 Antecedents
    - 4.1.2 Sobre la formació de mediadors/res especialistes en l'àmbit de salut
    - 4.1.3 Sobre la conceptualització, disseny i abast de les Unitats de Mediació Sanitària (UMS)
    - 4.1.4 Oferta actual de serveis i resultats obtinguts

4.2	L'espai de Mediació al Consorci Sanitari Integral: de l'E-PRAC (Espai per a la Prevenció i Resolució Alternativa de Conflictes) al SEMI (Servei de Mediació i Igualtat).		4.3.6	Exemples d'altres tipus de conflictes sanitaris
	4.2.1	Antecedents	5	Prospectiva i valoració
	4.2.2	Objecte i característiques del servei E-PRAC	5.1	Prospectiva i valoració: possible evolució dels conflictes
	4.2.3	Estat actual de l'espai de Mediació	5.2	Prospectiva i valoració: adequació de la mediació
4.3	Itinerari metodològic de la mediació prestada a l'E-PRAC	6	6	Conclusions
	4.3.1	La premediació	6.1	Trets de la institució de la mediació en salut
	4.3.2	Categorització del conflicte	6.2	Recomanacions
	4.3.3	La mediació	7	Bibliografia
	4.3.4	La postmediació		Notes
	4.3.5	Un cas pràctic detallat: conflicte entre professionals de diferents institucions		

## 1 El marc teòric

### 1.1 Identificació de l'objecte i de la perspectiva teòrica adoptada: trets específics de la mediació en l'àmbit de la salut

L'objectiu general d'aquest equip de treball (ET8) és desenvolupar una investigació sobre l'estat de la mediació i els sistemes extrajudicials de gestió i resolució de conflictes en l'àmbit de la salut.

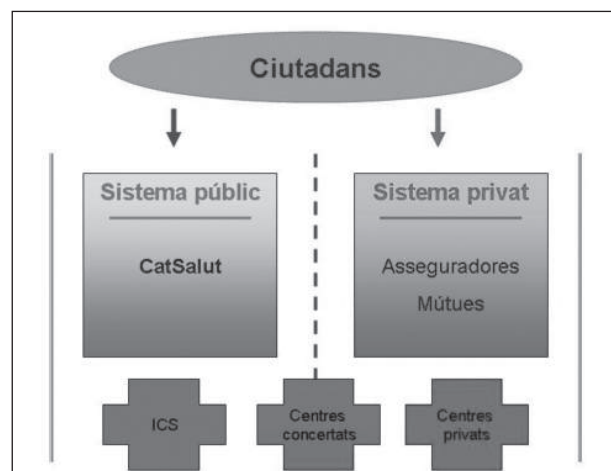
En el moment que es planteja aquest estudi existeix un desconeixement global de tot el que s'està fent en mediació, per això el principal objectiu de l'estudi se centrà en tractar de conèixer el nivell de desenvolupament teòric i pràctic d'aquest sistema, i més concretament, en recollir informació sobre l'estat de la mediació i actuacions de suport en els centres sanitaris de Catalunya durant l'any 2008, per a poder elaborar un primer mapa dels serveis de mediació sanitària.

L'equip investigador es planteja, per una banda, la necessitat de recollir informació sobre estructures i actuacions de mediació i de suport i, per una altra banda, la necessitat d'elaborar propostes de futur per a la gestió i transformació dels possibles conflictes que es donen en els diversos escenaris de salut, delimitant el possible paper de la mediació en la prevenció i resolució d'aquests conflictes, intentant establir pautes i processos d'implantació i funcionament d'aquests serveis pel seu ús i/o derivacions si s'escau. Això ha de permetre minimitzar els costos humans i econòmics que sorgeixen a conseqüència dels casos de litigi impropri.

És important conèixer, d'inici, la complexitat que comporta el marc d'estudi; aquesta complexitat es deriva de la idiosincràsia dels diferents elements que conformen l'escenari on es desenvolupa el dret a la salut.

- **Legislació en matèria sanitària.** Tant la norma de rang més alt en l'ordenament jurídic espanyol, la Constitució espanyola, com la resta de normes jurídiques supeditades a ella estan orientades a possibilitar el dret a la salut de tots els ciutadans, promovent una atenció integrada i gratuïta.
- **Model sanitari català.** Es tracta d'un model mixt que integra tots els recursos sanitaris en una xarxa única, amb finançament públic i cobertura universal (per a tots els ciutadans de Catalunya). El Servei Català de la Salut (CatSalut) és l'organisme encarregat de garantir les prestacions sanitàries de cobertura pública, el ciutadà compta amb una targeta sanitària individual (TSI) que l'identifica i acredita com a assegurat del CatSalut i li permet l'accés als centres i serveis del sistema sanitari públic. Alhora, aquests mateixos ciutadans tenen la possibilitat d'accedir al sistema sanitari privat, contractant una assegurança que els hi permeti rebre assistència en els centres privats escollits.

Gràfic 1. Model sanitari català



Font: Elaboració pròpia amb dades de l'ICS.

- **Centres sanitaris.** Existeix un gran ventall de centres prestadors de serveis sanitaris que es poden classificar depenent de la seva titularitat: pública o privada; segons el servei prestat: atenció primària, hospitals, sociosanitaris, salut mental, drogoaddiccions, etc.; segons l'àrea geogràfica d'assistència: rurals o urbans. A més, poden adoptar diverses formes com a consorcis, empreses públiques, corporacions, patronats o fundacions; això fa que varii també en les seves dimensions, des de petites institucions amb pocs professionals fins a grans consorcis integrats per molts centres de diferents característiques.
- **Usuaris.** Com ja hem vist, segons el principi d'universalitat tots els ciutadans de Catalunya tenen dret a la cobertura sanitària, per tant tots són potencials usuaris del sistema. Aquesta característica implica una gran heterogeneïtat en la població a la qual està adreçada l'assistència sanitària que, a més, en situació de malaltia compta amb un important component de vulnerabilitat.
- **Professionals.** També en aquest col·lectiu es dona una gran varietat, quan parlem de l'àmbit sanitari trobem professionals de diferents disciplines i categories que conviuen en un equip de treball amb la missió de prestar una assistència sanitària de qualitat. A més de la varietat de perfils professionals, també existeixen diferents relacions contractuals, amb convenis i drets diferents.

El Sistema Nacional de Salut (SNS), que és el sistema aplegat dels Serveis de salut de l'Estat i de les Comunitats Autònomes (CCAA) que integra totes les funcions i prestacions sanitàries responsabilitat dels poders públics, proporciona el marc més ampli de referència a partir del qual es defineix el model sanitari català i, per tant, el funcionament dels diferents centres on es presta el servei sanitari als ciutadans de Catalunya.

La Constitució espanyola de 1978 estableix, en el seu article 43, el dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària de tots el ciutadans. Efectivament, l'article 43.1 reconeix "el dret a la protecció de la salut" i el 43.2 diu que són els poders públics els que han d'"organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i a través de les prestacions i dels serveis necessaris. La llei establirà els drets i els deures de tothom en aquest punt."

Per a donar resposta a aquests continguts constitucionals es va publicar la Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat, que recull els principis que possibiliten l'exercici del dret fonamental esmentat:

- Finançament públic, universalitat i gratuïtat dels serveis sanitaris.
- Prestació d'atenció integral de la salut.
- Integració de serveis públics al servei de la salut.
- Descentralització política de la sanitat a les CCAA, que tenen les competències en matèries com: planificació sanitària, salut pública i assistència sanitària.

El fet que les CCAA assumeixin aquestes competències afavoreix l'aproximació de la gestió de l'assistència sanitària al ciutadà, vetllant així pel manteniment de garanties com l'equitat, la qualitat i la participació ciutadana, recollides a la Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del SNS.

El model sanitari català, concretat a la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), afirma un sistema d'integració de tots els serveis i recursos tan sanitaris com sociosanitaris en una xarxa única d'utilització pública. En aquest marc, el Departament de Salut assumeix la funció de planificació i avaluació del sistema sanitari, i actualment és el promotor del projecte de descentralització de la governança del sistema que incorpora ens locals i comarcals i representants ciutadans en els governs territorials de salut. D'altra banda, l'òrgan responsable de l'articulació de la integració dels serveis sanitaris és el CatSalut, que es presenta com a l'ens garant de les prestacions sanitàries de cobertura pública i s'encarrega de la planificació dels serveis esmentats, del seu finançament, l'avaluació i la compra a les entitats proveïdores.

La prestació dels serveis sanitaris es fa en dos nivells:

- El primer nivell d'accés és *l'atenció primària*, prestada als "centres de salut" que, segons la definició inclosa al Reial Decret d'autorització de centres, serveis i establiments sanitaris són: "Estructures físiques i funcionals que possibiliten el desenvolupament d'una atenció primària de salut coordinada, globalment, integral, permanent i continuada, i amb base en el treball en equip dels professionals sanitaris i no sanitaris que actuen al mateix. En ells desenvolupen les seves activitats i funcions els Equips d'Atenció Primària". Els "consultoris" també són "Centres sanitaris que, sense tenir la consideració de Centres de Salut, proporcionen atenció sanitària no especialitzada."
- El segon nivell d'accés a la sanitat pública és *l'atenció especialitzada*, que inclou l'atenció hospitalària, sociosanitària, psiquiàtrica i salut mental, dro-

godependències, així com altres recursos d'atenció especialitzada.

La forma de prestació de l'assistència sanitària especialitzada està fonamentada en la Llei General de Sanitat, que recull en el seu articulat:

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.”*

Tota aquesta informació ens permet tenir algunes nocions necessàries per entendre el context en el qual anem a desenvolupar l'estudi de l'ET8 al Llibre Blanc de la Mediació a Catalunya (LBM), i fer una aproximació a les dificultats que pot trobar la mediació per a la seva implantació com a sistema eficient de gestió de conflictes al món sanitari.

## Definició de la mediació

La mediació com a concepte presenta dificultats quan volem incloure tots els matisos, les diverses visions i aportacions dels diversos autors que han ajudat a definir-la. Pot ser considerada com una tècnica o forma d'actuar (De Diego i Guillén, 2006) que pot tractar conflictes, entre molts d'altres, ubicats en els centres de salut entre pacients i personal sanitari. La mediació s'inspira en la promoció de la cultura de la pau i contempla la prevenció, la resolució o la contenció dels conflictes que, per la seva condició d'inherència a l'ésser humà, es produeixen inevitablement al si de totes les relacions interpersonals (Ury, 2005).

La mediació en general, ha estat molt útil en múltiples contextos i per a la solució de diferents problemàtiques, així com per gestionar conflictes en diversos àmbits (Villagrassa, 2004; Wall et al., 2001). Ara bé, en l'àmbit de la salut és un fenomen emergent encara i amb una experiència recent (Armadans, 2009).

L'equip de treball ha utilitzat com a definició operativa per a l'estudi empíric l'establerta en la Llei de mediació en l'àmbit del dret privat i que defineix la mediació com *“Un procediment no jurisdiccional de caràcter voluntari i confidencial que s'adreça a facilitar la comunicació entre*

*les persones, grups de persones o entitats per tal que gestionin per elles mateixes una solució dels conflictes que els afecten, amb l'assistència d'una persona mediatra de forma imparcial i neutra”.*

La mediació en l'àmbit de la salut es defineix com una metodologia alternativa per a resoldre disputes en l'àmbit sanitari, amb la inclusió d'una tercera part neutral, que constitueix la figura del mediador (Decastello, 2008). Tanmateix, l'autora destaca els seus avantatges enfront els processos judicials, després d'haver fet una revisió de l'experiència obtinguda, des de la seva irrupció en la legislació a Hongria. També, assenyala que caldrien esmenes en la situació legal i la implicació de les assegurances mèdiques, per tal que la seva implantació fos més satisfactòria, així com també s'haurien de regular la formació dels experts en mediació i el seu reconeixement per part de les institucions i asseguradores.

La mediació, en l'àmbit de la salut, segons la nostra visió, hauria de permetre la gestió del canvi i l'acompanyament de les persones en els processos de prevenció, resolució, transformació o contenció de les situacions de conflicte. Suposa una nova manera de regular socialment la intervenció en la resolució dels conflictes, en la comunicació, en l'educació i en la seguretat, en totes aquelles relacions difícils (Bonafé-Schmitt, 2007).

La mediació també ha estat presentada per a formar part dels nous sistemes per a gestionar els conflictes entre professionals i usuaris d'un hospital, contribuint a una millor gestió dels canvis i utilitzant el diàleg, com a eix central de les intervencions en la relació clínica (Currie, 1998). Tal com assenyala Lederach (1989) és important tractar de construir espais de pau en la vida quotidiana d'una organització amb el suport de processos de diàleg basats en la cultura de pau. I, en aquest sentit, la mediació es podria establir com una nova metodologia professional vinculada amb una nova manera de viure les relacions personals al si de l'entorn laboral (Novel, 2010). També, cal destacar el concepte del “tercer costat” (Ury, 2005) el qual aporta la possibilitat de que aquestes organitzacions utilitzin el poder de les “parts” des d'una certa perspectiva “mediadora”. El recent treball de Novel (2008 i 2009), utilitza i aplica tots aquests conceptes a les organitzacions de salut i reflecteix la necessitat existent d'actuar en el conflicte sanitari a través de programes educatius.

La mediació com a metodologia per a la resolució pacífica dels conflictes, és una opció viable i pertinent, ja que es basa en una lògica de col·laboració i de potenciació de la millora en la relació clínica –i, per extensió, en totes les relacions interpersonals o grupals que tin-



guin lloc a l'àmbit de la salut– que s'oposa a la lògica de la confrontació judicial (Bonafé-Schmitt, 2007; Font, 2001). I cal recordar que la nostra societat és, tradicionalment, una societat litigiosa (Palomo et al., 2008) i bona prova d'això és l'augment de les reclamacions per l'assistència sanitària i l'augment de les demandes per errors mèdics (Rodríguez, 2005). En definitiva, la mediació és un procés aplicable a situacions de conflictes diversos (sanitaris, interculturals, relacions interprofessionals, etc.). Les característiques del procés específic en salut que caldria destacar se centren, especialment, en la confidencialitat, la voluntarietat, la neutralitat o imparcialitat del mediador. En definitiva, un recurs que serveixi a les diverses parts involucrades (professionals sanitaris, usuaris...) per a potenciar les relacions saludables en el marc d'una cultura de la pau.

## 1.2 Referència a dades i estudis comparatius

Considerant la realitat del sistema de salut català, la fonamentació conceptual de l'estudi ha distingit dos grans blocs. Per una banda una exploració sobre les obres que han abordat la mediació i la resolució de conflictes en l'àmbit de la salut. L'altre segon bloc s'ha centrat en un fenomen relativament nou i amb un importantíssim impacte en el sistema de salut de Catalunya: el fet intercultural derivat de la immigració. La incorporació al sistema de milers d'usuaris d'altres països i cultures ha generat i genera una important demanda de recursos i necessitats, moltes de les quals són satisfetes mitjançant serveis equiparats o relacionats amb la mediació.

Pel que fa a l'aplicació de la mediació com a eina de gestió de conflictes sanitaris es poden trobar estudis orientats a demostrar *la contribució a la millora de la qualitat del servei prestat*, per tal d'evitar possibles casos reals d'insatisfaccions, amb el servei o malentesos en les *pràctiques mèdiques* (Skjorshammer, 2001a), així com estudis que se centren en *l'anàlisi de les avantatges d'utilitzar la mediació per les "males praxis clíniques" per evitar els sistemes judicials* (Currie, 1998). En aquest sentit també Natasha (2008) planteja que la mediació pot ser una opció atractiva tant per als professionals de la salut com per als pacients per poder evitar els litigis. Altres experiències amb tècniques de facilitació interhospitalària i metodologies basades en diàlegs apreciats entre dos hospitals de reconegut prestigi a la ciutat de Buenos Aires són referència per a la gestió pública de la mediació dins d'un programa comunitari (Abrevaya i Basz, 2005). Dels programes pilots realitzats

al si d'alguns hospitals s'ha pogut demostrar l'èxit de la mediació (Natasha, 2008; Esparrica et al., 2009). També s'han pogut descriure els principals obstacles per a utilitzar la mediació, en concret en les "males praxis", els quals tenen a veure fonamentalment amb la promoció i freqüència de litigació indeguda per part dels advocats o per l'existència de pràctiques lucratives del sector de les assegurances (AA.VV., 2001).

Altres estudis han estudiat els conflictes generats en l'àmbit professional de la salut Skjorshammer, 2001b, 2002). La majoria d'aquests estudis estan interessats en presentar nous dissenys de sistemes i procediments per tal de gestionar els canvis, acompanyar en la intervenció clínica, utilitzant el diàleg com a eix central, enfront dels sistemes adversarials judicials. Així, Decastello (2008) en un estudi recent fa una revisió de l'experiència de la mediació en l'àmbit sanitari coincidint amb les modificacions a la legislació a Hongria. *Assenyala avantatges com la del seu "més baix cost", "la confidencialitat" i la seva capacitat de ser més respectuosa amb els implicats que en els judicis convencionals*. Ara bé, suggereix realitzar esmenes i canvis en la situació legal, així com la necessitat d'implicar a les asseguradores mèdiques per assegurar la seva implantació en l'àmbit de la salut. Afegeix la necessitat de *revisar la formació dels experts en mediació* (acreditacions i aptituds) per tal que puguin ser *reconegudes* per les institucions sanitàries i les assegurances mèdiques. Cal destacar que alguns estudis demostren que quan s'entrena als professionals de la salut en mediació, millora el tracte amb els usuaris en el servei de salut i s'actua preventivament davant els costos de possibles litigis (Saulo et al., 2000).

També cal fer referència a l'obra de Rodríguez (2005), on s'analitza l'evolució de les reclamacions presentades a la Generalitat de Catalunya per l'assistència sanitària. En aquest estudi ja es detecta una manca de coneixement de les expectatives i necessitats de l'usuari sanitari i els problemes de la litigació cap al facultatiu metge on sempre s'acaba finalitzant amb peticions de diners. I, en aquest mateix estudi, ja es presenten els mitjans alternatius de resolució de conflictes com la millor opció viable i pertinent per adoptar una lògica de col·laboració enlloc de la tendència observada de la confrontació judicial. Més tard, Novel (2008) posarà l'atenció en la complexitat de les organitzacions sanitàries, destacant la presència de molts conflictes crònics inherents al sistema sanitari, així com l'existència de situacions de risc i "alta vulnerabilitat" afectant especialment a les persones que porten molt temps treballant juntes (entre 5 i 15 anys), en determinades condicions d'interdependència i amb elements de tipus estructural acompanyants.



Les diferències culturals en la relació entre els professionals i els usuaris ha donat lloc a una literatura prou extensa. Així, des de la perspectiva estrictament intercultural, Helman (1990) va aplicar el terme de models explicatius per a descriure les explicacions sobre la malaltia i la discapacitat que donaven els professionals als seus pacients. També va diferenciar entre models explicatius i models clínics. En la mateixa línia, Parsons (1990), un altre autor de referència, va recollir la dificultat que es donava quan els models clínics responien a cultures diferents. Però, el nostre grup de treball s'ha centrat, fonamentalment, en els estudis realitzats a l'Estat espanyol sobre l'atenció a usuaris estrangers i la mediació intercultural tal i com es desenvolupa en el nostre país.

En primer lloc, cal analitzar les respostes que a Espanya, mitjançant les seves CCAA, han donat al tractament de la creixent diversitat cultural en els serveis de salut. La majoria de les CCAA d'Espanya vénen desenvolupant una sèrie de programes i serveis orientats a la satisfacció de les *necessitats* derivades de l'atenció als usuaris estrangers (Aneas et al., 2009). Així, a mida que la presència de les persones estrangeres ha passat de ser una anècdota a un fet comú; les diverses administracions han anat desenvolupant polítiques, plans i accions d'acció per a atendre a aquesta població (Zapata, 2004). Catalunya és una de les CCAA més expertes ja que a final dels anys vuitanta va iniciar un conjunt d'accions en els departaments d'Educació, Sanitat i Benestar Social. Mentre que les CCAA de Castella-Lleó (Baigorri i Alonso, 2006) i el nord d'Espanya (González, 2006), just ara estan començant a sistematitzar algunes accions i programes orientats a l'atenció d'usuaris estrangers.

Considerant la descripció dels destinataris dels diferents plans i programes, el factor cultural es vincula gairebé exclusivament amb l'atenció a l'usuari immigrant (Aneas et al., 2009). Són molt poques les referències a usuaris estrangers residents que no entrin dins del rang de persones immigrants per procedir de països europeus o països industrialitzats amb un nivell socioeconòmic alt. Concretament a Andalusia (Martín, 2006) i Canàries (Toledano et al., 2006), CCAA amb un alt nombre de població resident europea, esmenten com a beneficiaris d'alguns serveis a aquests residents estrangers. Però la majoria dels programes, serveis i recursos desenvolupades en les CCAA tenen com destinatari o usuari a les persones immigrants (Uguarte, 2006; Salis, 2006; Kamphausen, 2004).

El gruix de les intervencions se centra en l'aspecte lingüístic. Així la simple traducció més o menys formalitzada i realitzada per persones de diversa adscripció, qualificació i posició, és el servei bàsic i generalment desenvolupat

per a satisfer les necessitats derivades de la relació clínica multicultural.

Catalunya és la comunitat que sembla haver avançat més en la clarificació conceptual i organitzativa dels programes i serveis (Vázquez et al., 2007). Hi ha consciència de les barreres lingüístiques però també es comença a ser sensible a les relacions entre els Sistemes de Salut culturals. Conseqüència d'això és el desenvolupament dels darrers programes i serveis que s'estan aplicant i que comprenen tant la delimitació dels perfils professionals com els seus respectius plans de formació. També són destacables l'elaboració dels estudis realitzats per Cots et al. (2006), Berra et al. (2004), Vázquez et al. (2007) i Serra-Sutton et al. (2004) sobre les diverses polítiques i experiències de recerca en l'àmbit de la salut i immigració un context nacional com a internacional. Així com els estudis sobre les deteccions de necessitats realitzades la població immigrada usuària (Vázquez et al., 2007) i els professionals del sistema (García, 2006) que han aportat importants orientacions per al Pla.

### 1.3 Estat de l'art a Catalunya

L'estat actual de la mediació en l'àmbit de la salut a Catalunya està determinat per algunes de les característiques bàsiques de la sanitat pública general. En base a tota la informació de l'organització sanitària a Catalunya exposada al punt 1 d'aquest capítol es poden definir els actors que configuren l'escenari del conflicte en l'àmbit de la salut i que, com a tals, formaran la classificació de les parts implícites en els possibles conflictes apareguts en aquest sector.

D'una banda hi ha els *ciutadans* "clients" dels serveis sanitaris, que s'adrecen a qualsevol dels dos nivells de prestació (atenció primària o especialitzada) fent ús del seu dret a la protecció de la salut i a l'atenció sanitària. D'altra banda hi ha els *treballadors* i professionals de la salut que presten els seus serveis als centres sanitaris, generalment integrats en equips de treball interdisciplinaris. I també hi ha els *polítics* i *els gestors sanitaris*, que participen en la planificació de les polítiques sanitàries i en la gestió de la seva implementació.

Per tenir una idea dels tipus de conflictes que es poden donar entre els ciutadans i l'Administració es poden seguir alguns indicadors. D'una banda la informació relativa a *queixes* i *reclamacions* que presenten els ciutadans davant els serveis d'atenció a l'usuari dels diferents centres; segons es detalla a la memòria del CatSalut, durant el 2008 es van emetre 50.839 reclamacions per

part dels ciutadans i es van interposar un total de 270 demandes. Pel que fa als motius majoritaris d'aquestes reclamacions són:

- A l'atenció primària: desacord amb el canvi o l'assignació de metge o metgessa, insatisfacció en l'assistència i tracte o actitud inadequat del personal.
- A l'atenció especialitzada: demora excessiva per llista d'espera per a intervenció quirúrgica, demora excessiva per llista d'espera per consulta/cita prèvia i insatisfacció en l'assistència.

El nombre més important de motius de reclamació es produeix en relació amb els aspectes d'organització i tràmits (61,32%). Aquest és el primer grup per motiu de reclamació, tant en l'atenció hospitalària com en l'atenció primària i l'atenció en salut mental. En el cas de l'atenció sociosanitària, el principal grup de motiu de reclamació és l'assistencial. Els cinc primers motius, agafats un a un, pels quals es queixa la ciutadania atesa en l'atenció primària i en l'atenció hospitalària, són:

- Principals motius de reclamació en atenció primària, 2008
  - Desacord amb el canvi o assignació de metge.
  - Insatisfacció en l'assistència.
  - Tracte o actitud del personal inadequada.
  - Manca de personal.
  - Incompliment d'horari i/o retard en l'atenció per consulta.
- Principals motius de reclamació en atenció hospitalària, 2008:
  - Demora excessiva per llista d'espera per a intervenció quirúrgica.
  - Demora excessiva per llista d'espera per a consulta/cita prèvia.
  - Demora excessiva per llista d'espera per a atenció a urgències.
  - Insatisfacció d'assistència.
  - Demora excessiva per llista d'espera per prova complementària.

Aquestes reclamacions són presentades a través d'atenció personal, per telèfon o per escrit (registres d'entrada als organismes oficials o per correu electrònic), i gestionades per les unitats d'atenció a l'usuari, que s'encarreguen de donar resposta directament o fan els tràmits adients per a la seva resolució. Aquest procediment respon al que estableix el punt 9.5 de la Carta de Drets i Deures dels Ciutadans: "Dret a presentar reclamacions

i suggeriments. L'usuari té dret a conèixer i utilitzar els procediments per presentar suggeriments i reclamacions. Aquestes han de ser avaluades i contestades per escrit, dins d'un termini adient, d'acord amb els termes establerts reglamentàriament."

D'altre banda, hi ha les *demandes* interposades pels usuaris a través de la via judicial. Segons les dades facilitades per l'Assessoria Jurídica de l'Institut Català de la Salut (ICS), que és el proveïdor públic de serveis sanitaris més gran de Catalunya (amb una plantilla de més de 41.000 professionals presta atenció sanitària a gairebé sis milions d'usuaris, xifra que suposa el 76 % del total d'assegurats a Catalunya), durant l'any 2008 van rebre un total de 296 reclamacions de responsabilitat patrimonial; d'aquestes, un total de 179 reclamacions són com a conseqüència de l'assistència sanitària rebuda als centres. Els motius més habituals de reclamació són: els errors de diagnòstic, les intervencions quirúrgiques (tant l'acte quirúrgic, com el seguiment postoperatori), les infeccions nosocomials, l'assistència rebuda als Serveis d'Urgències o la manca d'informació. També han rebut 117 reclamacions que s'engloben en el que s'anomena pòlissa d'explotació, però que també són de responsabilitat patrimonial perquè els reclamants volen una indemnització, els motius més habituals de reclamació són: pèrdua d'objecte, caigudes als centres, accidents (ascensors, parking), ruptura de dents en actes mèdics, robatoris, etc.

Davant la interposició d'aquestes demanes l'actuació desenvolupada és la pròpia del procediment judicial, on durant el procés es pot intentar un acord entre les parts o els seus representats previ a la sentència, és una possibilitat d'arribar a un acord transaccional que la Llei 30/1992 té establerta, però segons informació de la mateixa Assessoria Jurídica en cap moment d'aquest procés es preveu la possibilitat de dur a terme alguna acció de mediació pròpiament dita.

Un altre grup de situacions a tenir en compte és el cas dels *conflictes relacionals*, gestats entre els propis treballadors de les organitzacions de salut. Aquests professionals desenvolupen la seva activitat en equips interdisciplinaris, fet que suposa moltes avantatges però, alhora, també proporciona un espai de relació obligada que en algunes ocasions s'esdevé font de conflictes per diferents motius (Monge, Aranzana, 2009). La resolució, en aquests casos, pot passar per la negociació directa entre les persones implicades i, si és necessari, amb la facilitació per part del líder del grup, entenent com a líder tant el reconegut oficialment pel seu estatus a l'organització (director, coordinador, cap de servei...) com el líder na-

tural (persona que pel seu tarannà gaudeix del reconeixement dels companys per a la resolució de conflictes).

Per a gestionar alguns dels conflictes esmentats diverses institucions sanitàries han posat en marxa respostes relacionades, més o menys directament, amb la mediació i amb les habilitats mediadores. Alguns dels grans proveïdors han apostat, en forma d'experiència pilot o com a prova, per la implantació de serveis de mediació amb l'objectiu de treballar per a la resolució positiva dels conflictes sorgits als centres sanitaris. Són experiències minoritàries i en fase divulgativa, però de gran importància qualitativa, a tall d'exemple descrivim algunes.

- Amb l'objectiu de crear un sistema innovador de resolució de conflictes i mediació en el sistema sanitari públic i difondre la mediació, l'any 2004 es realitzà un acord entre la Universitat de Barcelona (Màster en Mediació en organitzacions de salut. Consultoria en gestió de conflictes, i curs de Postgrau en Consultoria i gestió de conflictes en organitzacions de salut) i la Conselleria de Salut per formar a mediadors especialistes en organitzacions de salut. En aquest marc formatiu es van iniciar al curs 2005/2006 la realització de pràctiques en quatre Unitats de Mediació Sanitària (UMS), dues en centres hospitalaris i dues en l'àmbit de l'atenció primària. Posteriorment, es creà el projecte de l'Observatori de Mediació de la Universitat de Barcelona (ODM), que va ser aprovat en setembre de 2008 amb la finalitat de treballar en innovació, desenvolupament i recerca en sistemes de gestió de conflictes, mediació i construcció d'espais de pau a les organitzacions.
- Vinculada a l'ODM es troba la Unitat de Mediació Sanitària del Consorci Sanitari de Terrassa (CST) ja estabilitzada mitjançant convenis anuals. En aquesta unitat tenen l'objectiu d'aportar les eines adequades per afavorir un espai de comunicació positiva, per això en la seva cartera de serveis ofereixen la possibilitat de fer activitats com: processos de mediació, tallers de sensibilització, tècniques dinàmiques de consens grupal, assessoraments (sessions amb tècniques personalitzades per ajudar a conduir situacions de conflicte), així com coaching directiu i d'equips.
- L'ICS va començar l'any 2004 a formar alguns dels seus professionals (metges, infermeres, tècnics, responsables d'atenció a l'usuari...) en el Màster en Mediació en organitzacions de salut: consultoria en gestió de conflictes, de la Universitat de Barcelona, abans esmentat. Amb la participació d'un grup d'aquests professionals va mantenir, entre l'any 2006

i el 2008, un projecte d'implantació d'un servei de mediació que adreçà la seva activitat a donar suport en la gestió dels conflictes relacionals, sorgits de la convivència diària en l'espai laboral per dificultat de comunicació o desacord. Les seves línies d'actuació estaven orientades principalment a les funcions de: *Formació* dels professionals en tècniques de Gestió Alternativa de Conflictes (GAC); *Assessorament* als professionals i comandaments en la prevenció i gestió de conflictes, així com intervencions facilitadores en gestió del canvi, tècniques apreciatives; realització de processos de *Mediació*; col·laboració amb la resta d'agents que treballen el conflicte dins de la pròpia organització per a establir xarxes de coordinació.

- El Consorci Sanitari Integral (CSI) inicia al gener de 2008 un servei de mediació pels professionals i usuaris dels diferents centres que conformen el CSI. Aquest servei, anomenat E-PRAC (Espai per a la Prevenció i Resolució Alternativa de Conflictes) constitueix tres eixos vertebradors; la prevenció i educació entesa com a capacitació i la resolució entesa com intervenció de les parts en conflicte. Cadascun d'aquests àmbits constitueixen en si mateix una peça clau per a la gestió integral del conflicte sanitari. Altres agents/serveis que participen en la resolució del conflicte són el servei de prevenció de riscos laborals, serveis jurídics i serveis d'atenció a l'usuari del CSI. L'objectiu d'aquesta participació és la de capacitar i intervenir en la gestió dels casos en conflicte des d'un punt de vista sistèmic i multidisciplinar."

Altres serveis institucionals que treballen per a la resolució de conflictes dels professionals de la salut són les Unitats de Prevenció de Riscos laborals, entre les seves funcions inclouen les valoracions de riscos psicosocials en els quals hi poden haver implícits problemes relacionals, tant entre parells com per motius d'estructura jeràrquica, com estructurals o culturals. Així també les Unitats de Suport i Seguiment a les Incapacitats Temporals (IT) atenen professionals que, com a causa directa o indirecta de la seva incapacitat apareixen conflictes en el lloc de treball (estrès o altres problemes emocionals derivats de situacions conflictives en l'equip). I, com a òrgans clàssics que intervenen en la resolució de conflictes entre professionals o entre la institució i els professionals, es troben tant les unitats de Recursos Humans com els agents socials, que participen en situacions de negociació per a gestionar conflictes com a facilitadors o com a parts.

Un àmbit molt estès és el de la formació en matèries relacionades amb la resolució de conflictes. És habitual que en els programes formatius adreçats als gestors sanitaris es trobin continguts sobre comunicació, estra-

tègies per al canvi, treball en equip, resolució de conflictes i presa de decisions, generar confiança... També el personal de les unitats d'atenció a l'usuari troben, en els seus programes de formació contínua, cursos sobre habilitats comunicadores per prevenir el conflicte, mediació, actuacions en situacions de crisi... En general, en la formació dels professionals sanitaris es contempla la necessitat d'aportar coneixements per a la millora de la convivència en els equips de treball i per al tracte adient als usuaris dels serveis de salut.

Un altre àmbit cada cop més divulgat és el conegut actualment sota el paraigües de la "mediació intercultural"; en aquest camp s'inclouen moltes activitats orientades a facilitar l'accessibilitat al sistema sanitari de la població relacionada amb el fenomen de la immigració i la comunicació amb els professionals, ajudant així a prevenir conflictes.

Aquest ventall de procediments i activitats conformen el mapa de les eines més utilitzades en l'actualitat entre les institucions sanitàries catalanes per canalitzar i donar resposta a les situacions conflictives que sorgeixen en el seu si. Trobem que els conflictes es gestionen per diferents vies dins de les pròpies organitzacions, donant resposta a les queixes i reclamacions dels usuaris, promovent actes de conciliació entre els professionals amb problemes de relació, duent a terme actuacions administratives que faciliten la dissolució dels conflictes i, incipientment, promovent la participació de mediadors professionals en alguns casos especials d'escalada del conflicte que no ha estat resolt dins de les pròpies unitats. Quan aquestes maneres de resolució interna no donen fruit, prosperen les demandes arterialitzant el conflicte des de l'organització cap a la via judicial.

## 2 Estudi sobre la mediació en l'àmbit de la salut

### 2.1 Característiques de l'estudi

#### 2.1.1 Objectius i univers d'estudi

En aquest marc de referència, L'ET8 es planteja com a principal objectiu *conèixer el nivell de desenvolupament de la mediació i/o altres sistemes de resolució de conflictes en l'àmbit de la salut*. I, considerant la necessitat d'obtenir més enllà de la informació un apro-

fundiment de l'estat de la qüestió tant a nivell conceptual com empíric, s'ha decidit utilitzar un disseny mixt, amb tècniques de metodologia quantitativa i qualitativa. L'elecció d'ambdues metodologies no ha estat arbitrària ni fruit de preferències casuals, sinó que ha sorgit a partir de la reflexió sobre la millor manera d'aconseguir dades al voltant de l'estat actual de la mediació en l'àmbit de la salut a Catalunya, que ens permeti obtenir una fotografia i/o cens de la seva realitat, elaborar un mapa de centres que realitzin actuacions de mediació i de suport, i elaborar propostes de futur respecte a les necessitats i a l'ús de la mediació en les organitzacions de salut.

Així, respecte a l'obtenció de les dades quantitatives, les fonts principals han estat les següents:

- Les dues enquestes elaborades *ad hoc* (una enquesta breu en un primer estudi preliminar i una enquesta extensa en un segon estudi en profunditat), de dades agregades dissenyades per l'ET-12.
- El buidatge i l'elaboració de la tabulació realitzada per l'ET-12 de les enquestes de dades agregades.
- Bases de dades i informacions cedides per les següents institucions: Departament de Salut (Pla Director d'Immigració); Associacions Surt i Salut i Família, UMS (Projecte Mediació Sanitària de l'Observatori de Mediació de la Universitat de Barcelona-Departament de Salut); CSI (Consorti Sanitari Integral).

En la metodologia qualitativa, s'han utilitzat i combinat tècniques basades en "grups de discussió" o "grups focals" (*focus groups*), entrevistes semiestructurades i descripció d'una experiència sanitària en mediació. Aquest procés de recollida d'informació ha permès una recollida més exhaustiva.

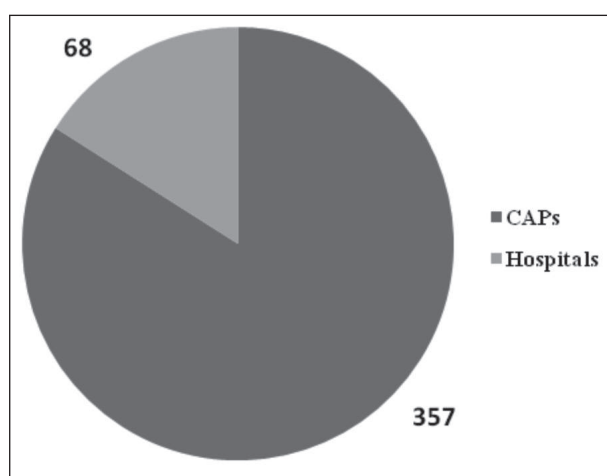
L'estudi es realitzà a Catalunya, en el marc dels centres sanitaris, durant l'any 2008. Davant la complexitat del context d'estudi es va haver de fer un esforç important per definir una mostra adient i assolible per a la realització de la investigació. Així doncs, entre tots els centres sanitaris de Catalunya es van seleccionar els de la xarxa sanitària pública, concretament els centres d'atenció primària (CAP) i els d'atenció especialitzada (hospitals) de les 7 Regions Sanitàries (RS)<sup>1</sup>.

Aquesta elecció està fonamentada en el fet que el sistema sanitari català garanteix l'assistència sanitària universal i, per tant, tots els ciutadans i ciutadanes de Catalunya són o poden ser assegurats del CatSalut, independentment de que tinguin contractada una assegurança lliure (model mixt que integra en una sola xarxa

d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública). Segons dades de la memòria del CatSalut a l'any 2008 hi constaven 7.503.118 persones al Registre Central d'Assegurats.

Els centres sanitaris que formen part d'aquest univers d'estudi són els 425 centres que pertanyen a la xarxa assistencial que ofereix el CatSalut. D'aquests, 357 (un 84% del total) són CAP –siguin o no de l'ICS– i 68 (un 16% del total) són Hospitals de la XHUP<sup>2</sup>.

**Gràfic 2. Univers de l'estudi**



Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

Queden fora de l'estudi tots aquells centres (CAP i Hospitals) de caràcter privat que no tenen concert amb el CatSalut.

Aquest estudi s'inicia oficialment el 23 de juliol de 2008 i es realitzà entre aquesta data i el mes d'abril de 2010.

### Disseny de la investigació

La investigació es realitza en tres fases successives. En la primera fase es decideix recollir informació preliminar amb la finalitat d'identificar els centres de salut, públics i concertats, on es porten a terme mediacions i actuacions vinculades a la mediació. En la segona fase es recull més informació d'aquests centres, a través d'una enquesta, que ens permetrà obtenir informació molt més detallada sobre les mediacions realitzades, així com de les actuacions vinculades a la mateixa. I, en una tercera fase qualitativa, s'aprofundeix en la informació més rellevant a través de l'aplicació de tècniques d'entrevista mitjançant la utilització d'informants clau vinculats a l'àmbit de la salut.

### Primera Fase: estudi preliminar

#### Objectius

- Obtenir informació bàsica que permeti identificar entitats (centres sanitaris) i actuacions de mediació en salut i/o de suport dutes a terme a Catalunya.

#### Mostra d'estudi

- En aquesta fase es fa arribar l'enquesta a tots els centres de l'univers d'estudi (n=425).

#### Instruments

- a) Carta de Presentació adreçada als gerents de les 7 RS i es contacta posteriorment via telefònica amb cadascun d'ells.

S'estableix contacte amb els gerents de cadascuna de les 7 RS a través d'una Carta de Presentació, via *e-mail*, on s'explica en què consisteix el projecte de recerca del LBM al mateix temps que se'ls comunica una posterior trucada de l'equip de treball (ET8).

- b) Enquesta breu, adreçada als directores de tots els CAP i Hospitals de l'univers d'estudi.

Es planteja la necessitat d'elaborar una enquesta que hem anomenat Enquesta Breu, amb la finalitat de recollir, en un univers ampli i de forma àgil, informació sobre entitats i actuacions de mediació en salut i/o suport, realitzades l'any 2008, adreçada a tots els directores/as dels centres que formen l'univers d'estudi (n=425), amb la finalitat de diferenciar:

- Els centres en els que SÍ es realitzen activitats de mediació en salut.
- Els centres en els que SÍ es realitzen activitats de suport a la mediació en salut.
- Els centres en els que NO es realitza cap tipus d'actuació de mediació en salut.

Es procedeix a la validació del contingut de l'enquesta, complimentant-la 8 professionals vinculats a la mediació. L'enquesta es fa arribar per *e-mail*, via electrònica, a través del programa SNAP (sistema que es considera molt apropiat degut a l'ampli univers de centres a enquestar). Posteriorment, s'analitzen les dades obtingudes amb el programa estadístic SPSS.

### Segona Fase: estudi en profunditat

- a) *Enquesta extensa, adreçada a tots els CAP i Hospitals que a partir de l'enquesta breu van manifestar*



*realitzar mediacions i/o activitats de suport a la mediació i/o mediacions interculturals.*

### **Objectius**

- Obtenir informació detallada sobre indicadors vinculats a entitats i actuacions de mediació i suport a la mediació.
- Obtenir informació detallada sobre indicadors referents a la figura del mediador.

### **Mostra d'estudi**

Amb la informació obtinguda a partir de l'Enquesta Breu (estudi preliminar), s'elabora una nova base de dades amb els centres que constitueixen la mostra de l'estudi en profunditat, delimitada per tots aquells CAP i Hospitals que han manifestat tenir coneixement que en el seu centre es realitzen mediacions, activitats de suport a la mediació i mediacions interculturals, en salut (n=183). A tots aquests centres se'ls envia l'Enquesta Extensa.

### **Instrument**

L'enquesta extensa s'ha dissenyat a partir dels objectius de la recerca i ens ha permès recollir en profunditat aquells aspectes de més interès relacionats amb la mediació per tal d'obtenir dades de manera detallada.

Es defineixen per al seu disseny les unitats d'anàlisi o d'observació, les dimensions d'interès per a l'anàlisi d'aquestes unitats, les variables en cas que les dimensions anteriors presentin canvis en les seves característiques o valors, i els indicadors a través dels quals s'expressen aquestes variables i que ens permeten mesurar el seu comportament.

L'enquesta extensa que hem utilitzat s'ha dissenyat tenint en compte:

- Les estructures organitzatives: que són les entitats mediadores de caràcter públic o privat que desenvolupen actuacions en matèria de mediació, i en les entitats de formació de mediadors.
- Les actuacions de mediació: que són les actuacions que es realitzen en el camp de la mediació (els casos de mediació realitzats i les actuacions de prevenció del conflicte).
- Les parts de la mediació: que són les parts que han intervingut en aquestes actuacions (les parts en conflicte, la part mediadora i les parts que intervien indirectament en el procés de la mediació).

Tercera Fase: realització de grups focals, entrevistes semiestructurades i descripció d'una experiència

### **Objectiu**

Complementar la fase anterior (quantitativa) i obtenir informació respecte els assumptes de més rellevància per tal de poder comprendre les possibilitats per plantejar propostes de "mediació en l'àmbit de la salut".

### **Mostra d'estudi**

Professionals de les organitzacions sanitàries i altres professionals especialistes en l'àmbit de la gestió del conflicte i la mediació.

### **Instruments i la seva aplicació**

Es realitzen 4 grups focals (GF): el primer grup està format per mediadors professionals sanitaris, el segon i el tercer grup el componen professionals de l'àmbit sanitari i el quart grup està format per especialistes en mediació intercultural a l'àmbit sanitari.

- GF 1: mediadors professionals sanitaris.
- GF 2: informants professionals mèdics, infermers i d'atenció a l'usuari.
- GF 3: informants altres professionals.
- GF 4: especialistes en mediació intercultural.

Es realitzen 4 entrevistes semiestructurades (EE) seleccionant experts de la mediació sanitària o especialistes en la gestió del conflicte.

La guia d'entrevista va orientar-se sobretot cap a aspectes conceptuals i d'aplicació actual i futura de la mediació com a metodologia per a la gestió del conflicte, sempre procurant incidir especialment que parlessin des de la seva experiència. Es van tractar els següent temes:

- La mediació en salut i la seva aplicació.
- Context i estructura organitzativa.
- Característiques de la mediació (procés, tipus de conflictes...).
- El perfil del mediador.
- Principis de la mediació.
- Regulació legal.
- Perspectives de futur.

D'altra banda, la descripció d'una experiència es realitza a través de la recopilació d'informació de la implantació d'un servei de gestió de conflictes en una organització sanitària.

## Consideracions respecte a l'estudi

No poder disposar d'un cens o d'una base de dades dels centres que realitzaven mediacions en salut i/o activitats de suport, així com no disposar del nom de les persones expertes o responsables de la mediació en cada centre sanitari de Catalunya ens va ocasionar les primeres dificultats per a poder delimitar l'univers d'estudi i establir les diferents mostres d'estudi.

Per tot això, cal destacar les limitacions pròpies d'un primer abordatge en referència al tema d'estudi, donat que no hi ha estudis previs d'aquesta complexitat. Aquest és un primer intent d'acostament i descripció de la realitat de la mediació a Catalunya en l'àmbit de la salut.

En els primers resultats de l'enquesta extensa es van detectar respostes extremes quant al nombre de mediacions realitzades, per la qual cosa es va haver de realitzar un contacte telefònic amb els informants d'aquestes dades en els què es va detectar que s'havien interpretat com a mediacions altres actuacions, com ara: la traducció, l'assessorament o la formació en gestió de conflictes, entre d'altres.

També cal afegir, com després es veurà a l'apartat de resultats, que moltes de les limitacions i dificultats trobades en l'estudi tenen a veure amb la manca de protocols i sistematització de dades respecte la mediació en salut.

Hem volgut també mantenir l'anonimat dels centres i de les persones informants que voluntàriament han participat en el nostre estudi.

Pel que fa a les dades treballades i a la construcció d'indicadors generals i específics i després d'haver vist l'estat de l'art a Catalunya de la mediació en salut, hem optat per recollir variables de tipus descriptiu amb les dades disponibles, a les quals finalment hem tingut accés. Per tot això, hem cregut convenient poder plantejar, en futurs estudis, més endavant, una construcció dels indicadors en funció del desenvolupament del marc teòric específic en aquest àmbit i la quantitat i qualitat de dades disponibles que es podrien generar.

## 2.2 Estudi quantitatiu

### 2.2.1 El nivell d'institucionalització de la mediació en l'àmbit de la salut a Catalunya

L'atenció primària és el primer nivell d'accés a la sanitat i es presta principalment en els CAP. A partir de fac-

tors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics, el territori català queda delimitat en 7 RS, ordenades en sectors sanitaris, constituïts per l'Agrupació d'Àrees Bàsiques de Salut (ABS) que són les unitats territorials elementals a través de les quals s'organitzen els Serveis d'Atenció Primària, de manera que els ciutadans pertanyen a una ABS concreta en funció del seu lloc de residència. Cada ABS té un Equip d'Atenció Primària (EAP) format per un conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que dirigeixen les seves activitats al conjunt de la població d'una ABS, prestant atenció a tots els CAP que es troben en el seu territori (barris o districtes a les àrees urbanes, un o més municipis a l'àmbit rural).

Per altra banda, el CatSalut també garanteix l'atenció hospitalària a través de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)<sup>3</sup> que està formada per aquells hospitals de Catalunya amb qui contracta la prestació dels serveis. Segons les seves característiques, es divideixen en hospitals generals bàsics, hospitals de referència i hospitals d'alta tecnologia. Tots ells estan en línia amb les tendències actuals dels models hospitalaris que s'allunyen de la concepció clàssica, desplaçant el pes de l'atenció cap a una activitat més ambulatoria, esdevenint centres oberts i flexibles, adaptables als canvis socials i sanitaris (canvis demogràfics, canvis en els valors de la població, tècniques mèdiques emergents, etc.).

La distribució de Catalunya en 7 RS i la delimitació de les ABS segons l'ordenació territorial existent, són factors que fan possible un desplegament capaç de garantir l'organització eficaç dels recursos sanitaris i l'accessibilitat dels ciutadans als serveis de salut.

Per les característiques d'aquesta estructura territorial, a l'inici de la recerca es decideix establir contacte amb els gerents de les RS, amb la intenció d'obtenir informació dels hospitals i centres en els quals l'any 2008 s'havien dut a terme mediacions o actuacions de suport a la mediació (actuacions relacionades amb la cultura mediadora: difusió, assessorament, formació, etc.).<sup>4</sup>

El resultat d'aquest contacte és la constatació que no existeix un registre central, ni altres registres, que recullin totes les mediacions i les activitats vinculades a la mediació realitzades als hospitals de la XHUP i als CAP de Catalunya. Solament hi ha un registre oficial de dades referents a la mediació intercultural que té lloc a través del Pla Director d'Immigració (PDI)<sup>5</sup>, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i dades enregistrades de les mediacions interculturals que en els centres sanitaris catalans realitzen l'Associació Salut i Família i la Fundació SURT. També es té inicialment coneixement d'un registre de dades de les UMS realitzades mitjançant



un conveni entre la Universitat de Barcelona i el Departament de Salut. Per tant, es pot afirmar que, a Catalunya, el nivell d'institucionalització de la mediació en salut és baix i bàsicament es refereix a mediació intercultural.

Aquesta realitat dificulta la recerca de l'estat de la mediació en l'àmbit de la salut a Catalunya perquè, a priori, no és possible saber ni què es feia l'any 2008 ni on es feia, i obliga a establir contacte amb cadascun dels centres de l'univers d'estudi. Aquesta és, malgrat la complicació que representa, a la qual cal afegir l'absència d'un cens de mediadors en salut, l'única manera de saber què fa cada centre quan hi ha un conflicte, i fins a quin punt la seva resolució i la seva prevenció estan contemplades o no.

### 2.2.2 La institucionalització de la mediació: mediacions interculturals, mediacions en salut i actuacions de suport

Per tal de facilitar la lectura dels resultats que s'exposen, cal aclarir alguns conceptes prèviament. En primer lloc, es fa una distinció entre *mediacions interculturals* (MIC) i *mediacions en salut* (MS). Les MIC poden ser dutes a terme pel PDI, per l'Associació Salut i Família, per la Fundació SURT o pel propi centre, que pot disposar de mediadors interculturals propis o externs, però gestionats per altres entitats diferents de les esmentades abans. Quan es parla de MS, es fa referència a mediacions, enteses com a procés, amb l'objectiu de gestionar conflictes propis de l'àmbit en què les diferències entre les cultures de les parts implicades no són el més rellevant ni la causa de la seva aparició o escalada. Per parlar de forma conjunta de MIC i de MS, es fa referència a *actuacions de mediació*.

Actuacions de mediació = MIC+MS

Per altra banda, quan es parla d'*actuacions de suport* a la mediació es fa referència a totes aquelles actuacions vinculades a la cultura mediatra però que no tenen a veure amb una mediació entesa com a procés, amb unes etapes concretes enfocades a establir un acord entre les parts, com en el cas de les actuacions de mediació. S'està parlant, per tant, de formació, d'assessorament, de difusió i sensibilització de la cultura mediatra (jornades, xerrades, etc.), de traducció i interpretació lingüística i cultural.

Actuacions de suport = difusió i facilitació de la cultura mediatra, prevenció del conflicte, no són processos de mediació

En les MIC, en realitat, hi ha una barreja entre el que s'ha definit com a actuacions de mediació i el que s'ha

definit com a actuacions de suport. No sempre les MIC són pròpiament actuacions de mediació, en un sentit estricte, enteses com a procés que persegueix la finalitat d'arribar a un acord. Les MIC semblen acostar-se molt més, en general, tot i que hi ha excepcions, a la definició que s'ha donat d'actuacions de suport donat que se centren en la traducció i interpretació lingüística i sociocultural i en la facilitació de la comunicació entre individus amb codis culturals diferents, afavorint d'aquesta manera la prevenció dels conflictes. Malgrat aquesta especificació, el seu nivell d'institucionalització, la seva extensa implantació en el territori, l'existència de registres de dades referents a actuacions realitzades i a mediadors interculturals existents, han estat factors determinants per a considerar-la dins l'apartat d'actuacions de mediació. Per aquesta raó i donada la seva importància, més endavant es considerarà la MIC en un capítol apart i s'analitzarà en profunditat.

### 2.2.3 L'interès de les organitzacions de salut per la mediació: predomini de mediacions interculturals

A Catalunya hi ha 68 Hospitals de la XHUP<sup>6</sup> i 357 CAP que constitueixen l'univers d'aquest estudi (n=425)

**Taula 1. Freqüència dels centres de l'univers d'estudi, segons tipus de centre i Regió Sanitària**

Regió Sanitària	XHUP	CAP	Total
Alt Pirineu i Aran	4	9	13
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
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>357</b>	<b>425</b>

Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

En la primera fase de la investigació, quan es pregunta als centres per la realització d'actuacions de mediació i d'actuacions de suport, s'obté resposta de tots els hospitals i de 259 CAP. Això significa que dels 425 centres de l'univers, s'obté resposta de 327. *L'elevat índex de resposta, que en el cas dels hospitals és del 100%, posa de manifest l'interès de les organitzacions de salut catalanes per la mediació.*

**Taula 2. Índex de resposta i freqüència dels centres de l'univers d'estudi, segons tipus de centre i Regió Sanitària (n=425). Primera enquesta**

	XHUP	% resposta	CAP	% resposta	Total	% resposta
<b>Responen</b>	68	100	259	72,5	327	76,9
<b>No Responen</b>	0		098	27,5	098	23,1

Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

Aquesta primera aproximació a la realitat de la mediació en l'àmbit de la salut a Catalunya no pretén aprofundir en les característiques del procediment de la mediació ni en les dels seus actors implicats. L'únic objectiu en el moment inicial de l'estudi és localitzar aquelles organitzacions de salut que durant l'any 2008 han realitzat actuacions de mediació (entenen la mediació com a procés conduït per una tercera persona imparcial) i actuacions de suport a la mediació (no són mediacions des d'un punt de vista estricte però hi estan vinculades en tant que promouen la cultura mediadora i tenen efectes preventius dels conflictes propis de l'àmbit de la salut).

L'elevat percentatge de centres que responen en la primera fase de la investigació (el 100% dels hospitals i el 72,5% dels CAP) posa de manifest l'interès general de les organitzacions de salut catalanes per la mediació i pel desenvolupament de la cultura de la mediació en aquest àmbit.

Caldria preguntar-se en futures investigacions si l'índex de resposta del 100% dels hospitals té alguna relació directa amb la complexitat de la seva estructura organitzativa i amb el volum d'usuaris que han d'atendre, en veure's segurament més obligats a assumir situacions conflictives que no pas els CAP, fet aquest que podria explicar el seu interès en la mediació.

Tanmateix, malgrat l'elevat índex de resposta i l'interès per la mediació dels centres de salut catalans, els primers resultats d'aquest estudi reflecteixen que solament una mica més de la meitat dels centres que responen han realitzat durant el 2008 actuacions de mediació i/o de suport a la mediació. *No hi ha una majoria significativa de centres que durant el 2008 hagin realitzat actuacions de mediació i/o de suport.*

Per a facilitar la lectura dels resultats, puntualitzem que els centres que solament realitzen actuacions de mediació (sense actuacions de suport) estan inclosos en el grup de centres que realitzen actuacions de mediació i suport. Quan solament duen a terme actuacions de suport, es contemplen en un altre grup. D'ara endavant,

per tant, farem referència sempre a algun dels següents grups, en funció de les activitats que realitzi un centre:

Mediació i Suport = Mediació + Mediació amb Suport

Suport = solament suport

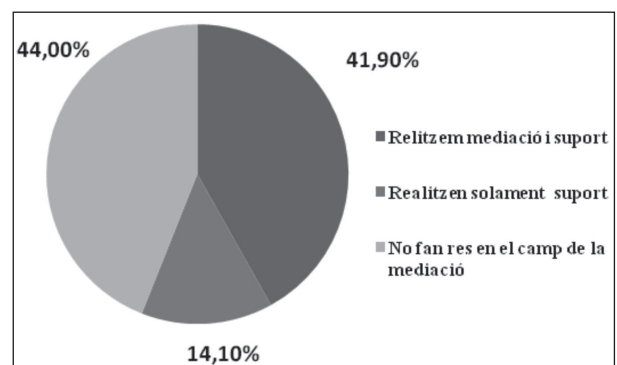
Definicions dels diferents grups als què d'ara endavant farem referència, segons les activitats vinculades a la mediació que realitzen els centres de salut:

Mediació = Centres que realitzen activitats de mediació solament.

Mediació amb Suport = Centres que realitzen activitats de mediació i de suport conjuntament (al mateix centre trobem les dues activitats)<sup>7</sup>.

Suport = Centres que realitzen activitats de suport solament.

**Gràfic 3. Percentatge de centres amb actuacions de mediació i/o de suport a la mediació (n=327)**



Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

La majoria dels centres que manifesten haver dut a terme l'any 2008 alguna actuació vinculada a la mediació, es refereixen a actuacions de mediació i/o suport (mediacions solament o mediacions i suport conjuntament). Són molts menys els centres que solament han realitzat actuacions de suport. Destaca el fet que si solament se centra l'atenció en els centres que han realitzat

actuacions de mediació (entesa aquí, per tant, la mediació com a procés, tal i com s'ha definit abans i incloent MIC i MS), el seu percentatge està molt poc per sota dels centres que manifesten no haver realitzat res en el camp de la mediació. Per tant, es troba que a Catalunya l'any 2008, el nombre de centres que no van realitzar cap actuació vinculada a la mediació és lleugerament superior al de centres que van realitzar actuacions de mediació (MIC+MS).

**Taula 3. Freqüència i percentatge dels centres que responen, segons tipus de resposta (n=327)**

	XHUP+CAP	% XHUP+CAP
Mediació/Mediació i Suport	137	41,9
Suport	46	14,1
No fan res	144	44,0

Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

Els 183 centres, 137 hospitals i 46 CAP, que en la fase preliminar de l'estudi manifesten haver realitzat alguna actuació de mediació i/o de suport l'any 2008, constitueixen la mostra d'estudi de la fase en profunditat (n=183) que es porta a terme amb l'objectiu d'obtenir informació més detallada sobre les estructures organitzatives, les actuacions i les parts de la mediació. S'obtenen dades de 160 centres.

**Taula 4. Índex de resposta i freqüència dels centres que realitzen alguna actuació de mediació i/o suport, segons tipus de centre i Regió Sanitària (n=183). Segona enquesta**

	XHUP i CAP	% resposta
Responen	160	12,6
No Responen	23	87,4

Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

De tot el conjunt d'actuacions de mediació i/o suport, destaca la implementació de la MIC en els centres de salut catalans. Els resultats indiquen que la MIC es va realitzar l'any 2008 en 98 centres mentre que la mediació en salut solament es va dur a terme en 20 centres i les actuacions de suport, en 66 centres. És a dir, *les MIC destaquen per sobre de les MS i de les actuacions de suport.*

**Taula 5. Freqüència dels centres que realitzen alguna actuació de mediació i/o suport, segons tipus d'actuació (n=160). Possibilitat de més d'una resposta (un mateix centre pot realitzar més d'un tipus d'actuació)<sup>8</sup>**

	XHUP i CAP	%
Mediacions Interculturals	98	61,3
Mediacions en Salut	20	12,5
Actuacions de Suport	66	41,3

Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

La major part de les actuacions de mediació en els centres de salut a Catalunya, l'any 2008, van ser MIC, seguides de les actuacions de suport que van ser molt més nombroses que no pas les MS. Les MS es van realitzar en molt pocs centres. Però, si observem el nombre total d'accions comptabilitzades en la Taula 6 com a mediació intercultural, veiem que assoleixen la xifra de 122.957 accions concretes (en xifres absolutes). La dada interessant és que no es tracta només de labors merament de traducció, sinó que el nombre promig d'accions realitzades per cada mediació intercultural és de 4,2.

**Taula 6. Accions efectuades, dins d'una sessió, equivalents a problemes a resoldre o gestionar (n=160)**

Accions	Freqüència	%
Traducció	21305	17,3
Informació	21136	17,2
Suport a l'Usuari	17013	13,8
Mediació Medica	14393	11,7
Suport als Professionals	12347	10,0
Mediació Infermeria	9312	7,6
Mediació Preventiva	7855	6,4
Seguiment	7618	6,2
Altres Derivacions	5825	4,7
Problema Social	3040	2,5
Informació TIS	2504	2,0
Mediació Religiosa	609	0,5
<b>Total</b>	<b>122957</b>	<b>100%</b>

Font = Segona enquesta ET12

Aquestes dades posen de relleu el destacat paper de la MIC en l'àmbit de la salut. Malgrat que la MIC no sempre

està adreçada a la gestió dels conflictes sinó més aviat a la prevenció d'aquests, també hi ha casos en què les diferències culturals són origen i causa de malentesos que provoquen l'aparició de conflictes entre els actors del sistema sanitari i els usuaris nous. Si això no es gestiona d'alguna manera i es frena la seva possible escalada, la tasca dels professionals de la salut es veu entorpida per una diferent interpretació cultural del concepte de salut i malaltia. Aquest fet pot arribar a dificultar la correcta prestació dels serveis sanitaris, quedant per garantir el dret a la salut dels immigrants com a usuaris de les organitzacions de salut. Per tant, doncs, el paper de la MIC en l'àmbit de la salut, i a la vista dels resultats obtinguts, no es pot obviar ni infravalorar.

Les actuacions de suport a la mediació en salut tenen l'objectiu de cobrir aquestes necessitats que tenen a veure també, però no solament, amb la difusió de la cultura de la pau entre els usuaris i els professionals de la salut. Els conflictes, queixes i reclamacions dels diferents actors del sistema sanitari, s'han de poder canalitzar per alguna via alternativa, diferent a la via del litigi, però també s'han de poder prevenir, evitant costos innecessaris i garantint una millor prestació dels serveis sanitaris. Aquestes actuacions s'originen en la necessitat real de superar els problemes de comunicació, expressió i enteniment d'una part significativa de pacients i usuaris del servei de salut que acaben afectant el funcionament normal del servei.

Si comparem les dades referents a les actuacions de suport i les referents a la mediació en salut, hi ha molts més centres que realitzen actuacions de suport. L'acompanyament, que en el cas de la MIC ja queda contemplat pel propi concepte i per l'ús que d'ella se'n fa, també resulta necessari en altres tipus de conflictes en l'àmbit de la salut en els quals estan involucrades persones autòctones.

Malgrat la complexitat que ha suposat accedir a la informació sobre les actuacions de mediació i/o suport, degut a la manca d'institucionalització i a l'absència de protocols de registre de la informació en la majoria dels casos, la participació dels centres en l'estudi ha estat molt elevada. D'aquesta manera, ha quedat una clara constància de l'interès general de les organitzacions de salut per tot allò que té a veure amb la mediació i amb la cultura mediatora. També s'ha pogut reflectir la incidència de les diferents actuacions de mediació i/o suport i el context on es produeix l'oportunitat de desenvolupar alguna mediació específica.

A continuació, es presentaran els resultats obtinguts en tres apartats diferenciats: actuacions de MS, actuacions

de suport, i MIC, amb la finalitat de facilitar la lectura de les dades i fer-la més àgil i entenedora. La MIC s'analitza en un apartat independent, degut a la seva rellevància i al seu més alt grau d'institucionalització.

#### 2.2.4 Mediacions en salut (MS) realitzades a Catalunya durant l'any 2008

S'han realitzat molt poques MS, en pocs centres i gestionades, en la seva majoria, per mediadors interns. Es troba que en 20 centres s'han efectuat un total de 45 mediacions, enteses pròpiament com a procés de mediació. Això representa una mitjana de 2,3 mediacions per centre. D'aquestes 45 mediacions, 35 han estat gestionades per mediadors interns i 10 per mediadors externs.

Solament 6 centres disposen d'una unitat especialitzada de mediació. En 3 d'ells, aquesta unitat depèn de la Unitat de Recursos Humans i en els altres 3 centres, depèn directament de Gerència o de la Unitat de Prevenció de Riscos. La primera d'aquestes unitats especialitzades en mediació va ser creada l'any 2002.

Malgrat aquesta manca d'unitats especialitzades de mediació en les organitzacions de salut catalanes, es troba que una majoria de centres han realitzat les MS mitjançant mediadors interns (que pertanyen a l'organització). En 13 centres hi ha mediadors interns per a la gestió dels conflictes propis de l'àmbit, mentre que en 7 centres es troba que hi ha mediadors externs a l'organització. En 4 d'aquests 20 centres, hi ha tant mediadors interns com mediadors externs.

La major part dels mediadors són professionals, majoritàriament amb formació específica en mediació i amb formació universitària. D'un total de 25 mediadors, 16 són professionals i 9 voluntaris. Un 80% dels mediadors professionals ha rebut formació específica en aquest àmbit. En canvi, i com era d'esperar, s'observa una menor formació específica en el cas dels mediadors voluntaris. La formació en mediació pot anar des d'un curs d'escasses hores a un nivell superior de Postgrau o Màster. El 55,6% dels mediadors estan formats a través de cursos de mediació i un 44,4% ha rebut formació mitjançant algun Postgrau o Màster. Pel que fa al nivell d'estudis dels mediadors, el 86,7% d'ells ha rebut formació universitària i el 13,3% restant, formació secundària.

En general, s'observa que han estat pocs els centres que van realitzar actuacions de mediació en salut l'any 2008, que han estat molt pocs els mediadors professionals, i

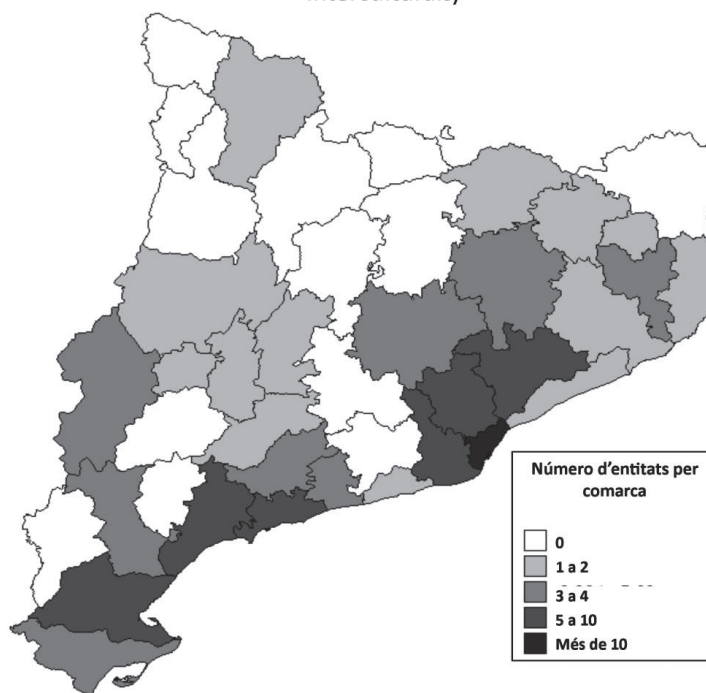
que és també molt baix el nombre de mediacions realitzades i el nombre de les unitats especialitzades en mediació. Aquest conjunt de resultats assenyalen una escassetat estructural i organitzativa pel que fa a les MS a Catalunya i constaten la manca de cobertura geogràfica del territori català en quant a la implantació de la mediació. Tanmateix, això no és en realitat sorprenent. Les raons que expliquen el grau de desenvolupament de la mediació radiquen en què és el propi sistema sanitari el que ha hagut de trobar noves vies al marge de les ju-

dicials i administratives. Aquesta implantació precisa de temps i de recursos: en cap cas no ha pogut ser sobtada.

L'any 2008 estaven sense cobertura 2 de les 7 RS: Catalunya Central i Lleida. Però el mapa 1 mostra també l'emergència de la mediació en salut. Com explicarem més endavant, en aprofundir en el tema en la fase qualitativa de l'estudi, la implantació de la mediació ha significat també la instauració d'experiències pilot, i la construcció de sistemes de mediació adaptats al medi i als problemes sanitaris i hospitalaris.

### Mapa 1. Distribució territorial d'entitats mediadores

Distribució territorial d'entitats mediadores a Catalunya (amb mediacions sanitàries i interculturals)



Font: elaboració pròpia.

La majoria dels participants en els processos de MS són usuaris dels serveis sanitaris. Un 61,3% dels mediats en els centres de salut catalans són usuaris dels seus serveis i el 38,7% restant, són professionals de la pròpia organització.

A la vista dels resultats, l'any 2008 els usuaris dels serveis de salut catalans han fet més ús dels processos de mediació que els professionals d'aquest àmbit. El percentatge de professionals que han participat en els processos de mediació és menor però no deixa de ser una xifra prou important i ens permet constatar una necessi-

tat de gestionar aquells conflictes que, al si de les organitzacions de salut, es deriven del fet d'haver de treballar en equips interdisciplinaris, de la pressió assistencial, de les expectatives dels usuaris dels serveis de salut, de la vulnerabilitat, i de l'elevat component emocional que està present en totes les situacions que acompanyen els processos de pèrdua de salut i desenvolupament de patologia.

El 81,8% dels mediats en salut tenen la mateixa nacionalitat. Si es té en compte que en les MS les diferències culturals no acostumen a ser la font principal del con-



flicte (com sí succeeix en les MIC), aquest resultat no resulta gens sorprenent tampoc.

Però aquest resultat, que en principi planteja una lectura fàcil i ràpida, posa de manifest que cal dotar d'eines als usuaris dels serveis de salut per a la prevenció de les dinàmiques relacionals que s'instal·len quan l'altre és no només culturalment diferent, sinó quan ho és socialment també. Aquesta dinàmica en la relació amb l'altre, sigui o no de la mateixa cultura, però amb vivències i situacions de vida quotidiana diferents, participa a nivell conscient o inconscient en l'origen i en l'escalada del conflicte. Per tot això, es podria plantejar un cert punt en comú entre les MS i les MIC perquè que en les dues hi ha un component important de percepció de la diferència amb l'altre que requereix el mateix esforç d'aproximació.

D'altra banda, la participació de les dones en els processos de mediació en salut és més elevada que la participació dels homes. El nombre total de mediats l'any 2008 va ser de 93 persones de les quals un 74,2% eren dones. Caldria plantejar si la influència del factor gènere en la participació en els processos de mediació en salut respon a causes genèriques –pròpies del gènere, vinculades a la gestió de les emocions i a l'actitud davant els conflictes–, o bé a causes més específiques relacionades amb una major implicació i dedicació d'algunes professionals de la salut (infermeres, auxiliars, etc.) en la cura i atenció a la salut en el context de l'atenció primària i de l'atenció hospitalària. Sigui com sigui, les dades són consistents amb el fet conegut que són majoritàriament les dones les que es responsabilitzen dels processos de cura i atenció dels familiars malalts.

En un altre ordre de coses, s'observa una feble protocolització i sistematització en les dades referents a MS. Es constata que els centres de salut de Catalunya, l'any 2008, disposen de poca documentació vinculada a la regulació del procés de mediació, des del moment en què es realitza el primer contacte fins al final (s'hagi produït acord o no). No oblidem, però, que aquest resultat ha de ser complementat amb la informació que proporcionarem més tard, en l'estudi qualitatiu.

El 64,3% dels centres que han respost no tenen protocols per delimitar el conflicte; però sí que en tenen el 35,7% dels centres (per bé que, en aquests casos, no s'observa una tipificació clara dels conflictes). La major part de sol·licituds de mediació en salut es recullen per via telefònica. Les sol·licituds, mitjançant un formulari o a través de la pàgina web (de moment) són menors. Les obligacions de les parts que han participat en el procés de la mediació estan definides en un 26,7% dels centres. Les obligacions dels mediadors, en un 28,6% dels

centres, i existeix un codi deontològic per als mediadors en un 33,3% dels centres.

És interessant constatar, doncs, que malgrat que en poques ocasions queden definides les obligacions, un terç dels centres s'han dotat d'un codi deontològic per als mediadors (els actors que participen en un procés de mediació són tant les parts implicades en el conflicte com el propi mediador). Aquesta dada és consistent amb l'interès que té el sistema sanitari per la mediació: *indica un grau d'institucionalització ja important que, com tindrem ocasió de comprovar, és també creixent*. Malgrat no es tracti d'un sistema del tot desenvolupat, constatem que l'interès per la mediació és real en l'àmbit sanitari, ja que ha començat a desplegar-la com a instrument per dur a terme el procés de gestió de conflictes.

Actors del procés de mediació =  
Parts implicades en el conflicte + Mediador

En canvi, el procediment encara no estava ben establert en el moment de dur a terme l'estudi. L'any 2008, la durada del procés de mediació en salut no està delimitada pràcticament en cap centre. No existeix una norma o protocol que defineixi ni la quantitat de sessions per a cada cas de mediació, ni la durada en hores de cada sessió, ni la durada de tot el procés de mediació, des del seu inici fins al seu tancament.

En la majoria de centres, la mitjana de sessions per a cada cas de mediació en salut és entre 2 i 3 sessions; la mitjana d'hores per sessió, 1 hora; i la mitjana de dies, des de l'inici fins al tancament del procés, presenta una alta variabilitat en funció del centre: pot anar des de 4 dies fins a 45. No s'han trobat normes o referents que defineixin tampoc el cost de les MS en els centres sanitaris catalans.

Tot indica, a més, que el procés d'institucionalització i l'establiment de procediments més reglats s'estan duent a terme no només a partir de l'oferta dels centres, sinó pel creixement de la demanda. És interessant comprovar que, en la majoria dels casos, les sol·licituds de mediació en salut són tramitades per les parts involucrades en el conflicte, i són acceptades.

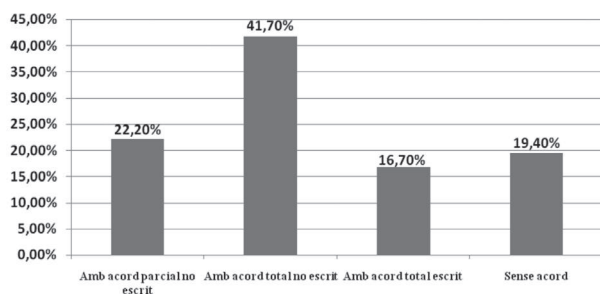
El percentatge de sol·licituds de mediació en salut acceptades l'any 2008 a Catalunya va ser del 87,2%. La resta, van ser rebutjades per motius diversos. El 50% de les sol·licituds acceptades van ser demanades per les parts. Un 25,7% de les MS van ser sol·licitades pels facultatius (metges, infermeres, psicòlegs, etc.) i un 7,5% per la pròpia entitat medidora. El 15% restant van ser sol·licituds amb altres orígens entre els quals es troben les derivacions d'altres serveis.

Podem apuntar, doncs, una dinàmica entre la institució (els centres), els usuaris del servei i els professionals sanitaris que resulta interessant i que deixem aquí merament apuntada, però que permet mostrar un grau important d'implicació de tots els actors rellevants en el sistema de salut, començant pels pacients mateixos.

Anem ara al resultat del procés. El 80,6 % de les MS van concloure amb un acord. Solament un 19,4% de les MS van concloure sense acord. El 41,7% dels acords produïts van ser acords totals no escrits. Solament en el 16,7% van ser acords totals escrits. En la resta de casos (22,2%), es va arribar solament a acords parcials no escrits. Així, segons les dades disponibles, la majoria de les MS conclouen en acord; i el tipus d'acord més freqüent és el d'acord total no escrit.

Aquest és un resultat que es manté estable també en altres dominis (com l'educatiu). En absència de normes que imposin que l'acord ha de ser per escrit, l'efectivitat de l'acord es basa en la confiança que les parts mútuament es concedeixen. Conclouen que "no cal" posar-ho per escrit perquè se'n refien de l'altra part i estan satisfets de l'objecte del pacte. Posar-ho per escrit és una garantia que es demana quan la confiança en el compliment és menor que no pas la percepció de la possibilitat de reproducció del conflicte.

#### Gràfic 4. Nivell d'acord de les mediacions en salut



Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

En la majoria de les MS registrades consta que s'ha realitzat un seguiment del cas. D'un total de 45 mediacions registrades, hi ha hagut seguiment un cop tancat el procés de mediació en 17 casos. No se n'ha fet en els 11 casos restants.

El tipus d'acord, en general, es pot considerar un índex de l'èxit de la mediació. El fet que es donin molts més acords no escrits pot tenir a veure també amb la manca de formalització dels processos. En qualsevol cas, en salut, caldria pensar si és convenient que es produeixin

acords escrits en un àmbit on de vegades la relació personal pot ser més important que la seva formalització.

Reprendrem aquests aspectes relatius a la premediació, mediació i postmediació en la fase qualitativa de l'estudi.

#### 2.2.5 Actuacions de suport realitzades a Catalunya durant l'any 2008

La formació és l'actuació de suport a la mediació més freqüent i és impartida per entitats públiques i per entitats privades. A Catalunya s'han realitzat actuacions de suport a la mediació, l'any 2008, en 66 centres de salut, la qual cosa representa un 41,3% dels centres que han fet alguna actuació de mediació i/o de suport a la mediació.

L'actuació de suport més freqüent és la formació, en un 64,6% dels centres. Les accions de sensibilització s'han realitzat en un 49,2% dels centres; les d'assessorament, en un 46,2%; i les de traducció i interpretació lingüística, en un 29,2%.

Entre les entitats públiques que han impartit formació destaquen l'ICS i la Universitat de Vic, i altres entitats públiques com ara el CSI o la Diputació de Barcelona. Entre les entitats privades destaca Exit3SCP<sup>9</sup>, CMI International Group<sup>10</sup> i Unió Consorci i Formació (UCF)<sup>11</sup>.

Els destinataris de la formació han estat 456 persones, i el pressupost dedicat durant l'any 2008 és de 229.564 €, la qual cosa suposa una mitjana de 13.503,8 € per centre.

Les actuacions d'assessorament són puntuals i s'han adreçat a 262 individus, professionals i directius dels centres de salut.

Hi ha diversitat d'entitats que ofereixen assessorament en els centres de salut catalans com a suport a la mediació, però destaca la sol·licitud d'aquest assessorament al Servei d'Atenció a l'Usuari.

Les actuacions de sensibilització s'adrecen a la difusió de la mediació (conferències, xerrades, jornades de treball, tallers, etc.). Es van destinar 100 dies a campanyes de difusió, durant l'any 2008, en el conjunt de centres de salut de Catalunya que en van realitzar alguna. El nombre total d'hores destinades a conferències i xerrades és, segons l'estudi, de 84 hores.

En contrast, hi consta un elevat nombre de traduccions i interpretacions lingüístiques. El nombre total de sessions de traducció o interpretació lingüística realitzades és de 2.982 sessions. El nombre total d'hores dedicades a la traducció o interpretació lingüística és de 2.022 hores. El pressupost total destinat a aquesta activitat va ser de



58.000 €; un pressupost prou elevat que porta a pensar a la importància que té, en aquest àmbit, resoldre els obstacles comunicatius que comporta la diferència d'idioma. En el context ambulatori o hospitalari, en la relació entre usuaris dels serveis de salut i els seus professionals, resulta imprescindible una bona comunicació que permeti el diagnòstic i la comprensió de la malaltia i del seu tractament.

### 2.2.6 MIC: actuacions realitzades a Catalunya durant l'any 2008

El marc teòric de la MIC és un marc obert que encara està en construcció. La MIC com a eina d'intervenció en l'àmbit de la salut tampoc és un instrument definit. Això ens planteja l'oportunitat i el repte d'adaptar la MIC a la realitat dels centres de salut catalans.

Entre els anys 2001 i 2008, la població de Catalunya va registrar un dels creixements més alts de la seva història. El nombre de residents estrangers l'any 2008, va superar per primera vegada la xifra d'1 milió d'habitants. Actualment, la població estrangera representa el 15% de la població resident a Catalunya (IDESCAT, 2008).

Aquesta entrada d'immigrants ha suposat milers de nous usuaris per al sistema de salut català, motiu pel qual s'han generat accions i programes per a satisfer les necessitats emergents i per afrontar els conflictes derivats de les diferències culturals que poden obstaculitzar una integració positiva. Aquesta resposta s'ha donat tant a nivell polític, amb la creació d'un Pla Director d'Immigració, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, com a nivell tècnic i social amb l'establiment de programes i actuacions de diverses entitats.

La diversitat cultural ha anat augmentant paulatinament a la nostra societat i ha produït importants canvis que afecten tant a les persones immigrades com a la població autòctona. En aquest sentit, la implementació de la MIC en l'àmbit de la salut representa un intent de fer front a les noves necessitats plantejades entorn a aquest àmbit però l'absència de consens respecte a la seva definició i els seus protocols, ha contribuït a generar un gran desconcert a nivell teòric, pel que fa a la noció de mediació intercultural, i a nivell pràctic, pel que fa al seu ús en els serveis de salut.

En aquest estudi es posa de relleu aquesta manca d'acord en considerar la mediació intercultural com a mediació pròpiament dita, o com a activitat facilitadora de la comunicació. En adreçar-nos als centres de salut, en alguns d'ells no hi havia una idea clara sobre si el que feien sota l'etiqueta de MIC es podia considerar mediació o més

aviat una activitat de prevenció del conflicte i de facilitació de la comunicació (principalment traducció lingüística).

Hem optat per considerar, de manera similar a com ho ha fet en el LBM l'equip de mediació comunitària i ciutadana, la mediació intercultural com a mediació social. La mediació social és "*un procés de creació i reparació dels vincles i de resolució de conflictes de la vida quotidiana on un tercer imparcial i independent intenta, mitjançant intercanvis entre les persones o les situacions, ajudar-les a millorar una relació o a solucionar un conflicte que els oposa*" (AA.VV., 2000). Aquesta definició inclou la comunicació, la prevenció i la regulació dels conflictes i està en línia amb el concepte de mediació intercultural, tal i com s'està duent a la pràctica en els nostres centres de salut. Per tant, en l'estudi hem considerat la MIC com una actuació de mediació i no solament com una actuació de suport malgrat que la realitat indica que es recull com a MIC una barreja d'ambdues, amb predomini de les actuacions preventives i de suport. Això no obstant, hem distingit també, com ha estat vist, les MIC de la mediació sanitària, o en l'àmbit de la salut (MS).

Segons Petitclerc (2002), són molts els àmbits on no hi ha consens entre els autors que sostenen una concepció *stricto sensu* i aquells qui mantenen una concepció més àmplia. Això és extensible a l'àmbit de la salut. Hi ha autors per als quals la mediació és únicament una eina per a la resolució dels conflictes mentre que per a d'altres, menys restrictius i estrictes, la mediació s'ha de posar en pràctica per anticipació, preventivament.

Aquest mateix autor assenyala que "*la mediació intercultural, i qualsevol altre tipus de mediació, en qualsevol àmbit, està directament vinculada a la vida en comunitat i, per extensió, a la comunitat política; és a dir, a l'Estat considerat sota la seva dimensió jurídica. Implementar la mediació en un territori, per tant, és una elecció política que representa una determinada manera de gestionar i transformar les relacions socials*".

El PDI del Departament de Salut, per altra banda, parla també de mediació comunitària i la defineix com aquelles "*activitats de mediació intercultural orientades a incidir sobre la millora de la salut de col·lectius d'immigrants a la seva pròpia comunitat. En la majoria de casos, té lloc fora dels centres de salut i implica el treball conjunt amb els professionals sanitaris en la realització de tasques de promoció de la salut i d'educació sanitària, així com en l'abordatge i seguiment de determinades malalties, tant a nivell individual com col·lectiu*".

La mediació en sentit ampli, doncs, és aquella que no té per objectiu exclusivament la regulació dels conflictes sinó també la seva prevenció, i ens permet parlar de MIC

com a actuació de mediació i entendre el seu significat, els seus objectius i la seva importància en el sistema sanitari i en la comunitat. Aquesta concepció àmplia de la mediació va ser adoptada en el Seminari Europeu de Créteil, l'any 2000, durant la presidència francesa de la Unió Europea amb el recolzament de la Comissió i la presència d'experts europeus, i ratificada pel Consell Econòmic i Social (García Castaño et al., 2006).

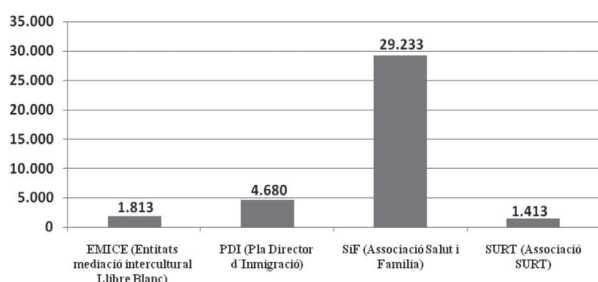
Les entitats mediadores que van participar en programes i serveis de MIC, en els centres de salut a Catalunya, l'any 2008, van ser la Generalitat de Catalunya amb el PDI, l'Associació Salut i Família (SiF), la Fundació SURT (SURT), i altres entitats proveïdores del servei de MIC als centres de salut, detectades mitjançant l'enquesta utilitzada en l'estudi i que, d'ara endavant, anomenarem amb les sigles EMICE.

L'any 2008 a Catalunya es van realitzar 37.139 actuacions de MIC en 98 centres de salut, de les quals, 29.233 estaven realitzades o gestionades per l'Associació Salut i Família, 4.680 pel PDI, 1.813 pels propis hospitals i CAP de l'univers d'estudi, i 1.413 per la Fundació SURT.

Aquestes xifres, elevades respecte a totes les altres actuacions vinculades a la mediació en l'àmbit de la salut, posen de relleu l'esforç de molts centres per intentar donar resposta a necessitats emergents vinculades a canvis socials i sanitaris. Per tant, no es pot obviar que la mediació intercultural és una realitat en les organitzacions de salut i no s'hauria de posar en dubte ni la seva necessitat ni la seva utilitat.

Davant d'una societat on la interculturalitat cada cop és més gran, potser caldria que les organitzacions de salut a Catalunya es plantegessin com a repte de futur esdevenir organitzacions cada cop més competents interculturalment.

**Gràfic 5. Nombre d'actuacions de mediació intercultural segons tipus d'entitat mediadora**



Font: Elaboració pròpia amb la informació extreta de la tabulació feta per l'ET12.

## Pla Director d'Immigració en l'àmbit de la salut (PDI)

El PDI s'impulsa, des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, amb la voluntat de definir objectius de millora de l'atenció a la població immigrant estrangera, en l'àmbit del sector salut. Per assolir aquesta fita, estableix un pla d'acollida, un pla de mediació i un pla de formació, amb actuacions adequades a cada territori, mitjançant les RS i els futurs Governos Territorials de Salut (GTS)<sup>12</sup>. La missió del PDI és millorar la salut de la població immigrada mitjançant la definició d'un model d'atenció i organització dels serveis que permeti al sistema de salut català fer front a la nova situació que planteja el creixement de la immigració a Catalunya en els darrers anys.

El sistema d'informació creat per al registre de les activitats de mediació intercultural en l'àmbit de la salut realitzades a través del PDI va iniciar el seu funcionament com a prova pilot a mitjans de 2008. Durant l'any 2009 va estar en fase de consolidació, després d'haver incorporat diverses millores per tal d'augmentar la fiabilitat de les dades.

El PDI es va implantar a Catalunya, l'any 2008, en 54 dels centres de salut de l'univers d'estudi i va realitzar un total de 4.680 intervencions de MIC. Es van beneficiar d'aquestes intervencions 4.680 usuaris, un 62,9% dels quals eren dones. En el 100% dels casos aquestes mediacions eren gratuïtes per als usuaris.

La major part dels mediats, amb molta diferència, procedien del Magreb (65,3%). Un 16,6% procedien d'Àsia. La sol·licitud de la MIC va ser realitzada en la majoria dels casos pels professionals de la salut.

Com que es tractava d'un nou sistema d'informació, les dades quantitatives disponibles per a la fase inicial d'implantació del nou sistema corresponien a les mediacions individuals realitzades pels 25 mediadors júnior formats durant el 2008. Aquesta ha estat la informació registrada disponible per a l'elaboració d'aquest capítol del LBM.

Durant l'any 2009, els mediadors sèniors que desenvolupaven la seva activitat a la RS de Girona van començar a utilitzar també aquest registre i, després, progressivament, la resta de mediadors sèniors d'arreu del territori.

Segons el PDI, els mediadors júnior són persones sense experiència prèvia en el camp de la mediació intercultural que han seguit el curs de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) i han realitzat o estan realitzant una estada en pràctiques en algun centre de salut de la xarxa pública. Per altra banda, els mediadors sèniors són aquells mediadors que ja realitzaven tasques com a tals per a d'altres

entitats proveïdores de serveis de mediació al territori i que han seguit aquest curs per obtenir l'acreditació corresponent per part de l'IES.

La informació quantitativa disponible per a l'any 2008 correspon, per tant, únicament a l'activitat realitzada pels 25 mediadors júnior que es van formar aquest mateix any; dels quals un 76% eren dones. La professió de mediador era la seva activitat principal en el 100% dels casos i, en el 100% dels casos també, els mediadors obtenien pel seu treball una remuneració econòmica. L'exercici de la seva professió estava en el 100% dels casos vinculada a una entitat: en el cas dels mediadors júnior<sup>13</sup> estava vinculada directament al Projecte de La Caixa<sup>14</sup>.

Majoritàriament, el seu país d'origen era el Magreb (60%), seguit de la Xina (16%) i Romania (12%).

Un dels eixos d'actuació d'aquest projecte va ser la posta en marxa d'un programa de formació de mediadors interculturals per als serveis de salut per tal de garantir una formació homogènia i de qualitat d'aquests mediadors. Per això, la Fundació La Caixa va encarregar els continguts formatius a la Fundació Privada Institut de Recerca de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron que va tenir la col·laboració i assessorament de l'IES i el PDI, partint de l'experiència en aquest camp de formació de mediadors del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Vall d'Hebron i de la Fundació SURT.

Per al PDI, la MIC en l'àmbit de la salut no distingeix entre sessió i cas. Cada acció és considerada com a mediació independent amb un principi i un final a la mateixa sessió. No obstant això, en algunes ocasions es realitzen diverses mediacions amb un mateix usuari, ja sigui com a part del seguiment d'una determinada patologia i el seu tractament, o bé com a casos independents.

El promig de la durada de les sessions de mediació va ser de 20 minuts. En quant al temps total dedicat a un procés de mediació, des de l'inici fins al tancament del mateix, podia ser molt variable, anant des d'1 minut fins a 6 hores.

En qualsevol cas, cal especificar que la MIC que el PDI va gestionar durant el 2008 no estava adreçada a resoldre conflictes sinó que anava dirigida a facilitar la comunicació entre usuaris i professionals sanitaris.

### L'Associació Salut i Família (SiF)

La SiF ([www.saludyfamilia.es](http://www.saludyfamilia.es)) és una entitat (ONG) independent i sense afany de lucre que assisteix a dones, homes, nens i nenes en les necessitats bàsiques de salut

i suport social. A través del Programa de Mediació Intercultural<sup>15</sup>, posa a disposició de les institucions sanitàries les eines o recursos que els permetin afrontar amb major coneixement i sensibilitat la gestió de les diferències culturals que suposa l'atenció a pacients immigrants.

La SiF va prestar l'any 2008 els seus serveis de MIC com a entitat proveïdora en 27 centres de salut de Catalunya, pertanyents a l'univers d'aquest estudi. Hi va realitzar un total de 29.233 intervencions. Es van beneficiar d'aquestes intervencions 29.233 usuaris, dels quals un 56,1% eren dones. L'edat dels mediats oscil·lava entre 18 i 50 anys, sent la franja d'edat entre els 30 i els 49 anys la que va requerir més intervencions (40%). La major part dels mediats procedien del Magreb (40,4%), seguit de Centre Sud Asiàtic (25,6%). L'idioma més utilitzat pels mediats va ser l'àrab (37,8%), seguit del panjabi, el xinès, l'urdú i el francès, per aquest ordre. La sol·licitud del servei de mediació intercultural la va realitzar, en la majoria dels casos, el propi professional de la salut (64,1%).

Com passava amb el PDI, una sessió de mediació és considerada una intervenció. En el cas de la SiF, sí que hi havia un registre de les diferents accions dutes a terme dins de cada sessió. El nombre promig d'accions per sessió va ser de 4,2 accions, categoritzades com a: traducció, informació, suport a l'usuari, mediació mèdica, suport als professionals, mediació infermeria, mediació preventiva, seguiment, problema social, mediació religiosa, informació TSI i altres derivacions; per ordre de freqüència.

Els usuaris del servei de MIC prestat per la SiF van ser professionals dels serveis de salut en 1.337 casos i pacients o usuaris dels serveis de salut en 27.896 casos. Els actors o participants en les intervencions de MIC van ser mediador-pacient-professional en 24.054 casos, mediador-pacient en 4.479 casos, i mediador-professional en 700 casos. La categoria dels professionals que van participar va ser molt variada però destaca la participació de metges en 7.010 casos; d'administratius en 5.145 casos; d'infermeres en 3.956 casos; de pediatres en 3.335 casos; de ginecòlegs en 1.703 casos i de llevadores en 851 casos.

Les intervencions de MIC implementades en el territori català per la SiF, van ser portades a terme per 35 mediadors, dels quals un 80% van ser dones. El país d'origen d'aquests 35 mediadors era majoritàriament el Marroc (34,3%), seguit pel Paquistán (17,1%); tot i que s'observa una ampla varietat de possibilitats en quant a la procedència dels mediadors. Aquests mediadors dedicaven a les intervencions de MIC un total de 547 hores

setmanals; això suposava una dedicació per mediador de 15,6 hores setmanals.

## La Fundació SURT

La Fundació SURT (<http://www.surt.org>) és una entitat social, privada, amb l'objectiu de facilitar el procés d'incorporació de les dones al mercat de treball. Compta amb un Servei de mediació i interculturalitat per millorar l'accessibilitat de les persones immigrades en la societat d'acollida.

SURT prestava els seus serveis de MIC com a entitat proveïdora, l'any 2008 a Catalunya, en 16 centres de salut i va realitzar un total de 1.413 intervencions. Es van beneficiar d'aquestes intervencions 1.949 usuaris, dels quals un 65% eren dones. Els usuaris del servei de MIC van ser professionals dels serveis de salut en 865 casos i pacients o usuaris dels serveis de salut en 1.084 casos.

El nombre de mediadors que van dur a terme les intervencions de MIC implantades en el territori català per SURT, va ser de 14 mediadors, tots ells professionals, amb algun curs de mediació. En 4 casos, a més, havien realitzat un Màster o Postgrau. Pel que fa al seu grau acadèmic, 9 tenien estudis universitaris i 5 estudis secundaris.

SURT disposava d'un protocol per regular el procés de la mediació, d'una relació de categories d'intervenció, de protocol de sol·licitud de la mediació, d'obligacions de les parts mediatades i de codi deontològic. També es troba una delimitació del nombre de sessions en cada cas. Cada sessió durava un promig entre 10 i 30 minuts.

La sol·licitud de la mediació es podia realitzar per telèfon o per escrit i es realitzava seguiment dels casos després de l'acord. L'avaluació dels procediments o resultats de la mediació es realitzava mitjançant una enquesta de satisfacció que es passava a les parts de la mediació, o bé, a través de la supervisió dels casos per mediadors interns.

L'any 2008 els mediadors, i atenent a les categories d'intervenció establertes, van realitzar les següents intervencions: interpretació en 643 casos (45,5%), informació en 642 casos (45,4%), sensibilització en 85 casos (6%), mediació en conflicte en 32 casos (2,3%) i formació en 11 casos (0,8%).

També es disposa d'una relació de conflictes en els quals no es pot mediar: quan hi ha un fet delictiu, quan alguna de les parts no accepta la intervenció d'un mediador, quan les parts no reconeixen el procés com a vàlid, quan

una de les parts no pot assistir al procés, quan una de les parts no es compromet a respectar les normes del procés, o quan el mediador s'inclina per alguna de les parts.

## Entitats de mediació intercultural detectades amb l'enquesta (EMICE)

Pel que fa a les EMICE, es troben 9 centres de salut a Catalunya, l'any 2008, que van realitzar un total de 1.813 intervencions de mediació intercultural i disposaven de 27 mediadors dels quals 25 eren professionals i 2 voluntaris. La seva formació en mediació, en 9 casos s'havia realitzat mitjançant cursos de mediació i en 4 casos, mitjançant un Màster o Postgrau. Solament 8 mediadors no tenien cap tipus de formació en mediació.

## 3 Estudi sobre la mediació en l'àmbit de la salut (dades qualitatives)

### 3.1 Anàlisi qualitativa: escenaris de conflicte

L'aproximació qualitativa de la realitat empírica de la mediació en l'àmbit de la Salut es mostrarà a partir dels resultats obtinguts en l'aplicació dels *focus-groups* (FG), les entrevistes en profunditat, i la descripció de l'experiència de l'E-PRAC, del CSI de Catalunya.

Recordem que hi ha 4 grups focals –GF1 mediadors professionals sanitaris; GF 2 metges/ses, infermers/res i professionals d'atenció a l'usuari; GF3 altres professions; GF4 mediadors/res interculturals–, i que es van realitzar quatre entrevistes semiestructurades a experts en mediació sanitària i gestió de conflictes. Els temes-guia són:

- La mediació en salut i la seva aplicació
- Context i estructura organitzativa
- Característiques de la mediació (procés, tipus de conflictes...)
- El perfil del mediador
- Principis de la mediació
- Regulació legal
- Perspectives de futur

### 3.1.1 La mediació en salut i la seva aplicació

Què s'entén per mediació en salut? S'ha vist dos sentits de la mediació al llarg del desenvolupament dels FG. Per una banda els serveis de mediació en sentit estricte –resolució de conflicte– que poden prevenir la litigació. I, en segon lloc, la mediació intercultural orientada al tractament i l'atenció de les necessitats derivades dels usuaris immigrants.

*“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 asientan con la cabeza). Parece que tuviera que ver con problemas que nos traen los pacientes.”<sup>16</sup>* FG 2

*“La mediació en salut ha de tenir un tractament especia, ja que amb els metges per exemple tenen un tractament complicat.”* FG 2

La utilització de la mediació des del vessant de prevenir litigis, és reconeguda pel personal del Servei de Salut amb una certa contradicció, ja que no es vol anar a judici però a vegades hi ha una actitud d'un cert escepticisme sobre la utilitat del procés.

*“De vegades, per l'estatus del metge aquest diu: jo m'he d'asseure aquí a perdre el temps per no anar a judici? Però estar allà per què? Perquè l'alternativa era que la senyora l'anava a denunciar i va pensar: bueno... vale... voy a pasar por aquí –Tots els professionals volem evitar anar a judici.”* FG 1

Però en aquesta qüestió d'evitar arribar al procés judicial es reconeix que hi ha moltes influències i pressions externes, com la intervenció de les companyies asseguradores i les pressions econòmiques:

*“Problemes amb les companyies asseguradores, ja que no hi ha interès per part seva de que les parts s'asseguin a resoldre els conflictes i a més a més, el procés judicial està molt institucionalitzat i marcat per interessos econòmics dels usuaris.”* FG 1

En aquest punt és rellevant esmentar que la MIC és apreciada no com una estratègia de resolució de conflictes, sinó com un cúmul de serveis centrats fonamentalment en l'atenció als usuaris immigrants: la traducció-interpretació, la informació cultural i del sistema de salut, el suport a l'adaptació dels serveis a les necessitats d'aquests nous usuaris i, en una mínima part, la resolució dels conflictes que hi pugui haver.

*“Si, 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

Tots els participants han valorat, des dels dos sentits (resolució de conflictes i atenció a l'usuari immigrant) la utilitat de la mediació: ja sigui per a evitar els litigis, millorar les comunicacions i el clima, reduir tensions, i filtrar necessitats i demandes, en aquest cas, relatives als usuaris immigrants.

*“Sobre todo es aclarar que no sólo trabajamos desde las demandas 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 se pueden dar, 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 ofrece 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 Context i estructura organitzativa

En el marc de les entrevistes realitzades als agents de mediació en l'àmbit de la salut, s'ha destacat com a requisits imprescindibles per a la implantació i continuació d'un servei de mediació el recolzament de la direcció i la destinació òptima dels recursos econòmics.

*“[...] El servei va finalitzar l'any 2008 degut a canvis de direcció, els quals no van donar continuïtat al servei.”* EE

*“[...] Hem tancat la unitat de [nom de l'hospital] [...] es va decidir tancar, ja que [nom de la institució] no té prou recursos ni força, i no està per temes de mediació [...]”* EE

*“Parlem del model referent que és el del [nom de la institució]. És el model que ha anat creixent i que la direcció està molt implicada.”* EE



La utilització i la implantació de la mediació depèn en gran part de la implicació i el compromís generat per part de les direccions dels centres de salut, però també és de gran rellevància mostrar la importància de la creença i de la força del professional que impulsa la mediació.

*“[...] Al final sembla que estiguéssim defensant un interès propi, que a ningú més li interessava i per això es va acabar. Altres conflictes tenien prioritat i no varem tenir ni l'espai per a defensar-ho.[...] Hi havia un punt de rebel·lia, però mai el varem portar a l'extrem, ens va faltar aquest punt de força perquè suposava enfrontar-nos entre nosaltres – per part meua reconec poca força per dir això ho tirem endavant sigui com sigui, vaig pensar que jo tampoc volia enfrontaments.” EE*

En el desenvolupament del FG, els seus participants van coincidir a destacar la importància que té que la direcció del centre cregui en la mediació i es responsabilitzi de difondre la cultura de la mediació per tal de garantir l'èxit i la supervivència del servei. Moltes vegades, i malgrat la voluntat dels professionals de voler tirar endavant un projecte, una estructura organitzativa complicada no en facilita la viabilitat.

*“[...] L'estructura organitzativa complicava i treballàvem molt sense gaire rendiment ni visibilitat. A més no era un acord institucional i allò no era la nostra intenció [...] És un sistema molt gran i amb un sistema de comunicació molt difícil...Estàvem molt menys recolzats per la institució.” EE*

Depenent de l'estructura, dimensió organitzativa del centre de salut i creença en la gestió i resolució de conflictes, trobem serveis de mediació ubicats en diferents estaments de l'organització (unitats dins de l'empresa sense dependència jeràrquica, serveis que depenen jeràrquicament de l'organització) o no (sol·licituds de mediadors externs), abordant uns tipus de conflictes o altres, i també oferint diferents serveis d'acord amb les necessitats i demandes de cada centre de salut.

*“No hi ha serveis de mediació en l'àmbit sociosanitari ni de la gent gran, el que existeix són serveis de gestió de conflictes privats i externs a l'organització que intervenen en aquests centres. Els centres reconeixen que hi ha un conflicte, que pot ser tant entre professionals com entre professionals i usuaris, i fan la demanda.” EE*

*“[...] El model de servei és extern, depèn de l'observatori. No forma part jeràrquicament de l'organització tot i que hi està insertat funcionalment.” EE*

Fins ara, i d'acord amb el que es va manifestar durant les entrevistes, les mediacions han estat presencials. La via de comunicació, el primer contacte és directe a través de telèfon i e-mail, ja sigui en el centre de treball de les parts en conflicte o en el centre o lloc de treball del mediador.

*“Totes les mediacions eren presencials, no es van establir noves tecnologies.” EE [...]*

*“Per ara no fem servir mitjans tecnològics. Podria tenir interès la videoconferència, però també és un element important que es traslladi la persona ja que es demostra a si mateixa que és un interès prioritari [...]” EE*

En el marc del FG s'ha estat d'acord amb la necessitat de comptar amb un espai propi, integrat en el centre amb un mínim de recursos de comunicació, telèfon i intimitat.

*“Creu que l'espai que es proporciona a partir de la mediació és un espai on l'usuari és el protagonista, perquè alguna cosa ha passat, s'ha vulnerat un dret, o no s'ha vulnerat cap dret, però és una situació que li proporciona a la persona informació que necessita, fa possible de canalitzar el procés que no té resolt i hi ha una escolta.” FG 1*

*“És important en l'espai on hi haurà l'usuari i el metge que el metge estigui d'acord. Explica que ella pregunta al metge: us veieu en cor d'estar asseguts i parlar d'aquella situació i ser capaços de contestar el que aquesta persona pugui manifestar?” FG 1*

D'acord amb el desenvolupament dels FG van aparèixer opinions contradictòries respecte a l'ús de les tecnologies per aplicar la mediació. Per una banda, quasi tots els participants de tots els grups creien en la necessitat del contacte personal com un element fonamental del procés de la mediació on la confiança, el desig de resoldre el problema i la comunicació interpersonal són claus.

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

En algun moment, però, s'ha valorat que les tecnologies podrien agilitzar els processos administratius i burocràtics que tants problemes generen.

*“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 lo he dicho anteriormente con las personas mayores que no se pueden mover y que te piden un favor vía online.”* GF 3

Així com donar suport a les necessitats de traducció que sorgeixen des de l'atenció d'usuaris immigrants:

*“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.”* GF 4

Pensem que això reflecteix el fet que les tecnologies en matèria de resolució de conflictes són una eina a explorar i desenvolupar a mesura que la mediació progressi i es consolidi.

### 3.1.3 Característiques de la mediació

#### Procés de la mediació

En el marc dels FG es va concloure que caracteritzar l'organització i el procés de mediació no és fàcil. No es va arribar a concretar els passos concrets del procés de mediació ni quan es tracta el conflicte extern ni l'intern. Per exemple, en el cas de la “mediació intercultural” (conflicte entre professional i usuari) en els FG els participants han explicat que segons el protocol de cada actuació de cada entitat subministradora del servei han utilitzat un tipus de procés o altre. Hi ha vegades que els mediadors van a cercar usuaris immigrants per a tractar de conèixer necessitats. En altres casos es pren nota i es dóna cita. I, en altres el mediador resta al despatx i rep les demandes tant d'usuaris com de professionals. Així, el registre d'actuacions es porta segons els protocols de cada entitat.

*“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 un lado negativo pero*

*tienen el lado positivo también de unificar los criterios de todos los mediadores.”* GF 4

En relació als passos del procés de mediació, no existeix un consens per al tractament del conflicte. Hi ha un primer contacte o demanda a través del telèfon, e-mail o presencial i a partir d'aquí es poden iniciar les sessions de mediació, encara que no existeix un límit específic establert per arribar a l'acord o decidir finalitzar la mediació.

*“No hi havia un límit de sessions de mediació mentre hi hagués possibilitat d'avançar (com a màxim normalment eren 6 sessions).”* EE

*“Es dóna per tancada la mediació quan s'arriba a una solució o es decideix que no és mediable.”* EE

Respecte a on s'hauria d'iniciar el procés de mediació, la seva estructura, el tipus de mediació i les activitats que habitualment es realitzen:

*“En les unitats d'atenció a l'usuari (que reben moltes queixes de l'usuari) és on s'hauria d'iniciar el procés de la mediació.”* GF 1

*“No fem mediació com a tal, fem conciliació/intermediació: acostem a les parts i donem una resolució el més satisfactòria possible per a les parts; la direcció de l'hospital (amb la nostra intermediació i gestió) li dóna la raó o no. El procés és el següent: a) l'usuari es dirigeix al servei (derivat o per iniciativa pròpia); b) es parla i s'explora al pacient; c) es fa el disseny del procés; d) s'envia una carta escrita de resposta a l'usuari; e) es gestiona l'acord com a resolució del conflicte en relació al que l'hospital li pot oferir i finalment es fa un seguiment de l'usuari quan hi ha algun dubte (no hi ha temps de fer avaluació). En cas d'un conflicte de tracte es va pensar fins i tot fer un cara a cara. No hi ha gaires casos d'aquests, però a més no es fan en tots els casos ja que solen intervenir com a responsables la secretaria del servei o la supervisora de la sala, que és qui mitja entre les parts i ofereix el resultat d'aquesta gestió. Ens ho passen i nosaltres ho passem a la direcció, i signen quina és la resolució final de la queixa.”* EE

*“L'avaluació i el seguiment es centralitzava a la unitat. En acabar un cas, es passava una enquesta d'avaluació/satisfacció, però de 10 què enviaves te'n tornaven 3.”* EE

Tanmateix, en els processos de resolució de conflictes interns hi ha una estructura clara de procés, d'acord amb les explicacions que donen en el marc de l'entrevista-



ta. Les fases són: a) entrevistes inicials; b) valoració de la continuïtat del procés en funció de si el conflicte es mediable o no ho és; c) recollir problemàtiques, interessos, etc.; d) actuacions de resolució; e) tractament de l'acord i f) seguiment i avaluació del procés i de l'acord.

### Tipus de conflictes tractats en els centres de salut

És difícil de caracteritzar el tipus de conflictes tractats amb mediació en l'àmbit de la salut. És rellevant que en força grups s'ha esmentat el factor de limitació de recursos –econòmics, temps, materials– com un element clau en la generació dels conflictes. Així, la manca de temps, de diners, pressiona als professionals i usuaris, i fa que es generin conflictes que a vegades podrien derivar en litigis però que, sortosament, sovint són resolts pels mediadors o per altres institucions o serveis existents en l'organització sanitària. Però la causa del conflicte roman.

En el marc de les entrevistes realitzades en l'àmbit sanitari, els conflictes sovint sorgeixen:

*“[...] Per la manca de resposta de l'organització i del sistema Sanitari per donar resolució a la llista d'espera quirúrgica. És un conflicte molt conegut i que apunta a tota l'organització sanitària. Són conflictes molt silencisats i anonimats. Que no s'informa de manera adequada a l'usuari. Cal assessorar a la gent a que expliqui la seva situació real i poder-lo ajudar amb el que necessiten (prioritzar una operació perquè l'incapacita per a treballar i pot anar al paro).” EE*

*“[...] Hi ha conflictes intergrupals entre professionals (dintre d'un equip d'administratius, en que hi havia uns enfrontaments entre dos grups i la direcció d'equip no se'n sortia). També conflictes interpersonals interns entre els professionals d'un equip. Ara els tractava de seleccionar aquells casos que podien ser mediables si es volia aplicar la mediació, doncs aquesta té molts límits.” EE*

*“[...] Els principals conflictes són els interpersonals o de relació: fan l'escalada i no es té l'habilitat per desescalar-la. També, els conflictes intragrups: que discuteix la gent que treballa més temps junta, independentment de la disciplina que sigui. En les nostres anàlisis de dades, no surt el conflicte interdisciplinari com a significatiu. El que marca el conflicte és la convivència i té molt a veure amb qüestions interpersonals i els conflictes de relació personal (com es parlen, com perceben...). (El con-*

*flicte té tendència a quedar-se estancat. “Hem vist equips en els quals el més antic era una persona de l'equip i el propi conflicte”. E Hi ha molta rotació i canvi de Departament i en ve un altre però a aquest ja l'han avisat i arriba a l'equip i s'enganxa al conflicte com un iman. I el conflicte és retroalimentat, els conflictes es cronifiquen molt.” EE*

*“[...] Molts conflictes que derivaven a tercers, a vegades sorgien de problemes d'equip i llavors acabaven en demanda per part de l'usuari.” EE*

*“Nosaltres no ens hem trobat amb mediació intercultural perquè gairebé no treballem amb usuaris. Però depèn del que s'entengui per mediació intercultural, hem fet, ja que hem fet mediacions en que una part tenia una religió concreta però allò no era el que pactava el conflicte. El conflicte tenia a veure amb qüestions interpersonals i no de codis. Per nosaltres no era intercultural.” EE*

També és interessant destacar les limitacions i possibilitats dels centres per acceptar la mediació en determinats tipus de conflictes. Així com la percepció respecte a l'impacte que pot tenir el conflicte en l'àmbit de la salut.

*“Els conflictes que agafàvem realment eren conflictes interpersonals interns, no amb usuaris ja que no estava previst perquè la institució no ho recolzava. Hauria d'haver sortit un reglament de règim intern en que s'especificqués perquè sinó, tu no tens autoritat per dir-li a un metge que vingui.. Però de manera informal si que es va fer servir i vaig fer-ho un parell de vegades.” EE*

*“Crec que els conflictes relacionals van molt poc a judici, només hi van aquells amb els quals es poden guanyar diners. Els conflictes relacionals no deixen proves, són percepcions i com no hi ha proves, els jutges no poden avaluar i no és viable. Si hi ha una agressió física si que hi ha proves però aquests casos que arriben a l'agressió física i verbal són mínims.” EE*

*“Els conflictes que fan patir molt són els de la relació o de demanar una segona informació o no sentir-te escoltat.. i el professional té la paella pel mànec. Quan s'escolten, sorprèn el que és capaç d'entendre l'un i l'altra.” EE*

*“Amb usuaris hem fet poques accions i no hem tingut ja que ja ho vam proposar així vam veure que si una organització que no sabia el que era la mediació, de cop els proposaves parlar amb aquell que havia anat al servei d'atenció a l'usuari a parlar*

*malament de tu no tenia sortida. El primer any no vam fer quasi cap difusió a usuaris.” EE*

En el marc dels FG, a la pregunta específica de “quins són el tipus de conflictes existents en els seus centres?”, els participants fan referència a:

1. *Conflictes de relació*, ja sigui entre companys de treball o entre direcció i subordinats, per exemple per temes de manca de comunicació o alguna qüestió relacionada amb el poder o amb les funcions de cada rol professional. També, entre els usuaris i la implicació que això té en l'atenció per part dels professionals, per exemple.

*[...] 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.” GF 2*

2. Als problemes sobre el *funcionament dels serveis* (les llistes d'espera, organització administrativa, la sobresaturació de l'assistència al malat, suplències de metges...) i també conflictes respecte de les *expectatives que tenen els usuaris respecte al servei prestat*, per exemple.

*[...] 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.” GF 2*

Pensem que tot això està força relacionat també amb l'estrès laboral que pateix aquest tipus de col·lectiu.

En canvi, s'han esmentat pocs conflictes interns. No sabem si perquè són pocs en relació a la resta o perquè per a les persones participants als grups no representaven tanta importància o dificultat com els conflictes de caràcter organitzatiu o intercultural.

En aquest sentit, és interessant constatar com cada grup ha percebut el conflicte segons el seu rol i posició en el sistema.

*“Hoy en día son más 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*

També s'ha recollit dels comentaris dels informants que l'actual situació de crisi econòmica ha fet saltar i generar un estat emocional que provoca molts conflictes que es poden resoldre amb la mediació:

*“Muchas veces no es la 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.” GF 3*

En aquest punt comentarem que, pràcticament, no s'ha caracteritzat l'objecte de la mediació intercultural com un conflicte. S'ha parlat molt més de les necessitats de traducció-interpretació, d'assessorament i informació, d'acompanyament i, fins i tot, de formació tant dels professionals respecte als nouvinguts, com dels usuaris immigrants respecte al sistema de salut, la salut, l'atenció mèdica, la dietètica, el diagnòstic, tractament, etc. Així, s'ha vinculat d'una manera molt important la mediació amb la comunicació intercultural i la competència mèdica 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 implica que una persona que solo 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...”* GF 4

### 3.1.4 El perfil del mediador

En el marc dels FG s'ha tractat com una qüestió important *la posició interna o externa del mediador*. Per a les dues alternatives hi ha avantatges i inconvenients. En el primer cas es compta amb un major coneixement del centre, les persones, les dinàmiques. Però això fa difícil aplicar el principi de neutralitat i objectivitat. En el cas de les persones externes, l'objectivitat i imparcialitat pot ser més fàcil, però el mediador pot tenir més problemes de reconeixement per part de les persones implicades, més limitacions a l'hora del coneixement de les peculiaritats de cada part implicada, i una major necessitat d'autoritat moral per aconseguir la implicació i assumptió dels pactes.

En les entrevistes realitzades, es comenta també que en les actuacions i l'organització dels mediadors en un servei es té molt en compte la posició del mediador, així com la relació amb el centre.

*“Els mediadors eren de la Institució, però hi havia una persona externa que assessorava i actuava de consultora de l'equip. En cada actuació hi havia un mediador i un comediador i també hi havia la figura d'un observador que després de l'actuació, tenia la funció de donar un feedback.”* EE

*“Als primers anys els equips eren de 4 a 6 persones, actualment hi ha 2 mediadors professionals a la unitat. Freqüentment ve una tercera persona de recolzament i gent que col·labora, i es fan contractacions externes. Els ha afavorit molt que els me-*

*diadors fossin externs ja que ara ja coneixen què és la mediació, com funciona... Ara que ja es coneix, un sistema intern ja podria funcionar. El fet que fos pagat per una institució de prestigi en innovació i recerca externa i no tingués cap vincle amb el Centre va desarticlar moltes suspicàcies.”* EE

El perfil del mediador sanitari ha assolit un consens total. Per una banda, hi ha la necessitat que conegui les tècniques de mediació. Pels participants allò important és dominar les tècniques de comunicació i negociació pròpies de la mediació. No es veu necessari, en canvi, que per a ser mediador es disposi d'una formació de base concreta, per exemple una titulació universitària. *Hi ha unanimitat en el fet que el mediador disposi d'un profund coneixement tant del sistema de salut català, com del món sanitari*. S'ha valorat també, quasi com a un requisit imprescindible, el coneixement del món i la terminologia mèdico-sanitària. Però això no s'ha vinculat en cap cas amb la necessitat de ser metge/sa o infermer/a.

*“L'equip està constituït per 5 membres: (jo) mediadora, una sociòloga i mediadora, una treballadora social, una secretària i una recepcionista. A la formació, es suma l'experiència vital, que és molt important.”* EE

En el cas de la mediació intercultural es donen diverses realitats: serveis prestats per organitzacions externes que aporten professionals de manera exclusiva (és a dir a jornada complerta) o rotativa (és a dir, un professional itinerant en diversos centres dedicant uns dies u hores a la setmana a cada centre). En tots els casos el mediador és acollit com un professional més, usa els equipaments, i fins i tot pot portar bata blanca perquè els usuaris el reconeguin com un professional de salut més.

*“A ver, en casi todos los centros donde están nuestros mediadores ellos son superbién 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 se 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.”* GF 4

Aquestes diferències poden explicar-se per motius de quantitat d'usuaris o diversitat dels orígens culturals (en un centre es poden necessitar mediadors de diverses

nacionalitats per donar resposta als diversos orígens dels usuaris immigrants).

*“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 no podemos tener. Y en un ambulatorio de una zona a lo mejor de 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...” GF 4*

El perfil del mediador intercultural reuneix unes peculiaritats específiques. D'una banda, ja que sol exercir d'assessor en un col·lectiu determinat (per exemple, xinesos, pakistanesos, etc.), es considera quasi imprescindible que sigui una persona nativa amb una sòlida formació en mediació i coneixement del sistema de salut català. El requeriment d'una formació universitària de base no es considera exigible degut a la dificultat d'homologació de títols universitaris estrangers.

*“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 tienen 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 postgrados y máster... lo que quiera homologados 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 hablábamos más*

*de una cuestión de cobertura más legal de que sucede que responsabilidades civiles puede tener.” GF 4*

La concepció del mediador/a intercultural com un especialista de cultura específica prioritza aquest coneixement i pertinença al col·lectiu i les aptituds comunicatives per sobre d'altres aspectes (cal recordar la baixa percepció de conflictivitat de l'àmbit intercultural):

*“A ver, te cuento un poco como fue el proceso cuando empezó el servicio de mediación ya hace 5 años en el Hospital de ... 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, los llamados 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 de 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 cómo funcionan los sistemas en Cataluña y que no son ajenos a la sociedad. Valoramos, no es un requisito pero si 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”. GF 4*

Aquesta concepció d'especialista cultural fa que sigui quasi impossible adscriure'l de manera fixa i exclusiva a un centre, pel nombre d'usuaris i per la diversitat d'usuaris de diverses cultures que es troben en un centre de salut concret. I per això és més funcional que sigui contractat per una entitat col·laboradora i que, de forma planificada, imparteixi serveis en un centre segons les necessitats. En aquest sentit, els centres han explicat



les funcions de coordinació, supervisió, suport al procés, acompanyament i cohesió dels diversos mediadors que hi treballen amb l'entitat que els contracta.

### 3.1.5 Principis de la mediació

Des de l'anàlisi dels FG hi ha hagut una valoració unànime de la pertinència dels *principis de la mediació*. El principi d'*objectivitat* ha estat molt citat en tots els grups, malgrat que també s'ha explicat la dificultat de mantenir-lo. Efectivament, els professionals que medien o han participat en processos de mediació són conscients de la presència de la subjectivitat que pot afectar els judicis i actuacions. Aquesta subjectivitat pot prendre el caràcter d'etnocentrisme en el cas de la MIC. És a dir, els professionals, en parlar de la mediació aplicada per professionals d'altres cultures i amb persones de cultura diversa, han de lluitar contra el permanent risc d'incórrer en la subjectivitat cultural.

*"[...] Cuando tú comentabas neutralidad, confidencialidad y voluntariedad, pues yo creo que son tres elementos que tienen en común todo tipo de mediación que se lleva a cabo, podríamos decir que podría formar parte del código deontológico de nuestra profesión. El tema de la neutralidad, como decía Mariana, mi compañera, 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 como te quitas esa mochila. Lo que yo creo que es importante es quizás más que la neutralidad, 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 personal que trata con personas y con otros profesionales ha de tener en cuenta. Y la voluntariedad que decíamos en estos casos también."* GF 4

La *neutralitat* també es valora com a important, malgrat el reconeixement de factors que poden afectar-la. Sobre tot tenint en compte l'existència d'uns desequilibris implícits entre estatus i posicions orgàniques de les parts que poden mediar. En aquest sentit, s'ha dit que, en molts casos, els metges solen creure i ocupar una posició d'una superioritat "assolida" sobre els usuaris i la resta de professionals.

*"L'aplicació de la mediació en el seu àmbit (mediació entre usuaris i professionals) li resulta molt complicada i no sap fins a quin punt se li pot dir mediació, ja que s'asseu amb un, després amb l'altre, però no pot assegurar amb les dos parts alhora per desequilibri entre les parts i perquè en moments on es demana una compensació econòmica dels danys està molt regulada."* GF 1

En el marc de l'entrevista també s'ha destacat, a banda de la neutralitat, l'ètica.

*"Els serveis futurs haurien de ser com ho estem fent fins ara: neutralitat externa per a tenir una visió imparcial. [...] Si hi ha un segon acompanyament en un mateix centre, no torna el mateix mediador per un tema de neutralitat i ètica. Si anés el mateix, se'l podria relacionar amb aquell primer procés."* EE

*"[...] Els mediadors s'anaven intercanviant en la zona, no hi havia un mediador assignat. Jo no podia intervenir a un centre determinat, ja que em coneixien com a coordinadora i no em podien veure com a mediadora neutre. Això es vigilava molt pel tema de la neutralitat i confidencialitat."* EE

El principi de *confidencialitat* ha estat valorat com a fonamental. També s'han esmentat altres principis dels quals destaca la *voluntarietat* del procés. En el marc de les entrevistes s'ha posat un èmfasi especial en el principi de la confidencialitat dins del procés extern, considerant-lo un dels principis més fonamentals pel desenvolupament i la viabilitat d'un procés de mediació.

*"El tema de la confidencialitat és molt important ja que crea un sentiment d'indefensió per les dues parts i el que fa és distanciar. Has d'explicar perquè se sàpiga el que passa. Has de donar elements de confiança per a poder-lo ajudar. No es fa una declaració d'anonimat però si que se li informa i que la Institució tindrà coneixença de la seva petició."* EE

I dins del procés intern, també:

“Quan es tracta de temes sanitaris tenen molt clar el tema de la confidencialitat. On els hi fa molta por és el tema que no se n'assabenti el seu cap del que aquí estan parlant. El tema de la confidencialitat serveix per a protegir els propis companys enfront de la pròpia institució o agents implicats. En la mediació fan firmar un compromís de confidencialitat i llavors una cosa que la persona viu com una pressió (ho he d'explicar) desapareix. En cas de pressions externes poden donar-li la culpa al mediador: “no ho puc dir perquè he firmat això i no em deixen”. Queda molt estipulat i dona seguretat a les parts, el tema de la confidencialitat.” EE

En tots dos processos, s'ha valorat la confidencialitat per tal de garantir la protecció respecte a l'usuari o del professional davant d'altres estaments o professionals.

### 3.1.6 Regulació legal

Hi ha la convicció que els judicis es poden prevenir a través del diàleg emmarcat en un procés de mediació:

“Els pocs conflictes que arriben a judici, es podrien haver resolt per via de la mediació.” EE

“No et sé dir quins són els conflictes judicials que es podrien resoldre millor en mediació perquè aquests conflictes van emmascarats, i hi ha conflictes molt importants a sota. El fet aparent era una cosa però després hi havia moltes més coses a sota. Penso que tot és negociable, potser hi ha coses que no en seran però en totes s'ha de parlar a priori. Tot i que vulguis denunciar, penso que és important que parlin o comuniquin pacíficament que posarà una demanda. És molt transparent i això també és negociable.” EE

“Si la mediació es gestionés bé es podria evitar la via judicial, ja que hi ha una qüestió fonamental que encara existeix: és un valor de confiança del ciutadà i de ser el metge el referent del pacient. El ciutadà hauria de tenir la seva xarxa sanitària establerta quant a xarxa de confiança.” EE

També hi ha consens en què un servei de mediació ha de ser públic i no privat:

“El servei de mediació hauria de ser públic, per a mi això es clar i el mediador podria ser un freelance però dedicat i compromès a allò.” EE

“És un servei privat ara mateix, però millor fos públic!. L'administració pot oferir coses a nivell públic encara que ho gestionin empreses privades. Per

exemple, en el cas de la llei de serveis socials es planteja que en tot tipus de servei públic, el professional hauria d'estar supervisat. Hi hauria d'haver equips de mediació públics i privats.” EE

I que les mediacions haurien d'estar supervisades:

“Cada equip/servei hauria de tenir dos mediadors fixes professionals, una supervisió externa i una direcció on també pugues fer la supervisió tècnica de la tasca dels mediadors.” EE

I reglamentades:

“És necessari reglamentar per a deixar clar les parts i els rols dels agents que intervenen i donar sentit a les respostes que es volen donar. Has de saber molt bé qui són les parts ja que la capacitat de seducció del sistema sanitari és incommensurable: Tots aquells que poden arribar a portar una bata en un moment donat tenen molt poder. El fet d'emmalaltir ja és el primer conflicte. La relació d'asimetria és enorme. Quan el ciutadà comença a controlar com pot dir les coses, a vèncer aquestes barreres...es situa en el lloc que té.” EE

Però fins un cert punt, ja que en tots els casos s'ha valorat la flexibilitat del procés de registre administratiu per tal de no burocratitzar en excés el treball. Així mateix s'ha considerat que normativitzar massa les intervencions no ajudaria en res a la millora de la qualitat de les intervencions.

### 3.1.7 Perspectives de futur

Tots els participants han valorat molt positivament la inclusió de la mediació en els centres de salut. Ja sigui com una millora d'atenció a l'usuari o com una millora en les relacions interpersonals.

“Les trobades amb els usuaris i els professionals són molt satisfactòries i s'aconsegueixen moltes coses. Si en algun cas el tema és econòmic, o en relació al tema de diners... d'acord, però en altres casos hi ha mostres de que la gent valora sentir-se escoltada i pot resoldre aspectes d'alguna altra manera, perquè considera respost el buit que se li havia quedat.” GF 1

I, és clar, una via de prevenció de conflictes:

“Pienso que es supernecesario, no sólo por el tema de descongestionamiento, 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.” GF 3

Tot i assumint que quan fracassa la mediació, la via judicial (més llarga, complexa i costosa) és el següent pas.

*“Si després de fer la mediació, com a una oportunitat, no hi ha el tema resolt, entén que hi ha casos que si es diu: això s’acabarà en via judicial, s’acaba en via judicial.”* GF 1

*“Hi ha casos en què no es poden asseure’s les parts, és inviable i van al jutjat. Però abans ells intenten esbrinar què és el que ha passat, esbrinar al màxim, aturen el rellotge... ja que es un procés llarg i difícil.”* GF 1

També, els participants comenten que fins al moment hi ha hagut objectius i per tant resultats en les àrees i centres de salut.

*“Donar a conèixer la mediació com una eina de construcció de pau, de millora dels espais laborals, de foment del diàleg pacífic, s’han fet pràctiques efectives i innovadores, s’ha implantat un nou sistema i s’ha creat sinèrgies entre institucions públiques. Hi ha hagut un 68% d’acords totals i un 80% d’acords parcials. Hem tingut tres casos en què hi havia un expedient disciplinari pel mig i van ser retirats.”* EE

Els canvis en la mirada de l’usuari ha estat:

*“Un dels canvis més significatius ha estat la informació que reben els usuaris. Abans estava mal vist que el pacient pugui preguntar, no ens n’adonem però el canvi ha estat brutal. Hi ha dos símptomes que mostren que actualment es una qüestió impensable ja que el malalt està en el centre del sistema: Hi ha hagut ocasions en què s’ha hagut de plantejar tècniques de mediació entre un professional i el seu comandament, arrel d’un problema d’un usuari. S’han hagut de solucionar les coses porta endins perquè l’usuari tingués un millor servei. El servei d’atenció a l’usuari ha pogut espaiar el temps de resposta de l’usuari perquè els metges i les infermeres ens responen abans que ningú, i és el servei d’atenció a l’usuari qui va darrera.”* EE

En relació amb els canvis sorgits amb la implantació de la mediació es van manifestar idees com:

*“Que tothom tingui clar que s’ha de difondre la mediació perquè vol dir que es reconeix el conflicte. El fet que es reconegui és important per tal d’entrar a la dinàmica i desactivar els conflictes. Conflicte, queixa i reclamació són paraules que encara fan mal.”* EE

*“[...] però el primer que costa en una residència és reconèixer el conflicte; si reconeixes el conflicte hi ha molts condicionants (per exemple no omplir la residència.”* EE

Entre les opinions sobre el futur de la mediació i en concret pel que fa a la seva aplicació a les organitzacions sanitàries, s’han recollit les següents informacions:

*“L’espai i les persones han de ser neutres i que no estiguin identificats amb res, ja que si et coneixen ells no et veuen com a neutre (encara que tu ho sàpigues ser). Hauria d’estar en un lloc en què no hi haguessin prestacions de servei, l’usuari ha d’anar a un lloc on ell es senti lliure i que la percebi neutre.”* EE

*“La ubicació del servei ha de ser a prop. Però, en introduir un servei nou crees una reacció, defenses i necessitats...la mediació ha de buscar-se el seu espai però no a costa d’un servei amb un funcionament normal; per exemple dintre d’un servei d’urgències no, dintre d’un hospital si. Si fer difusió i que es percebés ben a prop, com per exemple el servei d’atenció a l’usuari de l’hospital.”* EE

*“No és necessari que cada centre tingui el seu propi servei de mediació perquè: serà més car, serà intern, serà diferent. Hi hauria d’haver una unitat de mediació per regió territorial i després una online que cobris allò que l’altra no cobris per reforçar. El lloc físic ha de ser un lloc que es visualitzi la independència tècnica; no ha d’estar a prop de cap comandament, lluny de gerència, en un lloc de fàcil accés però al mateix temps que no sigui visible organitzativament, lloc neutre.”* EE

Això és rellevant, i els entrevistats coincideixen en la possibilitat d’oferir uns serveis on l’educació, divulgació, la prevenció i la resolució siguin tres eixos puntals:

*“Em falta la part dels usuaris; s’ha d’educar la gent de l’àmbit sanitari i també els usuaris. Els grups a cuidar són els que tenen interdependència i haurien de tenir alguna formació, dinàmica de grups, entrenament en tècniques, grups de consens... Hem tingut i sabem que funcionen molt bé i que té futur, han après molt i la gent que no encaixava va marxar, havent-ho parlat i havent-se alliberat. Hi hauria d’haver un sistema d’atenció primària del conflicte; que els equips tinguessin unes persones de referència, per tal de poder fer prevenció i gestionar conflictes de baixa i mitja intensitat i una unitat d’atenció especialitzada en els que es derivessin conflictes d’alta intensitat, com ara els que*



*acaben amb mobbing o amb situacions cròniques, tot això ben coordinat.” EE*

*“Els serveis futurs haurien de ser com ho estem fent fins ara: neutralitat externa per a tenir una visió imparcial. Si està lligat a l'organització es poden fer coses per prevenir però no per resoldre. Com a prevenció si que podria haver un equip intern de mediació al centre, però com a resolució no.” EE*

*“La unitat tenia tres potes:*

*Assessorament: es feia assessorament a persones que venien amb dubtes..*

*Docència: Tallers de negociació i mediació que es van fer a tots els directius de la zona i divulgació per a cada àrea bàsica.*

*Assistència: on es resolien els conflictes que ens arribaven.*

*Faria una cosa diferent molt important: Els mediadors no haurien d'estar tancats a una unitat, sinó que haurien de sortir als territoris i fer observacions i diagnòstics de conflictes als serveis i propostes d'intervenció abans que els conflictes apareguin. L'important és fer prevenció, ja que si només esperes a que et vinguin a la consulta, és una pèrdua de temps. El que hauria de ser és que l'equip es desplaci o que l'espai sigui a varis llocs accessibles i grans on es pugui accedir fàcilment. És important l'educació sanitària en tema de mediació. Que es sàpiga que si cuides els processos entremitjos pots prevenir el conflicte i sinó, que hi ha un servei. És important treballar per evitar el conflicte.” EE*

Els participants van comentar la possibilitat de contemplar la mediació per *potenciar la prevenció del conflicte*. Es va poder observar també que hi ha acord en que caldria definir què es la “mediació intercultural”, i distingir el seu procés per tractar un conflicte extern del que pot ser realment la mediació intercultural.

*“En aquest punt és rellevant esmentar que la mediació intercultural és apreciada no com una estratègia de resolució de conflictes sinó com un cúmul de serveis centrats fonamentalment en l'atenció als usuaris immigrants. Que van des de la traducció–interpretació, la informació cultural i del sistema de salut, el suport a l'adaptació dels serveis a les necessitats d'aquests nous usuaris i, en una mínima referència, la resolució dels conflictes que hi pugui haver.” GF4*

Tal com ja s'ha pogut veure, caldria també clarificar si cal un únic procés de mediació, ja sigui per a tractar el

conflicte intern o extern. Per tant, en aquest cas, coincideix l'opinió o experiència dels entrevistats i dels FG. En el conflicte extern no hi ha un procés de mediació establert, com el que hi pot haver en el procés de mediació interna (entre professionals). Aquest fet es considera diferent en el marc dels FG, ja que no fan cap referència al procés de la mediació interna.

## 4 La mediació en salut: experiències rellevants desenvolupades a Catalunya

En línies generals, el procés de la mediació en l'àmbit de la salut depèn de l'aplicació específica implementada per les entitats i/o institucions. Això implica que els passos concrets que segueix el procés de mediació estiguin eminentment condicionats a les prioritats per a la gestió del conflicte i al seu encaix en el sistema social i en la dinàmica de l'organització.

Sintetitzar en un sol diagrama de flux el circuit operatiu de la mediació en tot l'àmbit de la salut no és factible, ja que el diagrama no representaria els diversos criteris institucionals i les estratègies adoptades pels responsables dels serveis en cada centre.

Així, descriurem en el següent apartat dues de les experiències concretes on, a partir de la creació i implementació d'un servei de mediació, es desenvolupa una metodologia específica que fonamentalment té en compte l'itinerari i tipologia del conflicte en les seves diverses manifestacions. Descriurem, doncs, (i) l'estructura i dinàmica del Projecte de mediació dut a terme per la UB en col·laboració amb el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, (ii) el denominat *procés E-PRAC*, del CSI. Aprofitarem aquesta darrera experiència per a explicar amb més detall el funcionament de la mediació en l'àmbit de la salut.

### 4.1 Projecte de mediació sanitària: UB-Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Aquest projecte, iniciat a Catalunya l'any 2004, es va plantejar com un disseny estratègic per promoure el

canvi organitzacional i la implantació de la cultura de mediació en el sistema sanitari català, a través de dues accions fonamentals: en primer lloc, la formació de professionals de la salut en mediació i, en segon lloc, a través de l'obertura d'Unitats de Mediació Sanitària (en endavant UMS) en el sistema públic de salut. En aquests moments, aquest projecte es gestiona des de l'Observatori de Mediació de la Universitat de Barcelona i en col·laboració estreta amb el CatSalut i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

#### 4.1.1 Antecedents

A partir del coneixement del sistema sanitari a través de l'observació directa, informació de professionals en actiu i gestors, així com informacions de la premsa sobre la presència de conflictes i agressivitat en els serveis de salut, semblava clar que hi havia una sèrie d'elements que dificultaven les relacions saludables en el treball i que produïen costos no desitjats per les organitzacions de salut, com ara presència de conflictes no gestionats o resolts de manera no sostenible; insatisfacció dels professionals i usuaris, amb pèrdua de confiança en el sistema, augment de queixes o mostres de descontentament, por a les exigències o agressions, etc., descoconeixement de la mediació com a mètode alternatiu i pacífic de resoldre el conflicte i, finalment, l'absència d'un model institucional que tingués en compte els mètodes alternatius i en concret la mediació per a la prevenció i gestió del conflicte organitzacional.

En aquest context, es va presentar a la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, un projecte dissenyat des de la Universitat de Barcelona, al què diverses institucions públiques havien donat el seu consentiment per aplicar aquest projecte d'innovació. La finalitat era crear un sistema impulsor en el sistema sanitari públic, pel que fa a la resolució de conflictes i a la mediació, així com a difondre la mediació, com a moviment inscrit en la cultura de pau, creant espais de diàleg en el sistema sanitari català.

Acordats els termes de col·laboració es va iniciar el projecte l'octubre de 2004, amb la formació de mediadors sanitaris i la posterior obertura de quatre UMS l'octubre de l'any 2005: dues unitats als Serveis d'Atenció Primària de l'ICS, una a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (ICS) i una altra al Consorci Sanitari de Terrassa.

Cal afegir que aquest projecte es va plantejar inicialment com a pla pilot de tres anys de durada, passats els quals, les UMS van quedar en uns casos traspassades a la institució corresponent, com és el cas de les tres UMS de

l'ICS, mentre que la UMS del Consorci Sanitari de Terrassa, va continuar essent gestionada des de la mateixa estructura del projecte inicial, mitjançant l'Observatori de Mediació de la Universitat de Barcelona.

En aquests moments, la UMS del Consorci Sanitari de Terrassa està estabilitzada mitjançant conveni amb la Universitat de Barcelona i ha ampliat la seva cartera de serveis, per poder donar resposta a les necessitats emergents, constituint un centre d'innovació permanent en matèria de construcció d'"Organitzacions de la Tercera Via"<sup>17</sup>.

#### 4.1.2 Sobre la formació de mediadors especialistes en l'àmbit de la salut

Per tal d'iniciar el procés de canvi cultural des de dins de les pròpies organitzacions sanitàries, es va iniciar un procés formatiu de professionals de la salut en mediació, considerant la multidisciplinarietat, un factor de vital importància per l'èxit de la implantació de la mediació en el sistema sanitari.

D'acord amb aquests objectius, es va crear un programa formatiu -des de la Universitat de Barcelona- a dos nivells:

- Un curs de Postgrau en "Consultoria i gestió de conflictes en organitzacions de salut", de 250 hores de durada (200 teòriques-50 pràctiques), dirigit a aquelles persones que desitgessin *millorar les seves competències en la gestió del conflicte*.
- Un Màster en "Mediació en organitzacions de salut. Consultoria en gestió de conflictes", de 550 hores de durada (250 teòriques- 300 pràctiques en les UMS), per a formar *professionals de la salut com a mediadors*.

En els tres anys de durada del projecte pilot, es van formar 91 professionals de la salut, dels quals 31 havien realitzat el curs de postgrau i 60 eren mediadors sanitaris, havent finalitzat el Màster abans esmentat.

#### 4.1.3 Sobre la conceptualització, disseny i abast de les Unitats de Mediació Sanitària

Es va definir a les UMS com un "espai transversal de gestió de conflictes", i el tipus de conflictes que es van definir com a tractables van ser tant els de tipus intern (entre professionals) com extern (amb els usuaris, famílies, proveïdors, etc.).

La cartera de serveis oferida va ser de “sistemes de mediació”, concepte que va més enllà dels “processos de mediació” i que fa referència a una sèrie d'intervencions que sota el paraigües mediador i des d'un enfocament sistèmic, serveixen per a la prevenció i gestió del conflicte, així com per a la creació d'espais mediadors en general. Al principi s'inclouïen intervencions d'assessorament, formació, grups de consens i processos de mediació, ampliant posteriorment les intervencions de *coaching* directiu i d'equips.

Així mateix, per assegurar la qualitat dels serveis i de l'aprenentatge dels alumnes que realitzaven les seves pràctiques allà, es van dissenyar una sèrie de documents i protocols, que s'han anat actualitzant sistemàticament per tal de millorar la seva funció:

- Protocol d'actuació en la gestió dels casos.
- Reglament per a la gestió de casos en les UMS.
- Codi ètic mediador.
- Protocols de derivació mútua amb altres serveis que gestionen conflictes des d'altres instàncies no mediadores (Servei d'Atenció al Client, riscos psicosocials, recursos humans, agents sindicals, etc.).

Finalment, es va preparar des de l'inici, un sistema de registre que va servir per a l'avaluació de resultats que va ser minuciosament planificada i duta a terme, per tal de presentar els informes finals a les autoritats educatives i sanitàries. Aquesta avaluació incloïa indicadors de procés, d'estructura i de resultats. En l'actualitat es disposa d'un sistema de registre protocol·litzat i millorat, que permet presentar informes anuals a la institucions corresponents (Consorci Sanitari de Terrassa, CatSalut i Departament de Salut) que inclouen les activitats dutes a terme, els resultats obtinguts i recomanacions a tenir en compte per la millora tant del servei com de la pròpia organització.

Pel que fa als espais, es van establir en base als criteris de neutralitat i confidencialitat necessària, així com de funcionalitat i requeriments propis de les intervencions mediadores que s'hi duen a terme.

#### 4.1.4 Oferta actual de serveis i resultats obtinguts

En aquests moments es disposen de dades de les intervencions realitzades des de l'octubre de l'any 2005 (any en que es van obrir les UMS) fins a juliol de 2010, destacant els següents (Taula 7):

**Taula 7. Activitats UMS (2005-2010)**

Nº DE CASOS	120
PERSONES IMPLICADES EN LA GESTIÓ DE CONFLICTES	441
TIPUS D'INTERVENCIÓ:	
• Assessorament	58
• Grups de Consens	20
• Formació	109 (*)
• Processos de mediació	42
• Coaching directiu	2
• Difusió	222
IMPACTE TOTAL en nombre de persones (Procedent de les intervencions, de la formació i d'activitats de difusió realitzades)	7.048
NIVELL D'ACORDS EN LES MEDIACIONS	90%

(\*) La formació –a efectes de casos de conflictes gestionats– es comptabilitza apart, donat que és una activitat preventiva i per tant no indica l'existència de conflictes entre persones i en els equips.

Cal fer notar que en aquest quadre s'aprecien poques intervencions de *coaching* directiu o d'equips, ja que l'oferta d'aquest tipus d'intervencions es va realitzar a partir de l'any 2010.

De totes les intervencions realitzades, les que s'han incrementat més en els darrers anys han estat les tècniques de consens grupal i les de formació, activitats totes

elles de tipus preventiu, que entenem que són les que han de ser impulsades si volem treballar en un projecte sostenible i de llarg abast, en el marc de la construcció de cultura de pau a les organitzacions de salut.

Pel que fa a les innovacions anuals que s'apliquen sistemàticament al Consorci Sanitari de Terrassa, es destaquen les següents:

- *Formació a tots els directius en habilitats de negociació.* En aquests moments la totalitat dels directius han realitzat cursos de “Negociació de Harvard”, ampliant l’oferta amb cursos complementaris anualment.
- *Formació en habilitats mediadores a grups de comandaments intermedis i equips de professionals especialment exposats a situacions de vulnerabilitat al conflicte.* Es realitzen anualment i en base a les necessitats detectades.
- *Entrenament en mediació a persones diana, que actuaran com a “mediadors inter pares”, al si dels seus propis equips.* En aquests moments es disposa ja del primer grup de mediadors inter pares formats, que treballaran en xarxa amb els mediadors de la UMS de la institució, obtenint així el suport, la supervisió tècnica externa i la formació continuada necessària.
- *Introducció de noves metodologies complementàries en els processos de gestió del conflicte en la UMS.* Es realitza mitjançant un sistema d’innovació anual i formació continuada per als mediadors sanitaris, com són els “Laboratoris de mediació” que es desenvolupen des de l’any 2005 fins l’actualitat, organitzats per l’Observatori de Mediació de la Universitat de Barcelona i amb el suport del CatSalut i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Disseny d’un sistema de pràctiques per a mediadors en formació, amb la finalitat que es puguin formar en mediació organitzacional i especialment en el camp de les institucions sanitàries, que abasten des d’aspectes d’intervenció directa en la Unitat de Mediació del Consorci Sanitari de Terrassa, com de col·laboració en projectes d’innovació, desenvolupament i investigació en gestió de conflictes a través de sistemes de mediació. En aquests moments, aquest servei té tres alumnes en pràctiques de diferents Universitats.

#### 4.1.5 Conclusions

Les organitzacions de salut contenen una sèrie d’elements de complexitat, que són compartits amb qualsevol altre sistema organitzatiu i, a més, hi ha una sèrie d’elements específics que afegixen criteris de complexitat, com ara el tipus de servei que ofereixen, un espai de treball amb un alt contingut emocional, la necessitat de treballar en equip de forma interdisciplinària i interdependent, els alts nivells d’especialització, el tipus de decisions que es prenen (moltes d’elles amb urgència de

temps o amb factors de risc vital implicats) i el tipus de relacions significatives que s’estableixen.

Tots aquests factors, són facilitadors de situacions difícils que poden predisposar al conflicte, creant una gran quantitat de costos i conseqüències que incideixen tant en el clima laboral de l’organització com en la qualitat dels serveis i la satisfacció dels usuaris (Novel, 2009).

L’experiència desenvolupada en aquests sis anys ens ha confirmat la idoneïtat d’implantar la mediació en aquests tipus d’organitzacions, per tal de crear espais de diàleg, facilitar el treball eficient dels equips, millorar la qualitat del servei que es presta i al mateix temps disminuir els costos associats al conflicte no gestionat o gestionat deficientment.

#### 4.2 L’espai de Mediació al Consorci Sanitari Integral: de l’E-PRAC (Espai per a la Prevenció i Resolució Alternativa de Conflictes) al SEMI (Servei de Mediació i Igualtat)

L’experiència que es descriurà a continuació correspon a la trajectòria i consolidació del model de mediació procedimentalitzat introduït al CSI (<http://www.csi.cat/>) amb la posada en marxa de l’E-PRAC, com a projecte pilot en mediació, i la posterior evolució cap a un model compatible amb els objectius establerts a la Llei Orgànica 3/2007 per a la Igualtat efectiva de dones i homes amb la creació del SEMI (Servei de Mediació i Igualtat).

El CSI és un ens públic de serveis sanitaris i socials que va néixer l’any 2000 assumint els antics hospitals de la Creu Roja a la província de Barcelona. Actualment el CSI està participat pel CatSalut, l’ICS, l’Ajuntament de l’Hospitalet de Llobregat, l’Ajuntament de Sant Joan Despí, el Consell Comarcal del Baix Llobregat i la Creu Roja.

Des de la seva creació, el CSI ha experimentat un creixement progressiu com a resposta a les demandes de la seva població de referència i avui en dia compta amb més de 3.000 professionals repartits entre els nostres centres de treball especialitzats en atenció primària, hospitalària i sociosanitària i completats amb centres administratius de suport.

Tot i que l’àrea d’influència principal del CSI és l’Hospitalet de Llobregat, també està present a Barcelona i Sant Joan Despí. En aquests moments els centres que formen el CSI són: l’Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, l’Hospital General de l’Hospitalet, l’Hospital Dos de Maig (CAIDM), l’Hospital Sociosanitari de l’Hospitalet, el CAP Sagrada Família, el CAP Collblanc, el CAP la Torrassa, la Residèn-

cia Collblanc Companys Socials, la Residència Francisco Padilla, el Centre de Rehabilitació l'Hospitalet, el Centre de Rehabilitació FontSanta, la Fundació Assaig, el Servei de Valoració de la Dependència– FontSanta, el Servei de Valoració de la Dependència L'Hospitalet, el Servei de Valoració de la Dependència Sagrada Família, el Centre de Serveis Compartits, i els Serveis d'Atenció Domiciliària.

En aquests anys, la feina duta a terme pel CSI ha estat reconeguda amb diversos premis i certificats de caràcter nacional, tant de l'àmbit sanitari com de la qualitat i la gestió, tot definint-se com una organització modèlica de persones per a persones, que en el seu desenvolupament ha apostat per un model de Recursos Humans basat en quatre valors corporatius: la qualitat professional, l'equip, el desenvolupament i el compromís.

#### 4.2.1 Antecedents

Fins al gener de l'any 2008 la institució havia utilitzat la mediació davant els organismes externs coneguts i de manera interna sense normalitzar, derivats de la intervenció de:

1. Tribunal Laboral de Catalunya.
2. SMAC.
3. Jurisdicció Social.
4. Serveis Jurídics.
5. Professionals aliats al CSI.
6. Representació Legal de les Persones Treballadores.
7. Quadre de Comandaments i Direccions.
8. Unitat de Salut Laboral.
9. Unitat d'Atenció a l'Usuari.

A partir d'aquesta data es posa en marxa l'E-PRAC introduint-se la mediació procedimentada. Aquest espai resulta innovador perquè treballa al si de l'empresa, amb dotació pròpia i en l'àmbit de la relació laboral.

Amb aquesta oportunitat la institució i més concretament la seva Direcció General així com la Direcció Corporativa de Recursos Humans, apostava en el seu procés de canvi cultural i social, on situa la seva prioritat en una millora de la gestió de les persones, per una eina alternativa en la resolució de conflictes present en molts àmbits de la nostra societat i que es mostrava útil segons la seva finalitat.

Aquest fet va propiciar la bona evolució del servei en un context on es començava a promoure la investigació sobre els diferents sistemes de resolució de conflictes actuals,

en concret de la mediació, tot admeten les afirmacions fetes per alguns autors (Sarries i Casares, 2008; Stoller, 2008; Blanch, 2000) entre d'altres que manifesten que els espais de resolució de conflictes alternatius constitueixen una millor manera de gestionar les persones i que les organitzacions de salut són un clar exemple del procés de canvi social al que les institucions de salut deuen fer front.

Els esdeveniments que varen influir en el naixement del servei varen ser: per una banda la posta en marxa d'un model de recursos humans basat en valors i, per altra banda, per la necessitat de resoldre conflictes emergits al si de l'organització. També, varen influir la detecció d'alguns dels indicadors extrems d'estudis i informes dels anys 2005-2007, així com d'enquestes de clima laboral que reflectien la necessitat d'incorporar instruments alternatius per fer front a les noves necessitats. Per tot això i especialment pel model corporatiu de Recursos Humans, es va decidir adscriure aquest servei a la Direcció de Recursos Humans. En aquest sentit, es coincideix amb Sarries i Casares (2008) quan diuen que els Recursos Humans han de situar-se més a prop dels problemes de les persones. La funció principal de Recursos Humans en les grans organitzacions de salut és, entre d'altres, aconseguir un clima de relacions que abandoni les situacions d'enfrontament i competència i incorpori progressivament un clima de col·laboració i transformació.

El suport institucional, inclòs el facilitat per la representació legal de les persones treballadores i l'adscripció del servei a Recursos Humans, es van rebel·lar, al nostre entendre, com els elements clau en l'evolució del servei i la seva consolidació. Ambdós aspectes van fer per una banda que l'activitat de mediació fos legitimada i, per altra banda, va aportar a la gestió dels recursos humans major dimensionalitat.

A continuació es descriurà quin era l'objecte i principals característiques del model de servei de mediació E-PRAC.

#### 4.2.2 Objecte i característiques del servei E-PRAC

L'objecte de l'E-PRAC, era el de gestionar els diferents conflictes interns (entre professionals) i externs (entre professionals i usuaris) que sorgissin al CSI.

La prevenció, l'educació i la resolució dels conflictes eren els àmbits utilitzats en el marc de l'E-PRAC per gestionar les diferents discrepàncies sorgides a nivell social, emocional i laboral.

Així mateix, el model contemplava la possibilitat de desenvolupar subprojectes, com E-PRAC/CIUTADÀ (servei que es podia haver ofert des dels CAP del CSI), E-PRAC/



VIRTUAL (servei de mediació *online*) i E-PRAC/XHUP (servei de mediació que es podia haver ofert a la resta d'entitats sanitàries).

Tot seguit es farà una breu descripció de l'espai de prevenció i d'educació previstos en el model com a eines basades principalment en la capacitació de les parts en conflicte així com la part de resolució entesa com a eina d'intervenció en el conflicte:

- *La prevenció del conflicte*

Aquest àmbit tenia com a finalitat la incorporació d'eines i experiències, així com la generació de coneixements per apoderar a les persones per afrontar el conflicte existent en l'organització. També estava orientat per a la facilitació i la millora del benestar laboral de tots els professionals i usuaris del CSI. L'objectiu d'aquest àmbit també era el de crear la XARXA E-PRAC, xarxa de mediadors naturals formada per tots aquells professionals que voluntàriament volguessin adquirir coneixements i habilitats de la mediació i de la resolució de conflictes.

- *L'educació del conflicte*

L'àmbit de l'educació promovia la posada en marxa de les adquisicions formatives i experiències del dia a dia laboral per tal de facilitar i descongestionar emocionalment aquells conflictes amb risc d'escalada. El seu objectiu estava orientat a facilitar espais de coneixements entre professionals del CSI per intercanviar coneixements i vivències relacionades amb les situacions de conflicte i/o de controvèrsia.

- *La resolució dels conflictes*

L'àmbit de la resolució dels conflictes intervenia en aquells conflictes ja emergits per tal de minimitzar i solucionar les diferències viscudes i percebudes. L'objecte d'aquest àmbit era el d'establir, orientar en els comportaments i conductes basades en els valors corporatius del CSI.

Un cop identificat l'objecte, a qui es dirigia i quins eren els àmbits pels quals es regia, es relacionen a continuació les principals característiques i funcions del model.

- Servei intern, desenvolupat en horari laboral.
- Adscrit a la Direcció Corporativa de Recursos Humans.
- Demandat per qualsevol professional del CSI (direcció general, comitè d'empresa, direccions, comandaments, col·laboradors, professionals propis del conflicte, etc.).
- Demandat per l'usuari del CSI.
- Amb intervencions intrapersonals, interpersonals, intergrupals, etc.
- Amb intervencions jurídiques i preventives de la salut.

- Que vetllava per la protecció dels drets laborals bàsics i pels drets d'igualtat d'oportunitats.
- Pedagògic i educatiu en relació a la gestió del conflicte dels professionals i usuaris del CSI.
- Amb un plantejament sistèmic alhora d'analitzar i intervenir en el conflicte.
- Contacte directe i personal amb el/la mediador/a (via de comunicació telefònica, correu electrònic i la web).

D'acord amb l'anterior les principals funcions del model, es podien concloure en:

- Fomentar un enfocament positiu dels conflictes en el marc del diàleg per afavorir la convivència i el benestar personal i professional.
- Crear una cultura de mediació en l'àmbit de la salut.
- Donar suport els professionals a ser autosuficients incorporant recursos que permetin gestionar les situacions difícils.
- Crear, coordinar i supervisar la xarxa de mediadors naturals del CSI.
- Vetllar per la recerca en matèria de resolució de conflictes.

Aquestes característiques i funcions van estar presents en les intervencions realitzades per aquest servei en l'any 2008, donant com a resultat l'entrada de catorze casos, dels quals tres no van prosperar i la resta van ser intervencions i/o actuacions de mediació.

El desenvolupament d'alguns d'aquests casos es comentaran a l'apartat de descripció de casos, afegint que per mitjà del diagrama de flux i de la descripció del procés es mostrarà, com des de l'entrada del conflicte i fins al tancament del mateix s'anaven establint tota una sèrie de passos en la prestació del servei, els quals es definien sempre en funció de l'especifica manifestació del conflicte.

#### 4.2.3 Estat actual de l'Espai de Mediació

Els bons resultats obtinguts en el període 2008-2009 per l'EPRAC amb una vintena de sol·licituds de mediació, de les quals tres no van prosperar i la resta van ser intervingudes amb activitats mediadores van acreditar davant la institució la utilitat de la mediació.

La consideració d'aquest fet i la necessitat institucional de dotar-se d'un agent per a la igualtat es va traduir en la publicació d'una convocatòria d'un lloc de treball de tècnic/a en mediació i igualtat que es va resoldre el propassat mes de març de 2010.

De les moltes raons que relacionen, al nostre entendre, ambdues figures la més reveladora és la que ens dona el propi ús del llenguatge. D'aquesta manera trobem que mediar es sinònim de conciliar i aquesta d'acordar que alhora ho és d'igualar. Conceptes que, entre altres, esdevenen finalitats en aplicació de la Llei Orgànica 3/2007 per a la Igualtat efectiva de dones i homes i que també regeixen en tot procés de mediació.

La dotació d'un tècnic en mediació i igualtat va culminar el disseny d'un nou Servei de Mediació i Igualtat, denominat SEMI.

Aquest nou servei s'ha adscrit a Recursos Humans i més concretament a l'Àrea d'Afers Socials i Relacions del Treball perquè:

- a) El seu àmbit d'actuació compren tots els assumptes socials i derivats del treball.
- b) Té atribuïda la interlocució amb la representació legal de les persones treballadores.

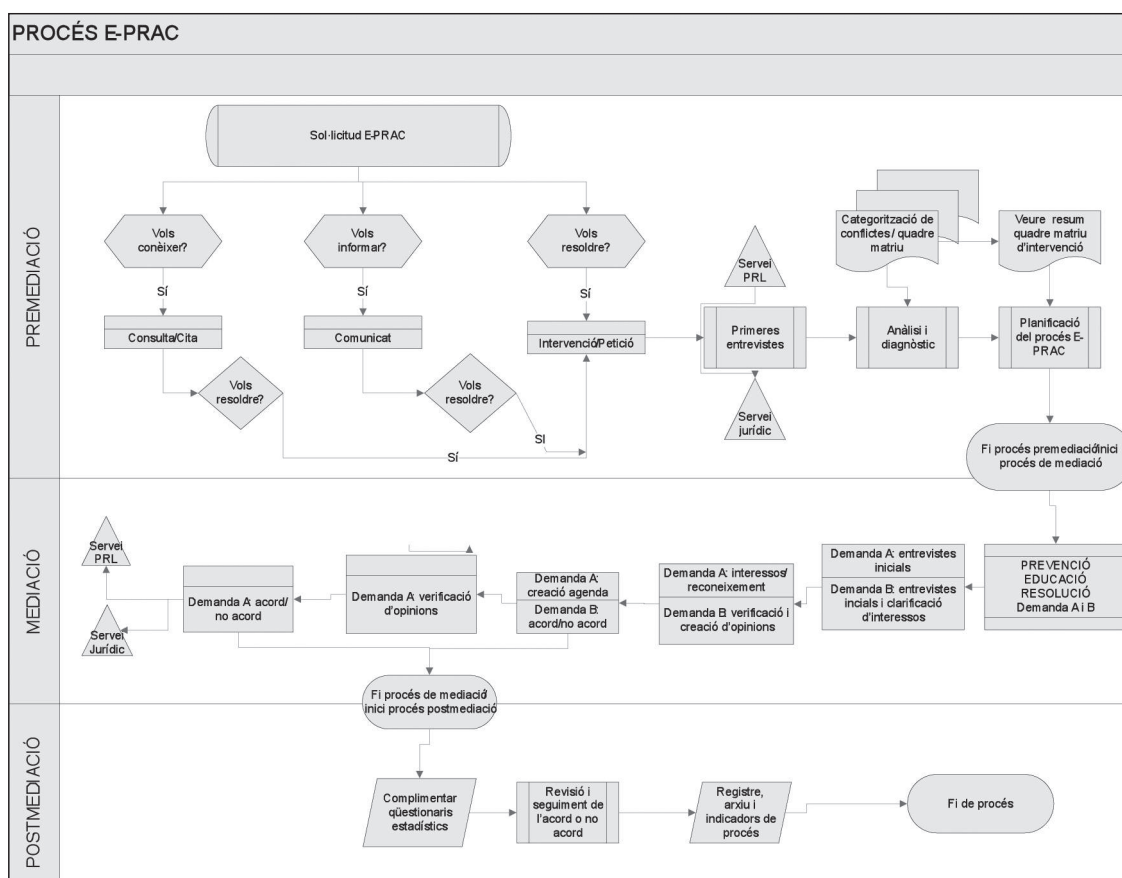
c) Li correspon la funció d'assessorament jurídic laboral.

La configuració del SEMI en el seu vessant de servei de mediació, s'ha desenvolupat a partir del model anterior (E-PRAC), circumscriuint el seu àmbit d'actuació a l'educació, prevenció i resolució alternativa dels conflictes interns de caràcter relacional que es puguin donar entre les persones treballadores de la institució en el marc de la seva prestació de serveis.

### 4.3 Itinerari metodològic en la mediació prestada

El servei de mediació que es dona, d'acord amb l'experiència assolida amb el model anterior, consta de tres etapes: la premediació, la mediació i la postmediació. El Diagrama 1 conté els diferents passos i fases del procés de mediació de l'E-PRAC que explicitem en les seccions següents.

Diagrama 1. Procés de Mediació de l'E-PRAC.



Font: Elaboració pròpia ET8

### 4.3.1 La premediació

En aquesta etapa es manifesta la naturalesa del conflicte i el tipus d'activitat que es desenvoluparà al llarg de les properes etapes. La naturalesa del conflicte vindrà determinada pel tipus de demanda inicial i per la categorització del conflicte registrada pel CSI. Com es veurà més endavant aquesta fase de classificació i determinació de les causes del conflicte es vincula amb la fase de definició del tipus d'activitat a iniciar; la prevenció, educació i resolució.

Aquesta fase representa l'entrada del conflicte que es materialitza amb la complementació d'una sol·licitud de mediació. Aquesta sol·licitud ve determinada per quatre tipus de demandes: la cita, la consulta, el comunicat i la petició.

#### La cita

El motiu de fer una sol·licitud de cita és per aproximar al professional a la mediació. Té com a finalitat que el professional conegui de primera mà el procés de mediació, principis i característiques. Aquesta sol·licitud serà activada per la institució a través de nomenament organitzatiu i/o institucional. D'aquesta cita se'n pot derivar un comunicat o una petició.

#### La consulta

El motiu de fer una sol·licitud de consulta és voler conèixer què es fa al Servei de Mediació. Aquest tipus de demanda la pot sol·licitar qualsevol dels professionals i derivadors del CSI. Aquesta sol·licitud no és activa ni vinculant a cap procés de resolució de conflictes. La consulta es rebrà via *e-mail* pel tècnic/a de mediació i igualtat, telèfon del tècnic i/o la web del CSI. D'aquesta consulta se'n pot derivar una sol·licitud de comunicat o de petició.

#### El comunicat

El motiu de fer una sol·licitud de comunicat és voler informar d'una situació de conflicte, sense sol·licitar una intervenció, el professional vol que consti que ho sabem però no vol intervenir. Aquesta sol·licitud no és activa ni vinculant a cap procés de resolució. Només té efectes d'indicadors de detecció de necessitats. Aquests tipus de demanda la pot fer qualsevol professional i derivador via *e-mail* al director general, *e-mail* i telèfon del tècnic de mediació i igualtat i de manera presencial. D'aquest comunicat en pot derivar una sol·licitud de petició.

### La petició

El motiu de fer una sol·licitud de petició és denunciar un fet i voler resoldre la situació. Aquesta sol·licitud és activa i vinculant al procés de resolució de conflictes. Aquest tipus de demanda la pot sol·licitar el tècnic de mediació i igualtat i a petició mínim d'una de les parts en conflicte, així com els derivadors. Aquesta sol·licitud ha de ser presencial i per escrit.

Realitzada l'entrada de sol·licitud en format petició, continua el procés de premediació amb els següents tres passos:

1. *Primeres entrevistes*: Es realitzen les primeres entrevistes amb la part o parts que han sol·licitat la mediació. Aquestes poden o no estar directament vinculades amb el conflicte.

En aquesta fase i abans de continuar amb el procés, es fa una primera valoració per preveure si caldrà la intervenció de tercers (servei de prevenció de riscos laborals, serveis jurídics...) o una possible derivació parcial o total del cas.

2. *Anàlisi i diagnòstic del conflicte*. Aquest vindrà determinat per la categorització del conflicte i el quadre/matriu d'aquest vs. tipus de demanda configurat pel CSI. El procés de categorització i d'instrumentalització del conflicte ha permès detectar i recollir els comportaments que conformarien les tipologies que es manifesten a la nostre institució.
3. *Planificació de la fase de resolució* (segons etapa de la mediació a prestar).

A continuació ens centrarem en el segon pas, i exposarem el procés d'anàlisi i diagnòstic dels conflictes a partir de la seva categorització i tipificació en els diferents processos i demandes establerts en el nostre model.

### 4.3.2 Categorització del conflicte

La tipologia de conflictes escollida com a referent teòric ha estat la classificació que fa Christopher Moore (1986), tipologia que hem utilitzat per a construir una categorització del conflicte adaptada a les nostres especificitats:

Conflictes de dades. Les causes són:

- carència d'informació
- informació defectuosa
- opinions diferents sobre el que és rellevant
- interpretacions diferents de les dades
- diferents procediments de valoració

Conflictes d'interessos. Les causes són:

- situació de competència (percebuda o real)
- interessos substantius en conflicte
  - interessos procedimentals en conflicte
  - interessos psicològics en conflicte

Conflictes estructurals. Les causes són:

- patrons de comportaments o d'interacció destructius
- desigualtat en el control, la propietat o la distribució de recursos
- desigualtat en el poder i l'autoritat
- factors geogràfics, físics o ambientals que impedeixen la cooperació
- limitacions temporals

Conflictes de valors. Les causes són:

- diferències de criteris a l'avaluació de les idees o els comportaments
- existència d'objectius només avaluable intrínscament
- diferències en les formes de vida, ideologia i de religió

Conflictes de relacions. Les causes són:

- presència d'una alta intensitat emocional
- percepció equivocada o opinions estereotipades
- comunicació pobre o malentesos
- comportament negatiu reiterat

Un cop detallat el referent teòric comentarem a continuació les causes/motius dels conflictes identificats a la institució a partir d'escrits i manifestacions realitzats pels professionals:

- comportaments de desconfiança
- comportament de no cohesió
- falta de reconeixement
- diferències culturals

- diferència d'interessos
- diferència de valors
- diferència de percepcions
- diferència de necessitats
- distanciament
- desigualtat en el poder
- no acord de quan fer les vacances
- no acord de fer dies de conveni
- no acord amb temes de conciliació laboral
- no acord amb temes d'excedència
- manifestacions d'emocions de ressentiment, pena, judici, apatia, hostilitat, culpabilitat, tristesa, inseguretat, humiliació, orgull, pessimisme, decepció, irritació, impaciència, saturació, confusió, dubte, preocupació, escepticisme, por, etc.
- manca de lideratge
- manca de definició de llocs de treball
- manca de recursos
- manca de comunicació
- manca d'informació de dades
- manca de definició d'objectius
- comportaments agressius i/o violents: atac verbal i/o psíquic (abús verbal, amenaces verbals o escrites, intimidació, coacció, injúria, vexació), atac físic (implica contacte físic) i altres tipus d'agressivitat i/o violència (assetjament moral o psíquic, assetjament sexual o per raó de sexe, raça i de religió).

Si es prenen les causes segons categorització de Christopher Moore (1986) i es comparem amb les causes i motius dels conflictes identificats al CSI, s'obté que hi apareixen moltes similituds i alhora noves entrades de conflictes sorgits al si de l'organització. El resultat es correspon amb el següent quadre de tipologies de conflictes:

**Quadre 1. Tipologies de conflictes**

Segons Christopher Moore (1986)	Servei de Mediació
<b>C. INTERESSOS I VALORS</b>	<b>C. Interessos:</b> Quan apareixen comportaments que empenyen a cercar el profit, la utilitat en detriment o no de l'altre. Allò que afecta algú pel profit i per l'avantatge que hi troba.
<b>C. DADES I ESTRUCTURALS</b>	<b>C. Laborals:</b> Quan apareix un sentiment o reacció afectiva envers l'altre per motius de drets i deures establerts en normativa laboral.
	<b>C. Estructural:</b> Es presenta quan hi ha un desordre o incompliment de normes o polítiques, ja siguin de personal, de comunicació, econòmics, d'infraestructures etc.. que caracteritzen una organització i no mantenen l'ordre establert.
<b>C. RELACIONS</b>	<b>C. Emocionals:</b> Manifestació bàsica provocada per un factor extern, o pel pensament que es manifesta per una commoció orgànica més o menys visible.
	<b>C. Psicosocial:</b> Apareix amb l'ús deliberat de la força física o el poder, ja sigui d'amenaça o efectiva que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort o danys psicològics.

Font: Elaboració pròpia a partir de Moore (1986)

Del desplegament i definició de les causes i motius d'entrada del conflicte al CSI i de l'elaboració del criteri i de la precisió de la categorització, en comparació amb la classificació abans referida s'obté el quadre següent:

**Quadre 2. Causes i motius del conflicte**

Registre	C. Moore (1986)	CSI (2010)
Comportaments de desconfiança: Quan no hi ha la seguretat de qui compta amb el caràcter, la capacitat, la bona fe, la discreció amb algú.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes d'interessos o de relació	Conflicte d'interessos
Comportament de no cohesió: Desvinculació dels membres d'una col·lectivitat entre ells mateixos i com a grup.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes d'interessos o de relació	Conflicte d'interessos
Falta de reconeixement: Gràtitud; No haver-li comunicat a l'altre part un sentiment afectuós envers fet, un servei, un favor.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes d'interessos o de relació	Conflicte d'interessos
Diferències culturals: Quans el conjunt de símbols, valors, normes, models d'organització, coneixements, objectes, que constitueixen la tradició, el patrimoni, la forma de vida i per tant la forma de treballar és diferent entre les parts.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes de valors	Conflicte d'interessos
Diferència d'interessos: Cada una de les parts presenta un sentiment diferent el qual les mou a prestar-li una atenció especial a una cosa o algú.	Conflictes de relació.	Conflicte d'interessos
Diferència de valors: aquest conflicte es presenta quan la qualitat o conjunt de qualitats que fan que alguna cosa o alguna persona valgui és diferent. Diferents escales de valors entre les parts.	Conflictes de valors	Conflicte d'interessos
Diferència de percepcions: Conflicte entre les parts on cada una d'elles rep impressions i obté coneixença (de quelcom) per mitjà dels sentits diferents entre ells.	Conflictes de relació.	Conflicte d'interessos
Diferència de necessitats: quan hi ha conflictes entre les parts sobre de què hom no pot prescindir.	Conflictes d'interessos.	Conflicte d'interessos
Distanciament: separació que hom manté, especialment amb el comportament, en relació amb una persona o un grup social per raó d'una diferència de condició social existent. Diferència de rang, de valor, etc, entre dues persones o dues coses.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes d'interessos o de relació	Conflictes d'interessos
Desigualtat en el poder: quan algú que té la facultat de posar en estat de fer alguna cosa fa un ús malament del seu poder.	Conflictes estructurals.	Conflicte d'interessos
No acord en quan realitzar les vacances: per coincidència en el període amb altres professionals.	No consta.	Conflicte laborals
No acord en poder realitzar dies de conveni (dies de festa): per coincidència en el període amb altres professionals.	No consta.	Conflicte laborals
No acord amb temes de conciliació laboral: per coincidència en el període amb altres professionals.	No consta.	Conflicte laborals
No acord amb temes d'excedència: per coincidència en el període amb altres professionals.	No consta.	Conflicte laborals
Emocions: presència de reacció afectiva, tals com; ressentiment, pena, judici, apatia, hostilitat, culpabilitat, tristesa, inseguretat, humiliació, orgull, pessimisme, decepció, irritació, impaciència, saturació, confusió, dubte, preocupació, escepticisme, por, etc...	Conflictes de relació.	Conflicte Emocionals
Manca de lideratge: manca d'execució de les funcions d'un cap, comandament o responsable d'un equip de treball	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes estructurals.	Conflicte Estructural



Registre	C. Moore (1986)	CSI (2010)
Manca de definició de llocs de treball: manca de determinació de les funcions i activitats que ha de realitzar un professional	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes estructurals.	Conflictes Estructural
Manca de recursos: manca de recursos materials (béns que s'utilitzen com a factors de producció per a obtenir-ne d'altres) per a poder realitzar les funcions del lloc de treball.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes estructurals.	Conflictes Estructural
Manca de comunicació: manca d'acció de comunicar-se dues o més persones o coses entre elles, l'una amb l'altre.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes estructurals.	Conflicte Estructural
Manca d'informació de dades:manca d'acció d'informar o d'informar-se sobre algú o alguna cosa.	Conflicte de dades.	Conflicte Estructural
Manca de definició d'objectius:manca de definició dels fins a aconseguir.	Conflicte estructural.	Conflicte Estructural
Atac verbal i/o psíquic. Amenança/intimidació: declaració seriosa o intent d'infringir un dany mitjançant qualsevol paraula,insults,gests,exhibició d'objectes o armes que el professional percebi com a perill clar, real de la seva seguretat i que li pot causar temors, preocupació o incapacitat per executar les funcions laborals. Coacció: acció de constrènyer la voluntat d'alguna persona a dir o fer alguna cosa. Injúria: acció o expressió que lesiona la dignitat d'una altra persona, en detriment de la seva fama o atemptant contra la seva pròpia estimació. Vexació: ofensa, humiliació, acció de contrariar vivament o mortificar.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes de relació.	Conflicte Psicosocial
Atac físic: implica contacte físic.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes de relació.	Conflicte Psicosocial
Assetjament sexual o per raó de sexe: tota conducta de naturalesa sexual o qualsevol altre comportament basat en el sexe que afecti a la dignitat de la dona i l'home en el treball, sempre hi quan aquesta conducta sigui indesitjada,irraonable i ofensiva o creï un entorn laboral intimidador, hostil o humiliant.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes de relació.	Conflicte Psicosocial
Assetjament moral o psíquic: conducta abusiva que atempta, per la seva repetició o sistematització, a la dignitat o integritat física o psíquica d'una persona, posant en perill el seu lloc de treball o degradant-ne el clima laboral.	No consta com a tal, però podríem ubicar-ho a conflictes de relació.	Conflicte psicosocial

Font: Elaboració pròpia a partir de Moore (1986)

Aquest registre és obert i dinàmic, s'amplia o bé es modifica en funció de si les peticions siguin aquestes o bé diferents de les que apareixen al quadre.

Aquesta categorització ens permet identificar el tipus de conflictes i avaluar quins són els principals motius i/o causes que deriven i arriben com a controvèrsies. L'anàlisi i explotació de les dades relatives al tipus de compor-

tament que es manifesta en el CSI ens permetrà actuar amb precaució i desenvolupar accions preventives per tal de minimitzar les causes que deriven a situacions conflictives.

Finalment la categorització del conflicte establerta d'acord amb els nivells de conflicte configuren el quadre següent:

Quadre 3. Categorització i nivells de conflicte

CATEGORIZACIÓ DEL CONFLICTE		NIVELLS DE CONFLICTE				
		inter		Intra		social
C. MOORE (1986)	E-PRAC/SEMI	personal	grup	personal	Grup	organitzatiu
<b>C. INTERESSOS I VALORS</b>	<b>C. INTERESSOS</b> Situacions de diferència: perspectiva, d'interessos, de valors, culturals, de necessitats, de distanciament, de poder, de descohesió, de desconfiança, de reconeixement, altres.					
<b>C. DADES I ESTRUCTURALS</b>	<b>C. LABORALS</b> Situacions de petició: de vacances, de dies de conveni, de conciliació laboral i personal, d'excedència, altres relacionats amb els drets i deures laborals.					
	<b>C. ESTRUCTURALS</b> Situacions d'escassetat: de recursos, de definició de llocs de treball, d'objectius, de lideratge, de comunicació, d'informació de dades, altres.					
<b>C. RELACIONS</b>	<b>C. EMOCIONALS</b> Situacions de ressentiment, pena, ridícula, judici, apatia, hostilitat, culpabilitat, competència, tristesa, inseguretat, humiliació, orgull, pessimisme, frustració, irritació, impaciència, saturació, confusió, decepció, cinisme, dubte, escepticisme, preocupació, por, altres.					
	<b>C. PSICOSOCIALS</b> Situacions de: violència física i psíquica, assetjament (moral, físic i psicològic) i de gènere.					

Font: Elaboració pròpia amb dades pròpies

Cadascuna de les tipologies de conflictes poden ser subagrupades de manera que interessos i emocions sovint estan associades a una sola demanda; ara bé aquestes poden estar una altra vegada associades a la resta de conflictes, tals com psicosocials, laborals o estructurals. Per tant, i des d'un punt de vista molecular i agrupat, i per tal de minimitzar la gestió del conflicte, partim de quatre tipus de conflictes:

- D'interessos i emocionals.
- D'interessos, emocionals i estructurals.
- D'interessos, emocionals i laborals.
- D'interessos, emocionals i psicosocials.

Aquests quatre grups al seu torn es podrien agrupar entre ells, trobant un B amb un C, o un B amb un D, etc.

En aquest sentit i per tal d'aportar més claredat, hem elaborat un quadre/matriu d'aquesta agrupació del conflicte segons nombre de demandes possibles d'acord amb la màxima combinació de categoritzacions. Amb tot això s'obtenen 8 tipus de demandes alhora, vinculades al tipus d'activitat que es desenvolupa en el marc del servei de mediació: la prevenció, l'educació i la resolució.

D'aquesta manera, obtenim segons la causa del conflicte un tipus de demanda i una activitat a desenvolupar. Aquesta activitat ens vindrà determinada per dos blocs: un pel tipus de demanda i l'altre per la intensitat del conflicte. Aquesta intensitat podrà ser alta o baixa (Goleman, 2006), d'acord amb l'escala d'emocions realitzada per Hicks i Hitcks (2006), tal i com hem sintetitzat a continuació:

Quadre 4. Tipus de demanda segons la causa del conflicte

Conflictes CSI vs demanda		Demanda 1	Demanda 2	Demanda 3	Demanda 4	Demanda 5	Demanda 6	Demanda 7	Demanda 8
Conflictes Psicosocials Conflictes Interessos Conflictes Emocionals									
Conflictes Laborals Conflictes Interessos Conflictes Emocionals									
Conflictes Estructurals Conflictes Interessos Conflictes Cocials									
Conflictes Interessos Conflictes Emocionals									
ACTIVITAT MEDIADORA	Alta intensitat emocional segons escala J. Hicks	Prevenció Educació Resolució	Prevenció (opcional) Educació (opcional) Resolució	Prevenció (opcional) Educació (opcional) Resolució	Prevenció (opcional) Educació (opcional) Resolució	Prevenció (opcional) Educació (opcional) Resolució	Prevenció Educació Resolució	Prevenció Educació Resolució	Prevenció (opcional) Educació (opcional) Resolució
	Baixa intensitat emocional segons escala J. Hicks	Resolució Educació	Resolució Educació (opcional)	Resolució Educació (opcional)	Resolució Educació (opcional)	Resolució Educació (opcional)	Resolució Educació	Resolució Educació	Resolució Educació (opcional)
Estimació/setmanes resolució*		5 setmanes	3 setmanes	3 setmanes	3 setmanes	5 setmanes	5 setmanes	5 setmanes	3 setmanes

Font: Elaboració pròpia a partir de Hicks i Kicks (2006)

Per tant ens podem trobar superposicions de categoritzacions en una mateixa demanda. L'actuació mediadora, doncs, dependrà del nombre de categoritzacions continguda en una demanda. De la mateixa manera podria passar que d'una demanda inicial se'n derivessin d'altres de més profundes i que s'hagués de passar d'una categorització del conflicte a un altre, reconduint el procés de mediació d'acord amb la demanda real, que no té per què coincidir amb la demanda exposada.

En el darrer quadre no apareix el nombre de sessions dedicades a la fase de premediació. L'estimació de temps d'intervenció es orientativa. Es pot considerar ampliar el nombre de sessions previstes inicialment a criteri del Servei de Mediació. En cas de necessitar més convocatòries d'actuació, s'haurà de fer una anàlisi exhaustiva per tal de justificar la demanda. Aquesta possibilitat no opera en el supòsit que es produeixi un canvi en la demanda inicial que per a la seva entitat suposi un nou

cas. En aquest supòsit, es tractarà com a tal, de conformat amb el model descrit.

Així mateix, hem considerat la possibilitat d'agrupar i molecular de nou els 8 tipus de demandes en dos: A i B segons la temporalitat. D'acord amb aquest criteri ens sorgeix un denominador comú. Tots els casos de durada de 3 setmanes són conflictes que no contenen un risc psicosocial, en canvi els casos o demandes que generen segons planificació de 5 setmanes de durada són casos amb un risc psicosocial.

En conseqüència ens podríem trobar amb dos tipus de demandes o bé amb dos processos A i B. Segons la complexitat dels mateixos casos podem desagregar aquests amb 8 sub processos, coincidents amb les 8 demandes.

A continuació presentem un quadre on es pot veure l'estimació de la durada vs tipus de demanda A i B, així com l'activitat mediadora i documents/formularis a registrar durant el procés:

**Quadre 5. Estimació temporal del procés de resolució vs. tipus de demanda**

Conflictes CSI vs durada mínima (procés de resolució)		Demanda A (1/5/6/7) (amb conflicte psicosocial)	Demanda B (2/3/4/8) (sense conflicte psicosocial)
5 setmanes			
3 setmanes			
ACTIVITAT MEDIADORA	Alta Intensitat emocional	Prevenció Educació Resolució (1 ses/setm)	Prevenció (opcional) Educació (opcional) Resolució (1 ses/setm)
	Baixa Intensitat emocional	Educació Resolució (1 ses/setm)	Educació (opcional) Resolució (Opcional)
DOCUMENTS A REGISTRAR	PREVENCIÓ	Formulari de prevenció	
	EDUCACIÓ	Formulari d'educació	
	RESOLUCIÓ	Procés de pre-mediació Formularis: Cita/ Consulta/ Comunicat/ Intervenció  Procés de mediació Acta inicial i d'acceptació/ Acta d'acord o no acord/ Acta de seguiment  Procés de post-mediació Qüestionaris Informe de recomanacions	

Font: Elaboració pròpia ET8

Ara és moment d'ordenar la demanda del professional amb la categorització. A partir d'aquest moment podem ordenar la demanda entrant, de conformitat amb la categorització del conflicte, i l'activitat mediadora associada i que s'ha predeterminat segons el pas anterior, tot aclarint que l'activitat mediadora predeterminada significa l'orientació mínima estimada que haurien de desenvolupar el/s professional/s en conflicte.

Un cop feta l'anàlisi i obtingut el diagnòstic del conflicte, entrem en el tercer pas referit a la planificació detallada del procés determinat anteriorment.

*(3) Planificació de la fase de resolució segons etapa de la mediació a prestar:*

Aquesta planificació permet identificar les accions a desenvolupar en la fase de resolució donada en cadascuna

de les tres etapes que es distingeixen en el model de mediació prestat (premediació, mediació i postmediació), tot informant amb caràcter enunciatiu i a partir de l'elaboració dels cronogrames que s'exposaran a continuació, de les activitats previstes així com de l'estimació de la seva durada, nombre i hores de tècnic/a de mediació i igualtat segons tipus de processos A o B, amb la finalitat de facilitar el seu control i gestió.

Quant a les fases de prevenció i educació s'ha considerat més oportú abordar la planificació de les accions que se'n deriven en el marc del Pla de Formació Corporatiu i dintre de les disponibilitats existents, a partir de la valoració que es faci del registre anual d'activitat del servei en l'any anterior. A tal efecte el servei elaborarà una memòria anual d'activitat.

**Quadre 6. Cronograma del procés de premediació, mediació i postmediació. Demanda Tipus A (amb risc psicosocial)**

PROCÉS PREMEDIACIÓ	MINUTS	NOMBRE	MINUTS TOTALS	HORES TOTALS
Primer contacte E-PRAC. Donar orientacions pràctiques per saber com i on actuar segons protocol d'agressió i violència:				
1. Deixar ben clar el rebuig a les prestacions, situacions i actituds que es considerin ofensives i demanar a la persona que està creant aquesta situació que no volem que es repeteixi. Per escrit o directament.	90	1	90	1,50
2. Documentar l'acció: agafar nota i registrar els incidents.				
3. Demana suport i intervenció a través dels processos formals: la queixa (cita, comunicat, consulta) o denuncia (petició).				
Anàlisi i diagnòstic del conflicte segons metodologia E-PRAC				
Obtenir una primera aproximació del cas				
Informar i assessorar la persona sobre els seus drets i sobre totes les opcions i accions que pot emprendre	90	1	90	1,50
Informació sobre l'existència d'una comissió d'igualtat, de violència i de seguretat de la salut.				
Planificació del procés A (risc psicosocial)	60	1	60	1,00
Entrevistes premediació.	60	2	120	2,00
			HORES TOTALS	
			HORES TÈCNIC	6,00
<b>PROCÉS MEDIACIÓ (procés de resolució)</b>				
Preparació era fase segons planificació inicial i entrevista de premediació	30	1	30	0,50
1a. fase mediació (missatge informatiu/presentació inicial)	180	1	180	3,00
Redacció informe 1a fase	30	1	30	0,50
Entrevistes individuals, si s'escau	60	2	120	2,00
Preparació 2a fase segons planificació inicial i redacció 1era fase	30	1	30	0,50
2a fase mediació (història del conflicte/impacte intern/clarificació d'interessos/reconeixement mutu)	180	1	180	3,00
Redacció 2a fase	30	1	30	0,50
Entrevistes individuals, si s'escau	60	2	120	2,00
Preparació 3a fase segons planificació inicial i redacció 2a fase	30	1	30	0,50
3a fase mediació (creació de l'agenda/pregunta de replanteig)	180	1	180	3,00
Redacció 3a fase	30	1	30	0,50
Entrevistes individuals, si s'escau	60	2	120	2,00
Preparació 4a fase segons planificació inicial i redacció 3a fase	30	1	30	0,50
4a fase mediació (creació i verificació d'opinions)	180	1	180	3,00
Redacció 4a fase	30	1	30	0,50
Entrevistes individuals, si s'escau	60	2	120	2,00
Preparació 5a fase segons planificació inicial i redacció 4a fase	30	1	30	0,50



5a fase mediació (acord)	180	1	180	3,00
Redacció 5a fase	30	1	30	0,50
Entrevistes individuals	30	2	60	1,00
			<b>HORES TOTALS</b>	
			<b>HORES TÈCNIC</b>	29,00
<b>PROCÉS POSTMEDIACIÓ</b>				
Complimentar qüestionaris estadístics	10	2	20	0,33
Revisió i seguiments de l'acord o no acord per garantir que no s'han pres represàlies i per determinar si s'ha de prendre algun altre tipus de mesura.	60	2	120	2,00
Registre, arxiu i indicadors del procés	25	1	25	0,42
			<b>HORES TOTALS</b>	
			<b>HORES TÈCNIC</b>	2,75
			<b>HORES TOTALS</b>	
<b>PROCÉS DE MEDIACIÓ A (RISC PSICOSOCIAL)</b>			<b>HORES TÈCNIC</b>	35,00

Font: Elaboració pròpia

**Quadre 7. Cronograma del procés de premediació, mediació i postmediació. Demanda Tipus B (sense risc psicosocial)**

<b>PROCÉS PREMEDIACIÓ</b>	<b>MINUTS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>MINUTS TOTALS</b>	<b>HORES TOTALS</b>
Primer contacte E-PRAC	90	1	90	1,50
Anàlisi i diagnòstic del conflicte segons metodologia E-PRAC	90	1	90	1,50
Planificació detallat del procés B (sense risc psicosocial)	60	1	60	1,00
Entrevistes premediació.	60	2	120	2,00
			<b>HORES TOTALS</b>	
			<b>HORES TÈCNIC</b>	6,00
<b>PROCÉS MEDIACIÓ (procés de resolució)</b>				
Preparació 1a fase segons planificació inicial i entrevista de premediació	30	1	30	0,50
1a fase mediació (missatge informatiu/presentació inicial), (història del conflicte/ impacte intern/clarificació d'interessos/reconeixement mutu) i (creació de l'agenda/ pregunta de replanteig).	180	1	180	3,00
Redacció informe 1a fase	30	1	30	0,50
Entrevistes individuals, si s'escau	60	2	120	2,00
Preparació 2a fase segons planificació inicial i redacció 1a fase	30	1	30	0,50
2a fase mediació (creació i verificació d'opinions)	180	1	180	3,00
Redacció 2a fase	30	1	30	0,50
Entrevistes individuals, si s'escau	60	2	120	2,00

Preparació 3a fase segons planificació inicial i redacció 2a fase	30	1	30	0,50
3a fase mediació (acord)	180	1	180	3,00
Redacció 3a fase	30	1	30	0,50
Entrevistes individuals, si s'escau	60	2	120	2,00
				<b>HORES TOTALS</b>
				<b>HORES TÈCNIC</b> 18,00
<b>PROCÉS POSTMEDIACIÓ</b>				
Complimentar qüestionaris estadístics	10	2	20	0,33
Revisió i seguiments de l'acord o no acord per garantir que no s'han pres represàlies i per determinar si s'ha de prendre algun altre tipus de mesura.	60	2	120	2,00
Registre, arxiu i indicadors del procés	25	1	25	0,42
				<b>HORES TOTALS</b>
				<b>HORES TÈCNIC</b> 2,75
<b>PROCÉS DE MEDIACIÓ B (SENSE RISC PSICOSOCIAL)</b>				
				<b>HORES TOTALS</b>
				<b>HORES TÈCNIC</b> 24,00

Font: Elaboració pròpia

En la traducció del cronograma en accions s'haurà de tenir present la compatibilitat amb el temps de treball i la preservació del normal desenvolupament de l'activitat del centre on estigui/n adscrit/es la/les persona/es afectada/es.

A partir d'aquest moment s'entra en la fase de mediació, que constitueix pròpiament la fase d'intervenció del conflicte.

### 4.3.3 La mediació

Tal com s'ha vist a la planificació, aquest és el pas que determina quin és el tipus d'intervenció. Per a l'adequació del tipus de conflicte i la demanda associada ens trobem que hi ha dos tipus d'activitat diferenciada. El procés de demanda A i el procés de demanda B. El procés de demanda A manté una estimació de durada de 3 setmanes i pel procés de demanda B manté una estimació de durada de 5 setmanes. Ambdues demandes tenen associades la prevenció i l'educació, enteses com a capacitació i la resolució entesa com a intervenció. A grans trets, les característiques dels conflictes abordats amb la demanda A són conflictes on no apareix el risc psicosocial segons definició establerta al nostre model. En canvi els conflictes abordats amb la demanda B són conflictes on hi ha presència de risc psicosocial.

La iniciació d'un *procés de prevenció*, sigui interindividual o intraindividual, es pot generar abans, durant o després d'un procés de resolució de conflictes individuals o de grup. La decisió final sobre quin serà el moment de realitzar la formació individualitzada serà del Servei de Mediació. Aquesta formació podrà tenir el format de postgrau, de curs, de sessions o de tallers, a proposta del Servei de Mediació en funció de l'anàlisi i diagnòstic del conflicte, tot valorant la possibilitat de desenvolupar-la amb recursos propis o a partir de la intervenció de tercers.

La iniciació d'un *procés educatiu* del conflicte es pot generar abans, durant o després d'un procés de resolució de conflictes individuals o de grup. La decisió final sobre quin és el moment de realitzar aquest procés serà del Servei de Mediació. Aquest espai pedagògic podrà tenir el format de sessions o tallers mensuals per tal de dotar, intercanviar i transferir eines i coneixements pràctics alhora de resoldre malentesos entre professionals (conflictes relacionals). Aquest procés s'ha anomenat *Espai del Coneixement*, espai orientat als professionals que es troben en situacions versemblants i volen compartir vivències relacionades amb la convivència i benestar laboral. Es previst que aquest procés estigui dirigit pel Servei de Mediació.

La iniciació del *procés resolutiu* es genera amb la sol·licitud de petició. Cadascuna de les etapes de resolució

de conflictes (entrevistes inicials, creació d'opinions, interessos i reconeixements, acord, no acord) tenen com a punt d'arribada el consens. L'assoliment o no d'un acord no exclou la possibilitat de derivar el cas als serveis jurídics o serveis de prevenció de riscos laborals. Un cop arribat al consens, s'iniciaria l'etapa de la postmediació.

#### 4.3.4 La postmediació

En aquesta etapa s'estableix una revisió i seguiment dels acords assolits i dels no arribats a l'acord, generant un registre i sistematització dels indicadors de procés i finalització de la intervenció. La planificació del procés, el seguiment de cada fase i d'utilització correcta de l'eina o recurs més adequat del procés en cada moment, dona una alta probabilitat d'èxit en el resultat de la resolució dels conflictes.

Amb l'objectiu de detectar àrees de millora, es crearà un instrument i/o un qüestionari on es recollirà, de forma qualitativa, aquelles qüestions que puguin sorgir durant qualsevol part del procés i que siguin susceptibles de ser preses en consideració per a posteriors processos de resolució de conflictes.

Tant el seguiment constant dels indicadors i el registre d'incidències, com les entrevistes de seguiment, i les accions formatives relacionades en aquest àmbit seran elements per fer la millora contínua dels processos de resolució de conflictes.

La utilització del procediment i dels documents corresponents creats a l'efecte, constitueixen la garantia de qualitat en el procés, i incrementen la seguretat en totes les fases, pel que fa a la seva objectivitat, transparència, igualtat d'oportunitats i eficàcia dels resultats.

A continuació referirem quina es la transposició a la pràctica del nostre model de mediació a partir d'un cas mediat. En la darrera secció, oferirem més sintèticament exemples d'altres tipologies de casos.

#### 4.3.5 Un cas pràctic detallat: conflicte entre professionals de diferents institucions

En el marc de col·laboració entre dues institucions sanitàries es refereix un presumpte incident entre un professional sanitari (en endavant A) i un grup de professionals sanitaris pertanyents a un mateix estament (en endavant B). S'al·lega una intervenció menyspreadora, humiliant i vexatòria.

El grup B demana la substitució del professional A i no descarta la judicialització del conflicte. Donada aquesta situació, la institució del professional A proposa:

- La possibilitat d'acudir a una mediació com a mesura alternativa en la resolució d'aquest conflicte, que és acceptada tant pel grup B com per la seva institució.
- Al seu professional, la possibilitat d'acollir-se a una mediació com a mesura alternativa al règim disciplinari, cosa que és acceptada.

Es dona trasllat, doncs, a la decisió per posar en marxa la mediació.

#### • ETAPA DE PREMEDIACIÓ

##### *Cita-petició*

La participació en la mediació del professional A es va canalitzar per mitjà de la cita per compatibilitzar el principi d'autonomia de la voluntat de les parts que impera en la mediació, amb la possibilitat de sancionar disciplinàriament els fets en cas que el professional declinés acceptar la mediació, mantingués una conducta reincident o es mostrés poc col·laborador en la mediació.

La petició té lloc a partir del moment en què cada part accepta sotmetre's a la mediació.

##### (1) Primeres entrevistes

A criteri del Servei de Mediació es preveu en aquesta primera etapa la realització de diverses entrevistes individuals i conjuntes per tal d'aconseguir involucrar els diferents nivells institucionals implicats (Direcció del centre, Direcció Assistencial, parts enfrontades...) i atendre la petició d'actuació immediata requerida pel grup B.

A continuació s'informa del nombre i contingut de les entrevistes convocades telefònicament que es van realitzar als mediats.

*Professional A.* En la primera sessió és informat de la situació i es fa la presentació personal i del Servei de Mediació. Aquest es mostra sorprès i desconcertat per la repercussió generada i justifica la seva actuació al·legant que el fet succeït ha estat motivat per un "xoc cultural" entre dues institucions que presenten una naturalesa jurídica diferent.

Es demana la seva versió dels fets, tot plantejant-li la possibilitat d'aclarir la situació programant un procés de mediació adreçat al seu creixement i lideratge professional.

El professional accepta la proposta per trobar una solució. S'informa que es contactarà amb l'altra part a fi de conèixer totes les versions i poder apropar-los per a solucionar el malentès.

En aquest moment informem sobre els principis de voluntarietat i confidencialitat que regeixen en la mediació.

Cal destacar que *el Servei de Mediació va identificar després d'aquesta primera entrevista la necessitat que el professional realitzés un treball de creixement personal per a millorar la seva relació interpersonal i professional.*

*Cap grup B.* El Servei de Mediació es dona a conèixer referint el motiu pel qual necessitarà la seva col·laboració. El professional accedeix tot i que amb certes reserves, ja que atribueix la font del problema a la personalitat del professional A. S'informa sobre la proposta d'actuació sobre el professional A. També manifesta el seu neguit per les reaccions imprevisibles del seu equip, per respondre o defensar-se de les possibles accions del professional A. S'acorda seguir informant de qualsevol novetat i es decideix anar a entrevistar al grup B.

El Servei de Mediació va *optar per involucrar en aquest cas al Cap del grup B en considerar que en les "organitzacions de salut" els nivells de responsabilitat laboral s'han de respectar en el seu organigrama formal, per tal de facilitar una millor gestió del conflicte. Així mateix, es va informar de les línies de treball que estaven portant al voltant de la gestió del conflicte i la mediació, amb l'objectiu de contextualitzar i aportar més significat als diferents tipus d'intervencions plantejades.*

*Cap i Grup B.* L'entrevista s'inicia presentant novament, i aquest cop d'una manera bastant extensa, les oportunitats de poder gestionar una situació de conflicte generada. Es demana al grup la seva versió del conflicte. Aquest manifesta *"haver estat objecte d'un indegut comportament per part del professional A"*, el qual va menysprear de manera sostinguda al seu col·lectiu, i acompanyava amb el seu tracte manifestacions vexatòries. A partir d'aquí, manifesten tota una sèrie de temors per l'eventual possibilitat que el professional A assolís un lloc de responsabilitat directa a la institució del grup B, ateses les circumstàncies. I van expressar el seu rebuig envers el professional A.

*El Servei de Mediació va gestionar aquesta situació d'entrevista utilitzant com a estratègia l'èmfasi en el significat de la mediació i la motivació personal per aquest projecte, per tal de generar confiança en tot l'equip de professionals. Quan va finalitzar aquesta sessió s'havia generat un vincle de relació de confiança, un espai de neutralitat i una visió professional del mètode i servei, on les persones es sentien tranquil·les, còmodes i disposades a dialogar.*

*Direcció A.* Durant la primera part de la reunió s'informa que s'han mantingut reunions individuals amb les parts

en conflicte i amb el cap del grup B, tot comentant que es tracta d'un cas complex però amb solució. La Direcció demana expressament si es pot arribar a reconduir la situació i/o al professional per aquesta via. Se li contesta amb un sí rotund, però que es necessita confiança en el procés.

La Direcció atorga el vist i plau (*endavant!*) ja que vol donar solució al conflicte. Es suggereix la possibilitat d'oferir al professional un treball de creixement personal, previ a la mediació entre les dues parts en conflicte. El servei de mediació comenta que això tindrà un cost ja que aquest treball s'hauria de realitzar fora del centre amb professionals externs. La Direcció accepta les condicions.

*El Servei de Mediació amb aquesta actuació va treballar el restabliment de les relacions de confiança.*

## (2) Anàlisi i diagnòstic del conflicte

### *Anàlisi del conflicte*

En virtut del nostre model de mediació les tipologies i nivells de conflicte que presenta en un primer moment el cas són: *conflicte interpersonal entre un grup (B) i individu (A)*, amb tipologia de cas a): *conflicte psicossocial, d'interessos i emocionals*. Les causes que generen aquesta classificació són: els comportaments desagradables i vexatoris que es detallen a l'escrit del grup B, mostres de desconfiança, de diferent perspectiva i de descohesió amb una alta intensitat emocional amb judicis i hostilitats, acompanyat d'irritació i preocupació. Seguint el mètode ens trobaríem amb un tipus de demanda (procés) A amb intensitat emocional baixa, però amb risc psicossocial.

### *Diagnòstic del conflicte*

Després de les entrevistes de premediació el diagnòstic és el següent: conflicte de desconfiança entre les parts amb una alta intensitat emocional, acompanyat d'un conflicte de lideratge de l'individu (A) i de comunicació entre els responsables màxims del Servei. Aquests diagnòstic fa que la tipologia de cas hagi derivat a tipologia o PROCÉS B *conflicte estructural, d'interessos i emocional amb una intensitat emocional alta i amb un nivell de conflicte interpersonal i intrapersonal.*

## (3) Planificació de la fase de resolució segons etapa de la mediació a prestar

L'itinerari d'intervenció per aquest cas, d'acord amb la metodologia de mediació seguida va ser programar sessions individuals i conjuntes per tal de revisar interessos, transmetre reconeixement i arribar a un acord entre les parts.

- ETAPA DE MEDIACIÓ

Per tal de preparar la fase de mediació, d'acord amb l'itinerari d'intervenció determinada i amb les entrevistes de premediació realitzades, es va iniciar aquesta etapa amb sessions individuals (caucus).

1ª Fase de la mediació: sessions individuals convocades telefònicament.

*Direcció del professional A.* El Servei de Mediació transmet la predisposició d'A per realitzar un treball o formació pel seu creixement personal i professional, condicionat a que la Direcció emprengui el diàleg amb la Direcció de la institució del grup B per aclarir l'abast de la relació entre ambdues institucions. La Direcció del professional A respon assumint que ho farà. Es tanca aquesta cita amb la concreció de realitzar una propera reunió amb la Direcció i el professional A.

*El Servei de Mediació va reforçar la importància que té per una institució vetllar pel creixement personal del seus professionals.*

*Professional A.* En aquesta reunió es va formalitzar el compromís reconegut en la fase de premediació de realitzar un treball de prevenció i d'educació en termes de lideratge fora de la institució, concretant la data de la primera sessió amb el professional extern a la qual també hi va assistir el servei de mediació.

2ª Fase de la mediació: sessions conjuntes convocades telefònicament.

*Professional Extern i Professional A.* Un cop en la sessió, el professional extern ens pregunta el perquè de la sol·licitud. El professional A esmenta especialment que l'empresa està vivint un procés d'integració amb una altra empresa i que ell és la persona pont d'aquest procés. El Servei de Mediació afegeix que disposa d'una carta on el grup B expressa el seu malestar amb el professional A. Després de diverses interaccions entre tots tres, el professional extern refereix que part del conflicte és atribuïble a una coordinació millorable entre les institucions en la fase d'integració i en la presa de decisions del professional A quan aquest no era el nomenat per fer-ho. Aconsella informar als caps d'aquesta situació. S'acaba la sessió sense fer èmfasi al lideratge del professional, tot afegint que a proposta del servei de mediació s'observa la necessitat de fer un treball de creixement personal sobre A que se li proposaria en el moment adient.

*El Servei de Mediació, tot i reconèixer que la necessitat d'una millor coordinació entre les institucions podia haver afavorit certs nivells de conflictivitat, no considerava justificada la conducta del professional A sobre el grup B, que requeriria ser tractada des de l'esfera del treball personal.*

3ª Fase de la mediació: (i) sessió conjunta convocada telefònicament, (ii) sessió individual.

*Direcció i Professional A.* Es fa una revisió al detall de la sessió mantinguda amb el professional extern. Queda de manifest que el primer pas és la millora de la coordinació entre les Direccions d'ambdós en aquesta fase d'integració, a partir de l'especificació d'accions i plans i plans estratègics, així com el rol d'A. La Direcció aclareix l'abast de les funcions del professional A i ho aproven tot reflexionant sobre el que han d'assumir en aquest moment.

De les declaracions d'un i altre s'acorda que la Direcció treballarà la millor coordinació amb la Direcció de l'altre institució i que el professional A es compromet a realitzar la formació de creixement personal anomenat per tots *formació de lideratge*. Es tanca la sessió.

*El Servei de Mediació va plantejar reunir-se amb la Cap grup B per traslladar aquesta informació. Abans, però, va demanar consentiment a les parts per fer-ho de forma consensuada. Va manifestar que s'estava treballant per descongestionar el conflicte i que es faria una formació individualitzada.*

Sessió individual convocada telefònicament amb:

*Cap grup B.* S'informa del seguiment realitzat fins al moment i que el professional A ha accedit a realitzar una formació de lideratge, afegint que pot transmetre aquesta informació al grup B. La Cap reafirma l'acció i confia amb el procediment. Manifesta també que el grup B es mostra satisfet amb les actuacions realitzades ja que perceben que s'estan posant mitjans resoldre el cas. Finalitza la sessió concretant una nova cita.

*El Servei de Mediació constata la confiança de les parts en la mediació. El professional A assisteix a 16 sessions d'una hora. Es mantenen diverses xerrades telefòniques amb Cap grup B per tal de fer el seguiment. El grup B comença a notar trets significatius amb el comportament del professional A. El senten més tranquil, més tolerant, i fins hi tot més col·laboratiu. Transcorregut un cert temps l'evolució és molt bona. Tothom percep canvis positius. Ahora es manté informada a la Direcció del professional A d'aquesta evolució positiva.*

El Servei de Mediació considera que ha arribat el moment de mantenir una reunió i unes sessions de mediació entre el professional A i el grup B, des de la tranquil·litat i tancar d'aquesta manera possibles ferides entre ambdues parts. La Cap del grup B es informada d'aquest acció i demana mantenir una sessió clínica prèvia amb participació del professional A i el grup B que és acceptada. Es celebra la sessió i resulta que va molt



bé i és positiva per a les dues parts. Sembla que ja no sigui necessari mantenir sessions de mediació conjunta. El professional A deixa de rebre sessions.

#### 4ª Fase de la mediació: sessió conjunta convocada telefònicament.

*Grup B i Professional A.* L'objecte d'aquesta sessió és sobretot la de treballar el reconeixement mutu entre parts per tal d'arribar a un acord de convivència. Una i altra part es mostren força tranquils durant la sessió. El grup B transmet que han percebut durant tot aquest procés un canvi d'actitud per part del professional A i que accepten aquest canvi com un apropament del professional i que en aquest sentit queda lliure de disculpes. El professional A manifesta que les formes no van ser les correctes i que la seva intenció no era la de ferir ningú.

El Servei de Mediació tanca la sessió on ambdues parts arriben a l'acord de bona convivència professional, i de mantenir una comunicació de respecte i col·laboració mútua.

- ETAPA DE POSTMEDIACIÓ.

Es completa l'expedient abans de ser arxivat, tot identificant les dades més significatives a efectes estadístics i d'indicadors del servei, i disposant el seguiment de l'acord assolit per tutelar que no s'han pres represàlies. Es constata la necessitat de realitzar una sessió individual addicional amb la Direcció del professional A i amb el professional A.

A continuació s'informa del contingut de les esmentades sessions:

*Direcció professional A.* A proposta de la Direcció, s'acorda de cara a futurs esdeveniments dins del marc de la integració la idoneïtat de reforçar el professional A amb algunes sessions més.

*Professional A.* S'informa sobre l'opció de realitzar algunes sessions més de cara a futurs esdeveniments dins del marc de la integració que li poguessin significar noves responsabilitats. El professional A manifesta el seu interès arribat el moment.

### 4.3.6 Exemples d'altres tipus de conflictes sanitaris

#### Introducció

El que figura en aquest apartat 4.3.6 ja no se situa en l'àmbit del CSI. És una situació més general, i ha estat descrita a títol indicatiu, perquè mostra una tendència que s'incrementarà en un futur proper. Ens referim a d'altres tipus de

conflictes que es poden donar, més enllà del conflicte entre professionals de l'organització. Són els conflictes ubicats en el marc de la relació de l'organització, a través dels seus professionals, amb els usuaris i/o els seus familiars en el procés d'atenció sanitària. En aquest tipus de conflictes hi ha fonamentalment "malentesos" i/o problemes en la relació interpersonal. En una primera actuació es considera necessari que hi hagi la intervenció del Servei d'Atenció a l'Usuari. Així, quan un familiar de l'usuari o el mateix usuari realitza una queixa, el Servei d'Atenció a l'Usuari resol aquesta reclamació mitjançant accions orientades a la solució mitjançant, en alguns casos, entrevistes en profunditat, realitzant formació, entre d'altres. Tanmateix, si aquest primer nivell d'intervenció del conflicte no permet resoldre l'escalada del conflicte i/o la seva possible derivació al sistema judicial, aleshores s'ha d'habilitar un espai de mediació que en faciliti la possible desescalada. No ens pronunciem aquí sobre les característiques o la situació d'aquest servei, perquè pot ser situat en diversos llocs de l'organigrama. Ens basta mostrar un exemple d'aquests conflictes. L'exemple que segueix a continuació no és enterament real, sinó que és un cas-tipus.

#### Antecedents

Una mare d'un noi jove ingressat (l'estada del noi es preveu molt llarga) en un centre sociosanitari reivindica i manifesta reiteradament la desaprovació dels col·laboradors d'aquesta unitat. La mare amenaça amb (i està disposada a) acudir a un advocat perquè l'assessori en els seus drets i determini si hi pot haver conseqüències legals per un comportament indegut i vexatori per part del personal sanitari. El motiu pel qual la mare té aquest comportament, d'acord amb el que ella manifesta, és degut a que els col·laboradors no estan prou pel nen i literalment verbalitza: "*que si el nen necessita això i allò els professionals han d'estar presents en aquell mateix instant*". Aquests comportaments i expressions verbals suposen pel col·laborador un desgast professional i personal, el qual es transforma sovint en estats d'angoixes i pors. A més, els professionals aleshores senten que la por els fa actuar de manera diferent respecte altres usuaris o familiars. I això també els angoixa. En aquest cas, els professionals manifesten que a aquest familiar se li està oferint un bon tracte, fins i tot se l'ofereix tot allò que ni tant sols està establert per normativa. Per exemple, nombre de tovalloles per dia, etc.

#### Anàlisi i diagnòstic del conflicte

Atès el nostre model de mediació les tipologies i nivells de conflicte que presenta en un primer moment el cas són: con-

*flicte interpersonal entre un grup (B) i individu (familiar de l'usuari) (A), amb tipologia de cas a): conflicte psicosocial, d'interessos i emocionals.* Les causes que generen aquesta classificació són: els comportaments desagradables i vexatoris, mostres de desconfiança, de diferent perspectiva i de descohesió amb una alta intensitat emocional amb judicis i hostilitats, acompanyat d'irritació i preocupació. Seguint el mètode ens trobaríem amb un tipus de demanda (procés) A amb intensitat emocional alta amb risc psicosocial.

### 1. Planificació de la fase de resolució segons etapa de la mediació a prestar

L'itinerari d'intervenció per aquest cas, podria ser, en primer lloc, programar sessions individuals amb els professionals i sessions individuals amb la Direcció d'Atenció a l'Usuari (part representativa del familiar de l'usuari, en aquest cas la mare) per tal de revisar interessos, diferències, perspectives, i així poder transmetre reconeixement entre les parts i arribar a un acord.

#### 1.1. Sessions de mediació

*Primera sessió:* el servei gestiona el cas realitzant entrevistes amb la mare i realitzen formació als professionals de la unitat.

*Aquestes activitats serveixen en un primer moment per calmar i dotar d'eines als professionals de la unitat. Al cap d'uns dies els professionals tot i haver tingut aquestes sessions formatives no senten que el conflicte s'hagi resolt.*

*Segona sessió:* davant la continuïtat de la problemàtica i davant la necessitat de resoldre el conflicte, es proposa una mediació.

*Tercera sessió:* el mediador realitza sessions individuals amb cadascun dels professionals i realitza entrevistes de seguiment (representant del familiar de l'usuari, la mare).

*S'observen canvis de comportament entre la mare i els professionals. Han minvat les angoixes i les pors dels professionals, així com les agressions i la ràbia de la mare.*

*Quarta sessió:* es realitzen sessions de seguiment amb el comitè d'empresa. Tot i que el conflicte ha minvat els professionals se senten resignats. Manifesten que ells han posat de la seva part i es per això que el nivell de conflicte s'ha transformat per aquest canvi de comportament. Però, malgrat això, continuen observant en la mare de l'usuari la presència d'emocions negatives i de ràbia.

*El Servei de Mediació decideix realitzar una entrevista amb la mare per saber quin és el seu neguit real. El mediador intueix que aquesta ràbia i agressivitat de la mare no és produïda pels professionals sinó que aquests són*

*en part els receptors d'un conflicte intrapersonal no resolt per part de la mare.*

*Cinquena sessió.* Es realitza una entrevista amb la mare i el mediador indaga sobre el succés de l'accident (possible causa del seu malestar). Aquesta manifesta no tenir resolt el fet de l'accident. S'explica àmpliament. Reconeix que els professionals no tenen culpa, però que de vegades els hi traspasa a ells i al centre en general el seu neguit.

*El Servei de Mediació li ofereix la possibilitat d'ajudar-la a gestionar aquesta situació i a trobar, si ella vol, el motiu real pel qual ella té un comportament agressiu acompanyat de tanta ràbia. Ella accepta. Es comencen a percebre canvis profunds en la mare i en la relació amb l'exterior, és a dir, amb els professionals.*

## 5 Prospectiva i valoració

### 5.1 Prospectiva i valoració: possible evolució dels conflictes

Segons alguns resultats de les entrevistes realitzades als experts en conflicte i mediació, els conflictes que es preveu que creixeran més en el futur són:

*"Els conflictes que creixeran o que ja són molt importants i que poden ser assumits per la mediació són els conflictes relacionals:*

- 1. Entre els professionals dels diferents àmbits de la salut*
- 2. Entre els usuaris i els professionals (en què hi ha una relació molt desigual, d'inferioritat) és aquí on la mediació pot aportar molt, ja que les persones estan dolgudes per la relació, per com les han tractat i amb les eines de mediació és totalment solucionable ja que les negligències mèdiques no poden ser abordades per la mediació, ha d'haver-hi un altre sistema." EE*

*"Aquells que poden ser tributaris a cobrar a través de pòlisses d'assegurança. Cada cop es té més accés a la informació, està molt més difós el sentit del dret civil i hi ha altres professions que s'estan especialitzant (advocats especialistes en dret sanitari)." EE*

*"La tendència ha estat la mateixa en aquests cinc anys. S'estan confirmant i validant els resultats de fa cinc anys (ja que només hi havia 57 casos), i ara*

*s'estan confirmant que són els interpersonals i els intragrups.*" EE

*"Els conflictes laborals; els dels drets adquirits per part dels professionals. En la mida que es vagi implantant una visió més ètica (i no es prioritzin els drets del horaris, etc.). Per exemple, donar sopar a les 18.30 per enllitar-la a les 20.00 i no donar esmorzar fins les 9 del matí. Es fa amb el criteri dels drets adquirits dels professionals (qüestió de torns); això és maltractament institucional, i la gent està començant a ser una mica conscient."* EE

*"Els conflictes que creixeran més en el futur són els interculturals..."* GF 2

Així, la possible evolució dels conflictes ve donada i està molt condicionada per la creixent dinàmica de contínua tipificació de nous conflictes identificats en l'àmbit de la salut i la voluntat institucional per a fer ús de la mediació integrada en un sistema social i organitzatiu més ampli. També, cal considerar l'impacte que ha tingut la mediació intercultural en el sistema sanitari i caldrà veure quin serà el seu creixement en un futur immediat.

L'evolució dels conflictes en un futur probablement podran estar condicionats pels següents aspectes:

- Les condicions socials i laborals actuals dibuixen escenaris més complexos i difícils. En aquest sentit l'àmbit de la salut no resta aliè. Condicions que faran emergir més i nous conflictes. Per exemple, la creixent diversitat cultural o l'envelliment de la població generaran noves necessitats, escenaris de relació i intervenció professional.
- Hi haurà un increment de les reclamacions i conflictes degut a la major sensibilitat i consciència dels drets, tant dels usuaris com dels professionals.
- L'articulació de les noves polítiques d'afers socials en matèria d'igualtat d'oportunitats (gènere, conciliació, integració de disminuïts, etc.) amb les regulacions laborals fa que emergeixin tensions en les organitzacions que podrien ser susceptibles d'acollir-se a un procés de mediació.
- La previsible creació de noves eines de diagnòstic del conflicte farà emergir conflictes latents, fins al moment, que no havien estat identificats.

## 5.2 Prospectiva i valoració: adequació de la mediació

En relació al procés-metodologia es pot anticipar el següent:

- L'emergència de més i nous conflictes demandarà del desenvolupament de noves eines tant per a la seva identificació com per a la seva resolució.
- Es reconeixerà un canvi en la mirada del conflicte, obrint-la, ampliant-la a altres agents que anteriorment no havien estat considerats, com ara la família, líders comunitaris, representants legals dels treballadors, etc.
- És necessari que el Servei de Mediació s'adeqüi a les característiques i necessitats específiques de l'organització concreta on s'ubicarà.
- Aquest canvi implicarà, així mateix, un enriquiment de les metodologies i estratègies de resolució positiva del conflicte.
- Serà necessari un enfocament tècnic holístic, pluridisciplinari i sistèmic i inclou que doni resposta a la complexitat de l'escenari de conflicte i la seva resolució.

En relació a l'emergència de la diversitat cultural de la societat catalana:

- Hi haurà una demanda de respostes específiques del sistema per facilitar l'accés, acollida i prestació dels serveis de salut a les persones immigrades.
- Les demandes poden ser des de necessitats d'informació sobre els circuits, barreres lingüístiques i diferències en els models de salut i clínic.
- Aquestes necessitats han de generar l'emergència de perfils professionals i voluntaris, tant integrants als centres del sistema com col·laboradors en matèria de traducció, interpretació, informació, etc. En aquest sentit, cap encabir totes les accions de MIC que s'han identificat en el present estudi en les què participen diversitat d'organitzacions.

## 6 Conclusions

### 6.1 Trets de la institució de la mediació en salut

A continuació detallem les conclusions més rellevants a les que ha arribat l'ET8.

- Dificultat per la polisèmia del terme:* des de la perspectiva teòrica s'aprecien diverses definicions, la ge-

neralitat de les quals no facilita que hi hagi un concepte clar i comú de la mediació aplicada en l'àmbit de la salut. Aquesta diversitat s'entén tant pel que fa al concepte de mediació com a l'àmbit d'aplicació, on es troba tant l'accepció de *sanitat* com *salut*. Aquesta complexitat no és exclusiva de l'àmbit.

Des del treball empíric s'ha evidenciat aquesta diversitat d'interpretacions en alguns casos. I així, malgrat que a l'enquesta es va definir el concepte de mediació amb el què es partia, en la pràctica, algunes de les persones que han contestat han interpretat com a mediació diverses accions com informació, formació, prevenció, assessorament, traducció, etc., que segons el nostre equip no són estrictament mediació, però que formen part del sistema que permet la seva institucionalització.

Hem distingit entre: (a) MIC, (b) MS, (c) actuacions de mediació (a + b), i (d) actuacions de suport a la mediació.

2. *La mediació en salut està poc implementada.* El nombre de reclamacions i queixes que varen rebre les Unitats d'Atenció a l'Usuari varen ser 50.569 a l'any 2008. Però, en el nostre estudi, d'un total de 425 centres de salut de Catalunya només 20 centres han manifestat haver realitzat mediacions durant l'any 2008; d'aquest hi ha 5 hospitals i 15 centres d'atenció primària. El nombre absolut de mediacions realitzades ha estat de 45, que han tractat conflictes tant d'usuaris com de professionals.
3. *El grau d'institucionalització de la mediació en salut és més gran del que es podria esperar.* Malgrat tot, el fet que el 35,7% dels centres disposin de protocols per delimitar el conflicte, més el grau de resposta i interès que suscita la mediació, fa pensar que hi ha començat a haver una reacció institucional en aquest sentit. La MS no està desenvolupada ni implementada encara, però sí que existeix ja una institucionalització emergent per fer-ho.
4. *Hi ha un gran nombre de MIC en l'àmbit sanitari.* L'any 2008 a Catalunya es van realitzar 37.139 actuacions de MIC en 98 centres de salut. I, si desglossem el total d'accions de mediació efectuades per cadascuna, arriben a la xifra de 122.593, amb un promig de 4,2 accions distintes per mediació. Això permet qualificar la mediació intercultural com un fenomen social complex: no es pot confondre amb tasques de traducció.
5. *L'atenció als usuaris immigrants no es valora com a conflictiva.* És a dir, aquestes actuacions no han

estat valorades com a conflictes ni pels professionals dels centres ni pels mediadors, en la immensa majoria dels casos. Això pot conduir a una redefinició del concepte de MIC.

6. *Diferents perfils de qualificació i nivells d'implicació organitzativa.* Seguint la línia mostrada en els estudis de referència citats a l'apartat teòric, s'ha evidenciat una diversitat de perfils en la qualificació dels professionals que efectuen MIC: alguns participen com a professionals contractats pels propis centres, altres com professionals de centres col·laboradors que presten serveis als centres de salut i altres com a voluntaris. Això implica un escenari complex a l'hora de regular la professió del mediador, i especialment de la MIC.
7. *S'ha detectat, al llarg de tot l'estudi, una gran necessitat d'articular accions de formació, sensibilització, prevenció creació de cultura de la pau, a més de mediació.* L'estudi en profunditat ha mostrat el limitat nombre d'accions, en el sentit que han estat molts pocs centres els que les han desenvolupat. Per altra banda, l'estudi qualitatiu ha mostrat com totes les persones participants han expressat el valor i la necessitat d'aquestes accions de suport.
8. *El paper vital del recolzament i la voluntat institucional.* Això queda reflectit en els resultats de l'estudi qualitatiu. En les entrevistes es va destacar com a requisit imprescindible per a la implementació i continuació d'un servei el recolzament de la direcció i la destinació òptima dels recursos econòmics. Pel que fa als grups focals, en tots ells s'ha manifestat el reclam de la importància del suport de la direcció per a la creació i consolidació del Servei de Mediació.

Per exemple, sorprèn el fet que en 2 dels centres de l'estudi, malgrat disposar de mediadors propis, no es va realitzar cap procés de mediació en salut. Aquesta dada, en canvi, contrasta amb el fet que un únic centre va realitzar 7 mediacions l'any 2008. Per tant, això ens pot ajudar a entendre el fet que probablement, no tots els centres tenen la mateixa disposició cap a la cultura de la resolució de conflictes per part dels usuaris o dels professionals i que, pels motius que sigui, no fan ús d'aquest recurs tot i tenir-lo a l'abast. Això ens porta a pensar que no és suficient que les organitzacions disposin del recurs de la mediació sinó que també cal que vagi acompanyat de polítiques que afavoreixin i facilitin la seva utilització per part de professionals i d'usuaris dels serveis sanitaris.

9. *Diversitat i complexitat en l'organització i funcionament dels serveis.* Comporta, per una banda, la necessitat de formalitzar i sistematitzar per avaluar des de diverses perspectives el servei, però alhora la necessitat de considerar les diverses peculiaritats de cada entitat i no caure en una burocratització excessiva.

Que la majoria de les mediacions hagi estat portada a terme per mediadors de la pròpia entitat pot resultar, en un principi, un benefici a l'hora de gestionar el conflicte degut al seu grau de coneixement de l'estructura organitzativa i de la realitat de l'àmbit. Això, que *a priori* sembla beneficiós, en realitat és relatiu ja que en alguns casos el fet que aquests mediadors pertanyin a l'organització pot ser percebut pels professionals sanitaris com una manca dels principis de neutralitat i de confidencialitat, que s'han de veure garantits en tot procés de mediació. En canvi, aquesta percepció no s'acostuma a donar de manera tant freqüent en els usuaris dels serveis sanitaris donat que no coneixen al mediador encara que aquest sigui intern.

Un altre factor esmentat com a font de conflicte ha estat de caire organitzatiu: l'alta rotació implica en alguns casos que el professional afronti l'atenció amb carències d'informació sobre l'usuari. A vegades aquestes persones substituïdes no senten prou compromís amb els companys i companyes com per "donar un cop de mà" i s'aguditzen situacions que generen conflicte amb els usuaris. En definitiva, aquí el mediador fa d'amortidor de situacions d'estrès i pressió que no han pogut ser tolerades pels professionals i/o usuaris del centre. Per tant, podem dir que la introducció de la mediació com a procés per tractar conflictes interns i externs han aportat canvis de percepcions i per tant canvis en la manera de resoldre els conflictes, així com la presa de consciència a nivell organitzatiu de que les empreses tenen conflictes i aquests s'han de gestionar. Aquesta consciència afavoreix la col·laboració i participació en la resolució del conflicte.

10. *S'ha identificat una manca de formalització i sistematització del procés, quant a protocols i criteris de funcionament.* Per exemple no estan delimitats els tipus de conflictes a mediar, ni els tipus de sol·licituds que es realitzen, ni la duració del procés, ni el cost del servei, ni el tipus de seguiment a utilitzar. Aquest fet pot dificultar la regulació per part del CatSalut, però també ha estat valorat positivament pels professionals de la salut com un element d'agilitat i flexibilitat en el sistema.

11. *Les experiències d'intervenció integrades s'estan manifestant com un efectiu recurs per a l'organització.* Experiències com les del Projecte de Mediació Sanitària (UMS, Universitat de Barcelona-Departament de Salut) i l'E-PRAC han posat de manifest que és possible articular serveis integrats que donin resposta a les necessitats, e.g., d'una organització tant complexa com el CSI en matèria de gestió positiva de conflictes.

12. *La mediació evita la via judicial dels conflictes, en una important mesura.* Ara bé, els conflictes que es donen amb els usuaris estan relacionats amb la valoració de la qualitat del servei rebut i es pot aplicar la prevenció i/o la resolució per tal de que el conflicte no vagi a més, tal com s'està fent a les Oficines d'Atenció a l'Usuari. D'altra banda, la tendència natural dels conflictes que es situen en l'àmbit de les "males praxis" és que acabin en judici. A més, es freqüent que en funció de la rellevància del conflicte s'utilitzi el món mediàtic per a la seva difusió.

La reflexió i el debat sobre el sentit, les implicacions i connotacions de la mediació en l'àmbit de la salut han estat presents al llarg de tot el treball. Finalment, en base a les experiències viscudes durant les diferents fases de l'estudi quantitatiu i als resultats obtinguts en l'apartat dels grups focals i entrevistes amb els experts, s'ha arribat a formular una proposta de conceptualització que, des del nostre vessant teòric i empíric, reflexa el que considerem sobre la mediació en conflictes i la mediació intercultural. Val a dir que es pot entendre el termini mediació des de dues accepcions, segons el context d'aplicació: es pot plantejar com a una *intervenció psicosocial* orientada a la gestió de conflictes, que permet incloure diferents actuacions, o es pot considerar com una *acció professional específica*, representada en l'aplicació d'un procés estructurat.

Dins de la primera accepció, obtenim un enfocament més ampli i flexible, plantejant una intervenció que, vinculada amb altres actuacions facilita la resolució de la situació conflictiva, compartint els valors de la mediació i integrant l'ús de diverses tècniques. Permet entendre l'actuació en les diferents fases del problema, des de la prevenció a la resolució.

Considerat des del vessant d'una acció professional concreta podem definir la mediació en salut d'una forma més delimitada: és una "metodologia alternativa per gestionar positivament conflictes en les organitzacions prestadores de serveis sanitaris on el mediador facilita, des de la imparcialitat, la creació d'un espai de diàleg perquè les parts en conflicte puguin arribar a l'entesa".



La mediació intercultural en salut s'entén, llavors, com a “metodologia alternativa per gestionar positivament conflictes originats per les diferències culturals en les organitzacions prestadores de serveis sanitaris on el mediador facilita, des de la imparcialitat, la creació d'un espai de diàleg perquè les parts en conflicte puguin arribar a l'entesa”.

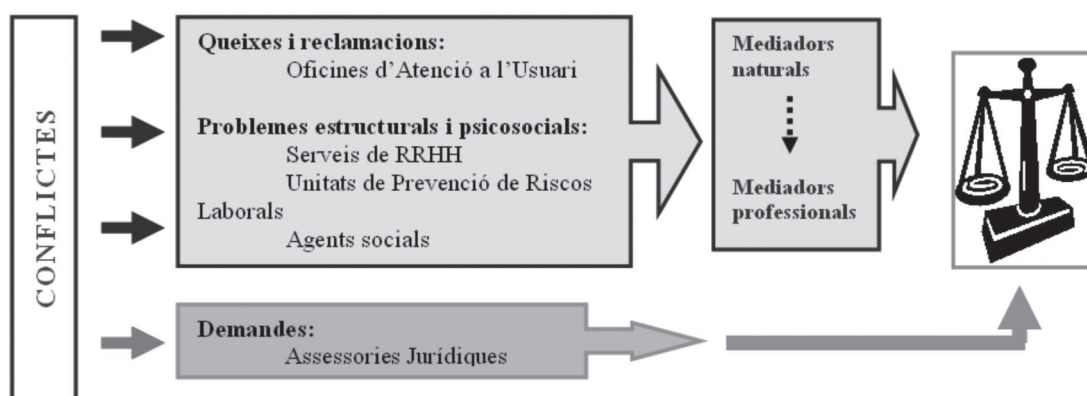
Serien accions d'orientació intercultural aquelles que tenen com a finalitat facilitar l'accessibilitat dels usuaris d'altres cultures al sistema sanitari i la prestació del servei per als professionals de les organitzacions sanitàries com ara accions integrades de traducció, informació, seguiment, etc.

L'àmbit de la salut necessita disposar d'una arquitectura funcional i vàlida per tal de donar resposta d'una manera integradora a tots els plantejaments anteriorment comentats. En aquest sentit, ha de preservar el cicle natural i l'itinerari del conflicte al si del funcionament de l'organització, i posar al seu servei els recursos necessaris per donar cobertura a tots els diferents nivells de gestió dels conflictes.

El conflicte en el sistema sanitari té unes portes d'entrada: concretament les Oficines d'Atenció a l'Usuari, els Serveis de Recursos Humans, les Unitats de Prevenció de riscos laborals, a més d'altres espais potencials com, per exemple, els propis equips de treball on s'originen els conflictes interpersonals o els derivats de la relació de jerarquia. Aquests agents tenen la funció implícita de contenir i/o resoldre el conflicte en un primer nivell, però en el cas de no trobar una gestió positiva a la situació problemàtica, aquesta pot escalar i passar a un altre graó de resolució, implicant la intervenció dels mediadors naturals i/o dels professionals depenent de la naturalesa de cada cas.

Segons els resultats de la investigació realitzada en el marc del LBM, és en aquest nivell on s'ubiquen les intervencions dutes a terme en l'actualitat pels serveis de mediació existents. Per tant, aquesta situació deixa fora de la gestió interna de l'organització un tipus de conflicte amb baixa prevalença però d'un gran impacte qualitatiu, com és el cas de les demandes, que passen directament a la via judicial sense que s'hagi fet cap intent previ de negociació positiva a través de l'eina de la mediació.

### Gràfic 6. El conflicte en el sistema sanitari



Font: Elaboració pròpia a partir dels resultats de la investigació.

Tenint en compte els costos tan elevats que comporta la tramitació d'una demanda judicial per mala assistència, en temps, recursos i malestar emocional pels afectats, es planteja com a una bona opció la possibilitat d'aplicar la mediació també a aquestes demandes per tal d'afavorir, especialment, la comunicació entre el professional de la salut i l'usuari i donar l'oportunitat d'establir i/o transformar la relació per tal d'arribar

a un enteniment amb més satisfacció per a totes les parts i menys cost. En aquest sentit, seria bo que es pogués oferir aquesta alternativa des de les pròpies organitzacions sanitàries, de forma prèvia a l'obertura del procediment judicial, però també hi ha la possibilitat que l'oferiment de la mediació es faci una vegada s'hagi iniciat la demanda, des del paradigma de la justícia restaurativa.

## 6.2 Recomanacions

En relació als professionals:

- Cal regular les professions i perfils de les persones que participen en la mediació i en les accions de suport, delimitant les competències i qualificacions per tal d'ordenar el mapa professional. Tot reconeixent la vàlua i necessitat de diversos perfils com ara el mediador natural, els mediadors professionals, els formadors, orientadors, etc., que puguin ser contractats a la pròpia organització o per una entitat proveïdora de serveis, considerem que és molt important recordar que un mediador professional qualificat pot desenvolupar accions de formació, prevenció, orientació, etc. Però un traductor o un formador, per exemple, no pot ser considerat mediador si no en disposa d'una formació tècnica específica.
- El tipus de continguts formatius per a poder formar un "mediador en salut" més enllà de la informació bàsica, han de contemplar la possibilitat d'incorporar un coneixement específic de les característiques de l'organització sanitària i del tipus de conflicte específic relatiu a la salut (malaltia, patiment, relació emocional, etc.). I també per aquest motiu creiem que una formació necessària hauria de ser l'aportació d'eines per al creixement personal i la pròpia cura del professional (restauració psicològica), per tal de preparar i "empoderar" al professional-mediador per afrontar el conflicte específic en salut. Tanmateix, seria bo que una formació basada en la gestió positiva del conflicte, les diferències i la negociació basada en el model col·laboratiu fos l'eix principal bàsic per aquest àmbit.

En relació a la interculturalitat en salut:

- La relació intercultural en salut necessita de competències interculturals. Competències que han de facilitar una adequada relació assistencial i clínica, la comunicació i el treball en equip, per posar uns exemples. Aquesta competència es podria desenvolupar mitjançant accions formatives o mitjançant uns professionals especialistes que tinguin com a funció principal aquestes tasques d'orientació intercultural. Considerem que és molt important diferenciar els perfils, no equiparant un traductor amb un especialista en resolució de conflictes interculturals.
- Cal recordar el fet de la qualificació i l'etnocentrisme. Ser nadiu no garanteix la competència intercultural. Tot professional intercultural, sigui de la cultura que sigui, necessita d'una formació especí-

fica i en el cas de la MIC, d'una formació en resolució de conflictes interculturals.

- Caldrà ampliar el concepte de MIC a altres col·lectius que no són immigrants com el cas dels professionals del sistema d'altres nacionalitats, és a dir, professionals que treballen junts i poden tenir seriosos conflictes causats pel factor cultural, o les persones jubilades procedents de tercers països, que sense ser immigrants, també necessiten una atenció específica.

Algunes de les recomanacions més operatives es podrien concretar en:

- Potenciar en els àmbits de la salut: la prevenció, l'educació i la resolució dels conflictes en el marc d'una cultura de la pau.
- Incentivar la recerca teòrica i aplicada, a partir de la qual crear, aplicar i validar models en l'àmbit de la salut.
- Incentivar la difusió de la mediació en l'àmbit de la salut.
- Crear estructures que acompanyin la implantació de la mediació en els centres de salut o bé estructures que donin servei extern.
- Determinar la millor ubicació dels Serveis de Mediació.
- Crear protocols d'actuació de la mediació i procediments interns, mantenint la flexibilització de l'eina.
- Reglamentar en conveni col·lectiu la possibilitat d'incloure l'eina de la mediació com a primera premissa de solució en l'àmbit de la salut (pas previ a la via judicial).
- Crear grups de supervisió en l'àmbit de la salut, i incentivar la creació de xarxes i organismes que operin a un nivell intra i extra sanitari.
- Professionalitzar mediadors experts en l'àmbit de la salut mitjançant formació específica en atenció primària, hospitalària, interculturalitat en salut, sociosanitària, etc.

## 7 Bibliografia

- 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. Setembre. Disponible a: <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", a P. Casanovas et al. *Simposi sobre Tribunals de Mediación*. 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", a *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", a *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 a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immimipact07.pdf> (consulta: 18 gener 2010).
- Blanch, A. (2008). *Mental Health Systems Try New Approaches to Conflict Resolution*. Disponible a: <http://nasmhpd.org/ntac/networks/fallink.html>
- Bonafé-Schmitt, J.P. (2007). *Les mediations dans le domaine de la santé. Mediation et Santé* [ponència]. Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel, dans le cadre d'une collaboration entre l'IDS et le CEMAJ. Disponible a: <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" a *Estudis d'Economia de la Salut*, pp. 91-111. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immimipact07.pdf> (consulta: 18 gener 2010).
- Currie C.M. (1998). "Mediation and Medical Practice Disputes", a *Mediation Quarterly*, vol. 15, n. 3, pp. 215-226.
- Decastello, A. (2008). "Mediation in health", a *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", a P. Casanovas et al., *Simposi sobre Tribunals de Mediación. 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", a *Revista del colegio de abogados de Puerto Rico*. Edición especial [revista electrònica]. Disponible a: [http://www.ramajudicial.pr/negmed/Recursos/Documentos/CongresoMeAlt\\_Vol62\\_Dic2001\\_Num3\\_y\\_4.pdf](http://www.ramajudicial.pr/negmed/Recursos/Documentos/CongresoMeAlt_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 a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/immestat07.pdf> (consulta: 18 gener 2010).
- García Castaño, F.J., Granados Martínez, A., Martínez Chicón, R. (2006). "Comprendiendo y construyendo la mediación intercultural", a *Revista Portularia*, n. 6, pp. 13-27.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.

- González Pérez, V. (Dir.) (1995). *Inmigrantes marroquís 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", a *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", a *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", a *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". *A 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 a: <http://eprints.ucm.es/9159/1/T30719.pdf>
- Novel G. (2009). "Sistemas de mediación en organizaciones complejas: el caso de la salud", a P. Casanovas et al. (Eds.) *Materials del Llibre Blanc de Mediación a Catalunya*. Vol I. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Centre d'estudis Jurídics i Formació Especialitzada, p. 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", a *Medicina Clínica*, n. 130, pp. 536-541.
- Parsons, C. (1990). "Cross-cultural issues in health care", a J. Reid & Trompf (Eds.) *The health of immigrant Australia: A social Perspective*, Sydney, Australia: Harcourt, Brace Jovanovich, p.p.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. Anàlisis y evolución del período 1994-2002*. Tesis doctoral. Disponible a: [http://www.tdx.cesca.es/TDX.cesca.es/TDX-0629106-110011/index\\_cs.html](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", a *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", a *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 a: <http://www.gencat.cat/salut/depasan/units/aatrm/pdf/in0402ca.pdf> (consulta: 18 gener 2010).
- Skjorshammer, M. (2001a). "Conflict Management in a hospital", a *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", a *Journal of Interprofessional Care*, vol.15, n. 1, pp.7-18.

- Skjorshammer, M. (2002). "Understanding conflicts between health professionals: a narrative approach", a *Qualitative Health Research*, vol. 12, n. 7, pp. 915-93.
- Stoller, S. (2008). *Mediation in the Healthcare Context: Challenges and Responses*. Disponible a: <http://www.nyc.gov/html/oath/pdf/Stoller.pdf> (consulta: 14 agost 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. Maig de 2004. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401ca.pdf> (consulta: 18 gener 2010).
- Toledano, C., Fumero, C., Díaz, A. (2006). "Traducción e interpretación en los servicios públicos: situación en la comunidad autónoma canaria", a *Revista española de lingüística aplicada*, Vol. Extra 1. pp. 187-204.
- Uguarte Ballester, X. (2006). "Traducción e interpretación de los servicios públicos en Cataluña y Baleares", a *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 a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/imm-tenc07.pdf> (consulta: 18 gener 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 a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/polisan2009.pdf> (consulta: 18 gener 2010).
- Villagrasa, C. (2004). *La mediación. 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", a *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.
- 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>

## Notes

- 1 El CatSalut com a ens públic responsable de garantir les prestacions dels serveis sanitaris de cobertura pública a tots els ciutadans, porta a terme la seva actuació sectoritzant la Comunitat Autònoma de Catalunya en 7 RS: Barcelona, Girona, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Lleida, Alt Pirineu i Aran, Catalunya Central.
- 2 Per ajudar a cobrir els objectius del model sanitari català, i dins d'una política basada en l'aprofitament de tots els recursos existents, es va crear la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública formada pels hospitals de Catalunya.
- 3 I també a través d'alguns recursos d'atenció sociosanitària i d'atenció psiquiàtrica i de salut mental que s'han quedat fora de l'univers d'aquest estudi.
- 4 <http://www10.gencat.net/catsalut>
- 5 En cada RS hi ha una persona responsable del PDI i un registre de les dades referides a aquell territori que es fan arribar a un registre centralitzat, on hi ha informació de les mediacions interculturals realitzades a tota Catalunya.



- 6 <http://www.gencat.net/diari/5161/08162036.htm>
- 7 Es crea aquest grup per tal de no repetir un mateix centre en dos grups i comptabilitzar-lo dos cops.
- 8 En aquest cas no interessa el nombre de centres i es prioritza la informació sobre les actuacions. Per això es contempla la possibilitat de més d'una resposta, donat que un mateix centre pot fer actuacions de mediació i de suport conjuntament. Per aquesta raó s'explica que el percentatge no encaixa amb les dades anteriors.
- 9 Consultora privada que es dedica a formació.
- 10 CMI International Group és una consultora internacional especialitzada en negociació i resolució de conflictes.
- 11 Unió Consorci Formació (UCF) es dirigeix a associats i a la resta d'organitzacions vinculades al món de la sanitat.
- 12 La creació de 37 GTS té l'objectiu d'apropar el govern de la salut a la diversitat del territori mitjançant nous mecanismes de cogovern entre la Generalitat de Catalunya i el Govern Local, de manera que s'incrementi la responsabilitat d'ambdues administracions en l'atenció prestada a la ciutadania i a la comunitat.
- 13 En el cas dels mediadors sèniors, estan vinculats a entitats proveïdores de serveis de mediació, ajuntaments o consells comarcals.
- 14 El Departament de Salut i la Fundació La Caixa signen un conveni de col·laboració per implantar i reforçar una xarxa de mediadors interculturals als serveis sanitaris de Catalunya.
- 15 Programa "Inmigración y Salud", Associació Salut i Família, Memòria any 2007.
- 16 Per a facilitar la lectura de les diferents cites les identificarem amb un sistema de codis: focus-groups (FG) i entrevistes experts (EE). Hem respectat l'idioma i l'oralitat de les expressions en les transcripcions.
- 17 Vegeu en Annex, la perspectiva teòrica de la mediació en organitzacions de la qual parteix l'experiència