

Cuadernos
de la Fundació **51**
Víctor Grífols i Lucas

Una mirada ética en la gestión de conflictos

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

6041/01
05/04/18

51

Una mirada ética en la gestión de conflictos

Cuadernos
de la Fundació **51**
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Con la colaboración de:



SOCIETAT CATALANA
DE MEDIACIÓ EN SALUT

Una mirada ética en la gestión de conflictos

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Una mirada ética en la gestión de conflictos Nº 51 (2019)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-16278-9 Depósito Legal: B 26368-2019

Cuadernos
de la Fundació 51
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación

Núria Terribas 7

Ética asistencial: la complejidad de gestionar el sufrimiento

Begoña Román 11

Profesionales, pacientes y comunicación

Introducción

Carles Garcia Roqueta 24

La ética del conflicto en la relación clínica

Màrius Morlans 29

El conflicto en los centros de salud: génesis y abordaje

Francesc Borrell 41

La vulnerabilidad: el punto de vista de los pacientes

Montserrat Busquets 51

Enfoque ético de la gestión alternativa de conflictos en las organizaciones sanitarias

Francesc José María 67

A propósito de un caso

Mercè Alaball, Josep Lluís de Peray, M. Rosa Heras, Maite Matas y Sònia Miguel 83

Relación de ponentes 98

Títulos publicados 100

PRESENTACIÓN

Sabemos que el nivel de satisfacción de la ciudadanía con el funcionamiento del sistema sanitario y social de nuestro país es elevado y así lo muestran los indicadores que periódicamente lo miden. Aun así, a diario surgen conflictos y controversias en el contexto de la prestación de servicios sanitarios y también sociales. La mayoría de las veces estos conflictos no llegan a explicitarse en forma de reclamación o reivindicación. Pero un porcentaje de ellos sí, dado que una de las partes se siente perjudicada, sea por un error clínico del que derivan efectos indeseados más o menos graves, sea por una sensación de maltrato asistencial. Esta casuística suele generar una reclamación, primero ante los servicios de atención al usuario y, según cuál sea la respuesta, pueden llegar al ámbito judicial.

Uno de los factores que más empujan al ciudadano a llevar la reclamación al terreno judicial es la poca capacidad del sistema de admitir el error, si lo hubo, de dar las explicaciones que sean necesarias y mostrar empatía por aquel que se siente perjudicado. Por otro lado, la medicina defensiva que cae a veces en la iatrogenia terapéutica y diagnóstica, sin afinar bien el proceso de información y comunicación, genera también sensación de malestar y maltrato asistencial.

Existen alternativas de gestión del conflicto y una de ellas es la mediación en el ámbito de las organizaciones sanitarias. De ella nos proponemos hablar en la presente publicación y, por primera vez, la Fundació Víctor Grífols i Lucas, en estrecha colaboración con la Societat Catalana de Mediació en Salut, organizamos un seminario temático del que ofrecemos sus contenidos que nos permiten profundizar en esta reflexión desde diferentes enfoques y también con la aportación de la experiencia práctica.

La mediación, pues, pretende ser una vía alternativa a la judicialización del conflicto, evitando un perjuicio mayor para todas las partes, un alto coste emocional, económico y profesional que puede evitarse. Mediante la intervención de un tercer profesional –el mediador–, se quiere poner en diálogo a una y

otra parte y así llegar a un consenso de entendimiento que lo cierre con satisfacción para ambas, usualmente profesional/institución y paciente/usuario. Además de ser una opción más satisfactoria, es también mucho más ágil y flexible permitiendo una resolución rápida.

Ahora bien, tal como se expone en las ponencias, la mediación debe ser ética y guiarse por criterios éticos o no sería mediación. Sería en todo caso mera negociación en la que ambas partes pretenden llevarse la razón a su terreno. La honestidad, la transparencia, la imparcialidad, la voluntad de diálogo y una buena deliberación, son elementos básicos para que la mediación pueda tener éxito.

Núria Terribas

Directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

F
U
N
D
A
C
I
O
N
E
S
V
I
C
T
O
R
I
A
S
Q
U
I
T
E
R
I
O
S
L
E
G
I
S
L
A
C
I
O
N
E
S

Ética asistencial: la complejidad de gestionar el sufrimiento

Begoña Román

Profesora de Filosofía de la Universitat de Barcelona

La relación asistencial es asimétrica: el paciente, aquel que sufre y a quien se le pide paciencia, aguarda, con esperanza, que el profesional lo acoja y lo acompañe a resolver, paliar o convivir lo mejor posible con sus problemas de salud. Este tipo de problemáticas lo inundan todo, no solo el terreno de lo fisiológico. Desgraciadamente, no siempre esta acogida se hace integral ni hospitalariamente. Y cuando el profesional sí lo quiere hacer y lo hace, no es fácil acertar, puesto que cada paciente, en cuanto que persona, es un mundo. A menudo tampoco la organización donde el profesional trabaja lo dispone todo para facilitar el encuentro.

Según cómo se gestione el sufrimiento de un paciente, según sea su relación con el profesional y la organización, se palia el padecimiento o se aumenta el de todos ellos. Nos queremos detener en la complejidad de gestionar el sufrimiento de la totalidad de implicados: el del paciente, en primer lugar; el del profesional que a pesar de atender el llamamiento se encuentra limitado; y el de la organización, que no puede tener éxito en su encargo sin la alianza de los dos actores anteriores.

La gestión del conflicto en el ámbito asistencial: ¿por qué hay que hablar hoy de esto?

Sin ánimo de ser exhaustivos, sí llaman la atención algunas peculiaridades de nuestra sociedad en lo que atañe a su relación con el sufrimiento y la gestión del conflicto que se genera en las interacciones asistenciales.

En primer lugar, podríamos decir que la nuestra es una sociedad que se quiere indolora, sin deberes (Lipovetsky, 1994); que vive en un tipo de tentación de la inocencia (Bruckner, 1992); o de *happycracia* (Cabanas e Illouz, 2019). Por un lado, no asumimos nuestra responsabilidad en lo que nos pasa; o culpamos a los otros, o exigimos que sean ellos quienes nos lo resuelvan. Cuando el sufrimiento se presenta, pedimos una solución profesional e inmediata. Las exageradas expectativas sobre la capacidad de los profesionales asistenciales de resolverlo todo con rapidez hacen que, cuando no es así, enseguida se conside-

re negligencia suya. Pero, por otro lado, también hay una negación del sufrimiento: no aceptamos la constitutiva condición vulnerable del ser humano.

La presencia de cuerpos de seguridad en los hospitales y en los centros de salud; el aumento de la violencia física y verbal a los profesionales, junto con la reconsideración de las penas al delito por agresión a estos, son otra prueba del malestar que se ha instalado en nuestra cultura del bienestar. Se da así una especie de paradoja: cuanta más capacidad tenemos para paliar ciertos sufrimientos, más generamos voluntariamente otros.

La medicina judicializada, que proviene de Estados Unidos, ha venido para quedarse y no trae nada bueno: el paciente no deja de sufrir, ni se le hace la justicia que espera, a menudo por desconocimiento de lo que se puede esperar de la justicia legal; el profesional cambia, desarrollando una actitud defensiva y reactiva ante un paciente que, convertido en cliente, más que confiar, amenaza con juicios, y la organización acaba pagando los desperfectos con descrédito y seguros.

Es evidente que los profesionales y las organizaciones tienen límites: no pueden con todo, ni menos justo a tiempo, con respecto a cada paciente, el cual podría hacerse cargo de estas limitaciones. El problema también radica en que el profesional encara la relación como una mera cuestión técnica: quiere entender al paciente, averiguar la causa de su sufrimiento. Y este, que también desea esto, espera, además de que lo entiendan, diagnostiquen y traten, que lo comprendan. Es decir, confía en que, aparte de ser tratado por un buen técnico que le aconsejará en la dolencia en cuestión, este lo acoja, lo abrace en su integridad, o sea, en la vivencia a la que el mal que padece, o su incertidumbre, lo abocan. Si el profesional no sabe coordinarse con el resto de profesionales y niveles que están interviniendo, a la agresión a la vida que supone la dolencia se añade una violencia estructural de la que nadie se hace cargo. Cuando esto no se produce, el paciente se encuentra abandonado o reducido a una dimensión: expuesto ante gente interviniendo a su alrededor, cada cual ocupado de y en su propia «parcela» de saber y responsabilidad.

Tal y como tenemos hoy nuestras organizaciones, la ausencia de coordinación, así como la falta de cortesía en el lenguaje y las maneras de relacionarse, forman una red que no es de amparo, porque no ayuda a sostener el sufri-

miento, sino a enredar todavía más la cosa y a generar más dolor. Cuando todo el mundo responde, nadie lo hace en concreto; y cuando cada cual responde de su parcela, el paciente se encuentra dividido y vencido, generándose así, sin nadie quererlo, más violencia. Esta falta de reconocimiento puede explicar la violencia que el paciente desarrolla hacia los profesionales; una carencia que el profesional puede constatar asimismo por parte de la organización y del propio paciente.

Las estructuras jerárquicas, piramidales, verticales, no ayudan a generar un sistema hospitalario de acogida. Por ello la mediación empieza precisamente generando un entorno de horizontalidad, de reconocimiento y de participación próxima. No se precisa solo de más técnica, sino de más humanización. Este no es solo un asunto de buena voluntad del profesional: hace falta una cultura, porque la humanización debe impregnarlo todo.

La complejidad de gestionar el sufrimiento

Aun cuando los profesionales y las organizaciones quisieran y se propusieran hacerlo bien, acoger el sufrimiento del paciente en su totalidad no es tarea fácil. Esta complejidad se debe a los muchos agentes que pueden intervenir cuando un paciente sufre, pero también a la multiplicidad de factores que actúan en esta difícil cuestión que es el sufrir humano. Hay asimismo complejidad porque, con frecuencia, cargamos en la familia (sobre todo en el ámbito mediterráneo) un conjunto de cuidados y unas exigencias de contención e infravaloramos que esta también sufre con el sufrimiento de uno de sus miembros.

La complejidad de acompañar el sufrimiento obedece también a la manera como la sociedad permite o no que este se manifieste. Sufrir es un acto de una gran intimidad; y una sociedad que deja a las personas solas en esa intimidad, las deja sin recursos para gestionarlo.

Hay complejidad porque se tiene que acompañar a un paciente que, sin llegar necesariamente a ser un «extraño moral» (Engelhardt, 1995), no es tampoco alguien que permanece fijo, inmutable ante lo que le está pasando. A ello se suma que el mismo diagnóstico se vive de distinta manera a lo largo de la biografía del paciente. El sufrimiento nos forma y transforma, redefiniendo

nuestras relaciones. El profesional tiene que partir de su honestidad en querer acompañar con integridad al paciente (y a su familia), integral e integradamente; por lo tanto, debe ser muy consciente de que transita por terreno resbaladizo. Acompañar al que sufre exige un gran don de oportunidad y de autenticidad. No se puede fingir la empatía. También requiere por parte del profesional mucho conocimiento de sí mismo.

Y en esto, los profesionales se encuentran con que no siempre están bien preparados. Ignoran si ser profesional es mantener la distancia fría para conservar igualmente fría la cabeza, separando valores y hechos, o involucrarse en la justa medida. En el terreno de los sufrimientos, no siempre saben qué es ser un buen profesional. Dominan la técnica, mas no el acto comunicativo, íntimo e intransferible, que supone la presencia, el ser y estar al lado (asistir es eso) de alguien que sufre y que lo manifiesta como puede, como le dejan y según cómo se encuentra, si acogido o no, si en confianza o en zona hostil. No hay, por eso su complejidad, lecciones magistrales en estos asuntos del sufrir humano, pero sí la franqueza y la conciencia de la importancia de desarrollar capacidades para asistir íntegramente al paciente. Para la ternura siempre debería encontrarse tiempo.

Y no solo se necesita tiempo; también espacios adecuados a los pacientes, a su ritmo, a sus peculiaridades vitales. El don de la oportunidad exige una formación humana de los profesionales, asunto este que no solo depende de él. Es una cuestión cultural: la organización donde se encuentran paciente y profesional tiene que fomentar en todos los profesionales la conciencia de la vulnerabilidad del paciente, para que sepan afrontar el misterio que es cada persona. Igualmente, esta cultura debe contribuir a no negar el sufrimiento, a permitir que el paciente lo manifieste, a que los humanos nos reconciliemos con la condición de *semper dolens* que nos constituye intrínsecamente. Se requiere, en definitiva, de una pedagogía sobre las expectativas que, en justicia y verdad, se pueden esperar de los profesionales y organizaciones asistenciales, así como combatir la propaganda triunfalista de que podemos con todo con tal de proponérselo o simplemente pagando.

Tampoco debemos desdeñar el hecho de que en los tiempos contemporáneos se ha desacreditado la autoridad intelectual del que sabe más. Hoy, el

profesional no puede dar por supuesto, sin más, que el paciente, a priori, confía en el saber hacer de su médica, enfermera o fisioterapeuta; corresponde a estas ganarse tal confianza. Unas veces el paciente necesita una relación paternalista, espera de los profesionales una figura de tutor y guardián, porque él no puede más, está saturado o superado. En otro momento, requerirá, del mismo profesional, una relación informativa, querrá que este sea un técnico, un experto que le informe mucho y muy pedagógicamente. Pero también, en otras ocasiones, que sea una especie de mentor o consejero; e incluso un maestro o amigo con quien deliberar las decisiones difíciles de tomar (Emanuel y Emanuel, 1999).

La gestión de la complejidad pasa por poner en el centro al paciente y a su familia, y adecuarse a cómo estos van cambiando a lo largo del tiempo. Está claro que, en nombre del respeto a la autonomía del paciente, se tiene que atender desde la ética personal de este. Sin embargo, autonomía no es, sin más, atender a la idiosincrasia o preferencias del cliente. De nuevo, cabe insistir en que ayudaría a clarificar expectativas y a disminuir violencias estructurales coordinar mejor los servicios y los diferentes niveles asistenciales, así como priorizar explícitamente, en primer lugar, la ética cívica y la ética de las organizaciones: es decir, explicitar, entre otras cuestiones, la cartera de servicios o las cartas de derechos y deberes de los pacientes en cuanto que ciudadanos. En segundo lugar, hemos de estar muy atentos a lo que sucede en la oficina de atención al ciudadano.

La formación y autocontención del profesional y de la organización son exigibles porque se les supone que tienen que saber estar en el momento en que el paciente y su familia, por su sufrimiento, están literalmente descolocados, fuera de lugar. No se le puede pedir más a quienes están en peores condiciones. La responsabilidad de autocontenerse y saber acoger al paciente es un deber político de fraternidad (Puyol, 2017).

Como vemos, atender el sufrimiento humano no es fácil, pero tampoco imposible: se facilita generando conciencia, cultura y ganas de ser hospitalario cuando más difícil es, cuando el paciente está desesperado porque el sufrimiento es grande y la esperanza afloja o se ha perdido.

La mediación es ética o no es mediación

Precisamente porque la mediación es ética, no es negociación. No se trata de negociar, sino de «pacificar entornos». La negociación, a veces, consiste en cansar al otro y hacer negocio para que todos ganen, mientras que la mediación estriba en facilitar que las partes hagan las paces, no que se las hagan hacer. Además, en la negociación se busca, en ocasiones, alargar procesos, seducir, persuadir: bebe de una razón estratégica e instrumental según la cual todo vale con tal de ganar; de ahí que se diga que todo se puede negociar. No es así en la mediación.

La mediación opera según una razón comunicativa y dialógica, surge de la necesidad de comunicar y su pretensión es el entendimiento, llegar a acuerdos, mas no a cualquier precio: quiere justicia o verdad. Al respecto, la única manera que tenemos los humanos para lograrlo radica en practicar el arte de buscar ambas en el punto de vista del prójimo. Este arte parte pues del reconocimiento del otro como un interlocutor válido. No obstante, no todo el mundo está en condiciones de serlo, ya que la víctima puede carecer de los más mínimos autorrespeto, autoconfianza o autoestima (Honneth, 1997). Para colaborar en el proceso de mediación hace falta capacidad para participar, consentimientos para hacerlo y ganas de alcanzar un acuerdo. Y también, mediadores.

La figura del mediador actúa como un catalizador que facilita que las partes en conflicto lleguen a un acuerdo propuesto por ellos mismos. Mediar es encontrar tiempos y espacios para crear procesos de empoderamiento. El mediador intenta generar posibilidades, recursos, en cada una de las partes; trata de participar a fin de que estas se cuenten sus propias historias, aquellas que les permitan encontrarse, conociéndose y reconociéndose en las vivencias que cada una tuvo de los hechos.

En efecto, en la mediación se quiere que el otro atienda a razones, que las comprenda, pero desde la perspectiva de cómo las vivió cada uno. Solo cuando ambas partes se sienten escuchadas, reconocidas, comprendidas, se puede seguir adelante. El pasado no se borra. Los hechos están, sucedieron. Pero para que, finalmente, pasen y sean pasado, hay que narrar de otra forma esa experiencia, ante el otro que causó el daño; solo así esa imagen no se conge-

lará, el rencor no continuará haciendo de las suyas y la vida podrá continuar su curso.

Se trata de dejar lugar a la palabra sosegada y a los silencios, que también hablan, cuando el dolor y la rabia enraízan. Ampliar la mirada, siempre. Que no se vea solamente la herida y al otro como el causante de mi herida. Encontrar resiliencias, intentar restaurar los recursos personales y sociales para continuar.

Ahora bien, la mediación sanitaria tiene unas peculiaridades, y es que las partes no se encuentran en condiciones de simetría. Dado que la relación asistencial requiere que uno tenga donde ponerse a hacer (agencia) y el otro donde dejarse hacer (paciente), el segundo tiene mucho más que perder. Por un lado, no hay hospitales ni centros de salud sin pacientes, estos son necesarios para llevar a cabo el encargo. Sin pacientes, cierran. Pero, por otro lado, estos necesitan de los profesionales de otro modo, más «existencialmente», por decirlo de alguna manera. Cuando se traiciona su confianza, surge el conflicto.

Las heridas y daños morales generan más violencia. Según cómo se atienda la humillación, el menosprecio, el no sentirse escuchado, la cultura sanitaria se puede poner a la defensiva y, como reacción, el paciente ataca: total, puede pensar, qué más le queda por perder.

La violencia simbólica y estructural, porque uno es paciente y el otro profesional que puede curar o paliar y no lo ha hecho, empieza a bajar de intensidad cuando se encuentra un espacio neutro y un tiempo suficiente para acoger el sufrimiento y mirar de paliarlo restaurando alianzas terapéuticas. Nunca es tarde si la confianza se restablece.

La mediación sanitaria trata de establecer la necesaria confianza en los profesionales y en el sistema sanitario. Y ello pasa por hacer las paces. El mediador tiene que saber redireccionar los abusos de poder que se pueden producir, pero no puede poner ni mucho menos imponer una solución. Esta viene, si viene, de las partes.

De entrada, no sería una buena señal incorporar, sin más, a los profesionales de la mediación. Se trata de que los propios técnicos asistenciales, gerentes y pacientes con sus familiares sean mayores de edad para, por sí mismos, resol-

ver las problemáticas. Si ven que por sí solos no lo logran, entonces sí conviene hacer intervenir a un mediador o mediadora que tome distancia entre ellos y sus intereses particulares. No vienen a proponer la solución, sino a poner cierto orden en el ambiente a fin de que fluya la narración que cada parte necesita explicar para comprender.

A veces, la mediación es imposible; la imposibilitan la asimetría, el abuso de poder, la victimización total de una de las partes, que es capaz de consentir todo con tal de acabar y marchar del lugar y de la presencia del otro. Estos son los límites que los mediadores tienen que poner y detectar, diciendo no cuando las mínimas condiciones de agencia y apoderamiento no se dan y, por tanto, el consentimiento con respecto al proceso de mediación está viciado. Hay que tener estos límites muy presentes, no sea que, cuando se vean los muchos beneficios de la mediación, se quiera también abusar de ella, maltratarla y transformarla en otra cosa. El mediador crea un medio al servicio del acuerdo, de la paz entre las partes: la finalidad es curar heridas, no taparlas; rehacer vínculos, no imponerlos.

No es un tema menor evaluar la mediación. Se puede hacer de forma negativa (lo que no ha habido): los juicios o pleitos que se han evitado; o de forma positiva: la eficiencia en tiempo y recursos. Ambas serían una manera de demostrar su eficacia. No obstante, dada la razón de ser de la asistencia, el verdadero indicador de calidad radica en la confianza para restablecer las relaciones, rehacerse de las heridas y recuperar la alianza terapéutica. No se trata de conseguir la *pax romana*, que es la ausencia de conflicto, sino de alcanzar la *Friede* alemana, mucho más ambiciosa, que genera armonía. Para lograrlo hay que ser bondadosos en la escucha. Mirar de comprender el porqué del sufrimiento de aquella persona y su familia. Lo capital es siempre la vivencia que de la mediación hacen las partes en confrontación. De ahí que haya que evaluar los procesos de mediación respecto a cómo se han encontrado tratadas las partes: si se han sentido conocidas, reconocidas y acompañadas en la creación de capacidades para encontrar la manera en que se sentirían compensadas.

La mediación es un proceso racional que precisa de formación (no lo puede hacer cualquiera), pero también comporta cuestiones emocionales, sociales y

espirituales inherentes a la sociedad que la fomenta. La confianza en los otros es trascendental para la humanidad. Más aún en aquellos casos en que dejamos en manos de los profesionales sanitarios nuestro cuidado, cuando somos más vulnerables.

La mediación es síntoma de un desarrollo organizativo donde la cultura fomenta estas figuras de facilitadores en la gestión del conflicto o la generación de grupos de círculos restaurativos. Para coadyuvar a ella, hay que transformar algunas expectativas de los pacientes y algunas mentalidades de los profesionales que trabajan en las organizaciones. Para la primera hace falta una pedagogía dirigida a la ciudadanía: habrá que tener paciencia cuando profesionales y organizaciones hacen lo mejor que saben y pueden. Recordemos que asistir el sufrimiento es complejo y que es un arte, no una ciencia exacta. Equivocarse es de humanos, como lo es pedir disculpas.

En cuanto a la mentalidad profesional hace falta que formemos mejor a los profesionales en la ética del cuidado: porque las personas que a ellos acuden se encuentran en una situación de incertidumbre, de vulnerabilidad, de miedo, y cualquier gesto de indiferencia o desatención por su parte se vive de una forma muy diferente según las personas y sus circunstancias.

Y por último, la mediación es también indicio de una democracia participativa amplia que permea los diferentes niveles relacionales de una sociedad. En ella, el mismo ciudadano o ciudadana es capaz de resolver los inevitables conflictos que surgen en estas sociedades nuestras pluralistas. Las organizaciones deben formar a los profesionales para que, cuando estos tengan que enfrentarse a problemas con el paciente (mejor prevenirlos proactivamente con una actitud de comprensión), acojan de buena gana el tomar parte en los procesos de mediación de los conflictos que les afecten.

Bibliografía

- Bruckner P. La tentación de la inocencia. Barcelona: Anagrama; 1992.
- Cabanas E, Illouz E. Happycracia. Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas. Barcelona: Paidós; 2019.

- Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999. p. 9-126 (original en lengua inglesa: Four models of the physician-patient relationship). JAMA. 1992; 267: 2.221-2.226.
- Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.
- Honneth A. La lucha por el reconocimiento. Por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica; 1997.
- Lipovetsky G. El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos. Barcelona: Anagrama; 1994.
- Puyol A. El derecho a la fraternidad. Madrid: Catarata; 2017.

**Profesionales, pacientes
y comunicación**

Introducción

Carles Garcia Roqueta

Abogado, árbitro y mediador, presidente de la Societat Catalana de Mediació en Salut

En la mesa redonda del seminario titulado «Una mirada ética en la gestión de conflictos» se trataron unas cuestiones muy concretas de la mano de destacados profesionales de la medicina, la ética y la gestión comunicativa. Este monográfico de Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas recoge buena parte de esas vibrantes intervenciones.

En concreto, se abordaron conceptos tan imprescindibles para la mediación en asistencia sanitaria como la visión de los profesionales en la ética del conflicto y el código deontológico, a cargo de Màrius Morlans; la comunicación asistencial como una competencia en donde se halla la génesis del conflicto, a cuenta de Francesc Borrell y, por último, desde la mirada de los pacientes, la vulnerabilidad, planteado por Montse Busquets.

No cabe duda que entre la ética y la mediación existen importantes similitudes. La mediación, como instrumento de gestión alternativa de conflictos, venga de donde venga, es una bondad y un beneficio para las partes mediadas, más aún en una sociedad que subsiste y parece ser que se alimenta de la conflictividad y de su propia inmovilidad, como si aceptando y viviendo del conflicto, fuéramos más poderosos. Ciertamente, sin ética, poco interés se nos despertará para acudir a una mediación.

La mediación está sustentada en unos principios que son base y, al mismo tiempo, fuerza en sí mismos. Estos principios que actúan y acompañan a las partes en el proceso como grandes garantes del propio sistema son la voluntariedad, la confidencialidad y la imparcialidad. Sin embargo, no podemos dejar de lado otros principios como la transparencia, la buena fe, la neutralidad y la universalidad, un concepto este último que ha de cuajar y ser bien entendido socialmente. La mediación ha de ser accesible para cualquier ciudadano o ciudadana que desee actuar, mediante métodos no adversariales,

frente a situaciones que o bien le resulten incómodas, o bien, complicando la situación, deriven hacia su judicialización.

Las partes que recurren a la mediación nos demuestran que desean ser gestoras de su propio proceso y sus propias circunstancias: quieren entender cómo, por qué y para qué han llegado a esa situación. Y esto solo lo encontrarán con la mediación: un sistema de resolución de conflictos esencialmente autocompositivo. Al respecto, la escucha será uno de los elementos cardinales para llegar a tales hipotéticos acuerdos. Muldoon apunta que «escuchar es muchísimo más eficaz que discutir, en cuanto que la escucha permite que el cambio se produzca sin forzarlo». ¹ Todos nosotros, sin excepción, deberíamos realizar un ejercicio de escucha para reconocer al otro. Y es que, sin un reconocimiento cierto, será muy difícil alcanzar acuerdos duraderos y satisfactorios para las partes.

Es de vital importancia aquella sesión (que acostumbro a denominar «metamórfica») en la que el mediador intuye que se ha producido un cambio en las partes presentes en la mediación, básicamente porque ha germinado un vínculo (en esa u otras sesiones) que ha provocado un acercamiento que tal vez motive un futuro acuerdo, ya sea parcial o total, con garantías de comprensión entre las partes y de durabilidad en el tiempo. Todo ello redundará en el logro de acuerdos satisfactorios para todos. Si es así, podemos concluir que el hecho de haber enfocado la mediación desde una perspectiva relacional ha sido la base de su propio éxito.

Tras esta sucinta introducción acerca de qué podemos entender y valorar como mediación, los participantes en la mesa redonda pasamos a reflexionar en torno a la conjugación de la ética asistencial y la mediación, observando las grandes similitudes que existen entre ellas. Son interdependientes. En este sentido, todos los ponentes abogaban por una más estrecha vinculación entre la asistencia sanitaria, la mediación y la ética asistencial, además de compartir su preocupación por la mejora de las competencias en la comunicación, más aún cuando hablamos de temas sanitarios y de salud.

Por lo que respecta al primero de los artículos recogidos en este monográfico –«La ética del conflicto en la relación clínica»– Màrius Morlans nos describe en él la relación clínica para, a continuación, analizar la causa de los posibles

conflictos y las diferencias entre la mediación y la consulta y, cómo no, el Comité Ético Asistencial (CEA). La importancia del vínculo y del acercamiento entre médico y paciente es fundamental. Una vez se fragmenta, su recuperación es muy complicada. Cercanía y acompañamiento es lo que el paciente con mayor desespero suele buscar en su facultativo o facultativa, pues se encuentra en sus manos.

El doctor Morlans efectúa también una comparación entre el significado de «mediación» y el significado de «la consulta» respecto al Comité de Ética Asistencial, haciendo uso de elementos tan relevantes como son el momento de la intervención, la actitud, el procedimiento y el resultado, entre otros. Asimismo, detalla las actitudes más apropiadas y efectivas para el diálogo (en mediación) y la deliberación (visto desde la ética): la escucha activa, la empatía, la autocrítica, la argumentación razonable y la contención emotiva.

Por último, reflexiona en torno a que, a lo largo de su trayectoria profesional, ha sido testigo de que siempre que se habla de neutralidad esta favorece a los que mayor poder detentan. (Y al hilo de ello yo me pregunto: ¿será que el poder desvanece la neutralidad?).

«El conflicto en los centros de salud: génesis y abordaje», el segundo de los artículos, firmado por Francesc Borrell, es una presentación sumamente práctica, repleta de casuística real, que se realiza de forma concreta y detallada, para no perdernos ningún detalle de lo que su autor quiso hacernos sentir durante el seminario, en concreto sobre la realidad diaria existente en las consultas médicas. Así, nos expone cómo afrontan el profesional y el paciente el conflicto en el entorno sanitario. Su exposición se articula conceptualmente en tres puntos: el primero de ellos aborda la génesis del conflicto, así como los factores que lo favorecen o atenúan; el segundo, la prevención de la conflictividad, tanto a nivel institucional, de equipo y profesional; y el tercero, las habilidades de comunicación en los conflictos.

Por su parte, Montserrat Busquets –en «La vulnerabilidad: el punto de vista de los pacientes»– reflexiona en torno a qué queremos decir cuando hablamos de vulnerabilidad, preguntándose si el vulnerable es capaz de proteger sus propios intereses, o si es objeto de paternalismo. Tras concretar la condición de vulnerables en las personas enfermas, en su dependencia e interde-

pendencia, la autora describe la faceta relacional en su más estricto sentido de acompañamiento y facilitación, sin olvidar un acercamiento a la vulnerabilidad propia de los profesionales sanitarios: el impacto emocional y la respuesta empática.

Busquets hace hincapié en que las personas somos antropológicamente vulnerables y que, por lo tanto, para definir en qué consiste la vulnerabilidad, deberemos tener en cuenta que esta variará según la definición posea un sentido antropológico, político, sociológico o médico, entre otros.

Además, aporta unos reveladores datos extraídos del informe PLAENSA: las personas que son atendidas tienen una satisfacción general de notable y opinan que la mejora del servicio debería centrarse en los temas administrativos, el tiempo de espera y la puntualidad de las visitas. Sin embargo, lo que más valoran de nuestro sistema de salud es el buen trato, las explicaciones e informaciones recibidas y la relación con el médico o médica y la enfermera o enfermero, factores que obtienen elevadas calificaciones en la encuesta.

Las personas que son atendidas agradecen encontrarse en un espacio de confianza que se centre en la persona, en este caso el paciente vulnerable. Deben sentir que no hay prisa y que existe un acompañamiento familiar que será imprescindible en el momento de llegar a tener que tomar decisiones. Para todo ello, algunos de los elementos fundamentales serán la comunicación; la veracidad, que le procurará seguridad; la claridad de la exposición; la tranquilidad y la continuidad. En este sentido, la autora nos recuerda que las conductas autoritarias inhiben la relación de confianza, pues no se da una garantía de apoyo ni de cercanía.

Finalmente, quisiera dejar constancia de que fue una suerte que los ponentes de este seminario realizaran su intervención siguiendo un hilo conductor que relacionaba perfectamente todo el contenido de las tres ponencias, facilitando así a los asistentes su comprensión. Una precisión y claridad que también se ha visto reflejada en los artículos que componen este monográfico.

Mediación y ética nos demuestran que tienen mucho que ver entre sí y que obviamente van y pueden ir de la mano. No obstante, lo más importante no son los conceptos en sí, sino las personas que los acompañan.

Bibliografía

1. Muldoon B. El corazón del conflicto. Barcelona: Paidós; 1998.

La ética del conflicto en la relación clínica

Màrius Morlans

Comitè de Bioètica de Catalunya

Introducción

«La práctica de la medicina solía ser inefectiva pero simple y segura», afirma Cyril Chantler, reconocido pediatra inglés. Y añade: «Ahora es efectiva, pero compleja y relativamente peligrosa».¹ Esta es una de las paradojas de la actual práctica médica, el tributo que debe pagar por su eficacia. De un lado, la complejidad que representa la coordinación de los equipos profesionales necesarios para atender a una persona enferma y, de otro, la iatrogenia potencial debida a los efectos secundarios y las secuelas de los tratamientos invasivos o la causada por los errores médicos.

Este contexto de incertidumbre y riesgo propicia las dudas sobre la idoneidad de las decisiones clínicas que, si no encuentran el cauce de expresión adecuado, pueden desembocar en un conflicto entre la persona atendida y los profesionales que la cuidan. Cuando esto ocurre, la mediación puede ser un recurso útil para reconducir el desacuerdo. Pero ¿y si la discrepancia es debida a que los protagonistas no comparten los mismos principios éticos y los valores en los que fundamentan su decisión? ¿A quién se debe acudir cuando el desacuerdo es de índole moral? La mediación² y el consejo moral son procedimientos pensados para ayudar en las situaciones problemáticas. Pero no son lo mismo. ¿Cuál es su objetivo específico y qué tienen en común en su propósito de ayudar a la resolución de los conflictos generados en la práctica clínica?

La reflexión sobre la especificidad de la mediación y del consejo moral en el ámbito de la relación clínica requiere una descripción previa de la misma. Para ello, utilizaremos el concepto de estructura invariable de la relación médico-paciente, concebido por Laín Entralgo, que nos ayudará a identificar las diferencias y similitudes entre mediación y consejo moral. A continuación, revisa-

remos los principios éticos y las actitudes adecuadas que pueden orientar y fundamentar la actuación de las personas que ejercen de mediadores o de consejeros, sea como expertos o como miembros de un Comité de Ética.³

La estructura invariable de la relación clínica

Laín Entralgo estudia la evolución de la relación entre el médico y el paciente desde la medicina griega prehipocrática hasta mediados de la década de 1960, fecha en que publicó su obra, que ha vuelto a reeditarse más recientemente.⁴ Una valiosa aportación metodológica es el concepto de que la estructura de la relación permanece invariable a lo largo de los siglos. Se modifica el contenido, las formas de la práctica, de acuerdo con las diferentes épocas y culturas, pero la estructura es siempre la misma. Esa misma estructura podemos hacerla extensiva a toda relación clínica, la que establece cualquier persona que padece un problema de salud con el profesional que le atiende por dicha causa.

La estructura se basa siempre en el mismo fundamento: una persona habilitada profesionalmente atiende la petición de ayuda de otra persona a causa de un problema de salud. Sobre este fundamento, la relación se construye en cuatro momentos principales, cognitivo, operativo, afectivo y ético, que describimos a continuación.

El momento cognitivo se refiere a todo aquello que hay que conocer sobre la persona enferma y sus circunstancias para poder atender el problema de salud. Incluye, por ejemplo, la evaluación de la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, o el análisis de la estructura familiar para saber si dispone de cuidador o debe cuidar a alguien, así como el identificar y clasificar la enfermedad con un diagnóstico. El momento operativo es el de la intervención sobre el problema de salud. Puede incluir desde un consejo para modificar el estilo de vida, una medida preventiva como la vacunación, un tratamiento médico o aplicar el plan de curas. El momento afectivo se interroga por la clase de vínculo que se establece entre ambas personas y que debe ser de tal naturaleza que promueva el objeto de la relación, que no es otro que recomponer la salud maltrecha de la persona enfer-

ma. El momento ético comprende los principios éticos que orientan la relación y no tanto los principios y valores personales de los protagonistas, que no obstante también hay que tener en cuenta, sino aquellos que son los idóneos para consolidar el vínculo, sin el cual difícilmente se logra el objetivo de la relación.

La utilidad del concepto de la estructura invariable de la relación clínica se puede poner a prueba en el intento de caracterizar los cambios esenciales en la práctica asistencial a los que apuntaba Chantler, comparando el antes, el pasado, con el ahora, el presente (tabla 1). El momento cognitivo, el del diagnóstico, ha evolucionado desde el contexto clínico, la imprescindible proximidad y contacto físico que implica la anamnesis y la exploración, a la tendencia actual de objetivarlo con una prueba complementaria. Se puede diagnosticar una enfermedad con una muestra de sangre o tejido sin tener contacto con el paciente. Ello no significa que ese contacto no se produzca y sea necesario, pero el referente de la actuación profesional es el imperativo de objetivar lo que le sucede a la persona enferma. Ello se traduce no solo en la indicación reiterada de exploraciones complementarias, sino, también, en la aplicación de escalas e índices para evaluar la funcionalidad cotidiana o síntomas como el dolor y la angustia.

Tabla 1. Estructura invariable de la relación clínica según P. Laín Entralgo, adaptada por el autor

Momento	Concepto	Pasado	Presente
Cognitivo	Diagnóstico	Clínico	Objetivable
Operativo	Terapia	Empírico	Experimental
Afectivo	Vínculo	Amistoso	Contractual
Ético	Principios Valores	Beneficencia No maleficencia	Respeto a las personas Justicia

El momento operativo, basado antaño en el empirismo, en la experiencia personal, ahora necesita legitimar su eficacia en el método experimental, el

método científico por excelencia. Los ensayos clínicos, los metaanálisis y la evaluación de los resultados son la fuente principal de información para elegir la intervención adecuada. Si bien la mayoría de intervenciones en la clínica aún no vienen avaladas por las pruebas de su eficacia, la calificación de las intervenciones según el grado de evidencia disponible es una referencia imprescindible en la elaboración de las guías de práctica clínica.

Cuando Laín Entralgo se refiere a la naturaleza del vínculo entre médico y paciente emplea el concepto de amistad médica y la describe como la relación que traban el sabio y el ignorante o el maestro y el discípulo, es decir, una relación que podemos calificar como paternalista y, de acuerdo con ello, revestida de los valores de una relación privada, entre ellos la confianza. Pero desde que la asistencia sanitaria constituye uno de los fundamentos del estado del bienestar, los ciudadanos la encaran con las expectativas y exigencias de accesibilidad y eficacia que esperan de los servicios públicos. La relación clínica, en cuanto es regulada por la ley, se asemeja más a una de tipo contractual, donde la confianza, que no tiene por qué darse al inicio, debe conseguirse si se quiere establecer y consolidar el vínculo.

La práctica clínica se había venido fundando en dos principios éticos, el de beneficencia y el de no maleficencia, descritos en el juramento hipocrático. El Informe Belmont, publicado en 1978, identificó dos nuevos principios para orientar la experimentación con sujetos humanos desde una perspectiva ética. Estos principios son el de respeto a las personas y el de justicia. Inmediatamente se comprobó su utilidad en el análisis y la toma de decisiones en el ámbito clínico. Me referiré a ellos al proponer los principios que deben regir la actuación de las personas que ejercen una mediación o formulan un consejo moral.

El momento de la mediación y el del consejo moral

Lo que constituye la característica esencial y permite diferenciar la mediación del consejo moral es el momento de la relación clínica en el que intervienen. El momento de la mediación es el afectivo, el que se refiere al vínculo entre la

persona enferma y el profesional asistencial. El momento del consejo moral es, por supuesto, el ético, el de los principios que regulan dicha relación. Ello no quiere decir que la mediación esté exenta de principios. No es eso. Como veremos, toda relación personal de ayuda o colaboración se rige o debería regirse por unos principios.

Cuando surge una discrepancia sobre el curso de acción a seguir, originado por que los protagonistas no comparten el mismo sistema moral de referencia, los mismos principios éticos, se puede acudir a un Comité de Ética o a un consultor experto en bioética solicitando su consejo. Pero para que las recomendaciones del comité o del experto sean tenidas en cuenta es imprescindible la confianza entre los discrepantes. El desacuerdo en los principios no exime del respeto entre las personas. El potencial efecto benéfico del consejo moral no se circunscribe exclusivamente al contenido de las recomendaciones sino que, además, abarca el efecto que esa muestra de respeto e interés por los afectados tiene en los mismos y que, en principio, les predispone a escuchar y atender el consejo. Pero para que ello sea así, es necesario que exista confianza entre las partes. Difícilmente se aceptará un consejo si no hay confianza entre las personas afectadas indistintamente de quién sea el que lo haya solicitado.

El momento de la mediación es el afectivo, el de fortalecer o restablecer el vínculo que une a la persona enferma con el profesional que le atiende. Independientemente de su naturaleza, el valor esencial de ese vínculo es la confianza, que antaño se daba por supuesta y ahora debe ganarse y conservarse día a día. Si en el proceso de toma de decisiones, se duda sobre la pertinencia de lo propuesto pero se mantiene el respeto, la relación fluye y el diálogo permite el acuerdo. Pero cuando, por las dudas o la angustia que acompaña a la incertidumbre, se pierde la confianza y el respeto, la relación se resquebraja y puede llegar a romperse. El momento ético puede ser la causa del desacuerdo, pero no es motivo de conflicto si se mantiene el vínculo basado en el respeto y la confianza. Y lo contrario también es cierto. Se puede faltar al respeto y perder la confianza en las personas con las que se comparan los mismos principios.

Una situación paradigmática es el error médico involuntario y la consecuente pérdida de confianza debida al mal causado. Se puede aceptar la involun-

tariedad y no cuestionar la competencia del profesional, pero es comprensible que la confianza en quien ha causado el daño por acción u omisión se resquebraje y que se pueda extender a la institución. La mediación puede ayudar a restablecer ese vínculo necesario sin el cual difícilmente se puede reparar el daño. La mediación propicia la disculpa sincera y la voluntad de reparación física y moral, que empieza con el reconocimiento del error.⁵

Las diferencias entre la mediación y el consejo moral

Establecidos los momentos específicos de la mediación y el consejo moral en la relación clínica, podemos analizar consecuentemente las diferencias esenciales entre ambos procesos (tabla 2). Mientras que el objetivo de la mediación es el de restablecer el vínculo entre la persona enferma y el profesional asistencial, el del consejo moral es orientar la decisión respetando los principios y valores de ambos. Es una intervención que quiere orientar la decisión y, por tanto, es previa a cualquier acción. Tiene, pues, un carácter preventivo en cuanto que las recomendaciones se formulan teniendo en cuenta las posibles consecuencias del consejo. Para que sea necesaria la mediación tiene que haber ocurrido un hecho o unas palabras que cuestionan el vínculo de la relación clínica. Es una intervención a posteriori que pretende reparar o enderezar la relación personal entre las personas afectadas. Por ello decimos, en un lenguaje medicalizado, que es curativa o al menos paliativa.

La función de la mediación es el arbitraje, crear las condiciones para que los afectados puedan dirimir sus diferencias y llegar al fondo de la cuestión, limitando los mediadores su intervención a lo imprescindible. Para ello se reclama el valor de la neutralidad, al que me referiré más adelante. La función de los comités es la de argumentar y asesorar sobre los posibles cursos de acción, ponderando sus beneficios e inconvenientes, así como previendo las consecuencias, y todo ello respetando los principios y valores de las personas implicadas. De ahí la actitud pasiva de quienes consultan, a la expectativa de las recomendaciones elaboradas por el comité. Si bien quien solicita el consejo asiste a la reunión del comité para informar del problema y puede partici-

par en la deliberación, lo cierto es que se ausenta cuando hay que consensuar las recomendaciones definitivas. En la mediación, las personas implicadas tienen un protagonismo activo en la resolución del conflicto. Pueden y deben ser asesoradas por los mediadores sobre el procedimiento y actitudes recomendables, pero serán ellos los que irán tejiendo los puntos del posible acuerdo y solo en sus manos, en sus habilidades comunicativas, reside la posibilidad de lograrlo.

Tabla 2. Comparación entre la mediación y la consulta al Comité de Ética Asistencial

Concepto	Mediación	Comité de Ética
Momento	Afectivo	Ético
Objetivo	Rehacer el vínculo	Orientar la decisión
Intervención	Posterior, curativa	Previa, preventiva
Función	Arbitraje	Asesoría
Actitud	Activa	Pasiva
Procedimiento	Diálogo	Deliberación
Resultado	Acuerdo vinculante	Consejo no vinculante

El diálogo es el procedimiento propio de la mediación, diálogo que se sustenta en unas actitudes propicias que los mediadores deben fomentar y cultivar. El procedimiento para formular un consejo es la deliberación, la ponderación de los argumentos a favor de las diferentes opciones teniendo en cuenta los principios éticos de los afectados y las consecuencias de la decisión. Obviamente, para que haya deliberación es necesario el diálogo y en el proceso de mediación puede ejercerse la deliberación e incluso recurrir a los principios éticos, pero, aunque estos puedan ser el motivo de desacuerdo, raramente constituyen la esencia de la disputa, que, como hemos razonado, tiene sus raíces en la desconfianza. En cambio, la discrepancia entre principios es el motivo por el que se solicita el consejo moral y para poder aconsejar, hay que recurrir a la deliberación.

El resultado de la mediación es un acuerdo vinculante que obliga a respetarlo a todas las partes porque previamente así lo han aceptado. Es la fuerza de la mediación y su principal activo, el compromiso de los implicados de respetar los acuerdos por ellos consensuados. Por el contrario, el consejo moral no puede ni debe ser vinculante, ya que lo que pretende es ayudar al que consulta sin querer substituir su voluntad. Es la manera de reconocer que los consejos en sí mismos no tienen ningún valor si no son interpretados como propios por las personas afectadas por el problema. Quien formula un consejo pretende aportar argumentos sobre los posibles cursos de acción, pero en ningún momento quiere imponer lo que se debe hacer. Es el reconocimiento explícito de a quien o quienes les corresponde decidir. El comité no cuenta con mayor autoridad moral que la utilidad que tienen sus consejos.

Los principios éticos de la mediación y del consejo moral

Una de las lecciones que se desprenden del procedimiento seguido por la comisión que redactó el Informe Belmont fue la consulta previa a aquellos cuya conducta debía regularse por los principios a identificar.⁶ Dicho en otras palabras, la mejor garantía de que las personas acepten los principios que deben regular su actividad es que participen en la identificación de los mismos.⁷ Por ello, son los miembros de los equipos de mediación y de los Comités de Ética quienes deben proceder a identificar y explicitar en sus normas de funcionamiento los principios éticos que regulan sus funciones.

Aceptando esta premisa, me atrevo a proponer unos principios mínimos que, por su valor universal, pueden ayudar a orientar la relación de las personas mediadoras y de los miembros de un comité con las personas que son objeto de la mediación o solicitan el consejo moral. No son los principios que se tienen en cuenta en el análisis del conflicto relacional o del problema moral, sino exclusivamente los principios que orientan la relación de los expertos con los afectados por el problema. Estos principios son respeto a las personas, justicia y confidencialidad.

El principio de respeto a las personas, tal como se describe en el Informe Belmont, incorpora dos convicciones éticas. La primera es que las personas deben ser tratadas como agentes autónomos y la segunda es que las personas con autonomía disminuida deben ser protegidas.⁸ Una persona es autónoma cuando es capaz de deliberar sobre sus objetivos vitales y decidir de acuerdo con los mismos. La enfermedad, según su gravedad y evolución, puede ser motivo de dependencia e incertidumbre, lo que puede hacer vulnerables a las personas enfermas con la correspondiente limitación de su capacidad de decisión. Los mediadores deben tener en cuenta estas circunstancias y que actuar de acuerdo con una pretendida neutralidad puede ir en detrimento de los intereses de los más vulnerables, en este caso las personas enfermas.

El concepto de justicia, tal como lo concibe Rawls, incluye dos principios.⁹ El primero lo formula como el derecho de las personas a beneficiarse del sistema más amplio posible de libertades básicas iguales para todos. Ello significa tratar con equidad a las personas que solicitan la mediación o el consejo moral, respetando sus derechos y evitando discriminaciones a priori. Pero en el segundo principio propone que, en una sociedad de democracia casi perfecta, si alguna desigualdad puede ser aceptada, es aquella que favorece a los más desposeídos. En el caso que nos ocupa, ello significa que debemos dedicar una atención preferente a proteger y paliar la vulnerabilidad de la persona enferma.

El principio de confidencialidad exige mantener en secreto todo aquello que ha sido revelado para llevar a cabo la mediación o formular el consejo moral. Toda persona tiene derecho al respeto de su intimidad, empezando por aceptar la subjetividad de la delimitación de dicho ámbito.¹⁰ Solo los protagonistas tienen derecho a hacer público el acuerdo logrado con la mediación o las recomendaciones del comité en la medida que hacerlo ayude a conseguir los objetivos respectivos.

Actitudes para el diálogo y la deliberación

Del conjunto de competencias que se espera que ejerzan los miembros de un comité,¹¹ nos centraremos en un mínimo de actitudes que propician el diálogo-

go y la deliberación. Estas actitudes contribuyen a establecer una adecuada relación de los miembros del comité y los mediadores con las personas que consultan o solicitan la mediación. Son actitudes necesarias para abordar el análisis de los problemas morales y de los conflictos, pero también son actitudes que pueden ayudar a las personas implicadas en la resolución de los mismos.

La *escucha activa* permite identificar los principios y los valores ajenos, lo que no resulta fácil cuando no son compartidos. Hay que evitar el prejuicio con el que devaluamos aquello que no es propio, así como identificar el componente emocional que impregna los argumentos del otro. La escucha activa es un requisito previo para la *empatía*, la capacidad de ponerse en el lugar del otro y así poder comprender su comportamiento, la coherencia de su decisión o actuación de acuerdo con sus principios. Comprender es un ejercicio de valoración con un componente emocional que va más allá del puro entender.

La *argumentación razonable* de las opciones propias, basada en la coherencia con los principios y los valores individuales y teniendo en cuenta las circunstancias concretas, así como las consecuencias. Si bien las convicciones personales no son verdades que puedan ser verificadas y demostradas, sus fundamentos pueden ser argumentados de manera racional y razonable. Una actitud complementaria es la *autocrítica*, la capacidad de distanciarse de los principios propios e identificar los posibles prejuicios, así como los argumentos poco sólidos. La capacidad autocrítica es coherente con la concepción de que los principios éticos son convicciones que nos ayudan a decidir pero no son constricciones que restringen nuestra capacidad de decisión. Un ejercicio de la capacidad crítica es argumentar la excepción a un principio cuando de la aplicación del mismo se sigue un daño físico o moral.

La *contención emotiva* es la capacidad de asumir sin responder al malestar o indignación que nos causa la argumentación ajena. A menudo, en el curso de un diálogo o deliberación, alguien puede exponer argumentos opuestos a nuestras concepciones y convicciones y que ello nos cause un profundo desagrado. Hay que pensar que la persona que así habla no tiene por qué conocer nuestra manera de pensar y, seguramente, no tiene la intención de

ofendernos cuando expone sus opiniones. Por eso es aconsejable no contestar de inmediato y hacerlo cuando se ha recuperado la serenidad. Empezar por expresar lo que pensamos y posponer la crítica a los argumentos ajenos, midiendo las palabras, propicia la continuidad del diálogo.

Conclusión

La mediación y el consejo moral son recursos útiles cuando el conflicto o el problema moral afectan a la relación clínica. Cada uno tiene su momento específico en dicha relación, el afectivo, la mediación y el ético, el consejo moral. De esa especificidad se derivan diferencias que son propias para conseguir sus objetivos respectivos: el acuerdo vinculante que restablece el vínculo maltrecho o el consejo moral que contribuye a decidir el curso de acción. Mediadores y consejeros comparten principios y actitudes con las que pueden contribuir a propiciar el diálogo y la deliberación que sustentan la relación clínica.

Notas

1. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*. 1999; 353: 1178-1181.
2. Carnero de Blas M. «Mediando en salud». Una propuesta de mediación sanitaria en hospitales. *Revista de Mediación* [Internet]. 2012 [citado 1 Oct 2019];10:13-18. Disponible en: <https://revistademediacion.com/wp-content/uploads/2016/11/Revista10-2.pdf>.
3. Morlans M. La deliberación en los Comités de Ética Asistencial. En: AA. VV. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?* Barcelona: Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas [Internet]. 2017 [citado 1 Oct 2019]; 46: 67-78. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/46-comites-de-etica-y-consultores-clinicos-¿complemento-o-alternativa-en-la-etica-assistencial->

4. Laín Entralgo P. El médico y el enfermo. Madrid: Triacastela; 2003.
5. Martin-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Manso J. La comunicación del error médico. Consecuencias éticas y médico-legales. *Med Clin*. 2019; 152(5): 195-199.
6. Jonsen AR, Toulmin S. The abuse of casuistry: A history of moral reasoning. Berkeley: University of California Press; 1988.
7. Morlans M. Bioètica: les claus del debat interdisciplinari. Treballs de la Societat Catalana de Biologia [Internet]. 2017 [citado 1 Oct 2019]; 67: 4-9. Disponible en: <https://publicacions.iec.cat/repository/pdf/00000246/00000015.pdf>.
8. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de la Conducta. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. (Informe Belmont) DHEW Publication [Internet]. 1978 [citado 1 Oct 2019]; (OS) 78-0012.
9. Rawls J. Una teoría de la justicia. Girona: Papers amb accent; 2010.
10. Robles B, Monés J, Morató ML et al. Principis de confidencialitat en la pràctica clínica. Comissió de Deontologia, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona [Internet]. 2015. [citado 1 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/7574.PDF>.
11. Ribas S. Competencias de los Comités de Ética Asistencial y autoevaluación de sus componentes. Estudio CEA-CAT (2). *Med Clín*. 2007; 128: 219-225.

El conflicto en los centros de salud: génesis y abordaje

Francesc Borrell

Médico de familia, profesor de Medicina de la Universitat de Barcelona

Conflictividad y conflicto

¿Cómo podemos definir «conflicto»? Cuando empleamos esta palabra nos remitimos a un juicio subjetivo que no siempre es compartido por los diversos protagonistas. ¿Podemos afirmar que toda negociación es conflictiva?

Si recurrimos al diccionario se nos ofrecen los sinónimos «confrontación, oposición o disputa». Otro abordaje sería fijarnos en lo que perdemos en un conflicto: ni más ni menos que las ganas de cooperar o colaborar con otra(s) persona(s). Pero no basta con esta ausencia, porque podemos imaginar una relación no cooperadora marcada por la indiferencia. Se requiere también un uso de poder que transgrede normas de cortesía o convivencia pacífica.

Esta definición excluye por tanto muchas interacciones que se enmarcarían en una negociación incluso «dura», pero en la que no hemos abandonado el diálogo educado, la escucha del otro y las ganas de entendernos. En eso consiste uno de los pilares de la mediación: reconvertir conflictos en negociaciones. Reconvertir la voluntad de neutralizar, dañar o bien eliminar a la parte rival para conseguir un objetivo (conflicto finalista) o la simple expansión emocional, y en su lugar mostrar un espacio de diálogo en el que encontrar soluciones satisfactorias. Por consiguiente, podemos albergar dudas sobre dónde ubicar la frontera entre negociación y conflicto, si bien, a efectos de mediación, resulta útil definir este como la ausencia de un diálogo constructivo y la dificultad de reconstruirlo por abandono de las normas básicas de cortesía.

Los conflictos pueden afectar a personas individuales o a grupos, y el litigio puede abarcar bienes materiales o morales, aspectos de territorio, relaciones

interpersonales (muchas veces en relación con quién ejerce la autoridad o el poder), o peticiones de reparación. En todo caso supone un punto de ruptura en un *continuum* que va de la cooperación a la hostilidad.

Hay contextos proclives al conflicto (y en este punto enfocamos nuestra atención hacia el mundo sanitario):

1. Competir por unos recursos limitados: pensemos en una sala de espera de urgencias abarrotada.
2. Poseer expectativas dudosas en relación con el proveedor: un pariente, por ejemplo, quizá tuvo un percance en este centro sanitario y se efectúa una generalización del tipo «este hospital es un desastre».
3. Contar con un historial de conflictos previos o relación decepcionante/engañosa.
4. Percibir que se tienen más derechos que los bienes ofertados.
5. Albergar la creencia de que «protestando se obtienen bienes».

Un mecanismo casi infalible de encender los ánimos es estimular la llamada «deprivación relativa», consistente en compararnos con otro colectivo o persona que tiene prebendas superiores a las nuestras, en igualdad de derechos. Por ejemplo: «En el País Vasco se cobra el doble por guardia que aquí».

Otro mecanismo que está en la génesis de muchos conflictos es activar expectativas que no van a cumplirse. Por ejemplo: «Puedo prometer y prometo que se van a acabar las colas para realizar pruebas complementarias».

Todos estos factores son campo abonado para la conflictividad. Sin embargo, siempre hay un aspecto individual que determinará si el sujeto concreto desempeñará una estrategia de conflicto o una estrategia de asertividad. No en vano Isaac Asimov decía que la violencia es el fracaso de la inteligencia. Por más deprivación relativa que tengamos, siempre podemos encauzar nuestras reivindicaciones de manera cortés, dentro de los márgenes de la negociación.

Tipos de conflicto

Podemos apelar a diferentes parámetros que darán lugar a taxonomías diversas según:

- sean personas o grupos: un ejemplo serían los conflictos entre subgrupos dentro de un mismo equipo de salud;
- cuáles sean los protagonistas: en este sentido, los diferentes estamentos que configuran la atención sanitaria poseen perfiles conflictuales propios. Conocerlos tiene interés formativo, pues formar a nuestros profesionales en dichos perfiles les ahorrará sufrimientos;
- los productos en liza: la principal distinción es entre productos materiales (conseguir por ejemplo una invalidez) o morales (conseguir una reparación);
- el contexto en que se producen: hay ámbitos o servicios específicos que tienen perfiles conflictuales predecibles. Pensemos en urgencias o en las UCI.

De forma más conceptual podemos distinguir también entre:

- conflictos evitables y no evitables, una distinción interesante porque hay profesionales que entienden que un conflicto representa cierto fracaso personal, y se esfuerzan por evitarlos o encubrirlos. Sin embargo, hay conflictos que deben afrontarse con coraje y sin soslayarlos, para una mejor resolución y funcionamiento de un servicio sanitario. Como también hay conflictos absurdos que deben evitarse a toda costa, por ejemplo discutir sobre órdenes que deberemos cumplir sí o sí, o sobre utopías o hipótesis más que dudosas; y
- conflictos que se originan en mi entorno o que origino yo mismo. Al respecto, no hay que perder nunca de vista que nosotros mismos podemos ser fuente de conflictos evitables, por ejemplo porque nos comunicamos mal (brusquedad a nivel no verbal), culpabilizamos, nos irritamos con facilidad o «explotamos».

En el otro lado tenemos aquellos perfiles de personalidad que son conflictivos *per se*, y cuyo conocimiento nos será de gran utilidad para evitar un desgaste personal. La lista excede el marco de este artículo, pero por su interés destacamos:

- Personas de tendencia sádica: aprovechan cualquier oportunidad para provocar sufrimiento moral a otras personas; en el caso que nos ocupa, al profesional sanitario que les atiende. De manera coloquial les llamamos «pacientes *killer*», porque no solo «matan» la relación, sino que se perjudican a sí mismos predisponiendo al profesional en su contra. La siguiente escena nos hará entender el porqué de esta denominación:

*La doctora X pasa visita con un estudiante de sexto de Medicina. Atiende a la señora Y, que en general tiene un comportamiento cortés. Sin embargo, ante la presencia del estudiante la señora Y se esfuerza en ridiculizar a la doctora: «¿Se acuerda usted de lo que me dio hace un año, las pastillas V? Por poco me llevan al otro barrio». En ausencia del estudiante la señora Y vuelve a su comportamiento educado.

Estos pacientes que tratan de dañar al profesional en realidad perjudican una relación en la que los principales beneficiarios son ellos mismos. Viven por un momento el poder de ridiculizar a su doctora, sin percatarse de que esta facultativa puede tomar a partir de entonces menos interés en su caso, o que la energía para defenderse de estos ataques la sustraiga de una mayor atención al problema de salud.

- Personas de tendencia violenta: pueden ser de tipo retador, mostrarse despectivamente autoritarios, de conducta querellante o «explosionar» por nimiedades.
- Personas machistas: se ven en la obligación de demostrarse superiores a un profesional del género femenino, sobre todo si perciben falta de asertividad.

Prevención de conflictos

Serían de tres tipos: institucionales, organizacionales y personales.

A nivel institucional son necesarias –entre otras– políticas destinadas a seleccionar profesionales con una clara orientación hacia una asistencia centrada

en el paciente, a impulsar una formación continuada en materia de comunicación y a apoyar con hechos un código ético que sustantive valores cruciales para la institución.

A nivel organizativo es preciso poner en práctica políticas que identifiquen los cuellos de botella en los que el usuario de los servicios presente mayor estrés, por ejemplo las esperas en urgencias, así como eliminar en lo posible escenarios en los que los usuarios puedan entrar en conflicto, por ejemplo en el uso de espacios comunales en hospitalización, regímenes de visita, etc. Todos los profesionales deberían conocer el perfil de conflictos de su servicio o centro de salud, así como de su rol asistencial, y recibir entrenamiento específico. Solicitar mediación profesional en conflictos que no pueden resolverse en un primer estadio puede ahorrar sufrimiento y recursos.

En este sentido, de forma periódica debería realizarse un análisis de los desencadenantes organizativos que han dado lugar a conflictos. A partir de este mapa se conseguiría incorporar en la estrategia de seguridad del paciente las medidas correctoras. Un mapeo de este tipo se podría adjuntar en las certificaciones de calidad de los servicios.

Finalmente, cada profesional debería tener formación en las habilidades que se mencionan en la tabla 1:

Tabla 1. Habilidades de comunicación necesarias para evitar conflictos

■ Recepción cordial.
■ Asertividad, marcar límites, saber negociar.
■ Estrategias específicas.
■ Generar confianza.
■ Evitar desencadenantes: estilo culpabilizador, comunicación no verbal inadecuada, falta de asertividad...

El estilo culpabilizador

A continuación, analizaremos brevemente algunos perfiles de comunicación que dan lugar a situaciones conflictivas. Si bien referiremos estas a la relación asistencial, no deberíamos olvidar, como hemos dicho más arriba, que en los centros de salud muchos conflictos derivan de la propia dinámica grupal del equipo. Los casos que ahora estudiaremos podrían trasladarse sin dificultad a interacciones entre diferentes estamentos profesionales (médicos, enfermeras, administrativos, etc.) pero, a efectos del presente trabajo, nos centraremos en las interacciones médico-paciente.

Tanta culpa provocamos en nuestros pacientes, tanta culpa vamos a recibir de ellos. Por ejemplo:

Servicio de urgencias pediátrico. Una niña de tres años se ha dado un golpe en la mano. El pediatra de guardia le pregunta a la madre: «¿Y me la trae ahora, cuando el golpe fue hace más de cinco horas?».

Igual situación, pero en este caso la madre trae a la niña por un resfriado: «¿Y por qué me trae a la niña cuando este problema no es para nada urgente?».

Cualquier mensaje puede darse en clave de culpabilizar o en clave constructiva. El profesional de la salud usa la forma culpabilizadora para empoderarse y, a veces, también por inseguridad o miedo a verse atacado (el ataque como prevención). Sea como sea, los resultados son siempre negativos, porque tensa la relación e incluso puede provocar reacciones airadas. Otro ejemplo:

En la consulta, la doctora interroga a su paciente sobre su observancia del tratamiento:

—Sí, doctora, me tomé el antibiótico como usted me dijo e incluso tres días más porque no acababa de notarme limpia.

—Pero vamos a ver, si yo le digo que son siete días y usted me hace diez... ¿no ve que si decimos siete es por algo?

Todos los profesionales –ya sean administrativos, de enfermería, médicos u otros especialistas– deberían tener un entrenamiento específico para evitar este tipo de lenguaje.

«Vengo a pelearme con usted»

Hay pacientes que acuden a los servicios sanitarios crispados y dispuestos a «hacerse escuchar». Algunos incluso desean pelearse con alguien (sea quien sea), o con su profesional responsable (tabla 2). Pueden tener motivos racionales, pero otras veces son completamente irrazonables (y hasta irracionales). Por ejemplo:

Paciente: Ayer dijeron en la tele que las pastillas para el colesterol que dan ustedes perjudican más que otra cosa...

Doctora: Por fortuna, usted no toma este tipo de medicina...

Paciente (alzando la voz): Claro, no las tomo porque usted nunca se ha tomado la molestia de mirarme el colesterol.

Doctora: Lo miramos hace un año...

Paciente (alzando aún más la voz): ¡Mentira! Hace al menos dos años que no me hago análisis...

Doctora: Siempre que se lo hemos mirado ha salido bien, no se preocupe.

Paciente: Pues ahora me hace usted unos análisis, que no quiero morirme de un infarto.

Tabla 2. Interacciones agresivas sin motivación aparente

*«Hola, vengo a pelearme con usted»: en general, esta entrada advierte al profesional de un propósito, y por consiguiente le predispone a la defensiva. El paciente puede buscar un simple desahogo, o bien amedrentar al profesional para negociar con ventaja.

*A nivel no verbal el paciente nos dice: «Fíjese en lo rabioso/a que vengo, soy peligroso/a». En este caso se pretende atemorizar para moldear la actitud del profesional.

*«Estoy harto de todos ustedes/de esta situación»: el paciente refleja una desesperanza aprendida.

*«No voy a irme sin más, vengo a luchar por este tema»: aquí, el paciente nos transmite que está preparado para una pugna larga. Normalmente, le mueve la obtención de un bien. El profesional tiene que procurar ganar tiempo a fin de contrarrestar esta estrategia, pues la prisa puede llevarle a tomar decisiones incorrectas.

Los motivos para una conducta de este tipo son variados: rencillas previas que quedaron mal solucionadas, una personalidad iracunda, la soledad, cuentas pendientes con la sociedad en general que se vehiculan contra el primer representante de dicha organización social con quien interactúe... En todo caso producen un gran desgaste emocional y deberíamos estar formados en comunicación para salir del atolladero con éxito.

Algunas estrategias de comunicación

La mayor parte de conflictos se pueden reconducir hacia una negociación razonada y razonable. Es importante no perder los nervios, que se nos vea tranquilos, si bien esta tranquilidad no debe ser óbice para mostrarnos firmes. Por ejemplo:

Esta receta para tu perro no te la puedo pasar como si fuera para ti. Puedes mostrarte enfadado, pero imagínate que todos los propietarios de perros hicieran esta petición a la Seguridad Social... Por consiguiente, esta decisión es firme y lo ha sido siempre. No encontrarás a nadie en este barrio a quien yo le haya hecho una receta para su perro.

Marcar límites (y en este sentido no tener miedo a generar conflictos) es también una estrategia de prevención para ahorrarnos peticiones desabridas futuras. Otra es reconducir expectativas:

No crea que se verá libre de esta tos con un tratamiento mágico. Por desgracia, usted tiene una bronquitis crónica avanzada y los diferentes especialistas que le hemos ido viendo podemos mejorarle los síntomas, pero desafortunadamente el tiempo juega en nuestra contra...

Asimismo, la llamada «cesión intencional» es una gran técnica. Ante una petición no razonable, abrimos la puerta a que en otro contexto la podamos atender:

Ahora mismo una radiografía no está indicada, pero si empeorara no dude que se la pediría.

Como también lo es la conocida como «reconducción por objetivos»:

No nos encallemos en buscar culpables... ahora mismo y tal como se encuentra... ¿qué puedo hacer por usted?

Por último, permítanme un comentario en torno a la empatía. Cuando se tratan estos temas siempre hay alguien que acaba diciendo: «Adoptar una actitud empática y veréis cómo la mayor parte de los conflictos se diluyen como azucarillos». La empatía aparece como una panacea... Por desgracia, no es cierto, e incluso una empatía inapropiada o mal aplicada puede activar conflictos. Es el caso del paciente machista que confunde la empatía con la debilidad. Por consiguiente, hay que combinar empatía con asertividad, pero también con confrontación. Por ejemplo:

—Perdone, doctora, que haya pegado estos gritos a la administrativa de fuera, pero es que me veo apurada...

—Ya veo cómo estás y, sin duda, hablar con serenidad será el mejor camino para encontrar soluciones...

En las referencias bibliográficas que acompañan este escrito proporcionamos diversos artículos de acceso libre en la red que amplían algunos aspectos relativos a las habilidades de comunicación. En todo caso, el último mensaje sería el siguiente: los conflictos no deben interpretarse como fracasos, sino como un acicate para mejorar nuestra organización y nuestra preparación.

Referencias bibliográficas comentadas del mismo autor

*Una visión de la seguridad clínica:

Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). Aten Primaria [Internet]. 2011 [citado 1 Oct]; doi:10.1016/j.aprim.2011.07.014. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S021265671100429X>.

Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. Los errores médicos (II). Aten Primaria [Internet]. 2012 [citado 1 Oct]; 44(8): 494-502.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656711004288>.

*La empatía y cómo a veces puede ser iatrogénica:

Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica* [Internet]. 2011 [citado 1 Oct]; 136(9): 371-416; doi: 10.1016/j.medcli.2009.06.032. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/246618320_Empatia_un_valor_troncal_en_la_practica_clinica.

*Habilidades generales de comunicación:

Borrell Carrió F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFyC; 2014. Edición posterior disponible en: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf.

La vulnerabilidad: el punto de vista de los pacientes

Montserrat Busquets

Miembro de la Comisión Deontológica del Col·legi d'Infermers i Infermeres de Barcelona

Comprender mejor el alcance ético de la mediación en salud implica profundizar en las relaciones que se generan cuando una persona precisa de otra para vivir y llevar a cabo su vida cotidiana.

La atención a la salud tiene lugar en el seno de una multiplicidad de relaciones en donde una persona –junto con su familia o allegados– necesita ayuda a causa de un problema, otra dispone de conocimientos para darla –el profesional– y una tercera –la institución– proporciona los medios para procurarla. A pesar de que contar con el punto de vista de quienes precisan de otros para vivir puede parecer obvio, establecer relaciones de ayuda sin caer en conductas paternalistas, maternalistas o extremadamente autonomistas no es una cuestión simple.

Para una comprensión amplia de las situaciones de vida que operan en los hospitales, centros de salud y domicilios es necesario redirigir la atención al cuidado de las personas que precisan de otros y que, por ello, experimentan coyunturas de vulnerabilidad y dependencia.

Sobre la vulnerabilidad

Somos seres vulnerables, frágiles, dado que nuestra naturaleza puede sufrir daños. La palabra *vulnerabilidad* deriva del latín *vulnerabilis*, palabra compuesta por *vulnus*, que significa *herida*, y el sufijo *-abilis*, que indica posibilidad; por lo tanto, etimológicamente, la vulnerabilidad señala la probabilidad de ser herido. Es precisamente nuestra estructura multidimensional la que hace que, a lo largo de nuestras vidas, muchas situaciones puedan dañarla,

por lo que también hay diversos tipos de vulnerabilidad (Torralba, 1998): a) la *vulnerabilidad física o somática*, que atañe a los peligros del cuerpo, la enfermedad, el dolor, la ancianidad; b) la *vulnerabilidad psicológica*, derivada de la ansiedad, el estrés, las preocupaciones; c) la *vulnerabilidad sociopolítica*, relacionada con factores como el género, la etnia, la educación, la cultura, el estado de salud, la economía, aspectos que pueden conllevar la exclusión social, y d) la *vulnerabilidad espiritual*, porque la conciencia puede instrumentalizarse al servicio de intereses ajenos. Asimismo, la vulnerabilidad también puede definirse con respecto a la relación o acción de otras personas y contextos. Es decir, hay una e) *vulnerabilidad inevitable*, connatural a la vida, y una f) *vulnerabilidad evitable*, generada, de forma intencionada o no, por la acción de terceras personas o por contextos desfavorables. Ramón Bayés (2015) plantea esta idea alrededor del concepto de sufrimiento y de la responsabilidad de los profesionales en evitarlo. En su opinión, no se trata de eliminar todo padecimiento, sino de eliminar el que es evitable mediante el cuidado y la atención: por ejemplo, ayudando a llevar a cabo las necesidades de la vida cotidiana, observando una rigurosa protección de la intimidad, manipulando con delicadeza el cuerpo, adecuando el hábitat a los nuevos requerimientos, proponiendo la aplicación de medidas que puedan mejorar la calidad de vida de los pacientes o proporcionando una información siempre ajustada a cada persona concreta en tiempo y lugar, estableciendo asimismo relaciones de confianza que fomenten la adquisición de recursos emocionales para vivir la nueva situación (Muriel-Fernández, 2016). Reconocer la vulnerabilidad y el sufrimiento en el otro conlleva ver a la persona que hay en el cuerpo que se trata y cuida, obligando a buscar maneras que eliminen o disminuyan las causas de *vulnerabilidad evitable* que incrementan el padecimiento.

Todos los seres humanos, en mayor o menor medida, enfermamos y padecemos, e, ineludiblemente, morimos; todos atravesamos momentos de la vida en los que nuestras necesidades de cuidados se incrementan, nadie está libre de ello. Esta dependencia es un aspecto inherente a nuestra naturaleza humana: los hijos, por ejemplo, dependen de sus padres y madres para desarrollarse, crecer y aprender a relacionarse, unos y otros necesitamos de los demás para nuestro bienestar y para dar sentido a nuestras existencias, para empre-

der y desarrollar nuestros proyectos vitales, o para poder comunicarnos... y todos, en última instancia, dependemos de la organización social para la vida en comunidad. Del mismo modo, también vemos incrementada nuestra dependencia cuando perdemos la capacidad de cuidar de nosotros mismos porque enfermamos, padecemos una lesión o envejecemos. La vulnerabilidad aporta una nueva dimensión que modifica las relaciones entre profesionales, pacientes y familias, tradicionalmente asimétricas y jerárquicas. Desde un punto de vista ético es imprescindible reconocer el error que supone establecer juicios morales en función de la posición que se ocupa en tal relación, ya sea de cuidadora o de receptora de cuidados, ya que la vulnerabilidad puede usarse para definir el papel de cada cual y generar dinámicas de poder de quien cuida sobre quien recibe el cuidado (Barnes, 2012). Estas ideas fomentan un cambio en las relaciones entre individuos que precisan ayuda y quienes la dan. La diferencia entre ellos estriba en el momento de vida concreto de cada cual; uno es paciente o familia y el otro es profesional, pero en tanto que seres humanos son igualmente vulnerables y ambos precisan de los demás para vivir (Feito, 2007). La solidaridad es lo que promueve la empatía y compasión con quien sufre, convirtiéndose en el motor que genera el cambio necesario en las relaciones humanas entre cuidadores y receptores de cuidado (Busquets, 2016).

El cuidado es la respuesta proactiva frente a la necesidad de ayuda, no frente a la carencia o incapacidad que pueden ocasionar la enfermedad, la edad, la pobreza o la condición socioeconómica. Por tanto, no hay que confundir la vulnerabilidad y la dependencia con la falta de autonomía; la persona vulnerable puede ser autónoma y ejercer como tal, siendo capaz de proteger sus intereses si dispone de ayuda, porque cuidar no es dirigir al otro sino ayudarlo a autodirigirse, aunque su situación de vulnerabilidad sea máxima (Davis, 2006).

Vulnerabilidad y bioética

El interés por la vulnerabilidad alcanza a la bioética al considerar que la persona –a pesar de los grandes avances científicos y técnicos– es antropo-

lógicamente vulnerable: no se puede obviar la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la pérdida o la muerte (Hasting Center, 2007). La bioética reconoce el valor ético del cuidado tanto en su aportación teórica como empírica (Beauchamp y Childress, 2009 [1979]). En este sentido, en el año 2002 ya apareció una nueva comprensión de los principios bioéticos, que se formularon bajo los conceptos de vulnerabilidad, autonomía, integridad y dignidad (Rendtorff, 2002). Asimismo, la Conferencia General de la ONU para la Educación, la Ciencia y la Cultura de la Unesco, en el 2005, en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en el apartado 6, recoge el «Respeto de la vulnerabilidad humana e integridad personal». En definitiva, el reconocimiento de que somos antropológicamente vulnerables hace que la bioética se interese por las actitudes solidarias, de empatía y compasión, que permiten ver el sufrimiento del otro y emprender conductas proactivas de atención. A pesar de ello, cabe reconocer que, en general, no ha trabajado ni profundizado en esta idea, quizá porque sigue persistiendo la idea del ser humano como alguien soberano que puede autogobernarse y pretender el control absoluto sobre su propia vida (Camps, 2005). Mayoritariamente, la bioética ha pensado en la vulnerabilidad y el sufrimiento en tercera persona, como algo que sucede en determinadas ocasiones y a determinadas personas y no como una condición que compartimos todos los seres humanos. Autores como Alasdair MacIntyre (2006) se han ocupado de visualizar la escasa consideración de la ética del cuidado en el pensamiento occidental, que no ha entendido la relación entre vulnerabilidad y dependencia en la vida humana. Ahora bien, la bioética puede reformularse buscando nuevos marcos de referencia que ubiquen el cuidado en el mismo nivel de importancia que el tratamiento, de manera que pueda comprenderse mejor que dependencia no es sinónimo de falta de autonomía moral sino de necesidad de ayuda. Es precisamente gracias a la conciencia de vulnerabilidad –que protege el bienestar– como se fomenta la autonomía, ya que la persona puede incrementar la suya propia buscando soluciones de acuerdo a sus costumbres o posibilidades. A su vez, el cuidado impele a la organización y gestión de servicios de salud que generen contextos cuidadores en los que la persona y la familia atendidas sean realmente actores activos y participativos. Vale la pena repensar todo esto.

La propuesta ética del cuidado

Definir y comprender el cuidado no es fácil. Se trata de una acción, pero también de una preocupación, de un pensamiento y de una forma de organización. Es la responsabilidad que, tras ver la necesidad de ayuda, despliega un trabajo encaminado a suprimir o paliar aquellas causas de vulnerabilidad que pueden suprimirse o paliarse, por ejemplo tratar el dolor físico; pero también un trabajo de acompañamiento para mitigar la vulnerabilidad, por ejemplo buscar el consentimiento de la persona y proporcionarle ayuda para entender el tratamiento y sus consecuencias; y, en tercer lugar, un trabajo dirigido a eliminar las causas que generan vulnerabilidad derivadas del propio contexto de la atención, como por ejemplo, al tratar el dolor físico, considerar el descanso y el reposo tan esenciales como el tratamiento.

El primer concepto básico para la ética del cuidado es que la actuación moral responde a la razón práctica que se utiliza al resolver los conflictos concretos en situaciones concretas (Noddings, 2003), y no tanto el cumplimiento de normas o estándares predeterminados. Atañe a todos los implicados en la situación que se interrelacionan para buscar las mejores soluciones posibles. Según la ética del cuidado, para decidir y actuar autónomamente la persona precisa no solo de capacidad para razonar a partir de información y conocimientos, sino también un entramado de relaciones facilitador, en mayor o menor medida, en función del caso particular (Álvarez, 2012). Cuidar es satisfacer las necesidades individuales de las personas en situación de dependencia y vulnerabilidad, al tiempo que reconocerlas como sujetos morales, es decir como seres autónomos (Barnes, 2012). Es esencialmente la situación de dependencia y vulnerabilidad de la persona la que impulsa a buscar respuestas éticas en contextos de interrelación. Por ejemplo, al pensar en la información, no se trata solo de informar a la persona, sino de crear espacios en los que sea posible comprender esa información desde el respeto por la persona y su vida. La ética del cuidado apela a la reformulación de los postulados bioéticos entendiendo que, si bien las relaciones sanitarias inicialmente son asimétricas, mediante la calidad de la relación entre profesionales y personas atendidas y la adecuación del entorno pueden desarrollarse relaciones horizontales de responsabilidad compartida, enraizadas en el respeto de los derechos de la persona enferma o dependiente.

Pero ¿qué convierte la cobertura de una necesidad en un cuidado? De acuerdo con Anne Davis (2006) hay tres factores: a) las *relaciones de cuidado*: una relación basada en el acompañamiento y la facilitación de la vida; b) la *actitud de presencia* y la *reciprocidad*, que es la seguridad que genera la manera de hacer de quien cuida y, también, la idea de que el cuidado es recíproco: debe satisfacer a ambos, a quien lo presta y a quien lo recibe; y c) los vínculos, que dotan de sentimientos a la razón al tiempo que tratan de racionalizar aquellos.

Prevenir y tratar las enfermedades es ayudar a llevar a cabo las necesidades de la vida cotidiana, proteger rigurosamente la intimidad, manipular el cuerpo delicadamente, adecuar el medio a la persona en tiempo y lugar, acoger a la familia y allegados, entre muchas otras atenciones. En definitiva, generar un contexto de relaciones de confianza que fomente los recursos emocionales de la propia persona y tenga en cuenta su red de relaciones y capacidades para vivir la nueva situación. La persona vulnerable o vulnerada, a pesar del daño que sufra –ya sea este corporal, psíquico o social–, no pierde su capacidad de tomar decisiones, si bien, para poderla ejercer, precisa de una facilitación.

De acuerdo con Verena Tschudin (2003), el cuidado es «la atención basada en la persona como ser humano emocional y subjetivo, no para dejarse llevar por las emociones, sino para, desde ellas, encontrar un sentido a la experiencia humana que es buscar una vida saludable, la mejor posible, al tiempo que se sufre una enfermedad o discapacidad».

El punto de vista de las personas atendidas

El informe PLAENSA (2016) aporta datos muy positivos relativos a la satisfacción de los usuarios y pacientes de los servicios de salud. Mediante encuestas se recogen datos para valorar un conjunto de variables comunes como la accesibilidad a los servicios, el trato recibido de los profesionales, la información o los elementos de confort y organizativos. Las personas encuestadas manifiestan un grado de satisfacción notable, buena o muy buena en los ítems relativos al trato, las explicaciones y la información suministrada por los profesionales, así como en las relaciones con las enfermeras y médicos. Entre los aspectos que requieren mejora destacan los tiempos de espera, la puntualidad en las

visitas y las cuestiones administrativas en general. Estas opiniones se obtuvieron a partir de encuestas telefónicas asistidas por ordenador.

Los trabajos de otros autores interesados en conocer la percepción de las personas atendidas sobre sus relaciones con los profesionales sanitarios, arrojan más datos cualitativos. Al respecto, pueden consultarse: Mira y Aranaz, 2000; Barrasa y Aibar, 2003; Ruiz et al., 2010; Say, Murtaugh y Thompson, 2006; Simón y Barrio, 2008; Serrano y Loriente, 2008; Úbeda, 2009; Cibanal y Arce, 2009; Maderuelo, 2009; Ruiz et al., 2010; Tauber, 2011; Cole, 2012; Ruiz y Perestelo, 2012; Snellman y Gedda, 2012; Díaz et al., 2012; Ferro y Prades, 2013; Diego y Amado, 2015; Barbero, 2006 y Busquets, 2017.

Los participantes expresan la gran ayuda que es para ellos disponer de una relación con los profesionales. Vinculan directamente la información que han recibido con la ayuda para comprender su problema de salud, por qué hay que realizar tal o cual tratamiento o por qué es mejor un hábito de vida que otro. Refieren la importancia de la información también relativa a la organización de la vida cotidiana: lo que es previsible que suceda en un futuro próximo, los posibles efectos secundarios de la medicación o el tratamiento, las pautas de actuación aconsejables, los cambios en el día a día, las planificaciones relativas al alta hospitalaria, etc., señalando que esta información ayuda a proyectar el futuro y a vivirlo de forma más previsible. La calidad de la relación es la pieza que genera el impulso suficiente para que la persona ponga en marcha sus recursos personales y afronte la situación de salud, si bien respaldado por profesionales. La relación con estos genera una sensación de control y seguridad, situando a la persona en una buena disposición para tomar decisiones o participar activamente en ello, de manera que es un factor esencial para reducir la vulnerabilidad que la situación de enfermedad conlleva.

Para los participantes en estos estudios los elementos claves que convierten una relación en relación de confianza son:

- tener en cuenta a la persona, no solo a la enfermedad o problema de salud;
- considerar el factor tiempo y respetar el ritmo de asimilación de la persona al proporcionar la información, sobre todo cuando las noticias son malas;

- ayudar a gestionar la incerteza: la veracidad procura seguridad, pero la información debe ser continuada y corroborada, en lo posible, por todos los profesionales que intervienen;
- considerar a la familia como acompañante y no como sustituto ni de la persona enferma, ni del cuidado que deben proporcionar los profesionales. La familia necesita ayuda y frecuentemente está sobrecargada;
- que la relación sea bidireccional, es decir con escucha activa que da lugar a poder preguntar, dudar, compartir...
- la presencia del profesional que hace que la persona se sepa y sienta cuidada y atendida;
- la disponibilidad del profesional a través de su interés y preocupación por el bienestar de su paciente; y
- ser conscientes de aquellas cuestiones no verbales que pueden facilitar o entorpecer la relación. En este sentido, es muy relevante el valor que se otorga a la sonrisa y a la simpatía del profesional como factores de ayuda en la relación.

Respecto a los elementos entorpecedores de la relación, gran parte de los trabajos arriba mencionados coinciden en que las relaciones autoritarias de los profesionales son la principal fuente de insatisfacción y de sufrimiento, acrecentando con ello la vulnerabilidad. Estas situaciones se dan cuando la información es escasa, sin explicaciones sobre la situación concreta ni adaptación a la persona, y se incrementa frente a discrepancias entre profesionales. La relación paternalista –en la que el profesional informa, pero no acompaña en la decisión– genera mucha incerteza y malestar. La falta de explicaciones o una manera de explicar difíciles de comprender provocan una sensación de infantilización, incluso de ridiculización, que inhibe toda relación de confianza. A ello se suma, en ocasiones, la dificultad para preguntar, ya sea porque el profesional no dispone o no proporciona el tiempo y lugar para ello, o porque la persona se siente incapaz de poder hacerlo. Todo ello redundará en la inseguridad de la persona atendida, lo cual incrementa su sufrimiento y vulnerabilidad.

En definitiva, las «alertas» indicadas por las personas se pueden agrupar en tres grandes aspectos:

- no considerar las emociones, como si fuera posible padecer una enfermedad sin sufrir;
- ser tratados como una enfermedad, como si las necesidades de la vida cotidiana se pudieran obviar; y
- el uso de un lenguaje técnico y excesivamente profesionalizado, como si las personas enfermas pudieran entenderlo por sí mismas.

La vulnerabilidad de los profesionales

Sin pretender entrar de lleno en este asunto, al hablar de vulnerabilidad en la relación clínica también hemos de considerar la que afecta a los profesionales, con frecuencia olvidada.

Durante las conversaciones con personas atendidas, este factor está presente. Se dan cuenta de la dificultad de muchos profesionales para llevar a cabo su trabajo y ven claramente cómo influye en la relación que establecen con ellas. Es decir, la vulnerabilidad de los profesionales genera conductas de evitación de la relación de confianza que, de acuerdo con los datos de estos estudios, están relacionadas con:

- la *intersubjetividad*, el riesgo de la proximidad con el sufrimiento de la persona atendida y la dificultad para ser oportuno y saber acompañar el proceso de duelo de forma adecuada;
- la *incerteza* frente a la posibilidad de tratar o cuidar, sobre todo cuando los pronósticos no son claros o son negativos; y
- la *organización*, principalmente en la disponibilidad de tiempo, las elevadas cargas de trabajo, la gran variación de profesionales en la atención de una persona... A ello añaden que el uso del ordenador a menudo, y sobre todo en las consultas, es un factor entorpecedor, ya que dificulta la comunicación.

A modo de conclusión

Las personas expresan su vulnerabilidad no en términos de carencia sino en términos de necesidad. Reconocen el papel clave de los profesionales en su

seguridad; de ahí que se sientan dependientes, pero no faltos de autonomía. Con respecto a esta manifiestan que está intrínsecamente ligada a la posibilidad de mantener relaciones de confianza y ayuda con las personas que les atienden. Por tanto, el trabajo para reducir la vulnerabilidad y el sufrimiento evitable pasa por reconocer el carácter terapéutico de la relación. Supone huir de respuestas estereotipadas y llevar a cabo una práctica reflexiva aprendiendo de las relaciones con las personas atendidas. El cuidado es recíproco porque se aprende a establecer relaciones de ayuda en cada experiencia de cuidado que se vive profesionalmente. Es una gran asignatura pendiente, sobre todo porque la atención a la salud sustentada solo por el conocimiento científico y tecnológico contribuye a negar la vulnerabilidad antropológica del ser humano, alejando el sufrimiento y la muerte –considerados un fracaso terapéutico– de la vida cotidiana. Sin embargo, ambos son hechos cotidianos inevitables en la vida de las personas y en el trabajo de los profesionales al cuidado de la salud. Cabe pues repensar que el fracaso no es la vulnerabilidad, sino la presencia de factores que la incrementan y que pueden ser evitados mediante una aproximación profesional sensible al tiempo que científica, es decir, una aproximación cuidadora.

Para finalizar, nada mejor que esta aportación de un hombre que había padecido un infarto de miocardio (Busquets y Caïs, 2006):

Quando una persona está enferma se pone en manos de los profesionales. En eso somos dependientes; en última instancia sois vosotros los que sabéis. Cuando estás enfermo quieres que te ayuden... El paciente es el paciente... Hay que concienciar a vuestro entorno de que la persona enferma puede ser responsable, pero que no sabe cómo. Tenéis que ser críticos y pensar que hace falta apoyo. La persona ya hace lo que puede, pero a veces no puede más.

Bibliografía

- Álvarez S. La autonomía personal de las mujeres. Una aproximación a la autonomía relacional y la construcción de las opciones. Seminario Universidad de Palermo; 2012. Disponible en: <http://www.palermo.edu/derecho/pdf/La-autonomia-de-las-mujeres.pdf>.
- Barbero J. El derecho del paciente a la comunicación: el arte de comunicar. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2006 [citado 7 Oct]; 29(3): 19-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003.
- Barnes M. *Care in every day live. An ethic of care in practice*. Bristol: Policy Press; 2012.
- Barrasa J, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18(7): 580-590.
- Bayés R. Soy yo, no el cáncer. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2015; 114: 51-56.
- Beauchamp T, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York: Oxford University Press; 2009 [1979].
- Busquets M. Apoyo emocional al paciente crítico y su entorno. En: Fernández F, Garro P. *Atención al final de la vida*. Barcelona: Sociedad Catalana de Medicina Intensiva y Crítica; 2016. p. 39-48.
- Busquets M. *Autonomía e información en el proceso de atención a mujeres con cáncer de mama y hombres con enfermedad coronaria*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona. 2017.
- Busquets M, Caïs J. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas. Cuadernos de la Fundación. 2006; 13.
- Camps V. *La voluntad de vivir*. Barcelona: Ariel; 2005.

- Cibanal JL, Arce MC. La relación de ayuda enfermera-paciente. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2009.
- Cole Cl. Implied consent in nursing practice: ethical or convenient? *Nurs Ethics*. 2012; 19(4): 550-557.
- Davis A. Tenir cura i l'ètica del tenir cura en el segle XXI: què sabem i què hem de qüestionar? Col·legi Infermeres i Infermers de Barcelona. 2006.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura. Unesco.
- Díaz JL et al. La conspiración de silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme. *Psicooncología*. 2012; 9(1): 151-159. doi: 10.5209/rev_PSIC.2012.v9.n1.39144.
- Diego L, Amado E. Información de medicamentos a pacientes: necesaria pero incompleta. *FMC*. 2015; 22(2): 90-97.
- Feito L. Vulnerabilidad. En: Anales del sistema sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2007. p. 7-22.
- Ferro T, Prades J. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. 2013 [citado 7 Oct]. Disponible en: <http://fecma.vinagrero.es/documentos/LIBRONEC.pdf>.
- Hastings Center. Los fines de la medicina. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2007. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689255/cuaderno11.pdf/2fe17f44-b7b8-4081-9525-0267d681240f>.
- Informe PLAENSA. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. 2016 [citado 7 Oct]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/estudis-realitzats/atencio-urgent-hospitalaria/2016/>.
- MacIntyre A. Historia de la ética. Barcelona: Paidós; 2006.
- Maderuelo JA et al. Necesidades de información de los usuarios de Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi. *Gac Sanit*. 2009; 23(5): 365-372.
- Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*. 2000; 114(3): 26-33.
- Monográfico Los fines de la medicina. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Cuadernos de la Fundación. 2007 [citado 7 Oct]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689255/cuaderno11.pdf/2fe17f44-b7b8-4081-9525-0267d681240f>.
- Muriel-Fernández R. et al. La atención sanitaria basada en la cooperación entre profesionales y personas afectadas. *Enfermería Clínica*. 2016; 26(1): 85-90.
- Noddings N. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press; 2003.
- Rendtorff J. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability—towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine, health care and philosophy*. 2002; 5(3): 235-244.
- Ruiz A, Perestelo L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26: 158-161.
- Ruiz R. El reto de la información a los pacientes. *Aten Primaria*. 2004; 33(7): 361-367.
- Ruiz R et al. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria*. 2010; 42(5): 257-265.
- Say R, Murtagh M, Thompson R. Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review. *Patient Educ Couns*. 2006; 60(2): 102-114.
- Serrano R, Loriente N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública México*. 2008; 50(2): 162-172.
- Snellman I, Gedda K. The value ground of nursing. *Nurs Ethics*. 2012; 19(6): 714-726.

- Simón P, Barrio I. Cómo evaluar la capacidad de los pacientes para decidir: algunas claves prácticas. *Jano: Revista de Medicina y Humanidades*. 2008; 1711: 104.
- Tauber A. *Confesiones de un médico. Un ensayo filosófico*. Madrid: Triacastela; 2011.
- Torralba F. *Antropología del cuidar*. Madrid: Fundación Mapfre, Institut Borja de Bioètica; 1998.
- Tschudin V. *Ethics in Nursing, The Caring Relationship*. 3ra ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2003.
- Úbeda I. *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2009.

FUNDACIÓN
VÍCTOR BALAGUER
CÍRICO
LE

Enfoque ético de la gestión alternativa de conflictos en las organizaciones sanitarias

Francesc José María

*Abogado y presidente de honor de la Societat Catalana
de Mediació en Salut*

Introducción

La mediación y otros procedimientos de gestión alternativa de conflictos son unas herramientas que proporcionan a los pacientes y usuarios de los servicios de salud y a los profesionales que prestan servicios, unos mecanismos alternativos a la vía judicial para resolver sus controversias, caracterizados por la flexibilidad de sus trámites, la agilidad del procedimiento y los menores costes económicos y personales para los interesados, sean los profesionales sanitarios implicados, los pacientes o sus familias o las instituciones sanitarias.

Podemos definir la mediación como un sistema de negociación asistida mediante el cual las partes involucradas en un conflicto tratan de resolver por sí mismas, con la ayuda de un tercero imparcial –el mediador– que conduce el proceso ayudando a las partes a encontrar una solución satisfactoria para todos bajo el principio de ganar-ganar.

Los principios básicos que presiden la mediación son: la voluntariedad de las partes, la imparcialidad y neutralidad del mediador, la confidencialidad y la buena fe que ha de presidir todo el proceso, un proceso en el que las partes deben participar personalmente de forma proactiva junto al mediador. Su finalidad no es otra que tender al acuerdo y al restablecimiento de la relación que se ha visto afectada negativamente, cuando no rota, por el conflicto y la desconfianza entre las partes. En definitiva, la mediación trata de facilitar la comunicación entre las partes en disputa para que ellas mismas gestionen una solución, bajo la asistencia del mediador.

Sus ventajas están perfectamente descritas en la literatura sobre la gestión de conflictos: la mediación –y en general todos los métodos alternativos para la resolución de problemas– ahorra tiempo y dinero; los procedimientos son sencillos, flexibles y controlables por las partes (lo que no ocurre cuando se judicializa el litigio); mejora la comunicación y las relaciones; brinda una oportunidad a las partes para ser protagonistas; reduce el estrés que supone la judicialización; y, si concluye con acuerdo, procura una mayor satisfacción porque el mismo ha sido alcanzado por las partes litigantes. En este sentido, incluso si no hay acuerdo final, el procedimiento habrá servido para clarificar y delimitar el alcance de la controversia. Por el contrario, la respuesta

judicial tiende a ser muy insatisfactoria, sobre todo para quien pierde el pleito.

Hoy en día el principal obstáculo para que las formas alternativas de gestión de conflictos, entre ellas la mediación, se abran camino es cultural: la cultura, en nuestro país, es ajena a estos métodos particulares de negociación que tratan de resolver los conflictos intersubjetivos mediante el diálogo. Al respecto, no ha existido hasta la fecha una política pública encaminada a promover ese cambio cultural absolutamente necesario para gestionar mejor los conflictos en todos los ámbitos, en particular el de la salud.

Estamos educados en el que «quien más grita, más razón tiene» y en el «al adversario, ni pan ni agua». La situación política actual es un buen ejemplo de lo que digo y un mal ejemplo para la ciudadanía. Como ha puesto de relieve Josep Redorta: «la desviación/desobediencia de la norma jurídica (la Constitución) ha supuesto un conflicto abierto que se está resolviendo por la vía coercitiva de la prisión provisional y del juicio penal, que cada vez polariza más las posiciones de las dos partes enfrentadas (el Estado y el movimiento soberanista), convirtiéndolas en irreconciliables y en la que se confunde fuerza con poder, olvidando que el poder más fuerte y duradero es el del afecto». Tampoco son demasiado edificantes para los ciudadanos y ciudadanas aquellos medios de comunicación que emiten programas de «entretenimiento» o tertulias políticas en los que prevalecen el griterío, el insulto y la descalificación del contrario.

Ya hace tiempo que la mediación y otros procedimientos alternativos de gestión de conflictos están intentando hacerse un espacio en el sistema de salud a fin de resolver las controversias suscitadas. Debemos reconocer que sin demasiado éxito, salvo honrosas excepciones. Hasta ahora, los resultados de su impulso se han cifrado en un escaso nivel de implantación, y esto ocurre no solo en el ámbito de la salud. El asentamiento de la mediación como forma de gestión y de resolución de los conflictos alternativa a la vía judicial, a pesar de los esfuerzos realizados, no acaba de consolidarse, posiblemente por desconocimiento de la herramienta o por desconfianza. No sabría decir en qué dosis.

El manifiesto del Primer Congreso estatal de Mediación en Salud (junio de 2018)

Organizado por la Societat Catalana de Mediació en Salut, a principios de junio de 2018 se celebró el Primer Congreso estatal de Mediación en Salud, que contó con un gran éxito de asistencia y de contenidos articulados. De dicho congreso resultó la aprobación de un manifiesto en el que, tras reiterar los principios antes señalados que presiden la mediación, destacaba la necesidad de crear, a través del diálogo, un espacio de disculpa, de comprensión y de perdón ante los errores que se pueden producir durante la atención sanitaria –en terminología de seguridad del paciente hablaríamos de «eventos adversos»– y los malentendidos entre profesionales.

Frente a la cultura culpabilizadora que hoy en día desgraciadamente aún preside el abordaje de los procesos de resolución de conflictos cuando estos se plantean, en dicho espacio, según este manifiesto, se debe promover una escucha activa y una cultura del diálogo cuyo objetivo es alcanzar la reparación emocional.

En relación con las organizaciones sanitarias, el manifiesto plantea una conclusión de consenso entre los congresistas en torno al hecho de que «la mediación, en el ámbito de la salud, ha de promover una cultura institucional que incluya la responsabilidad, la coherencia y el compromiso con los valores de la mediación. Para ello debe disponer de espacios de diálogo accesibles que contribuyan a fomentar la cultura de la paz y la prevención primaria mediante la formación continuada de todos los agentes».

La complejidad de las organizaciones sanitarias

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

Esta complejidad está caracterizada por múltiples factores: multitud de actores (pacientes, familiares, profesionales, gestores, responsables de las administraciones sanitarias, industria farmacéutica...) e intereses en juego; amplio catálogo de derechos (a un trato digno, a decidir y a no sufrir) y deberes de los ciudadanos en relación con su salud y la atención sanitaria; la diversidad cultural y de creencias de las personas atendidas; los dilemas éticos que se plantean en el transcurso de la atención; la alta cualificación de los profesionales; el trabajo en equipos multidisciplinares, que debe conjugarse con la necesaria autonomía técnica de los profesionales que los componen en el ejercicio de su actividad, y por la misma esencia de la relación profesional sanitario-paciente, que por definición es asimétrica.

Conflictos derivados del tratamiento

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

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

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

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

En efecto, uno de los problemas que se plantea cotidianamente a los profesionales de la salud es cómo deben comunicar que se ha producido un daño fruto de un error del que han sido responsables; o, lo que es lo mismo, cómo reconocer de forma abierta y sincera que ha ocurrido un daño no intencionado y decir «lo siento» sin que este reconocimiento suponga el disparo de salida de una reclamación de responsabilidad contra él o ella que pueda afectar negativamente a su patrimonio o a su reputación profesional. A pesar de la dificultad de dicha comunicación franca, debemos tener en cuenta que es una obligación deontológica de los profesionales sanitarios reforzar la sinceridad en la comunicación con sus pacientes cuando se producen complicaciones, errores o accidentes en el proceso de atención.

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

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

Los ciudadanos y ciudadanas, por su parte, tienen que aceptar que la atención sanitaria es una actividad que, por mucha calidad que tenga, conlleva riesgos, debiendo estar dispuestos a asumirlos. Por desgracia, no siempre es así:

demasiado a menudo se exigen resultados milagrosos que el estado de la ciencia médica no puede proporcionar, o que los recursos sanitarios disponibles en nuestro sistema de salud –seguramente debido a las altas expectativas puestas en él– no pueden satisfacer.

Conflictos derivados del trato

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

En este tipo de conflictos, los derivados del trato, es donde a priori puede tener un mayor recorrido la mediación. No obstante, habrá que introducir primero este procedimiento con carácter previo al inicio de procesos judiciales declarativos de responsabilidad por negligencia profesional, ya sea mediante su inclusión en los protocolos de actuación de las compañías aseguradoras o a través de la introducción de modificaciones en las leyes de enjuiciamiento que lo establezcan como presupuesto necesario para la admisión de una demanda: la denominada «obligatoriedad mitigada». En este sentido, el Ministerio de Justicia elaboró en la pasada legislatura un anteproyecto de ley de impulso de la mediación que establece como presupuesto procesal haber sido informados de la existencia y ventajas de la mediación, así como haber asistido como trámite previo a una primera sesión exploratoria. En Chile, donde existe desde hace años una ley de mediación sanitaria, concluyen con acuerdo alrededor de un veinticinco por ciento de los conflictos mediados.

La confianza, un tesoro que nunca debería malograrse

La confianza –cimiento de toda sociedad y de todo grupo consolidado– constituye el elemento clave para el buen funcionamiento del sistema sanitario: los pacientes y usuarios deben confiar en los profesionales que los atienden, estos en los compañeros con quienes comparten la responsabilidad de la atención, y unos y otros deben confiar, a su vez, en las organizaciones para las que prestan servicios y donde encuentran la atención que solicitan, así como también en sus gestores. Es decir, todos juntos tenemos que confiar en el sistema y en las autoridades que lo rigen. No saldríamos de casa si no confiáramos de entrada en que peatones y conductores de todo tipo de vehículos se comportarán como se espera de ellos y cumplirán con las reglas que regulan la movilidad vial. De igual manera, no acudiríamos al centro sanitario a solicitar atención médica si no confiáramos en recibirla y de la mayor calidad posible.

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

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

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

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

De igual manera que pueden querer ser agentes de sus procesos de salud, los pacientes también pueden desear serlo en la adopción de soluciones relativas a los conflictos en los que son parte. La voluntariedad en la participación en un proceso de solución alternativa, así como la adopción o no de acuerdos que pongan fin al conflicto, entronca con el principio bioético de autonomía.

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

Y por último, también comparten la ética asistencial y la gestión alternativa de conflictos el sometimiento al principio de justicia, pues ambas tienen la misma finalidad: promover la reparación de las transgresiones.

Imperativos éticos de las organizaciones sanitarias

La ética de las organizaciones sanitarias es una parte de la bioética. En este sentido, la ética médica, cada vez más, va tomando una mayor dimensión institucional: un ejemplo de ello ha sido la evolución del deber de secreto del profesional de la salud hacia el deber de confidencialidad de las instituciones sanitarias, que obliga a todos los que prestan servicios en ellas y no solo a los profesionales sanitarios colegiados con código deontológico propio.

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

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

Es en el marco de las organizaciones sanitarias donde interaccionan profesionales, pacientes y sus familias y otros agentes vinculados con el proceso asistencial, y es de esa interacción de donde surgen unos conflictos que pueden llegar a tener una alta carga de sensibilidad y emotividad, habida cuenta de los bienes jurídicos que hay en juego: la vida, la salud, la integridad física, la intimidad, la dignidad o la libertad.

Podemos definir la ética de la organización como «la articulación, aplicación y evaluación de valores relevantes y posicionamientos morales de una organización, que la definen tanto interna como externamente» (Spencer et al., 2000).

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

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

Prever de qué modo afrontar la gestión de conflictos de todo tipo, así como adoptar medidas organizativas tendentes a la implantación de instrumentos para su resolución alternativa (no judicial), es, aparte de una exigencia ética, un síntoma de madurez de la organización.

La ética organizacional tiene, además de una dimensión preventiva y de elaboración de protocolos, un vínculo estrecho con la línea de trabajo de la calidad. Es por ello que la Sociedad Catalana de Mediación en Salud ha propuesto al Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, que incorpore en los estándares de calidad que emplea para la acreditación de los centros sanitarios la creación o uso de unas infraestructuras básicas para la prevención de conflictos y su gestión cuando estos se producen.

Sistemas integrales de resolución alternativa de conflictos

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

Existe una multiplicidad de casuísticas susceptibles de abordaje. Entre los profesionales, las malas relaciones entre compañeros, los conflictos horizontales o verticales entre los miembros de un equipo, unidad o servicio, o el mal clima laboral derivado de dinámicas viciadas. Con pacientes y usuarios, los problemas derivados de la vulneración de sus derechos o de la atención recibida en su doble vertiente de trato o tratamiento.

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

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

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

Y sobre esta base:

- Revisar los procedimientos y protocolos internos existentes relativos a acoso moral o sexual, agresiones, etc.

- Introducir tales sistemas de mediación en el debate sobre el plan estratégico de la organización (misión, visión y valores).
- Reexaminar los códigos éticos, de conducta y de buen gobierno implantados.

Asimismo, el sistema integrado de gestión de conflictos requiere un enfoque múltiple desde:

- La prevención de los riesgos psicosociales y espirituales.
- La calidad de la atención.
- La seguridad del paciente y la comunicación de los eventos adversos.
- La formación del personal para la adquisición de habilidades comunicadoras y mediadoras.

Además, el sistema debe tener en cuenta el apoyo y la relación con órganos que ya existen en los centros sanitarios: las unidades de atención al usuario, los servicios de prevención de riesgos laborales, los Comités de Ética Asistencial y los destinados a prevenir, detectar y actuar en casos de agresiones o de acoso, órganos todos ellos que pueden actuar como puerta de entrada al sistema sin dejar de lado otras múltiples vías de detección de conflictos y de acceso que puedan existir en las organizaciones sanitarias (asesorías jurídicas, órganos de representación unitaria de los trabajadores, departamentos de personas y valores, agentes de igualdad...).

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

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

La tendencia actual es la de implementar estos sistemas integrados, con objeto de establecer el clima necesario para que, mediante la utilización de los procedimientos alternativos a la vía judicial para resolver conflictos, se recupere y restaure la confianza y la relación de los pacientes con los profesionales, o entre los propios profesionales cuando aquellas se han roto o han quedado maltrechas como consecuencia de una situación de conflictividad. En Estados Unidos, los Institutos Nacionales de Salud ya lo hacen.

Conclusiones

1. Es necesario un cambio de cultura en todos los niveles (organizaciones sanitarias, profesionales, pacientes y usuarios) para propiciar que el sistema de salud incorpore en su acervo cultural y ético la gestión y resolución alternativa de conflictos.
2. La ética asistencial y la mediación, así como otras formas alternativas de resolución de conflictos, comparten valores: entre otros, el respeto por las personas, la confidencialidad, la justicia o la promoción de la autonomía. Y se vehiculan por procedimientos basados en la escucha activa: la deliberación y el diálogo, respectivamente.
3. La credibilidad ética de las organizaciones sanitarias puede quedar cuestionada si estas no pasan a la acción previniendo conflictos y actuando de forma ágil y resolutiva cuando se producen.
4. Las administraciones sanitarias deben ponerse manos a la obra y promover una política pública de resolución de conflictos mediante la sensibilización de los distintos agentes del sistema de salud y la implantación de herramientas basadas en la cultura de la paz y el diálogo.
5. La mediación y otros procedimientos de gestión de la conflictividad pueden contribuir a la creación de un entorno seguro en la medida que se abra paso en las organizaciones del sistema de salud la cultura de la paz y el diálogo y se aborden de manera positiva, franca y no culpabilizadora los conflictos.
6. La mediación y otras modalidades de gestión y de resolución alternativa de conflictos deben ser un recurso universal y gratuito al alcance de todos, como puso de manifiesto el Primer Congreso estatal de Mediación en

Salud, a fin de garantizar la equidad de acceso y favorecer la confianza, sobre todo de los usuarios, en el uso de estas herramientas.

7. Las organizaciones sanitarias deben diseñar sistemas de resolución integrada de conflictos para afrontar estos en el marco global de cada organización como un elemento de su política de calidad, respetando su idiosincrasia.

Lamentablemente, si bien es cierto que la mediación y otros sistemas de gestión y de resolución alternativa de conflictos son hoy por hoy unos recursos poco presentes en nuestra sociedad, también lo es, sin duda alguna, que cuentan con mucho futuro en el ámbito de la salud.

Bibliografía

- Anteproyecto de Ley de Impulso de la Mediación. Ministerio de Justicia. 2018 [citado 1 Oct 2019]. Disponible en: <https://www.aeafa.es/files/noticias/anteproyectoleyimpulsomediacion.pdf>.
- Carnero de Blas M. Mediando en salud: una propuesta de mediación sanitaria en hospitales. *Revista de Mediación*. 2012; 10: 13-18.
- José María F. La gestión de los conflictos en las organizaciones sanitarias, un estándar de calidad. *Avances en Gestión Clínica* [Internet]. 2018 [citado 1 Oct 2019]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2018/05/la-gestion-de-los-conflictos-en-las.html>.
- Manifiesto del Primer Congreso estatal de Mediación en Salud. Barcelona; 2018.
- Redorta J, José María F. Afrontar los conflictos en el mundo sanitario. *Annals de Medicina*. 2016; 99: 163-166.
- Redorta J. *Cómo analizar los conflictos*. Barcelona: Paidós; 2004.
- Redorta J. *Aprender a resolver conflictos*. Barcelona: Paidós; 2007.
- Redorta J. *Catalunya: ley y conflicto*. Societat Catalana de Mediació en Salut.

Rogers NH et al. *Designing systems and processes for managing disputes*. Nueva York: Wolters Kluwer; 2013.

Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(4): 247-259.

Spencer EM et al. *Organization ethics in health care*. Nueva York: Oxford University Press; 2000.

A propósito de un caso

**Mercè Alaball, Josep Lluís de Peray,
M. Rosa Heras, Maite Matas
y Sònia Miguel**

*Mediadores, equipo de expertos de la Societat Catalana
de Mediació en Salut de Catalunya*

Con el objetivo de promover el debate entre los asistentes al seminario «Una mirada ética en la gestión de conflictos», se presentó un caso real a través de la interpretación de dos actores de la compañía Amics de les Arts de Terrassa. La dinamización del caso tenía la intención de que los espectadores pudieran conocer la expresión emocional de un conflicto dotado de una dimensión ética importante y que influyera de manera determinante en el análisis desde el punto de vista de la mediación. El conflicto era, una vez analizado, de índole ética y afectaba a las personas protagonistas y también al entorno de los profesionales de la salud.

El caso teatralizado nos muestra los pensamientos, sentimientos y deseos de dos personajes: la hija de una paciente que ha muerto en el hospital y el médico que la atendió.

La madre fallecida era viuda, tenía setenta años y estaba jubilada. Había sido maestra de escuela. Hacía dos años fue diagnosticada de un cáncer de mama. La enfermedad evolucionó rápido. Aconsejaron derivarla a cuidados paliativos para el control de síntomas y allí decidieron ingresarla por un derrame pleural. Al cabo de dos días, murió.

El conflicto se enmarca quince días después de la muerte de la madre. La hija interpone primero una queja en la Unidad de Atención al Paciente (UAP) y luego, a través de un abogado, presenta una demanda judicial por mala praxis.

Cree que su madre ha muerto por un error en la administración de morfina y que la han matado. Asimismo, considera que no le informaron de que estaba tan mal y de que iba a morir. Siente un dolor muy intenso y necesita que el hospital y el médico admitan su culpa.

Este último no asume ningún tipo de responsabilidad. Asegura que ha cumplido el protocolo punto por punto, correcta y estrictamente, y que es evidente que cuando alguien está en paliativos va a morir. Estima que esta señora tenía un grave problema, e incluso duda de la oncóloga que la diagnosticó inicialmente.

HIJA (hablando sola... con el informe en la mano...): «No me cuadra nada, mi madre estaba diagnosticada de un cáncer de mama. A partir de aquí, un

goteo de cosas añadidas que he ido descubriendo: que si también tenía metástasis, que si también estaba afectada de un riñón... Primero me dijeron que era normal que se cansara y se ahogara al subir escaleras... efectos de la quimio, que descansa... y haga reposo, decían las enfermeras de oncología... ¡Ya lo creo que hacía reposo! No podía ni con su alma. Luego me dijeron que quizá tanto ahogo no era normal, y volvimos a la oncóloga. ¡Ella siempre tan esperanzadora! Esto era señal de que había infiltraciones en el pulmón. El caso es que al final la ingresaron. Tenía líquido en el pulmón y se lo sacaron... tengo que reconocer que después mejoró de la respiración. Aun así, no la dejaron irse a casa, debían evaluar el seguimiento, en "la comisión", para dar con el protocolo más adecuado. Comisiones y protocolos, protocolos y comisiones... ¡Arriba y abajo!».

Cuando llegué al hospital, la habitación estaba vacía, encontré a la enfermera y toda nerviosa me dice, antes de que yo pudiera decir nada: «¿No ha visto al médico?». Y yo, perpleja, digo: «¿El médico? No, vengo a ver a mi madre, ¿dónde está?». Ella hace una expresión que no olvidaré y me responde: «Lo siento mucho, su madre ha muerto, no hemos podido localizarla para comunicárselo».

Estábamos en el pasillo, carros llenos de sábanas y pañales, carros con medicación y portátiles, solo veía carros y solo oía: «Ha muerto, ha muerto... no la hemos podido localizar... ha muerto, no la hemos podido localizar...». Me temblaban las piernas.

Mi madre murió sola, la encontraron muerta por la mañana, mientras yo trabajaba con los niños del colegio. Soy maestra, como ella lo fue, móvil apagado y dedicación total a lo que toca. Y apagado se quedó el teléfono, precisamente en aquel momento en que me buscaban. Mi madre murió sola; lo último que le hicieron, me dijo la enfermera, y no lo olvidaré, fue administrarle morfina de madrugada... y por la mañana, cuando volvieron a entrar, estaba muerta, fría. Hacía rato que había perecido, mientras yo dormía en casa, también sola, sin pensar que entretanto mi madre estaba muriéndose...

La enfermera me lo contó: el ahogo iba y volvía, no la dejaba descansar, le pusieron la morfina de rescate. Cuando la encontraron muerta, la sacaron de la habitación, antes de mi llegada, porque había una compañera. «Sí, ya lo entiendo –dije–, entiendo que la compañera se asuste... ¡es del resto de lo que no entiendo nada!».

Ahora resulta que en el informe pone que ha muerto de una insuficiencia respiratoria a consecuencia de la quimio... y a mí no me habían dicho que este ahogo podía causarle la muerte. Me decían que era normal, que una vez sacado el líquido ya estaría resuelto. Se quedó en el hospital para controlarle la nueva medicación, ¡para encontrar el protocolo más adecuado, no para morir allí!... Nadie, nunca nadie me dijo que mi madre se iba a morir. En los controles, los comentarios siempre eran nuevas propuestas para controlar los nuevos problemas... nunca nadie me dijo: «Esto se ha ido de las manos», o «No hay nada que hacer», o «La hemos perdido», o «El tumor está controlado, pero las consecuencias no. Metástasis por todas partes: huesos, riñón, hígado, pulmón, dolor, ahogo». Nada de nada, y mientras tanto nosotras dos haciendo planes para cuando se recuperase... Si reconstrucción de pecho, si no es necesario, si bien ya hablaremos... El cáncer de mama es de los que se cura, hay muchas cosas que hacer... Bueno, muchos tratamientos, quiero decir. Tantas noticias esperanzadoras y mira cómo ha acabado. Estoy segura de que ha habido un error o pasó algo que no me cuentan, ellos siempre se protegen. No me fío ni un pelo de lo que me dijo el médico: «¡Le ha fallado el pulmón! Ha hecho una parada respiratoria». Claro, todos nos morimos porque dejamos de respirar... no voy a parar hasta que me digan la verdad.

He ido a la Unidad de Atención al Usuario, me han dicho que ellos pueden pedir que el médico revise el informe. ¡Parece ser que lo escribe la secretaria! Cuanto más me informan, menos me fío de nadie... Al final, esta me ha dicho que hablaría con el médico y que mejor que yo de momento no lo hiciera, que ya me diría algo. No me lo puedo creer, todo esto me parece increíble, he salido destrozada, ¡el informe lo escribe la secretaria! Estoy convencida de que todo está lleno de irregularidades, no me quito de la cabeza la morfina que le pusieron para que estuviera mejor... y yo, está claro, no estaba al corriente de nada.

Estoy decidida a poner una demanda por mala praxis... el informe ni menciona que le administraron morfina antes de morir, ni habla de que no habíamos sido informadas de la gravedad de la situación... el informe dice algo así como que «ha dejado de respirar» (parece ser que por arte de magia). No me fío de nadie de este centro... buscaré ayuda fuera. ¡Está decidido! Pediré cita con un abogado. Aquí no encuentro a nadie que me merezca confianza... cada vez que vengo me vuelve la rabia y la impotencia. ¡Sola no lo conseguiré!

MÉDICO: Hace quince días me llaman para que suba al despacho de planta, urgentemente. Cuando llego, veo a Elsa, la enfermera que me había llamado. Quería que le comunicara a la hija que María, su madre, había muerto. La traje al despacho y me dijo: «Ya sabes que no la pudimos localizar, la he encontrado entrando en la habitación cuando venía a ver a su madre... ya le he dicho que había muerto, pero claro, quiere hablar contigo, está dentro».

Detesto estas situaciones. Entré en el despacho, y le expliqué: «Una muerte previsible por fallo respiratorio». Ella estaba en estado de *shock*, normal... lloraba... todo me pareció normal. Su madre tenía setenta años, cáncer de mama, con un tumor controlado, pero con muchas metástasis... dejará de sufrir, le dije... tenía mal pronóstico. Ella, como si saliera del infierno, me dijo: «¿Mal pronóstico?... y ¿ahora me lo dice? ¿Mal pronóstico? ¿Y por qué nunca me había dicho que mi madre se estaba muriendo? ¿Eh? ¿Por qué?». La verdad es que yo, en ese momento, reaccioné espontáneamente y repliqué que me parecía que era evidente que la señora María se estaba muriendo... las cosas no iban bien desde hacía días y por eso se quedó ingresada en la unidad de paliativos. En fin, no creo que la convenciera, ya que hoy ha venido otra vez y la secretaria me ha pedido revisar el informe... La hija dice que no le cuadra nada y que quiere que en el informe ponga lo que pasó: que murió por una dosis excesiva de morfina.

Es evidente que esto no consta en el informe: la morfina era necesaria para controlar el ahogo. La gente no lo entiende... ahora bien, también es mala suerte que la hija sepa que el último acto asistencial que se realizó a su madre fue administrarle morfina. Elsa también hubiera podido explicar otra cosa. ¡A ver quién convence ahora a esta hija! ¿Cómo podré hacerle entender que todo ha sido correcto? ¡Siguiendo el protocolo!

Yo prefiero no verla... cuando las cosas se tuercen de esta manera no me veo capaz de hablar... me paso el día dando malas noticias... lo hago tan bien como sé, pero a veces se malinterpretan comentarios o ellos se hacen sus ideas y luego resulta que me salpica a mí. No es el primer caso que me encuentro en que me dicen: «Usted no nos ha dicho». ¡Y tanto que se lo digo! Lo que pasa es que ellos están solo pendientes de oír que «todo va bien» y en esta especialidad esto es muy complicado. Las conversaciones a veces sirven para liar aún más, a ver si lo puedo resolver a través de la secretaria.

Y ahora, si me permiten, he de seguir trabajando... tengo un montón de pacientes que todavía debo atender. Los que ya no están también nos roban tiempo... lo importante ahora es que me centre en los que todavía están.

Conversación mediadora en torno a un caso

Ante un caso como este, un mediador o mediadora se centraría en analizar y hacer un diagnóstico del conflicto, preguntándose qué, quién y cómo ha pasado. Buscaría cuál es la historia del conflicto, el contexto, los actores principales, las consecuencias.

La ética nos lleva a la consideración de aquello que se aprecia como bueno, de la conducta adecuada, de cómo actuar desde la libertad de acuerdo con los valores que determinan la condición humana y que se quieren elementos constitutivos de los individuos y de la sociedad. La moral sería la ética practicada, insertada en una circunstancia histórica y en una sociedad concreta, es decir, aquello que forma parte de los hábitos y costumbres que son fruto de los acuerdos sociales del momento. Es el buen comportamiento. La ética sería «la forma de ser», el carácter, menos invariable y sustentado en los valores, mientras que la moral, diferencia sutil pero a menudo esencial, está condicionada por los acuerdos sociales moldeados, aprendidos y educados. Por tanto, la moral se manifiesta con «la forma de ser».

En el conflicto hay una dimensión ética en la medida en que interpela al pensamiento y a la acción del individuo cuando se enfrenta a las ideas, creencias, intenciones y obras ajenas. Esta esfera personal es escalable en los grupos y organizaciones.

La mediación no pretende llegar a una solución entendida como un compromiso transitorio entre las partes. Muy al contrario, debe procurar en su proceso incluir el pensamiento ético en todas las dimensiones del procedimiento. Los valores de la mediación, denominados como principios (la imparcialidad, la neutralidad, la confidencialidad, la voluntariedad, la autonomía de las partes y la buena fe), son la traducción de la ética de la mediación, no solo como punto de partida, sino como aspectos presentes durante todo el proceso. La mediación es ética o no es mediación.

Sirvan estas apreciaciones iniciales para analizar el caso presentado, que abordaremos a través de cuatro aspectos: la invisibilidad de la paciente, los valores de la organización, la ética profesional y la ética organizacional y, finalmente, la honestidad y la humildad.

1. Invisibilidad de la paciente

La paciente no está. Ni en el relato del médico ni en el de la hija. Y esto conduce a hacernos algunas preguntas:

- ¿Cómo encaja esta situación en los derechos del paciente a ser informado y a decidir?
- ¿Sabía la señora María que la enfermedad era grave? Si no lo sabía, no pudo decidir sobre cómo y dónde morir, ni qué hacer antes de fallecer. Si lo sabía, ¿decidió no compartirlo con la hija?
- ¿Qué significa, pues, ser informado? ¿Para qué sirven el consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas? En este caso, ni siquiera se habla de ello.

Solo sabemos de María a partir de las conjeturas de los otros dos actores: la hija y el médico. En el ámbito de la salud, la relación entre el paciente y el facultativo constituye un vínculo especial y privilegiado. Es un hecho cultural en sí mismo que ha sido reconocido a través de múltiples escritos y evidencias.

La relación asistencial es una relación potente: es un elemento de tranquilidad y contención personal, así como de ordenamiento social. En el contexto de esta sesión en torno a la ética y la mediación, la invisibilidad de la enferma es un factor que nos permite reflexionar sobre la situación de los enfermos que están atrapados entre el sistema asistencial y la familia. Es como si este «atrapamiento» condujese inevitablemente a la desaparición de la paciente como actor esencial en esta tesitura. A menudo, el manejo de las situaciones terminales de la vida acaba siendo un acuerdo entre la familia y los sistemas asistenciales, o viceversa. En ambos casos, el protagonismo del enfermo desaparece como consecuencia del estado físico, psicológico y emocional que lo ha llevado hasta el centro sanitario. Cuando la persona está mermada en su capacidad de tomar decisiones, la actitud ética refleja de familiares y amigos es la de alzarse como abogados de ella y defender sus voluntades.

De ahí la importancia de una información franca, clara y bondadosa. Al respecto, una información que se concreta en el consentimiento informado es el resultado de una reflexión compartida sobre el diagnóstico, el pronóstico, los

riesgos y las consecuencias de las pruebas diagnósticas y los tratamientos o sus ausencias (*primum non nocere*).

La relación asistencial busca también la excelencia del ejercicio profesional y la preservación de los principios éticos de la medicina (el juramento hipocrático) y del cuidado (el juramento de Florence Nightingale). Esta no es una relación sencilla, ya que debe ser sensible a las circunstancias del paciente y a las exigencias del pensamiento contemporáneo.

Sea cual sea la situación clínica, el hecho más relevante de la profesión asistencial es la acogida, la demanda del paciente. Es lo que da sentido y pone en marcha todo el proceso «asistencial». Esta acogida es inmediata, no admite espera. Sabemos que, en un entorno de recursos limitados, tendremos que gestionar la demanda, es decir, gestionar la espera para que esta sea tolerable. Sin embargo, hay situaciones de orden superior, como la presentada en el caso, en las que la singularidad del momento obliga a prestar toda la atención. Ninguno de estos elementos ha tenido cabida en el caso presentado. Solo se hacen visibles el dolor de la hija o la conducta del médico, las puntas del iceberg de una catástrofe anunciada a causa de un silencio sobrecogedor.

Cada vez más, la muerte está siendo secuestrada de la vida social, corriendo no pocas veces a cargo de equipos médicos especializados. En los hospitales –unas estructuras asistenciales ideadas para curar– la muerte aún es percibida como un fracaso e, implícitamente, como un momento que ojalá sea ignorado. Los hospitales no están concebidos para la muerte. En este sentido, los centros sociosanitarios, las residencias de ancianos y las soluciones que la atención primaria ha encontrado a través de los Programas de Atención Domiciliaria para Equipos de Apoyo (PADES) parecen respuestas más «humanas» a la hora de asumir la muerte. El reto es, sin duda, cómo conciliar la voluntad y el deseo de curar de los hospitales y de todos sus profesionales con el evento cierto de la muerte y su atención, que debería ser igualmente importante y rigurosa en tales entornos, sin rehuirla y con rigor.

Seguramente aquí sí habría espacio para la presencia de la señora María, la paciente de nuestro caso. La acogida de la que hablábamos al inicio es también un compromiso: te cuidaré hasta el final, mientras estés aquí no te abandonaré.

Lo fundamental es que se trata de una persona ante otras personas. Los seres humanos nos necesitamos los unos a los otros. Somos seres que nos ofrecemos amorosamente, sobre todo si hemos hecho la elección profesional de dedicarnos a la atención, acompañamiento y asistencia de la gente. Y eso, en este contexto, es un imperativo ético.

Pareciera deducirse de nuestro caso que la muerte de la paciente se ha producido en soledad. La relación asistencial es presencia, y si bien no hace falta estar a la cabecera del paciente todo el rato, sabemos la importancia de dar la mano, de la exploración física como una oportunidad para hacer del tacto una oportunidad para la comunicación con el otro y el consuelo de la palabra como el medio a través del cual podemos sentir la estima... El vínculo con el profesional es el primero de los medicamentos. De ahí que la ausencia, el recibir una dosis de morfina y el aislamiento, pueda ser vivido como un «allá tú». La no presencia es la rotura del vínculo, la certificación de que ya hemos dejado de colaborar, la constatación de la soledad. El respeto de todas estas observaciones y distinciones descritas, actuar y ser garantes del respeto de esta mirada ética, nos llevará a la prevención de muchos de los conflictos que se enmarcan como «conflictos relacionales» dentro del proceso asistencial.

2. Los valores: fundamentos de la cultura organizacional

Los valores de las empresas se definen habitualmente en los despachos de los directivos, de arriba abajo, lejos de los espacios asistenciales. A menudo, la única finalidad es mostrar que se tienen unos principios éticos y visibilizarlos. Lo que no existe son mecanismos ni procedimientos para que la estructura de estas organizaciones sanitarias conozca, asimile, adopte y se apropie de tales valores.

Al respecto, volvamos a nuestro caso: si visitamos la web del hospital donde se produjo la muerte de la paciente, podemos ver que publicita valores como la solidaridad, la transparencia, el compromiso ético o un trato humano y personalizado.

Cuando en las organizaciones sanitarias se enuncian los valores, un término extremadamente polisémico, se suele efectuar en el contexto de la planificación estratégica o política. De alguna manera, la elección de estos principios está relacionada con la formulación de estrategias que responden a la consecución de objetivos orientados a hacer posible la «misión», que es la razón de ser de la organización, y orientarla hacia la «visión», que es aquello que quiere ser en el futuro.

En las instituciones sanitarias, el concepto «ética» guarda más relación con los «comités de ética» que juzgarán la pertinencia de los estudios y de las investigaciones a desarrollar. Es otro de los obstáculos que debe sufrir la actividad investigadora, aparte de la financiación o la liberación de tiempo asistencial para poder dedicarse a ella.

Si reparamos en las definiciones que las organizaciones sanitarias suelen dar al concepto de «valor», encontraremos más de una como esta: «el resultado de la atención prestada dividida por su coste». Asimismo, también observaremos una traslación del término «valor» hacia la gestión, denominada «dirección por valores»: en ella, los principios éticos no son sino meros medios adecuados para conseguir unos determinados objetivos, cuando, propiamente, desde una perspectiva ética, los valores son más bien guías cuyo fin es orientar el comportamiento y denunciar las carencias e injusticias sociales: es decir, el núcleo de la moral. Fijémonos, sobre todo, en qué diferencias tan marcadas hay en la atribución de la palabra «valor» dependiendo del contexto, aunque el espacio sea el mismo. Este punto es esencial porque puede darse un conflicto entre los valores empleados como herramientas de gestión y los principios éticos.

Los valores relativos a la mediación, también denominados «principios», tienen un alcance y una implicación muy diferente. No están relacionados con una estrategia, sino con una práctica que pretende ser de la máxima calidad. Se diría que son una exigencia moral, una forma de hacer, vinculada a una ética de la mediación: una forma de ser. Así pues, los principios de la mediación son los valores éticos de la misma.

3. Ética organizacional y ética profesional

¿La ética organizacional debería ser diferente de la ética profesional? ¿No es lógico pensar que la primera es el agregado de la segunda y que esta última debe tener una imperceptible variabilidad entre las profesiones sanitarias? Entonces, ¿para qué se plantea este tema? O ¿es que hay aspectos específicos que la hacen diferente?

La ética organizacional debe confluir con la ética profesional. Por nuestra experiencia como colectivo de personas mediadoras en el ámbito de la salud vemos a menudo que muchos conflictos tienen como protagonistas directos o indirectos a cargos intermedios que sienten que la organización les ha abandonado cuando su situación requería mantener una posición ética. Esto explica cierta claudicación de rol con sus equipos porque no se sienten suficientemente apoyados. Con frecuencia, en esta renuncia está la génesis de algunos conflictos.

Las organizaciones sanitarias deben asegurar las condiciones estructurales y organizativas para que las funciones de atención al paciente y a sus familias sean realizadas de la manera más adecuada en términos de eficacia, respeto y dignidad: es decir, han de crear las condiciones para que el derecho a la salud y a la atención sea efectivo, implantando una ética profesional a fin de que las exigencias que estos derechos plantean no encuentren impedimentos para ser cumplidas. Por su parte, la ética profesional exige que las competencias propias de la profesión estén permanentemente actualizadas y sean coherentes, coordinadas con las de la organización donde se lleven a cabo. Gestionar es hacer que las cosas pasen. Pero hay que hacerlo con la debida consideración al conjunto de procesos que la atención a la salud demanda.

Una ética organizacional requerirá, por ejemplo, la contratación de personas con las debidas competencias para abordar las exigencias de la práctica. Unas competencias que no son solo conocimientos y habilidades, pues hay que considerar también las actitudes, que deberán ser testadas y probablemente acompañadas desde el inicio. Las actitudes –donde se muestra el «cómo» se llevan a cabo las competencias técnicas– son el origen de la mayoría de conflictos. En nuestro caso, seguramente la morfina estaba indicada y bien administrada, e incluso podríamos suponer que a la paciente se

le había informado debidamente al respecto. El conflicto no se origina tanto en el acto técnico asistencial sino en cómo se ha acompañado a este en todas las dimensiones necesarias para prever sus consecuencias. La ética organizacional es el fundamento de la cultura corporativa.

Asimismo, una ética organizacional exigirá también, por ejemplo, que las condiciones estructurales y el modelo organizativo del establecimiento sean correctos y que los planes de inversiones garanticen las adecuadas actualizaciones del equipamiento y las reposiciones.

Es entonces cuando estas dos éticas –la profesional y la organizativa– pueden encontrar sentido y trabajar conjuntamente. En la mayoría de los conflictos hay cierto grado de «violencia estructural», dirigida en esta línea. Falta implementar una estructura capaz de dar respuesta al desarrollo ético de la organización y sus profesionales.

La ética profesional ha de estar fundamentada en la aceptación explícita de ayudar al que lo pide, teniendo siempre en cuenta los límites técnicos relativos a la capacidad resolutoria y la gestión razonable del tiempo asignado. Según qué decisiones se tomen, esta acción de atender tendrá unas u otras consecuencias sobre el paciente, el profesional, el equipo cercano y la organización como un todo. En cada uno de estos pasos, subyace un proceso de trabajo y unas tareas de unos profesionales cuyas competencias se ponen al servicio de la atención: es decir, la aceptación de la condición profesional, la acogida del paciente y la ejecución cuidadosa de las respectivas acciones.

El vínculo es el reconocimiento del otro.¹ En efecto, una mirada nueva respecto a nuestros pacientes establece un algo también nuevo que se expresa a través de las formas del acompañamiento. Seríamos una especie de abogados del paciente, siempre considerando la posibilidad de la existencia de conflictos.

Si el enfoque del modelo asistencial estuviera basado en la garantía de los derechos de los pacientes, gran parte de los conflictos que actualmente se diagnostican como «conflictos racionales» tendrían mucho menos impacto. Sin duda, tener permanentemente presentes estos derechos, además de la ética profesional de la que no deberían estar nada alejados, ayudaría en gran medida en las relaciones entabladas en el mundo de la salud.

4. La honestidad y la humildad

Con respecto al caso que hemos visto, nos preguntamos qué es lo que, desde una perspectiva ética, debería incorporar el profesional a la organización. Dicho de otra manera: ¿qué valores son esenciales para que aquel pueda escuchar, captar y atender las necesidades de los usuarios más allá de la atención sanitaria para curarlo? Básicamente, hay dos valores fundamentales a nuestra disposición: la honestidad y la humildad.

La honestidad es un valor fundamental que está relacionado con la toma de decisiones de los profesionales. Dado que cada decisión adoptada implica unas consecuencias, el acto de decidir está estrictamente vinculado a la ética profesional, no tanto en relación con aquello que se considera bueno o malo, sino con respecto a sus efectos. Esto es: que no hagan daño; que no impidan la autonomía, y que respeten todos los derechos de los pacientes.

La buena intención y el cumplimiento de lo establecido es insuficiente. Más allá de ello está la decisión individual: la persona honesta sabe discernir entre la homogeneidad y la perfección, así como encontrar la singularidad y la idoneidad de cada momento. La honestidad está estrictamente relacionada con la reflexión ante cada acto asistencial. En este sentido, la transparencia es una buena compañera de este valor, pues expresar las dudas que se generan frente al otro, así como aceptar las limitaciones o, incluso a veces, las incoherencias que no están a nuestro alcance resolver, deja una puerta abierta a lo desconocido.

El profesional de la salud necesita también una buena dosis de humildad, un valor que ayuda a no caer en una excesiva consideración del proceso asistencial ni del entorno. Los pacientes siempre buscarán confianza y esperanza, pero la humildad deja espacio para introducir «la justa medida» en el proceso. Algo no solo necesario sino imprescindible para gestionar el daño emocional causado en procesos que no tienen el resultado esperado.

En el caso que hemos dramatizado, a pesar de nuestro desconocimiento con respecto a la información recibida de la paciente, probablemente una buena dosis de honestidad hubiera disminuido considerablemente las expectativas de la señora María o su hija.

Sin duda, lo que sí hubiera sido necesario es una buena dosis de ética profesional por parte de la enfermera y del médico. Deberían haber asumido las consecuencias y haber realizado conjuntamente un acto de acompañamiento, con la máxima transparencia y humildad, explicando todo cuanto pasó, aclarando las dudas de la hija, disminuyendo la desconfianza y poniendo sobre la mesa todos los documentos para conocimiento de ella.

La ética y la mediación, más allá de su papel de herramientas, aportan miradas, actitudes y maneras de ser, estar y sentir el sistema sanitario. Algo no solo fundamental sino esencial para dar sentido a su razón de existencia, centrada en la atención al ciudadano.

Nota

1. Joan Quintana Forn: «Reconozcamos las singularidades de los demás. Legitimar la singularidad del otro es condición necesaria para construir un vínculo desde el reconocimiento. Re-conocer al otro, es dar valor a cómo es y a lo que hace. Condición necesaria para cooperar y compartir caminos de convivencia. Relacionémonos para que cada persona pueda ser, sin tener que someterse a nuestro propio relato sobre lo que se debe hacer y cómo se debe ser. Démonos la oportunidad de ser re-conocidos sin tener que dejar de ser». (Traducción de su blog: <https://www.instituto-relacional.org/re-conocer-y-poder-ser/>).

Relación de ponentes

- Francesc Borrell, médico de familia, profesor de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona, miembro de la GEHUCT y del Comitè de Bioètica de Catalunya, y codirector de la revista *Folia Humanística*.
- Montserrat Busquets, profesora jubilada de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Barcelona y miembro de la Comisión Deontológica del Col·legi d'Infermers i Infermeres de Barcelona.
- Rosa Heras, coordinadora del Equipo de Mediación de la Societat Catalana de Mediació en Salut.
- Carles Garcia Roqueta, abogado, árbitro y mediador, presidente de la Societat Catalana de Mediació en Salut.
- Francesc José María, abogado, socio-director de fjmadvocats SLP, presidente de honor de la Societat Catalana de Mediació en Salut, secretario del Cercle de Salut y vocal del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya.
- Begoña Román, profesora de Ética de la Universitat de Barcelona y presidenta del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya.
- Núria Terribas, jurista i directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*

3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS