

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (Historia de la
Ciencia)**



**LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS EN LA RESOLUCIÓN
DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
PROPUESTAS DE UN MODELO.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Gloria Novel Martí

Bajo la dirección de los doctores
Juan Vicente Beneit Montesinos
David Martínez Hernández

Madrid, 2008

- **ISBN: 978-84-692-4263-6**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.
HISTORIA DE LA CIENCIA

***LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS EN LA RESOLUCIÓN DE
CONFLICTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.
PROPUESTA DE UN MODELO***



**TESIS DOCTORAL
GLORIA NOVEL MARTÍ**

**DIRECTORES
JUAN ANTONIO BENEIT MONTESINOS
DAVID MARTÍNEZ HERNÁNDEZ**

Madrid, Junio 2008

AGRADECIMIENTOS

***A mi padre,** por haberme ayudado a comprender el valor único de la presencia.*

***A mi madre,** por haberme enseñado el valor de lo humano, de la lealtad, de la confidencialidad, de la coherencia, de la perseverancia, del sentido del humor y de la fe.*

***A mi hija Taís y a mi hijo Eric,** por haber despertado en mí los sueños, la sonrisa permanente, la creatividad, la serenidad, la confianza en el futuro y por jugar conmigo a la paz.*

***A Marínés Suares,** por su ayuda inestimable en la revisión de conceptos en su contenido y forma, por estar siempre dispuesta a alentar lo que ella llama “mis locuras”.*

***A Isabel Hernández Tezoquipa,** por estar presente a pesar de su ausencia, por preocuparse firmemente por mi tesis, animándome incluso en el final de su vida.*

***A mis colegas y amigas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona,** Pilar Antón, Rosa Blasco, Mariví Navarro, Rosalía Pedreny, Montse Roca e Imma Úbeda, por estar a mi lado en los mejores y peores momentos, infundiendo confianza y generando sonrisas.*

***A mis amigos, amigas, y colegas mediadores,** especialmente a José Luis Macho, Oded Lahat, Isabel Moreno, Natalia Bernardoni, Gemma Pons, Sara Daví, Ramón Giró, Loly Nieto, Carmen García y Esperanza Rayón, que me han apoyado y han participado de modo cercano en el proyecto y a los que recuerdo con inmensa gratitud.*

A las autoridades sanitarias del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y de las Instituciones colaboradoras, por alentar este proyecto, por su reconocimiento, por confiar, por creer que un mundo mejor es posible y necesario.

A las autoridades académicas de la Universidad de Barcelona, especialmente al Dr. Roma y directivos de IL3-UB, sin cuyo constante apoyo, hubiera sido improbable realizar el sueño de mostrar la utilidad de la mediación en los espacios sanitarios públicos.

Al Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos, por creer en que lo imposible es posible, por ser un auténtico terapeuta en el arte del curar los miedos e inseguridades, motivar a la acción y crear un espacio seguro.

Al Dr. David Martínez Hernández, por su profesionalidad, por su apoyo, acompañamiento y su cercanía a lo largo del desarrollo de este proyecto, mostrando su saber y su bondad en todo momento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. TEORÍA DEL CONFLICTO	1
1.1.1 Dinámica del conflicto	4
1.1.2 Diagnóstico y tratamiento del conflicto	9
1.1.3 Costes del conflicto	12
1.2 SISTEMAS DE RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONFLICTOS (RAC)	15
1.3. LA MEDIACIÓN COMO MÉTODO ALTERNATIVO DE GESTIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEL CONFLICTO	18
1.3.1 Escuelas de Mediación y modelos de gestión del conflicto	20
1.3.2 La Mediación como proceso	30
1.3.3 La mediación y la transformación positiva del conflicto. El poder de educar	34
1.4. LA GESTIÓN DE CONFLICTOS ORGANIZACIONALES	37
1.4.1 El conflicto como indicador de insatisfacción	44
1.4.2 El conflicto constructivo y el conflicto disfuncional	45
1.4.3 Los conflictos en las organizaciones de salud	50
1.5. LA GESTIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LAS ORGANIZACIONES INTELIGENTES	53
1.5.1 Hacia un nuevo modelo organizativo: La participación en el cambio	54
1.5.2 Liderazgo participativo y organizaciones responsables que “cuidan”	58
1.5.3 Hacia una enfoque positivo de las diferencias	64
1.5.4 La figura del Coach en la gestión de conflictos	66
1.6 LA MEDIACIÓN SANITARIA COMO UNA ALTERNATIVA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ ORGANIZACIONAL	68
1.6.1 Un ámbito de actuación: El sistema Nacional de Salud	69
1.6.2 El sistema de salud en Cataluña tras la reforma: Utilidad de la mediación sanitaria	74
1.6.3 Experiencias relevantes en Mediación Sanitaria y legislación existente	80
2. OBJETIVOS	87
2.1 OBJETIVOS GENERALES	87
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	87
3. MATERIAL Y MÉTODO	88
3.1 ELEMENTOS CLAVE QUE RIGEN EL PROYECTO	88
3.1.1 Secuencia temporal de implantación del proyecto	89
3.1.2 Criterios de selección	91
3.2 METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA FASE FORMATIVA	92

3.2.1	Objetivos del programa de formación para mediadores sanitarios	92
3.2.2	Características del programa formativo del Master	93
3.2.3	Desarrollo del proceso de Aprendizaje	98
3.2.4	Evaluación de los componentes del proyecto	101
3.3	MÉTODO DE DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA (UMS)	102
3.3.1	Objetivos propuestos en la creación de las UMS	103
3.3.2	Características de las áreas de intervención	104
3.3.3	Modelo organizacional. Composición de las UMS y funciones	108
3.3.4	Prestaciones del servicio en las UMS	112
3.3.5	Procedimientos y protocolos	115
3.3.6	Plan de comunicación del proyecto	116
3.3.7	Identificación de los actores implicados	121
3.4	EVALUACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA: VARIABLES E INDICADORES	123
3.4.1	Variables	124
3.4.2	Indicadores	124
3.4.3	Instrumentos utilizados para la evaluación	125
3.5	MÉTODO DE ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS RESULTADOS	128
3.5.1	Datos recogidos para el análisis descriptivo y estadístico de resultados	128
3.5.2	Sobre el análisis estadístico	131
4.	RESULTADOS	132
4.1	PROGRAMA DE FORMACIÓN EN GESTIÓN DE CONFLICTOS Y MEDIACIÓN	132
4.1.1	Perfil de los participantes	132
4.1.2	Evaluación de los participantes	133
4.1.3	Otros resultados de interés	134
4.2	IMPLEMENTACION DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN	134
4.3	INTERVENCIONES REALIZADAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO	136
4.3.1	Características de los usuarios de las Unidades	136
4.3.2	Características de los conflictos tratados	149
4.3.3	Características y resultados de las intervenciones	158
4.4	INTERVENCIONES REALIZADAS: ANÁLISIS ANALÍTICO	164
4.4.1	Relación entre la antigüedad en la organización y la intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa	164
4.4.2	Relación entre la antigüedad en el departamento y la intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa	166
4.4.3	Relación entre la antigüedad en la organización y los elementos intervinientes en el conflicto	169
4.4.4	Relación entre la antigüedad en el departamento y los elementos intervinientes en el conflicto	171
4.4.5	Relación entre los distintos niveles del conflicto en los	174

grupos disciplinares y los ámbitos de atención	
4.4.6 Relación entre la intensidad del conflicto en su nivel cuantitativo y la variable género	174
4.4.7 Relación entre la intensidad del conflicto en su nivel cuantitativo y la variable cargos de desempeño agrupados	175
4.4.8 Relación entre la intensidad del conflicto en su vertiente cualitativa y los años de trabajo en la institución	175
4.4.9 Relación entre la dimensión del conflicto y la intensidad del conflicto	178
4.4.10 Relación entre las técnicas de intervención y los cargos de desempeño agrupados	178
5. DISCUSIÓN	179
5.1 PROGRAMA DE FORMACIÓN DE MEDIADORES SANITARIOS	179
5.2 PROCESO DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LAS UMS	184
5.2.1 Factores de éxito y de oportunidad del proyecto	184
5.2.2 Proyecto público versus proyecto privado	188
5.3 ACTIVIDAD DE LAS UMS	191
5.3.1 Sobre el conflicto tratado	191
5.3.2 Sobre los usuarios de las UMS	192
5.3.3 Sobre las características laborales de los usuarios de las UMS	199
5.3.4 Sobre las características observadas en las intervenciones	210
5.3.5 Consideraciones adicionales	215
6 CONCLUSIONES	219
7 BIBLIOGRAFÍA	221
8 GLOSARIO	236
9 ANEXOS	242
Anexo 1. Reglamento de las UMS	242
Anexo 2. Código ético	252
Anexo 3. Protocolo de gestión de casos	255
Anexo 4. Compromiso de mediación	261
Anexo 5. Acuerdos finales	264
Anexo 6. Encuesta de satisfacción	266

1. INTRODUCCIÓN

1.1. TEORÍA DEL CONFLICTO

Se entiende que la conflictología es el compendio de conocimientos y habilidades que la Humanidad ha desarrollado y acumulado en torno a los conflictos y a los intentos por hallar las mejores soluciones (Vinyamata, 2003).

La preocupación por el conflicto, los efectos que éste produce y la forma de resolverlo, se remonta al inicio de la humanidad con figuras como los ancianos de las tribus, consejeros, gobernantes, sacerdotes, figuras todas ellas que ayudaban a encontrar la armonía en las relaciones (Vinyamata, 1999). Desde la literatura hemos conocido periodos de gran conflictividad, como se relata en “El arte de la guerra” de Sun Tzu escrito alrededor del Siglo V A.C (Sun Tzu, 1993), hasta investigaciones científicas de clásicos como Mills (1961) y otros sociólogos citados en la obra de Lockwood (1956), que identificaron además de la lucha de clases, otros conflictos más próximos, entre hombre y mujeres, entre jóvenes y adultos, entre diferentes grupos raciales y étnicos afirmando que “el nuestro es un tiempo de malestar e indiferencia, pero aún no formulados.... de manera que permitan el trabajo de la razón y el juego de la sensibilidad.....” (Mills, 1961).

Las teorías del conflicto deben su origen a los fundamentos ideológicos de Karl Marx (1992) quién identificaba a la lucha de clases como la clave para el cambio y la evolución histórica de los individuos. Como en tantos períodos de nuestra historia, en la década de los años sesenta caracterizada por la visibilidad de grandes movimientos sociales, luchas estudiantiles, enfrentamientos ante políticas belicistas y de intervención, el movimiento hippie, la lucha por los derechos civiles, etc., se apreciaba claramente la presencia del conflicto así como la necesidad de replantear el análisis de los enfoques teóricos que hasta ese momento explicaban la realidad

social. No debemos tampoco olvidar la importancia de figuras emblemáticas como Gandhi y otras de su entorno filosófico y religioso, y su filosofía activa de no violencia (Vinyamata, 1999).

En definitiva, “La guerra ha sido estudiada y analizada en sus muchas facetas e implicaciones. A principios de este siglo surgieron como disciplinas la investigación para la paz y los estudios de conflictos, impulsados con más fuerza a raíz de las guerras mundiales”. (Lederach, 1998).

Para centrarnos en el estudio de la paz, es imprescindible estudiar el conflicto en sí mismo, de este modo Vinyamata (1999) define el concepto de conflicto como “Confrontación de intereses, percepciones o actitudes entre dos o más partes. Esta confrontación no debería interpretarse de manera negativa, ya que los conflictos tienen aspectos positivos que permiten un desarrollo que beneficia a todas las partes implicadas. Cuando los conflictos comportan perjuicios para alguna o todas las diversas partes afectadas se puede concluir que el conflicto en cuestión se encuentra deficientemente gestionado y que eso podría conducir a un enfrentamiento pernicioso”.

A su vez, desde el punto de vista mediador, se trabaja con una perspectiva positiva del conflicto, que como recoge Galtung (1978) supone ver “El conflicto como un reto; la incompatibilidad de metas es un desafío tremendo, tanto intelectual como emocionalmente, para las partes involucradas. Así el conflicto puede enfocarse básicamente como una de las fuerzas motivadoras de nuestra existencia, como una causa, una concomitante y una consecuencia del cambio, como un elemento tan necesario para la vida social como el aire para la vida humana”. Parafraseando a Malaret (2005), el conflicto es “la visita del límite; es un ingrediente de la realidad misma; es el llamado a la oportunidad.

En cualquier conflicto la percepción de las partes es lo primordial. La forma de percibir el conflicto, los objetivos, las intenciones y motivos del otro nos marca la evolución del mismo. De Bono explica en este sentido, la importancia de aprender a

pensar desde distintas perspectivas para poder evaluar en su totalidad la situación de que se trate y poder intervenir con toda la información posible (De Bono, 1999)

Si nos hemos propuesto la relación humana como el valor principal de la educación de la paz, y aceptamos que el conflicto es indispensable para el crecimiento humano, hemos de concretar una visión creativa del conflicto que concuerda con la comprensión de la paz. Así, como indican la mayoría de los autores, el conflicto es esencialmente un proceso natural a toda sociedad y un fenómeno necesario para la vida humana, que puede ser un factor positivo en el cambio y en las relaciones o destructivo según la manera de regularlo.

Se debe prestar especial atención a los diferentes elementos que componen el conflicto para una gestión adecuada del mismo y su tratamiento efectivo, tanto de un modo preventivo como curativo.

En conflictología se compara el concepto del conflicto a la apariencia de un iceberg. Experimentalmente es conocido que un conflicto se ha de resolver negociando los diferentes intereses de las partes, y que estos intereses se suelen mantener escondidos entre un 80% y 90 % del total (igual que un iceberg mantiene oculto un 90% del volumen total de hielo que lo compone). Eso significa que al tratar el conflicto, se debe de intervenir tanto en el conflicto emergente (que es el que nos da la información de su existencia) como en todo aquello que no se ve pero que es lo que lo hace perdurar, aumentar y gestionar negativamente el conflicto. Esto da sentido al concepto de intervención curativa cuando tratamos el emergente y a la intervención preventiva, cuando trabajamos las causas que lo producen (que no siempre son visibles)¹.

Como se puede observar en la figura 2, en el conflicto existen elementos visibles que son los elementos materiales del conflicto (poder económico y político, posesiones, territorio, etc.), y elementos no visibles que son los elementos

¹ El concepto de iceberg del conflicto se describe más adelante en este mismo apartado: Origen y causas del conflicto.

inmateriales (elementos identitarios, emocionales, espirituales, ideológicos, divergencias subjetivas, objetivas, etc.). Burton (1990) traduce estos elementos en intereses negociables y necesidades no negociables.

1.1.1 Dinámica del conflicto

El conflicto ha sido visto desde siempre como algo inherente al ser humano, que requiere de un conocimiento exhaustivo de su dinámica con la finalidad de encontrar el modo de gestionarlo (Cerini, 2004). Para poder planificar un tratamiento adecuado a la situación, es importante conocer las causas del conflicto, el momento evolutivo en el que se encuentra, así como la tipología, entre otros aspectos a valorar. A continuación se presenta una descripción de cada uno de estos elementos clave para la comprensión del conflicto.

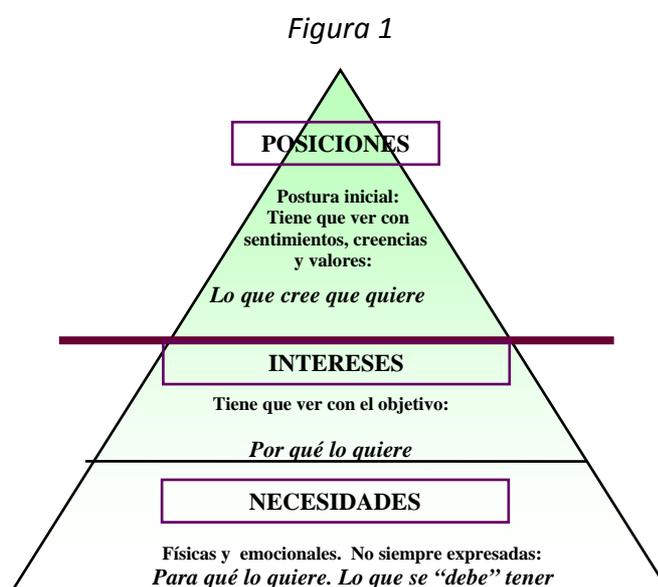
1.1.1.1 Origen y causas del conflicto

Los conflictos entre los seres humanos son conflictos de significados (Decaro, 2000). Se originan básicamente a consecuencia de la percepción de peligro respecto a la necesidad de seguridad y/o a la de identidad². Este concepto genérico proviene de la teoría de las necesidades humanas de Maslow (2003) que explica la motivación humana como la respuesta a la satisfacción de las distintas necesidades, que él identifica como necesarias para la autorrealización: Necesidad de supervivencia (físicas), de seguridad, de pertenencia, de reconocimiento y de autorrealización. Según este autor, el ser humano tiene tendencia a resolver estas necesidades en un orden jerarquizado ascendente, satisfaciendo en primer lugar lo relativo a la supervivencia. Cuando todas las anteriores necesidades estuvieran satisfechas, daría lugar a que la persona buscara su autorrealización como fin último.

² Cecilia Ramos explica este concepto como un nivel en el que las personas se responden a la pregunta: QUIEN SOY. Este nivel de identidad está relacionado también - según dicha autora- con el instinto de conservación que activa el cerebro rectilíneo, el más antiguo, con el que respondemos de modo instintivo cuando sentimos una amenaza (Ramos, 2003).

En el mismo sentido y de un modo más aplicado al campo que nos ocupa, Aclan y Sander (EN: González-Capitel, 1999) presentan una pirámide de intereses y del conflicto, que nos permite comprender en qué punto se origina el potencial conflicto, lo cual nos da elementos de conocimiento para prevenir su aparición o en el caso de que ya esté presente, desescalar la dinámica generada.

Aclan (1997) desarrolla el concepto de Posición, necesidades e intereses en el modo en que puede observarse en la siguiente pirámide:



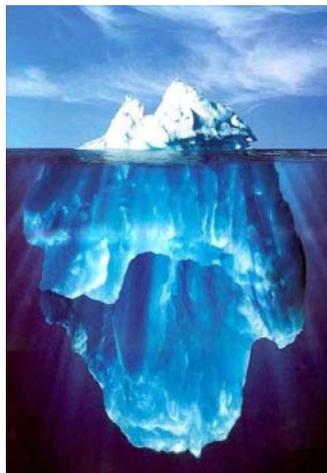
Así, la posición es lo que cada parte expresa con claridad y hace referencia a lo que quiere, es decir lo que afirma. Sin embargo, detrás de cada posición, existen unos intereses y unas necesidades que no siempre son explicitadas, a pesar de ser el motor de la aparición y del mantenimiento del conflicto. Las posiciones y los intereses, son elementos negociables. Por el contrario, todo aquello que hace referencia a las necesidades del individuo puede resultar innegociable o cuando menos más dificultoso para llegar a un acuerdo.

Esto nos lleva al concepto de “Iceberg del conflicto” que explica el objeto del conflicto en estos términos (Farré, 2004):

Figura 2

EL ICEBERG DEL CONFLICTO

POSICIONES
INTERESES
NEGOCIABLES



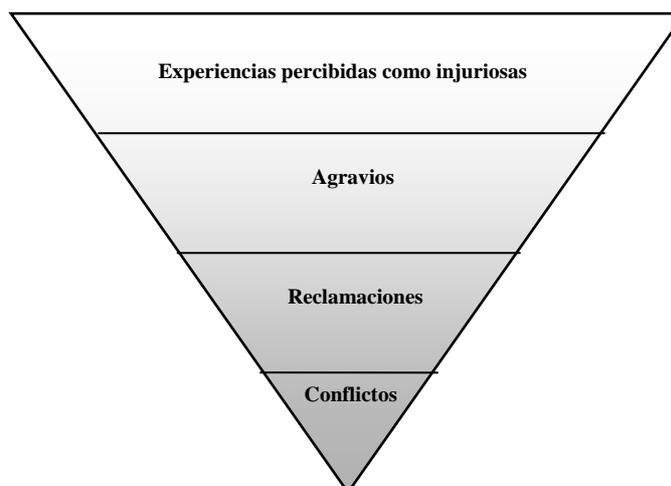
Elementos materiales
del conflicto: Poder,
recursos limitados...

NECESIDADES
NO
NEGOCIABLES

Elementos
identitarios,
emocionales,
espirituales,
divergencias
perceptivas,
creencias...

Este planteamiento nos explica la necesidad de tener en cuenta aquellos elementos que no son visibles, a la hora de entender y tratar el conflicto, no debiéndose concentrar la atención solamente en los aspectos visibles (Farre y Gutiérrez, 2004), que no son más que la punta del iceberg, del conflicto total.

La pirámide invertida que nos presenta Sander (EN: González-Capitel, 1999), nos permite introducir estos elementos teóricos al mundo organizacional (Figura 3). Los cambios en las organizaciones son continuos y por su propia naturaleza, provocan temores que tienen que ver con la pérdida de poder o iniciativa y la necesidad de buscar el equilibrio de poder (Folberg y Taylor, 1992). Esta percepción de pérdida de poder puede resultar amenazante para la persona o para el equipo y en un intento de salvaguardar la satisfacción de sus necesidades más elementales así como las más sofisticadas, la persona puede reaccionar de un modo que alimente el nacimiento o escalada del conflicto, tal y como puede apreciarse en la siguiente pirámide invertida de Sander (EN: González-Capitel, 1999):

Figura 3

Para concluir podríamos afirmar que el conflicto se origina porque existen diferencias en la percepción y definición de la situación, necesidades e intereses de las partes no coincidentes, valores y creencias que legitiman la propia posición y que pueden estar en contraposición con respecto a las otras partes, así como percepciones de competencia, escasez de recursos o bien de falta de reconocimiento hacia la persona o de autoestima, entre otros (Redorta, 2004). Todo ello da buenos motivos para entrar en la guerra de la vida cotidiana de las organizaciones. En este sentido, es un objetivo necesario trabajar de un modo preventivo en el marco de los posicionamientos de construcción de paz en la vida organizacional, promoviendo espacios de paz positiva entendida ésta como ausencia de todo tipo de violencia (Farré, 2004)

1.1.1.2 Evolución del conflicto

Desde el momento que un conflicto se manifiesta, se puede observar la existencia de etapas por las que evoluciona el conflicto, en función de su tratamiento (Brockner y Rubin, 1985):

- a) La escalada del conflicto: Es el proceso en que el conflicto se agrava haciendo que aumente la tensión global de la reunión o negociación. Cada paso tiene una

significación específica y concreta que define la situación de cada nivel de conflicto. Tener clara esta escalada conflictiva, resulta muy útil para entender cómo evoluciona el conflicto y al mismo tiempo, cómo se debe prevenir o resolver.

- b) Estancamiento del Conflicto o Impasse: En esta segunda etapa es cuando las partes dejan de discutir pero no se abandona la intención de ganar al otro. Es un punto donde la contienda tiende a no empeorar, las partes se estancan y ven que existe un posible acuerdo lejano, pero no quieren ceder sus intereses; la situación tiende a seguir igual y si existe una mejora, es en una medida reducida.
- c) Desescalada del Conflicto: En esta etapa el conflicto se hace comprensible para las partes y permite el entendimiento mutuo de las personas. Como resultado de la gestión ineficaz del conflicto no siempre se llega a esta fase en la cual el problema comienza a ser abordable.

1.1.1.3 Modos de enfrentar el conflicto

Cada persona adopta una posición frente al conflicto según el tipo de enfoque interno que lo caracterice. Katz, N. EN: Farré, 2004³, sitúa las distintas actitudes frente al conflicto en relación con dos ejes:

- a) Compromiso con la relación
- b) Compromiso con los intereses

En base a estos dos ejes se concretan cinco tipos de afrontar el conflicto:

- Acomodaticio, con un bajo compromiso con los intereses pero un alto interés en la relación. Tiene tendencia a adoptar posiciones de perder-ganar o ceder.
- Evitador, con un bajo compromiso con los intereses y también en la relación. Tiene tendencia a adoptar posiciones de huir, perder-ganar

³ Conceptos reformulados por Calcaterra (2002) que en su trabajo cita como antecesores a Kenneth, T (1976) así como la adaptación realizada por Lowry y Harding (1995).

- Controlador, con un alto compromiso con los intereses y un bajo compromiso con la relación. Tiene tendencia a adoptar posiciones de ganar-perder.
- Compromisario, con un suficiente nivel de compromiso con los intereses y también con la relación. Tiene tendencia a adoptar posiciones de perder-ganar, ganar-perder.
- Colaborativo, con un alto compromiso con los intereses y un alto compromiso con la relación. Tiene una clara tendencia a adoptar posiciones de ganar-ganar

1.1.2 Diagnóstico y tratamiento del conflicto

Ante la presencia de un conflicto, parece evidente que debe seguirse un sistema pautado para la mejor comprensión y tratamiento del mismo. Sergi Farré propone para ello un enfoque sistémico proactivo (Farré, 2004) con tres etapas a cumplir en cualquier tipo de intervención organizacional, basándose en el modelo propuesto por Galtung (1998):

- a) Análisis del conflicto
- b) Diagnóstico del conflicto
- c) Estrategias de tratamiento

En lo referente al análisis del conflicto y su diagnóstico, veremos a continuación los elementos que debe incluir este análisis, definiendo la tipología del conflicto por su objeto, intensidad, dimensión, niveles personales, proyección temporal y nivel espacial.

El objeto del conflicto se compone de posiciones, intereses y necesidades (negociables y no negociables) que son los elementos materiales e inmateriales que rodean el conflicto (Femenia, 1999 y Farré 2004). En el estudio regresivo realizado para analizar el perfil de los casos tratados, le hemos denominado al objeto, “elementos intervinientes en el conflicto”.

La intensidad del conflicto marca la presencia de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones, directa, estructural o cultural (Farré, 2003), pudiendo clasificarlas por:

- Disputas o conflictos de baja intensidad. No comportan ningún tipo de violencia y si se diera, es fundamentalmente verbal, nunca física. Su objeto es material basado en intereses negociables (por ejemplo un desacuerdo entre dos departamentos de una organización acerca de la prioridad de una campaña de acción sobre otra, asignación de presupuestos, etc.).
- Conflictos profundos, de alta intensidad y de difícil tratamiento. En este caso, existe algún tipo de violencia:
 - Violencia Directa., fácilmente perceptible, basada en la agresión física o moral. Por ejemplo, el acoso sexual, el mobbing, el altercado verbal, la lucha física, el rumor destructivo entre compañeros, la amonestación, el despido, el cese laboral, la muerte, un atentado.
 - Violencia Estructural. Puede manifestarse a través del espacio físico del lugar de trabajo (Poca luz, cambio de mesa por parte de los compañeros, sillas incómodas), de la estructura jerárquica (Desconocimiento o inexistencia del organigrama o de los mecanismos de promoción profesional), del salario insuficiente, de la deficiente asignación de funciones o tareas profesionales, etc.
 - Violencia Cultural. Es la más difícil de identificar y la más compleja de tratar, puesto que nace de las convicciones ético-morales y de identidad más definitorias de la persona. Algunos ejemplos de este tipo de violencia son los rumores y comentarios malintencionados, actitudes machistas, patriarcales o racistas, discriminación, etc.

El estrés, las bajas laborales o la disminución en el rendimiento laboral, es a menudo una señal de alarma, el síntoma que debe indicar a los responsables de una organización la presencia de violencia de alguno de estos tipos.

La dimensión la marca el número de componentes y espacio que abarca el conflicto. Desde el punto de vista de las personas implicadas. Puede darse simultáneamente en uno o más niveles de la vida de las personas implicadas:

- Conflicto intrapersonal. Conflicto interior cuyo tratamiento corresponde a los profesionales de la salud mental
- Conflicto interpersonal o directo. Existe entre dos o más personas por motivos indisolubles respecto de las partes implicadas
- Conflicto intergrupar o indirecto. Existe entre dos grupos más allá de la relación interpersonales de sus componentes (Entre departamentos por poner un ejemplo)
- Conflicto intragrupal. Existe en un sistema grupal concreto (Una organización, una familia, un grupo político)

Los niveles personales del conflicto y su proyección temporal, viene marcada por la relación existente entre la proyección temporal de un conflicto y el tiempo necesario para invertir en su gestión y transformación positiva. Los niveles personales hacen referencia a los conflictos:

- Intrapersonales
- Interpersonales o directos
- Intergrupales o indirectos
- Intragrupal

Por último, el **nivel espacial** nos da a conocer la ubicación y naturaleza de un conflicto dentro de una organización o cualquier grupo social.

En base al análisis de todos estos elementos, se puede diagnosticar su mediabilidad o en su caso, la mejor intervención adecuada al conflicto a tratar. Según Farré (2004) el tratamiento del conflicto organizacional debe ser a dos niveles: Microgestión y macrogestión positiva del conflicto, diferenciándose una de otra en que la primera consiste en introducir mejoras a nivel de la comunicación y

extensión de herramientas mediadoras, mientras que la segunda requiere de una intervención de un agente externo, mediador, que en forma de distintas intervenciones (coaching, mediación, formación y entrenamiento en habilidades mediadoras, grupos de consenso, etc.) asegure la gestión positiva del conflicto organizacional.

1.1.3 Costes del conflicto

Folberg y Taylor (1992: pp. 207) afirman que “los conflictos no resueltos entre trabajadores o entre los trabajadores y la gerencia, dan como resultado una pérdida de productividad”. De otro lado, Femenia es la autora que más explícitamente nombra y describe los costes adicionales que supone la gestión ineficaz del conflicto (Ganaropciones.com, 2006). Basándonos en su planteamiento, podemos citar como costes del conflicto los siguientes:

- *Tiempo perdido.* De acuerdo con esta autora, un buen número de estudios ha mostrado que los gerentes y directores de diferentes organizaciones deben destinar entre un 30% y un 50% de su tiempo a la atención de conflictos.
- *Pérdida de la calidad de las decisiones.* Al no abordar adecuadamente los conflictos al interior de grupos y organizaciones, las decisiones que se deben tomar se limitan por la situación y su calidad suele ser deficiente. Las buenas decisiones se toman con base en información adecuada y certera, aisladas en lo posible de las pugnas que se generan por el control y poder de los grupos
- *Reestructuración de procesos con tendentes a evitar el conflicto.* Una aproximación originada en un modelo de administración de conflictos de carácter competitivo, da lugar a la superposición de tareas y duplicidad de responsabilidades y recursos.
- *Pérdida y reemplazo de personal cualificado.* Las decisiones ineficientes o ineficaces, generalmente se cobran las cabezas de empleados valiosos que terminan siendo chivos expiatorios de las posiciones de las diferentes partes del conflicto. El proceso de reemplazo de estos y el valor de la información y la

experiencia que se llevan, muchas veces son costosos.

- *Sabotajes, daños y robos.* La falta de compromiso con la institución que conlleva la convivencia con conflictos sin resolver, puede dar lugar desde sabotajes, daños y robos de material, hasta simples pero costosas negligencias en el uso de instalaciones, recursos y equipos.
- *Costes Legales.* Es el caso de un conflicto que se extienda a soluciones adversariales como procesos legales, arbitrajes y peritajes. Se deben considerar los costos directos como honorarios de abogados, salarios del personal que atiende el caso internamente, gastos de peritos, costos del tribunal etc. Y además es importante considerar la posibilidad de perder el caso.
- *Otros Costes.* No es fácil calcular los costos asociados con el daño emocional y los efectos subsiguientes en la salud, originados por el conflicto. Pero pueden identificarse estos costos en absentismo, bajas laborales y bajos rendimientos que se acentúan en los lugares y tiempos de los focos de conflicto.

Femenia resume estos aspectos añadiendo que si el conflicto es reconocido y evaluado en su totalidad, será visto como un coste oculto en la gerencia de las organizaciones (Inter-mediación.com, 2006). Afirma que algunos de los costos que no se recuperan son:

- Costes directos: Honorarios profesionales de los abogados y otros profesionales; despido de empleados y reclutamiento de empleados nuevos y su capacitación.
- Costos de oportunidad: La pérdida de ingresos debido a la baja productividad y clientes que se van.
- Costes de continuidad: Pérdida de la estructura de los grupos y su confianza mutua, y los resultados en calidad deficiente del trabajo.
- Costes del medio ambiente tóxico: Stress relacionado con el trabajo y enfermedades relacionadas.

Debe tenerse en cuenta que el conflicto percibido como un elemento disfuncional y destructivo para los componentes de cualquier organización, debe ser analizado cuando:

- Distrae la atención de los temas importantes
- Sabotea la moral, la auto-imagen o la identidad grupal
- Polariza a las personas, y a los grupos, destruyendo la cooperación.
- Confronta a los empleados y los estimula hacia conductas dañinas e irresponsables, incluyendo insultos, agresiones físicas, tácticas de exclusión y hostigamiento

De otro lado y de acuerdo con la misma autora, una evaluación de los costos del conflicto implicaría valorar diferentes aspectos centrales, tales como:

- Existencia de excesiva rotación del personal
- Reducción de la productividad
- Presencia de problemas de calidad en los servicios que se ofertan
- Dificultad en el cumplimiento de plazos
- Presencia de costos añadidos para la supervisión de los empleados
- Disminución de la cooperación entre los grupos
- Comportamientos de abuso y acoso sin control
- Pérdida de prestigio y poder por parte de la gerencia
- Verbalización de insatisfacción de parte de los clientes/usuarios

De hecho, los servicios de Recursos humanos y los de Riesgos Laborales de las instituciones sanitarias en las que hemos estado trabajando este último año con el plan piloto, verbalizan recibir multitud de solicitudes de intervención por estas causas. Aunque no esté en estos momentos cuantificado (esta investigación es una asignatura pendiente en el campo de la resolución, gestión y transformación del conflicto), los profesionales de estos servicios expresan la necesidad de otro tipo de intervención para reducir este tipo de conflictos, intratables muchos de ellos desde las perspectivas tradicionales de la gestión del conflicto.

1.2 SISTEMAS DE RESOLUCIÓN ALTERNATIVA DE CONFLICTOS (RAC)

La Resolución Alternativa de conflictos (RAC) inició como disciplina en Estados Unidos a partir de los años 70, bajo la influencia del movimiento ciudadano norteamericano de lucha a favor de los derechos civiles (Civil Rights Movement), que cuestionaba los métodos tradicionales, autoritarios y punitivos del tratamiento del conflicto en ámbitos de la convivencia familiar, comunitaria, escolar y empresarial. Se constituyó así como un espacio profesionalizado de índole transdisciplinar, académico y profesional, que estudia todo tipo de conflictos, incluyendo las técnicas (como la mediación), métodos, estrategias y sistemas para su tratamiento y transformación positiva (Farré, 2004⁴). El término “alternativa” hace referencia al uso de esta vía como una alternativa viable a la tradicional judicial (Palou, 2004).

Los procesos de resolución de conflictos más tradicionales y conocidos son los que se dirimen por la vía judicial o por otras vías tales como el arbitraje, la conciliación y la negociación. Existen autores (Folberg y Taylor, 1992; González-Capitel, 1999) que le añaden a esta lista el asesoramiento, la solución de problemas y la actividad que desarrolla el Defensor del Pueblo, en el ejercicio de sus funciones. La mediación como sistema de RAC se presenta como una alternativa a estos métodos tradicionales.

Los mecanismos de RAC tienen un funcionamiento más eficiente y son más eficaces. La eficiencia hace referencia a que son menos costosos y con un menor tiempo de gestión, dado que constituyen un tipo de técnicas más plásticas, con un carácter pragmático y de contenido y forma consensual. Así mismo son más eficaces en los resultados y resultan más positivos para las partes. Esto es así porque de la dicotomía “ganar-perder” propia de los mecanismos tradicionales como el judicial, los mecanismos de la RAC, permiten obtener acuerdos “ganar-ganar”, lo cual da un margen de co-responsabilidad y de sostenibilidad indudable (Farré, 2004).

⁴ Este autor en lugar de utilizar la terminología RAC usa la de GAC (Gestión alternativa de conflictos), aunque haga referencia al mismo concepto y contenido.

Los medios alternativos de resolución de conflictos “permiten a los participantes por si mismos o con la asistencia de terceros, llegar a acuerdos de manera más participativa, en un marco de gran flexibilidad y en un tiempo más breve que si se opta por la vía judicial” (Cerini, 2004). Existen distintas posibilidades de intervención en conflictos con la asistencia o no de un tercero neutral que facilite el proceso. A continuación veremos, en un gráfico, su posición respecto al tipo de poder que otorgan a las partes, siendo la intervención del juez el método que otorga un nulo poder a las partes para co-decidir la solución a su conflicto, mientras que la mediación y negociación se sitúan en el punto de máxima amplitud con respecto a esta posibilidad:



Veamos a continuación las características específicas de cada una de ellas:

- **La negociación** puede ser vista como un modo específico de “conversación” que incluye prácticas y técnicas específicas que la diferencian (Mulholland, 2003) así como un proceso de búsqueda conjunta (De Llanos, Ponti y Costa, 2004). Es un proceso en el que las partes, sin intervención de un tercero, tienen la máxima capacidad de elección de la solución adecuada a su caso. Debe distinguirse la negociación distributiva de la colaborativa, siendo la primera de contenido competitivo con un enfoque de ganar-perder (Saner, 2003) y la segunda con un enfoque claramente dirigido al ganar-ganar. El negociador colaborativo, según el

Programa de Negociación de la Escuela de Harvard (Fisher, Ury y Patton, 2002), es el que facilita la obtención de consenso mediante cinco principios básicos:

- Separa a las personas del problema
- Se concentra en los intereses y necesidades en lugar de las posiciones
- Genera opciones de mutuo beneficio
- Sostiene que el resultado conseguido se debe apoyar en criterios de legitimidad
- Propone la creación de lazos de confianza para asegurar el éxito presente y futuro de las negociaciones
- En este procedimiento, las partes tienen total poder sobre el resultado y sobre el proceso de negociación. Es un proceso privado.

➔ **La mediación**, es un proceso que constituye una experiencia educacional (Femenia, 1999) y que consiste en una negociación asistida por un tercero neutral –el mediador– en el que los participantes trabajan de un modo colaborativo en el análisis de un conflicto y en el mejor modo de resolverlo, con pleno poder para ello. Este tercero no es ni juez ni negociador sino un planificador creativo. La mediación es un proceso privado. El mediador dirige el proceso pero las partes dirigen su propio modo de gestionar sus diferencias y consensuar acuerdos. Por todo ello, la mediación es un proceso que se inicia y desarrolla de modo voluntario, que confiere autoridad sobre sí misma a cada una de las partes (Folberg y Taylor, 1992)

➔ **La conciliación**, también se utiliza como proceso voluntario para solucionar conflictos, fuera de la normativa legal. El conciliador hace propuestas de acuerdo, que las partes pueden o no aceptar. La conciliación es un proceso voluntario, la tercera parte puede ser seleccionada por las partes como consejero. El acuerdo es mutuamente aceptable y privado (Araujo, 2002).

➔ **El arbitraje** es un proceso basado en el consenso de las partes en conflicto. Justamente por este acuerdo la controversia es referida a un tercero para una

decisión final (Caplow, 1974). De este modo, las partes deciden voluntariamente designar a un árbitro para que intervenga en la resolución del conflicto. El dictamen del árbitro es de obligado cumplimiento para los intervinientes en el conflicto. El proceso es privado, menos formal que en el juicio y las reglas de procedimiento y la ley sustantiva puede ser elegida por las partes.

- **Las decisiones del Juez** como máxima autoridad en la gestión de los conflictos gestionados por la vía jurisdiccional, tienen un poder vinculante absoluto y de obligado cumplimiento. En este sentido, este modo de gestión del conflicto es el que proporciona un marco de absoluta falta de poder de las partes en la gestión del conflicto. Es un proceso no voluntario. El Juez no solo decide la solución sino que en caso de incumplimiento, puede recurrir a la fuerza pública para hacer cumplir lo ordenado (Cerini, 2004/2).

1.3 LA MEDIACIÓN COMO MÉTODO ALTERNATIVO DE GESTIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEL CONFLICTO

Si bien hay muchas definiciones sobre el conflicto, no se puede establecer una genérica, por las diferentes formas de entender el conflicto a partir de las propias experiencias, identidad y relación conflictiva en cuestión.

La existencia del conflicto es aceptada como parte inevitable del funcionamiento social. Aparece a nivel individual con el nacimiento, desde ahí debemos aprender a vivir haciendo uso de varias estrategias de supervivencia.

En la familia los individuos aprendemos como negociar con las demandas contradictorias u opuestas del medio ambiente. El proceso de crecer, desarrollarse y diferenciarse de los demás, cumpliendo metas propias, siempre está enmarcado por las limitaciones de un universo con recursos limitados y demandas crecientes.

La vida sin conflictos es una ilusión de corta duración, el conflicto nos prepara para desarrollar habilidades. La evolución humana es cambiante, estos cambios son movilizados por el conflicto que promueve dejar atrás una etapa devenida insuficiente. El problema se presenta cuando hay incompatibilidad entre las conductas, percepciones, objetivos y/o afectos de los individuos y grupos, es entonces cuando se da una expresión agresiva de la incompatibilidad social. Marinés Suares (1996) considera que “El conflicto es un proceso interaccional, que como tal nace, crece, se desarrolla y puede a veces transformarse, desaparecer y/o disolverse, y otras veces permanecer estacionario; Que se co-construye recíprocamente entre dos o más partes, entendiendo por partes a personas, grupos grandes o pequeños, en cualquier combinación”.

En nuestra cultura y en lo relativo al modo en que se resuelven las diferencias, es habitual el uso del paradigma de ganar/perder (Piñuel, 2001), en el que se entiende que para que haya un ganador, debe existir un perdedor. Puestas así las cosas, la opción es simple aunque no por ello drástica y pobre, ya que este modelo de gestión del conflicto no ofrece la posibilidad de ampliar el espectro de las posibles soluciones. Gana el enfrentamiento y la rivalidad perdiéndose la posibilidad de tener en cuenta a la persona en su contexto afectivo y relacional, y a la sociedad en su contexto social y económico.

Por el contrario, la alianza y cooperación entre actores y organizaciones que deben resolver sus diferencias ante la diversidad de opiniones y concepciones, es un modo de actuar poco potenciado y que bien podría modificar las relaciones sociales tal como están establecidas, ayudando a reequilibrar los intereses que se producen entre lo público y lo privado y a satisfacer las necesidades individuales y de la propia organización (Cooley, 2005).

Este modo ideal de concebir el conflicto y el modo de gestionarlo desde una perspectiva colaborativa en contraste con la perspectiva competitiva, es el propiciado por las instancias mediadoras. Así, este modo de negociación y la mediación se presentan como una alternativa de gestión de los conflictos eficaz, en

el marco de la construcción de cultura de paz, que intervienen para resolver, reducir o transformar el conflicto, facilitando el poder de las partes y la toma de decisiones responsable. Parafraseando a Leticia García Villanueva (2006), “el binomio mediación-conflicto no solo es posible, sino también necesario y siendo que la mediación se vincula orgánicamente con el conflicto, debemos avanzar en el conflicto si queremos llegar a sentar las bases de la mediación como método alternativo a la justicia ordinaria”.

En este sentido, la mediación está dando buenos resultados por varios factores que la diferencian de otros medios de resolución de conflictos. Basándonos en Acland (1997) podemos concluir que la mediación:

- Favorece la expresión de las emociones, permitiendo aclarar las confusiones y la comprensión mutua de todo ello
- Brinda un escenario seguro tanto en un sentido físico como psíquico
- Pone a todas las partes alrededor de una mesa y esta iniciativa parte del mediador con lo que las partes se sienten resguardadas de cualquier sospecha de debilidad por parte de la otra parte
- Habilita a las personas a tener el control de su vida y de sus decisiones
- Mapea los problemas, haciéndolos comprensibles y con ello abordables
- Permite la construcción en un terreno común a partir de un enfoque total del conflicto
- Restablece las perspectivas razonables y al tiempo optimistas para la gestión positiva del conflicto

1.3.1. Escuelas de Mediación y modelos de gestión del conflicto

Como en cualquier disciplina, existen distintos modos de enfocar estos temas. Así, la resolución de conflictos mediante la mediación no cuenta con una única corriente que la avala, existiendo de hecho varias escuelas que presentan una determinada visión de la mediación, de sus objetivos y de la secuencia del proceso mediador.

La mediación como proceso de intervención en conflictos entre dos o más personas tiene aspectos negociadores (modelo tradicional-lineal de mediación propuesto por la escuela de negocios de Harvard), aspectos de reconstrucción de historias vividas (modelo circular-narrativo de Sara Cobb) y aspectos de transformación del conflicto y de las personas que lo están viviendo (Modelo de mediación transformativo (Bush y Folguer, 1996; Lederach, 1998)

Basándonos en la descripción comparativa que realiza Marinés Suares (2005), a continuación se describen las principales corrientes que sirven de marco filosófico a la mediación contemporánea.

1.3.1.1 Modelo Tradicional-Lineal (Escuela de Harvard)

Se plantea el conflicto como un problema que es necesario resolver. El conflicto no es una realidad objetiva, es la creación de las partes, las cuales deben entrar en una negociación colaborativa asistida por un tercero (de marcada influencia en el proceso), que buscará satisfacer a cada parte y satisfacer dentro de una concepción individualista del individuo la idea de ganar/ganar.

Este modelo elaborado en los años setenta tiene como máximos representantes a Fischer y Ury (2002)⁵. Nace de la escuela de negocios de Harvard y normalmente se utiliza en la resolución de conflictos en organizaciones y conflictos internacionales. Harvard presenta un modelo lineal de negociación, donde el mediador imparcial y neutral ayuda a negociar a las partes con la creencia de que la colaboración produce una mayor ganancia mutua.

⁵ Fisher y Ury escribieron el libro "Obtenga el Sí. El Arte de Negociar sin Ceder" en su primera edición en el año 1981 en el que publicaron las líneas básicas de su modelo. Posteriormente y en sucesivas versiones, lo reeditaron conjuntamente con Patton. La última edición de esta obra del año 2002, es la que se cita en el apartado de bibliografía del presente trabajo.

Bases:

- El conflicto es “acultural”, “atemporal” y “apersonal”. Lo importante es el presente.
- El conflicto es negativo y por lo tanto tiene que desaparecer. Lo que se pretende es que las dos partes ante un conflicto lo resuelvan con el mayor beneficio mutuo. Ellos lo llaman ganar/ganar.

Método:

El método de mediación de Harvard nace de la negociación colaborativa y los elementos del método son siete:

1. **Comunicación:** la comunicación efectiva es bilateral, las partes escuchan de manera que entiendan el punto de vista de cada uno.
2. **Relación:** El elemento crucial en la relación es la capacidad de resolver bien las diferencias.
3. **Posición, intereses y necesidades:** Son conceptos que introduce y que luego van a estar presentes en los restantes modelos. Según Harvard el problema de la colaboración en una negociación asistida o mediación, reside en pactar desde las posiciones que enfrentan a las partes. La idea de Harvard es bajar a los intereses de las partes y pactar desde el descubrimiento de estos intereses. Este modelo afirma que a través del descubrimiento de los intereses y de la comprensión de los mismos, las partes pueden elaborar un acuerdo que lleve a la ganancia mutua.
4. **Opciones:** Gama de posibilidades que las partes conjuntamente tienen para poder llegar a un acuerdo.
5. **Legitimidad:** Consiste en identificar referentes externos que sirvan de criterio objetivo para lograr la consecución de acuerdos
6. **El MAAN:** Otro punto esencial en el modelo de Harvard es conocer el MAAN (Mejor Alternativa al Acuerdo Negociado).
7. **Compromiso:** Planteamientos verbales o escritos que especifican lo que cada parte hará o no hará.

Objetivos

- Hacer desaparecer el conflicto y llegar a un acuerdo
- Disminuir las diferencias y aumentar las semejanzas

Conclusión

Harvard no incide tanto en la relación, los sentimientos, la comunicación indirecta, la circularidad y apertura, aunque aporta un proceso estructurado y el ejercicio de técnicas y habilidades que resultan de gran utilidad en procesos que requieren un enfoque de tratamiento resolutivo y de una cierta rapidez, como suele ocurrir en las organizaciones.

1.3.1.2 Modelo Transformativo (Bush y Folger⁶):

Éstos son los autores que primero critican al modelo lineal-tradicional presentando el modelo transformativo en los años 80. Según ellos la mediación tiene como objetivo transformar el conflicto, poder convivir con él. La idea es transformar la situación, para hacerlo es imprescindible el reconocimiento y por tanto el conocimiento del otro y su respeto.

Este modelo está ligado a la educación por la paz. Normalmente trabaja en mediaciones internacionales, interculturales, comunitarias y escolares.

Bases:

- El conflicto es inherente a la sociedad y es el motor que provoca los cambios. El conflicto no desaparece en todo caso se transforma.
- La parte negativa del conflicto – la violencia- nace de la mala gestión de las diferencias.
- La mediación es una manera más para intervenir en el conflicto a partir de la relación entre sociedades y culturas.

⁶ Desarrollado en Busch y Folger. La Promesa de la Mediación. Cómo afrontar el conflicto mediante la revalorización y el reconocimiento (1ª ed. Barcelona: Granica; 1996).

Método:

En el proceso lo que se pretende es el **empowerment**, que es el “fortalecimiento del protagonismo, es decir, algo que se da dentro de una relación, por lo cual las personas aumentan sus propios recursos de modo que se transformen en un protagonista de su vida, al tiempo que se hacen cargo, es decir, responsables de sus acciones. Otro concepto clave en este modelo es el **reconocimiento del otro como parte del conflicto**, es decir, el reconocimiento del “co-protagonismo del otro” (2005). Para lograr esto, utilizan las **preguntas circulares** al igual que el modelo Circular-narrativo que más adelante se relata. El mediador es un facilitador que no busca de las partes la capacidad de acuerdo sino la capacidad de transformación.

El representante actual con más peso, John Paul Lederach (1998), habla de la idea de reconciliación como punto importante en la mediación y dice que esta reconciliación está basada en la construcción de las relaciones entre los antagonistas.

Objetivos:

- Mejorar los recursos ya existentes en las partes para crear espacios de reconciliación donde la expresión del conflicto se transforma para la convivencia pacífica de las partes
- Transformar el conflicto y no tanto resolverlo
- Transformar la relación entre los confrontados

Conclusión

Esta orientación considera el conflicto como una oportunidad para el crecimiento y la transformación del individuo y del grupo social. No llegar a un acuerdo no es síntoma de fracaso, si en el desarrollo de proceso mediador se ha alcanzado el reconocimiento y la revalorización de las partes. Se avanza en este modelo de una concepción del conflicto más individualista hacia otra más relacional. Aporta al proceso de mediación una visión de respeto a las diferencias y a la búsqueda de espacios de reconciliación. Estos espacios constituyen una situación que favorece la

transformación de la relación, del conflicto y de las partes. Este modelo nos refuerza la dignidad de las partes en conflicto, las legitima para el cambio y aporta la visión de lo posible, dejando de lado la ganancia

1.3.1.3 Modelo Circular narrativo (Sara Cobb)

Este modelo se sitúa también en los años 80 con la aportación original de Sara Cobb⁷ que se inspiró en otras áreas del conocimiento. Este modelo trata de integrar los conceptos de los dos anteriores, con la idea de que es importante llegar a un acuerdo, pero haciendo hincapié en abrir canales de comunicación e interacción entre las partes.

Bases:

- El conflicto es un problema de comunicación. Las partes han creado sistemas de comunicación erróneos.

Este modelo se ha nutrido con las conceptualizaciones, las investigaciones y técnicas provenientes de áreas de las ciencias sociales como:

- Terapia familiar sistémica
- La teoría de la comunicación de Bateson y Watzlawick.
- Los nuevos abordajes epistemológicos de la cibernética de segundo orden.
- El construccionismo social de Kenneth Gergen, la teoría posmoderna del significado.

El modelo parte de la comunicación entendida como un todo en el cual están dos o más personas y el mensaje que se transmite. No hay una causa única que produzca un determinado resultado, sino que existe una causalidad de tipo circular que permanentemente se retroalimenta.

⁷ Sara Cobb que fue la autora de este modelo, nunca lo publicó como tal sino en formato de artículos o material docente (Cobb, 1993 y Cobb, 1995) siendo Marinés Suares la que lo explica en su libro: Suares M. Mediación conducción de disputas, comunicación y técnicas. 1ª ed. (2005). Buenos Aires: Paidós; 1996.

Método:

Este modelo integra nuevas técnicas a las propuestas por Harvard como pueden ser todas las referidas a la **parte comunicativa**. Tipos de preguntas incidiendo en **preguntas circulares**, que también utilizan los mediadores del modelo transformativo.

En el proceso lo que se pretende es aumentar las diferencias, con la creencia de que las personas llegan a mediación en un estado de desorden y que este tiene que salir al exterior para dar la posibilidad de alternativas a priori imprevistas y que pueden llevar a un nuevo orden. Para hacerlo se necesita cambiar la historia con la que las partes llegan a mediación y construir una nueva historia que vea el problema desde otro ángulo que permita consensuar.

Los principios en los que se trabaja con este modelo son:

- **Aumento de las diferencias** para flexibilizar el sistema y llegar a un nuevo orden
- **Legitimación** de todos los implicados para que cada parte tenga un lugar legítimo
- Cambio de significado que consiste en la **construcción de una historia alternativa** a la que traen las partes, para ver el problema desde otro ángulo
- **Creación de contextos**. Establecimiento del contexto de trabajo que variará según el proceso

Objetivos:

- Fomentar la reflexión y no la aireación de la historia personal
- Cambiar el significado
- Transformar la historia que traen a la sesión
- Profundizar en las relaciones y lograr un acuerdo, aunque este no sea fundamental

Conclusión:

La particularidad de este modelo es el análisis de las historias conflictivas, el reconocimiento de los significados que cada parte le atribuye. Se utiliza la narración

como elemento central de la mediación, para que cada parte narre su historia (Folger y Jones, 1997). Está interesado en las relaciones y en el acuerdo.

1.3.1.4 Modelo Apreciativo (Cooperrider y Srivastva)

La teoría apreciativa es una teoría para promover el cambio social que no sólo cree que éste es posible, sino que ofrece un modo concreto de lograrlo (Varona, 2003). Representa una metodología para la construcción de teoría basada en información para comprometer y poner en práctica la voluntad colectiva de un grupo y de una organización.

Aplicada en hospitales y grandes empresas en la década de los años 80, Cooperrider y Srivastva (1987) optan por humanizar los procesos sistemáticos utilizados tradicionalmente utilizando un enfoque apreciativo. Esto es, en vez de analizar lo que no está funcionando en una organización, buscan una clara definición de la visión real y también de la ideal a consensuar en el seno de la organización a través de una metodología basada en estas premisas y a través de una serie de fases de trabajo: La fase del descubrimiento, la fase del sueño, la fase del diseño y la fase de la ejecución.

Bases:

Cooperrider y Srivastva (1987) desarrollan el "Diálogo apreciativo"⁸ como técnica a utilizar en las intervenciones grupales en organizaciones. Su visión es que para obtener conocimiento de una situación debemos dejar a un lado imágenes críticas; conocer al otro es llegar al otro, descubrirlo, encontrarlo a través de preguntas, no de la percepción.

⁸ Desarrolla una reconstrucción de las personas con la totalidad de sus capacidades pasadas, presentes y futuras: Sus logros, virtudes, innovaciones, fortalezas y resistencias, sus momentos culminantes, donde los valores demostrados, las competencias estratégicas, y los momentos de integridad y sabiduría revelan la integridad del yo.

La teoría apreciativa entiende que una organización es un libro abierto que está por escribirse⁹. Hay ciertas condiciones que son necesarias para el éxito de la aplicación del proceso de la intervención apreciativa en las organizaciones:

- Integridad del proceso: Comprometiendo y dando participación a la gente en el proceso y toma de decisiones
- Integridad del cambio humano: Cada miembro de la organización debe ser “el cambio que quiere ver” Ser un ejemplo viviente
- Perseverancia en el cambio: Permaneciendo abiertos a aprender y descubrir nuevas posibilidades de ver las cosas y de actuar
- Crear una comunicación rica en narración: Compartiendo en conversaciones, reuniones, y encuentros las mejores prácticas, los momentos mágicos, y las experiencias e historias personales más valiosas
- Capacidad para crear imágenes ricas del futuro: Creando imágenes que sean esperanzadoras, motivadoras y comprometedoras.

Método:

El proceso de consenso para lograr el cambio, también denominado “Diálogo Apreciativo” propio de la teoría apreciativa consta de cuatro fases fundamentales que son:

1. Descubrir
2. Soñar
3. Diseñar
4. Ejecutar

El cuadro que sigue resume los aspectos más sobresalientes de las cuatro fases de un proceso de intervención apreciativa.

⁹ Señala Cooperrider “Que si en toda obra de arte puede descubrirse belleza, la indagación apreciativa ayuda a encontrar algún tipo de belleza ante cualquier cuadro conflictivo tomado de la realidad. Algún momento que poder rescatar del pasado para comenzar a co-construir nuevas realidades” (Cooperrider y Srivastva (1987).

Tabla 1

Fases del proceso de la intervención apreciativa

FASE	OBJETIVO	PARTICIPANTES
1. DESCUBRIR	Promover la investigación positiva	Participar en entrevistas apreciativas
2. SOÑAR	Imaginar el potencial de la organización	Compartir los sueños recogidos
3. DISEÑAR	Diseñar una nueva organización	Formular cambios positivos
4. EJECUTAR	Invitar a la acción	Hacer público el plan y pedir apoyo

Para visualizar algunas de las diferencias que existen entre la manera de plantear el enfoque ante un cambio o conflicto usando el método tradicional o el método de la teoría apreciativa, el siguiente cuadro¹⁰ puede ser útil.

Tabla 2

Diferencia de enfoques ante un cambio o conflicto

DIAGNÓSTICO MÉTODO TRADICIONAL	DIAGNÓSTICO TEORÍA APRECIATIVA
Identificación de Problemas	Descubrir lo mejor que existe
Análisis de las causas	Imaginar lo que puede llegar a ser
Plan de Acción (Tratamiento)	Construir lo que debería ser
<i>Planteamiento Básico:</i> Una organización tiene continuamente problemas que hay que solucionar.	<i>Planteamiento Básico:</i> Una organización es un libro abierto que está por escribirse.

Objetivos:

- Su principal objetivo es ofrecer una plataforma que genere teoría para un diálogo normativo que conduzca a un proceso autodirigido de experimentación

¹⁰ Cuadro adaptado y traducido de Cooperrider DL y Srivastva S.EN: Appreciative Inquiry into Organizational Life. En: Pasmore and Woodman. Research in Organizational Change and Development. Vol. 1. Greenwich: JAI Press; 1987. p. 129-169.

en la innovación social

- Generar espacios de consenso grupal con uso del lenguaje y pensamiento positivo, con el fin de incrementar la creatividad¹¹ y la optimización en la toma de decisiones.

Conclusión:

La teoría apreciativa usa lo mejor que existe en una organización para encender la intuición de lo posible y uniendo lo mejor y lo posible de una manera firme, lógica, y apasionada crea una hipótesis teórica y práctica de una visión del futuro (Hammond, 1998). El hecho de que se hayan realizado ya diálogos apreciativos (DA) en hospitales con éxito (Abrevaya y Basz, 2005), hace de este tipo de intervención una referencia obligada y una atención especial.

1.3.2 La Mediación como proceso

La Mediación es un modo de resolución alternativa de conflictos, con un concepto que no va necesariamente de la mano con lo que es justo o lo que es legal (Bustelo, 2001), definiéndose más bien como un sistema de negociación asistida (Fisher y Sharp, 1999) mediante el cual, las partes en conflicto toman el protagonismo absoluto en el proceso de su resolución.

La mediación es aplicable en cualquier tipo de conflicto existiendo en nuestro país experiencias en el ámbito familiar, comunitario, escolar, penal, intercultural y empresarial. Cabe mencionar la inexistencia de experiencias institucionales globales en el campo sanitario, siendo la nuestra la primera que se desarrolla en España.

¹¹ De Bono menciona afirma que cada vez se valora más la creatividad como factor de cambio y de progreso, teniendo un valor superior al conocimiento técnico a causa de que éste es más asequible (De Bono, 2005).

El mediador es un tercero neutral, que facilita este proceso ayudando a que la comunicación sea abierta y asegurando la buena marcha del proceso. Su trabajo está basado en la objetividad, neutralidad y confidencialidad. En la mediación hay una serie de *elementos presentes*, tales como:

- *El proceso*: Que tiene un modo de intervención concreta de un tercero aceptado por las partes, neutral e imparcial (Moore, 1995). El objeto de la mediación es elaborar un proceso, previa aceptación de las partes, en el que éstas puedan manejar un conflicto y estudiar las distintas opciones que tienen para resolverlo.
- *Las partes o beneficiarios de la mediación* (Suarez, 2005): Pueden ser dos o más. Las partes que presentan un nivel de conflicto bajo, piensan que pueden resolverlo sin intervención de una tercera persona. Del mismo modo, las partes que presentan un nivel de conflicto muy elevado tampoco suelen pedir ayuda porque, o prefieren el enfrentamiento a la mediación o su situación emocional les impide considerar las ventajas de la mediación.
- *El mediador*: Es el tercero imparcial y actúa ayudando a que las partes encuentren la solución por sí mismas a su conflicto, sin emitir juicios, decisiones o recomendaciones¹². Todos los autores destacan la importancia del rol que adopte. Se destacan tres tipos básicos de tácticas: Reflexiva (diseñada para orientar a los mediadores hacia la disputa, sustantiva (tratan directamente con los temas del conflicto) y contextual (facilita el proceso de resolución de la disputa para que las partes lleguen a un acuerdo) (Bernal, 1998).
- *La negociación*: Un elemento que toma especial importancia aquí es la motivación de las partes para negociar y conseguir acuerdos. Estas motivaciones pueden venir por tendencias personales o bien por porque variables externas les inclinan a considerar la negociación como una mejor opción (Fisher y Ertel, 1998).

¹² Es en este sentido que Gorvein lo denomina "operador de conflictos" (Gorvein, 2002, pp. 11).

- *El conflicto*: Es lo que le da sentido a la mediación. El nivel de conflicto es un elemento importante que va a permitir que se acepte o no la intervención de una tercera persona (Entelman, 2002).

Como ventajas de la mediación, reformulando a Aclan (1997), se pueden citar las siguientes:

- **Comunicación**: Preserva y mejora la relación entre las personas involucradas en el conflicto.
- **Rapidez en los resultados**: Mejora la calidad y la rapidez de las decisiones, reduciendo así los costes de tipo material y emocional.
- **Protagonismo de las partes**: Proporciona capacidad de decisión a las partes implicadas, colocando el poder de elección en las partes.
- **Automejora**: Promueve el aprendizaje de habilidades para la resolución de conflictos presentes y futuros.
- **Sostenibilidad**: Ayuda a encontrar acuerdos realistas y sostenibles en el tiempo.
- **Proporciona paz**: Ayuda a crear espacios de diálogo en los procesos de construcción de la paz en la vida cotidiana.

Las características de la mediación, se centran en el hecho de que la mediación es un proceso en el que existen una serie de premisas sin las cuales dejaría de ser en esencia mediación (Suares, 2002) y son:

- Autocomposición de la mesa de negociación.
- Confidencialidad como principio absoluto.
- Voluntariedad como requisito.
- Neutralidad como norma.
- Economía de tiempo, energía y dinero.
- Enfoque de futuro para conseguir acuerdos sostenibles.
- Informalidad, en el sentido del clima cercano que se crea para trabajar el conflicto.

Las características deseables como perfil del mediador tienen que ver con una serie de conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes necesarias (Mendieta, 2002; Suares, 2005). Cabe mencionar de modo explícito algunas que muy especialmente debe tener:

- a) Capacidad para escuchar activamente.
- b) Capacidad de analizar problemas, identificar y separar los temas involucrados, y tomar una decisión o llegar a una resolución con respecto a los mismos.
- c) Capacidad de usar un lenguaje verbal y escrito en un tono neutral y claro.
- d) Sensibilidad a los valores que las partes sienten profundamente, incluyendo temas relacionados con el grupo étnico, el género y las diferencias culturales.
- e) Capacidad para lidiar con objetivos e información insuficiente, compleja y a veces confusa.
- f) Presencia y tenacidad. Capacidad para sostener un compromiso expresado con la honestidad, el respeto a las partes y la capacidad de crear y mantener el control de un grupo diverso de personas en disputa.
- g) Capacidad para identificar y para separar los valores personales de la persona.
- h) Capacidad de permanecer neutral y objetivo bajo las presiones de las partes, aún teniendo que equilibrar diferencias de poder entre las partes.

Cabe mencionar que en mediación se trabaja en un equipo que se conforma de acuerdo al tipo de conflicto a tratar y que consta como mínimo de dos mediadores que trabajan en co-mediación. Según sea un caso de dos partes o multipartes, el número de mediadores podrá aumentar en un número determinado por el propio equipo. El trabajar en co-mediación asegura un sistema de colaboración profesional que proporciona seguridad respecto a la neutralidad e imparcialidad de los mediadores al tiempo que supone una mayor variedad de percepciones así como una visión complementaria y por ello más rica sobre el conflicto y las partes (Aloisio, 1997).

1.3.3 La mediación y la transformación positiva del conflicto. El poder de educar

Una guía para los directivos de empresa que se enfrentan a conflictos legales, publicada en 1985, denominó a la mediación “el gigante dormido” de la resolución de conflictos y el medio más poderoso, en potencia, para que las partes alcancen términos de acuerdo (Henry y Lieberman, 1985 y Singer, 1996). Así mismo, Deborah Kolb (1992) afirma que uno de los motivos de la creciente popularidad de la mediación es que ofrece a la sociedad una manera mejor, más eficaz, satisfactoria y menos costosa, de que se ocupen de sus conflictos. A ello habría que añadir que la mediación permite interactuar a las partes, superando las barreras de las diferencias iniciales, para pasar a un estadio en donde el diálogo y la comunicación prevalecen. No debe confundirse con un proceso de terapia en el que se apunta de forma más generalizada hacia cuestiones de salud y de comunicación intra e interpersonales. La mediación sirve para prevenir, resolver o transformar los conflictos, en un proceso en el que se trabaja para identificar los elementos presentes, explorar opciones y desarrollar un plan, todo ello a través de una dinámica de negociación asistida en la que se establecen las mejores formas de activar la comunicación entre las partes asistentes.

Los espacios de diálogo que se proponen en el marco de los sistemas de mediación, están en contraposición con el concepto tradicional de debate, en donde predomina la confrontación y la parcialización de posturas, casi siempre hacia las dominantes. El diálogo por el contrario da paso a un intercambio de perspectivas, experiencias y creencias (Shotter, 1992). En este sentido, los individuos son dueños de su discurso, lo exponen y tratan de comprender al otro. Para ello debe establecerse una relación de interés por el discurso ajeno, de conexión y de respeto.

A partir de ahí surge información que no era conocida o que era mal comprendida, surgen las preguntas y las conexiones que hacen más fácil avanzar en la comprensión de las causas del conflicto y en las posibles salidas. En palabras de

Ricomá y Ponti (2004), “por supuesto, la comunicación interna tiene un papel estelar en la transmisión, el cumplimiento y el seguimiento de los objetivos estratégicos, pero además contribuye a motivar y a satisfacer a los empleados y, si no hay motivación y satisfacción, no se produce la implicación ni la participación.

Domenici y Littlejohn (1996) señalan siete objetivos o habilidades discursivas y comunicacionales que ayudan a establecer un sistema de mediación para un equipo de trabajo:

- Habilidad comunicacional para la comprensión: Se entiende que existe un problema que afecta la conducta y relaciones del grupo y así debe procesarse
- Habilidad comunicacional para el reconocimiento y respeto: El problema afecta e importa a todas las partes, no priorizándose un interés sobre otro
- Habilidad comunicacional para la conciencia social: Las partes deben ser conscientes de su responsabilidad en el desarrollo del conflicto y en la gestión y construcción de una solución para el mismo
- Habilidad comunicacional para el avance: Se requiere un acuerdo permanente de avanzar aplicando pautas
- Habilidad comunicacional para la definición del tema en disputa: Es importante establecer los puntos de desencuentro y entender las distintas perspectivas
- Habilidad comunicacional para la deliberación: Se debe revisar una por una las opciones propuestas, los pros y contras.
- Habilidad comunicacional para la toma de decisiones: Llega el momento de decidir que opciones son más válidas para todos, e iniciar la etapa del consenso

El diálogo visto así, transforma las relaciones iniciales que llevaron al conflicto, pudiendo además producir conocimiento para evitar las tendencias iniciales de las personas o comportamientos a transformar (Stone, Patton y Heen, 1999).

Así se da paso a una nueva relación en la que –a partir de las diferencias iniciales- se pueden construir realidades comunes y perspectivas de futuro. En este contexto, los conceptos de “relación” y “construcción” son básicos en el proceso

transformador de la mediación (Fisas, 1998; Galtung, 1997; Bush y Folger 1996; Tapia G. et al, 2003)¹³.

A ello hay que añadir el “poder de educar” de la mediación (Femenia, 1999 y Ury, 2000) que tiene que ver con manejar el conflicto como fuente de aprendizaje mutuo (Dolan, Martín y Soto, 2004). Véase el decálogo que presentan estos autores como el ideal del nuevo comportamiento organizacional:

- Motivar y reconocer el esfuerzo
- Comunicar las propias ideas y convencer
- Transformar grupos en equipos
- Plantear y resolver problemas
- Liberar y gestionar energía creativa
- Desarrollar el propio proyecto
- *Manejar el conflicto como fuente de aprendizaje*
- Gestionar el estrés
- Delegar y potenciar a los colaboradores
- Gestionar valores y desarrollar una cultura

Davini señala (1995) que toda práctica pedagógica se asienta -de manera consciente o inconsciente- en determinados supuestos respecto del significado que tiene enseñar y aprender, que toda acción pedagógica supone la acción -implícita o explícita- de un determinado modelo de enseñanza-aprendizaje así como el hecho de que toda práctica de capacitación produce ciertos efectos, algunos de ellos explícitamente buscados y otros implícitos. En este sentido, (Ury, 2002), presenta una serie de estrategias para negociar con personas que muestran posiciones

¹³ “La transformación de conflictos... Una apelación a la creatividad humana, a una creatividad constructiva para lograr un beneficio no exclusivo y un consenso que potencie la confianza de las personas en superar sus dificultades” (Fisas, 1998). Para Galtung (1997) la transformación del conflicto significa “trascender los objetivos de las partes en conflicto. Definiendo otros objetivos agitándolo y no dejándolo reposar, no acomodándose a los discursos inmovilistas”, por su parte, la transformación sostenible, siguiendo al mismo autor es actuar a corto plazo sin dejar de estimar consecuencias a largo plazo, examinando permanentemente los elementos estructurales y culturales para que no vuelvan a generar violencia ni conflictividad negativa. De otro lado, Bush y Folger hablan de la visión transformadora del conflicto y de la mediación como medio para cambiar a la gente y no solo a las situaciones (Bush y Folger, 1996).

inflexibles y habla especialmente del uso planificado del “poder de educar” en el manejo de conflictos, a través del uso de habilidades de negociación colaborativa – propias de la mediación- como contraposición a la negociación competitiva en la que “el ataque” es una posibilidad siempre existente.

Visto así el conflicto, es decir como una situación que nos propone la posibilidad de aprender y avanzar a través de su gestión positiva, se trata de potenciar la visión del mismo como un elemento funcional que proporciona una oportunidad de transformación (Grané, 2001). A pesar de que Aldo Morrone¹⁴ opina que los conflictos son evitables no ocurriendo lo mismo con los problemas, la mayoría de autores afirma que el conflicto forma parte de la condición humana y como tal debe ser tratado aunque no podemos limitar este enfoque al estudio de las fricciones o desavenencias interpersonales, sino que debe irse más allá en búsqueda de alternativas de actuación e interpretación de los hechos y consecuencias.

Lo cierto es que cada vez más, en el ámbito de la alta dirección, donde uno supondría que la conflictividad y enfrentamientos son lo habitual, resulta que los acuerdos o aparentes acuerdos son más frecuentes. Quizás como señala Litterer (1977), esto es así porque se potencia el conflicto funcional y el aprendizaje organizativo, enfoque subyacente que da sentido y continuidad al proceso de creación de valor o de lo intangible. El aprendizaje en suma, es la clave para que las personas y las organizaciones puedan adaptarse inteligentemente (Ury, 2000).

1.4 LA GESTIÓN DE CONFLICTOS ORGANIZACIONALES

En un sistema como el norteamericano, desde hace más de dos décadas se viene produciendo un encuentro armonioso, entre las organizaciones públicas y privadas y las técnicas de resolución alternativas de conflictos (RAC), también denominadas

¹⁴ Aldo Morrone realizó esta afirmación en su ponencia “La mediación: Construyendo un movimiento de concordia social”, presentada en el II Congreso Mundial y VI Nacional de Mediación, celebrado en Ciudad Victoria, Tamaulipas (México) en Noviembre del año 2006.

en el mundo anglosajón Alternative Dispute Resolution (ADR). Los resultados de la aplicación de estas técnicas han probado que es posible reducir considerablemente los efectos negativos del conflicto organizacional de cualquier índole, especialmente en lo relativo a la productividad y reducción de costes, elementos que las organizaciones estudian constantemente y no deben perderse de vista (Cropanzano, 1999; Carulla, 2001).

La cultura de la prevención de los conflictos se está imponiendo a nivel internacional, no siendo ya una exclusiva de un país innovador, o a un modelo de organización emergente o a los tipos de conflictos a gestionar. En España se aprecia un desarrollo considerable, quizás con mayor fuerza en aquellas áreas vinculadas tradicionalmente a dictámenes legales o políticos y que han visto en la mediación una salida práctica y efectiva a su problemática, como en el caso de los conflictos familiares o comunitarios. Más recientemente se han ido abriendo las puertas a la mediación en el sistema empresarial u organizacional, con la finalidad de prevenir riesgos físicos y psíquicos entre el personal (Femenia, 1999 y Fisher, Kopelman y Schneider, 1999).

Las quejas o conflictos referidos a personal, normalmente se vehiculizan a través de las organizaciones sindicales y del Departamento de Recursos Humanos de la organización que actúan a través de procesos de intermediación¹⁵. En el caso de los directivos de RRHH, no siempre pueden gestionarlos por la vía del consenso y del diálogo constructivo y eficaz. Más bien tienen tendencia a gestionarlos para procurar su rápida “resolución”, lo cual da fórmulas de rapidez aunque no de costo-eficacia ni a corto ni largo plazo (Gil, 2005). Por ejemplo, es práctica frecuente el cambio de turno o de institución de la persona que emerge como problemática en un conflicto o “cerrar los ojos” ante los absentismos cuando el conflicto es su causa evidente.

¹⁵ Este término lo utiliza Zuk (Zuk, GH, 1971, EN: Bolaños, 2001) refiriéndose a la capacidad familiar para identificar a un tercero como alguien que puede adquirir relevancia en la conducción de un conflicto. Lo referimos aquí por utilizarlo en un sentido amplio, en el sentido de familia humana parafraseando a Ury (2000).

En el caso de las organizaciones sindicales el conflicto se vive desde una óptica asociacionista (Beneyto, 2000). Señala este autor que el cambio democrático introdujo notables modificaciones en el marco institucional y legal del mercado de trabajo. Junto a los cambios normativos, la práctica de la negociación entre los agentes económicos y sindicales empezó a ser la norma en el entramado institucional regulador de las relaciones laborales. Sin embargo, las inercias del pasado se siguen prologando más allá de los cambios legislativos. Así, los sindicatos, organizaciones empresariales, administraciones y gobierno, parece que proyectan con frecuencia usos y costumbre anteriores, tales como intervencionismo, reticencias empresariales a la práctica sindical, reivindicaciones centradas en la variable salarial y un enfoque de negociación más de tipo competitivo que colaborativo.

Merece una mención especial el acoso en el lugar del trabajo, ya que es una problemática presente en el entorno laboral y que está relacionada con el conflicto. En el Informe que consta en la Resolución del Parlamento Europeo sobre acoso moral en el trabajo en el año 2001, se señala como conclusión relevante, el acoso moral en el trabajo. El 8% de los empleados de la Unión Europea, es decir 12 millones, afirman haber sido víctimas de acoso en el lugar de trabajo, según una encuesta aplicada a un universo de 21.500 trabajadores.

En dicho informe se destaca la estrecha relación entre acoso moral y estrés, lo que conlleva mucha tensión, alto grado de competitividad, menor estabilidad en el empleo y una situación laboral precaria y en consecuencia, malestar en el clima laboral. Entre de las causas del acoso moral se mencionan:

- La desinformación interna
- La mala gestión de las empresas
- Los problemas prolongados y no resueltos, que son un lastre para los grupos de trabajo y pueden desembocar en búsqueda de chivos expiatorios

En base a esos resultados obtenidos, al cierre de la Resolución, en el párrafo nº 12, se recomienda a los estados miembros: "...que obliguen a las empresas y a los poderes públicos a fomentar la figura del interlocutor social, a poner en práctica políticas de prevención eficaces, a promover el intercambio de experiencias y a definir procedimientos adecuados para solucionar el problema de las víctimas de acoso y evitar que se repita; recomienda, en este sentido, el desarrollo de la información y de formación para los trabajadores, al personal que ocupe cargos directivos, a los interlocutores, médicos laborales, tanto en el sector privado como en el público; señala en este sentido la designación de una persona de confianza en el lugar de trabajo, a la que puedan recurrir los trabajadores si así lo desean...".

A los conflictos laborales mencionados se suman baja productividad, absentismo laboral, alta rotación de personal, mal clima laboral, entre otros, que afectan directamente a la vida de los grupos primarios (Rubio, 2002).

Las organizaciones modernas no solo son lugares de trabajo sino que constituyen espacios de interacción y crecimiento personal (Vall, 2004) y en este sentido están formadas por personas que como tales tienen necesidades que tienen tendencia a satisfacer dado que son "requisitos para la supervivencia" (Henderson, 1971). En este sentido, los trabajadores desean formar parte de grupos en los que encuentren seguridad y donde sus cualidades personales y profesionales sean debidamente reconocidas. Estas manifestaciones se expresan ante todo en términos de cómo se les considera en la empresa, su satisfacción con respecto a la relación con su equipo y con la institución, la correspondencia de sus expectativas con respecto al trabajo que se les asigna, etc. Realizan. Éstas son consideraciones más cercanas al contenido grupal o social que a lo meramente económico.

Las quejas de los profesionales no siempre se manifiestan o se basan en hechos sino que aparecen sintomáticamente y por ello pueden ser diagnosticadas, como lo hacen los médicos. Uno de los principales retos del personal directivo es la de resolver los problemas que surgen en los equipos, en los que el gestor deberá entender que las quejas de los trabajadores son solo el síntoma de problemas

mayores que no saben cómo evidenciarlo o que ni tan siquiera son conscientes de su presencia, magnitud y consecuencias (Kernberg, 1997).

Kernberg (1997) continúa diciendo que la mayoría de los trabajadores piensan que tienen una buena relación con sus compañeros, apreciándose tensiones de forma más acusada en la relación entre los jefes y los subordinados. Si tenemos en cuenta que casi una cuarta parte de las horas que tiene un año las pasamos trabajando, entenderemos el por qué en muchas ocasiones quienes son nuestros compañeros se convierten también en nuestros amigos. De este modo, si existe un mal ambiente en nuestro lugar de trabajo, toda nuestra vida se verá afectada negativamente, aunque paradójicamente, los conflictos laborales puedan tener su lado positivo. En este sentido, siguiendo el marco que propone Alzate (2000)¹⁶, es importante desarrollar una estrategia preventiva y curativa, ayudando al equipo a tomar conciencia del problema, evaluar la situación, desarrollar un sistema de intervención, consensuar su puesta en marcha y asegurar su sostenibilidad a través de círculos de discusión o grupos de calidad, lo cual mejoraría sin duda el sistema de relación grupal.

En los datos que se presentan a continuación, recogidos del estudio desarrollado por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), entre Octubre y Diciembre de 1997, sobre las condiciones de trabajo, desde la perspectiva de los trabajadores, se muestra en uno de sus apartados, la evaluación de las relaciones laborales entre los distintos cargos de una organización. Se valora de un modo distinto, dependiendo del cargo de desempeño, es decir, la evaluación difiere dependiendo de la condición de jefe, compañero o subordinado. Se observa en el siguiente cuadro, como la relación entre jefes y compañeros se establece en categorías identificadas mayormente como Muy Buena y Buena, mientras que entre jefes y subordinados, es prácticamente inexistente, lo cual lleva sin duda a insatisfacción laboral y a una falta de motivación en lo concerniente a la organización en que trabaja.

¹⁶ Este autor propone el diseño de programas de actuación en la resolución de conflictos en educación escolar, concretamente en bachillerato y educación secundaria, a efectos de frenar y tratar el bullying, a través de una serie de elementos y pasos que utilizamos por ser extrapolables al tema que aquí tratamos (Alzate, 2000).

Tabla 3

Encuesta Nacional de Condiciones en el trabajo

<i>PERSONAL</i>	<i>Tipo de relación</i> <i>Muy Buena</i>	<i>Tipo de relación</i> <i>Buena</i>	<i>Tipo de relación</i> <i>Regular Mala</i>	<i>Tipo de relación</i> <i>Inexistente</i>
<i>JEFES</i>	34%	59%	7%	0,7%
<i>COMPAÑEROS</i>	43%	53%	2,3	1,9%
<i>SUBORDINADO</i>	16%	22%	1,6	60,9%

Siguiendo con el informe del CIS y en apoyo lo anteriormente visto, lo que más se valora en un empleo, aparte de las condiciones económicas, es un buen ambiente laboral. Los indicios de que el clima laboral se deteriora suelen ser bastante evidentes (Toohey, 1991):

- Formación de bandos (grupos antagónicos)
- Muestras de apatía hacia todo lo relacionado con la empresa
- Absentismo laboral
- Realización mecánica de las tareas
- Discusiones entre los profesionales por cuestiones triviales
- Ansiedad e irritabilidad

Estos ítems, presentes en muchos casos en las organizaciones a tenor por lo que sus directivos describen, han llevado a una preocupación constante por elaborar líneas de actuación estratégicas dirigidas a la mejora del clima laboral como un objetivo prioritario en sus líneas de actuación a corto plazo (GREC, 2003). Ante esta panorámica, cabe decir que el conflicto es un elemento intrínseco a la condición humana que no ha de desaparecer necesariamente, sino manifestarse y abordarse desde una perspectiva distinta a la seguida hasta ahora. Ocultar, minimizar o no valorar correctamente un conflicto, puede ocasionar que éste perdure en el tiempo y resurja con mayor virulencia ocasionando un conflicto de mayor dimensión y trascendencia. En muchas ocasiones las personas afectadas por factores estructurales (remuneración, asignación de responsabilidades, disposición física del

espacio), o culturales (escasa o nula comunicación, autoritarismo), permanecen callados por miedo a perder su puesto de trabajo, produciéndose un descontento que afecta seriamente el ambiente laboral, lo cual hace más difíciles las relaciones e induce a mermar la productividad y la eficiencia del sistema (Bilbao, 2004).

Desde un punto de vista sistémico las organizaciones son grupos de personas, con intereses individuales y colectivos, que acuerdan comportarse de un modo organizado, por medio de procesos y estructuras relacionadas, para alcanzar un propósito (Singer, 1996). Se parte del hecho de que cualquier organización, para funcionar coherentemente a la hora de identificar un conflicto, requiere un análisis pormenorizado de estos tres elementos señalados por Singer, a saber, personas, procesos y propósitos.

En este sentido cabe afirmar que las personas mantienen relaciones interpersonales que generan equipos de trabajo, con una visión general en base a lo que se espera de ellos como grupo productivo. El propósito lo constituye la misión compartida en cuanto a lo que se desea ofrecer al mercado. Finalmente, los procesos son las acciones a emprender dentro del sistema. El conflicto en si mismo debe ser visto como un proceso, en el que aparece la insatisfacción o desacuerdo, siendo la disputa uno de los resultados del proceso conflictivo (De Bono, 1986). Este proceso conflictivo, sin gestionar, puede tener una duración de meses e incluso años, es amorfo e impacta de distintas maneras en el trabajo de las personas involucradas. Pero la disputa es puntual, con tiempos y fechas, actores y tema así como expectativas acerca de la solución adecuada, constituyendo además un buen indicador de cuáles son los procesos conflictivos permanentes en la organización (Constantino, 1997).

De acuerdo con estos planteamientos, se puede y se debe promover un marco institucional para el manejo de las disputas dentro de las organizaciones como una práctica de buena administración (Srivasta y Cooperrider, 1990), para la gestión inteligente del conflicto posibilitando así organizaciones más sanas y controlando los costes no deseados del conflicto (Femenia, 2005).

1.4.1 El conflicto como indicador de insatisfacción

Para llevar a cabo el análisis de un conflicto es fundamental ir a la esencia del mismo, buscar su origen, analizar su evolución y desencadenantes, evaluar las opciones y los métodos, las estrategias, conocer las pautas de comportamiento ante los conflictos y como poder incidir en ellas. Sólo así se podrá avanzar en la creación de un sistema integrado de administración de conflictos, que permita tal como señala Grun (1997):

- Proveer opciones para todo tipo de problemas y para asistir a personas en todos los niveles de la organización.
- Fomentar una cultura organizacional basada en la buena fe, el respeto y la confianza recíproca, que a su vez, animan a buscar soluciones negociadas a los conflictos, al costo organizacional más bajo.
- Canalizar la información de la manera más positiva, fomentando cooperación.
- Generar interacciones respetuosas y confrontaciones positivas.
- Integrar a las organizaciones con las metas afines al desarrollo de su entorno y su comunidad.

Ahora bien, deben considerarse también los factores de riesgo a controlar, al enfrentar un conflicto tal como señala Carlos Martínez (1999):

- Competitividad: nadie quiere perder y para ello, pueden llegar a arriesgarse valores superiores a los que originaron el conflicto.
- Apreciación errónea: se puede producir el descontrol de la crisis si las partes en conflicto han asumido simultáneamente compromisos irreversibles, por errores, fallos o insuficiente comunicación, por razones de prestigio o por condicionamientos psicológicos. Esto puede tener que ver con errores de percepción "no se cree en las intenciones de la otra parte".
- Desacuerdos: difícilmente se pueden manejar todos los elementos y controlar todos los intereses que se ponen en juego en caso de conflicto, especialmente si este se prolonga o intervienen otros actores. por consiguiente, existe la

posibilidad de que algunos de estos elementos actúen por su cuenta y provoquen escaladas no deseadas.

- Rigidez: se pierde flexibilidad en la dosificación de las acciones y reacciones.
- Reacciones emotivas o impetuosas: puede darse el caso de que los conductores de la crisis abandonen o alteren planes inicialmente trazados, produciéndose escaladas imprevistas o inconvenientes.

La prevención de estos factores de riesgo es fundamental para evitar la insatisfacción de los actores implicados en las organizaciones, sean usuarios, clientes, proveedores o trabajadores del sistema, ya que ésta suele ser una de las causas principales de las quejas que se vehiculizan en las organizaciones por vía formal o informal (Sander, EN: González-Capitel, 1999 y Toohey, 1991).

1.4.2 El conflicto constructivo y el conflicto disfuncional

El conflicto organizacional es un indicador de insatisfacción de las personas y de los grupos, que puede afectar a los subsistemas y al sistema de una organización (Floyer, 1993). No obstante hay autores que consideran el conflicto como algo potencialmente positivo y esto no solo es así con las aportaciones recientes de la conflictología. Así George Simmel (EN: Vinyamata, 2001), filósofo alemán de principios del siglo XX y autor del ensayo “Conflicto” llegó a afirmar que “Un cierto grado de desacuerdo, de divergencia y de controversia es lo que facilita la cohesión y la profunda cooperación del grupo”. Otro teórico destacado Lewis Coser autor de “Las funciones del conflicto social”, abundó en las descripciones del conflicto como un elemento consustancial de las relaciones humanas que posee una función específica de cohesión y estímulo que no puede ser negligida (En: Vinyamata, 2001)¹⁷.

¹⁷ Coser, L. The functions of social conflict, NY. Free Press, 1956, EN: Vinyamata E. Conflictología: Teoría y práctica en Resolución de Conflictos. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 2001.

Conviene establecer a qué tipo de conflicto nos enfrentamos, si es funcional o disfuncional. El primero es el resultado de una confrontación entre grupos que resulta positiva para el rendimiento de la organización. Un ejemplo del mismo es cuando distintos departamentos manifiestan abiertamente sus diferencias con la finalidad de conseguir una forma más eficaz de prestar un servicio. En este caso, el conflicto subyacente está compuesta por una "tensión creativa" y ayuda a estimular la creatividad y la innovación haciendo posible que la organización sea más efectiva y adaptativa (Munduate, 1998).

La versión opuesta a la anterior es el conflicto disfuncional, en el que la confrontación o interacción entre grupos perjudica o impide que la organización alcance sus objetivos¹⁸. En ocasiones puede suceder que un conflicto funcional se torne disfuncional. Tal sería el ejemplo de un grupo que avanza –a través de un manejo creativo de sus diferencias- en forma saludable y positiva hacia sus objetivos. En un determinado caso, puede resultar perturbador para otro grupo o incluso puede producir sentimientos encontrados dentro del mismo grupo. La tolerancia de un grupo con respecto a las tensiones y conflictos depende tanto del factor individual como del tipo de organización en la que trabaja y el modo en que culturalmente se gestionan las diferencias (Jericó, 2006).

La lógica recomienda fomentar los conflictos funcionales eliminando los disfuncionales, aunque en la práctica no es fácil de conseguir por parte de las organizaciones. Los directivos tratan de eliminar o negar cualquier tipo de conflicto (Fisher y Sharp, 1999) ya sea funcional o disfuncional. Si analizamos esta tendencia veremos cómo existe un factor desencadenante que tiene que ver con una serie de patrones culturales (Muldoon, 1998). Los valores familiares, las prácticas educativas y las enseñanzas religiosas imperantes, han defendido a lo largo de la historia valores contrarios al concepto de conflicto como un elemento de crecimiento y de

¹⁸ Una visión radical de este tipo de conflicto disfuncional, la ofrece Piñuel en la portada de su libro acerca del fenómeno de mobbing con una cita de Heinz Leymann: "En las sociedades de nuestro mundo occidental altamente industrializado, el lugar de trabajo constituye el último campo de batalla en el que una persona puede matar a otra sin ningún riesgo de llegar a ser procesada ante un tribunal" (Piñuel, 2001).

oportunidad. Siguiendo a Muldoon (1998), la mayoría de las doctrinas religiosas afirman que la paz se sostiene a través de la serenidad, la aceptación y la obediencia sin titubeos. No es de extrañar que en las organizaciones, sea frecuente que sus directivos sean evaluados y premiados, de acuerdo a la ausencia de conflictos en sus áreas de responsabilidad.

En las organizaciones existe un factor –la interdependencia- que va en paralelo a la existencia y tipos de conflictos, Floyer (1993), sostiene que en las relaciones laborales se identifican cuatro niveles de interdependencia y que cuánto más compleja sea una organización, más complejas serán estas interdependencias y sus conflictos:

- Interdependencia laboral. Se produce cuando dos o más grupos de la organización dependen unos de otros para realizar su trabajo. En estos casos, las posibilidades de que surjan conflictos son muy elevadas.
- Interdependencia combinada. No requiere interacción alguna entre grupos, ya que cada uno actúa independientemente. No obstante el rendimiento combinado de todos es lo que decide el éxito de la organización. En este caso la posibilidad de conflictos es relativamente escasa.
- Interdependencia secuencial. Exige que un grupo finalice un trabajo para que otro pueda hacer lo mismo. En estas circunstancias, cuando el producto final de un grupo es el punto de partida de otro, hay mayores posibilidades de que surja el conflicto.
- Interdependencia recíproca. Requiere que el producto final de cada grupo sirva de punto partida para otros grupos de la misma organización. Las posibilidades de que surja el conflicto son elevadas.

De otro lado con la tendencia generalizada a la especialización se presenta un fenómeno digno de ser comentado. A medida que los diferentes departamentos o sub-unidades de una organización van especializándose, sus objetivos se distancian. La diferencia en cuanto a los objetivos se traduce tal como señala Burton (1991), en una diferencia de expectativas entre los miembros de cada departamento. Así,

distintos objetivos y expectativas puede facilitar la aparición y escalada del conflicto.

Los conflictos por objetivos pueden hacer referencia a:

- Recursos limitados. La dependencia mutua aumenta y cualquier diferencia de objetivos se hace más clara. Todos los grupos pretenden reducir las presiones a que están sometidos logrando controlar el suministro de recursos básicos. Cuando los recursos son limitados, se establece una competencia que puede traducirse en un conflicto disfuncional si los grupos se niegan a colaborar.
- Políticas retributivas. Cuando el sistema retributivo está vinculado al rendimiento del grupo más que a la totalidad de la organización, hay más opciones para el conflicto, sobre todo cuando es un grupo el principal responsable de la asignación de retribuciones.

En cuanto a los conflictos de percepción, cabe mencionar:

- Diferentes horizontes temporales. Cuando los equipos se plantean objetivos a distintos plazos, se fijan distintas prioridades por tiempos y relevancia de cada actividad, pudiéndose crear un conflicto. El equipo puede entonces trabajar de modo desincronizado interrumpiéndose la comunicación entre los grupos en conflicto. Los efectos de esta variable, pueden ser marcadamente disfuncionales, en especial si existe alguna relación de interdependencia entre los grupos en conflicto, pudiéndose en este caso alterar el proceso de toma de decisiones.
- Posiciones radicales. A que el conflicto va subiendo de tono y las percepciones continúan distorsionándose, produciéndose una situación de refuerzo de todos los estereotipos negativos que pudieran haber existido.
- Manejo de estereotipos. En este caso puede ocurrir que trabaje en base a la percepción de estereotipos entre los grupos, marcándose las jerarquías, lo que llevar a un deterioro en las relaciones (Por ejemplo, cada uno de los grupos involucrados en la situación conflictiva puede considerarse superior a los otros

en cuanto a rendimiento y entender que es más importante para la supervivencia de la organización que todos los demás).

Si aceptamos que el conflicto siempre estará presente en una organización (Picker, 2001), el verdadero problema es cómo manejarlo. Si hay un enfoque ineficaz del conflicto éste se vuelve destructivo, estimulando la lucha interna y generando situaciones de competencia por temas no substantivos de productividad, mostrando básicamente necesidades personales de control (Femenia, 2005). Esta autora plantea el tipo de conflicto organizacional en base a tres perspectivas:

1. Interpersonal
2. Grupos de trabajo o departamento
3. Toda la organización

Femenia destaca además, la necesidad de gerenciar la confrontación institucional para promover el bienestar de los individuos y las organizaciones. Es en este caso cuando el conflicto se presenta como constructivo, observándose:

- Clarificación de temas importantes
- Soluciones para algunos problemas y proceso de cambio continuo
- Responsabilidad de las partes en la solución de sus propios problemas
- Liberación de tensiones y stress
- Promoción de la cooperación
- Aprendizaje y destreza en técnicas necesarias para resolver conflictos

Cropanzano et al. (1999), identifican las prácticas más comunes al gestionar una confrontación institucional en las organizaciones modernas:

- Evitación: Modo de afrontar el conflicto que se usa en un 20% de los casos, ignorándose el problema y evitando su intervención curativa.
- Consejo: En este caso no se facilita el proceso de acercamiento y diálogo de las partes en conflicto a través de intervenciones mediadoras. En un 30% de los

casos se aplica esta técnica, que sólo recomienda una forma de actuar pero las actuaciones serán lo que cada grupo enfrentado considere o desee.

- Control autocrático. El gerente actúa de forma directiva y con autoridad, los empleados se sienten juzgados y dirigidos por él hacia su solución. Este estilo de afrontamiento se da en un 20% de los casos.
- Efecto amenaza. Se aplica en un 15% de los casos. A los individuos se les instiga a "solucionar el problema", viéndose obligados a abandonar sus quejas y restablecer la supuesta normalidad.
- Funcionamiento como árbitro. El gerente invita a las partes, cada una señala su posición y es él quien al final determina una solución en la cual no han participado las partes. Aplicado en un 15% de los casos, en muchas culturas de tipo patriarcal es una fórmula que se acepta gustosa.

De acuerdo con Shapiro y Stiglitz (1984) las respuestas del tipo "aconsejar" son las más habituales, seguidas por los estilos autocráticos y adversariales. El uso de este tipo de respuestas supone la consideración del conflicto como automáticamente disfuncional y por lo tanto requerido de medidas autoritarias de seguridad para su gestión. Por el contrario, entender el potencial positivo del conflicto, que bien gestionado puede ser constructivo y con un potencial de crecimiento, implica la confianza en el ser humano y sus capacidades de bondad, el uso de la creatividad como sistema de búsqueda de opciones realistas pero innovadoras, el auto aprendizaje y el avance hacia posturas más flexibles y democratizadoras a través de los consensos obtenidos (Covey, 1996; Cooperrider, 1990; Ury, 2007).

1.4.3 Los conflictos en las organizaciones de salud

Las organizaciones sanitarias, al igual que las no sanitarias, están en un continuo cambio que exige aplicar instrumentos de mejora para optimizar resultados y minimizar efectos no deseados. Pero todo cambio genera respuestas reactivas producidas por la percepción de posibles pérdidas y generación de expectativas de lo incierto. Éste es un reto que demanda propuestas diferentes y especialmente

creativas (Kastika, 2003) que permitan a las organizaciones avanzar hacia sistemas cuasi-estables, percibidos como equitativos, accesibles y eficaces en relación con el coste y las necesidades de todos los actores (Dilts, 1996).

Todas las organizaciones son sistemas políticos (Ramió, 2001) ya que en ellas convergen diversidad de actores, pluralidad de intereses y objetivos, así como el manejo y distribución del poder. Un interés o un objetivo particular se alcanza aplicando el poder en las organizaciones, el cual proviene de las posiciones, los niveles, la situación, las estructuras, los procesos y los conocimientos (Mintzberg, 1994). Cuando estalla un conflicto normalmente el ejercicio del poder desencadena una oposición potencial, intereses divergentes, negación de los intereses de la otra parte en conflicto y por consiguiente resultados disfuncionales: la negación del hecho y el estancamiento. Si se establece un reequilibrio de poderes y de fuerzas, en donde se entienda que el poder es un hecho relativo y hasta subjetivo (interpersonal), las partes en conflicto se sentirán legitimadas y en igualdad de condiciones, lo que rebajará la intensidad del conflicto y se privilegiará una solución duradera (Calcaterra, 2002).

En las organizaciones sanitarias se presentan una serie de conflictos cuya gestión deriva en costes innecesarios y no deseados. En estudios previos realizados por la Comisión Europea sobre Salud Pública (Artazcoz, Escriba, Agüir y Cortés, 2004), se describe el hecho de que los directores y gerentes de los centros de salud destinan buena parte de su tiempo a la atención de conflictos. La manera en que éstos son abordados, tampoco facilita una dinámica sana de interacción entre los grupos de trabajo (Femenia, 2005), siendo este hecho habitual en las organizaciones en general. Tal y como cita Sparvieri (1995, pp. 101) “los trabajadores en situación de conflicto, tienden a encerrarse en un ciclo negativo de negación del conflicto o de manipulación del otro, puesto que la discusión abierta del problema en un lugar de trabajo tiene mala prensa”. Así, las decisiones que se toman ante un hecho conflictivo sin que haya sido analizado convenientemente y del que se dispone poca información, solo hacen que agravar la situación. Las buenas decisiones se toman en base a información adecuada y segura (objetiva), aisladas en lo posible, de las

posiciones particulares que enfrentan a grupos por el control y el poder, siendo éste último, un elemento central al que debe hacerse frente con sumo cuidado (Zaldua, 2006).

A la pérdida de tiempo en la gestión de los conflictos y las decisiones poco acertadas, se suman la práctica de actividades tendientes a evitar el conflicto más que a prevenirlo. El temor al desencadenamiento del conflicto o la tensión que genera, lleva a duplicar esfuerzos, responsabilidades y recursos que se usan inadecuadamente. Hablamos de acciones poco directivas o asertivas que mantienen la competitividad y el malestar en los grupos de trabajo. Si un conflicto sigue su curso y se desestima una implicación y resolución directa por parte de los involucrados en la intimidad de su organización, su resolución sigue vías externas, produciéndose generalmente costes legales por procesos judiciales que intervienen (arbitrajes, peritajes). A los costes de éstas soluciones adversariales, se les debe contabilizar los costes derivados de la posible pérdida del caso, tal como señala Nora Femenia (Ganaropciones.com, 2006).

La lista de costes asumidos hasta ahora por las organizaciones se extiende no solo a costes de tipo económico, sino también a costes de tipo emocional y psíquico, traduciéndose todo ello en absentismo, bajo rendimiento y bajas laborales. Dichos costes pueden alcanzar entre un 50% y un 80% del valor mensual de las pólizas de salud que cubren las organizaciones a las personas directamente afectadas por el conflicto (Ganaropciones.com, 2006)

De otro lado, los niveles de presión laboral son cada día más altos y sobre todo en un sector como el sanitario, con una demanda exponencial por parte de un usuario cada vez más informado y exigente (Camps, Daza, García y Bilbao, 1996). No obstante, se puede y se debe trabajar, en la consecución de un ambiente laboral más grato, en el que los profesionales vean reconocida su labor y sus inquietudes sean tomadas en cuenta por la empresa.

Cabe añadir que en el sistema sanitario, al igual que en otros campos, se diferencian diversos factores causantes de los conflictos que tienen que ver con los valores, la información, la relación, la estructura e intereses. Todo ello tiene una implicación tanto para los profesionales como para los trabajadores del sistema y los usuarios/clientes. Por ello, las intervenciones mediadoras son especialmente útiles a la hora de facilitar las relaciones entre los distintos intervinientes del sistema (Cabezali, 2001).

Ante la presencia de un conflicto que se extiende en el tiempo y con tendencia a la cronificación, el personal involucrado muestra desmotivación y falta de compromiso con la organización (Dolan, Martín y Soto, 2004), lo cual favorece que el personal realice actos de negligencia, sabotajes e incluso robos dentro de las áreas de trabajo. Cuanto mayor es la presión laboral y menor la respuesta de los "centros de poder" ante los problemas diarios, más el lugar de trabajo se constituye como un espacio impersonal y hostil. Señala Gross (2004) que la resistencia o capacidad de soportar cargas es una de las actitudes que más contribuyen a mejorar la calidad de vida, siendo esta capacidad la que se debe tomar como un precursor para cambiar decisivamente lo que se puede cambiar. Desde luego que estas capacidades deben fomentarse y es labor de las organizaciones ocuparse de ello, reconociendo mayores márgenes de autoridad, capacidad, poder y libertad a sus profesionales.

1.5 LA GESTIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LAS ORGANIZACIONES INTELIGENTES

Establezcamos hasta qué punto las organizaciones de salud, pueden gestionarse como empresas convencionales. Ya en 1974, Buckley, Burns y Meeker, destacaban que la labor innovadora de la gestión pública en cuanto macro proceso, consiste en desarrollar capacidades macroorganizativas nuevas y muy específicas, para abordar el cambio estructural en el plano inter-institucional (Buckley, Burns y Meeker, 1974). En cuanto a macro proceso, la gestión pública necesita en la actualidad, de un proceso de gestión interinstitucional en el que las distintas organizaciones e

intereses implicados en un sistema político público, compartan responsabilidades a la hora de orientar sobre el cambio estructural, conservando su autonomía en la gestión del cambio. Los autores afirman, que para emprender con eficacia el cambio estructural, se requiere de un proceso (conjunto de problemas y decisiones colectivas) que remodele las reglas del juego y redefina funciones y responsabilidades respectivas, todo ello en relación con la definición previa, de lo que se entiende por interés público.

Analizando las características del funcionamiento de las organizaciones sanitarias públicas, se detectan ciertos elementos singulares: interdependencia jerárquica y política, conflictos e itinerarios específicos y formas particulares de gestionar el conflicto. Indica Banting (2002), que las propuestas de cambio deben reconocer esa singularidad y trabajar presentando resultados que convenzan a los principales sectores y actores implicados, respetando ciertas formas básicas relativas a la estructura de la organización y cambiando otras a partir de las contundencia de los resultados (eficiencia, productividad, reducción de costes, agregar valor).

Entendamos que las premisas, creencias y hábitos que pudieron haber funcionado bien en el pasado, pueden ser controvertidos en el futuro. La sabiduría convencional debe ser sustituida por la no convencional, más adecuada para los tiempos de incertidumbre que vivimos. Combinada con el deseo de innovar y tomar riesgos, la sabiduría no convencional puede elevar los resultados de una empresa (Kriegel y Patler, 1992).

1.5.1 Hacia un nuevo modelo organizativo: La participación en el cambio

En nuestras organizaciones existen intentos de abrir canales de comunicación para favorecer el conocimiento y gestión de los conflictos que se presentan tanto a nivel de los trabajadores y profesionales de la salud como de los usuarios de los servicios. Sin embargo, estos intentos no involucran directamente a los afectados en lo relativo al modo en que se gestionan y se resuelven las diferencias. En caso de

conflicto, lo habitual es que los afectados accedan a gestionarlo a través de los canales regulares, en los que por norma, son otros –y no las partes en conflicto– los que determinan cómo enfrentar y superar la situación. Este papel de intermediario que toma la decisión lo asumen normalmente los directivos, gerentes y responsables de Recursos Humanos o del Servicio de Atención al cliente. Pero tanto la problemática como el hecho de ser relaciones que probablemente tendrán que mantenerse activas, exigiría la lógica de la participación de los afectados. Y esto es así porque no es posible conocer el trasfondo de un problema si no se llegan a establecer sus causas o el origen, así como el nivel de insatisfacción de las partes involucradas (Ortiz, 2004). Este planteamiento, presenta un reto no resuelto a las direcciones de las organizaciones, que consiste en pasar de la intervención directa y resolutoria a la delegación hacia los afectados, con la finalidad de potenciar la autoresponsabilización en la gestión y tratamiento positivo del conflicto. Es un modo de asegurar la existencia del poder de las partes no solo en la creación del conflicto, sino también en su gestión y transformación, entendido este poder como la capacidad, aptitud y responsabilidad para tomar las propias elecciones (Parkinson, 2005). Este planteamiento dirigido desde un proceso de mediación significaría el uso de un modelo con una estructura técnica operativa con etapas, estadios y pasajes. Una estructura formal que permitiera responder a la desestructuración que el conflicto ha producido en la relación de las partes, con un planteamiento inclusivo, de co-responsabilidad en la transformación de la relación y de gestión de acuerdos viables que aseguraran su sostenibilidad. Naturalmente, esto supone el reto del cambio en las formas en que enfrentan actualmente los conflictos en las organizaciones en general y en las de salud en particular.

Un cambio planificado en una organización es el conjunto de actividades y procesos orientados hacia metas (Bransford y Stein, 1988). Las actividades son proactivas y con propósito, sus metas van en función de la capacidad de la organización para adaptarse a los cambios que incluyen un cambio en el comportamiento de sus empleados.

De acuerdo con Bransford y Stein (1988), se pueden identificar tres niveles de cambio:

- a) Cambio de primer nivel (lineal y continuo): Es un nivel en que no existe una visión clara de los supuestos que tienen los miembros de la organización acerca de cómo la organización puede mejorar su funcionamiento.
- b) Cambio de segundo nivel: Implica la evidencia de un cambio multidimensional y radical que lleva al replanteamiento de supuestos acerca de la organización y de la forma en que se opera. Es en este nivel, cuando se reconoce la necesidad del cambio, se sensibiliza a la organización sobre el mismo, se crean unidades de compromiso dentro de la organización, sobre todo por parte de la alta gerencia, y se establece una misión.
- c) Cambio de tercer nivel: Éste es un nivel avanzado en el que existe la presencia de compromiso por parte de los miembros y departamentos de la organización plantea un esfuerzo constante: La práctica del ejemplo, implementar el cambio poco a poco, tomando conciencia del mismo, centrarse en lo realmente importante, manteniendo una comunicación activa y efectiva.

Siguiendo a Bransford y Stein, los agentes de cambio pueden cambiar, pero debe tenerse en cuenta que existen una serie de elementos y condiciones que favorecen la participación. El cambio y nuevos escenarios de encuentro, tales como:

- Se está más propenso al cambio cuando se participa de la decisión
- Se apoya el cambio cuando se integra en su planificación
- Si se tiene la certeza de que la recompensa limita la pérdida
- Se sigue el cambio si quienes lo lideran merecen confianza y crédito
- Se facilita el cambio en un ambiente libre de amenazas y coacciones
- El cambio es viable tras un proceso de preparación: aptitudes, conocimientos y destrezas
- Se apoya el cambio según se ve el éxito obtenido

Estos mismos autores recalcan que tanto el conflicto como el cambio, son procesos que están siempre presentes y por lo tanto se requiere que las organizaciones modernas desarrollen una serie de acciones, influenciadas por un dinamismo y una necesidad de revisión permanente en aspectos tales como:

- En lo que se piensa y como se piensa
- En cómo se administra
- En la manera de planificar
- En sus diseños y técnicas
- En sus servicios y en la manera de servir
- En las actitudes de su personal
- En sus sistemas y herramientas de trabajo
- En su cultura y valores en general

Los profesionales de la salud conocen mejor que nadie los focos de conflictividad presentes en su entorno¹⁹ y por ello coinciden en la necesidad de aprender a utilizar habilidades mediadoras que les ayuden a observar el problema como una oportunidad para conocer necesidades, aspiraciones, intereses, fortalecer los grupos de trabajo y sentar las bases de futuros compromisos y acuerdos.

La ausencia de conflicto es un ideal difícil de cumplir y por lo tanto, las situaciones de “guerra relacional” forman parte de la normalidad cotidiana en los equipos. Sin embargo, se puede construir la paz a medida que el conflicto sigue su progresión natural. La cuestión estriba en detectar su presencia a tiempo y responder en términos de gestión pacífica de las diferencias y las posiciones encontradas. Así, la respuesta a un conflicto debe contener de un lado, el interés claro en darle una salida negociada de modo inteligente. De otro lado, debe incluir una preparación suficiente en el tiempo y en el método para el cambio esperado. En este proceso existen dos elementos de importancia absoluta que tienen que ver con “la

¹⁹ Esta conflictividad que supone en ocasiones el uso de violencia física, ha llevado a que la fiscalía de Barcelona pida penas de cárcel, en los casos de agresiones a personal médico, habiendo sido esta medida bien acogida por el Sindicato de Médicos de Catalunya y por otras Instancias jurídicas y sindicales (Ambrojo, JC, EN: El País 16 de noviembre, 2006).

transformación” (Bush y Folger, 1996) y la “sostenibilidad” (Suares, 2002). El primero de ellos marca el avance hacia otra etapa, mientras que la sostenibilidad favorece la acción y cuenta con la capacidad de regenerarse de modo positivo en el tiempo. La **Transformación Sostenible** es actuar a corto plazo sin dejar de estimar consecuencias a largo plazo, examinando permanentemente los elementos estructurales y culturales para que no vuelvan a generar violencia ni conflictividad negativa (Parekh, 2005). En este sentido, al hablar del desarrollo de un sistema sostenible aplicado al ámbito empresarial u organizacional, nos estamos refiriendo a una organización innovadora (Kastika, 2001) y responsable socialmente (Jiménez, 2006).

1.5.2 Liderazgo participativo y organizaciones responsables que “cuidan”

El estudio de las organizaciones, su funcionamiento y el por qué las organizaciones y sus miembros funcionan bien o mal, pertenece al contenido del estudio de la dinámica organizacional. Esta disciplina en la que se integran y complementan diversas ciencias del comportamiento humano, como la sociología, la psicología y la antropología, trata de resolver las cuestiones de liderazgo en las organizaciones a fin de alcanzar un liderazgo efectivo también llamado carismático. En la actualidad destacan entre otras, las innovadoras concepciones de creación de un valor que trata de tener en cuenta a los stakeholders o agentes implicados en la organización (Jiménez, 2006).

Según Mercé Solá (2003), en un análisis que realizó sobre el liderazgo y los diversos estilos que se aprecian en las organizaciones, en el liderazgo carismático son también relevantes los diferentes estudios que se han llevado a cabo intentando relacionar el perfil del líder con los resultados de la organización. Rakesh Khurana de la Harvard Business School es de la opinión que las empresas tienden a buscar el líder carismático porque creen, sin que haya ninguna evidencia concluyente, que el Presidente de la Compañía debe tener como mínimo un impacto poco menos que místico en la actividad de la organización. Khurana (2002) concluye que la mayoría

de estudios apuntan que entre el 10-20% del rendimiento de una empresa depende del clima económico y entre un 30-45% del estado del sector. Según estas cifras el margen del factor humano quedaría circunscrito al 35-60%.

En un principio se suponía que todas las organizaciones eran iguales, y por lo tanto las tareas del director o gerente responsable eran siempre las mismas. Más aún, se asumía que el comportamiento de los empleados respondía a razones y motivaciones simples. Esta concepción hoy en día es considerada como simplista y ha sido sustituida por una concepción sistémica (Senge, 1993). La idea de sistema supone una causación múltiple e interrelaciones complejas, en el que cada cosa se relaciona con el todo (Donini, 2001). El enfoque sistémico (Bertalanfy, 1976) pone el acento en la interrelación de las partes y subraya la importancia de interpretar cada parte individual solamente en el contexto de todo el conjunto.

Los gerentes o líderes efectivos no necesitan conocer o controlar la totalidad de lo que se decide y se lleva a cabo en cada sector o subsistema. Lo que se espera de un líder es que asigne roles, defina capacidades y planifique objetivos (Dolan, Martín y Soto, 2004).

John Kotter (1990) habla de la moderna dirección de las organizaciones relacionadas con el liderazgo, señalando que la dirección y el liderazgo no se excluyen necesariamente, pero sí tienen sus diferencias. La dirección supone un conjunto de instrumentos y técnicas concretas, basados en razonamientos racionales y contrastados, designados para ser utilizados en forma similar en una amplia gama de situaciones. Pero este tipo de dirección rígida no suele funcionar bien, si no se acompaña de cierta dosis de liderazgo que puede definirse como la voluntad de controlar los sucesos la comprensión necesaria para marcar un rumbo y el poder para llevar a cabo una tarea, utilizando *cooperativamente* las habilidades y las capacidades de otras personas (Krause, 1998). Kotter (1990) afirma que en época de crisis y caos, puede convenir un fuerte liderazgo unido a un grado limitado de dirección.

El proyecto de mediación sanitaria institucionalizado en las organizaciones de salud, promueve el ideal de que decenas de personas actúen como líderes informales en los procesos de construcción de paz. Debe ser un liderazgo capaz de crear redes de apoyo formadas por los profesionales de la salud, clientes de los servicios y superiores jerárquicos, un liderazgo capaz de producir resultados competitivos y de colaborar en la mejora del trabajo en equipo, con una visión amplia y general. Este modelo de liderazgo se encuentra, y es cada vez más necesario en todos los niveles jerárquicos de una organización (Dolan, Martín y Soto, 2004).

Estos conceptos no son del todo nuevos. Ya a partir de la década de los ochenta, se advierte un claro intento por reconstruir la concepción de liderazgo, tratando de distinguir entre "comportamiento administrativo", basado en las decisiones rutinarias y en el conocimiento de una serie de tareas y actividades predeterminadas, y el "liderazgo transaccional" (Burns, 2003), caracterizado por realizar transacciones con sus seguidores, garantizando sus necesidades y condiciones de trabajo, los seguidores desempeñan sus tareas para el logro de los objetivos preestablecidos. De este modelo de liderazgo surge un nuevo modelo, el llamado "liderazgo transformacional" orientado a las personas y no a las tareas; consiste en la capacidad del líder para imaginar nuevas condiciones y transmitir las a sus seguidores.

Todas estas concepciones y cambios de paradigmas, dan paso a los principios de las organizaciones inteligentes. En este marco de pensamiento, Senge describe la función del nuevo líder de las organizaciones: "Nuestra perspectiva tradicional de los líderes -como personas especiales que marcan el rumbo, toman las decisiones cruciales y arengan a las tropas- está profundamente arraigada en una visión del mundo individualista y asistémica. Los líderes, sobre todo en Occidente, son héroes, grandes hombres que avanzan a un primer plano en tiempo de crisis... Mientras prevalezcan esos mitos, reforzarán el énfasis en los hechos de corto plazo y en los héroes carismáticos, y no en las fuerzas sistémicas y en el aprendizaje colectivo... La nueva visión del liderazgo en las organizaciones inteligentes se centra en tareas más sutiles, y a la vez, más importantes. En una organización inteligente, los líderes son

diseñadores, mayordomos y maestros. Son responsables de construir organizaciones donde la gente expande cada vez más su aptitud para comprender la complejidad, clarificar la visión, mejorar los modelos mentales compartidos, es decir, son responsables de aprender" (Peter Senge, 1993).

Una organización inteligente por lo tanto, equivale a decir, organización abierta al diálogo y al aprendizaje en la que se identifican cuatro componentes de su estructura (Naisbitt, 1990):

- División del trabajo como un modo de funcionar necesario para una mayor eficiencia de la organización
- Delegación de autoridad a los distintos niveles de la organización
- Comunicación fluida, es decir, líneas establecidas de modo oficial o canales organizados desde la dirección hacia los distintos niveles de trabajadores de la organización y de éstos entre sí y hacia los niveles superiores
- Coordinación que consiste en mantener unido y consistente el esfuerzo de la organización total en el logro de sus objetivos

Según este mismo autor, los cuatro componentes señalados están a su vez guiados por dos principios básicos de las organizaciones inteligentes, la racionalidad y la disciplina. El principio de la racionalidad asegura que los objetivos de la organización se formulen claramente y se logren a un mínimo costo. De otro lado la disciplina, es fundamental para asegurar el sistema de roles interrelacionados presentes en las organizaciones. En el marco de estas nuevas organizaciones, tal como señala Peter Lang (En: Schnitman y Schnitman, 2000)²⁰, se hace evidente la necesidad del cambio en el modelo de líder tradicional "autoritario", por un nuevo modelo más flexible de líder "maestro", que actúe como facilitador y guía tratando de extraer el potencial de cada miembro del equipo para conseguir sus mejores ideas. Así a través de las personas que diariamente se tienen que enfrentar a los problemas, preguntará, escuchará, orientará y trabajará para alcanzar el consenso,

²⁰ Estos autores hablan de la importancia de utilizar procesos de coaching para promover el aprendizaje en el contexto del cambio organizacional.

obteniendo de este modo la máxima información para justificar y explicar la necesidad de una acción.

Las llamadas organizaciones inteligentes (Donini, 2001 y Senge, 1993) surgen de la necesidad de fomentar la participación y con ello propuestas e ideas nuevas con las cuales enfrentar los desafíos actuales. La adaptabilidad es un término que juega un papel importante en las organizaciones inteligentes. La nueva dinámica genera individuos inteligentes, grupos inteligentes y por consiguientes organizaciones inteligentes. Desde luego que en esta nueva etapa, estas condiciones promoverán previsiblemente un aprendizaje continuo y un avance en positivo, ya no solo en lo referente a las organizaciones, sino también y sobre todo a las personas que allí trabajan y que deben prepararse irremediamente para el cambio (O'Connor 2003).

Las organizaciones así conceptualizadas son sistemas abiertos e integrados por individuos y actividades que dan lugar a impactos internos y externos. Para el adecuado funcionamiento de las organizaciones es primordial tener esta visión sistémica de todos los componentes de la organización.

Las nuevas realidades requieren reconsiderar mapas, procesar actitudes y prácticas poco funcionales. Tal como señala Covey (1996) el primer paso a seguir, es ser consciente de las decisiones y las acciones, ante un estímulo externo. La respuesta debe ser reflexiva y libre, alejada de impulsos y referenciada de modo absoluto por valores y una filosofía clara. En este marco las empresas y las organizaciones también pueden impulsar esta forma de actuación y de cultura proactiva, tomando iniciativas y asumiendo responsabilidades. Previamente debe establecerse la gama de preocupaciones que aquejan a las personas, sabiendo diferenciar entre problemas reales y aquellos en los que no tenemos implicación directa o compromiso emocional o mental. La idea es concentrarse en aquellos problemas en los que se debe actuar, trabajando sobre el individuo para influir en las condiciones y fijando objetivos de compromiso y de consecución, ello repercutirá en un mayor autocontrol reforzado por el conocimiento y la capacidad.

En base a este planteamiento sistémico y de organización inteligente y responsable, que enfoca su interés en el cumplimiento de los objetivos de la empresa y además en el “cuidar” a los agentes sociales con los que trata (trabajadores, clientes, usuarios, etc.), podemos afirmar de acuerdo con Auerbach y Dolan (1997), la necesidad de que los directivos se comprometan a ejercer un tipo de liderazgo que incluya los siguientes elementos:

- Relaciones cálidas y de apoyo: cada día las organizaciones deben darle más importancia a las relaciones en la empresa. Su éxito depende cada día más de la calidad de los grupos, desde las unidades más pequeñas de una organización. Es importante que los empleados se lleven bien, que puedan relacionarse entre sí dentro de un proceso constante de ampliación y revisión (Evaluación basada en competencias y posibilidades de progresar). Es fundamental el apoyo y el buen trato en la organización hacia las personas que la integran. La interacción entre los directivos, los empleados y los ejecutivos debe ser cordial y en un ambiente de sana y justa competencia, pues el desempeño de la empresa va directamente relacionado con el bienestar de sus miembros.
- Administración por liderazgo: Una organización inteligente se caracteriza por la capacidad de desempeñar el liderazgo en un modo apreciativo e inclusivo. Ello significa, proporcionar oportunidades de co-participación y dar prioridad a los más aptos, siempre con criterios de selección y designación. Así las funciones de estos líderes irán encaminadas a:
 - Involucrar a todos los trabajadores en la revisión abierta y continua de la gestión y la calidad de los procesos
 - Presentar pautas claras en el trabajo, de manera que el trabajador sepa que es lo que se espera de él
 - Incentivar la responsabilidad por las tareas asumidas. Los trabajadores deben ser responsables de controlar la calidad de su trabajo y para ello la empresa debe ser capaz de establecer previamente una política de calidad
 - Coordinar e integrar procesos. Los niveles de calidad dependerán de la coordinación que exista entre administradores, trabajadores y directivos.

1.5.3 Hacia una enfoque positivo de las diferencias

Estamos acostumbrados a escuchar que a lo largo de la historia se suceden ciclos que provocan la necesidad de actuar y pensar en un modo adaptativo, porque llega un momento en que los modos tradicionales de responder no satisfacen las necesidades propias de un momento histórico preciso. Hoy más que nunca, la comprensión del límite de los ciclos es evidente. Vivimos inmersos en sociedades productivas que exigen a los individuos su transformación y adaptación constante al medio. Si en estas circunstancias el individuo percibe esta exigencia, cabe pensar que las estructuras sociales, sus sistemas o subsistemas y los condicionamientos de vida, también se encontrarán ante la exigencia de su transformación y modernización (Zittlau, 2005).

Si antes el romper con un paradigma, suponía toda una suerte de elucubraciones filosóficas y planteamientos radicales de ruptura a menudo traumática (Teorías políticas, económicas, evolucionistas, psicológicas), hoy en día el cuestionamiento de los paradigmas es una necesidad convencida y un reto que se vive a diario, que permite repensar formas y maneras de hacer coincidir las exigencias del sistema con las exigencias vitales de los individuos, no debiendo necesariamente estar unas y otras en oposición.

La construcción posmoderna se caracteriza por la oscilación entre el sentido de la visión global común y la irrupción de la diferencia. Nuestra época está caracterizada por el sueño de la comunidad y la realidad de las luchas - a menudo violentas- entre intereses que cambian de manera constante, entre el enfrentamiento y el diálogo (Schnitman y Schnitman, 2000).

Esta situación propia de las sociedades modernas contemporáneas, ha motivado una profesión emergente especializada en el área de la resolución de conflictos, cuya expansión en diferentes ámbitos ha permitido una profunda transformación cultural e institucional, reflejo de los cambios de las condiciones de vida contemporánea. El nacimiento y adaptación de los programas de mediación aplicados a diferentes ámbitos y organizaciones, considerando sus estructuras y

características específicas, prueba el éxito de esta herramienta en la construcción de diálogos y en la superación de los conflictos interpersonales, grupales y sociales.

A nivel de las instituciones, los individuos que allí se relacionan reclaman un entorno laboral más saludable y un tipo de relación más responsable. Muchas empresas en tanto que organizaciones dinámicas e inteligentes se han dado cuenta de las ventajas que supone, impulsar políticas institucionales destinadas a resolver disputas y conciliar diferencias e intereses (López, 2003).

Estas ventajas radican en cuanto a los aspectos que competen a las personas en:

- Mayor satisfacción en el desempeño de las labores asignadas
- Equipos de trabajo más integrados
- Calidad en la comunicación
- Ejercicio de la cuota de poder que corresponda, entendiendo éste como mayor libertad y compromiso para proponer alternativas y manifestarse sin miedos y de forma adecuada

Al funcionar bajo estos parámetros, las organizaciones se pueden beneficiar ya que la satisfacción de las personas que en ellas se relacionan y el sentimiento de compromiso que adquieren con sus metas y fines, repercute en el incremento de la eficiencia, eficacia y por ende de la productividad de las organizaciones con la consecuente reducción de costes asociados al conflicto no gestionado. A pesar de ello y siendo objetivos, el camino se está iniciando, de ahí la importancia de promover el nuevo paradigma de la resolución de conflictos, la mediación y los sistemas integrales de intervenciones mediadoras para gestionar los conflictos en las organizaciones, independientemente de la labor o servicios que desarrollen (López, 2003).

En el ámbito de la salud en el que centra la atención el presente proyecto, es fundamental reorientar las políticas existentes en cuanto a la visión y tratamiento de los conflictos que en ella se producen, para ofrecer un mejor servicio a todos los

agentes sociales involucrados, sean internos o externos a la propia organización. Alcanzar este objetivo requiere de un nuevo enfoque sistémico proactivo del que debe participar toda la organización (Farré 2004). Tal como lo señala este autor, el enfoque proactivo implica el autoexamen sistémico constante de la relación interpersonal o del espacio de convivencia (Familia, comunidad, organización). La organización proactiva no espera a que estalle un conflicto profundo para evaluar su estructura y cultura organizacional sino que aporta una visión preactiva es decir, dinámica, creativa y emprendedora sobre el tratamiento del conflicto y su posible transformación positiva. En este contexto la cultura de la prevención es un elemento básico a integrar en la planificación organizacional.

1.5.4 La figura del Coach en la gestión de conflictos

El coaching, tal como lo conocemos hoy en día, procede del ámbito deportivo²¹ y tuvo una rápida expansión al mundo de las organizaciones durante la década de los 80, filtrándose a los negocios, a niveles corporativos y ahora a la resolución de conflictos. Promueve un estilo que ayuda a reforzar las habilidades del gerente. El aporte de este estilo está vinculado a la figura del líder, a través de la elección de un coach que ayuda a mejorar el rendimiento y a alcanzar metas.

Existen múltiples definiciones sobre coaching, a menudo vinculadas con la consecución de resultados extraordinarios. En la Escuela Europea de Coaching²² se hace referencia al "coaching" como el arte de hacer preguntas para ayudar a otras

²¹ Tim Gallwey (1974) precursor del coaching en el ámbito deportivo, afirmaba que "siempre hay un juego interior que se está jugando en tu mente, independientemente del juego exterior que estás jugando. De cómo te comportes en este juego interior, dependerá el éxito o el fracaso de tu juego exterior". Este descubrir las fortalezas internas para enfrentar el reto externo es un elemento que se rescata para trabajar en el ámbito del coaching en la resolución de conflictos (Alvarez, 2005).

²² La escuela europea de coaching, establecida en Madrid, Barcelona y Turín, es un centro dedicado a la enseñanza, la difusión y el ejercicio profesional del coaching, así como al desarrollo de habilidades directivas. Es también el lugar de encuentro de profesionales y expertos en diferentes disciplinas, metodologías y herramientas de management, que coinciden en que el coaching es actualmente la fórmula más eficaz de ayudar a los individuos y a las organizaciones a alcanzar resultados extraordinarios y éxitos en los proyectos. La fórmula que aplican es: Formación + Coaching = Mayor rendimiento (Disponible en: www.escuelacoaching.com).

personas, a través del aprendizaje, en la exploración y el descubrimiento de nuevas creencias que tienen como resultado el logro de los objetivos.

El coaching viene a representar un proceso que se desarrolla a lo largo de un determinado período de tiempo y que tiene lugar entre dos personas. En dicho proceso se suceden una serie de conversaciones que tienen la particularidad de ser planificadas y confidenciales. En las conversaciones, el coach utiliza una metodología basada en preguntas que ayudan al coachee a explorar sus propias creencias, valores, fortalezas, limitaciones, decisiones y en definitiva a definir su éxito.

En este proceso el coach (facilitador) actúa fundamentalmente, desde un rol de acompañante de un proceso, pero también genera roles de líder, catalizador, detector de creencias y generador de rapports (Withmore, 1980), trabajando de acuerdo con el principio de “intención positiva”, que significa entender que en algún nivel, todo comportamiento se basa o ha sido generado desde un propósito positivo (Dilts, 1996). Así, para cambiar con éxito cualquier resistencia o creencia limitadora, su correspondiente propósito positivo subyacente deberá ser reconocido y tratado.

Este principio de intención positiva se deriva a su vez de la presunción de que el “mapa no es el territorio”, es decir, el mundo y nuestra interpretación de él son cosas distintas (Dilts, 1998).

En cualquier organización, los gerentes y mandos intermedios, además de realizar gestiones de administración se ven envueltos a menudo en situaciones de conflictos procedentes de las relaciones entre sus subalternos así como en el marco de sus relaciones con los clientes y proveedores. Además a los gestores se les plantean dilemas propios del liderazgo que asumen, tales como el mantenimiento de la cohesión de los grupos, la motivación de las personas de su equipo, la ejecución con éxito de cambios que mejoren la organización y su producto. Es en estos casos donde la figura del gerente como mediador informal, es decir como un gestor

inteligente de conflictos y promotor de consenso grupal, asistido por un coacher, sería de gran valor para facilitar el management de la organización con acuerdos de paz y tranquilidad (Clare, 2004). En este sentido, un mediador actúa en igual modo como guía o como coach en un proceso en el que ayuda a las partes a generar opciones de acuerdo que respondan a sus intereses y necesidades (Dubler y Liebman, 2001)

Desde un punto de vista de intervención en conflictos, el asesoramiento externo o coaching es una herramienta de gran efectividad para identificar los elementos conflictuales presentes o latentes en la estructura o en la cultura organizacional. La intervención precoz en estos elementos una vez identificados, nos permitiría transformarlos positivamente y evitar su aparición y escalada. Así mismo, cuando el conflicto ya ha estallado, un punto de vista desde la tercera visión mediadora, podría ayudar en gran manera a plantear un abordaje integral sistémico y proactivo (Farré, 2004).

1.6 LA MEDIACIÓN SANITARIA COMO UNA ALTERNATIVA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ ORGANIZACIONAL

Hasta ahora se han efectuado generalizaciones sobre el funcionamiento tradicional de las organizaciones, su respuesta a los procesos de cambio, el liderazgo que fomenta la participación de los equipos, la necesidad del aprendizaje continuado en el modo de gestionar los conflictos, la riqueza del uso de procesos creativos centrados en la experiencia e integración de los equipos de trabajo que viven el conflicto y sus resultados de forma proactiva.

A ello hay que añadir la necesidad de alinearse con las nuevas políticas y recomendaciones de la Comisión Europea, que plantea el fomento de la cooperación entre los sistemas sanitarios como uno de los objetivos a conseguir para el período 2007-2013, como estrategia de salud y protección de los consumidores (Europa. Actividades de la Unión Europea, 2005). Hablar de

cooperación entre sistemas, significa necesariamente hablar de comunicación, cooperación, colaboración y construcción de procesos de consenso, todos ellos términos mediadores por excelencia.

Con todo ello, resulta evidente que nuestro interés está centrado en ayudar a “construir organizaciones del tercer lado” (Ury, 2000), es decir, instituciones que estén determinadas a usar el poder (de las partes), desde una cierta perspectiva (la mediadora), con el respaldo de un determinado proceso (de diálogo, de no violencia), para construir espacios de paz en la vida cotidiana de las organizaciones, a través de un proceso de educación para la paz que debe ser necesariamente sistematizado, tal como señala Lederach (2000). En este sentido, entendemos la mediación como una nueva metodología profesional que tiene que ver con un nuevo modo de vivir las relaciones personales (Coy, 2001) en el entorno laboral. Es a partir de este trabajo de educación por la paz para la transformación de los conflictos que se podrá potenciar la reconstrucción de la autoconfianza, autorespeto y la autoestima de los actores implicados en la organización de que se trate (Martínez, 2001).

1.6.1 Un ámbito de actuación: El sistema Nacional de Salud

En el informe anual del Sistema Nacional de Salud presentado en el 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, para todo el ámbito territorial español, se establecen una serie de referencias de interés. De acuerdo con los datos disponibles en dicho informe que recoge la visión desde el propio Ministerio y las aportaciones de las Comunidades Autónomas (MSC, 2005)²³, a fin de reflejar la realidad sanitaria de nuestro país y alcanzar los retos tendientes a dar respuesta sanitaria a las necesidades y expectativas de todos, a lo largo del 2004 se perciben los resultados del impulso de las Comunidades Autónomas a la Sanidad, a raíz de que 10 de ellas, asumieran en el 2002 las competencias de la asistencia sanitaria.

²³ Información disponible en:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/cap1InformeSNS2005.pdf>

En cuanto a la calidad de la atención sanitaria, en el informe Anual del Sistema Nacional de Salud para 2005, el apartado sobre los Aspectos Básicos de Gestión de Calidad en el ámbito sanitario, establece atributos que definen la calidad, tendientes lograr la satisfacción de profesionales y pacientes:²⁴

Tabla 4
Atributos que definen la calidad asistencial en el ámbito sanitario

Atributo	Definición
Aceptabilidad	Incluye la satisfacción del paciente, la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la asistencia sanitaria.
Adecuación	Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población.
Competencia profesional	Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional y tanto al profesional sanitario como a la organización.
Cooperación del paciente	Grado en que el enfermo cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional
Efectividad	Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Es también la relación entre el impacto real de un servicio y su impacto potencial en situación ideal. Relaciona, igualmente, la capacidad de actuar del médico y su equipo, de manera que los pacientes consigan el resultado más deseable.
Eficiencia	Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción. También se conceptúa como la prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles..
Satisfacción del profesional	Grado de satisfacción del profesional sanitario con las condiciones y desarrollo del trabajo. Su inclusión entre los atributos de la calidad se deriva de la influencia que tiene la satisfacción laboral en la calidad del trabajo.

Según las principales cifras presentadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para el 2005 (MSC, 2005)²⁵, en España trabajan en el sector sanitario cerca de 800.000 personas, de las cuales 500.000, son empleados públicos. La mayor parte del personal sanitario corresponde a enfermeros con 225.487, de este total un 81,6% son mujeres. Los médicos representan el segundo grupo, con un total de 194.668 colegiados, de este grupo el porcentaje de mujeres asciende a un 41,4%. Siempre siguiendo los datos que ofrece el Ministerio de Sanidad y Consumo para el 2005, 29.428 médicos trabajan en centros de salud y 54.298 en hospitales

²⁴ Información disponible en:

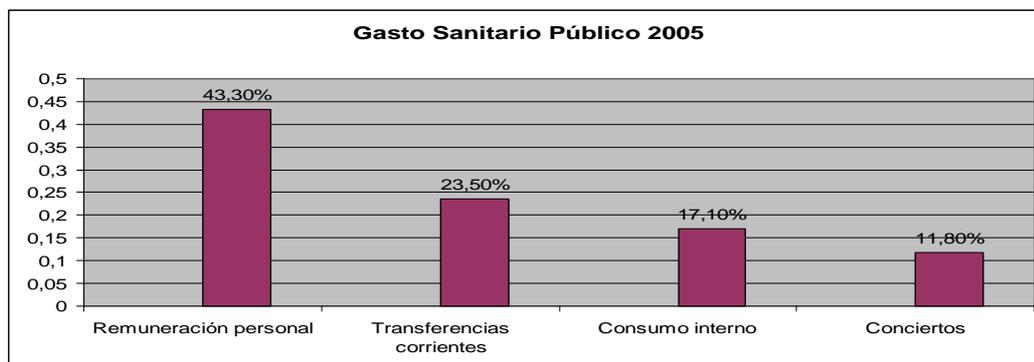
<http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbi toSanitario.pdf>

²⁵ Información disponible en: (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF>)

públicos (tasa por cada 1.000 habitantes 1,3 médicos), siendo el mayor desempeño en servicios centrales, seguido de medicina y especialidades médicas.

En las estadísticas del Gasto Sanitario, reflejadas en el Barómetro Sanitario del 2005 (CIS: MSC, 2005), se presenta el Gasto Territorial consolidado entre los años 1995-2004. El informe publicado en el 2005²⁶, refleja un crecimiento moderado sostenible que alcanza para el 2005 los 48.112,6 Millones de euros, con relación al 2004 la variación representa un 9,3%. El mayor porcentaje del presupuesto se destina a la remuneración del personal, con un 43,3%, situándose en segundo término las transferencias corrientes con un 23,5% seguidas del consumo intermedio con un 17,1% y conciertos con un 11,8%, todo ello según los datos que presenta por el Ministerio de Salud y Consumo, dentro de las estadísticas del gasto Sanitario Público.

Figura 5



En lo que se refiere a las opiniones de los usuarios en cuanto a la satisfacción que manifiestan por la atención en los servicios sanitarios, y de acuerdo con el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (MSC 2005), existen diferencias relevantes al comparar las tendencias entre 1.995 y el 2004.

²⁶ Información disponible en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS2005CCAAv3.pdf>

Tabla 5

Nivel de satisfacción de los usuarios por la atención en los servicios sanitarios:

Opiniones	Año 1995	Año 2004	% variación
<i>Funciona bastante bien</i>	20,7	19,8	- 4,3%
<i>Funciona bien pero necesita cambios</i>	40,6	47,1	16%
<i>Necesita cambios fundamentales</i>	28,2	27,1	-3,9%
<i>Está mal necesita rehacerse</i>	9,6	5,0	-47,9%
<i>No sabe/no contesta</i>	0,9	0,9	0,0%

La tendencia según el cuadro anterior, es que para el 2004 los usuarios de los servicios parecen mejorar su apreciación sobre el sistema sanitario nacional en cuanto a que funciona bien, pero con la salvedad de que necesita cambios. Sin duda se puede y se deben mejorar los servicios de salud pública, siendo esta tarea misión no solo de los órganos políticos institucionales, sino también de otros sectores sociales a través de alianzas que busquen una coherencia en las acciones a emprender para gestionar positivamente el cambio.

Cada vez más, existen sectores de profesionales en las organizaciones de salud tales como los médicos²⁷ y las enfermeras²⁸ que se movilizan para presentar propuestas y soluciones que brinden una atención integral y de calidad a través de los servicios prestados. Se traspasa la inmediatez de los problemas presentes, proponiendo una cultura de la gestión de los servicios sanitarios que enfrente los desequilibrios y la escasez de los recursos.

En base a lo expuesto, vemos que la gestión del conflicto del modo en que tradicionalmente se está tratando resulta insuficiente para crear espacios de

²⁷ Recuérdese la huelga que protagonizaron los médicos en Cataluña y que concluyó la segunda semana de mayo de 2006. La sanidad pública catalana ha vivido un creciente malestar que ha cristalizado en varios conflictos: La huelga de las enfermeras del Hospital de San Pablo de Barcelona, las protestas de los afectados por las jubilaciones forzosas, los desacuerdos respecto al Proyecto de Ley del Instituto Catalán de la Salud (ICS) o respecto al anunciado decreto de regulación de las terapias naturales y, la preocupación por la Ley de Colegios Profesionales (Sancho, 2006).

²⁸ El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) publicó un documento en el que recomienda que se actúe para incrementar los recursos para fomentar el desarrollo de estrategias generales de recursos humanos y formación, crear una capacidad nacional suficiente para gestionar los problemas internos de la oferta y la demanda y mejorar las cargas y condiciones de trabajo, en otros (CIE, 2003).

diálogo y de consenso en el seno de las organizaciones de salud y más aún, para tratar de un modo constructivo las diferencias y las disputas que allí se presentan. La mediación como sistema alternativo de gestión del conflicto, resulta una propuesta innovadora que pretende cambiar la forma tradicional en la que se enfrenta la gestión de la diversidad de opiniones.

Inicialmente es necesario familiarizarse con el nuevo modelo que conlleva una nueva práctica y una nueva cultura. La vía puede ser a través de consultores externos que formen al personal de la organización en los principios de la resolución de conflictos (intervención preventiva) y que intervengan en su presencia (intervención curativa). También puede ser, como se explica en el presente proyecto, estableciendo en la misma organización un espacio y un equipo de profesionales de la mediación, lo cual supone insertar la mediación como elemento intrínseco en la estructura de la organización.

Considerada como un elemento relevante para las negociaciones laborales e internacionales, la mediación se utiliza hoy en día en cuestiones de divorcio, en conflictos familiares, civiles y comerciales, en temas de medio ambiente así como en el desarrollo de procedimientos y reglamentaciones gubernamentales, entre otras posibilidades. Implantarla en el campo de la salud, no es más que aplicar la lógica mediadora que ya ha sido probada en otros campos y habiendo probado su eficacia, adecuando el tipo de servicios y de intervenciones a las necesidades específicas que se pueden presentar en los espacios sanitarios.

La propuesta que desde el presente proyecto se realiza, lleva al ámbito sanitario, concretamente en la región de Cataluña, la implantación en áreas o unidades delimitadas, de un modelo de gestión de conflictos (Unidades de Mediación Sanitaria) que no involucra directamente a un mediador como tercero neutral, sino que conforma un sistema de mediación y un sistema de mediadores basado en las prácticas de la resolución de conflictos. Con ello se trata de construir espacios mediadores y promover la coordinación y la colaboración, entre cada grupo o departamento de la organización sanitaria en la que se actúe. Es una experiencia

que representa un método de comunicación entre partes en conflicto, además de permitir a las personas, abordar los conflictos habituales en el curso de su trabajo diario en la organización.

1.6.2 El sistema de salud en Cataluña tras la reforma: Utilidad de la mediación sanitaria

La reforma al sistema de salud planteada en 1984 en España a través del Real Decreto 137 del 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, dio paso a un complejo proceso de descentralización y transferencias de competencias sanitarias territoriales, siendo una de las primeras Comunidades Autónomas con capacidad de gestión y planificación de su propio sistema sanitario, disponiendo de competencias en materia de sanidad desde el año 1979 (López, Costa y Manzanera, 2006)

En Cataluña la reforma iniciada en 1985, permitió pasar del modelo asistencial tradicional, basado exclusivamente en la cura, a un nuevo modelo que integraba la prevención, la rehabilitación y la promoción de la salud. Este modelo estaba incluido en un Plan de Salud, marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la Salud en Cataluña, que además contaba con una nueva estructura organizativa que permitía otras fórmulas de gestión y con ellas, la gestión directa por parte de los profesionales de la salud, dinamizando y flexibilizando la búsqueda de soluciones específicas e imaginativas, a los problemas complejos presentes en la gestión sanitaria.

De los estudios comparativos realizados a partir de entonces, se destacó una mejora considerable en la calidad, la prescripción y la reducción de costos respecto a las áreas no reformadas, reconociéndose que las áreas reformadas consumían, en término de gastos por habitantes, mucho menos que el conjunto de la red de centros no reformados en el resto de Cataluña (BOPC: Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, 2002).

A pesar de esto existen críticas hacia la nueva gestión, sobre todo por parte de organizaciones sindicales que señalan como factores de riesgo y de descontento la precariedad laboral, la amortización de plazas, la no convocatoria de plazas estatutarias, el notable aumento de la productividad sobre todo del personal cualificado, los cambios obligados de horarios, la precariedad de las condiciones laborales, entre otros (Sección Sindical de la UGT, 2006).

Con el fin de mejorar el sistema de salud en Cataluña, se han dado varios pasos de los que señalamos el importante papel desarrollado en tal sentido por el Síndic de Greuges (Defensor del Pueblo) encargado de velar por los derechos de las personas, atendiendo las quejas de todos aquellos que se encuentren desprotegidos ante la actuación o falta de actuación, de las administraciones.

Entre los derechos sociales y económicos de los que se ocupa el Síndic de Greuges, están los relacionados con la salud, la educación o el acceso laboral. Por lo general, el Defensor del Pueblo, o Síndic de Greuges en Cataluña, conoce los presuntos casos de mala praxis de la Administración a través de las reclamaciones presentadas por los ciudadanos (Soderman, 2002), siendo el examen de las reclamaciones de carácter público a menos que el demandante solicite su confidencialidad.

Al cierre del 2002 el Síndic de Greuges, en su informe al Parlament de Catalunya, realizaba una serie de consideraciones, señalando que a pesar de las diferencias y dificultades entre la comparación de la atención sanitaria tradicional y la reformada, se podía evaluar la equidad en el acceso, la calidad en los servicios, la satisfacción de los ciudadanos y la eficiencia de los servicios sanitarios de atención primaria de previsión pública del Servicio Catalán de la Salud (Síndic de Greuges, 2002).

Así mismo, el informe presentado incorporaba las opiniones de los profesionales de la atención primaria, así como la de los usuarios de los servicios, siendo una primera aproximación y dejando la puerta abierta a propuestas, estudios y análisis más extensos encaminados a mejorar y hacer realidad la protección de la salud,

mejorando la atención primaria y el cumpliendo con el artículo 43 de la Constitución²⁹ (Constitución Española, 1978).

Para elaborar el informe del Síndic de Greuges (2002) se pasaron encuestas entre octubre y noviembre del 2002 a los profesionales de los CAP (Centros de Atención Primaria), directores médicos, médicos, enfermeras y trabajadores de la Unidad de recepción de usuarios, se pudo conocer cómo los profesionales viven la problemática de los centros. Así mismo, las encuestas que se pasaron a los usuarios de los servicios de los CAP de Cataluña con una muestra total de 600 usuarios, ofrecieron resultados que permitieron conocer su opinión y contrastarla con la de los profesionales. En definitiva, las respuestas finales ofrecieron una imagen de los principales problemas que afectan las actividades ordinarias de los centros. De carácter cuantitativo, los datos presentan una visión conjunta y global de las respuestas emitidas (Síndic de Greuges, 2002).

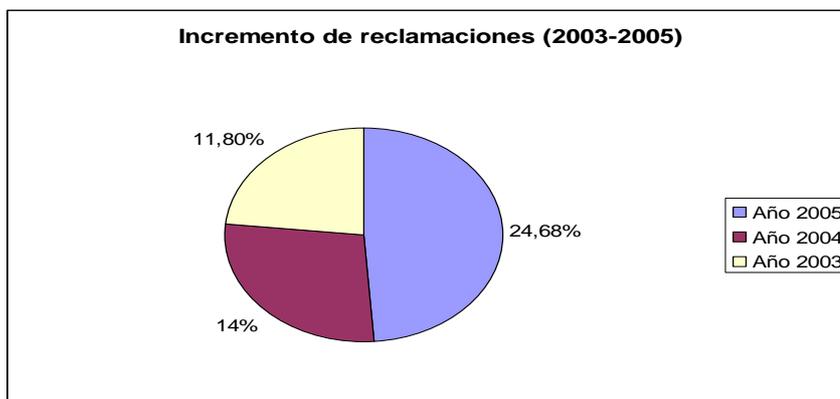
Por parte de los profesionales de la atención primaria, las principales quejas correspondían a la masificación y a la presión asistencial. De éstas se derivan otras, como las relacionadas con las listas de espera, la excesiva burocratización y la insuficiencia de medios en los servicios de admisión. Por su parte, las quejas más frecuentes de los usuarios, en un 65% de los casos, también están relacionadas con las listas de espera.

Más recientemente en el Informe del 2005 al Parlament de Catalunya (Sindic.cat. Síndic de Greuges de Catalunya, 2005), se hace referencia a 8.373 actuaciones. En este informe se observa un notable incremento de quejas de los usuarios con respecto a años anteriores: un 24,68% (2004-2005), un 14% (2003-2004) y un 11,8% (2002-2003).

²⁹ Por el que se establece que a) Se reconoce el derecho a la protección de la salud, b) Compete a los poderes públicos, organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y servicios necesarios. La ley establece los derechos y deberes de todos al respecto, c) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte y d) Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Figura 6

Incremento de reclamaciones de los usuarios (2003-2005)



De las actuaciones iniciadas por la sindicatura en el 2005 (8.377), el 64% se cerraron. De estas actuaciones se desprende que en un 31,2% de los casos, existían irregularidades por parte de la Administración (que más adelante se detallan). Así mismo se observa un nivel de rectificación del 93,87% por parte de la administración sanitaria tras la alerta del Síndic.

De las cifras presentadas se desprenden dos factores: El claro aumento de las actuaciones realizadas desde la Sindicatura, un porcentaje importante de presencia de irregularidades por parte de la Administración, así como el efecto decisivo que tienen las consideraciones del Síndic sobre las Administraciones.

Las materias que soportan un mayor número de quejas son las que pertenecen a la Administración general (21,6%), a la Ordenación de territorio (20,95) y a la Seguridad Ciudadana y Justicia (10,95). Con relación a las quejas del ámbito de la salud y a las actuaciones de oficio emprendidas por el Síndic, se señala en el informe presentado al Parlament (2005), deficiencias en el derecho a la protección de la salud, que establece el artículo 43 de la Constitución española y el eventual incumplimiento de las obligaciones de los poderes públicos para cumplir con el ejercicio efectivo de ese derecho.

Continuando con los resultados del informe del 2005 de la Sindicatura de Greuges, los problemas derivados de la organización de la gestión de los servicios del sistema público de la salud y también de los servicios sanitarios privados, son dos de las problemáticas destacadas. Señala el Síndic que la previsión de la asistencia sanitaria universal, pública y gratuita, tal como establece la Ley 14/1986 General de Sanidad, del 25 de abril, se ha visto afectada. Así se señalan déficit en la atención primaria, atención sanitaria, hospitales, prestaciones, listas de espera, pruebas y diagnósticos.

Si bien la figura del Síndic desde su creación, ha dado cobertura a las reclamaciones y quejas más comunes por parte de los usuarios de los servicios sanitarios, también es cierto que no se reduce el número de expedientes gestionados por reclamaciones o demandas, mayormente por responsabilidad patrimonial hacia la Administración. Las demandas se relacionan en estos casos con mala praxis médica y deben esperar en ocasiones, más de tres años una resolución. Bertrand, responsable de asesoría jurídica del CIS, en entrevista concedida al diario El País en noviembre de 2005, señalaba que el problema radica en el elevado número de reclamaciones anuales que se reciben (Bertrand, 2005).

Apoyando los datos que se obtuvieron en los informes de 2002 (Síndic de Greuges, 2002) y de 2005 de la Sindicatura de Greuges de la Generalitat de Catalunya, Eduardo Enrique García (Sindic.cat. Síndic de Greuges de Catalunya, 2005), destaca tres grandes problemas que hoy en día encontramos en el Sistema Sanitario en general:

1. La dificultad de coordinación entre los dos niveles asistenciales definidos por la Ley de Sanidad de 1986
2. La actual tendencia inflacionista del Sistema Sanitario que conduce a un incremento continuo de la actividad, y por ende del gasto. Se exige en este punto, una reorientación de las políticas sanitarias, introduciendo criterios de efectividad, pertinencia, capacidad y priorización, con respecto a los objetivos de cobertura por servicios sanitarios; y por supuesto, la puesta en marcha de nuevos servicios y prestaciones

3. La progresiva desvinculación del personal con respecto a la organización del Sistema Sanitario. En una organización destinada a la provisión de servicios, donde los prestadores finales del servicio son los propios trabajadores, contar con la implicación de éstos, es la base que permite que el producto final cuente con un alto nivel de calidad.

Adicionalmente, Albert Ledesma afirma que la capacidad real de gestión y de implicación de los profesionales sanitarios, sólo se consigue desde fuera de la Administración pública y ello lo demuestra el modelo de entidades de base asociativa que ha desarrollado el sistema sanitario público de Cataluña, no solo en el ámbito de la Atención Primaria, sino en el conjunto del Sistema Sanitario (Ledesma, 2003). En efecto, para este autor el modelo basado en la gestión de riesgo compartido con el Servei Català de la Salut, ha contribuido a la mejora de la satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales; al incremento de la eficiencia tanto por el aumento de la calidad del producto asistencial, como por la reducción del coste; ha propiciado cambios en la organización de la Atención Primaria y en los sistemas de compra. Sin embargo, este autor no se muestra optimista al respecto porque el modelo tiene una capacidad limitada de crecimiento como consecuencia de la finalización de la reforma de Atención Primaria en Cataluña.

Retomamos aquí, el hilo conductor del presente proyecto, la mediación y su aportación al sistema sanitario. A partir de los datos obtenidos y aquí presentados, nuestra propuesta se dirige a colaborar en el cambio de una organización basada en la gestión de recursos, por una organización de profesionales que se justifica por resultados y entre ellos, la satisfacción de todos los agentes implicados (profesionales, trabajadores y usuarios del sistema). Esto supone un rediseño organizativo, para incorporar la participación del profesional en el sistema sanitario, con criterios exclusivos y en un sentido genérico de efectividad y calidad.

Se han señalado las principales quejas y reclamaciones efectuadas por los usuarios de los servicios médicos y también las de sus profesionales. Vemos que si bien se han mejorado aspectos objetivos relevantes de la gestión y eficacia y prestación de los servicios médicos, se han agudizado otros (Presión asistencial, listas de espera,

etc.). El Síndic de Greuges de Cataluña, presta un servicio para tratar de asegurar un derecho de los usuarios a una óptima atención sanitaria, en el marco de la normativa vigente. En esta gestión, se invierte tiempo y recursos que pensamos que podrían minimizarse ofreciendo una alternativa, la mediación, que si bien no está aún regulada en el ordenamiento jurídico sanitario español, puede corregir, disminuir o hacer desaparecer ciertas prácticas habituales en la gestión del conflicto en el ámbito de la salud.

Para finalizar comentar que la mediación supone no solo un procedimiento formal, sino también una “actitud” (Retuerto, 1999). Ello significa que si tal actitud se genera entre las partes implicadas y en un entorno mediador (la institución sanitaria) se puede conseguir un espacio de consenso y de superación de las diferencias que permita la aplicación de los principios mediadores en todas sus instancias, para encaminar la visión de la paz organizacional. Para ello es necesario que los trabajadores del sistema público de salud, además de poseer los conocimientos técnicos propios de su trabajo, se formen en el análisis y negociación de las distintas problemáticas, para convertirse en hábiles negociadores capaces de liderar los procesos futuros en todos los frentes (Herrera y Campisi, 2005).

1.6.3 Experiencias relevantes en Mediación Sanitaria y legislación existente

A continuación se presentan las experiencias más relevantes sobre acciones concretas emprendidas por países pioneros en el ámbito de la mediación sanitaria o que la recogen como forma válida para intervenir en los conflictos que se presenten en el campo de la salud. Aunque las experiencias encontradas son pocas, resulta de gran interés recoger aquellas propuestas que han sido apoyadas desde organismos e instituciones públicas, que ofrecen intentos de solución, mediante proyectos y marcos reguladores consensuados entre los principales entes involucrados: Ministerios o Departamentos de Salud, Organizaciones Sanitarias, profesionales sanitarios y usuarios del sistema.

Decíamos que resulta de interés analizar las distintas experiencias porque nos demuestran que en algunos países, ya no se obvia el problema, sino que se sabe que existe y que afecta en la práctica y dinámica habitual sanitaria ya que, sea desde la inmigración y su relación con los agentes de la salud, o desde los conflictos que se vienen arrastrando en las organizaciones sanitarias, se están tomando medidas reguladoras del itinerario de gestión del conflicto.

En los referentes históricos sobre la mediación sanitaria, se tiene conocimiento de que en 1981 en Francia (París) surge por primera vez la figura del "conciliador médico". Su misión era "ofrecer información a pacientes, o llegado el caso a sus representantes y facilitar la liquidación de las diferencias relativas a la responsabilidad resultante de la actividad profesional de un médico con motivo o a continuación de una prestación de cuidados" (Six, 1997). La figura del conciliador médico era ejercida por un magistrado designado por un decreto anulado en 1988 y reactivado en 1989 con una variante: El conciliador médico ya no era un magistrado, sino un médico interno cuya función consistiría en "informar y explicar". El avance en la designación de funciones de esta figura radica en que tiene varios sectores de actuación: enfermos, familia, médicos y administración. Esta experiencia propició institucionalizar la mediación en el ámbito de la salud, un paso por delante de los decretos legales y actos conciliadores. De la nueva actividad participaron todos aquellos que formaban parte del mundo hospitalario: Asociaciones de voluntarios, usuarios de los servicios, médicos, etc.

Existen experiencias mediadoras en el campo de la salud en América Latina, que si bien no consisten todas en la creación de Servicios de Mediación a través de legislaciones específicas, si se observa un intento por abordar las diferencias a través de la creación de espacios de diálogo. En el caso que nos ocupa, Argentina recoge experiencias de mediación, conciliación y arbitraje como modelos para la gestión y solución de conflictos en los centros de salud (Nató, Rodríguez y Carvajal, 2006). En este sentido, también en el II Congreso Médico Argentino de Derecho Médico y Salud realizado en Septiembre del 2004 en Buenos Aires, surgieron recomendaciones para impulsar un marco regulador que garantizase la equidad y la

calidad en la prestación de los servicios médicos. De otro lado, Sergio Abrevaya y Victoria Basz relatan una experiencia realizada en Argentina, de facilitación en políticas públicas, en concreto una experiencia interhospitalaria a través del uso de técnicas de consenso grupal (Abrevaya y Basz, 2005).

En México, en 1996 se crea una Comisión de Arbitraje Médico, órgano independiente del Ministerio de Salud, con la labor de recoger las quejas y reclamaciones de los usuarios de servicios médicos públicos y privados. Esta comisión mantenía un enlace con la Administración de Justicia y tenía como objetivo: Mejorar la calidad de los servicios médicos y la satisfacción de sus usuarios (Valdés, Molina y Solís, 2001)

Se destaca de un modo especial el caso chileno que resulta de gran interés sobre todo por ser el único país que dispone de la Ley, la 19.966, publicada en el 2005 que establece un régimen de garantías de salud, desarrolladas en el párrafo II del título III. Éste es un procedimiento para usar los sistemas de mediación pública como paso previo a la iniciación de cualquier proceso judicial, en los casos de conflictos entre usuarios y centros sanitario. El cuatro de marzo del año 2005 dio inicio la “Unidad Nacional de Mediación de Salud”, a través de la cual, los usuarios de la salud pública y privada chilena, tienen derecho a recibir ayuda para evitar que las discrepancias con los prestadores de los servicios de salud, terminen en acciones judiciales³⁰. Esta Ley recoge los principios éticos de la mediación y en lo referente al principio de imparcialidad se establece que quienes actúan como mediadores no representen al estado chileno en causas civiles relativas a prestaciones médicas de la red pública asistencial.

³⁰ La Unidad Nacional de Mediación de Salud, del Consejo de Defensa del Estado chileno, es un organismo de carácter autónomo al que pueden acceder todas las personas que “sientan que están lesionados sus derechos esenciales de prestaciones de salud”, garantizando que con gratuidad absoluta y en un plazo de 60 días (prorrogables a 120) se solucionarán sus reclamaciones. Se hace la salvedad de que los usuarios de los servicios privados de salud, pueden acceder a una instancia similar a cargo de la Superintendencia de Salud, pero el servicio de mediación en este caso, no es gratuito (Ley 19.966 que establece el régimen de garantías en salud de la República de Chile, 3 de noviembre de 2005).

Por constituir el único antecedente legislativo que existe a nivel internacional sobre mediación sanitaria, a continuación se presentan datos relevantes sobre las actuaciones de dicha unidad, en el período del 4 de marzo al 8 de Julio del 2005 (Drago, 2006):

- En cuanto a su funcionamiento, la evaluación de los resultados que fueron presentados por el Consejo de Defensa del Estado chileno, nos muestra que desde el 4 de Marzo hasta el 8 de Julio del 2005, se habían efectuado 151 reclamaciones, de las que 80 fueron admitidas y consideradas mediables, lo que equivale a un 53% del total. En el momento de esta evaluación, un 35% estaba pendiente de admisión, un 11% se consideraron no mediables y solo un 1% de las reclamaciones, se desestimaron.
- En lo relativo a la causa de la reclamación, del total de casos mediables un 33% correspondía a reclamaciones derivadas de la muerte de un paciente, otro 33% a casos de invalidez parcial, un 25% a un apartado definido como otros daños y un 9% a reclamaciones por invalidez total.
- Por lo que se refiere a los resultados de las mediaciones realizadas en el plazo de los cinco meses señalados indican, que de las 80 mediaciones, 19 se concluyeron, 4 de ellas con resultado favorable y 13 sin resultado favorable, dándose en estos casos pasó a los cauces legales tradicionales.
- En referencia a los prestadores de servicios involucrados en las reclamaciones, un 87,5% correspondían a hospitales y solo un 9,8% a atención primaria.

Ante estos resultados el Consejo de Defensa del Estado chileno, recomendó seguir apoyando la práctica de la mediación como herramienta que posibilita (Paz y Mendez, 2005):

- Profundizar la democracia
- Otorgar acceso igualitario a la tutela de los propios derechos en salud
- Acortar la brecha de desigualdad económica y social
- Desjudicializar conflictos
- Aportar soluciones prácticas y oportunas

La experiencia chilena no es aislada, aunque si es una de las más afianzadas, por la coherencia política-técnica-profesional que presenta. Las soluciones alternativas para enfrentar y asimilar los cambios de la vida moderna y alcanzar soluciones gestionadas de forma democrática y con sesgo personal y humano, nos parece que es la tendencia mundial.

Curiosamente, no es la primera vez que podemos ver cómo se hermana el ejercicio de la mediación con la democracia. Y ello es así porque la mediación unifica, incluye, equilibra poderes y “hace correr la voz de la opinión tanto convergente como divergente en un modo en que las partes involucradas negocian desde posiciones parejas aún estando en mesas desparejas (Kritek, 1998).

En la Declaración de Copenhague, adoptada en la 5ª Conferencia Regional Europea de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el 20 de Marzo del 1997, se señalaba (Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, 1997): “Europa atraviesa una etapa de radical transformación. Cunde en ella la democracia, pero mengua el orden; se multiplican los mercados libres, pero disminuye el empleo; se reduce el temor de guerra internacional, pero aumenta la inseguridad ciudadana. La violencia, con su corolario de privaciones y sufrimientos, afecta la vida de millones de personas... En años anteriores, el Estado desempeñaba una función primordial y directa de servicios y de seguridad. En la Europa actual, muchos sistemas de bienestar social se ven radicalmente trastocados, cuando no disgregados. Los gobiernos de muchos Estados recurren a organizaciones y empresas comerciales para que suministren servicios a las personas más vulnerables, concediéndoles a menudo los medios legislativos y financieros para ayudarlos en esa tarea. La sociedad civil y las organizaciones sin fines lucrativos adquieren creciente importancia en la prestación de ayuda a las personas más vulnerables... Muchas personas en Europa han de hacer frente a un deterioro, de los servicios de atención de salud y de bienestar social...”

Sensibles a la necesidad de enfrentar los conflictos en un modo constructivo, las recomendaciones propuestas por la Cruz Roja y la Media Luna Roja, son :

- Mediar de forma enérgica a favor de los derechos e intereses de las personas más vulnerables, seleccionando cuidadosamente los principales sectores de nuestra actividad de mediación.
- Desempeñar un papel en la prevención de conflictos, crisis sanitarias y otros sucesos que socavan gravemente la dignidad humana.
- Proporcionar los servicios que con mayor urgencia necesitan las personas más vulnerables, mediante los cuales se les brinde asistencia física directa y apoyo emocional y psicológico, así como servicios para proporcionarles información o en los que se aproveche la misma para mediar a favor de sus intereses.

En lo referente a España no existe legislación específica que regule la mediación en el ámbito sanitario nacional. La legislación en materia de mediación en nuestro país se reduce a la Ley que modifica el Código civil y la Ley de enjuiciamiento civil en materia de separación/divorcio en su Disposición final tercera y en legislaciones europeas y autonómicas, en el caso de España, que regula la mediación familiar (Prats y Pons, 2004). No obstante, la falta de previsión legal en otros campos que no sea el estrictamente familiar, no implica la imposibilidad de establecer y desarrollar otros sistemas y procedimientos de mediación.

En este sentido, Margarita Retuerto (1999) señala que la cláusula general de participación de los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social contenida en el artículo 9.2 de la Constitución, es norma habilitante suficiente para que dichas técnicas puedan ser desarrolladas por los poderes públicos³¹.

Ante estos argumentos y posicionamientos, podemos afirmar no solo la posibilidad de que la mediación sanitaria aplicada a las organizaciones públicas y privadas de salud sea necesaria, sino sobre todo una realidad posibilista que permitirá en un futuro no muy lejano trabajar hacia la mejora de las organizaciones en base a procesos de consenso y con ello, una mejora del ambiente laboral.

³¹ Margarita Retuerto hace la siguiente referencia: “En el ámbito de la relación privada, el principio de autonomía de la voluntad de las partes consagrado en el Código Civil, permitiría la formulación de los acuerdos precisos para remitir la solución de determinados asuntos, a los procedimientos mediadores que pudieran establecerse” (Retuerto, 1999).

En lo concerniente a distintos tipos de iniciativas en materia de gestión de conflictos en organizaciones de salud en España, citamos los resultados de un trabajo realizado desde la Universidad de Barcelona (2006), por alumnos del segundo curso del Master de “Mediación en organizaciones de salud, Consultoría en gestión de conflictos”. Se exploraron las experiencias mediadoras sanitarias existentes en cada una de las Comunidades Autónomas, obteniéndose después de un exhaustivo sondeo en Hospitales, Centros de Atención Primaria, Colegios Profesionales vinculados y Consejerías de Sanidad de cada Comunidad, un análisis de la situación que refleja un uso incipiente, pero precario de la mediación. En general, salvo casos muy concretos, como el de las Comunidades de Madrid, Castilla la Mancha, Navarra, Cataluña o Baleares, donde la mediación está siendo incorporada como proceso de cambio y mejora en la conflictividad en las áreas de salud y por los profesionales de la salud, las demás Comunidades tienen un escaso o nulo conocimiento acerca de la mediación.

Es interesante destacar que esta prospección realizada, aportó datos relevantes acerca de los distintos tipos de intervenciones mediadoras que existen. En general, se aplican dos fórmulas: La formal y la informal. La mediación formal es la que aplica un profesional de la mediación y que conocemos como parte de un proceso de gestión alternativo para la resolución de los conflictos que sean mediables. La mediación informal es una variación estándar que es utilizada frecuentemente por gerentes, jefes de equipo y consultores de organizaciones, que no se atiene a patrones establecidos, ni a la rigurosidad de unas normas y unos procedimientos de acción e intervención. Simplemente se ejecutan tareas conciliadoras o bien facilitadoras que si bien pueden tomar principios de la mediación, no se entienden como tales dado que no siguen las etapas del proceso ni los requisitos mediadores (Slaikeu, 1996; Kritek, 1998).

De un modo u otro, se puede concluir que las prácticas de gestión de conflictos desde posicionamientos mediadores están siendo utilizadas y en vías de clara expansión con tendencia a la profesionalización.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un modelo para la gestión de conflictos en las organizaciones de salud, que potencie una cultura de diálogo entre los distintos actores del sistema, estableciendo sinergias de colaboración entre la Universidad y el Sistema Público de Salud, con la finalidad de trabajar conjuntamente en la construcción de cultura de paz en las organizaciones y evaluar los resultados obtenidos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un modelo de formación teórico-asistencial en gestión de conflictos y mediación, con la finalidad de capacitar a profesionales de la salud para la prevención y gestión de los conflictos en sus lugares de trabajo.
- Implantar un sistema de gestión alternativa de los conflictos que se producen en las organizaciones de salud, desde la perspectiva de sistemas de mediación.
- Definir perfiles de los conflictos y los grupos de riesgo, con la finalidad de conocer el mapa de conflictos existentes, los factores de vulnerabilidad y los modos más efectivos de tratamiento.
- Estudiar los resultados obtenidos por el sistema implantado en el ámbito de Sanidad Pública de Cataluña.

3. MATERIAL Y MÉTODO

En el marco de la metodología empírico-analítica, el tipo de investigación desarrollada se basó en la observación sistemática, la medida, el experimento y la construcción de elementos teóricos que dan cuenta de una realidad, tras incidir en ella.

Dado que el proyecto que se presenta tiene una vertiente docente y otra asistencial, diferenciamos la metodología aplicada en la fase formativa de los mediadores en salud, de la metodología utilizada para el diseño, implementación y evaluación de las Unidades de Mediación.

3.1 ELEMENTOS CLAVE QUE RIGEN EL PROYECTO

Este proyecto planteado desde un enfoque académicamente sistémico, contiene una serie de elementos que lo integran y que lo configuran como un diseño de sistemas de mediación para organizaciones de salud, los cuales se presentan a continuación:

- a) Elemento cultural: Hace referencia a la creación de la formación académica para profesionales de la salud y que se formalizó con la puesta en marcha en el año 2004 del Master en *“Mediación en Organizaciones de Salud. Consultoría en gestión de conflictos”*. Al formar a nuestros propios mediadores, aseguramos la continuidad así como la retroalimentación del sistema propuesto. Ello permite diseñar programas específicos basados en las necesidades reales de los espacios donde se va a intervenir, asegurando su adecuación, pertinencia, profesionalización y especialización.
- b) Elemento ideológico: Que constituye el sistema de valores y principios que lo integran y que supone asegurar unas *“buenas prácticas”*, con criterios de calidad

costo-eficientes así como un modo específico de gestión y dirección del proyecto. Los conceptos de inclusión, co-participación en las decisiones, mejora del ambiente laboral, dinamización de las instituciones, colaboración entre entidades públicas para mejorar costes y resultados, optimización de los recursos existentes, mejora de los servicios públicos, trabajo dirigido hacia la penetración de la cultura de paz en las organizaciones, han sido los principios y valores rectores del proyecto desde su inicio.

- c) Elemento Social: Expresado al trabajar en base a Normas de Responsabilidad Social Corporativa (NRSC)³², lo cual implicó la creación tentativa de unos conceptos cercanos a las normas de calidad, con registros, documentos y protocolos así como sistemas de evaluación del proyecto. Este cierre del sistema diseñado en tal modo, permite que el modelo presentado sea presumiblemente aplicable a otros sistemas u organizaciones sociales de parecido carácter.
- d) Elemento técnico: Que incluye la creación de las Unidades de Mediación Sanitaria (UMS). Este elemento técnico nos permite diseñar sistemas a implementar y evaluar sus resultados, replicar el sistema en el futuro de las organizaciones, así como realizar investigación sobre cómo diseñar intervenciones creativas a medida trabajando en un modo innovador de modo que se cree un sistema de mejora y de feedback continuado.

3.1.1 Secuencia temporal de implantación del proyecto

El presente proyecto se realizó en el período correspondiente a abril del año 2003 a octubre del año 2006, con la siguiente temporalización:

- Fase de Diseño: De abril del año 2003 a octubre del mismo año se diseñó el modelo formativo que daría lugar al “Master de mediación en organizaciones de salud. Consultoría en gestión de conflictos” y al “Postgrado en Resolución de

³² Término que une dos ámbitos, el público y el privado: Responsabilidad social más corporativismo, sin que por ello sean excluyentes. La idea es trabajar desde la esfera del interés individual, reconociendo derechos y deberes que serán satisfechos más fácilmente, desde una relación de encuentro con el otro social y a través de “buenas prácticas empresariales”, positivas para la sociedad y para los trabajadores (Observatoriorsc.org, 2007).

Conflictos y Mediación Sanitaria”³³. En este mismo período se inició el diseño del proyecto global iniciándose la toma de contacto con gerentes de distintas instituciones con el fin de conseguir su colaboración para la puesta en funcionamiento del proyecto de “Mediación Sanitaria” que nos proponíamos implementar en el sistema sanitario público en Cataluña.

- Fase de Ejecución. Cabe distinguir dos etapas:
 - *Primera etapa:* De octubre de 2004 a octubre del año 2005, se inició el Master antes mencionado con 31 alumnos matriculados procedentes todos ellos del mundo de la salud. Al mismo tiempo, se desarrolló el plan de implementación de las UMS al tiempo que se continuó con la toma de contactos y se procedió a presentar el proyecto al Departamento de Salud de la Generalitat e Catalunya, con el fin de conseguir el máximo consenso y apoyos de la Conselleria de Sanitat para desarrollar el proyecto.
 - *Segunda etapa:* De octubre de 2005 a octubre de 2006 se abrieron cuatro unidades de mediación sanitaria (UMS), en los espacios que mas adelante se detallan, al tiempo que se diseñaban los espacios de futuro que deberían o podrían proponerse para estabilizar el proyecto, en el caso de la previsible evaluación positiva del mismo. Esta etapa del proyecto se propuso como un plan piloto que pondría a prueba su utilidad y que debería ser evaluado desde la vertiente tanto académica como por parte de las autoridades sanitarias a través de una Comisión de Seguimiento creada a tal fin de la que se describen los detalles mas adelante.

- Fase de Evaluación. Se realizaron tres evaluaciones parciales a modo de preparación para la evaluación final que se realizó a finales de octubre de 2006. Los informes procedentes de estas evaluaciones parciales acumulativas fueron presentados en la Comisión de Seguimiento para su discusión y mejora. Ello permitió optimizar el informe final, cuyos resultados aquí se presentan.

³³ Que en su segunda edición del año 2005-2006 cambio su denominación por: “Consultoría y Gestión de Conflictos en Organizaciones de Salud”.

3.1.2 Criterios de selección

En primer lugar, se decidió poner en marcha este proyecto en Cataluña por criterios de proximidad y de facilidad de acceso, aunque por las características del mismo, bien hubiera podido ser cualquier otra Comunidad Autónoma del estado español.

En cuanto al tipo de instituciones en las que se centró el proyecto, se escogieron organizaciones de naturaleza pública (instituciones pertenecientes al Instituto Catalán de la Salud) o de pública concertada (Servicio Catalán de la Salud). Se contó con aquellas que una vez oído el proyecto apostaron por su puesta en marcha y procedieron a dar apoyo logístico al proyecto.

En lo referente al tipo de asistentes a la formación, se estipuló que fueran profesionales de la salud procedentes de distintas disciplinas, con el fin de cumplir con el principio mediador que apoya la existencia de los equipos mediadores complementarios. El factor de la interdisciplinariedad fue uno de los criterios catalogados desde su inicio como de éxito del proyecto (Ver Mapa Mental del Proyecto en Anexo nº 1), dado que en la gestión del conflicto, el contar con distintas posibilidades de mediadores es una decisión de gran importancia para conseguir que éstos puedan ser unos referentes de autoridad técnica en el marco del proceso de mediación. Prioritariamente se buscaban profesionales que estuvieran en primera línea de gestión de conflictos bien por el tipo de trabajo que desarrollaban (dirección de equipos o de servicios), bien por el espacio donde ejercían su actividad laboral (urgencias, consultas externas, servicios de atención al usuario, etc.). No obstante, estos criterios fueron solamente a título indicativo por lo que el grupo que se conformó tenía unas características heterogéneas que hacían del curso un espacio de diversidad de gran interés.

3.2 METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA FASE FORMATIVA

El marco de reflexión inicial acerca de la problemática existente en la normalidad de las organizaciones, la conflictividad presente en las instituciones sanitarias y las dificultades en su gestión, nos llevó a iniciar la primera etapa del proyecto con la creación del primer año del Master de “Mediación en organizaciones de salud. Consultoría en gestión de conflictos”, en octubre del curso académico 2004-2005 y realizado en IL3-Fundación Bosch i Gimpera, de la Universidad de Barcelona.

Objetivos del programa de formación para mediadores sanitarios

A continuación se presentan los aspectos característicos de este Master en lo referente a los objetivos propuestos, la duración del programa formativo, los participantes y su perfil así como otros datos que pueden resultar de interés para la mejor comprensión del programa docente.

La finalidad de este Master era la formación de mediadores cualificados para intervenir en organizaciones de salud y especialmente expertos en consultoría e intervenciones globales para la gestión de conflictos. Se diferenciaron primero y segundo curso en base a los objetivos concretos que se pretendían para cada parte de esta formación:

- a) El primer año del Master quedó configurado como un *“Postgrado en Resolución de conflictos y mediación sanitaria”*, para dar una opción de formación a aquellos profesionales de la salud, que si bien no quisieran ejercer de mediadores, necesitaran formarse en gestión de conflictos para poder actuar de un modo más eficaz, en el marco de su trabajo habitual.
- b) El segundo año pretendía específicamente formar a profesionales de la salud en mediación, desarrollando una red de interventores en conflictos sanitarios para trabajar en su prevención, gestión y resolución. La superación del primero y segundo año, daba lugar a la titulación del *Master en “Mediación en organizaciones de salud. Consultoría de conflictos”*.

Así, la formación del Master se dividió claramente en dos áreas específicas de interés:

- a) Expertos en consultoría y gestión de conflictos en organizaciones de salud
- b) Mediadores sanitarios (Alumnos que cursan los dos años).

Esta diferenciación se realizó en base a un *modelo de implantación* que va más allá de la puntual creación de Unidades de Mediación Sanitaria (UMS). El principal objetivo nuestro consiste en trabajar en la promoción del cambio organizacional, a través de la creación de espacios de diálogo y consenso y de la impregnación de la cultura de la mediación en las organizaciones. Para ello se precisan profesionales de distintas disciplinas, formados en gestión de conflictos que puedan actuar como catalizadores positivos de los mismos y de este modo, colaborar en su prevención. También se necesitan mediadores que actúen, no tan solo preventivamente, sino también proactivamente, aplicando tratamientos mediadores eficaces y eficientes, cuando el conflicto haya escalado y se requiera de una intervención experta.

3.2.2 Características del programa formativo del Master

El Master en “Mediación en Organizaciones de Salud. Consultoría en Gestión de Conflictos”, es un programa con 550 horas totales de duración, repartidas en dos cursos académicos, en el siguiente modo:

- Primer curso: Con una duración de 250 horas, de las que 200 son teóricas y 50 prácticas.
- Segundo curso: 300 horas, de las que 250 horas son prácticas y 50 teóricas.

3.2.2.1 Número de participantes

Se planteó la idoneidad de un grupo reducido pero al tiempo que permitiera dar respuesta a las solicitudes de las instituciones que querían enviar a sus propios directivos o profesionales a cursar la formación. Así, finalmente se admitieron 31

alumnos para el primer año del Master, de los que 24 pasaron a segundo año. El proceso de admisión para primero consistió básicamente en la revisión del curriculum para confirmar que los aspirantes tenían una relación de claro interés en el ámbito sanitario, ya que éste era un criterio previo establecido.

3.2.2.2 Perfil de los participantes

Los alumnos procedían de distintas especialidades, teniendo en estos momentos mediadores médicos, enfermeras/os, farmacéuticos, técnicos en prevención de riesgos laborales, criminólogos, psicólogos, sociólogos y abogados. Todos ellos trabajaban y estaban relacionados con el mundo de la salud. Así mismo cabe resaltar la variedad de profesionales formados en mediación, con responsabilidades directivas en el entorno de la salud (Jefes de Servicios de Atención al Usuario, jefes del Departamento de Comunicación de hospitales, adjuntas de enfermería, entre otras). Finalmente, en el sentido de remarcar el interés en la diversidad con un sentido positivo y deseable, cabe comentar que también disponemos en el grupo de mediadores sanitarios con profesionales del mundo de la salud que forman parte de organizaciones sindicales. Algunos de estos profesionales fueron enviados por sus propias instituciones (las que colaboraban con el proyecto de mediación sanitaria) con la finalidad de conocer desde dentro el programa al tiempo que podían disponer de personal formado en gestión de conflictos en sus organizaciones.

3.2.2.3 Objetivos del programa formativo del Master

- **Objetivos generales:**
 - Formar mediadores cualificados que puedan intervenir en procesos de mediación en organizaciones de salud, creando una sinergia entre los estudiantes procedentes de las diferentes disciplinas del campo de la salud.
 - Formar a consultores en gestión de conflictos que puedan actuar en las organizaciones de salud como expertos en esta área.

- Crear una red de interventores en los conflictos surgidos en las organizaciones sanitarias, que trabajen en su prevención, intervención y resolución.
- **Objetivos específicos:**
 - Implementar las metodologías de consultoría proporcionadas en el curso para el diagnóstico y tratamiento de los conflictos, tanto a nivel preventivo como curativo.
 - Proporcionar herramientas y habilidades mediadoras en el marco del proceso de mediación.
 - Habilitar a profesionales con estrategias específicas para la gestión del conflicto.
 - Trabajar de forma interactiva y con contenido multidisciplinar las situaciones de conflicto que se presentan a menudo en el mundo sanitario.
 - Enseñar las estrategias mediadoras más punteras en el campo nacional e internacional.
 - Fomentar un enfoque positivo de los conflictos en el marco del diálogo para favorecer la convivencia y el bienestar personal y profesional.
 - Crear una cultura de mediación en el campo sanitario.

3.2.2.4 Objetivos del programa formativo del Curso de Postgrado

- **Objetivos generales:**
 - Formar consultores en gestión de conflictos para que puedan actuar en las organizaciones de salud como expertos en estos ámbitos.
 - Crear una red de derivadores para trabajar de proactivo en la prevención y resolución de conflictos en las organizaciones sanitarias.
- **Objetivos específicos:**
 - Proporcionar metodologías de consultoría para el diagnóstico y tratamiento de los conflictos tanto a nivel preventivo como curativo.

- Proporcionar técnicas y habilidades mediadoras en el marco del proceso de mediación.
- Habilitar profesionales con estrategias específicas para la gestión del conflicto.
- Trabajar de forma interactiva y con contenido multidisciplinar las situaciones de conflicto que se presentan frecuentemente en el ámbito sanitario.
- Crear una cultura de mediación en el campo sanitario.

3.2.2.5 Programa docente de Primer Curso

Los contenidos teórico-prácticos del primer curso, se organizaron en siete módulos:

MÓDULO I. Los conflictos en las organizaciones de salud

- Análisis del conflicto desde el punto de vista de la mediación
- Tipos y métodos de Resolución del conflicto

MÓDULO II. Gestión positiva del conflicto

- Análisis, diagnóstico y estrategias de tratamiento
- Enfoque preventivo, proactivo y sistémico
- Estrategias tratamiento: Micro y macro gestión del conflicto

MÓDULO III. El proceso de mediación aplicado a la salud

- Los modelos básicos de la mediación
- El proceso de Mediación: Características
- Etapas del Proceso de mediación

MÓDULO IV. La comunicación en el proceso de mediación

- La relación entre las partes y el mediador
- Habilidades y técnicas relacionales mediadoras
- Las habilidades sociales en la mediación

MÓDULO V. Ámbitos de intervención de la mediación sanitaria

- Mediación interna. Tipos y características
- Mediación externa. Tipos
- El entorno social y la institución sanitaria

MÓDULO VI. Proyectos y experiencias. Estudio de casos

- Servicios de drogodependencias. Conflictos con la comunidad
- Mediación y la Tercera Edad
- Conflictos en los que el eje es la interculturalidad

MÓDULO VII. PRÁCTICAS I:

- Proyecto de consultoría en gestión de conflictos

3.2.2.6 Programa docente de segundo curso

Los contenidos teórico-prácticos del segundo curso, se organizaron en tres módulos:

MÓDULO VIII: PRÁCTICAS II:

- Mediación en instituciones de salud. Ámbito intrahospitalario y ámbito de atención primaria

MÓDULO IX: Clínicas de mediación

- Asesoramiento y soporte a los profesionales de la salud
- La supervisión en mediación
- Proyectos de prevención

MÓDULO X: Proyecto Final

- Presentación de un caso de mediación

3.2.2.7 Metodología docente

La metodología utilizada a lo largo del desarrollo de los dos años, fue de tipo interactivo y participativo, con métodos especialmente diseñados como cenas debate, forums telemáticos, jornadas monográficas de tipo vivencial, etc. Al finalizar el curso, los alumnos debían presentar un trabajo de campo acerca de los conflictos existentes en espacios sanitarios. Con este trabajo realizado por todos los alumnos que fueron tutorizados por profesores, se pretendía obtener una aproximación a la percepción del conflicto en los ámbitos estudiados, obteniendo algunos criterios de legitimidad al proponer posteriormente, el establecimiento de determinadas técnicas de intervención, tanto preventiva como curativa. Los resultados tentativos obtenidos en estos trabajos de campo, corroboraron la hipótesis inicial, acerca de la existencia de conflictos no gestionados de modo funcional, causantes de costes directos e indirectos, siendo éste uno de los argumentos que sirvió de apoyo, para presentar el proyecto de Mediación Sanitaria, a los Gerentes de las instituciones de salud, Direcciones Generales y posteriormente a la Consellería de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

Un elemento central de la propuesta fue plantear un proyecto novedoso, ajustando la relación costo-beneficio, con criterios de responsabilidad social corporativa y con instrumentos y conceptos de mediación de eficacia probada en otros ámbitos.

3.2.3 Desarrollo del proceso de aprendizaje

El programa docente del primer año del Master, consideró con especial énfasis, la parte conceptual con el fin de establecer una sólida base teórica en los sistemas de mediación. La vertiente práctica de este año se concretó en sesiones de mediación con actores y actrices, grabaciones de sus aprendizajes con el feedback consiguiente, simulaciones de diseño de proyectos, entre otras metodologías interactivas y participativas. Además los alumnos, en grupo, realizaron un trabajo

de campo para analizar algunos de los conflictos existentes en el sistema sanitario público, aspecto que ya ha sido mencionado en un apartado anterior.

En el segundo año del Master y en lo referente a la parte teórica, se trabajaron conceptos “avanzados” completando la formación ya recibida en primero, con contenidos innovadores así como con trabajos en casos reales con los datos despersonalizados, en el marco del módulo de “clínicas de mediación”, correspondiente a la parte teórica. En este módulo el alumno adquiriría nuevos conceptos con aportaciones teóricas novedosas. En algunas sesiones también se trabajaba con los casos que se trataban en las UMS, mediante procesos y metodologías participativas, actuando los profesores como “supervisores externos”. Esta modalidad permitía ofrecer a los alumnos un modelo de actuación no solo como mediador/a o co-mediador/a, sino también un modelo de intervención como supervisor/a de los procesos de mediación y de otros utilizados en las unidades.

Con respecto a la parte práctica, predominante en este año de formación (ya que constituía el 80% del programa docente), cada alumno realizaba prácticas en las Unidades de Mediación creadas a tal fin a efectos del proyecto piloto ya mencionado anteriormente, con una dedicación de cinco horas semanales (un día fijo a la semana), durante un año completo (Octubre 2004-Octubre 2005), para cumplir con las 250 horas prácticas del programa.

En esta etapa coincidente con la creación de las UMS, el aprendizaje del alumno se organizó de modo gradual, de manera que el alumno empezara a actuar como observador en los casos que entraban para ser gestionados en las UMS y posteriormente como co-mediador. La finalidad de esta metodología docente, es que el alumno incremente sus habilidades mediadoras progresivamente en los casos reales que lleguen a las Unidades de mediación, siempre contando con el apoyo y supervisión³⁴ directa del profesor-mediador.

³⁴ Supervisión: Nos referimos con este término al proceso de revisión de casos de las UMS.

Véase a continuación cómo a lo largo de este segundo año, se planificaron secuenciadamente una serie de etapas de aprendizaje que el alumno debía seguir progresivamente de acuerdo al programa docente planificado:

- a) Realización de un seminario de 10 horas sobre el “Modelo teórico práctico de las UMS”, que ofrecía información de la metodología a utilizar en el trabajo de las UMS, así como elementos a interiorizar sobre la dinámica e interacción grupal en el trabajo de equipo.
- b) Integración del alumno desde la apertura de las unidades, a las tareas propias del centro. Se realizaron a tal fin, sesiones formativas específicas para que los alumnos conocieran en profundidad la filosofía y los modos de actuación esperables en el proceso de su integración en el equipo de las UMS.
- c) Inicio de forma gradual a las funciones propias de un mediador, a través de la observación de los casos que se trataban. El alumno aprendía a tratar el conflicto en las sesiones, a través de procesos de mediación guiados por el profesor-mediador. Se requirió que el alumno realizará anotaciones sobre las sesiones, que luego serían supervisadas en profundidad con el profesor y compartidas con los otros miembros del equipo.
- d) Desempeño de co-mediador cuando el profesor/mediador así lo considerara. Según el caso y el alumno, este podía actuar como co-mediador al haber trabajado como observador en, al menos, dos mediaciones.
- e) Asistencia a clínicas de mediación³⁵ impartidas por un equipo de especialistas³⁶, expertos en diferentes áreas de conocimiento y relacionados con el mundo de la mediación, en las que también participan los profesores-mediadores. Esta actividad asegura la retroalimentación entre los casos prácticos y la teoría desarrollada durante el Master. Las clínicas de mediación constituyen la parte teórica del segundo año del Master.

³⁵ Clínicas de Mediación: Asignatura del Master que abría un espacio de reflexión y consulta, donde se realizaban supervisiones de casos y las revisiones de las técnicas de mediación utilizadas en las UMS.

³⁶ Grupo de profesionales expertos en las diferentes áreas de conocimiento que están relacionadas con la mediación y que realizan labores de profesores en las “clínicas de mediación” o de consultores para el proyecto piloto en temas de su especialidad. Por ejemplo: Técnicas de consenso grupal”.

3.2.4 Evaluación de los componentes del proyecto

En la evaluación de los componentes del proyecto docente, se diferencian tres grupos a evaluar:

- a) Los profesores encargados de impartir las clases teóricas a lo largo del Master. Su evaluación está determinada por la apreciación de los alumnos al final de las actividades docentes a través de un cuestionario institucional que la Universidad de Barcelona tiene preparado a tal fin. Se evalúan aspectos de contenido, metodología e idoneidad del aprendizaje obtenido así como aspectos logísticos (aulas, restaurante, espacios, etc.).
- b) Los profesores/mediadores, asignados a las unidades de Mediación Sanitaria que tutelan las funciones de los alumnos del Master y los procesos y actividades desarrolladas en la práctica. Estos profesores, son evaluados por la Dirección del Master. Se consideran aspectos relacionados con la operatividad de las UMS y las funciones desarrolladas por los alumnos, así como los procesos y actividades inherentes a las Unidades: Difusión, recepción y seguimiento de casos, presentación de informes, relaciones con la institución y superación de factores o situaciones críticas. Así mismo, se evalúa la actividad docente que desarrollan estos profesores y la satisfacción con los resultados obtenidos. Esta evaluación se realiza a través de dinámicas de grupo en las que de un modo interactivo, se recogen las sugerencias y opiniones tanto de los alumnos como de los propios profesores.
- c) Los alumnos, que en primero se evalúan a través de la presentación del trabajo de campo y del requisito de asistencia de un mínimo del 80%, en segundo año son evaluados de un modo más específico. Se realizaron tres pruebas evaluadoras de contenido teórico y aplicado (una para acceder al segundo año, otra a mitad del curso y otra al finalizar el curso). El contenido de la evaluación consiste en unas pruebas presenciales con contenido teórico así como el

desarrollo de un caso práctico en el que el/la alumno/a tiene que diagnosticar el caso y proponer una intervención mediadora. Así mismo, la evaluación incluye una valoración que realiza el profesor de cada alumno, en las Unidades de Mediación, e incluye aspectos de actitudes, habilidades e intervenciones en los distintos procesos en los que colaboran en las prácticas. Así mismo, los participantes, deben cumplir con los requisitos de un mínimo de 90% de asistencia así como demostrar su habilidad mediadora además de un claro interés por el aprendizaje en las UMS.

Dado que algunos parámetros eran necesariamente subjetivos (actitudes, por ejemplo) las tres evaluaciones de contenido teórico y práctico, se realizaron a través de unas pruebas orales en las que un equipo evaluador realizaba la prueba. La nota final era el promedio de las tres del equipo de evaluación. Para asegurar la imparcialidad y la máxima objetividad, la composición de dicho equipo fue determinada del siguiente modo:

- El profesor/mediador de la UMS en la que el alumno realizaba sus actividad formativa en prácticas
- Un profesor/mediador de otra UMS
- Un miembro de la Dirección o de la Coordinación del Master

3.3 MÉTODO DE DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA (UMS)

Conviene señalar en este punto, ciertos elementos que consideramos imprescindibles para entender la actuación desarrollada en los cuatro centros sanitarios, en los que se implementaron las Unidades de Mediación, entendidas éstas como “espacios transversales de gestión de conflictos en las organizaciones”. El concepto de transversalidad ha sido fundamental en el desarrollo de este proyecto ya que supone el asegurar la independencia técnica del servicio de mediación. La no dependencia jerárquica, el actuar como “socios” con las

instituciones de referencia y trabajar estrechamente y en condiciones de igualdad con los considerados por nosotros como potenciales derivadores (sindicatos, departamentos de recursos humanos, servicios de atención al usuario, fundamentalmente), nos ha permitido trabajar con toda la institución en su conjunto.

3.3.1 Objetivos propuestos en la creación de las UMS

Con la apertura de las Unidades de Mediación Sanitaria (UMS) abiertas en los cuatro espacios antes mencionados se pretendía:

- Crear un sistema de sinergias Sistema Sanitario-Universidad que permitiera la puesta en marcha de un proyecto costo-eficiente para la formación de mediadores con una experiencia práctica demostrada en organizaciones de salud.
- Sensibilizar a las organizaciones sobre la necesidad y viabilidad de la resolución de conflictos a través de la presencia activa mediadora en los medios de comunicación internos y a través de actividades dirigidas a tal fin.
- Intervenir en la gestión de conflictos, tanto desde un punto de vista preventivo (asesoramiento, formación, creación de escenarios de futuro consensuados, etc.) como curativo (a través de procesos de mediación, grupos de consenso en presencia de situaciones de diferencias, etc.)
- Fomentar la cultura de la mediación como modo de implicar a las personas en relación con la organización, en la consecución de espacios más bondadosos basados en el diálogo, el respeto por las diferencias, promoviendo la cultura de paz en las instituciones.

3.3.2 Características de las áreas de intervención

A partir del desarrollo del Programa docente, de los acuerdos establecidos con el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y de las instituciones que apoyaron el proyecto, se procedió a la creación de cuatro Unidades de Mediación Sanitaria (UMS) que abrieron sus puertas el 17 de Octubre de 2005. Finalmente, los centros –todos de la provincia de Barcelona- que acordaron su colaboración activa con el proyecto de mediación sanitaria fueron los siguientes:

1. Hospital Universitario Vall D´Hebron (dependiente del ICS)
2. Consorci Sanitari de Terrasa (dependiente del CatSalut)
3. Àmbito de Atención Primaria “Costa de Ponent” (dependiente del ICS)
4. Àmbito de Atención Primaria “ Centre” (dependiente del ICS)

3.3.2.1. Àmbito de actuación

Dado que era un proyecto piloto, se estableció una territorialidad reducida al ámbito o institución que colaboraba en la implantación de las unidades de mediación. Ello significa que cada unidad daba una cobertura a su propio espacio sanitario, no pudiendo por lo tanto recibir solicitudes de otras instituciones o ámbitos de atención primaria. En los casos que este hecho ocurrió, se derivó la solicitud a las instancias que podían atenderla (por ejemplo al Colegio Profesional de Enfermeras, con quienes colaborábamos en algunos proyectos; uno de ellos era un servicio de mediación que abrimos en enero de 2005). Así mismo solo se atendieron solicitudes de intervención en conflictos de organizaciones de salud, derivando a otras instancias (Servicio de Mediación Familiar del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya o bien a los servicios de mediación comunitaria pertinentes) aquellos casos que se referían a otro tipo de mediaciones como la familiar o comunitaria.

3.3.2.2 *Requisitos de los espacios*

Cada una de estas cuatro gerencias o instituciones que acogieron el proyecto, pusieron a nuestra disposición cuestiones de apoyo logístico que respondían a los requisitos que se les solicitó para el buen funcionamiento de las UMS:

- Dos despachos (Una sala destinada a las mediaciones y un espacio para labores administrativas), que tenían que tener unas condiciones de ubicación neutral al tiempo que accesible. Esto nos permitió asegurar:
 - La confidencialidad: La seguridad de un espacio resguardado en el que poder sentirse a gusto y resguardar la privacidad de las partes.
 - La imparcialidad: Elemento imprescindible para llevar adelante un proceso mediador en el que cada parte se sienta reconocido y en igualdad de condiciones.
 - La neutralidad: Característica del mediador/res en el proceso mediador
 - La capacidad de contención en la gestión del conflicto
 - La fácil accesibilidad: Espacios cómodos y de fácil acceso
 - La fácil identificación: Espacios rotulados e integrados en los directorios de las instituciones.
- Dos ordenadores con el programa informático “Mediator”³⁷ utilizado para el registro de casos, con protocolo de acceso y entrada restringida
- Acceso a Internet y a programas interactivos (skype, webcam, Messenger) que permitieran la comunicación y consultas de rápida gestión
- Armarios y archivos con llaves
- Una impresora
- Un teléfono/fax con contestador automático y línea de acceso directa³⁸
- Una fotocopiadora
- Material fungible

³⁷ El “Mediator” es un programa informático que se desarrolló en base a los indicadores elaborados para la evaluación de las UMS que se describen en el apartado 3.4 referido a la evaluación.

³⁸ Un contestador automático y una línea propia para asegurar que el acceso y el seguimiento de los casos fuera fácil y directo. Era un elemento de seguridad para ayudar a la percepción de neutralidad e independencia de la Unidad, respecto a otros departamentos de la Institución.

3.3.2.3 Acuerdos con las instituciones y coste de las UMS

Se acordó con las cuatro instituciones que en este año piloto, el coste adicional de poner en marcha las unidades sería “cero” para la organización, asumiendo el coste total del proyecto la Universidad de Barcelona, a cargo del presupuesto que gestionaba el propio Master. A cambio, estas cuatro instituciones se comprometieron a enviar a personas clave de su organización, a cursar el curso de postgrado y/o del Master.

A pesar de esto, es fácil suponer que los ingresos por las matrículas de los participantes, no cubrían la totalidad de los costes que generaban de un lado la gestión del Master y de otro, la gestión de las unidades de mediación, en las que había un mediador profesional allí trabajando. Por ello, se consiguieron subvenciones de empresas privadas (a cambio de acciones docentes o de marketing) así como colaboraciones de Colegios Profesionales (Farmacéuticos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y politólogos) que a cambio de determinados servicios (mediación, formación, publicaciones en sus revistas) aportaban unas cantidades de dinero variables, que ayudaron a sufragar todos los gastos generados por la gestión de las UMS.

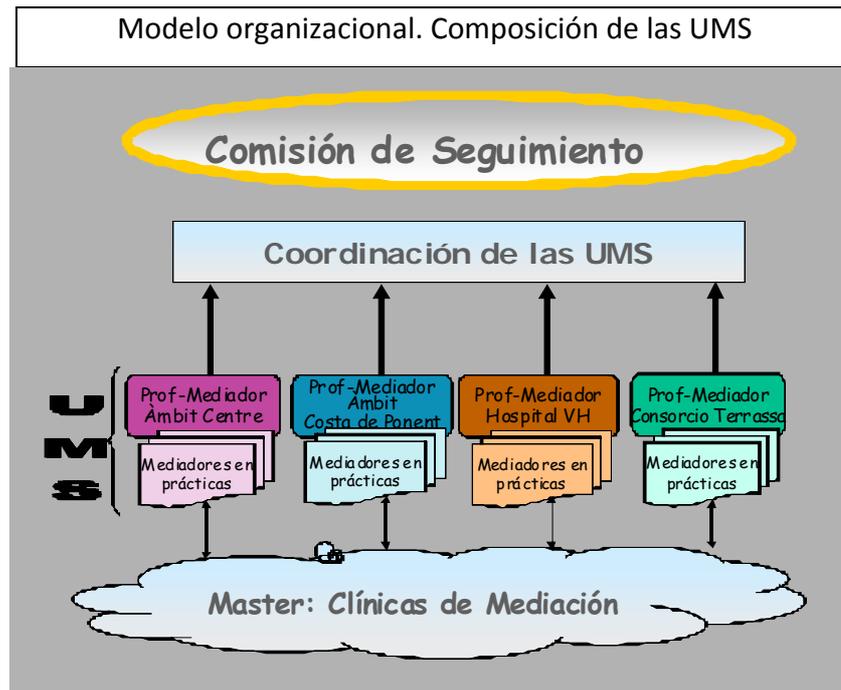
3.3.3 modelo organizacional. Composición de las UMS y funciones

Se describe a continuación el modelo de organización de las UMS y su interrelación entre los diferentes niveles de los procesos formativos y evaluadores.

En lo relativo a su organización temporal, las actividades se desarrollaron a lo largo de 44 semanas, iniciándose el 17 de octubre del 2005 y finalizando el 27 de Octubre del 2006. Cada UMS abrió el servicio dos días a la semana, alternando horario de mañana y tarde, con profesor-mediador y equipos de 6 a 8 mediadores en prácticas, según la UMS.

El siguiente gráfico explicativo muestra el modelo organizacional que se creó, marcado por los criterios de neutralidad, inclusión y sostenibilidad del proyecto, necesarios para asegurar su buen funcionamiento y la implicación positiva de todos los agentes sociales (stakeholders) del proyecto.

Figura 7



A continuación se describen los perfiles y funciones de cada uno de estos elementos del modelo organizativo, que constituyeron el equipo humano del proyecto de mediación sanitaria.

3.3.3.1 Comisión de Seguimiento

Su misión esencial era la de trabajar en el seguimiento de la labor realizada en las UMS, controlando la calidad del servicio y evaluando el proyecto final, a fin de reforzar la sostenibilidad futura del proyecto. Estaba integrada por profesionales de la salud posicionados en distintos niveles jerárquicos y representantes de distintas

sensibilidades institucionales. Sus miembros fueron nombrados por la institución a la que representaban o bien a instancias de la dirección del Proyecto o del Director General de Recursos Sanitarios del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Esta Comisión de seguimiento estuvo integrada por:

- El Director General de Recursos Sanitarios que presidía la Comisión
- La coordinación de las UMS que la representaba la Dirección del Máster
- Un representante del Departamento de de Salut
- Un representante de cada Institución que albergaba una UMS
- Un representante de la Universidad de Barcelona que correspondía al Director de Programas de IL3-UB (Fundación Bosch i Gimpera)
- Un representante electo de los alumnos del Máster
- Dos miembros más que se incluyeron también por ser relevantes para la evaluación y seguimiento del proyecto, o bien porque solicitaron de modo expreso su pertenencia al mismo

Las funciones de la Comisión de Seguimiento se establecieron del siguiente modo:

- Conocer las actividades que se realizaban y sus resultados (con los datos despersonalizados).
- Servir de enlace entre las UMS y la Institución que acogía al centro de Mediación.
- Consensuar las políticas institucionales y administrativas de las UMS, canalizando las necesidades y resultados que se presentaban.
- Discutir, asesorar y consensuar actuaciones delante de situaciones no previstas que pudieran presentarse en el desarrollo de las actividades de las UMS
- Aprobar los informes finales de actividades y resultados de las UMS que les eran presentados por la dirección del Máster en los períodos acordados (trimestralmente).

3.3.3.2 Coordinación de las UMS

La función de coordinación de las UMS la llevó a término la Dirección del Master de “Mediación en organizaciones de salud. Consultoría en gestión de conflictos”, con la función principal de supervisar todas las actividades realizadas en las UMS, velando por el buen cumplimiento de los objetivos del proyecto tanto en su vertiente docentes como asistencial.

Las funciones de la Coordinación de las UMS se establecieron del siguiente modo:

- Convocar a la Comisión de Seguimiento con la debida antelación
- Representar a las UMS en la Comisión de Seguimiento, en calidad de Directora del Master
- Presentar los informes trimestrales, semestrales, técnicos y administrativos a la Comisión de Seguimiento
- Definir y coordinar los programas de difusión, formación, formación, investigación y desarrollo de temas de mediación, así como todos aquellos relacionados con la gestión de conflictos
- Establecer las directrices de las Unidades de Mediación Sanitaria (UMS)
- Designar a los profesores-mediadores
- Actuar con pleno derecho como mediadora en aquellos casos en los que las circunstancias especiales, así lo requirieran (por complejidad u otras circunstancias específicas)
- Asegurar la supervisión y evaluación continuada de las UMS
- Asegurar el cumplimiento de los objetivos desarrollados en el programa de formación del Master
- Representar el proyecto impulsado en Cataluña, dentro del Estado Español e internacionalmente, para su difusión y creación de redes de colaboración futura

3.3.3.3 Los profesores/as-mediadores/as

Eran los responsables de cada UMS y de asegurar el cumplimiento de objetivos en las tareas de gestión de conflictos y con los alumnos-mediadores en prácticas. Se estableció un sistema de trabajo en red entre ellos y a través de las “Clínicas de Mediación” con los alumnos, con la finalidad de homogeneizar prácticas y crear dinámica de equipo apreciativa. Había un profesor/a mediador/a asignado a cada unidad y que tenía un grupo de alumnos estable a lo largo del año de duración de las prácticas.

El profesor/a-mediador/a era el responsable de la UMS, atendiendo al servicio general así a como las mediaciones u otras intervenciones mediadores que se realizaran. Como profesor, tenía a su cargo la responsabilidad docente y el seguimiento de las mediaciones, conjuntamente con los mediadores en prácticas.

El perfil del profesor mediador y su nivel de calidad, se determinó a través de los siguientes aspectos a valorar:

- Titulación Universitaria: Licenciatura (Derecho, Ciencias Sociales, Ciencias médicas, Enfermería, Psicología, Economía, Ingeniería, etc.)
- Formación especializada en mediación: 200 horas lectivas como mínimo³⁹
- Experiencia profesional como mediador de un mínimo de un año
- Experiencia profesional como profesor
- Conocimiento del paquete informático office
- Características personales facilitadoras para la gestión de conflictos en las UMS y la gestión de grupos humanos: Adaptabilidad, creatividad, cercanía, bondad, espíritu investigador, asequibilidad y motivación, entre otras. *Las funciones del profesor/a-mediador/a de las UMS, se describieron como sigue:*

³⁹ La determinación de las 200 horas lectivas se siguió –por analogía- de acuerdo a lo establecido por la Ley 1/2001, de 15 de marzo, de Mediación Familiar de Cataluña, para acreditar a un profesional de la mediación familiar. Esta ley es la única que existía en Catalunya en el ámbito de la mediación, por lo que se consideró importante adecuarse a ella, utilizándolo como un criterio de legitimidad.

- Dirigir, ejecutar y supervisar la operativa general del servicio, de acuerdo al reglamento y las políticas establecidas
- Asegurar la aplicación del Reglamento de las UMS
- Establecer las directrices técnicas de las UMS, en colaboración con la dirección del Master (Coordinación de las UMS)
- Asegurar los principios éticos del proceso mediador
- Realizar las mediaciones que se presentaran conjuntamente con los alumnos en prácticas
- Llevar el control de todo el proceso de Mediación, de los casos administrados y sus estadísticas
- Trabajar en equipo y de acuerdo a lo establecido en el plan docente
- Relacionarse con la institución y con la comunidad, creando un sistema de comunicación abierta y una red de colaboración y derivación
- Preparar y actualizar las bases de datos de las UMS para presentar los resultados a la dirección del proyecto a efectos de la elaboración de los informes trimestrales y final
- Establecer estrategias permanentes de difusión de las actividades de las UMS
- Elaborar dos informes internos semestrales de la actividad desarrollada y finalizada en las UMS
- Mantener informada a la coordinación y/o dirección del proyecto, de los asuntos que necesitaran de su aprobación específica
- Actuar de conformidad con lo dispuesto en los Reglamentos de las UMS

3.3.3.4 Los alumnos-mediadores en prácticas

Los mediadores en prácticas, eran los alumnos del segundo curso del Máster que realizaban las prácticas en las UMS a las que habían sido asignados por criterios de complementariedad y adecuación.

Las funciones de los mediadores en prácticas, se determinaron en base a su colaboración en las UMS y su participación en la gestión de los casos:

- Actuar en las distintas instancias de mediación en aquellos casos que les fueran asignados
- Trabajar de acuerdo con los principios fundamentales del Proceso de Mediación (Confidencialidad, imparcialidad, voluntariedad, etc.)
- Organizar los archivos, introducir documentación electrónicamente y otras tareas administrativas propias de la UMS
- Colaborar en la recogida y actualización de las bases de datos para facilitar la elaboración de los informes de la UMS
- Trabajar en equipo colaborando en la creación de redes de colaboración y derivación
- Colaborar activamente en las actividades de difusión de la UMS
- Realizar las actividades que le fueran designadas y/o derivadas por el profesor/a de la UMS

3.3.4 Prestaciones del servicio en las UMS

Cabe recordar, que la prestación del servicio de mediación sanitaria, se ofrece exclusivamente a los profesionales y usuarios de las instituciones sanitarias que solicitan intervención ante la presencia de conflictos cuyo origen y consecuencias están ligados a la relación en la organización sanitaria, siendo derivados los casos que son susceptibles de mediación en otros campos de especialización (por ejemplo, mediación familiar, comunitaria, etc.)

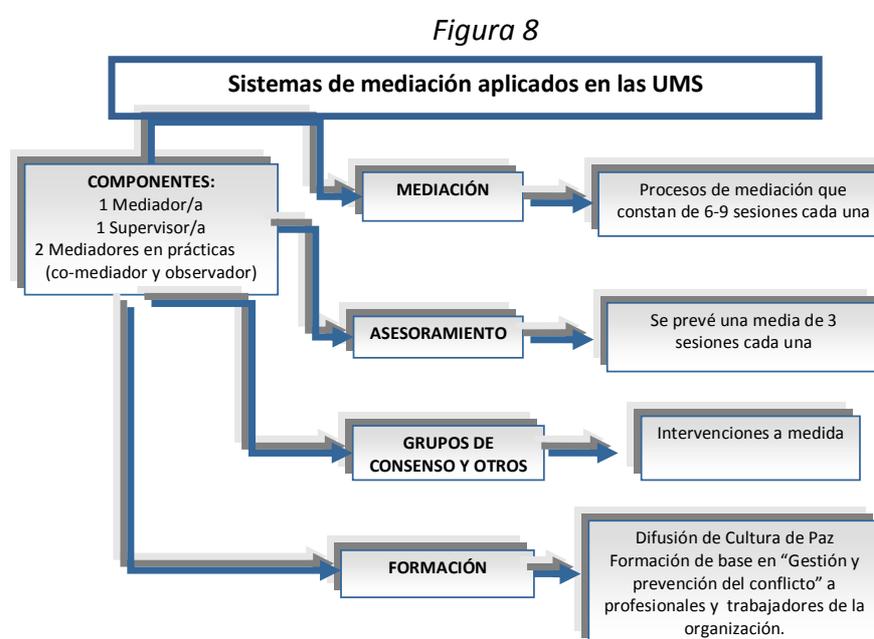
3.3.4.1 Tipo de conflictos

En general, podemos decir que este servicio se enfocó de manera global al tratamiento de los conflictos organizacionales entendidos del siguiente modo:

- Conflictos internos. Se consideran aquí aquellos conflictos que se generan en el marco de la relación entre profesionales con o entre otros trabajadores del sistema sanitario. Así mismo, se incluyen aquellas diferencias que aparezcan entre los profesionales o trabajadores y al propia institución.
- Conflictos externos: Se incluyen en este punto a los conflictos que puedan surgir con usuarios (paciente y familias), así como con otros agentes externos a la institución (proveedores, otras instituciones, administración, etc.)

3.3.4.2 Cartera de servicios

En cuanto al tipo de prestaciones que se ofrecen en las UMS, cabe mencionar que en las Unidades de Mediación se trabaja en lo que denominamos “Sistemas de mediación” en organizaciones de salud⁴⁰. Véase a continuación la cartera de servicios que se oferta a las instituciones y las características de intervención de cada una:



⁴⁰ Denominamos “Sistemas de mediación” o de gestión de conflictos, a la integración de distintas instancias de mediación (asesoramiento, formación en habilidades mediadoras, procesos de mediación, grupos de construcción de consenso) para diseñar distintos tipos de intervenciones, tanto de tipo preventivo como curativo, en función de las necesidades (Ver Glosario).

La operatividad de las Unidades de Mediación da comienzo con la prestación del servicio, desde el momento en que llega un caso a la Unidad a través de una de las partes implicadas o bien por derivación de otro servicio o instancia. Se identifica su tipología, nivel y dimensión, se identifica el tipo de usuario, así como las partes intervinientes y la intervención mediadora adecuada al caso. Las opciones son distintas:

- a) En caso de diagnosticarse la mediabilidad del caso, se inicia el proceso de mediación a través de las etapas correspondientes.
- b) Si el caso es sensible de ser tratado a través de asesoramiento a la/s parte/s interviniente/s, se realiza esta intervención, cuya duración dependerá del tipo de conflicto, antigüedad e impacto, pero que se prevé que no sea más allá de 3-4 sesiones.
- c) Cuando las partes afectadas por el conflicto son numerosas y en función del tipo de problemática que presenten, se puede realizar una mediación multipartes o bien trabajar con técnicas de consenso grupal. En todos los casos tratados con este sistema, el diseño de la intervención es exclusivo, individualizado y a medida de las necesidades del grupo. Básicamente se trabaja con técnicas apreciativas tipo “Diálogos Apreciativos” y otras que se diseñan con el fin de crear escenarios de futuro consensuado.
- d) En otras ocasiones se detecta la imposibilidad de tratar el caso a través de las herramientas mediadoras propias, por pertenecer a algún tipo de conflicto que se trata desde otras instancias. En este caso, se deriva al departamento u organismo que se considere competente (Servicio de Atención al Usuario, Departamento de RRHH, etc.).
- e) Finalmente, cabe la posibilidad de que se observe la necesidad u oportunidad de gestionar el conflicto a través de un entrenamiento específico en técnicas y habilidades mediadoras y de negociación. Adicionalmente, y con la finalidad de intervenir de modo preventivo en la gestión de conflictos, se provee a las instituciones que albergan las UMS, de talleres formativos para la difusión de la cultura de paz y para la formación en el uso de las herramientas mediadoras.

Véase a continuación la propuesta que se está desarrollando en los territorios de las UMS. Las denominadas de Nivel 1 son las que se desarrollan con normalidad sin ningún tipo de coste adicional, mientras que las de Nivel 2 y 3, son opcionales según necesidades sentidas por las propias gerencias:

Figura 9

Propuesta para la difusión de la cultura de mediación: Formación en negociación y mediación	
I N C L U I D O	<p>Nivel 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talleres de 4 horas de “Gestión y prevención del conflicto” para el personal que está en primera línea de contacto con los usuarios y con los profesionales (administrativos, celadores, etc. • Talleres de 2 horas de “Difusión cultura de paz” para a todos los profesionales y trabajadores de la institución.
O P C I O N A L	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 2: Talleres de 8 horas en “Herramientas básicas de negociación” para los profesionales de la salud diferenciados por grupos de responsabilidad (personal de base, cargos intermedios, etc.) • Nivel 3: Talleres de 16 horas para los directivos en “Creación de consenso en el trabajo con equipos y grupos” • Posibilidades de organizar cursos para los directivos en “Técnicas de Negociación de Harvard” y/o en temas de “Conversaciones difíciles”.

3.3.5 Procedimientos y protocolos

El diseño del modo en que las UMS debían funcionar, se realizó en base a una serie de normas y procedimientos que pretendían mantener una secuencia lógica en las acciones, la homogeneidad en todas las actuaciones de las UMS, el orden de los resultados y la evaluación final del proceso. La rigurosidad del procedimiento, basado en normas de responsabilidad social corporativa y en los principios éticos mediadores, nos permitió asegurar márgenes de confiabilidad, eficacia, calidad y

sostenibilidad. A continuación se detallan los documentos, registros, formularios y protocolos que se crearon para las Unidades de Mediación Sanitaria.

➤ **Reglamento de las UMS.** Éste es un documento que identifica las características y composición del servicio, los requisitos de los mediadores (formación y experiencia), las características de la mediación, las personas legitimadas para acceder al servicio, las responsabilidades y competencias de los entes y organismos involucrados que avalan el proyecto, normas que rigen a las partes involucradas en una mediación, competencias y responsabilidades de la coordinación del Proyecto, los ámbitos de aplicación del servicio, la naturaleza de los acuerdos, y los derechos y deberes de los usuarios del servicio y del mediador (Ver anexo nº 1).

➤ **Código Ético** Este código recoge los principios morales que rigen la práctica mediadora. Estos principios aseguran básicamente la dignidad de las partes durante el proceso, la confidencialidad, la neutralidad y la imparcialidad del mediador (Ver anexo nº 2).

➤ **Protocolo de actuación para la gestión de los casos**

Este documento describe los trámites administrativos y técnicos básicos que los mediadores deben seguir en la gestión de un caso. Este protocolo no es un esquema rígido, sino que se utiliza como punto de partida pudiéndose adecuar en función de las necesidades que surjan en la prestación del servicio (Ver anexo nº 3).

3.3.6 Plan de comunicación del proyecto

La difusión del proyecto en el sistema sanitario se efectuó en primer lugar en el mismo Departament de Salut, de la Generalitat de Catalunya, donde se realizó una reunión formal e introductoria con las Direcciones Generales de las distintas instancias y servicios del sistema sanitario con la finalidad de informar de la puesta en marcha del proyecto. A continuación se diseñó un protocolo de difusión “en cascada” que se desarrolló de modo sistemático en cada territorio donde se

implantaban UMS. Estas reuniones en los territorios-UMS, se desarrollaron entre septiembre y noviembre de 2004, con un total de 44 sesiones que se hicieron coincidir con la puesta en marcha de las Unidades de mediación. Esta difusión enfocada a grupos clave (directivos en los distintos niveles de responsabilidad) se realizó por la dirección del proyecto y del máster, y previo acuerdo con los departamentos de comunicación de cada institución que acogía una UMS.

De otro lado, en un intento de crear una “marca propia y distintiva”, se preparó material gráfico preparado especialmente para la difusión de las unidades en formato de póster y de trípticos divulgativos de la UMS, creándose así mismo un logotipo que se utilizaría en todas las presentaciones y material gráfico de las Unidades.

Aunque este proyecto va dirigido a la gestión del conflicto tanto interno como externo, en este primer año del plan piloto se decidió informar en una primera etapa a los trabajadores y profesionales de las organizaciones, dejando para un año posterior el proyecto de difusión a los usuarios del sistema, por una cuestión de acomodación a los tiempos necesarios para adaptarse a un cambio tan radical como lo es el trabajar con los parámetros de la cultura de paz organizacional que significa gestionar los conflictos por la vía del diálogo y del consenso entre las partes implicadas.

A continuación se describe pues el plan estratégico de difusión adaptado a los distintos espacios en los que se situaron las Unidades de Mediación Sanitaria, dirigido a los distintos niveles de responsabilidad y actuación en el interior de cada organización y desarrollado en varias secuencias temporales.

3.3.6.1 Presentaciones institucionales generales

Con la finalidad de asegurar la creación de redes complementarias al mismo tiempo que difundir ampliamente el proyecto, se procedió a realizar una serie de reuniones

formales con algunas instancias oficiales que tenían alguna relación aunque fuera potencial con el desarrollo del proyecto. Las más significativas fueron:

- Síndic de Greuges de Catalunya: Dado reciben solicitudes de intervención en temas de salud, es decir, quejas que llegan a esta instancia derivadas de descontentos con la asistencia sanitaria recibida
- Centro de Mediación Familiar de Catalunya del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya, con la finalidad de informar, crear redes y establecer acuerdos de derivación mutua.

3.3.6.2 Presentaciones institucionales específicas **Error! Marcador no definido.**

A efectos de presentar el proyecto a las distintas instancias institucionales y asegurar su acuerdo y apoyo se realizó, desde la dirección del proyecto, una campaña divulgativa presencial en el marco de las instituciones sanitarias, a través de reuniones amplias al tiempo que selectivas y dirigidas a grupos diana:

- Departament de Salut:
 - Directivos del Servei Català de la Salut (Cat-Salut) y de l'Institut Català de la Salut (ICS) a nivel de Gerencias, Directores de División, Directores de RRHH, Gerentes de Ámbitos, Responsables de los Servicios de Prevención
- En los Ámbitos de Atención Primaria donde se ubicaban las UMS:
 - Gerente del Ámbito de Atención Primaria
 - Director/es y Adjuntos de los Servicios de Atención Primaria (SAP)
 - Directivos/as de los Centros de Atención Primaria (CAP)
 - Responsables de Formación del Ámbito
 - Responsables de los Servicios de Atención al Usuario
 - Coordinadoras de procesos (Enfermería)
 - Unidades de Prevención de Riesgos Laborales
- En los Hospitales donde se ubicaban las UMS:
 - Comité de Dirección
 - Junta de Personal

- Comité de Dirección de áreas
- Cargos directivos: Subdirectores, Adjuntos, jefes de servicio, jefes de sección, Adjuntos de enfermería, Supervisores, Jefes de unidad

3.3.6.3 Presentaciones no institucionales

Además de las reuniones anteriormente citadas mantenidas desde la dirección del proyecto, se divulgó también en otros foros para ampliar el ámbito de relación y para crear complicidades técnicas que le dieran posibilidades de futuro al proyecto presente. Entre otras, podemos citar:

- Organizaciones sindicales: Con criterios de inclusión sistemática
- Organizaciones empresariales: Para lograr apoyos y becas
- Corporaciones locales: A efectos de preparar la información ciudadana para el segundo año
- Laboratorios farmacéuticos, asociaciones profesionales y sociedades científicas: Para ampliar el espectro de participantes y difundir los conceptos de mejora organizacional basados en la construcción de cultura de paz
- Colegios profesionales de las distintas profesiones de la salud: Para informar y recabar apoyos sólidos
- Medios de comunicación: Para producir impacto
- Congresos y reuniones de carácter científico tanto de orden nacional (Barcelona, Madrid, Castilla la Mancha, Valencia, Granada) como internacional (Argentina, Uruguay, México): Para iniciar la visión de un futuro compartido en el que la mediación sanitaria sea una realidad compartida.
- Organizaciones de usuarios de la sanidad en Catalunya: Para preparar el campo de trabajo con usuarios en un futuro inmediato.

3.3.6.4 *Difusión realizada desde las UMS*

Además de la difusión en sentido vertical, realizada por la dirección del proyecto, se confió a las UMS una difusión horizontal que ayudara en la impregnación del conocimiento de la cultura de paz y la existencia de las Unidades de Mediación Sanitaria recientemente creadas. Las actividades de difusión de las UMS consistieron en una serie de actividades con un contenido mixto de información y de formación en habilidades mediadores, que estuvieron dirigidas a los diferentes grupos de profesionales:

- Sesiones dirigidas al personal de todo el centro donde se había abierto una UMS
- Talleres de divulgación, dirigidos a grupos de personas claves (Servicio de Atención al Usuario, Departamentos de Riesgos Laborales, etc.)
- Una jornada que denominamos de “puertas abiertas” al inicio del funcionamiento de las UMS, dirigida a los usuarios de cada UMS a fin de proporcionar un espacio de atención e información de las actividades y posibilidades de las UMS. Con ello se creó un sistema directo de contacto y de conocimiento del sistema.
- Publicación de artículos descriptivos de las actividades realizadas o sobre temas de cultura de paz, en las revistas de los Colegios Profesionales que colaboran con el Master y en la Web de las instituciones donde había una UMS ubicada.

Paralelamente, se elaboró con la colaboración de las cuatro unidades, material de difusión, distribuida en las jornadas de presentación de información sobre las UMS y en otras actividades desarrolladas a lo largo del año. Producto de esta actividad, se realizaron los siguientes materiales:

- Trípticos explicativo de la UMS
- Pósters que tenían en cada ámbito de las UMS la correspondiente dirección y datos de contacto

Las actividades descritas en el plan de presentaciones institucionales específicas, dirigidas a los altos directivos del Departament de Salut, se realizaron a lo largo de los meses de julio y septiembre, con la finalidad de abrir canales de información rápida e intensiva.

Las actividades descritas como presentaciones generales y las no institucionales, se realizaron a lo largo de todo el año, iniciándose en julio de 2005 y finalizando en diciembre de 2006.

Por último y en lo relativo a la difusión del proyecto con usuarios externos del sistema sanitario, como ha sido ya comentado anteriormente, se dejó para un segundo año de puesta en funcionamiento del proyecto. Se consideró que para dar este salto, el proyecto debía estar en una etapa más sólida y afianzada en las propias organizaciones. No obstante, se informó de forma personalizada a dirigentes de la Coordinadora de Usuarios de la Sanidad de la Generalitat de Catalunya, con la intención de ampliar la información y promover las sinergias a fin de realizar un trabajo conjunto en el futuro.

3.3.7 Identificación de los actores implicados

Identificar a los actores sociales claves (stakeholders)⁴¹ que intervienen de un modo directo o indirecto en los procesos de cambio y mejora organizacional, resultó de vital importancia para lograr alianzas para la implementación del proyecto. De algún modo se trataba de prever con quién se trabajará como “socio” y con quien hay que contar para asegurar el consenso y con ello el éxito futuro del proyecto.

El apoyo de la Universidad de Barcelona en el programa formativo avaló desde un primer momento la propuesta del Master. Un punto relevante para este apoyo fue

⁴¹ Definimos Stakeholders como todos aquellos actores sociales claves, intervinientes y promotores en procesos de cambio.

el hecho de presentar un proyecto nuevo que proponía trascender la mediación a la salud, consiguiendo aunar esfuerzos de dos proveedores públicos de servicios de calidad: Universidad y Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Una alianza estratégica que se obtuvo para el avance del proyecto fue a través de los responsables de la sanidad pública, a través del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya así como de los proveedores públicos como el ICS e instituciones de CatSalud. La Conselleria de Sanitat le dio el respaldo definitivo para la puesta en marcha del proyecto en colaboración con el Departament de Salut.

Otro elemento clave para el éxito del proyecto, consistió en obtener acuerdos específicos con instituciones de prestigio para iniciar la colaboración en el ámbito de la mediación. Este hecho retroalimentó favorablemente la decisión del Departament de Salut, de apoyar el proyecto de mediación sanitaria.

Otras alianzas que se establecieron por constituir actores implicados indirectamente en los procesos de resolución de conflictos, pero con intereses concurrentes a los nuestros, fueron aquellos servicios u organizaciones que trabajan aunque sea en otro modo, en este ámbito. En este sentido se trabajó estrechamente con los sindicatos, departamentos de Recursos humanos, riesgos laborales, entre otros, con el fin de producir consensos y trabajar de modo inclusivo⁴².

La presentación del proyecto para la aplicación de las Unidades de Mediación Sanitaria a todos estos actores, así como los resultados obtenidos de la prospección realizada desde el Master en centros asistenciales, decantaron la posición favorable de los actores implicados, facilitando el acceso a centros de salud, de los cuales cuatro, como ya se ha señalado, permitieron operar como centros pilotos para la experiencia.

⁴² Ver concepto de inclusión desde la perspectiva mediadora, en el glosario que se presenta al final de la tesis.

3.4 EVALUACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA: VARIABLES E INDICADORES

La pretensión del plan de evaluación que se presenta, fue obtener datos sobre el resultado de las actividades de las UMS al finalizar el período piloto (Octubre, 2006). Para ello se tuvo en cuenta las diferentes etapas del proyecto para su correspondiente análisis:

- a) *Fase de estructura*: En esta fase se tuvieron en cuenta todos los detalles correspondientes a la fase previa a la implementación. Los indicadores de estructura engloban aquellas variables que pueden influir en el proceso y que forman parte del sistema actual.
- b) *Fase de Proceso*: En esta fase se pretende medir la evolución del proyecto. Los indicadores de proceso serán los que nos ofrecerán la información necesaria para evaluar las actividades realizadas durante la prueba piloto.
- c) *Fase de resultado*: En esta fase se obtuvieron los resultados correspondientes a las acciones realizadas tanto en la fase de implementación, como en la de desarrollo. Los indicadores de resultado, nos ofrecen la imagen final del éxito del proyecto.

En cada una de estas fases, se determinaron variables e indicadores representativos que describieron y evaluaron la actividad, aplicabilidad y efectividad de las Unidades de Mediación Sanitaria, como modelo y alternativa de gestión en los centros asistenciales. La información se obtuvo en base a registros, formularios y encuestas que recogen datos de utilidad. Véase a modo gráfico un resumen del plan de evaluación planificado:

Figura 10



3.4.1 Variables

En lo relativo a las variables determinadas para ser estudiadas, se utilizaron aquellas que se vieron como determinantes por su influencia en el proceso de implementación. De esta manera se concretaron las siguientes variables: El conflicto, las partes, el equipo de la UMS, tipos de intervención, recursos y difusión del proyecto en general y de las UMS en particular.

3.4.2 Indicadores

Entendidos como unidades de información que nos permiten verificar y medir las diferentes variables que influyen directa o indirectamente en los objetivos de cada UMS, constituyeron referencias numéricas que señalaban el comportamiento de una o más variables.

A continuación se describen los indicadores que utilizamos para la evaluación de la actividad en las UMS, con la finalidad de reducir los datos a la realidad, identificándola, describiéndola y evaluándola. Los indicadores corresponden a los tres estadios o fases ya descritas:

- **Indicadores de Estructura:** Reflejan los datos que hacen referencia a la fase de elaboración, planificación e implementación del proyecto. Construidas a partir de variables cuantitativas nos sirven para evaluar la fase de estructura del proyecto. Los indicadores utilizados son los siguientes:
 - Conocimiento general sobre las UMS
 - Disponibilidad del personal de las UMS
 - Valoración del horario de las Unidades
 - Valoración de los recursos materiales empleados
 - Información recibida por el usuario

- **Indicadores de Proceso:** Utilizamos estos indicadores para evaluar la etapa de desarrollo del proceso y las actividades realizadas. Estos datos han sido recogidos a través de registros y formularios. Nos proporcionan información sobre número de demandas, tipologías y ámbito de conflicto así como tipos de intervenciones realizadas. Los indicadores utilizados son los siguientes:
 - Total de solicitudes e intervenciones
 - Clasificación del conflicto por áreas
 - Clasificación del conflicto por tipología
 - Número de demandas del servicio por tipo de relación con la institución
 - Evaluación de los tipos de intervención

- **Indicadores de Resultados:** Utilizamos estos indicadores para la evaluación de los datos que nos proporcionan información sobre el grado de consecución de objetivos, es decir, evaluación de la calidad del servicio y grado de satisfacción de los usuarios. Los indicadores utilizados son los siguientes:
 - Resultado de las intervenciones en las UMS
 - Resultado del seguimiento de los acuerdos entre las partes
 - Impacto mediático
 - Necesidad del servicio
 - Estimación de costes asociados al conflicto
 - Estimación de los costes de oportunidad
 - Valoración de la satisfacción de los usuarios

El sistema de indicadores señalado, ha permitido medir variables e interrelacionarlas, medir aspectos cualitativos y cuantitativos, generar informes numéricos y gráficos, además de informes de actividad, trimestral y un informe final, al cierre de cada unidad y del proyecto.

3.4.3 Instrumentos utilizados para la evaluación

Se pretendía conseguir una recogida de datos estandarizada que nos permitiera asegurar prácticas homogéneas en las cuatro UMS, tanto a nivel de recogida de datos como de intervención y evaluación

Registros:

- **Registro de solicitud informativa:** En este registro se tiene en cuenta cualquier petición de información que llegue a las UMS (independientemente que puedan convertirse en intervenciones o no) ya sea vía directa, telefónica, Web, mail o bien derivadas
- **Registro de solicitud de intervención:** Este registro recoge toda la información

necesaria en el caso que se solicite una intervención de la UMS

- Registro de seguimiento del caso: Este registro mide las incidencias que se produzcan en el transcurso del tiempo en las intervenciones cerradas.

Formularios:

- Formulario de entrada del caso: En este formulario se recoge toda la información necesaria referente al caso que entra y la intervención recomendada
- Formulario de actividad: El mediador recoge en este formulario todas las actividades realizadas a lo largo del tratamiento del caso
- Formulario de compromiso de mediación: Este formulario contiene los principios rectores de la mediación (confidencialidad, imparcialidad, voluntariedad, etc.) y el compromiso de actuar con buenas prácticas en el proceso (Ver anexo 4)
- Formulario de acuerdos finales: Este formulario recoge los acuerdos a los que llegan las partes y el acta de cierre de la sesión y finalización del proceso (Ver anexo 5)

Cuestionarios:

En las UMS se cuenta con una encuesta de satisfacción que se aplica al finalizar la intervención mediadora, y que reúne una serie de ítems relativos al conocimiento previo de la UMS, sobre la acogida percibida, el tipo de trabajo realizado y su utilidad, así como la valoración de los espacios y medios disponibles (Ver anexo 6)

Otros medios de apoyo

Finalmente cabe señalar que se diseñó el programa informático “Mediator” que se creó especialmente para el proyecto, el cual incorpora una base de datos creada para cubrir las necesidades en cuanto a recogida de información y actualización de la misma, con la finalidad de facilitar la evaluación de las intervenciones realizadas. Incluye todos los formularios y registros del protocolo de gestión de casos

3.5 MÉTODO DE ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo de los datos recogidos así como un análisis estadístico o análisis analítico.

Para el análisis estadístico y gestión de la información, se utilizó el programa informático SPSS, para explorar relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables, etc., mediante el análisis multivariante de datos experimentales.

En general, se ha analizado en base a las variables objeto de estudio, es decir, el cálculo de estadísticos descriptivos (media, mediana, moda, desviación típica, varianza, etc.) y el cálculo de frecuencias. Se han calculado estadísticos básicos para las variables cuantitativas y frecuencias para las variables cualitativas.

3.5.1 Datos recogidos para el análisis descriptivo y estadístico de resultados

Para determinar los datos necesarios para la construcción de las variables que daban respuesta a las expectativas iniciales para la elaboración del modelo predictivo, se tomaron tres grupos de referencia.

3.5.1.1 Datos relativos a los usuarios del servicio de mediación

Describen las características de los usuarios que acceden al servicio, incluyendo fundamentalmente información personal y laboral. Las variables tenidas en cuenta son:

- Edad
- Sexo

- Estado civil
- Nivel de estudios
- Profesión
- Cargo actual desempeñado en la organización
- Situación laboral
- Horarios de trabajo
- Antigüedad en la organización
- Ámbito
- Conocimiento previo
- Total bajas tramitadas al año/días

3.5.1.2 Datos relativos al conflicto

En este grupo de variables se identifican y caracterizan por cada caso, los conflictos que llegan a las UMS. Las variables empleadas que a continuación se detallan, permiten establecer la ruta del conflicto desde sus orígenes:

- Partes implicadas en el conflicto
- Tipo de conflicto: *Interno* (en el ámbito de la organización) y *externo* (relacionados directa o indirectamente con usuarios, proveedores, etc.)
- Niveles del conflicto: *Intradisciplinario* o *interdisciplinario*
- Intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa: *Alta* (agresión física y psíquica, amenazas verbalizadas, comportamientos de aislamiento, acoso, amenazas), *Media* (hostilidades, negativas a trabajar en grupo, descalificaciones) y *Baja* (Simple disputa)

- Intensidad del conflicto en su vertiente cualitativa: Violencia directa (Agresión física o moral fácilmente perceptible: Acoso sexual, mobbing, altercado verbal, lucha física, rumores, despido, amonestaciones), *estructural* (Deficiencias en el lugar de trabajo -poca luz, espacio reducido-, problemas en la estructura jerárquica, percepción de bajos salarios, deficiente asignación de tareas) y *cultural* (convicciones ético/morales y de identidad).
- Elementos intervinientes en el conflicto: De tipo *material* (Elementos conflictivos visibles y fácilmente identificables, derivados de bienes materiales tangibles o no) e *inmaterial* (elementos ocultos derivados de apreciaciones y necesidades subjetivas y muy personales)
- Dimensión del conflicto: *Pequeña dimensión*: máximo tres personas (=3), *dimensión media*: igual a tres y menos de diez (3 <10), *gran dimensión*: más de diez individuos (>10).
- Previsión del tratamiento del conflicto/temporalidad: *Corto plazo* (2 meses), *medio plazo* (entre dos y seis meses) y *largo plazo* (más de seis meses)

3.5.1.3 Datos relativos a la gestión del conflicto y sus resultados

Describen el resultado de la gestión al cierre de cada caso tratado, sobre la base del tratamiento del conflicto. Las variables estudiadas son:

- Partes intervinientes en la gestión del conflicto
- Técnicas de intervención: Asesoramiento, formación, técnicas de consenso grupal y mediación
- Sesiones privadas (Caucus)
- Derivaciones
- Resultado del proceso de mediación: Acuerdos totales, parciales o con cambios positivos
- Seguimiento de casos

3.5.2 Sobre el análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 15 para Windows.

En la descripción de los datos, las variables cuantitativas se representan por las medidas de centralización y dispersión; y las variables cualitativas mediante su distribución de frecuencias.

Para la comparación de dos variables cuantitativas se utilizó la prueba de Mann Whitney, y cuando eran más de dos la de Kruskal- Wallis.

Así mismo, para conocer la asociación entre dos variables cualitativas y para la comparación de proporciones, se utilizó el test del χ^2 .

4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en las tres áreas formativo-asistenciales incluidas en el estudio: Resultados de la formación del master, de la implementación de las unidades y finalmente, los resultados obtenidos a través de las intervenciones mediadoras en dichas unidades.

4.1 PROGRAMA DE FORMACIÓN EN GESTION DE CONFLICTOS Y MEDIACIÓN

En octubre del año 2004 se inició el primer curso del Master en “Mediación en organizaciones de salud. Consultoría en gestión de conflictos”, con un total de 31 participantes, profesionales relacionados con el mundo de la salud, bien por su profesión, bien por el trabajo que estaban desarrollando.

4.1.1 Perfil de los participantes

El Master iba dirigido a cualquier profesional diplomado o licenciado, que estuviera trabajando de un modo directo o indirecto, en el ámbito de la salud, siendo ocho de los 31 del grupo personas que el propio sistema de salud becó para que realizara esta formación. Las profesiones de pertenencia de los asistentes a este curso, eran las siguientes:

- Médicos: 5
- Enfermeras: 18
- Psicólogos: 2
- Sociólogos: 1
- Farmacéuticos: 1
- Trabajadoras Sociales: 2
- Abogados: 2

De éstos, siete realizaron solamente el primer año con otorgándoseles una titulación de Post-Grado⁴³, mientras que los 24 participantes restantes, finalizaron la formación completa obteniendo la titulación de Máster. Las profesiones de pertenencia de este grupo de participantes que finalizaron los dos años de formación y que por tanto estuvieron implicados en las cuatro unidades de mediación como alumnos en prácticas, eran las siguientes:

- Médicos: 5
- Enfermeras: 14
- Psicólogos: 1
- Sociólogos: 1
- Farmacéuticos: 1
- Trabajadoras Sociales: 1
- Abogados: 1

4.1.2 Evaluación de los participantes

De los 24 alumnos que realizaron la formación completa del Master, 23 la superaron con éxito y uno no obtuvo el título por no reunir los mínimos previstos en las pruebas teóricas y prácticas aplicadas. Al finalizar los dos años de formación, se contaba pues con un total de 23 mediadores sanitarios (Con titulación de Master) y 8 profesionales de la salud con formación especializada en gestión y prevención del conflicto en organizaciones sanitarias (Con titulación de Post Grado).

⁴³ Paralelamente a la puesta en marcha del primer año de Master, se creó un curso de postgrado para aquellos participantes que no desearan ser mediadores en organizaciones de salud y tuvieran el interés exclusivo de formarse como expertos en prevención y gestión del conflicto.

4.1.3 Otros resultados de interés

Al finalizar el primer año se realizaron unos “Diálogos Appreciativos”, técnica de consenso grupal que se puso a prueba con los participantes del primer año del Master.

4.2 IMPLEMENTACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN

En octubre de 2005 y coincidiendo con el inicio del segundo año del Máster, se iniciaron las actividades mediadoras en las unidades abiertas a tal fin en los cuatro espacios establecidos:

- Hospital Universitario Vall d’Hebron (Barcelona)
- Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona)
- Àmbito de Atenció Primaria Costa de Ponent (Zona del Baix Llobregat de la provincia de Barcelona)
- Àmbito de Atenció Primaria Centre (Zona de Manresa, en la provincia de Barcelona)

La cartera de servicios que se oferta desde las UMS incluye las siguientes posibilidades:

- Asesoramiento para la gestión y transformación positiva del conflicto
- Formación y entrenamiento en habilidades mediadoras
- Procesos de mediación
- Técnicas de consenso grupal
- Intervenciones a “medida”⁴⁴

⁴⁴ Diseñadas por el equipo, en situaciones específicas que así lo requieran.

Los equipos se configuraron de modo que cada uno de ellos tuviera un/a mediador/a que tenía a su cargo a los alumnos mediadores en prácticas, que oscilaban según los equipos en número de 4 a 6 alumnos. Se dejaron los lunes libres para que una vez al mes, pudieran asistir a las “Clínicas de Mediación”, que eran la parte teórica del segundo curso, con una duración total de 50 horas repartidas en diez lunes (una vez al mes), con cinco horas de clase cada una de ellas. En lo referente a la distribución semanal, se pactó con las organizaciones en función de su disponibilidad de espacios y características horarias de los profesionales que en ellas trabajaban, quedando del siguiente modo:

Tabla 6

DÍAS Y HORARIOS DE FUNCIONAMIENTO DE LAS UMS Y LAS CLÍNICAS DE MEDIACIÓN					
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Mañana		UMS 3 ÀMBIT COSTA DE PONENT Ubicación: S. Boi De 9,30 a 13,30	UMS 2 HOSPITAL DE TERRASSA De 10 a 14	UMS 4 ÀMBIT CENTRE Ubicación: Manresa De 10 a 14	UMS 1 HOSPITAL VALL D'HEBRÓN De 10 a 14
Tarde	CLÍNICAS DE MEDIACIÓN 1 Cada mes: Octubre 2005 a Octubre 2006	UMS 1 HOSPITAL VALL D'HEBRÓN De 15,30 a 19,30	UMS 3 ÀMBIT COSTA DE PONENT Ubicación: S. Boi De 15,30 a 19,30	UMS 2 HOSPITAL DE TERRASSA De 16 a 20 UMS 4 ÀMBIT CENTRE Ubicación: Manresa De 15 a 19	

A continuación se presentan los datos que hacen referencia al perfil de los usuarios, tipos de conflictos tratados así como de la gestión del conflicto y los resultados obtenidos de la actividad que se ha realizado en las cuatro UMS (Consortio Sanitario de Terrassa, Àmbito de Atención Primaria Costa de Ponent, Àmbito de Atención Primaria Centre y Hospital Universitario de la Vall d'Hebron), a lo largo de un año del proyecto piloto de las Unidades de Mediación Sanitaria, en el período comprendido desde octubre 2005 a octubre 2006.

4.3 INTERVENCIONES REALIZADAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.3.1 Características de los usuarios de las Unidades

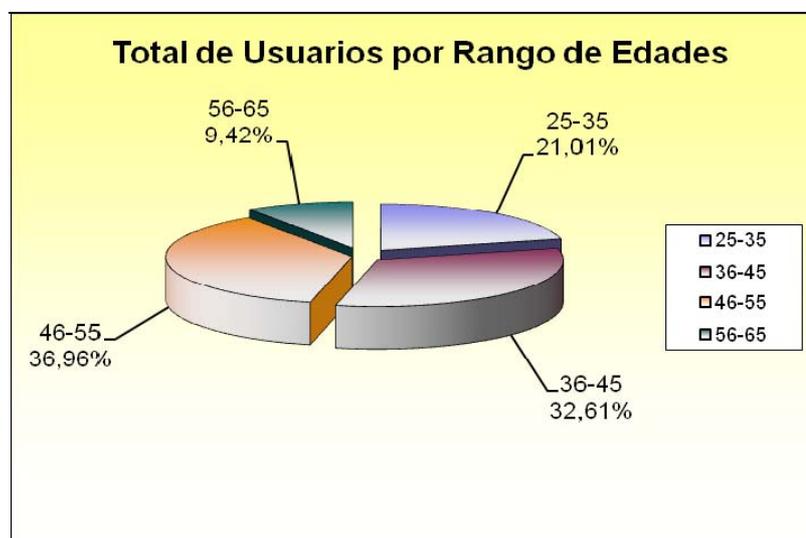
Se presentan los datos del perfil de los usuarios, respecto a los rangos de edad, género, estado civil, nivel de estudios, profesión, cargos de desempeño en la organización, situación laboral, horarios de trabajo, antigüedad en la organización y en el departamento donde desempeñan su función, ámbito sanitario en que trabajan, nivel de conocimiento de técnicas de resolución alternativa de disputas así como bajas tramitadas en el último año, antes de acudir al servicio de mediación.

4.3.1.1 Rango de Edades (años)

Tabla 7
Subgrupos por edades

	25-35	36-45	46-55	56-65	Totales
Nº Sujetos	29	45	51	13	138
%	21,01%	32,61%	36,96%	9,42%	100%

Figura 11



Esta variable que recoge los resultados de las cuatro unidades de actuación, refleja cómo un **36,96%** de los usuarios tenían entre 46 y 55 años, siguiéndole el grupo de edad comprendido entre 36 y 45 años. En menores porcentajes, se situaron los usuarios con edades entre los 25 y los 35 años, con un **21,01%** y aquellos que contaban entre 56 y 65 años, con un **9,42%**

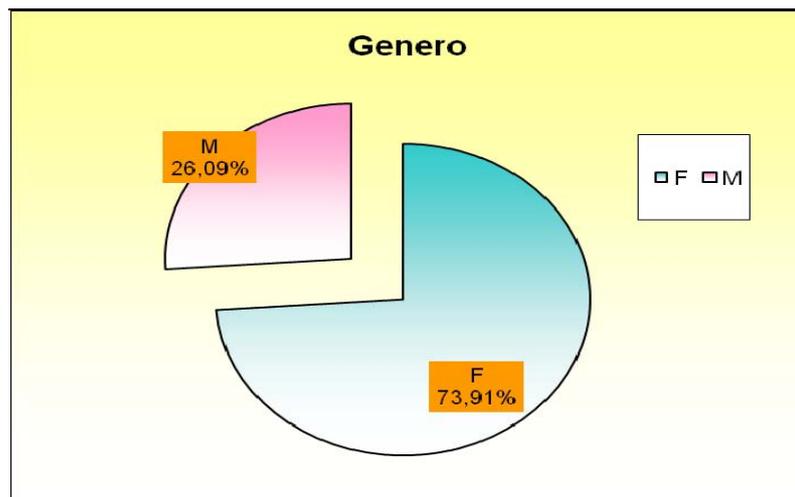
4.3.1.2 Género

Tabla 8

	F	M	Totales
Nº Sujetos	102	36	138
%	73,91%	26,09%	100%

F: Femenino, M: Masculino

Figura 12



Del total de usuarios (n=138) que asistieron a las unidades, a fin de gestionar los conflictos presentes en la cuatro unidades piloto, el **73,91%** eran mujeres y un **26,09%** hombres.

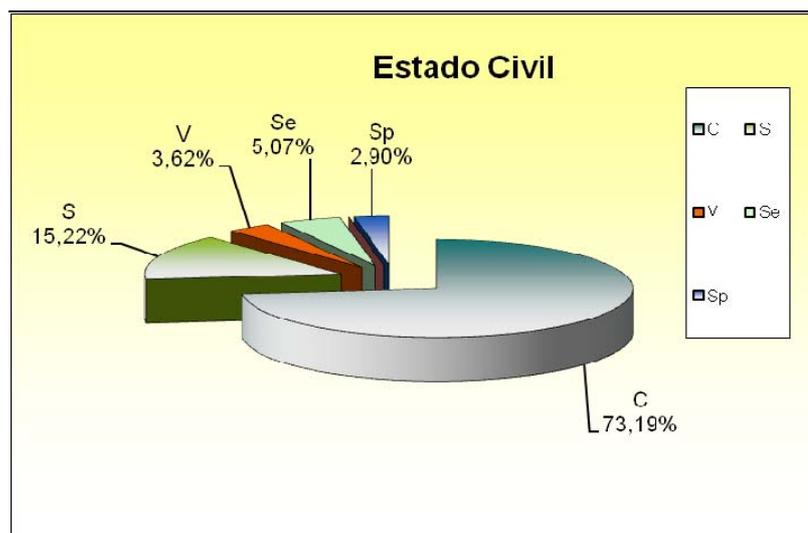
4.3.1.3 Estado Civil

Tabla 9

	C	S	V	Se	D	Cp	Sp	Totales
Nº Sujetos	101	21	5	7	0	0	4	138
%	73,19%	15,22%	3,62%	5,07%	0%	0%	2,90%	100%

Casados (c), solteros(s), viudos (v), separados (Se), divorciados (d), con pareja (Cp), sin pareja Sp)

Figura 13



En esta variable se observa que la mayor parte de los usuarios del servicio de las unidades, eran casados/as, con un porcentaje que alcanzó el **73,19%**, siendo los solteros la segunda categoría con un **15,22%**. Con menor representación figuran los separados con un **5,07%**, los viudos con un **3,62%** y los usuarios que establecieron su categoría como sin pareja, con un **2,90%** del total.

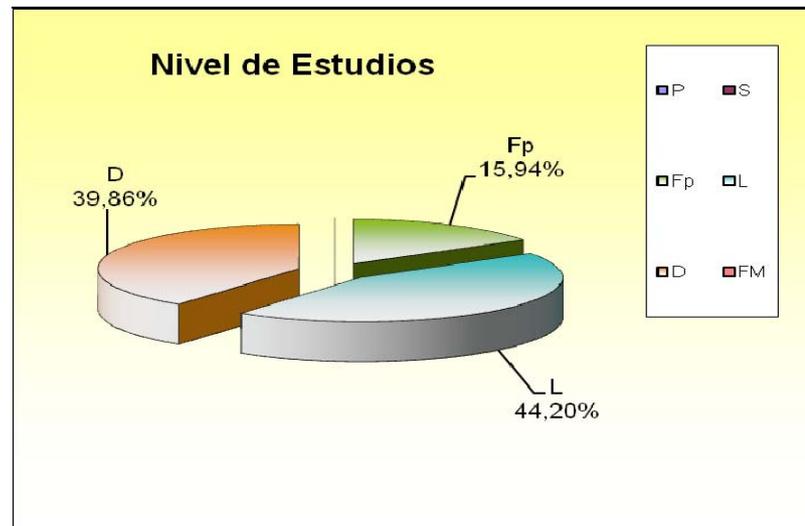
4.3.1.4 Nivel de Estudios

Tabla 10

	P	S	Fp	L	D	FM	Totales
Nº Sujetos	0	0	22	61	55	0	138
%	0%	0%	15,94%	44,20%	39,86%	0%	100%

Primaria (P), Secundaria (s), Formación Profesional (Fp), Licenciatura (L), Diplomatura (D), Formación en Mediación (FM)

Figura 14



En este gráfico de resultados se destaca que del total de usuarios registrados en los cuatro centros pilotos (n=138), un **44,20%** eran licenciados, un **39,86%** eran diplomados y un **15,94%**, tenían nivel de formación profesional. La información anterior nos lleva a señalar, que un **84,06%** del total de usuarios, contaba con estudios de nivel superior.

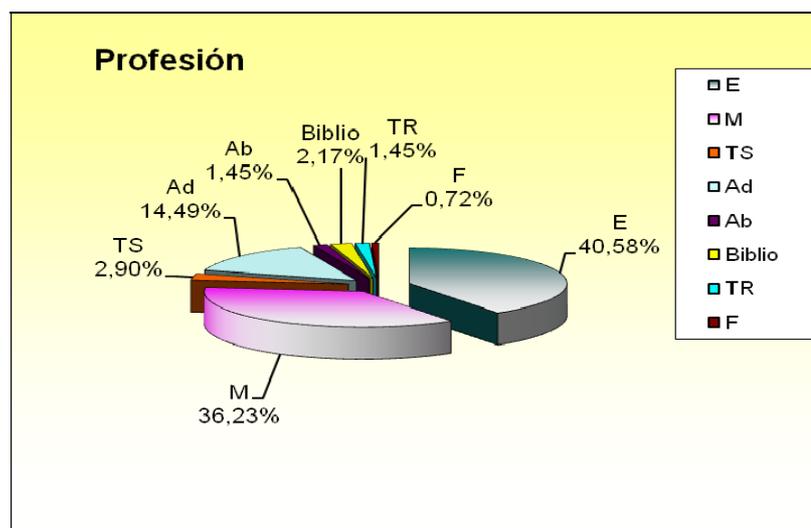
4.3.1.5 Profesión

Tabla 11

	E	M	TS	Ad	Ab	Biblio	TR	F	Totales
Nº Sujetos	56	50	4	20	2	3	2	1	138
%	40,58%	36,23%	2,90%	14,49%	1,45%	2,17%	1,45%	0,75%	100%

Equipo de Enfermería: E, Médico (M), Trabajador social (TS), Administrativo (Ad), Abogado (Ab), Bibliotecario (B), Técnico en Riesgos Laborales (TR), Fisioterapeuta (F)

Figura 15



Del total de categorías establecidas para determinar las profesiones más frecuentes entre los usuarios de las unidades, en primer lugar tenemos a las enfermeras y auxiliares de enfermería, con un **40,58%**, seguidas de los médicos con un **36,23%**, siendo ambos los profesionales que más acudieron a las unidades. En menores porcentajes se sitúa el personal administrativo con un **14,49%**, los trabajadores sociales, con un **2,90%**, los bibliotecarios/as con un **2,17%**, los abogados con un **1,45%**, los técnicos en riesgos laborales con un **1,45%** y los fisioterapeutas con un **0,75%**.

4.3.1.6 Resumen agregado de Cargos de Desempeño

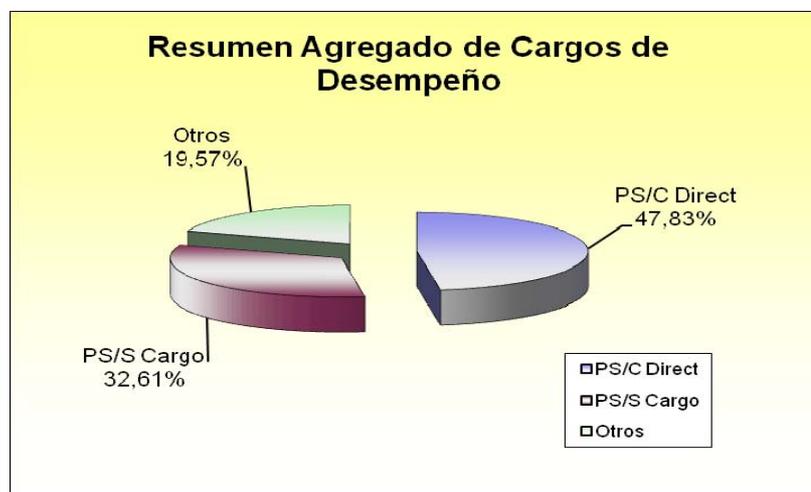
Dada la dispersión de los distintos cargos de desempeño de las partes intervinientes en las intervenciones realizadas, se agregaron los cargos de desempeño en tres categorías: Personal sanitario con cargos directivos, personal sanitario sin cargos de responsabilidad y otros. Los datos obtenidos se muestran a continuación.

Tabla 12

	PS/C Direct	PS/S Cargo	Otros	Totales
Nº Sujetos	66	45	27	138
%	47,83%	32,61%	19,57%	100%

PS/C Direct: Personal sanitario con cargos directivos. PS/S Cargo: Personal sanitario sin cargos. Otros: Incluye usuarios y otro tipo de profesionales (Formación, usuarios externos, etc.)

Figura 16



De la variable cargos de desempeño agregados en tres categorías, un **47,83%** de los usuarios del servicio de Mediación, corresponden a profesionales sanitarios con cargos directivos, un **32,61%** corresponden a profesionales sanitarios sin cargos de responsabilidad y un **19,57%** a otro tipo de profesionales, trabajadores o usuarios de la sanidad.

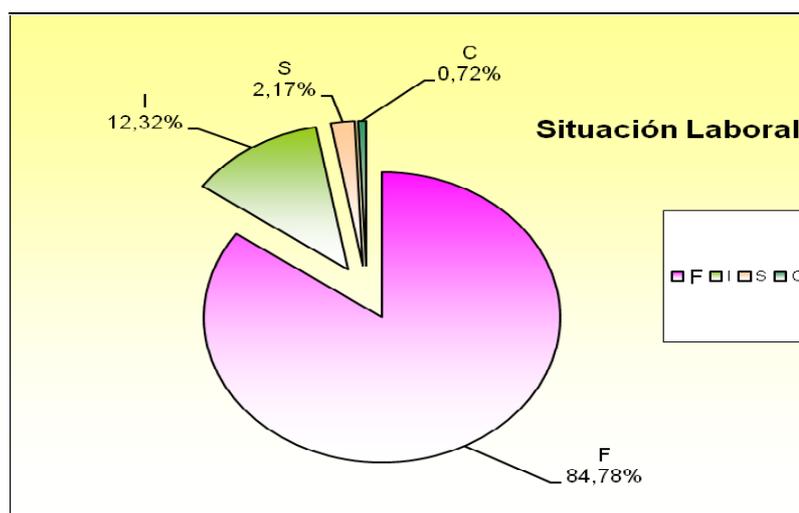
4.3.1.7 Situación Laboral

Tabla 13

	F	I	S	C	Totales
Nº Sujetos	117	17	3	1	138
%	84,78%	12,32%	2,17%	0,72%	100%

Fijo (F), Interino (I), Suplente (S), Corre-turnos (c)

Figura 17



Con relación a la situación laboral de los 138 usuarios de las Unidades de Mediación Sanitaria, se observa que un **84,78%** tiene contrato de trabajo fijo, un **12,32%** interino, un **2,17%** es suplente y un **0,72%** trabaja de corre-turnos.

4.3.1.8 Horarios de Trabajo

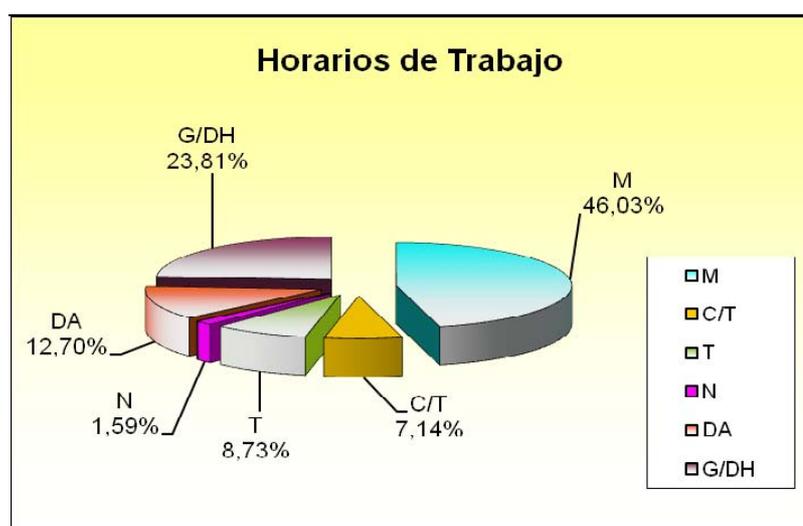
Tabla 14

	M	M/T	T	N	FS	DA	G/DH	Totales
Nº Sujetos	58	9	11	2	0	16	30	136*
%	46,03%	7,14%	8,73%	1,59%	0%	12,70%	23,81%	100%

Mañana (M), Mañana-Tarde (M/T), Tarde (T), Noche (N), Fines de Semana (FS).
Días Alternos (DA), Guardias Distintos Horarios (G/DH)

* 136 usuarios internos + 2 usuarios externos a la Organización

Figura 18



De las categorías seleccionadas para registrar los horarios de trabajo de los usuarios de las unidades, se obtuvo que un **46,03%** trabaja en el horario de mañana, un **23,81%** realiza guardias en distintos horarios, un **12,70%** trabaja en días alternos, un **8,73%** en horario de tarde y un **1,59%** tienen horarios nocturnos.

4.3.1.9 Antigüedad en la Organización

Tabla 15

	< 5	>5 -15	16 - 25	26 -35	Totales
Nº Sujetos	25	60	44	7	136*
%	18,38%	44,12%	32,35%	5,15%	100%

(< 5) menos de cinco años, (>5-15) más de 5 hasta 15 años, (16-25) de 16 a 25 años, (26-35) de veintiséis a treinta y cinco años.

* Se excluyen dos usuarios externos

Figura 19



El resumen de las cuatro unidades permite señalar que del total de usuarios, excluyendo a dos externos, tienen una antigüedad más relevante en el tramo de los 5 a los 15 años, con un **44,12%**. Le sigue el **32,35%** de los usuarios con una antigüedad entre 16 y 25 años, seguidos de los usuarios con menos de 5 años que suponen un **18,38%** y un **5,15%** que trabajan en sus respectivos centros entre 26 y 35 años.

4.3.1.10 Antigüedad en el Departamento

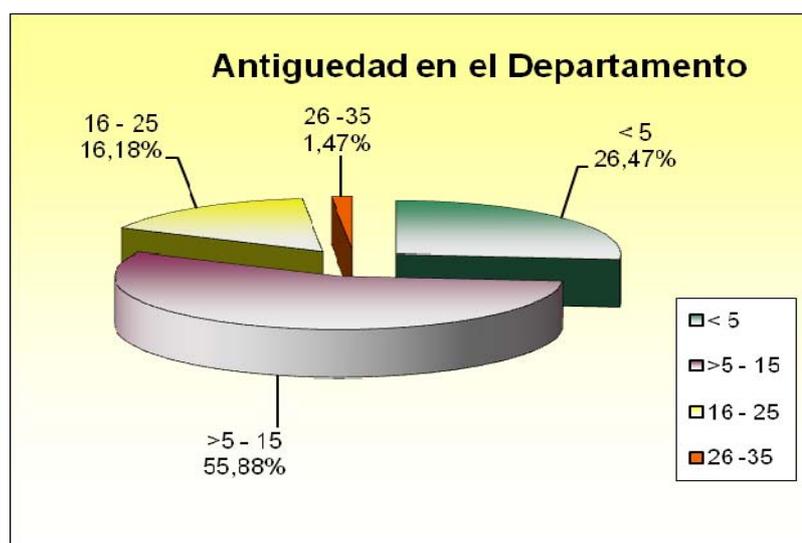
Tabla 16

	< 5	>5 - 15	16 - 25	26 - 35	Totales
Nº Sujetos	36	76	22	2	136*
%	26,47%	55,88%	16,18%	1,47%	100%

(< 5) menos de cinco años, (>5 - 15) entre 5 y quince años, (16-25) entre 16 y 25 años, (26-35) entre veintiséis y treinta y cinco años

* Se excluyen dos usuarios externos

Figura 20



A excepción de dos usuarios de los servicios de mediación que eran externos, los **136** usuarios internos de las organizaciones, presentaban una antigüedad en su respectivo departamento que en un **55,88%** de los casos era de entre 5 y 15 años. Un **26,47%** de ellos tenían menos de 5 años de antigüedad, un **16,18%** entre 16 y 25 y un **1,47%** (2 usuarios) entre 26 y 35 años.

4.3.1.11 *Ámbito*

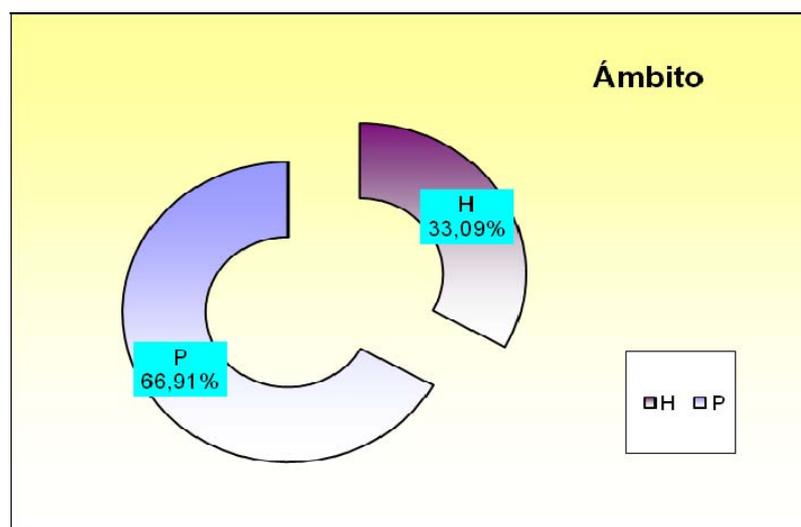
Tabla 17

	H	P	Totales
Nº Sujetos	45	91	136
%	33,09%	66,91%	100%

Hospital (H), Primaria (P)

* Dos usuarios ajenos a la Organización

Figura 21



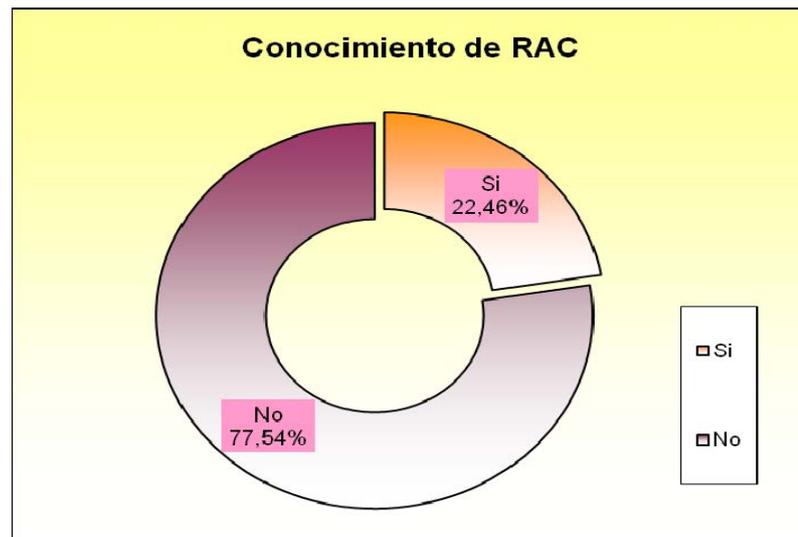
El ámbito de trabajo de los 136 usuarios internos del servicio de mediación en las cuatro unidades, alcanza un **66,91%** en el caso de Atención Primaria y un **33,09%** en el caso del ámbito hospitalario.

4.3.1.12 Conocimiento de RAC

Tabla 18

	Si	No	Totales
Nº Sujetos	31	107	138
%	22,46 %	77,54%	100%

Figura 22



Sobre el conocimiento de las técnicas de Resolución Alternativa de Conflictos en el momento de acudir a las UMS, el resumen de resultados de esta variable en las cuatro unidades, nos señala que un **77,54%** de los usuarios reconocieron no tener información específica, mientras que un **22,46%** señaló tener algún tipo de conocimiento de las técnicas de RAC.

4.3.1.13 Bajas tramitadas en el último año

Tabla 19

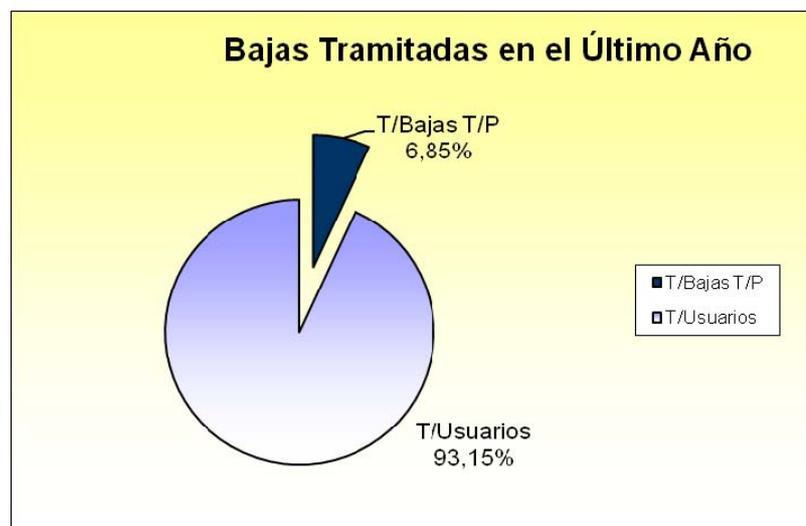
	T/Bajas T/P	T/Usuarios	TD/B al año
Nº Sujetos	10	136	1335
%	6,85%	93,15%	100%

T/B Bajas T/P: Total Bajas de Trabajadores /Profesionales

T/Usuarios: Total Usuarios del Servicio de Mediación

T/Días Baja: Total Días Baja al año

Figura 23



El total de bajas tramitadas por los usuarios (n=136) que asistieron a las cuatro unidades en un período del último año es de 10. Esto equivale a expresar que un 6,85% del total de usuarios presentaron bajas en el transcurso del último año y un 93,15% permaneció activo en su puesto de trabajo. Es de destacar que la Unidad de Vall D'Hebron es la que más días de baja registra entre los usuarios, alcanzando los 738 días en el período de un año. Los 1335 días de baja, representan entre las diez bajas registradas, un promedio de 133,5 días de baja al año por usuario de baja.

4.3.2 Características de los conflictos tratados

Los resultados que presentamos a continuación hacen referencia a las variables sobre partes implicadas, tipo de conflicto, niveles de conflicto I (alcance), niveles de conflicto II (disciplina o profesión de las partes), intensidad del conflicto I (vertiente cuantitativa), intensidad del conflicto II (vertiente cualitativa), elementos intervinientes en el conflicto, dimensión del conflicto (número de partes implicadas), así como el tiempo de tratamiento del conflicto utilizado.

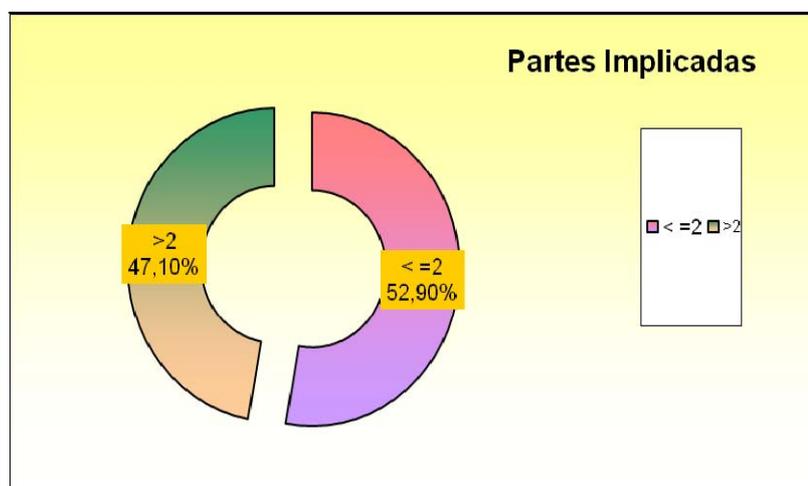
4.3.2.1 Partes implicadas

Tabla 20

	<=2	>2	Totales
Nº Sujetos	73	65	138
%	52,90%	47,10%	100%

< Hasta 2 partes implicadas. > Mas de 2 partes implicadas

Figura 24



Las partes que estaban involucradas directamente en los conflictos gestionados a través de las unidades de mediación, se reconocieron a través de dos grupos, los de hasta 2 partes implicadas, que representaron un **52,90%** del total y las partes afectadas que superaban las 2 partes en conflicto, con un **47,10%**.

4.3.2.2 Tipo de conflicto⁴⁵

Tabla 21

	Interno	Externo	Total
Nº	50	7	57
%	87,50%	12,50%	100%

Interno: En el ámbito de la Organización

Externo: Agentes externos

Figura 25



Al evaluar el tipo de conflicto tratado sobre la base del total de los gestionados en las cuatro unidades, se obtiene que un **87,50%** de los conflictos tratados eran de tipo interno. De otro lado, los conflictos externos que llegaron a las UMS suponen un **12,50%** del total.

⁴⁵ Cuando hablamos de conflicto interno nos referimos a las disputas o diferencias que pueden surgir entre trabajadores y profesionales de la institución. El conflicto externo es cuando una de las partes implicadas en el conflicto es un usuario, un proveedor o cualquiera otra instancia de fuera de la institución.

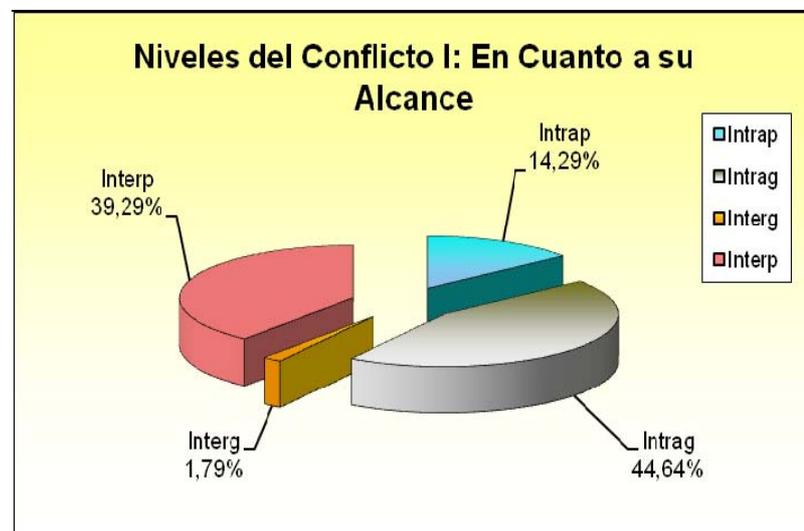
4.3.2.3 Niveles de conflicto I: En cuanto a su alcance⁴⁶

Tabla 22

	Intrap	Intrag	Interg	Interp	Totales
Nº Casos	8	26	1	22	57
%	14,29%	44,64%	1,79%	39,29%	100%

Intrapersonal (Intrap), Intragrupal (Intrag), Intergrupal (Interg)
Interpersonal (Interp).

Figura 26



En los datos obtenidos en relación a esta variable, se aprecia que los conflictos de índole *intragrupal* son los más representados con un **44,64%** del total de casos llegados a las cuatro unidades. El conflicto *interpersonal* caracteriza al **39,29%** de los casos, mientras que un **14,29%** resultaron de tipo *intrapersonales* y un **1,79%** *intergrupales*.

⁴⁶ Nivel del conflicto I: En este apartado nos referimos a la relación que hay con el conflicto desde un plano más personal hasta afectar a grupos. Se subdivide en:

- Intrapersonal: Conflicto interno, gestionable por parte de profesionales de la salud mental
- Intragrupal: Entre dos o más personas de un mismo equipo de trabajo
- Intergrupal: Implica a dos grupos o más de la organización
- Interpersonal: Conflicto que aparece por razones de relación independientemente del grupo al que pertenezcan las partes

4.3.2.4 Niveles de Conflicto II: En Relación a la Disciplina o Profesión de las Partes⁴⁷

Tabla 23

	Interd	Intrad	Totales
Nº Casos	26	24	50
%	52,00%	48,00%	100%

Interdisciplinar (Interd), Intradisciplinar (Intrad)

* 50 de los 57 casos tratados en las Unidades se establecieron como Interdisciplinarios o Intradisciplinarios

Figura 27



En cuanto a la variable que relaciona al conflicto, con las disciplinas de las que proceden los distintos usuarios de las unidades, se observa que de un total de **57** casos, en **50** se identificaron conflictos con partes intervinientes clasificables en el marco de las variables de índole *Interdisciplinar* e *Intradisciplinar*. De esos 50 casos, un **52,00%** resultaron *Interdisciplinarios* y un **48,00%** *Intradisciplinarios*.

⁴⁷ Nivel del conflicto II: En este apartado diferenciamos el nivel intradisciplinar, que implica a personas de una misma profesión, del nivel interdisciplinar que hace referencia a personas de diferentes profesiones.

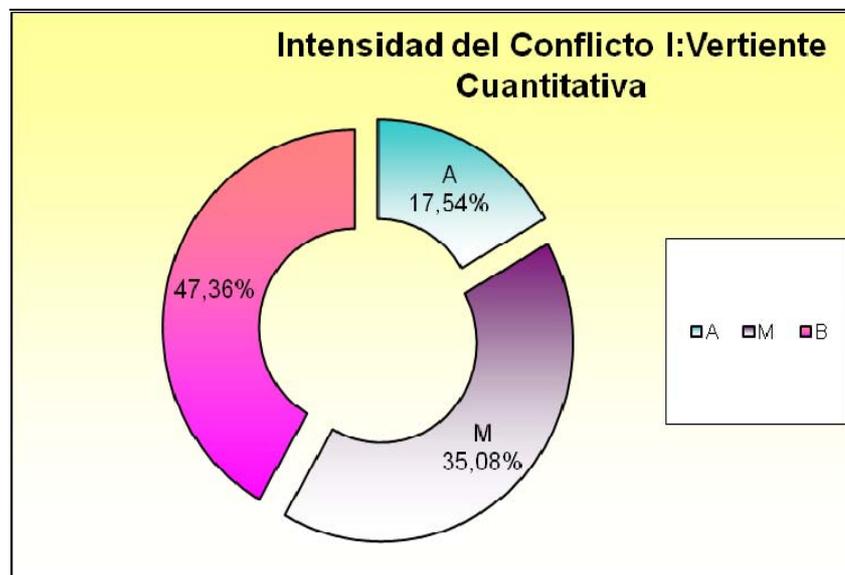
4.3.2.5 Intensidad del Conflicto I: Vertiente Cuantitativa⁴⁸

Tabla 24

	A	M	B	Total
Nº Casos	10	20	27	57
%	17,54%	35,08%	47,36%	100%

Alta (A), Media (M), Baja (B).

Figura 28



La variable que identifica la intensidad de los conflictos en su vertiente cuantitativa, señala que en un **47,36%** de los casos, los conflictos fueron de Baja *intensidad*, en un **35,08%** de Mediana *Intensidad* y en un **17,54%** de Alta *intensidad*.

⁴⁸ Intensidad cuantitativa del conflicto: Este concepto, identifica la presencia de violencia en cualquiera de sus manifestaciones. Se utilizan tres registros de intensidad:

- Baja: Simple disputa
- Media: Hostilidades, negativas a trabajar en grupo, descalificaciones, etc.
- Alta: Presencia de agresiones físicas y o/psíquicas, amenazas verbalizadas, comportamientos de aislamiento del otro, acoso, etc.)

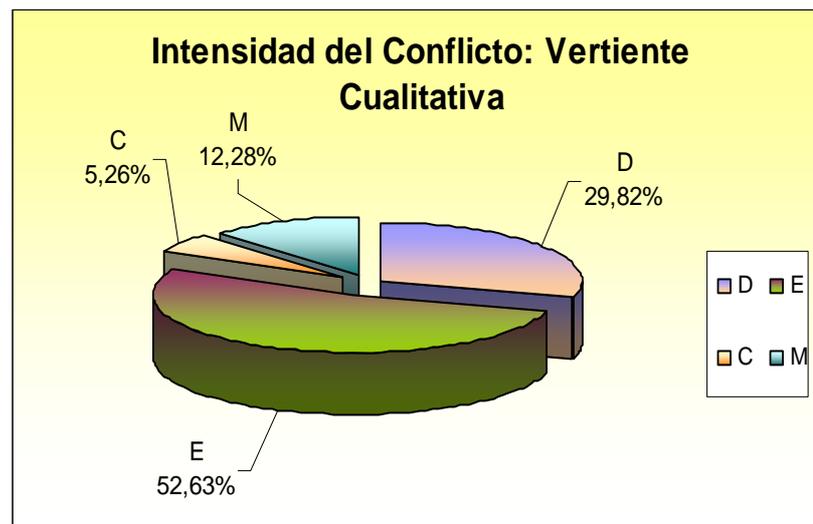
4.3.2.6 Intensidad del Conflicto II: Vertiente Cualitativa

Tabla 25

	D	E	C	M	Total
Nº Casos	17	30	3	7	57
%	29,82%	52,63%	5,26%	12,28%	100%

Directa (D), Estructural (E), Cultural (C), Mixta (M)

Figura 29



De los resultados registrados en el total de las unidades de mediación, podemos identificar que el conflicto en su vertiente cualitativa, resulta mayoritariamente *Estructural*, alcanzando un **52,63%**. El conflicto es *Directo* en un **29,82%**, *Cultural* en un **5,26%** y de tipo mixto en un **12,28%**.

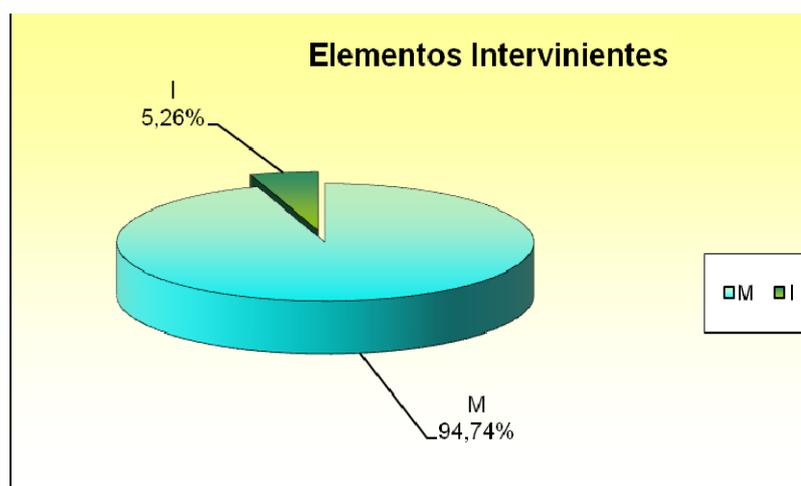
4.3.2.7 Elementos Intervinientes

Tabla 26

	M	I	Totales
Nº Casos	54	3	57
%	94,74%	5,26%	100%

Material (M), Inmaterial (I)

Figura 30



De los 57 casos tratados en las cuatro unidades, el **94,74%** tenían su origen en elementos *Materiales*, mientras que **5,26%** en elementos *Inmateriales* o no tangibles.

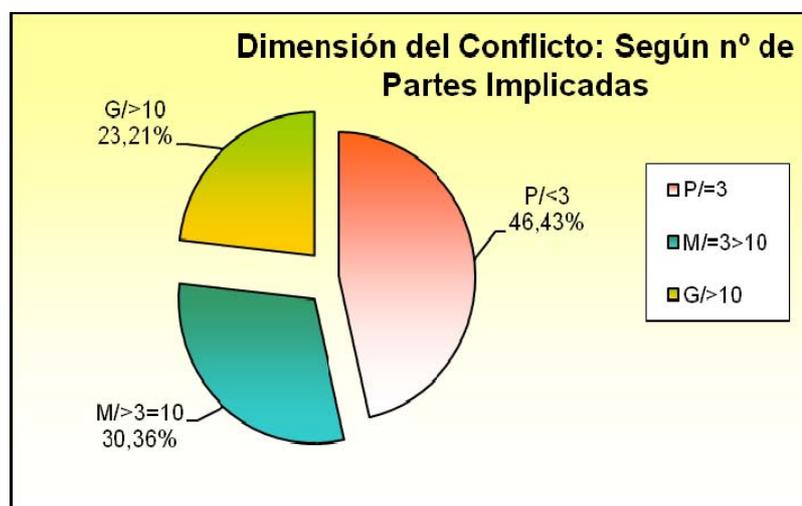
4.3.2.8 Dimensión del Conflicto: Según nº de partes implicadas

Tabla 27

	P/<3	M/>3=10	G/>10	Totales
Nº Casos	26	18	13	57
%	46,43%	30,36%	23,21%	100%

Pequeña dimensión (P), Mediana Dimensión (M), Gran Dimensión (G)
 Pequeña Dimensión: Hasta 3 (P/<3). Dimensión media: De 3 a 10 (M/>3-<10). Gran Dimensión: Más de 10 (G/>10)

Figura 31



De los 57 casos registrados, se identificó en esta variable, la dimensión de los conflictos según el número de partes, así un **46,43%** de los conflictos tratados era de pequeña *dimensión* (máximo de dos partes). Un **30,36%** de los casos era de *dimensión* media (entre tres y 10 partes), mientras que un **23,21%** del total era de gran *dimensión* (más de 10 partes implicadas)

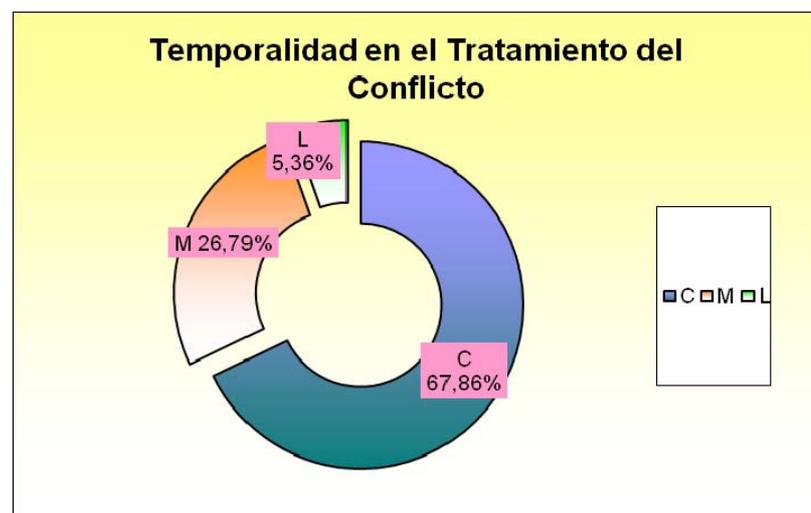
4.3.2.9 Temporalidad en el tratamiento del conflicto

Tabla 28

	C	M	L	Totales
Nº Casos	39	15	3	57
%	67,86%	26,79%	5,36%	100%

Corto plazo (C), Medio plazo (M), Largo plazo (L)

Figura 32



Al determinar la *temporalidad*⁴⁹ en la gestión de los conflictos llegados a las unidades de mediación, vemos que del total de casos, un **67,86%** de ellos, se realizó su gestión a corto plazo, un **26,79%** a medio plazo y un **5,36%** a largo plazo.

⁴⁹ Se estableció la siguiente relación con respecto a la secuencia de tiempos:

Corto plazo: 2 meses

Medio plazo: Entre dos y seis meses

Largo plazo: Más de seis meses

4.3.3 Características y resultados de las intervenciones

Se presentan los datos que hacen referencia a las partes intervinientes, técnicas de intervención utilizadas, duración del proceso de mediación (número de sesiones de mediación y horas empleadas), total de sesiones privadas realizadas en las mediaciones, resultados de los casos de mediación, causas del cierre del proceso mediador en los casos en que no hubo acuerdos, derivaciones, seguimiento de los casos mediados, así como el nivel de su cumplimiento.

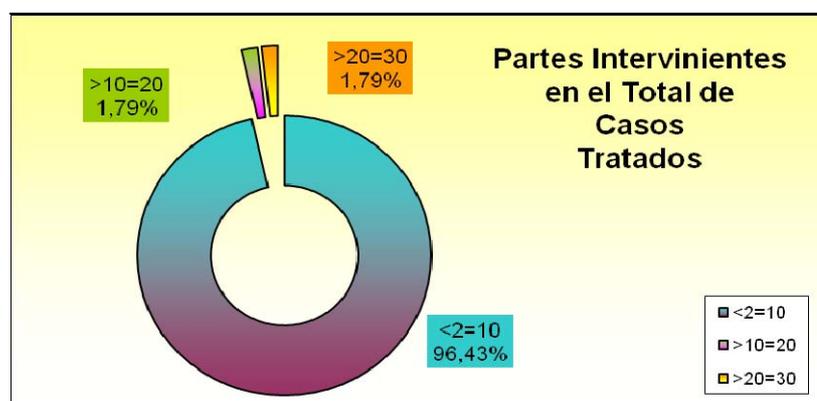
4.3.3.1 Partes Intervinientes en el total de casos tratados

Tabla 29

	<2=10	>10=20	>20=30	Totales
Nº Casos	55	1	1	57
%	96,43%	1,79%	1,79%	100%

Participantes en la intervención mediadora: Menos de 2 e igual a 10 (<2=10); mayor de 10 e igual a 20 (>10=20); mayor de 20 e igual a 30 (>20=30)

Figura 33



Del total de partes involucradas inicialmente en los conflictos, esta variable recoge el número de partes que realmente intervinieron en la gestión de los casos en cada una de las unidades. En un mayoritario **96,43%** intervinieron entre 1 y 10 partes en el total de casos gestionados, constituyendo un **1,79%** los casos que tenían un número de partes de entre 10 y 20 personas. Otro **1,79%** de los casos tratados tenían más de 20 partes.

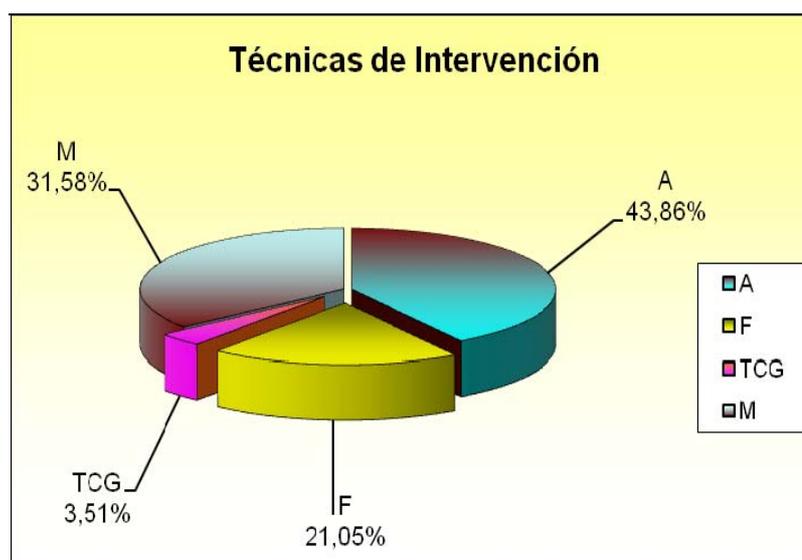
4.3.3.2 Técnicas de Intervención

Tabla 30

	A	F	TCG	M	Totales
Nº Casos	25	12	2	18	57
%	43,86%	21,05%	3,51%	31,58%	100%

Asesoría (A), Formación (F). Técnicas de Consenso Grupal (TCG), Mediación (M)

Figura 34



El resumen de las *técnicas de intervención* utilizadas mayormente en las cuatro unidades, señala que la técnica más utilizada fue el Asesoramiento con un **43,86%**, seguida de la Mediación con un **31,58%** y de la Formación con un **21,05%**. En menor porcentaje se sitúan las Técnicas de Consenso Grupal, con un **3,51%**.

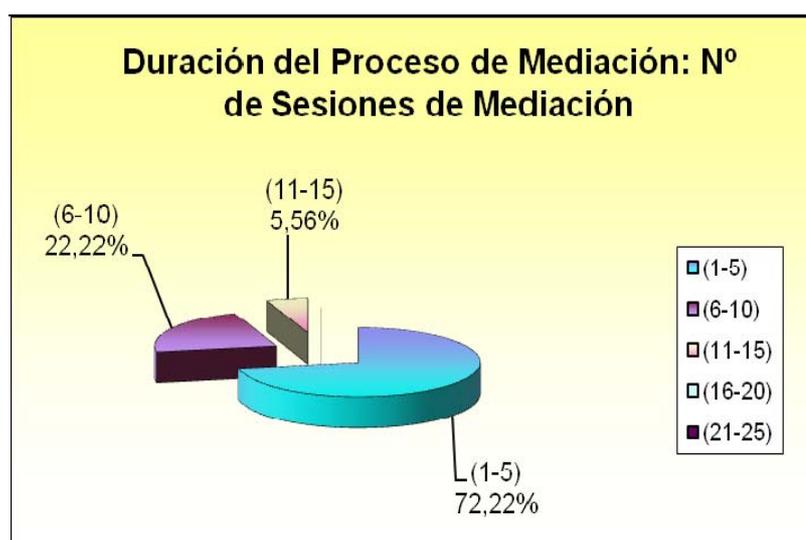
4.3.3.3 Duración del Proceso de Mediación: N° de sesiones de mediación

Tabla 31

	(1-5)	(6-10)	(11-15)	(16-20)	(21-25)	Totales
N° Casos mediados	13	4	1	0	0	18
%	72,22%	22,22%	5,56%	0%	0%	100%

(1-5) entre 1 y 5 sesiones, (6-10) entre 6 y 10 sesiones, (11-15) entre 11 y 15 sesiones, (16-20) entre 16 y 20 sesiones, (21-25) entre 21 y 25 sesiones de mediación.

Figura 35



Al establecer el número de sesiones utilizadas en cada proceso de mediación llevado a cabo en las unidades de los cuatro centros pilotos, se observa que en un **72,22%** de los casos se utilizaron un máximo de 5 sesiones, mientras que en el **22,22%** restante, entre 6 y 10 sesiones y en un **5,56%** entre 11 y 15 sesiones.

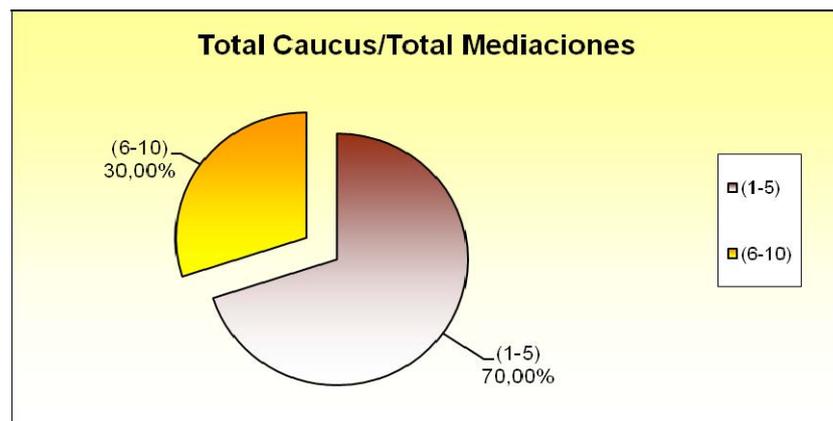
4.3.3.4 Total sesiones privadas o caucus/Total mediaciones

Tabla 32

	(1-5)	(6-10)	Totales
Nº Caucus	7	3	10
%	70,00%	30,00%	100 %

(1-5) entre 1 y 5 caucus, (6-10) entre 6 y 10 caucus

Figura 36



De las 18 Mediaciones realizadas en las cuatro unidades, solo en 10 se utilizó la técnica de *Caucus* o sesiones privadas. De estas 10, un **70%** tuvieron entre 1 y 5 sesiones privadas o caucus y un **30%** entre 6 y 10 sesiones de este tipo.

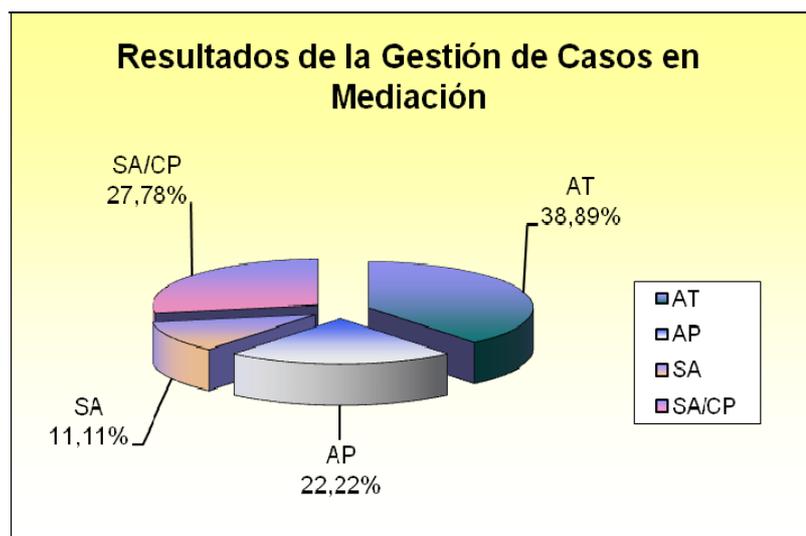
4.3.3.5 Resultados de la gestión de casos en mediación

Tabla 33

	AT	AP	SA	SA/CP	Totales
Nº Casos	7	4	2	5	18
%	38,89%	22,22%	11,11%	27,78%	100%

Totales (T), Acuerdo Parciales (AP), Sin Acuerdos (SN), Sin Acuerdos-Cambios positivos (SA/CP)

Figura 37



Al valorar los resultados de la gestión de los casos con procesos de Mediación desarrollados en las cuatro unidades, vemos que de los 18 casos mediados, un **38,89%** se alcanzaron acuerdos totales y un **11,11%** se cerraron sin acuerdos. Un **22,22%** de las mediaciones finalizaron con acuerdos parciales y un **27,78%** se cerraron sin acuerdos pero con cambios positivos reconocidos por las partes.

4.3.3.6 Derivaciones

Tabla 34

	Si	No	Totales
Nº Casos	12	45	57
%	21,43%	78,57%	100%

Derivación (Si) no derivación (No)

Figura 38



En lo referente a los casos derivados, nos encontramos con un **78,57%** de casos gestionados por las UMS que no fueron derivados a ninguna otra instancia, mientras que un **21,43%** de los 18 casos si se derivaron.

4.4 INTERVENCIONES REALIZADAS: ANÁLISIS ANALÍTICO

Del resultado del análisis cruzado de los resultados más relevantes de los relacionados anteriormente, se obtuvieron los siguientes resultados:

4.4.1 Relación entre la antigüedad en la organización y la intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa

4.4.1.1 Antigüedad en la organización

La distribución de frecuencias de la ANTIGÜEDAD EN AÑOS del trabajador en la organización aparece en la siguiente tabla:

Tabla 35

Antigüedad en la organización			
Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	4	2,90%	2,96%
2	3	2,17%	5,19%
3	9	6,52%	11,85%
3,5	1	0,72%	12,59%
4	4	2,90%	15,56%
4,5	1	0,72%	16,30%
5	10	7,25%	23,70%
6	4	2,90%	26,67%
7	8	5,80%	32,59%
8	6	4,35%	37,04%
9	3	2,17%	39,26%
10	11	7,97%	47,41%
11	1	0,72%	48,15%
12	6	4,35%	52,59%
13	1	0,72%	53,33%
14	1	0,72%	54,07%
15	11	7,97%	62,22%
16	5	3,62%	65,93%
17	1	0,72%	66,67%
18	9	6,52%	73,33%
19	5	3,62%	77,04%
20	12	8,70%	85,93%
21	1	0,72%	86,67%
22	3	2,17%	88,89%
23	3	2,17%	91,11%
24	1	0,72%	91,85%
25	4	2,90%	94,81%
26	1	0,72%	95,56%
30	5	3,62%	99,26%
33	1	0,72%	100%
Total	135	97,83%	
Perdidos	3	2,17%	
TOTAL	138	100%	

Los resultados de la estadística descriptiva de la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 36

Antigüedad en la organización (años)		
N	Validos	135
	Perdidos	3
Mediana		12,8
Error típico de la media		0,67
Mediana		12
Moda		20
Desviación típica		7,81
Rango		32
Mínimo		1
Máximo		33

4.4.1.2 Intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa

La distribución de frecuencias de la INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cuantitativa aparece en la siguiente tabla:

Tabla 37

Intensidad del conflicto			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	54	39,1%	39,1%
Media	59	42,8%	81,9%
Alta	25	18,1%	100%
Total	138	100%	

El tipo de conflicto más frecuente es el de intensidad media (42,8%), seguido por el de baja intensidad (39,1%). Menos del 20% de los conflictos estudiados son de alta intensidad.

4.4.1.3 Relación entre antigüedad en la organización y la intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa

La estadística descriptiva de la variable ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN agrupada por las tres categorías de la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO aparece en la siguiente tabla:

Tabla 38

Antigüedad en el organismo (años)		del		
	Intensidad del conflicto	Baja	Media	Alta
N	Válidos	51	59	25
	Perdidos	3	0	0
Media		14,5	11,7	12,4
Error típico de la media		1,15	0,96	1,52
Mediana		15	10	10
Moda		20	5	10
Desviación típica		8,23	7,39	7,62
Rango		32	29	27
Mínimo		1	1	3
Máximo		33	30	30

Mediante el test de Kruskal-Wallis no se observan diferencias significativas ($p=0,207$) en la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN según las tres categorías de la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO (baja, media alta).

4.4.2 Relación entre la antigüedad en el departamento y la intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa

4.4.2.1 Antigüedad en el departamento

La distribución de frecuencias de la ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO aparece en la siguiente tabla:

Tabla 39

Antigüedad en el departamento			
Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	7	5,1%	5,2%
2	5	3,6%	8,9%
3	15	10,9%	20%
3,5	1	0,7%	20,7%
4	9	6,5%	27,4%
4,5	1	0,7%	28,1%
5	16	11,6%	40%
6	5	3,6%	43,7%
7	6	4,3%	48,1%
8	14	10,1%	58,5%
9	5	3,6%	62,2%
10	10	7,2%	69,6%
11	4	2,9%	72,7%
12	3	2,2%	74,8%
13	5	3,6%	78,5%
15	6	4,3%	83%
16	6	4,3%	87,4%
18	4	2,9%	90,4%
19	2	1,4%	91,9%
20	6	4,3%	96,3%
25	3	2,2%	98,5%
30	2	1,4%	100%
Total	135	97,8%	
Perdidos	3	2,2%	
TOTAL	138	100%	

Los resultados de la estadística descriptiva de la ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 40

Antigüedad en el departamento (años)		
N	Validos	135
	Perdidos	3
Mediana		8,97
Error típico de la media		0,54
Mediana		8
Moda		5
Desviación típica		6,34
Rango		29
Mínimo		1
Máximo		30

4.4.2.2 Intensidad del conflicto

La distribución de frecuencias de la INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cuantitativa, aparece en la siguiente tabla:

Tabla 41

Intensidad del conflicto			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Baja	54	39,1%	39,1%
Media	59	42,8%	81,9%
Alta	25	18,1%	100%
Total	138	100%	

El tipo de conflicto más frecuente es el de intensidad media (42,8%), seguido por el de baja intensidad (39,1%). Menos del 20% de los conflictos estudiados son de alta intensidad.

4.4.2.3 Relación entre antigüedad en el departamento y la intensidad del conflicto

La estadística descriptiva de la variable ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO agrupada por las tres categorías de la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cuantitativa, aparece en la siguiente tabla:

Tabla 42

Antigüedad en el departamento (años)		Intensidad del conflicto		
		Baja	Media	Alta
N	Válidos	51	59	25
	Perdidos	3	0	0
Media		8,10	9,47	9,56
Error típico de la media		0,82	0,85	1,38
Mediana		8	8	8
Moda		5	3	3
Desviación típica		5,88	6,50	6,91
Rango		24	29	29
Mínimo		1	1	1
Máximo		25	30	30

Mediante el test de Kruskal-Wallis no se observan diferencias significativas ($p=0,515$) en la ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO según las tres categorías de la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO (baja, media alta).

4.4.3 Relación entre la antigüedad en la organización y los elementos intervinientes en el conflicto

4.4.3.1 Antigüedad en la organización

La distribución de frecuencias de la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN aparece en la siguiente tabla:

Tabla 43

Antigüedad en la organización			
Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	4	2,90%	2,96%
2	3	2,17%	5,19%
3	9	6,52%	11,85%
3,5	1	0,72%	12,59%
4	4	2,90%	15,56%
4,5	1	0,72%	16,30%
5	10	7,25%	23,70%
6	4	2,90%	26,67%
7	8	5,80%	32,59%
8	6	4,35%	37,04%
9	3	2,17%	39,26%
10	11	7,97%	47,41%
11	1	0,72%	48,15%
12	6	4,35%	52,59%
13	1	0,72%	53,33%
14	1	0,72%	54,07%
15	11	7,97%	62,22%
16	5	3,62%	65,93%
17	1	0,72%	66,67%
18	9	6,52%	73,33%
19	5	3,62%	77,04%
20	12	8,70%	85,93%
21	1	0,72%	86,67%
22	3	2,17%	88,89%
23	3	2,17%	91,11%
24	1	0,72%	91,85%
25	4	2,90%	94,81%
26	1	0,72%	95,56%
30	5	3,62%	99,26%
33	1	0,72%	100%
Total	135	97,83%	
Perdidos	3	2,17%	
TOTAL	138	100%	

Los resultados de la estadística descriptiva de la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 44

Antigüedad en la organización (años)		
N	Validos	135
	Perdidos	3
Mediana		12,8
Error típico de la media		0,67
Mediana		12
Moda		20
Desviación típica		7,81
Rango		32
Mínimo		1
Máximo		33

4.4.3.2 Elementos intervinientes

La distribución de frecuencias de los ELEMENTOS INTERVINIENTES aparece en la siguiente tabla:

Tabla 45

Elementos Intervinientes			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Material	114	82,6%	82,6%
Inmaterial	3	2,2%	84,8%
Material e Inmaterial	21	15,2%	100%
Total	138	100%	

Los elementos intervinientes más frecuentes son los de tipo material (82,6%), seguido por los de tipo mixto, material e inmaterial, (15,2%). El 2,2% de los elementos intervinientes son de tipo inmaterial.

4.4.3.3 Relación entre antigüedad en la organización y los elementos intervinientes en el conflicto

La estadística descriptiva de la variable ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN agrupada por las tres categorías de la variable ELEMENTOS INTERVINIENTES EN EL CONFLICTO aparece en la siguiente tabla:

Tabla 46

Antigüedad en el organismo (años)		Material	Inmaterial	Material e Inmaterial
Elementos intervinientes en el conflicto				
N	Válidos	111	3	21
	Perdidos	3	0	0
Media		12,37	13,67	15,24
Error típico de la media		0,68	8,29	2,20
Mediana		12	8	18
Moda		20	3	25
Desviación típica		7,12	14,36	10,09
Rango		32	27	29
Mínimo		1	3	1
Máximo		33	30	30

Mediante el test de Kruskal-Wallis no se observan diferencias significativas ($p=0,513$) en la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN según las tres categorías de la variable ELEMENTOS INTERVINIENTES EN EL CONFLICTO (material, inmaterial y ambos).

4.4.4 Relación entre la antigüedad en el departamento y los elementos intervinientes en el conflicto

4.4.4.1 Antigüedad en el departamento

La distribución de frecuencias de la ANTIGÜEDAD EN LA DEPARTAMENTO aparece en la siguiente tabla:

Tabla 47

Antigüedad en el departamento			
Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	7	5,1%	5,2%
2	5	3,6%	8,9%
3	15	10,9%	20%
3,5	1	0,7%	20,7%
4	9	6,5%	27,4%
4,5	1	0,7%	28,1%
5	16	11,6%	40%
6	5	3,6%	43,7%
7	6	4,3%	48,1%
8	14	10,1%	58,5%
9	5	3,6%	62,2%
10	10	7,2%	69,6%
11	4	2,9%	72,7%
12	3	2,2%	74,8%
13	5	3,6%	78,5%
15	6	4,3%	83%
16	6	4,3%	87,4%
18	4	2,9%	90,4%
19	2	1,4%	91,9%
20	6	4,3%	96,3%
25	3	2,2%	98,5%
30	2	1,4%	100%
Total	135	97,8%	
Perdidos	3	2,2%	
TOTAL	138	100%	

Los resultados de la estadística descriptiva de la ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 48

Antigüedad en el departamento (años)		
N	Validos	135
	Perdidos	3
Media		8,97
Error típico de la media		0,54
Mediana		8
Moda		5
Desviación típica		6,34
Rango		29
Mínimo		1
Máximo		30

4.4.4.2 Elementos intervinientes

La distribución de frecuencias de los ELEMENTOS INTERVINIENTES aparece en la siguiente tabla:

Tabla 49

Elementos Intervinientes			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Material	114	82,6%	82,6%
Inmaterial	3	2,2%	84,8%
Material e Inmaterial	21	15,2%	100%
Total	138	100%	

Los elementos más frecuentes son los de tipo material (82,6%), seguido por los de tipo mixto, material e inmaterial, (15,2%). El 2,2% de los elementos intervinientes son de tipo inmaterial.

4.4.4.3 Relación entre antigüedad en el departamento y los elementos intervinientes en el conflicto

La estadística descriptiva de la variable ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO agrupada por las tres categorías de la variable ELEMENTOS INTERVINIENTES en el conflicto, aparece en la siguiente tabla:

Tabla 50

Antigüedad en el departamento (años)				
	Elementos intervinientes en el conflicto	Material	Inmaterial	Material e Inmaterial
N	Válidos	111	3	21
	Perdidos	3	0	0
Media		8,16	12	12,81
Error típico de la media		0,52	6,66	1,80
Mediana		7	8	11
Moda		5	3	18
Desviación típica		5,52	11,53	8,27
Rango		29	22	29
Mínimo		1	3	1
Máximo		30	25	30

Mediante el test de Kruskal-Wallis se observan diferencias casi significativas ($p=0,064$) en la ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO, según las tres categorías de la variable ELEMENTOS INTERVINIENTES EN EL CONFLICTO (material, inmaterial y ambos).

4.4.5 Relación entre los distintos niveles del conflicto en los grupos disciplinares y los ámbitos de atención

La estadística descriptiva de la variable NIVELES DEL CONFLICTO agrupada por las dos categorías de la variable ÁMBITO, aparece en la siguiente tabla:

Tabla 51

Nivel del conflicto/Ámbito			
	Intradisciplinario	Interdisciplinario	Total
Hospitalario	32	11	43
Primaria	25	54	79
Perdidos			16
Total	57	65	138

El conflicto en los niveles interdisciplinarios es más frecuente en primaria mientras que el intradisciplinario se da de un modo más parejo en los dos ámbitos (32 en hospitales y 25 en primaria).

Mediante el test del χ^2 , se observan diferencias significativas ($p<0,001$).

4.4.6 Relación entre la intensidad del conflicto en su nivel cuantitativo y la variable género

Tabla 52

Género			
	Masculino	Femenino	Total
Intensidad baja	15	39	54
Intensidad media	12	46	59
Intensidad alta	9	16	25
TOTAL	36	102	138

Aplicando el test Chi-Square, no se observa asociación directa entre INTENSIDAD DEL CONFLICTO Y GÉNERO de las personas implicadas ($p=0,306$).

4.4.7 Relación entre la intensidad del conflicto en su nivel cuantitativo y la variable cargos de desempeño agrupados

La distribución de frecuencias de la variable CARGO DE RESPONSABILIDAD versus la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO, aparece en la siguiente tabla:

Tabla 53

<i>Cargo /Intensidad del conflicto</i>	Con cargo			Total
	Sin cargo	Otros	Total	
Intensidad del conflicto: BAJA	20	23	11	54
Intensidad del conflicto: MEDIA	17	30	12	59
Intensidad del conflicto: ALTA	8	13	4	25
TOTAL	45	66	27	138

Mediante el test del χ^2 , no se observan diferencias significativas ($P>0,05$)

4.4.8 Relación entre la intensidad del conflicto en su vertiente cualitativa y los años de trabajo en la institución

4.4.8.1 Intensidad del conflicto en su vertiente cualitativa

La distribución de frecuencias de LA INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cualitativa, aparece en la siguiente tabla:

Tabla 54

<i>Intensidad del conflicto (Cualitativa)</i>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Directa	32	23,2%	23,2%
Estructural	45	32,6%	55,8%
Cultural	23	16,7%	72,5%
Mixta	38	27,5%	100%
TOTAL	138	100%	

Se observa un porcentaje mayor de la intensidad del conflicto de tipo estructural (32,6%), seguido del tipo mixto (27,5%). La intensidad del conflicto de tipo cultural, aparece en último lugar (16,7%).

4.4.8.2 Antigüedad en la organización

La distribución de frecuencias de la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN aparece en la siguiente tabla:

Tabla 55

Antigüedad en la organización			
Años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	4	2,90%	2,96%
2	3	2,17%	5,19%
3	9	6,52%	11,85%
3,5	1	0,72%	12,59%
4	4	2,90%	15,56%
4,5	1	0,72%	16,30%
5	10	7,25%	23,70%
6	4	2,90%	26,67%
7	8	5,80%	32,59%
8	6	4,35%	37,04%
9	3	2,17%	39,26%
10	11	7,97%	47,41%
11	1	0,72%	48,15%
12	6	4,35%	52,59%
13	1	0,72%	53,33%
14	1	0,72%	54,07%
15	11	7,97%	62,22%
16	5	3,62%	65,93%
17	1	0,72%	66,67%
18	9	6,52%	73,33%
19	5	3,62%	77,04%
20	12	8,70%	85,93%
21	1	0,72%	86,67%
22	3	2,17%	88,89%
23	3	2,17%	91,11%
24	1	0,72%	91,85%
25	4	2,90%	94,81%
26	1	0,72%	95,56%
30	5	3,62%	99,26%
33	1	0,72%	100%
Total	135	97,83%	
Perdidos	3	2,17%	
TOTAL	138	100%	

Los resultados de la estadística descriptiva de la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 56

Antigüedad en la organización (años)		
N	Validos	135
	Perdidos	3
Mediana		12,8
Error típico de la media		0,67
Mediana		12
Moda		20
Desviación típica		7,81
Rango		32
Mínimo		1
Máximo		33

4.4.8.3 Relación entre la antigüedad en la organización y la intensidad del conflicto en su vertiente cualitativa

La estadística descriptiva de la variable ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN agrupada por las tres categorías de la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cualitativa, aparece en la siguiente tabla:

Tabla 57

	Intensidad			
	Directa	Estructural	Cultural	Mixta
N Validos	30	45	22	38
Perdidos	2	0	1	0
Media	11,70	11,04	13,36	15,58
Error típico de la media	1,45	0,94	2,03	1,26
Mediana	9	10	14	15
Moda	5	3	3	10
Desviación típica	7,94	6,31	9,52	7,73
Rango	29	21	29	32
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	30	22	30	33

Mediante el test de Kruskal-Wallis se observan diferencias casi significativas ($p=0,058$) de LA INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cualitativa respecto a la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN, según las cuatro categorías de la variable intensidad del conflicto (directa, estructural, cultural y mixta).

4.4.9 Relación entre la dimensión del conflicto y la intensidad del conflicto

La distribución de frecuencias de la variable DIMENSIÓN DEL CONFLICTO respecto a la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO, aparece en la siguiente tabla:

Tabla 58

		Intensidad / Dimensión del conflicto			Total
		Intensidad			
		Baja	Media	Alta	
Dimensión	Pequeña	10	9	7	26
	Mediana	7	8	3	18
	Grande	12	1	0	13
	Total	29	18	10	57

Mediante el test del χ^2 , se observan diferencias significativas ($p=0,013$) entre la DIMENSIÓN DEL CONFLICTO (pequeña, mediana y grande) y la INTENSIDAD DEL CONFLICTO (baja, media alta).

4.4.10 Relación entre las técnicas de intervención y los cargos de desempeño agrupados

Tabla 59

		Técnicas de Intervención								
		Asesoramiento		Formación		Consenso		Mediación		Sub-Total
		% Subtotal	% Subtotal	% Subtotal	% Subtotal	% Subtotal	% Subtotal	% Subtotal		
Cargos de desempeño	Sin cargo	9	13,64%	1	1,52%	30	45,45%	26	39,39%	66
	Con cargo	16	35,56%	11	24,44%	4	8,89%	14	31,11%	45
	Otros	7	25,93%	0	0,00%	6	22,22%	14	51,85%	27
	Total	32	23,19%	12	8,70%	40	28,99%	54	39,13%	138

Mediante el test del χ^2 , se observan diferencias significativas ($p<0,001$) entre las TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN empleadas y la variable CARGOS DE DESEMPEÑO.

5. DISCUSIÓN

A continuación se presentan reflexiones acerca de los resultados obtenidos y de los procesos desarrollados a lo largo del proyecto, con dos partes diferenciadas, una referida a la formación de mediadores sanitarios y la otra relativa a la puesta en funcionamiento de las Unidades de Mediación Sanitaria (En adelante UMS).

5.1. PROGRAMA DE FORMACIÓN DE MEDIADORES SANITARIOS

En lo relativo al perfil de los participantes, debe hacerse mención al esfuerzo dirigido a formar a profesionales de distintos grupos disciplinares, aspecto en el que se puso especial énfasis.

La idea de equipos de mediadores especialistas en organizaciones de salud, con profesiones de distinta procedencia y por lo tanto con conocimientos complementarios, se consideró un factor crítico de éxito del proyecto. Aunque éste no es un aspecto definido por otros autores –ya que no existen experiencias globales de este tipo conocidas, parte de un modo de hacer, propio de la estrategia de mediación, en la que se tiene en cuenta para una intervención óptima, entre otras cuestiones, la adecuación del mediador a las partes y al conflicto a tratar.

Un equipo altamente eficiente en este contexto pues sería aquel que dispusiera de una variedad de mediadores con un “know-how” complementario, que les posibilitara ser modelos de referencia para las partes que acudieran a resolver sus conflictos de modo pacífico, a través de la mediación.

En palabras de Gorvein, un mediador es un “operador de conflictos” (Gorvein, 2002), es decir un especialista en su gestión preventiva y curativa, con un conocimiento profundo de las particularidades de los conflictos y de sus itinerarios.

En realidad es un estrategia en la gestión de los conflictos. Y forma parte de esta estrategia el poder tomar la decisión del “quién” será el mediador en un caso concreto. Con equipos humanos complementarios esta decisión además de deseable, es posible.

Llama la atención el número importante de enfermeras que conforman este primer grupo, siendo este colectivo prácticamente la mitad del total (Ver tabla 11). Aunque no hemos encontrado literatura específica acerca de la capacidad o voluntad de los distintos colectivos de mostrarse como grupos con un potencial espíritu de apertura, la práctica docente y asistencial si nos indica que en el mundo sanitario, el colectivo enfermero suele estar más abierto al cambio que el colectivo médico.

En nuestro caso, cabe recordar que las cuatro instituciones que colaboraban en el proyecto, ofrecían a médicos y enfermeras diplomadas, entre otros colectivos, becas para cursar esta formación y ser potenciales repetidores de la experiencia en sus organizaciones. La realidad nos aporta un dato homogéneo en las cuatro organizaciones trabajadas: Siempre fueron en su mayoría, los colectivos de enfermeras quienes solicitaron de modo activo formarse a cargo de la institución. En número menor, también presentaban interés los trabajadores sociales, psicólogos y otros grupos profesionales.

Cabe mencionar que el colectivo médico, cuando aceptaban este nuevo reto, mostraron una gran implicación. Así, los cinco médicos que cursaron la formación, finalizaron el Master, mientras que de las 18 enfermeras, cuatro abandonaron, básicamente –y según sus propias palabras- por motivos personales. Del resto de los profesionales de otras disciplinas, no podemos llegar a conclusiones en estos momentos, por el reducido número de la muestra de que disponemos.

El hecho de que abandonaran 7 de los 31 participantes al finalizar el primer curso, tiene que ser explicado en términos tentativos, ya que no conocemos casuística existente sobre el porcentaje de abandono de los cursos de post grado en nuestra

Universidad. No obstante, podemos pensar en una situación de multicausalidad. De un lado, esta formación era un elemento de motivación para profesionales con muchos años de experiencia, y que les posibilitaba un potencial cambio de trabajo, en la misma área laboral.

Sin embargo, no era un proyecto estable y además dependía de una decisión más de tipo político que técnico, lo cual implicaba una percepción de temporalidad y de inseguridad, que los alumnos en varias ocasiones manifestaron.

También cabe mencionar cuestiones personales de tipo económico, de disponibilidad de tiempo o de cambio de situación, que sin duda afectaron a algunas de las personas que no continuaron con el segundo curso para obtener la titulación de Master.

Adicionalmente, dado que al finalizar el primer curso, se obtenía una titulación de post-grado y continuar con el segundo año de algún modo era optativo, se puede pensar en que algunos de los alumnos evaluaran la relación esfuerzo-resultados y decidieran no formarse como mediadores, ante el interrogante sobre este futuro profesional o la realidad de los criterios personales antes mencionados.

En cuanto a los resultados obtenidos en esta formación, podemos decir que solo uno de los 24 asistentes al segundo curso del Master no obtuvo la titulación. El motivo fue por cuestiones de índole profesional, ya que un nuevo puesto de trabajo con responsabilidad, le impidió acudir a las Unidades con la regularidad establecida, no pudiendo cumplir con el requisito del 90% de asistencia.

Tuvimos una situación de conflicto que debe ser tenida en cuenta, para poderla prevenir en el futuro, ya que –según experiencia propia y de otros directores de cursos de Master- suele aparecer en los cursos de larga duración y en nuestro caso, pensamos que se sumó a la situación de incertidumbre que el proyecto en curso creaba, a los que podían ser los futuros replicadores del sistema en sus organizaciones.

La motivación e ilusión que impregnó el primer curso, empezó a declinar cuando las unidades de mediación tenían un mes de funcionamiento con los alumnos en prácticas allí. Al iniciar una unidad de este tipo, es necesario hacer un gran énfasis en la difusión del servicio y de sus prestaciones para que sea conocido y se generen solicitudes. De modo que las actividades en sus inicios de las UMS eran básicamente de divulgación, formación y asesoramiento.

Esto significa que en los primeros dos meses no tuvimos ninguna mediación formal produciéndose un desencanto en los alumnos que esperaban un modo de aprendizaje y un espacio de prácticas similar al de los hospitales y centros de salud que conocían: El estudiante va allí y se encuentra ya con los enfermos, sus familias, los procedimientos y tratamientos que el alumno puede aplicar desde el primer día de sus prácticas.

En mediación no suele ocurrir así y nuestra práctica lo confirma. Desde sus inicios y a lo largo de todo el año académico, tuvimos que explicar la mediación como método alternativo de resolución de conflictos, desde el enfoque más básico, dado el desconocimiento generalizado de esta profesión emergente, de sus ventajas y aplicación.

De otro lado, había otro factor que apoyaba la idoneidad de poner el máximo de esfuerzos en estas actividades de difusión y también en las de entrenamiento en habilidades mediadoras y de negociación. En el ámbito organizacional, si lo que se pretende es producir un cambio hacia nuevos paradigmas en la gestión del conflicto, las personas que allí trabajan (profesionales) y se relacionan (usuarios cuando sea el caso), deben ser incluidas en los procesos de innovación si deseamos su participación activa.

Y este sentir, lo apoyan Ricomá y Ponti con la afirmación “la comunicación interna tiene un papel estelar en la transmisión, el cumplimiento y el seguimiento de los objetivos estratégicos, pero además contribuye a motivar y a satisfacer a los

empleados y, si no hay motivación y satisfacción, no se produce la implicación ni la participación” (Ricomá y Ponti, 2004).

La difusión personalizada y enfocada hacia este objetivo era –desde nuestra perspectiva- un instrumento eficaz porque se organizaba a todos los niveles de responsabilidad y de grupos de trabajo, entrando en contacto con la realidad cotidiana de las personas y sus necesidades.

En efecto, en estas difusiones, las personas asistentes manifestaban su necesidad de obtener herramientas para manejar de un modo más eficaz las diferencias que había en los equipos, causantes de relaciones difíciles, absentismos, discusiones y otros modos de evidenciación de malestar en los grupos.

En un Informe del CIS se afirma que lo que más se valora en un empleo, aparte de las condiciones económicas, es un buen ambiente laboral (CIS, 1997). En la misma línea Toohey va más allá describiendo los elementos que indican que el clima laboral en una empresa está en fase de deterioro: Formación de grupos antagónicos, muestras de apatía hacia todo lo relacionado con la empresa, absentismo laboral, realización mecánica de las tareas, discusiones entre los profesionales por cuestiones triviales, ansiedad e irritabilidad (Toohey, 1991).

Todos estos componentes eran expuestos de un modo u otro por nuestros informantes en las sesiones de comunicación interna realizadas. Era pues primordial ayudar a nuestros alumnos a entender que la difusión forma parte de una práctica necesaria a realizar en las unidades, especialmente en el ámbito organizacional, no constituyendo en ningún momento –como se tenía tendencia a creer- una práctica de segundo nivel.

Para ello, iniciamos una experiencia que nos fue de gran utilidad. En el marco de la formación teórica, preparamos unos “Diálogos Apreciativos” con este grupo para trabajar en la producción de un espacio de consenso y remotivar al equipo de participantes.

En el marco de estas dinámicas grupales, se discutió lo que los participantes esperaban de la mediación sanitaria, se soñó con lo que podría ser y las aportaciones que cada miembro del grupo podía incluir, se valoró la parte más positiva del proyecto y de sus posibilidades y finalizó con un espíritu motivado hacia un trabajo basado en el compromiso de soñar lo imposible para hacerlo posible.

Al finalizar el Master, los participantes catalogaron esta actividad como de una pieza clave, que les ayudó a superar un momento crítico, produciendo un aprendizaje colectivo de gran valor.

5.2. PROCESO DE PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LAS UMS

En este apartado se discutirán los aspectos relativos a factores de éxito o de oportunidad del proyecto, así como una serie de reflexiones acerca del por qué se implantó este proyecto en colaboración con instituciones públicas.

5.2.1. Factores de éxito y de oportunidad del proyecto

Un factor crítico de éxito fue contar con el apoyo de las gerencias de las distintas instituciones en las que se abrieron UMS. Sin embargo, lo que realmente le dio un valor agregado al proyecto fue que procediera de instancias universitarias.

Este hecho nos dio un distintivo de imparcialidad y neutralidad, que fue muy útil frente a las percepciones de determinados sectores de las organizaciones, reticentes en dar su conformidad al proyecto. Su preguntaban si el apoyo de las gerencias a este proyecto, venía dado por un interés en controlar los procesos de gestión de los conflictos internos.

Sin embargo había tres hechos que facilitaron la confianza en nuestro proyecto. Uno de ellos era que las instituciones no asumían el coste de las UMS ni las gestionaban. En segundo lugar, el proyecto se planteaba desde otra institución pública de reconocido prestigio, la Universidad, cuya finalidad es la docente e investigadora. Un tercer elemento decisivo, fue dar a conocer los principios por los que se rige la mediación de confidencialidad, imparcialidad y la neutralidad, entre otros.

Otro factor crítico de éxito fue utilizar el criterio de inclusión, propio del enfoque mediador. Ello significó tener en cuenta a todos los actores implicados directa o indirectamente en el desarrollo del proyecto, así como aquellos que podían sentir que formaban parte de sensibilidades diferenciadas: Departamentos de Recursos Humanos, de Riesgos Psicosociales, de Atención al Usuario y Sindicatos.

Así resultó de gran ayuda la Comisión de Seguimiento en la que estaban todos representados y por lo tanto, puntualmente informados. Se invitó a formar parte de esta comisión a representantes del Departament de Salut, de la Universidad, de las instituciones implicadas, así como de aquellas personas que se podían sentir afectadas por este nuevo proyecto, como la dirección de Recursos Humanos del Institut Català de la Salut o del Institut d'Estudis de la Salut, que es quien organiza la formación desde el sistema sanitario.

También se aceptó la presencia de quienes así lo solicitaran por un motivo de confianza o de interés. Nadie quedó fuera de la posibilidad de ser informado, de emitir opiniones y de evaluar resultados.

Esta Comisión ofreció un marco de seguridad y de confianza mutua, que facilitó en gran manera el desarrollo del proyecto. Téngase en cuenta, que en esta comisión se debatían aspectos organizativos y de proceso, así como las situaciones extras que aparecían y que requerían de su aprobación o conocimiento.

Una mención especial merece la relación que se estableció con los distintos sindicatos, a quienes se informó tanto a nivel central como en particular, en las instituciones en las que se abría una UMS. Inicialmente, su enfoque fue variado según las personas y los sindicatos. De un lado, interés e interrogantes positivos sobre lo que suponía esta experiencia. De otro, una cierta desconfianza hacia un proyecto de gestión alternativa de conflictos que en sus propias palabras “era propio del trabajo de los sindicatos”.

La evidencia de la independencia técnica del proyecto fue un argumento que resultó claramente tranquilizador y positivo, incluso cuando uno de los sindicatos realizó una petición formal de “cierre de la unidad de mediación de Costa de Ponent”.

El apoyo de otros sindicatos con los que habíamos conseguido la confianza, de la Comisión de Seguimiento que mantuvo su postura de apoyar el criterio que se tomara así como del Departament de Salut, nos dio la oportunidad de hacer reversible el proceso, utilizando el criterio de inclusión de modo sistemático.

Esto se consiguió en una mesa de negociación, en la que se plantearon las posiciones de modo transparente, se mostraron los intereses y necesidades y se ofrecieron opciones para conseguir acuerdos óptimos para ambas partes.

En este caso, coincidimos con la afirmación de Fisher y Ertel en el sentido de que en “la negociación, un elemento que toma especial importancia es la motivación de las partes para negociar y conseguir acuerdos. Estas motivaciones pueden venir dadas por tendencias personales o bien por porque variables externas les inclinan a considerar la negociación como una mejor opción (Fisher y Ertel, 1998).

De este modo, se pactó la modificación de la primera cláusula del acuerdo de mediación, en la que se incluía la posibilidad de que las partes *“pudieran solicitar asesoramiento externo con la finalidad de mejorar su conocimiento acerca de sus propias alternativas siempre y cuando cumplan el principio de confidencialidad. Éste*

hace referencia a que toda la información obtenida en el contexto de las sesiones de mediación es privada y no puede revelarse fuera de este ámbito, excepto en casos que la ley así lo exija” (Ver Anexo 4) . Resuelto este incidente en este modo, nunca más tuvimos dificultades de entendimiento y finalmente, la relación con los sindicatos resultó fluida, de confianza mutua y de gran colaboración, llegando a ser unos de los derivadores más activos en algunos de los casos e instituciones.

Un tercer factor crítico de éxito fue la planificación del proceso de implantación. El proyecto se preparó desde un punto de vista conceptual y técnico en toda su extensión, con las previsiones de las posibles dificultades que pudieran surgir. Incluso las potenciales diferencias con los sindicatos habían sido analizadas de antemano.

En todos los casos de puntos débiles o vulnerables previamente definidos, se tenían mecanismos preventivos y de tratamiento, por si surgían. Ello seguramente ayudó a que las dificultades no fueran tales, sino retos a los que hacer frente de manera activa.

Así podemos afirmar que en general, no hubo incidentes no previstos o supuestos, salvo en un caso, que fue el ya relatado respecto a la desmotivación de los equipos de alumnos-mediadores. Curiosamente, el factor humano que es el que más importa en cualquier proyecto, fue atendido desde una suposición de implicación segura, lo cual resultó no ser del todo cierto.

Pusimos un gran énfasis en la motivación de estos equipos desde el inicio de la formación en primer curso, pero no tuvimos suficientemente prevista la posibilidad de la desmotivación a lo largo del desarrollo del proyecto. Ello nos llevó a idear un mecanismo reductor, los Diálogos Appreciativos, que resultaron un éxito, aunque no dejaron de ser un sistema de tratamiento del conflicto en su fase de intervención necesaria, en lugar de prevención.

Esta experiencia nos hizo reflexionar acerca de la importancia que se le da a los aspectos técnicos, elemento necesario, en detrimento de los aspectos humanos, cuestión imprescindible. Esta fue una enseñanza que resultó de gran valor para el seguimiento del proyecto y que sugerimos incorporar en proyectos futuros.

Existe un último factor del proyecto, que no lo catalogamos de éxito sino de oportunidad, porque tiene sus ventajas y sus inconvenientes, por lo que merece una reflexión especial. Se trata del hecho de que este proyecto obtuviera el acuerdo y el apoyo de una instancia pública como el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, que está dirigida por personas condicionadas y mediatizadas por el partido político en el poder y por ello, sujetas a cambios políticos frecuentes.

5.2.2. Proyecto público versus proyecto privado

Al crear este proyecto, se planteó la cuestión previa del “dónde” y “con quien”, en base a las ventajas y desventajas de cada opción, así como de los propios objetivos previstos.

Un proyecto técnico apoyado y auditado por una instancia pública, tiene las ventajas de la facilidad de entrar en el sistema, de marketing técnico-profesional y de gran impacto si es un proyecto exitoso, es decir, si se consigue que se establezca desde un punto de vista institucional. Si hay éxito, es rotundo.

Sin embargo no hay que desdeñar las desventajas que supone depender de los vaivenes políticos, de los cambios frecuentes de responsables de las direcciones generales, o de los nuevos rumbos que toman sus prioridades. Y todo ello, se produce en base a los períodos electorales o incluso en respuesta a sucesos imprevisibles que ocurren en el sistema.

En este contexto, se puede estar en una posición de prioridad de nuevos proyectos y –en un tiempo inmediato- pasar a un segundo plano de interés. Este cambio de

apoyos se puede dar por cuestiones tan variadas como un anuncio de huelgas de los profesionales o un incendio de un gran hospital, por poner algún ejemplo real que ha ocurrido en la Comunidad Autónoma de Cataluña.

Así mismo, se pueden tener que manejar variables de tiempos, formas y resultados, en espacios de tiempo corto y de gran urgencia, porque el interés político de las personas que apoyan el proyecto, así lo exige.

Trabajar contra-reloj, utilizar constantemente criterios de legitimidad, estar expuestos a las confrontaciones en el modo de implantar la innovación, negociar con asiduidad para conseguir acuerdos y consensos. Éste fue un reto y una constante en este proyecto por cuestiones varias, entre ellas, algunas de las mencionadas.

De otro lado, plantear un proyecto de este tipo a nivel de una “institución-amiga” y dispuesta a la innovación, suele ser más fácil y más cercano. Permite la posibilidad de cometer “errores” –básicamente entendemos que de forma- con menos impacto. Los resultados suelen ser visibles en un espacio corto de tiempo, con un tipo de más personal, por lo que hay menos variables a controlar.

Sin embargo, un proyecto de este tipo no produce impacto a largo plazo y si lo produce, es de un modo restringido. Y finalmente, a pesar de todas las ventajas que hemos enumerado, no evita que la institución por cambio de gerente o por cambio de políticas internas, rescinda el acuerdo de continuidad del proyecto.

Nuestra decisión fue trabajar en la implantación de un proceso innovador en el Sistema Sanitario Público para la gestión de conflictos, mediante un sistema de colaboración entre entidades públicas que maximizara resultados y minimizara costes.

Éste era un enfoque con una filosofía y un planteamiento de desarrollo muy cercano al de las metodologías apreciativas (Cooperrider y Srivastva, 1987):

Investigar sobre lo mejor que tiene la institución, soñar imaginando el potencial que tiene la institución, diseñar una nueva organización (un nuevo modo de gestionar los conflictos) y ejecutar el diseño invitando a la acción.

Era un intento de profesionalizar la mediación sanitaria, para mejorar la calidad de la atención sanitaria, en los términos de aceptabilidad, adecuación, competencia profesional, cooperación del paciente, efectividad, eficiencia y satisfacción del profesional. Todos ellos, atributos descritos en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud para 2005, como elementos que definen la calidad asistencial, en un sentido amplio (Ver tabla 4. MSC, 2005).

Abundando en este enfoque, la Resolución 2001/2339 del Parlamento Europeo, en su párrafo 12, recomienda a los estados miembros: "...que obliguen a las empresas y a los poderes públicos a fomentar la figura del interlocutor social, a poner en práctica políticas de prevención eficaces... y a definir procedimientos adecuados para solucionar el problema de las víctimas de acoso y evitar que se repita; señala también *la designación de una persona de confianza en el lugar de trabajo*, a la que puedan recurrir los trabajadores si así lo desean..." (Resolución del Parlamento Europeo sobre el acoso moral en el lugar de trabajo, 2001)

Fue por todos estos razonamientos que se optó por la primera vía, la institucional, con todas las ventajas y desventajas, habiendo constituido una experiencia de aprendizaje única, que nos ha permitido trasladar nuestro conocimiento de la mediación a un ámbito organizacional complejo, como es el sanitario

Esta complejidad viene dada por ser un sistema de gran dimensión, por el servicio que ofrece, por sus características de cambio organizacional continuo y por sus especiales características de contratación de los profesionales que allí trabajan que promueve un tipo de relación de "una gran familia humana", utilizando la terminología de Ury (Ury, 2000).

De otro lado nos ha permitido poner en evidencia la costo-eficiencia de un proyecto cuando dos organizaciones públicas se ponen de acuerdo en asumir costes y éxitos.

En este sentido, ya en 1974, Buckley, Burns y Meeker, destacaban que la labor innovadora de la gestión pública en cuanto macro proceso, consiste en desarrollar capacidades macroorganizativas nuevas y muy específicas, para abordar el cambio estructural en el plano interinstitucional. En cuanto a macro proceso, la gestión pública necesita en la actualidad, de un proceso de gestión interinstitucional en el que las distintas organizaciones e intereses implicados en un sistema político público, compartan responsabilidades a la hora de orientar sobre el cambio estructural, conservando su autonomía en la gestión del cambio (Buckley, Burns y Meeker, 1974).

5.3. ACTIVIDAD DE LAS UMS

De los datos obtenidos y de la experiencia acumulada a lo largo de este proyecto, existen una serie de elementos de discusión que presentamos a continuación.

5.3.1 Sobre el conflicto tratado

Cabe resaltar que dado que prácticamente todas las intervenciones realizadas eran relacionadas con conflicto interno. Esto significa que de las 138 partes involucradas en las intervenciones realizadas, 136 eran profesionales de la institución. Las dos restantes hacían referencia a conflicto externo ya que implicaban a usuarios de la sanidad, casos que fueron derivados. Por lo tanto, los datos de que disponemos sobre todo en los análisis de variables, hacen referencia todos a conflicto interno, es decir entre personas y grupos pertenecientes a la organización.

5.3.2 Sobre los usuarios de las UMS

Los usuarios de las unidades de mediación sanitaria, evidencian ser una muestra equiparable al universo de edades, estado civil, nivel de estudios, profesiones y tipo de profesionales que trabajan en el sector salud. Así, entendemos que forma parte de la normalidad que un 74% de los usuarios del servicio fueran mujeres, ya que esta muestra estudiada conforma un microcosmos de lo que es el sistema sanitario (Ver tablas 7 a 11).

En esta línea, según las principales cifras presentadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para el 2005 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), en España, la mayor parte del personal sanitario corresponde a enfermeros con 225.487, de los que un 81,6% son mujeres. Los médicos representan el segundo grupo, con un total de 194.668 colegiados, con un porcentaje de mujeres de 41,4%.

5.3.2.1 Edad de los usuarios

Las edades de los usuarios del servicio, oscilaban entre los 25 y los 65 años, observándose que el grupo que más utilizó las UMS fue el comprendido en la franja de 46 a 55 años. Además, un dato curioso es que a más edad, se observa una presencia paulatinamente ascendente, en las intervenciones realizadas. Y ello ocurre en este modo llegando al máximo valor, a la edad de 55 años (36,96%. Ver tabla 7), momento a partir del cual, baja significativamente a un 9,42% al llegar a la edad de jubilación.

Este hecho puede explicarse en base a distintos elementos que se superponen, como es tener unas condiciones de seguridad en el trabajo y por lo tanto más capacidad y percepción de libertad de reacción ante las situaciones de conflicto y sobre todo, al paso de los años en la institución. Más adelante se discute esta afirmación, relacionándola con la permanencia en el mismo departamento o en la organización.

5.3.2.2 *Los principales clientes*

Lo que si resulta de gran interés, desde nuestro punto de vista, es el hecho de que los directivos del sistema fueran unos clientes importantes de las unidades por su nivel de solicitudes de intervención y por su alto nivel de participación en ellas.

En efecto, casi la mitad de los usuarios de las unidades eran personal sanitario con cargos directivos (47,83%. Ver tabla 12). Aunque al cruzar las variables INTENSIDAD DEL CONFLICTO (en su variante cuantitativa) y CARGOS DE DESEMPEÑO, no hemos encontrado resultados significativos, si los hemos encontrado al analizar el cruce de variables TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN Y CARGOS DE DESEMPEÑO.

Esto significa que el pertenecer al grupo de directivos, no influye en la intensidad del conflicto, sea baja, media o alta. Sin embargo, si se puede afirmar que los directivos tienen tendencia a solicitar más un tipo de intervenciones que otras.

A través de los datos obtenidos, observamos que los directivos que acudieron a las Unidades (47,83% del total. Ver tabla 12) mostraron más interés en las intervenciones de asesoramiento (35,56% del total de intervenciones solicitadas por este grupo. Ver tabla 59) y en las de mediación (31,11% del total de directivos. Ver tabla 59), aunque también fueron promotores de cursos y sesiones de formación en gestión y resolución de conflictos (24,44%. Ver tabla 59).

Desde nuestra expectativa, pensábamos que este tipo de servicios serían muy beneficiosos tanto para los profesionales como para los usuarios del sistema de salud, aunque teníamos la percepción de que los directivos no serían un colectivo que los utilizara a corto plazo. Los resultados obtenidos muestran sin embargo lo contrario y este hecho nos hizo reflexionar acerca de la necesidad sentida por estos profesionales de obtener ayuda extra para gestionar los conflictos entre sus equipos.

Esta realidad contrasta con la opinión de Fisher y Sharp que afirmaban hace unos años, que los directivos tratan de eliminar o negar cualquier tipo de conflicto (Fisher y Sharp, 1999).

Sin embargo, los rápidos avances sociales, el cambio de los paradigmas en la relación profesional-enfermo-familia, los procesos de cambio continuos, junto con una mayor participación de la sociedad civil en sus propias decisiones de salud, ha supuesto un nuevo mapa de relaciones, mucho más interactivas, participativas y proactivas. Y ello conlleva una mayor expresividad de las diferencias, en sus variadas manifestaciones.

Cualquier organización se enfrenta a esta realidad de un modo u otro u parafraseando a Picker, si aceptamos que el conflicto siempre estará presente en una organización, el verdadero problema es cómo manejarlo (Picker, 2001).

Para comprender la complejidad de todos estos procesos y situaciones, es preciso conocer la idiosincrasia del sistema sanitario en el momento actual, por lo que analizaremos a continuación algunos de los aspectos mencionados más relevantes.

- a) Un factor a tener en cuenta es que en estos nuevos contextos, *a los directivos de hoy, se les pide que hagan una función de “asesor” o “experto” en las dificultades de la vida profesional*. Como dice Peter Senge, en una organización inteligente, los líderes, son diseñadores, mayordomos y maestros. Son responsables de construir organizaciones donde la gente expande cada vez más su aptitud para comprender la complejidad, clarificar la visión y mejorar los modelos mentales compartidos. Es decir, “son responsables de aprender” (Senge, 1993). Dicho de modo complementario por Naisbitt, una organización inteligente equivale a decir, organización abierta al diálogo y al aprendizaje (Naisbitt, 1990). Este rol de “mediador informal” ya fue descrito por Kritek y Slaikeu, que afirman que los directivos y profesionales de la salud, ejecutan a menudo tareas conciliadoras o bien facilitadoras que, aunque pueden tomar

principios de la mediación, no se entienden como tal, dado que no siguen las etapas del proceso ni los requisitos mediadores (Slaikou, 1996; Kritek, 1998). Los usuarios de las unidades de mediación que formaban parte del personal directivo, expresaban con claridad la dificultad que tenían en asumir este rol de “gestor de conflictos” o “mediador informal”, “para el que no habían sido formados” y el estrés que este hecho les producía, de acuerdo a lo relatado por ellos mismos.

- b) En lo relativo a las *opiniones de los usuarios* sobre la satisfacción que manifiestan por la atención en los servicios sanitarios, en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), se muestra que, en el año 2004, un 47,1% de los encuestados expresaban que el sistema sanitario funciona bien pero necesita cambios, un 27,1% que necesita cambios fundamentales y solo un 19,8% opinaba que funciona bastante bien (Ver tabla 3). Y en este sentido, parece que las quejas más frecuentes de los usuarios, en un 65% de los casos, están relacionadas con las listas de espera (Sindic de Greuges, 2002). Es de resaltar además que en este informe del Síndic de Greuges de Cataluña, se observa un notable incremento de quejas de los usuarios de la sanidad, con respecto a años anteriores: un 24,68% (2004-2005), un 14% (2003-2004) y un 11,8% (2002-2003) (Sindic.cat. Síndic de Greuges de Catalunya., 2005). Este descontento creciente parece que ayuda a legitimar las exigencias que expresan, a veces incluso, de modo violento. El impacto de este hecho, venía publicado en un artículo del periódico “El País” que hablaba de esta conflictividad con el uso de violencia física, lo que ha llevado a que la fiscalía de Barcelona pidiera penas de prisión, en los casos de agresiones a personal médico en su calidad de asimilación a funcionarios públicos. Según esta fuente, esta medida fue bien acogida por el Sindicato de Médicos de Catalunya y por otras Instancias jurídicas y sindicales (Ambrojo, 2006). Estas situaciones de violencia cotidiana afectan gravemente a la capacidad de contención de los profesionales y ayuda a enrarecer aún más la atmósfera de trabajo, produciendo un estrés profesional sobreañadido a los existentes.

- c) Otra realidad de todos sabida por su impacto mediático, es el *descontento de los profesionales sanitarios* con los niveles de presión asistencial, relaciones difíciles con los usuarios, falta de apoyo en los cambios a asumir, el alto nivel de estrés, así como los salarios percibidos como bajos, entre otros. En este sentido, destaca Cabezali que en el sistema sanitario, al igual que en otros campos, se diferencian diversos factores causantes de los conflictos que tienen que ver con los valores, la información, la relación, la estructura e intereses. Todo ello involucra tanto a los profesionales y trabajadores del sistema como a los usuarios/clientes (Cabezali JM, 2001). Abundando en el mismo sentido, otros autores afirman que los niveles de presión laboral son cada día más altos y sobre todo en un sector como el sanitario, con una demanda exponencial por parte de un usuario cada vez más informado y exigente (Camps, Daza, García y Bilbao, 1996). Así, los profesionales muestran cada vez más su descontento con el ambiente laboral y las condiciones de trabajo. Recuérdese el paro que protagonizaron los médicos en Cataluña en mayo del año 2006, la dura huelga de las enfermeras del Hospital de San Pablo de Barcelona, los desacuerdos generalizados respecto al proyecto de ley del Instituto Catalán de la Salud (ICS) o en torno al anunciado decreto de regulación de las terapias naturales, la preocupación por la Ley de Colegios Profesionales, entre otros (Sancho, 2006). Los datos presentados por el Síndic de Greuges sobre este tema, a través de encuestas a profesionales de atención primaria y a usuarios de los centros confirman el descontento de los profesionales por temas cotidianos y por lo tanto de gran impacto, tales como la masificación, la presión asistencial, las listas de espera, la excesiva burocratización y la insuficiencia de medios en los servicios de admisión.
- d) Los *conflictos que afectan a los directivos del sistema*, hacen sobre todo referencia a las relaciones difíciles que se generan básicamente entre directivos y subordinados y no entre los primeros. Como afirma Litterer, lo cierto es que cada vez más, en el ámbito de la alta dirección, donde uno supondría que la conflictividad y enfrentamientos son lo habitual, resulta que los acuerdos o acuerdos aparentes son más frecuentes. Quizás esto es así porque se potencia

el conflicto funcional y el aprendizaje organizativo, enfoque subyacente que da sentido y continuidad al proceso de creación de valor o de lo intangible (Litterer, 1977). O quizás la cuestión es que simplemente los conflictos entre directivos, no llegaron a las Unidades de Mediación, por falta de información, de costumbre, de confianza en un servicio nuevo, así como por el desconocimiento de la mediación y sus ventajas. La realidad es que no disponemos de más información al respecto, constituyendo ésta un área de estudio a potenciar. De otro lado y retomando los datos del conflicto entre directivos y subordinados, el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), presenta datos del año 1997 en los que se evalúan las relaciones laborales entre los distintos cargos de una organización. Se observa que la relación entre jefes y compañeros se establece en categorías identificadas mayormente como Muy Buena y Buena, mientras que entre jefes y subordinados, es prácticamente inexistente, lo cual lleva sin duda a insatisfacción laboral y a una falta de motivación en lo concerniente a la organización en que trabaja (CIS, 1997). Aunque estas aportaciones teóricas se refieren a cualquier tipo de empresas, por analogía podemos aplicarlo a las empresas sanitarias, añadiendo el hecho de que los datos de que disponemos están en sintonía con la visión de estos autores.

- e) Finalmente, existe una *particularidad del sector sanitario que hace referencia al tipo de servicio que ofrece, con un alto nivel de especialización y un nivel importante de interdependencia*, utilizando la terminología de Burton. Como señala este autor, a medida que los diferentes departamentos o sub-unidades de una organización van especializándose, sus objetivos se distancian. La diferencia en cuanto a los objetivos se traduce en una diferencia de expectativas entre los miembros de cada departamento. Así, distintos objetivos y expectativas puede facilitar la aparición y escalada del conflicto (Burton, 1991). De otro lado, en las organizaciones de salud se dan interdependencias de todo tipo, por diversos factores (continuidad en la atención al paciente durante 24 horas, tratamientos que se aplican por personas distintas de las que los prescriben, información común que está segmentada por diferentes servicios, etc.), que según Floyer van en paralelo a la existencia y tipos de conflicto. Este

autor afirma que cuanto más compleja sea una organización –y la sanitaria destaca precisamente por esta característica- más complejas serán estas interdependencias y sus conflictos (Floyer, 1993).

Ante este panorama sumamente complejo y al tiempo especialmente dinámico y cambiante, es fácil imaginar que todos los actores implicados en la organización se vean afectados por todo ello. Más aún, si quien tiene que dirigir estos equipos humanos –los directivos- se sienten faltos de estrategias eficaces para la gestión de las diferencias y la consecución de acuerdos y consenso, se comprende que éste haya sido un grupo especialmente propenso a utilizar los servicios de mediación de las UMS. Sin duda, este hecho, inesperado como decíamos al inicio, ha resultado un hallazgo de gran valor para el proyecto y su posterior mejora y adecuación.

Entendemos que el alto número de asesoramientos solicitados eran el resultado de esta necesidad de obtener una ayuda extra para la gestión de los conflictos presentes en sus equipos. De hecho, aunque no sea una información que aparezca en los datos numéricos de que se dispone, podemos aportar información cualitativa que muestra que en los casos de consensos grupales, en los que estaban implicados directivos, ellos fueron los solicitantes directos de la intervención. El hecho de entrar a través del asesoramiento, en contacto con la UMS, facilitó que nuestras propuestas de intervenciones de mediación y de entrenamiento en habilidades mediadoras, fueran aceptadas.

Sin embargo, no podemos olvidar que si bien de los 138 usuarios de la UMS implicadas en la gestión de conflictos, el personal sanitario con cargos directivos significó casi la mitad del total (47,83%. Ver Tabla 12), el personal sanitario sin cargos directivos y otro tipo de personal, significaron el otro 52,18%. Ver tabla 12). Y esto es natural si aceptamos la afirmación antes expresada con respecto a que todos los factores anteriormente analizados, afectan a todas las personas involucradas en la organización: Profesionales, trabajadores y usuarios del sistema sanitario.

5.3.3 Sobre las características laborales de los usuarios de las UMS

En lo relativo a la situación laboral de las partes implicadas en los conflictos tratados, la mayor parte de ellos tenían un puesto fijo de trabajo (84,78%. Ver tabla 13) con predominancia de los horarios de mañana (46,03%. Ver tabla 14) o guardias cambiantes, con distintos horarios (23,81%. Ver tabla 14).

5.3.3.1 Tipo de contrato y horarios del personal

Con respecto a estos datos no disponemos de información relevante o aportaciones teóricas, acerca de la presencia de conflictos en base a estas variables. No obstante, y respecto al hecho de que la mayoría tuviera un tipo de contrato fijo, podemos pensar en factores ligados a la permanencia en la institución y el departamento, como aspectos directamente relacionados. Esta discusión se presenta más adelante.

En relación a la cuestión de los horarios, avanzamos la reflexión de que en el turno de mañanas y en las guardias cambiantes, los espacios de relación y de interrelación entre los grupos se amplían, pudiendo configurarse así un campo activo de multiplicación de los espacios relaciones y con ello, la posible presencia de diferencias a tratar.

A pesar de que la normalidad radica en la gestión natural y sana de las diferencias (muchos equipos son altamente eficientes en esto), es decir con un enfoque como lo denomina Sergi Farré, proactivo, (Farre, 2004), es cierto que algunas veces la gestión inteligente y con herramientas mediadoras no es posible porque las partes implicadas no saben, no pueden o no quieren gestionarlo de este modo.

Sin embargo, y dado que los factores estructurales aparecen como una causa importante de los conflictos tratados (94,74%. Ver tabla 26), podemos adelantar la posibilidad de investigar más a fondo, entre otras cuestiones, la vulnerabilidad de

los grupos al conflicto en base a los horarios y las rotaciones del personal en los distintos servicios de la institución o en los diferentes turnos de un mismo servicio.

5.3.3.2 Antigüedad en la organización

Es interesante señalar que se observa una muestra mayoritaria de antigüedad de las partes en la organización de entre 5 y 15 años (44,12%. Ver tabla 15) y de un segundo sector mayoritario que dicen estar en la organización entre 16 y 25 años (32,35%. Ver tabla 15).

Aunque no se ha encontrado un estudio específico que cuantifique los potenciales tiempos de latencia del proceso “encanto -desencanto de la institución”, si podemos intuir que el sistema de respuesta al conflicto tiene una cierta latencia.

De un lado Bilbao afirma que en muchas ocasiones las personas afectadas por factores estructurales (remuneración, asignación de responsabilidades, disposición física del espacio), o culturales (escasa o nula comunicación, autoritarismo), permanecen callados por miedo a perder su puesto de trabajo, produciéndose un descontento que afecta seriamente el ambiente laboral, hace más difíciles las relaciones e induce a mermar la productividad y la eficiencia del sistema (Bilbao, 2004). Y seguimos recordando que unos de los factores que enumera Bilbao, los estructurales, han sido los que de un modo claro han surgido como causantes percibidos de los conflictos que hemos tratado.

Abundando más en esta suposición, Sparvieri afirma que “los trabajadores en situación de conflicto, tienden a encerrarse en un ciclo destructivo de negación del conflicto o de manipulación del otro, puesto que la discusión abierta del problema en un lugar de trabajo tiene mala prensa”(Sparvieri, 1995). Y ello coincide de modo curiosamente complementario, con la idea de Fisher y Sharp que afirman que los directivos tratan de eliminar o negar cualquier tipo de conflicto (Fisher y Sharp, 1999).

Es posible que algunos directivos tengan la idea preconcebida que reconocer la existencia del conflicto, implique un juicio de valor acerca de su liderazgo. De hecho, es una percepción no demostrada, ya que en nuestro estudio, solamente tenemos datos de los directivos que han venido a las unidades.

Pero si este modo de pensar acerca del conflicto, se extiende como una cultura propia de una organización determinada, los trabajadores que allí desempeñen su labor, tenderán a negar el conflicto -en clara sintonía con sus directivos y la institución- y a desarrollar comportamientos adaptativos que no siempre resultan funcionales, como es el de la manipulación, que no deja de ser un comportamiento defensivo con manifestaciones de violencia en distintos niveles de expresión.

En una situación de este tipo, con ocultaciones de las consecuencias de las diferencias durante un determinado tiempo, la consiguiente negación del malestar, unido todo ello a la falta de habilidades en la gestión pacífica del conflicto, se produciría un “efecto acumulativo” de hechos que se van sucediendo que, en un momento dado cristalizan con un “emergente” que hace el conflicto visible, y que si no se resuelve, evolucione hacia la escalada. En otras ocasiones, puede evolucionar a modo de homeostasis aprendida del grupo hacia un estancamiento o hacia la desescalada (Brockner y Rubin, 1985).

En el caso de la escalada del conflicto, que es cuando las partes acuden a mediación, la narrativa de las partes acerca del conflicto presente, nos mostrará solamente una mínima parte del conflicto real, que según Burton se muestra a modo de iceberg con elementos no visibles de tipo identitario, emocional, espiritual, divergencias perceptivas y creencias, traduciendo Burton estos elementos en intereses negociables y necesidades no negociables (Burton, 1990).

Apoyamos totalmente la afirmación de este autor, con respecto a que estos elementos deben ser valorados y tenidos en cuenta a la hora de entender y tratar el conflicto, no debiéndose concentrar la atención solamente en los aspectos visibles

que no son más que la punta del iceberg, del conflicto total (Farre y Gutiérrez, 2004).

Las anteriores reflexiones nos llevan a pensar en que el rango de edades de las partes intervinientes, está en gran parte relacionado con el tiempo de permanencia en la institución de las personas implicadas, siendo éste un factor de vulnerabilidad a tener en cuenta por las organizaciones.

Además de los puntos antes analizados y en apoyo a esta línea de argumentación acerca de la existencia de un determinado tiempo de latencia entre el surgir de las diferencias y la manifestación del conflicto, De Bono opina que el conflicto en si mismo debe ser visto como un proceso, en el que aparece la insatisfacción o desacuerdo, siendo la disputa uno de los resultados del proceso conflictivo (De Bono, 1986). De acuerdo con Constantino, un conflicto sin gestionar puede tener una duración de meses e incluso años, es amorfo e impacta de distintas maneras en el trabajo de las personas involucradas. Por el contrario, la disputa es puntual, con tiempos y fechas, actores y tema así como expectativas acerca de la solución adecuada, constituyendo además un buen indicador de cuáles son los procesos conflictivos permanentes en la organización (Constantino, 1997).

5.3.3.3 Antigüedad en el departamento

Existen algunas coincidencias y también diferencias, entre la antigüedad en la organización versus antigüedad en el departamento. El punto en común es el número mayoritario de usuarios de las UMS (55,88%. Ver tabla 16), con una antigüedad en el departamento de entre 5 y 15 años, al igual que ocurre en la antigüedad en la organización.

Esta coincidencia, nos hace determinar otro factor de vulnerabilidad a tener en cuenta en la prevención del conflicto. En este contexto, sería deseable intervenir precozmente para la re-motivación grupal, a través de sistemas de mediación, en

los equipos que estén trabajando bien el departamento, bien en la organización en un tiempo de entre 5 y 15 años. Una solución costo-eficiente, sería incluir a este grupo diana en los circuitos estables de la formación permanente que la institución brinda a sus trabajadores, a través de sus propios departamentos de formación o bien a través de las UMS, allí donde existen.

Continuando con el análisis de los años de permanencia en el departamento, vemos que el segundo grupo mayoritario, se distancia de los datos referidos a la antigüedad en la organización, ya que en este caso lo constituye el grupo de profesionales que trabajan en el mismo departamento desde hace menos de 5 años.

5.3.3.4 El valor de la antigüedad y otras variables relacionadas

Nos pareció imprescindible preguntarnos acerca de qué factores juegan un rol específico, para que el hecho de trabajar en la misma organización más tiempo, haga más evidente la realidad el conflicto, mientras que esta realidad conflictiva aparece antes, es decir a los 5 años, cuando la permanencia es en el mismo departamento.

Al cruzar la variable ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO, y la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cuantitativa (Alta, media o baja. Ver tabla 42), no se observó una relación directa entre ellas, en sintonía con los resultados relativos a la organización. Sin embargo, al analizar la relación entre la variable ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO y ELEMENTOS INTERVINIENTES (negociables y no negociables) (Ver tabla 50), si se encontró un resultado casi significativo de su relación.

Por el contrario, al cruzar la variable ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN con las variables INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cuantitativa (Alta, media o baja. Ver tabla 38) y ELEMENTOS INTERVINIENTES (negociables y no negociables. Ver tabla 46), no se observó una relación directa entre ellas.

De otro lado, al analizar la influencia de la ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN y la variable INTENSIDAD DEL CONFLICTO en su vertiente cualitativa (Directa, estructural, cultural y mixta. Ver tabla 54), se obtuvo una relación “casi significativa”. Aunque la significancia no es todavía determinante, pensamos que se debe al tamaño de la muestra de que disponemos, por lo que estudios posteriores con un número mayor de conflictos y de partes, nos confirmarían este supuesto. No obstante, lo damos por bueno, ya que coincide con la información obtenida de los informantes en las sesiones y porque resulta también explicativa respecto al resto de la interpretación que ofrecemos.

En efecto, de los 57 conflictos tratados, más de la mitad tenían como elementos intervinientes en su creación y mantenimiento, los de tipo estructural (52,63%. Ver Tabla 25), y ello implicaba a 45 personas de las 138 que acudieron a las unidades de mediación sanitaria (32,6% del total de personas implicadas. Ver tabla 54). Y hay que añadir un porcentaje de los 57 conflictos (12,28%), en los que se identificó como mixta, es decir, causas de violencia directa, estructural y cultural mezcladas (Ver tabla 25). Estos casos implicaban a 38 personas de las 138 totales (27,5% del total de personas implicadas. (Ver tabla 54).

A partir de estos datos, se puede pensar que el hecho de trabajar muchos años en una misma organización determina que las personas que allí trabajan se vean influidas por los elementos estructurales que pueden ser causantes u origen de conflictos de gran impacto personal y organizacional. Farré conceptualiza la intensidad del conflicto (en su vertiente cualitativa en nuestra terminología), afirmando que la intensidad del conflicto marca la presencia de violencia en cualquiera de sus manifestaciones (Directa, estructural o cultural). Así mismo, incluye la violencia directa, estructural y cultural en el marco de los conflictos profundos, de alta intensidad y de difícil tratamiento (Farré, 2003).

A pesar de que el hecho de trabajar muchos años en la misma organización no determina que en el caso de la presencia de un conflicto, sea de una intensidad alta, media o baja, si parece que el hecho de los elementos intervinientes de tipo estructural, provocan un tipo de conflicto profundo que aparece de la mano con violencia de alta intensidad y de difícil tratamiento, por los años de duración y por las características de dificultades expresadas. Ello explicaría los 10 conflictos tratados identificados como de alta intensidad (17,54%. Ver tabla 24), es decir, con presencia de agresiones físicas y psíquicas, amenazas verbales, comportamientos de aislamiento, acoso y amenazas.

Así pues, si no existe una relación significativa entre la antigüedad en la organización y tampoco en el departamento con la intensidad alta, media o baja del conflicto, podemos asociar la presencia de estos conflictos profundos y de alta intensidad a la cuestión estructural. Desde nuestra perspectiva, este es un hallazgo de interés que podría dar lugar a proyectos futuros dirigidos a la prevención del conflicto, una vez identificadas algunas de las causas mayores y que nos permite adelantar conclusiones.

En otro orden de cosas y adentrándonos en el análisis de la antigüedad en el departamento, vemos que al analizar la relación entre la variable ANTIGÜEDAD EN EL DEPARTAMENTO y ELEMENTOS INTERVINIENTES (negociables y no negociables) (Ver tabla 50), si se encontró un resultado casi significativo de su relación. Este dato nos lleva a reflexionar en factores de situación.

En efecto, el hecho de trabajar en una misma organización no implica necesariamente una estrecha interacción con las mismas personas, dado que en el sistema sanitario son habituales los cambios de servicios y ámbitos por la condición funcional de muchos de los profesionales.

Sin embargo, al trabajar en un mismo departamento o servicio, implica una convivencia cotidiana en un espacio de interacción y relación estrecha y en un contexto como el de la salud, en el que el estrés es habitual. Ello significa mayores

ocasiones en los que los grupos y personas que lo forman tienen que hacer frente a la realidad de la diversidad de una manera más inmediata y continuada y en muchas ocasiones, en situaciones de presión.

En estos contextos, en los que el grupo de salud se conforma como una “familia humana”, reformulando la terminología de Ury que denomina a la Humanidad como una “gran familia humana” (Ury, 2000), aparecen las diferencias propias de las personas en estrecha interacción, lo cual supone la presencia de una segura implicación personal. Si esta situación de percepción de diferencias no se gestiona de modo positivo, dará lugar a conflictos con determinados costes en función de cómo se resuelvan.

En apoyo a esta afirmación, recuérdese que un 39,29% de los 57 casos tratados, tenían como causa del conflicto las relaciones interpersonales y que el 44,64% del total de conflictos tratados, eran de alcance intragrupal (Ver tabla 22).

A partir de estos resultados, damos por supuesto que es real que los grupos en estrecha interacción tienen como factor de normalidad la aparición de diferencias y por lo tanto, la necesidad de negociar acuerdos continuamente. Por poner un ejemplo, los grupos que trabajan en equipos como son los de primaria (66,91% de nuestros usuarios. Ver tabla 17), parece que entran más a menudo en disputas por los distintos intereses de las personas, dadas las relaciones interpersonales intensas y cotidianas y también por su modo de trabajar conformados por “equipos de salud”, práctica común en el ámbito de la Atención Primaria.

Estos datos nos llevan a pensar en que los profesionales que están en contacto habitual y trabajan juntos, tienen más posibilidades de tener que enfrentar el reto de gestionar sus diferencias y verse en la necesidad de negociar acuerdos para conseguir el consenso necesario en el equipo de trabajo. Y ello indica la cotidianidad de las “conversaciones difíciles” en términos de Stone, Patton y Heen, que han publicado sobre cómo enfrentar las conversaciones difíciles, entendidas éstas como aquellas en las que hay una implicación personal y

emociones asociadas (Stone, Patton y Heen, 1999). En los conflictos tratados desde nuestras UMS, había siempre sobre la mesa la realidad de las conversaciones difíciles y sobre todo, pendientes de ser mantenidas y agotadas con éxito.

A la luz de los datos aportados podemos deducir que trabajar en un mismo departamento o servicio, marca la percepción del conflicto desde los inicios del trabajo en común. Y ello es así porque la convivencia cotidiana pone de relieve las diferencias que pueden existir en los individuos. Discrepancias que incluyen temas de valores, criterios profesionales, modos de hacer y enfocar la práctica profesional, así como en lo referente a cuestiones personales relativas a necesidades o intereses que pueden ser complementarios o bien contrapuestos.

En un espacio cambiante y con decisiones que deben ser tomadas continuamente, como es el mundo sanitario, las divergencias son un elemento natural en la relación. En términos de Soares, el conflicto aquí es un proceso interaccional (Soares, 1996).

Todas estas situaciones requieren de habilidades de negociación de acuerdos para, de modo colaborativo, acercar las posiciones hacia una “zona de paz”, en la que todas las personas del equipo se sientan seguras y reconocidas. Y esto es importante porque en palabras de Decaro, los conflictos entre los seres humanos son conflictos de significados (Decaro, 2000).

Esto quiere decir que se originan básicamente como consecuencia de la percepción de peligro respecto a la necesidad de seguridad y/o a la de identidad. En el mismo sentido Bush y Folger, representantes de la escuela transformativa de mediación, plantean como una cuestión clave para la gestión del conflicto, el “reconocimiento del otro o empowerment” (Bush y Folger, 1996), mientras que Cobb introduce el concepto de “legitimación del otro” (Cobb, 1993). De otro lado, la Escuela de Harvard, hace referencia a elementos que tienen que ver con la seguridad tales como valorar las posiciones, necesidades e intereses de las partes, la búsqueda de opciones óptimas y la importancia de tener siempre presente el

MAAN, es decir, la mejor alternativa que tienen las partes al acuerdo negociado. Una detenida preparación del proceso de negociación, dará seguridad y un marco de optimización de sus recursos, en la mesa de negociación (Fisher, Ury y Patton, 2002).

Estos elementos, de comprensión necesaria, son los que en general operan en los conflictos tratados en las Unidades de Mediación Sanitaria: Conflictos de significados, con percepciones de divergencias difícilmente aunables, de inseguridad con respecto a la propia posición en el equipo y con percepciones de falta de reconocimiento en la propia valía y en la aportación individual al grupo e incluso a la organización.

Por otra parte y de acuerdo a los resultados analizados podemos deducir que trabajar en la misma organización o institución, significa la necesidad de adaptación a los límites que la propia organización tiene y en nuestro caso, podemos afirmar que los de tipo estructural tienen un impacto importante, como hemos visto anteriormente.

A la luz de los datos obtenidos, parece que se produce un “efecto acumulativo” hasta los 15 años de permanencia en la institución que sigue visible entre los 16 y 25 años de trabajar en la misma organización.

Lo que sorprende es el hecho de que se han recibido menos solicitudes de intervención en conflictos, a medida que avanzan los años de edad de los usuarios y los años de permanencia en la organización y en el departamento. Este hecho homogéneo hace pensar en la necesidad de un análisis específico.

Podemos pensar en la capacidad de adaptación del individuo que hace que finalmente se habitúe y cree mecanismos de defensa ante las diferencias sentidas, reenfocando su modo de percibir y de responder para conseguir un entorno más armónico.

Se puede deducir también –a partir de los datos de los informantes- una realidad que es la rotación de personal por los traslados solicitados en su condición de funcionarios, cuando sienten insatisfacción en el trabajo con su equipo.

También existe la posibilidad de un cambio de expectativas y direccionamiento de los sueños: Al acercarse a la etapa de jubilación las personas orientan sus intereses hacia otros objetivos y de algún modo son capaces de relativizar las cuestiones cotidianas de un entorno que empieza a verse como parte de un pasado inmediato.

Pero también deber pensarse en la posibilidad de que realmente estén inmersos en conflictos como los demás grupos de edad, aunque no deseen resolverlos por la vía del diálogo, sino a través de una evitación del conflicto de los profesionales implicados, tal y como lo describe Katz (EN: Farré, 2004), así como de los directivos de los equipos (Copranzano et al, 1999).

En este caso de evitación activa y proactiva, se podría hablar de un posible coste del conflicto, tal y como describe Nora Femenia respecto a la “fuga de cerebros” como una consecuencia del conflicto (Femenia, 2006). Esta “fuga” puede ser real (solicitud de cambio de servicio o despido voluntario de la institución) o bien “virtual”, en cuyo caso, se trataría más bien de un comportamiento de no hacer frente a la situación, negándola o adaptándose a ella de un modo pasivo y manteniendo el conflicto en modo latente.

No hemos encontrado en la literatura una aclaración a este hecho, aunque la experiencia cotidiana nos hace pensar en un conjunto de elementos como los expresados, que serían explicativos de estos resultados.

Existe otro factor que apoya la afirmación que hacemos respecto a la relación directa entre convivencia cotidiana y situación de conflicto, respecto de otras posibilidades de influencia. En efecto, se ha podido observar que en los casos estudiados, había una relación directa, es decir significativa, entre los distintos niveles de conflicto en los grupos disciplinares y los ámbitos de atención (Ver tabla 50). Podemos observar cómo de los 138 usuarios de las UMS, en los hospitales

había una predominancia de conflictos de tipo intradisciplinar mientras que ocurría lo contrario en primaria, con una predominancia en los de tipo interdisciplinar (Ver tabla 51).

Claramente, los conflictos que afectan a grupos que trabajan como “equipos” como ocurre en el ámbito de atención primaria, son significativamente más numerosos que los que trabajan de modo jerarquizado y en compartimentos estancos, como sucede en el mundo hospitalario.

Adicionalmente, el hecho de que el 94,74% de los elementos intervinientes en el conflicto sean de tipo material (Ver tabla 26), es decir negociable, nos reafirma que lo que causa diferencias y conflictos tiene que ver con la cotidianidad, es decir con cuestiones del cada día que son potencialmente negociables y no con causas más lejanas y profundas como podrían ser creencias, valores o necesidades no negociables.

Ser de un grupo u otro, médico o enfermera, por poner un ejemplo, no constituye un elemento provocador o explicador de causa de conflicto, ya que los conflictos interdisciplinarios y los intradisciplinarios están repartidos homogéneamente (52,00% y 48%) (Ver tabla 23), mientras que trabajar de un modo más interactivo, mas en equipo, si puede ser un espacio de vulnerabilidad donde puedan aparecer diferencias y necesidades frecuentes de consenso, sobre todo por la dimensión del trabajo en grupo, propio de los espacios sanitarios y sobre todo de los de atención primaria, que como hemos visto, el trabajo en equipos es la norma.

5.3.4 Sobre características observadas en las intervenciones

5.3.4.1 El tamaño del grupo y su relación con la intensidad del conflicto

En lo relativo a la dimensión o partes implicadas en los conflictos, vemos que las 138 personas están involucradas de un modo parejo en conflictos con dos partes

(52,90%. Ver tabla 20) o mas partes involucradas (47,10%. Ver tabla 20). Sin embargo, al cruzar las variables relativas a DIMENSIÓN DEL CONFLICTO y la INTENSIDAD DEL CONFLICTO, hemos encontrado que ambas variables están relacionadas.

Así, parece que los conflictos tratados de gran dimensión, se dan más en conflictos de baja intensidad (Ver tabla 58), mientras que los de dimensión mediana se presentan sobre todo en los conflictos de baja y media intensidad. Por último, cuando la dimensión del conflicto es pequeña, se dan de un modo bastante similar en los conflictos de alta, media y baja intensidad.

Aunque no existen, desde nuestro conocimiento, investigaciones o publicaciones que arrojen luz sobre este tema, el conocimiento de la realidad tratada, nos lleva a deducir que dado que los de gran dimensión, incluyen las técnicas de consenso grupal y este tipo de técnicas se aplicó preferentemente a instancias de directivos para suavizar efectos de cambios organizacionales, la intensidad del conflicto era baja, dado que se trataron sobre todo de intervenciones de tipo preventivo más que curativo.

También nos parece lógico, que en nuestros resultados, los conflictos con alta intensidad se den en grupos de pequeña dimensión, ya que en las UMS, no se han tratado conflictos en escalada, de grupos numerosos.

En cuanto a los conflictos de pequeña y mediana dimensión, vemos que están repartidos, más homogéneamente, en los grupos de intensidad del conflicto baja, mediana y alta.

Ello puede ser debido al mismo tipo de razonamiento y es que los conflictos que se trataron en las unidades eran básicamente de equipos o grupos conformados por grupos variables de entre 2 y 10 personas (Ver tabla 27). No obstante, éstos son razonamientos desde una lógica interna del proyecto, ya que por el tamaño de la muestra y la ausencia de opiniones de expertos que hayan publicado sobre estos aspectos, no estamos en condiciones de dar resultados concluyentes.

Aunque antes ha sido ya abordado el tema de la intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa (alta, media y baja intensidad), existen algunos aspectos que consideramos útiles de tratar de modo adicional.

Observamos la presencia de 10 conflictos de los 57 tratados, de alta intensidad (17,54%. Ver tabla 24), aspecto que ya sido ya analizado. Continuando, para complementar el análisis de la intensidad del conflicto en su vertiente cuantitativa, vemos que en lo referente a los conflictos de baja intensidad, 27 configuran casi la otra mitad del total (47,36%. Ver tabla 24).

Esto significa que estos usuarios llegaron a gestionar sus diferencias, ante la presencia de simples disputas, lo cual da lugar a una gestión mucho más fácil para conseguir acuerdos entre las partes.

De otro lado, nos encontramos con 20 conflictos de intensidad media (35,08%. Ver tabla 24), lo cual indica la presencia de hostilidades, negativas a trabajar en grupo, rumor destructivo entre compañeros, descalificaciones, etc. Esto nos hace reflexionar acerca de la presencia de una buena dosis de violencia en el ámbito laboral.

Algunos de estos ítems, Farré los cataloga como procedentes de conflictos profundos y asociados a la presencia de violencia directa entre las partes en conflicto (23,2%. Ver tabla 54) (Farré, 2003). Ello significa que algunos de estos conflictos, aunque los tenemos catalogados como de intensidad media, son también de difícil tratamiento.

Simplificando estos datos, vemos que casi la mitad de los conflictos tratados han sido de baja intensidad (47,36%. Ver tabla 24), aunque la otra mitad han sido de alta y media intensidad (52,62%. Ver tabla 24), y como hemos visto, de difícil tratamiento.

De un lado debemos hacer notar que la realidad es que las personas que vienen para la gestión del conflicto a las UMS, relatan llevar por lo general tiempo intentándolo por sí mismas o con la ayuda de otros departamentos como son los de Recursos Humanos o Riesgos Psicosociales así como con los representantes sindicales de su organización, aunque sin resultados satisfactorios.

Esta evidencia que proviene de nuestros propios informantes, la confirma Gil, afirmando que las quejas o conflictos referidos a personal, normalmente se vehiculizan a través de las organizaciones sindicales y del Departamento de Recursos Humanos de la organización que actúan a través de su propio saber hacer a modo de intermediación. En el caso de los directivos de RRHH, no siempre pueden gestionarlos por la vía del consenso y del diálogo constructivo y eficaz. Más bien tienen tendencia a gestionarlos para procurar surápida “resolución”, lo cual da fórmulas de rapidez aunque no de costo-eficacia ni a corto ni largo plazo (Gil, 2005).

Como consecuencia de ello, cuando las partes involucradas en un conflicto deciden venir a mediación, suele ser con conflictos ya tratados por otras instancias de la organización sin éxito, de una cierta duración y por lo tanto con un componente de cronicidad determinada y en situación de escalada.

Ello explica el número importante de casos que hemos tratado, con una intensidad elevada (media y alta) y también nos lleva a reflexionar sobre los resultados de las mediaciones realizadas.

5.3.4.2 La mediación: Un sistema costo-eficiente

De las técnicas de intervención utilizadas en los 57 casos tratados, 18 fueron procesos de mediación (31,58%. Ver tabla 30) con una duración media de un máximo de 5 sesiones cada una de ellas (72,22%. Ver tabla 31) y en un porcentaje menor con una duración de entre 6 y 10 sesiones (22,22%. Ver tablas 28 y 31).

Esto indica, en términos de tiempo, un tratamiento a corto plazo, con un máximo de dos meses en un 67,86% de los casos tratados (Ver tabla 28). Estos datos nos muestran una gestión de conflictos rápida en los tiempos de resolución confirmando la opinión de Kolb que afirma que uno de los motivos de la creciente popularidad de la mediación es que ofrece a la sociedad una manera mejor, más eficaz, satisfactoria y menos costosa, de que se ocupen de sus conflictos (Kolb, 1992).

En el mismo sentido, Farré hace mención a que los mecanismos de Resolución Alternativa de Conflictos, tienen un funcionamiento más eficiente y son más eficaces. La eficiencia hace referencia a que son menos costosos y con un menor tiempo de gestión y más eficaces en cuanto a los resultados y resultan más positivos para las partes. Esto es así porque de la dicotomía “ganar-perder” propia de los mecanismos tradicionales como el judicial, se puede pasar a través de los mecanismos de la mediación, a obtener acuerdos “ganar-ganar”, lo cual da un margen de co-responsabilidad en las partes y de sostenibilidad de los mismos indudable (Farré, 2004).

De estas 18 mediaciones, se obtuvieron un porcentaje de acuerdos totales en 7 casos y parciales en 4 (Ver tabla 33), lo cual significa un nivel total de acuerdos formalizados de un 61,11%. Si además le añadimos que en cinco casos que no se incluyen en las anteriores características (27,787%. Ver tabla 33), las partes verbalizaron que habían obtenido cambios positivos por parte de todas las partes implicadas, supone un nivel considerable de consecución de resultados positivos en la gestión y transformación del conflicto.

Así vemos que la mediación parece tener una cualidad transformadora de las relaciones mediante un juego de aprendizajes que el mediador dirige. Folberg y Taylor lo expresan muy explícitamente al hablar de éste como un tercero que no es ni juez ni negociador sino un planificador creativo. La mediación es un proceso privado. El mediador dirige el proceso pero las partes dirigen su propio modo de gestionar sus diferencias y consensuar acuerdos. Por todo ello, la mediación es un

proceso que se inicia y desarrolla de modo voluntario, que confiere autoridad sobre sí misma a cada una de las partes (Folberg y Taylor, 1992). Es una oportunidad para que las partes en conflicto utilicen la gestión de las diferencias como fuente de aprendizaje mutuo (Dolan, Martín y Soto, 2004). Esto es, constituye una “experiencia educativa” (Femenia 1999), es decir, tiene “el poder de educar” (Fisher y Shapiro, 2005; Ury, 2000).

Así mismo, en el más puro estilo apreciativo (Srivastva y Cooperrider, 1990), entender la parte positiva del conflicto, que bien gestionado puede ser constructivo y con un potencial de crecimiento, implica la confianza en el ser humano y sus capacidades de bondad, el uso de la creatividad como sistema de búsqueda de opciones realistas pero innovadoras, el autoaprendizaje y el avance hacia posturas más flexibles y democratizadoras a través de los consensos obtenidos (Covey, 1996; Cooperrider, 1990; Ury, 2007).

Curiosamente, no es la primera vez que podemos ver cómo se hermana el ejercicio de la mediación con la democracia. Y ello es así porque la mediación unifica, incluye, equilibra poderes y como señala Kritek, hace correr la voz de la opinión tanto convergente como divergente en un modo en que las partes involucradas negocian desde posiciones parejas aún estando en “mesas desparejas” (Kritek, 1998).

5.4 CONSIDERACIONES ADICIONALES

El hecho de que una parte importante de los usuarios del servicio (77,54%. Ver tabla 18) no conociera las técnicas de resolución alternativa de conflictos y los servicios de mediación, pero solicitaran nuestra intervención, sugiere algunos comentarios.

De un lado, pensar que la difusión fue exitosa en el sentido que creó confianza y dio una información necesaria sobre nuevos modos de resolución de las diferencias.

También sugiere la necesidad de encontrar caminos de reencuentro entre las personas y los equipos, ya que por otros medios y hasta el momento presente, no habían sido capaces de hallarlos. Así lo expresaron nuestros informantes en las sesiones.

Insistiendo en esta necesidad de disponer de otros modos de intervención para la gestión del conflicto, es preciso comentar que no habiéndose realizado difusión con los usuarios del sistema de salud, tuvimos dos solicitudes de personas/familiares para la gestión de conflictos. Este hecho hace pensar en que en el momento en que se abriera el servicio efectivamente al usuario, sería utilizado regularmente.

Lo que también intuimos es que al menos al principio, la mayoría de solicitudes podrían acabar en una derivación al Servicio de Atención al Usuario, por tratarse de “quejas” y no de decisión de “dialogar con la ayuda de un mediador” para gestionar un conflicto.

Por ello habría que pensar en una difusión muy específica, cuando se amplíe el proyecto a este sector, tal y como se hizo en el seno de las organizaciones de salud, para proporcionar la información suficiente respecto a lo que pueden esperar de la mediación y asegurar el buen uso de las unidades de mediación sanitaria.

La experiencia y los datos de que disponemos es lo que nos llevan a esta reflexión, ya que los dos usuarios que acudieron a las UMS fueron derivados por esta causa.

5.4.1 Acerca de los costes del conflicto

Hemos dejado para un último análisis el número de bajas que presentaban los profesionales que acudieron a las UMS, dado que si bien no podemos aportar resultados concluyentes por el reducido número de la muestra, si existen datos a resaltar por su interés y por su impacto. Sin duda éstas son reflexiones previas a corroborar, en estudios posteriores.

Del total de usuarios internos (136), 10 cursaron bajas en el último año (6,85%. Ver tabla 19).

A pesar de que es un porcentaje sin significancia a primera vista, el hecho de que estas 10 bajas hayan correspondido a 1.335 días de baja, significa que el promedio de días de baja por cada uno ha sido de 133,5 días de baja.

Y estas cifras nos parece que contienen alguna información no del todo desconocida, aunque no cuantificada. Nos referimos a que diversos autores han hecho notar la relación entre las bajas de los trabajadores de las organizaciones y la presencia de conflictos no gestionados. Estas bajas, pueden constituir un coste oculto, a considerar en la gerencia de las organizaciones (Femenia, 2006).

Existe una variedad de autores que opinan en el mismo sentido acerca de las bajas laborales y las pérdidas de productividad como costes del conflicto (Folberg y Taylor, 1992; Rubio, 2002; Copranzano, 1999; Carulla, 2001). También Dolan, Martin y Soto, afirman que ante la presencia de un conflicto que se extiende en el tiempo y con tendencia a la cronificación, el personal involucrado muestra desmotivación y falta de compromiso con la organización (Dolan, Martín y Soto, 2004), lo cual favorece que el personal realice actos de negligencia, sabotajes e incluso hurtos dentro de las áreas de trabajo. A mayor presión laboral y menor respuesta de los "centros de poder" ante los problemas diarios, más el lugar de trabajo se constituye como un espacio impersonal y hostil (Dolan, Martin y Soto, 2004).

Así, es previsible pensar que la suma de la desmotivación y falta de compromiso con la organización, ante la percepción de impersonalidad y de conflictos, sin miras de resolución por su larga evolución y su intensidad, las personas afectadas opten por vías alternativas de escape. Una de ellas es la baja laboral. Este argumento lo hemos podido confirmar a través de nuestros informantes que refieren estar en esta situación y haber solicitado la baja laboral para soslayar la realidad del conflicto y sus consecuencias.

Existen otros costes asociados al conflicto enumerados por los autores anteriormente citados, haciendo constar especialmente Femenia, la existencia de costes directos, costes de oportunidad, costes de continuidad y costes del medio ambiente tóxico (Femenia, 2006).

El conflicto organizacional es un indicador de insatisfacción de las personas y de los grupos, que puede afectar a los subsistemas y al sistema de una organización (Floyer, 1993). Y una de estas afectaciones es el coste que general de tipo personal y de tipo organizacional.

A pesar de la existencia de datos en las propias organizaciones acerca de las bajas laborales, no conocemos todavía un estudio que nos ofrezca datos cuantitativos, para poder determinar en términos económicos el coste directo del conflicto, asociado a las bajas laborales. Éste es un estudio pendiente de realizar, que nos serviría para demostrar en términos de ahorro organizacional, la idoneidad de la mediación.

6. CONCLUSIONES

Nuestros resultados nos permiten presentar las siguientes conclusiones:

1. La realización del Master en mediación dirigido a profesionales de la salud, mostró la necesidad real que tienen los profesionales de la salud y el propio sistema sanitario de disponer de servicios específicos para la gestión del conflicto, mejora de los espacios de diálogo y construcción de consenso entre los distintos actores implicados.
2. Los profesionales con más riesgo de encontrarse en situación de conflicto susceptible de ser mediado, son los que trabajan entre 5 y 15 años en el mismo departamento u organización, identificándose esta variable, como un factor de vulnerabilidad.
3. Los equipos de atención primaria de la salud, son los más expuestos a la presencia del conflicto, debido a un modo de trabajar especialmente interactivo, interdependiente y con un nivel de interacción alto, donde pueden aparecer diferencias y necesidades frecuentes de consenso, que precisen habilidades negociadoras y mediadoras específicas.
4. Los elementos estructurales de las organizaciones de salud tienen un alto impacto en las relaciones que allí se establecen, constituyendo en muchos casos, el elemento generador o favorecedor de la presencia de conflictos de alta intensidad.
5. Se comprueba la tendencia de profesionales y equipos a solicitar los servicios de mediación, con conflictos ya tratados por otras instancias de la organización, de una cierta duración y por lo tanto con un componente de cronicidad y en situación de escalada.

6. Se identifica la necesidad de que las organizaciones potencien las intervenciones de tipo preventivo, a los equipos más expuestos (atención primaria y equipos con expectativas de cambios en el departamento, o en la organización), sobre todo si se encuentran en la franja de tiempo de permanencia en la institución de más de 5 años.
7. Los sistemas de mediación aplicados a las organizaciones complejas, como la de la salud, supone un cambio de paradigma en el modo de tratar las diferencias, con un enfoque apreciativo, inclusivo y de co-responsabilidad relacional, colaborando en la mejora del ambiente laboral, en la satisfacción de los profesionales y usuarios y en la creación de espacios de diálogo y de consenso en los equipos de trabajo.
8. Es necesario desarrollar estudios de investigación que expliquen en términos medibles, las relaciones causa-efecto, los elementos estructurales que afectan a la buena convivencia, los puntos de vulnerabilidad de los equipos y del sistema, así como los costes que genera el conflicto para las organizaciones, para poder prevenir su aparición e intervenir precozmente.
9. Recomendamos una formación académica para formar a mediadores sanitarios, así como que las organizaciones incluyan en sus propuestas anuales, cursos específicos de gestión positiva de las diferencias, dirigidos a los profesionales y trabajadores de las instituciones.
10. La coparticipación de los organismos públicos trabajando conjuntamente en proyectos de innovación de un modo colaborativo e inclusivo, permite obtener proyectos costo-eficientes, compartiendo recursos, responsabilidades y éxitos de futuro.

7. BIBLIOGRAFÍA

Abrevaya S, Basz V. Facilitación en Políticas Públicas. Una experiencia Interhospitalaria. Buenos Aires: HL Librería Editorial Histórica; 2005.

Acland AF. Cómo utilizar la mediación para resolver conflictos en organizaciones. (1ª ed 1993). Buenos Aires: Paidós; Reimp 1997.

Aloisio V. Co-Mediación. Aporte Emocional para Fortalecer la Relación con el Otro. Buenos Aires: AD-HOC; 1997.

Alvarez E. Los recursos humanos.com. Coaching: ¿una palabra nueva para nombrar viejas prácticas o verdaderamente algo nuevo? [Sede web]. Madrid: Escuela Europea de Coaching; 2005 [acceso 31 de julio de 2007]. Disponible en: <http://www.losrecursoshumanos.com/coaching.htm>

Alzate R. Resolución del conflicto: Programa para bachillerato y educación secundaria. Bilbao: Universidad de Deusto, Instituto de Ciencias de la Educación. Bilbao: Mensajero; 2000.

Ambrojo JC. Apoyo a la fiscalía por pedir la cárcel para los agresores de profesores y personal sanitario. El País 2006 16 de Noviembre [acceso 20 de Noviembre 2006]; Disponible en PDF www.elpais.com

Araujo AM. Negociación, Mediación y Conciliación. San José (Costa Rica): Investigaciones jurídicas S.A; 2002.

Artaco L, Escriba V, Agüir E, Cortés I. Género, trabajos y salud en España. Gaceta sanitaria. 2004; 18 (supl.2)

Auerbach A, Dolan S. Fundamentals of Organizational Behaviour. Toronto: ITP Nelson; 1997.

Banting K. Fiscal Federalism and Health Care Systems. London: Blackwell Publishers; 2002.

Barker JR, Domenici KL. Prácticas de mediación para equipos generadores de conocimiento. En: Schnitman DF, Schnitman J. Resolución de conflictos. Nuevos diseños, nuevos contextos. Buenos Aires: Granica; 2000.

Beneyto P. El asociacionismo empresarial como factor de modernización. El caso valenciano (1977-1997). Valencia: Universitat de Valencia. Col·lecció Oberta; 2000.

Bernal T. La mediación: Una solución a los conflictos de pareja. Barcelona: Colex; 1998.

Bertalanfy V. Teoría General de Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica -FCE; 1976.

Bertrand LL. El Sindic de greuges investiga la tardanza de salud en resolver quejas por errores médicos. El País. 7 de noviembre de 2005; Ed. Cataluña: 1.

Bilbao J. Condiciones de trabajo y psicopatología laboral: Implicaciones para la gestión de recursos. Dialnet [Internet] 2004 [acceso Noviembre de 2006]; 59 (183): [477-498]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codifo=150452>

Bolaños I. Entre la confrontació y la colaboració. Transaccions y transicions en un jutjat de família. En: Generalitat de Catalunya, Departament de Justicia. La Mediación Familiar. Justicia y Societat. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especializada; 2001. p. 89-102.

BOPC. Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament del Catalunya sobre l'aproximació a la situació de l'atenció primària de la salut a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 24 Octubre, 2002. VI Legislatura, Séptimo período, nº 345.

Bransford J, Stein B. Solución ideal de problemas. Guía para mejor pensar, aprender y crear. Barcelona: Labor; 1988.

Brockner J, Rubin J. Entrapment in escalating conflicts. New York: Springer-Verlag; 1985.

Bueno E. Propuesta integradora del concepto de Dirección. En: Arbonés A.L. Como evitar la miopía en la gestión del conocimiento. Buenos Aires: Díaz Santos y Cluster Conocimiento; 2001.

Buckley W, Burns L y Meeker D. ¿De burócratas a gerentes?. Ohio: Inter-American Development Bank: IDB; 1974.

Busch RAB, Folger J.P. La Promesa de la Mediación. Cómo afrontar el conflicto a través del fortalecimiento propio y el reconocimiento de los otros. Barcelona: Granica; 1996.

Burns J. Leadership. New York: Harper and Row; 2003

Burton J, Dukes F. Conflict: Practices in management, resolution. New York: St. Martin's press; 1991.

Burton J. La Resolución de Conflictos como Sistema Político. Virginia: George Mason University, Fairfax; 2000.

Bustelo DJ. Mediación i dret, punts d'acord i de desacord. En: Generalitat de Catalunya, Departament de Justicia. La Mediación Familiar. Justicia y Societat. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especializada; 2001. p. 239-243.

Cabezalí J M. ¿Cómo se manifiestan los conflictos en el ámbito sanitario?. Revista de Conflictología. Una herramienta para la paz. 2001; (3): 41-45.

Calcaterra R.A. Mediación estratégica. Barcelona: Gedisa; 2002

Camps P, Daza F, García J, Bilbao J. Hostigamiento psicológico en el trabajo: El mobbing. Dialnet [serial online] 1996 [acceso 29 de septiembre de 2006]; (nº 118): (10-14). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=150452>

Caplow T. Dos contra uno. Teoría de las coaliciones en las triadas. Madrid: Alianza Editorial; 1974.

Carulla P. La Mediación: Una alternativa eficaz para resolver conflictos empresariales. Madrid: Bartolomé & Briones; 2001.

Centro de Estudios Políticos Constitucionales. Constitución Española 1978 [Monografía en internet]. Madrid: Publicaciones del Congreso de los Diputados; 1978 [acceso 30 de junio de 2007]. Disponible en: www.constitucion.es/constitucion/castellano/index.html

Cerini SM. Manual de Negociación. Buenos Aires: Editorial de la Universidad Católica Argentina; 2004.

Cerini SM. El poder de la negociación. Buenos Aires: Educa; 2004.

CIE. La enfermería importa, Día internacional de la enfermera. Sew News. Boletines recientes del CIE [Revista en línea]; 2003 marzo [acceso 12 de septiembre de 2006]; 1(2). Disponible en : <http://www.icn.ch/mattersp.htm>

CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas. Encuesta nacional de condiciones de trabajo (Empresas). Estudio 2.261. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997 Octubre-Diciembre [acceso 31 de julio de 2007]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2260_2279/2261/Es2261mar_empresas.pdf

CIS. Centro de Investigaciones sociológicas. Barómetro Sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [acceso 1 de Agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS2005CCAAv3.pdf>

Clare MA. El gerente como mediador: Rompiendo paradigmas EN: Vinyamata, E. Guerra y paz en el trabajo: Conflictos y Conflictología en las organizaciones: Tirant lo Blanc, Universitat de Valencia; 2004. p. 101-110

Cobb S. Empowerment and Mediation: A Narrative Perspective. Negotiation Journal [Revista en internet]. 1993 Julio [acceso 31 de julio de 2007]; 9 (3): (245-255). Disponible en: <http://www.colorado.edu/conflict/transform/cobb.htm>

Cobb S. Hacia un nuevo discurso para la mediación. Una crítica sobre la neutralidad. Material bibliográfico del curso "Negociación y resolución de conflictos". Santa Bárbara: Universidad de California; Agosto - septiembre de 1995.

Comisión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Ginebra: Centro de Documentación Europea. Política y Empleo; 2001. 244/32.

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). 5ª Conferencia Regional Europea de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Declaración Copenhague. Revista Internacional de la Cruz Roja. 1997; (141): 347-356.

Constantino C A, Merchant C S. Diseño de sistemas para enfrentar conflictos en las organizaciones. Una guía para crear organizaciones productivas y sanas. Barcelona: Granica; 1997.

Cooley Ch. El yo espejo. Cuadernos de información y comunicación (CIC). 2005 [acceso 30 de junio de 2006]; 16 (ISSN 1135-7991). Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/inf/11357991/articulos/CIYC0505110013A.PDF>

Cooperrider D L, Srivastva S. Diálogos Apreciativos y la Evolución Consciente. Ohio. USA: Case Western Reserve University; 1987.

Cooperrider DL y Srivastva S. Appreciative Inquiry into Organizational Life. En: Pasmore and Woodman. Research in Organizational Change and Development. Vol 1. Greenwich: JAI Press; 1987. p. 129-169

Cooperrider, D.L. (1990) Positive image, positive action: The affirmative basis of organizing. En: Srivastva & Cooperrider. Appreciative Management and Leadership. San Francisco: Jossey-Bass; 1990. p. 91-125.

Cropanzano R. Avoiding the escalation of conflict. Procedural and international injustice call for different remedies. Colorado: Colorado State University. Department of Psychology; 1996.

Cropanzano R, Aguinis H, Schminke M, Denham D. Disputants reactions to managerial conflict resolution tactics: A comparison among Argentina, the Dominica Republic, Mexico and the USA. Journal of Group and Organizational Behavior. 1999.

Covey S R. Los siete hábitos de la gente altamente efectiva. 7ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1996.

Coy A. La Mediación: una nueva metodología profesional. En: CEJFE: I Congreso de Mediación Familiar. Barcelona; Departament de Justicia Generalitat de Catalunya; 2001. p. 223-231.

Davini M. Modelos y opciones pedagógicas para la formación del personal en las instituciones de salud. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 1995. Publicación nº 19.

De Bono E. Conflictos: Cómo resolverlos de la mejor manera. Buenos Aires: Planeta; 1986.

De Bono E. Seis sombreros para pensar. 6ª ed. Barcelona. Granica; 1999.

De Bono E. El pensamiento lateral. 2ª ed. 3ª reimp. Buenos Aires: Paidós; 2005.

De Llanos E, Ponti , Costa J. Ampliando el pastel. Tres casos sobre la dinámica de las negociaciones. Barcelona: Granica; 2004.

Decaro J. La Cara Humana de la Negociación. Una herramienta para desarmar el enojo y otras estrategias de persuasión. Bogotá. McGraw Hill; 2000.

Dilts R. Liderazgo creativo. PNL. Para forjar un mundo al que las personas desean pertenecer. Barcelona: Urano; 1996.

Diez F, Gachi T. Herramientas para trabajar en mediación. Vol 9. Barcelona: Granica Mediación; 1999.

Dolan S L, Martín I, Soto E. Los diez mandamientos para la dirección de personas. Barcelona: Gestión 2000; 2004.

Domenici K.L, Littlejohn S. Creative Ideas fot Experienced Mediators. Nuevo México. Department of Communication and Journalism: University of Nuevo México; 1996.

Donini A. El liderazgo en las organizaciones inteligentes. Boletín de Difusión Académica [Internet] 2001. [acceso 4 de junio de 2007]; 8 : [96]. Disponible en: http://www.mindef.gov.ar/edna/biblioteca/coleccion/23_2001.htm

Drago M. La Reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. En: Serie Políticas Sociales. CEPAL: Naciones Unidas; 2006.

Dubler NN, Liebman CB. Bioethics Mediation. A Guide to Shaping Shared Solution. New York: United Hospital Fund New York, Publication DATA; 2001.

Entelman R.F. Teoría de los conflictos. Hacia un nuevo paradigma. Barcelona: Gedisa; 2002.

Escuelacoaching.com. Portal del Coaching, La referencia del Coaching [Sede web]. Madrid: Escuelacoaching.com; 2005 [actualizada el 10 de enero de 2007. [acceso 20 de febrero 2007]. Disponible en: <http://www.portaldelcoaching.com/Formacion/EEC.htm>

Europa. Actividades de la Unión Europea [sede Web]. Bruselas: Comisión Europea; 2005 [acceso 30 de Junio de 2006]. Estrategía Sanitaria de la Comunidad Europea. Disponible en: <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11563.htm>

Farré S. La Gestión alternativa de conflictos (GAC) y el conflicto estructural y cultural en las empresas y organizaciones: La experiencia de Estados Unidos. En: Vinyamata, E. Tratamiento y transformación de conflictos: Métodos y recursos en conflictología. Barcelona: Ariel; 2003. p. 31-64

Farré S, Gutierrez E. Gestión positiva del conflicto: Mediación. Participación Ciudadana: Ayuntamiento de Barcelona; 2004.

Farré S. Gestión de Conflictos: Taller de mediación. Un enfoque socioafectivo. Barcelona: Ariel; 2004.

Femenia N. Mediación, ética y cultura. Nova Southeastern University. Florida. En: actualidad psicológica. Buenos Aires. Año XXI, nº 237. Actualizado en agosto 1999. [acceso febrero de 2006]. Disponible en: <http://www.intermediacion.com/papers/etculmed.htm>

Femenia N. Enmarque Sistémico. Conflicto Organizacional: intervenciones posibles y necesarias. Florida International University. Transformación de conflictos en el mundo hispano. [Internet] 1999. [acceso 10 de Junio de 2006]. Disponible en: www.norafemenia.com/mediacion_forum/export.php?

Femenia N. Una teoría posmoderna de conflictos sociales. Florida International University. Transformación de conflictos en el mundo hispano [Internet] 2005. [acceso 7 de junio 2006]. Disponible en: http://www.intermediacion.com/conflictos_sociales.htm

Fisas V. Cultura de Paz y Gestión de Conflictos. Barcelona: Icaria; 1998.

Fisher R, Ertel D. Sí... ¡de acuerdo! En la práctica. Guía paso a paso para cerrar con éxito cualquier negociación. Bogotá: Norma S.A; 1998.

Fisher R, Sharp A. El liderazgo lateral. Cómo dirigir si usted no es el jefe. 2ª ed. Bogotá: Norma S.A; 1999.

Fisher R, Kopelman E, Schneider AK. Más allá de Maquiavelo. Herramientas para afrontar conflictos. 2ª ed. Barcelona: Granica; 1999.

Fisher R, Ury W, Patton B. Obtenga el Sí. El Arte de Negociar sin Ceder. Barcelona: Gestión 2000; 2002.

Fisher R, Shapiro D. Beyond Reason. Using Emotions as you Negotiate. New York: Viking Penguin; 2005.

Floyer A. Como utilizar la mediación para resolver conflictos en las organizaciones. Barcelona: Paidós; 1993.

Folberg J, Taylor A. Mediación: Resolución de conflictos en litigio. DF México: Limusa; 1992.

Folger J, Jones T. editores. Nuevas direcciones en mediación. Investigación y perspectivas comunicacionales. 2ª ed. Barcelona: Paidós Mediación 7; 1997.

Ganaropciones.com [sede Web]. Florida: Ganaropciones.com; 2006 [acceso 20 de agosto de 2006]. Femenia N. Costos y Consecuencias de los conflictos. Disponible en: www.ganaropciones.com/conflicto.htm

Gallwey T. The Inner Game of Tennis. Canadá: Igeos;1974.

Galtung J. Essays in peace research: Peace, research, education and action. Copenhagen: Christian Ejers; 1975.

Galtung J. Peace by peaceful means: Peace and conflict, development and civilization. Oslo: Sge Publications INC; 1997.

Galtung J. Tras la violencia, 3 R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Bilbao: Colección Red, 6; 1998.

Garcia EE. Política Sanitaria. Modalidades Organizativas y de Gestión en Atención Primaria. Revista Farma. 2005; (1): p. 67.

García L. Mediación en conflictos familiares: Una construcción desde el Derecho de Familia. Zaragoza: Reus; 2006.

Gil I, Sánchez M, Berenguer G, González M. Encuentro de servicios, valor percibido y satisfacción del cliente en la relación entre empleados. Cuaderno de Estudios empresariales. 2005; 15: 47-72.

González-Capitel, C. Manual de Mediación. Barcelona: Atelier; 1999.

González –Capitel, C. Mediación X 7. Barcelona: Atelier; 2001.

Gonzalez R. Grupo Primario [Base de datos en internet]. Madrid: Diccionario Eurotheo [actualizada en Diciembre 2006; acceso 2 de Marzo de 2007]. Disponible en: www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/G/grupo_primario.htm

Gorvein N S. Sistema en conflictos. Análisis de la teoría del conflicto dentro de un sistema. Revista CREA. 2002; (4): 11-19.

Grané J. 10 axiomas de la Resolución de Conflictos. Revista de Conflictología. 2001; (2): 19-25.

GREC. Resolución de Conflictos. La Gestión Alternativa de Conflictos en las Organizaciones del Tercer Sector. Colección Finestra Oberta. 2003; (36): 30-32.

Gross G. Cómo mejorar su calidad de vida personal y profesionalmente. Barcelona: Gestión 2000; 2004.

Grun E. Mediación: Un enfoque sistémico cibernético. Revista La Ley. Resolución de Conflictos. 1997; 1 (7): 156-175.

Hammond, SA. Breve libro de la Indagación apreciativa. 2ª ed. Bend: Thin book Publishing C.O.; 1998

Henderson, V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería (CIE); 1971

Henry JF, Lieberman, K. "The Manager's Guide to Resolving Legal Disputes. New York: Harpercollins; 1985.

Herrera J C, Campisi S. La complejidad de los conflictos en las negociaciones multipartes. El caso de la coparticipación federal de impuestos, sometido a un juego de simulación. La divulgación de métodos para la resolución pacífica de conflictos. Mediadores en Red. 2005; (8): p. 76-86.

Infovis. Interacción y Tiempo [base de datos en internet]. Madrid: Infovis; 2002, [actualizada en Febrero 2006; acceso 3 de Marzo de 2007]. Disponible en: www.infovis.net/printMag.php?num=127&lang=1

Inter-mediación.com. Conflicto organizacional: Intervenciones posibles [Sede Web]. Argentina: Inter-mediación.com; 2006 [acceso 27 de septiembre de 2007]. Disponible en: http://www.norafemenia.com/mediacion_forum/viewtopic.php?p=97&sid=494a2df12b48a1e8fdca8ae0e7bfb752

Jericó P. Nomiedo. En la empresa y en la vida. Barcelona: Alienta; 2006.

Jimenez L. Entre la Responsabilidad Social y la Sostenibilidad del Desarrollo Empresarial. Revista Corresponsables. Mediarresponsable. 2006; (1): p. 18-19.

Kastika E. Organización Innovadora. Desorganización creativa. 2ª ed. Buenos Aires: Macchi; 2001.

Kastika E. Introducción a la creatividad. 30 recomendaciones para innovar en los negocios. Buenos Aires: Innovar; 2003.

Kernberg O. Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones. Barcelona: Paidós; 1997.

Khurana R. Searching for a corporate savior. Columbia and Princeton: University Presses of California; 2002.

Kolb D, Putman L. The Multiple Faces of Conflict in Organizations. Series 91-8. Cambridge, MA: Program on Negotiation at Harvard Law School; 1992.

Kotter J. El factor del liderazgo. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1990.

Krause DG. El Camino del Líder. Adaptación a la empresa de hoy de los principios de Confucio y Sun Tzu. 1ª ed. (1997). Madrid: Edaf S.A; 1998.

Kriegel R, Patler L. Si no está roto, rómpalo. Ideas no convencionales para un mundo de negocios cambiante. DF México: Warner Books; 1992.

Kritek, PB. La negociación en una mesa dispareja: Un abordaje práctico para trabajar las diferencias y la diversidad. Barcelona: Granica; 1998.

Lederach JP. Construyendo la paz. Reconciliación sostenible en sociedades divididas: Bilbao. Guernika Gogoratuz; 1998.

Lederach JP. El abecé de la paz y los conflictos: Educación para la paz. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2000.

Ledesma A. La reforma de l'atenció primaria a Catalunya. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat y Seguridad Social; 2003.

Ley 14/1986, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29-04-1986).

Ley 1/201, de 15 de marzo, de Mediación Familiar de Cataluña. Boletín Oficial del Estado, abril de 2001. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ca-l1-2001.html#a8

Ley 19.966, que establece un régimen de garantías en salud de la República de Chile: Publicada el 3 de noviembre, 2005. Disponible en: http://mediacion.cde.cl/download/ley_199966.pdf

Litterer J. El conflicto en la organización. DF México: Sexton, W.P. Trillas; 1977.

Lockwood D. Algunas observaciones sobre el sistema social. The British Journal of Sociology. 17 de febrero de 1956; nº 533 (11)

López G. Lo Público en lo privado: Los nuevos paradigmas en la provisión de bienes privados preferentes. El caso de la sanidad. Barcelona: Departamento de Economía de la Universidad Pompeu Fabra y Centro de Investigación en Economía y Salud; 2003.

López M (dir). Enciclopedia de Paz y Conflictos (II tomos). Col. Eirene. Granada: Instituto de la Paz y los Conflictos. Universidad de Granada; 2004

López MLL, Costa N, Manzanera R. Modelo de acreditación Sanitaria en Catalunya. Revista de Administración Sanitaria, Siglo XXI. 2006; 4 (2): 185-188. Revisar todos los otros V. Hay que quitarlo y solo poner numeros

Mariscal E. La Armonía a través del Conflicto. Fundación Libra [Revista en internet] 2005 septiembre-diciembre [acceso 3 de Marzo de 2007]; 10 (5). Disponible en: www.fundacionlibra.org.ar/revista/art1-1.htm - 6k

Martínez C. La situación de crisis: conceptos básicos y aspectos a tener en cuenta para su conducción. Revista ESG. 1999; (533): 1-58.

Martínez V. Educar para la paz. Una visión desde la filosofía para la paz. Una herramienta para la paz. Revista de Conflictología. 2001; (2): 10-14.

Marx K. El Capital. 6ª ed. DF México: Siglo XXI; 1992.

Maslow, AH. El Hombre autorrealizado: Hacia una psicología del ser. 15 ed. Barcelona: Kairós; 2003.

Mendieta, C. Tècniques de negociació i resolució de conflictes: Manual de consulta. Barcelona: Diputació de Barcelona; 2002

Mills C. W. La imaginación sociológica. Bogota: Fondo de Cultura Económica; 1961, (4ª Reimp en 1977).

Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2005 [Sede web]. Madrid: MSC; 2005 [acceso 10 de Noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/cap1InformeSNS2005>.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, Aspectos Básicos de Gestión de Calidad en el Ámbito Sanitario [Sede web]. Madrid: MSC; 2005 [acceso 12 de Noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbitoSanitario.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Principales cifras del Consejo Interterritorial [Sede web]. Madrid: MSC; 2005 [acceso 10 de Diciembre de 2006]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/FOLLETO-BAJA.PDF>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, Reflexiones sobre la Calidad en el Sistema Nacional de Salud [Sede Web]. Madrid:

MSC; 2005 [acceso 1 de enero de 2007]. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap4ReflexionesCalidadSNS_cap8.pdf

Mintzberg H. Repensando la planeación estratégica: Riesgos y falacias. [monografía en internet]. Gran Bretaña: Edición Internet Gestión y Estrategia; 1994 [acceso 15 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.emagister.com/monografia-henry-mintzberg-sobre-planeacion-estrategica-cursos-639096.htm#formularioinf>
Monografía

Monografías.com, El tercer lado [Sede web]. Argentina: Monografías.com; 2001 [actualizada en Marzo 2007; acceso 2 de marzo de 2007]. Disponible en: www.monografias.com/trabajos16/tercer-lado/tercer-lado.shtml

Moore C. El proceso de mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos. Buenos Aires: Granica; 1995.

Morrone, A. Ponencia (no publicada) “La mediación: Construyendo un movimiento de concordia social”, En: II Congreso Mundial y VI Nacional de Mediación, Ciudad Victoria, Tamaulipas (México); Noviembre 2006.

Muldonn B. El corazón del conflicto. Del trabajo al hogar como campo de batalla; comprendiendo la paradoja del conflicto como un camino hacia la sabiduría. Barcelona: Paidós; Mediación# 8. 1998.

Mulholland J. El Lenguaje de la Negociación. Barcelona: Gedisa; 2003

Munduate L, Martínez J.M. Conflicto y Negociación. 4ª ed. Madrid: Pirámide;1998.

Naisbitt J. Megatendencias 2000. Barcelona: Norma; 1990.

Nató AM, Rodríguez MG, Carbajal LM. Mediación Comunitaria: Conflictos en el escenario Social Urbano. Buenos Aires: Universidad SRL; 2006.

Observatoriorsc.org. Observatorio de Responsabilidd Social Corporativa [Sede Web]. Madrid: Observatorio RSC; 2007 [acceso 28 de septiembre de 2007]. Disponible en: <http://www.observatoriorsc.org/>

OCDE. Panorama de la salud: indicadores de la OCDE para 2005. Anales Sis San Navarra [Revista online] 2006 [acceso el dia 4 de junio de 2007]; Vol. 29 (1): [119-124]. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?>

O’connor S. The majesty of the law: Reflections of a Supreme Court Justice. New York: Random House Mondadori; 2004

Ortiz S. Cotacachi: Una apuesta por la democracia participativa. DF México: Social Science; 2004.

Palou J. Alternativas a la resolución judicial de los conflictos existentes en el ámbito de las organizaciones. En: Vinyamata, E. Guerra y paz en el trabajo: Conflictos y Conflictología en las organizaciones: Tirant lo blanc, Universitat de Valencia; 2004. p. 203-220.

Parekh B. Repensando el multiculturalismo. Diversidad cultural y teoría política.. Madrid: Istmo; 2005.

Parkinson L. Mediación Familiar. Teoría y Práctica: Principios y estrategias operativas. Barcelona: Gedisa; 2005.

Paz M, Méndez M. Caracterización de los reclamos del sector salud recibidos en el Servicio Nacional del Consumidor. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina; 2005.

Picker B G. Guía práctica para la mediación. Manual para la resolución de conflictos comerciales. Buenos Aires: Paidós; 2001.

Piñuel I. Mobbing: como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander: Sal Terrae; 2001.

Prats A, Pons G. Prevención de conflictos empresa/sociedad. La responsabilidad social corporativa. En: Vinyamata, E. Guerra y paz en el trabajo: Conflictos y Conflictología en las organizaciones. Valencia: Tirant lo blanc Universitat de Valencia; 2004. p 81-100.

Ramió C. Las debilidades y los retos de la gestión pública en red con orientación tecnocrática y empresarial. Sistema: Revista de Ciencias Sociales. 2001; 184-185: 87-106.

Ramos C. Un mirar, un decir, un sentir en la Mediación Educativa. Buenos Aires: HL Librería Histórica; 2003.

Real Decreto 137 de 11 de enero de 1984, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, nº 27 (1 de febrero de 1984).

Redorta J. Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación. Barcelona: Paidós; 2004.

Resolución del Parlamento Europeo sobre el acoso moral en el lugar de trabajo 2001/2339. Parlamento Europeo. [acceso 2 de agosto de 2007]. Disponible en: http://www.avogacia.org/w3/article.php3?id_article=1017

Retuerto M. Mediación, Conciliación y Arbitraje en el ámbito sanitario: Soluciones que aportan, la perspectiva de los consumidores y usuarios. En: VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario (AEDS). Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.

Ricomá C, Ponti F. ¡No somos recursos, somos humanos!. Una conversación sobre cómo las personas mejoran las organizaciones. Barcelona: Granica; 2004.

Rubio P. Fundamentos teóricos y aplicaciones prácticas. La aparición de conflictos. 2ª ed. Madrid: Masson; 2002.

Sancho F. El Creciente malestar de la sanidad catalana. Diario Médico.com [Internet] 2006 [acceso 17 de Julio de 2006]; Tribuna. Disponible en: http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/profesion/es/desarrollo/645080.html

Saner R. El experto negociador. Estrategías, tácticas, motivación, comportamiento, delegación afectiva. Barcelona: Gestion 2000; 2003.

Sección Sindical de la UGT. Butlletí d'informació Sindical. Contra Corriente. Hospital de Vall d'Hebron. 2006; (4): 6-8.

Senge P. La Quinta Disciplina. Buenos Aires: Granica; 1993.

Shapiro C, Stiglitz J. Equilibrium unemployment as a worker discipline device. The American Economic Review. 1984; 74 (3): 433-444.

Schnitman DF, Schnitman J. Editores. Resolución de conflictos. Nuevos diseños, nuevos contextos. Buenos Aires: Granica; 2000.

Shotter J. Accountability and the social construction of you. 2ª ed. London: Text of Identity; 1992.

Síndic de Greuges. Aproximación a la situación de la atención primaria de la salud en Cataluña. Informe extraordinario al Parlament de Catalunya. Boletín Oficial del Parlament de Catalunya; 2002. Serie de Informes Técnicos Nº 345.

Sindic.cat. Síndic de Greuges de Catalunya. El defensor de les persones. Informe al Parlament de Catalunya [Sede web]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2005 [acceso 13 de diciembre de 2006]. Disponible en: www.sindic.cat/cas/inform_anual.asp - 11k

Singer L. Resolución de Conflictos. Técnicas de actuación en los ámbitos empresarial, familiar y legal. 2ª ed. Buenos Aires: Paidós; 1996.

Six J F. Dinámica de la mediación. Barcelona: Paidós; 1997.

Slaikou CA. Para que la sangre no llegue al río. Una guía práctica para resolver conflictos. Barcelona: Granica; 1996.

Soderman J. Cuadernos Académicos de la Escuela de Defensa Racional. En: VI Congreso Internacional "Del International Ombudsman Institute". Buenos Aires; Escuela de Defensa Nacional; 1996. p. 11-25

Sala M. Una Aproximación al Liderazgo de Organizaciones. FactorHuma.org [Internet] 2003 [acceso día 13 de diciembre de 2006]; 1 (2). Disponible en: http://www.factorhuma.org/ficha.php?id_ficha=2409

Sparvieri E. Principios y Técnicas de Mediación. Un Método de Resolución de Conflictos. Buenos Aires: Biblos; 1995.

Srivastva S., Cooperrider D L. Appreciative management and leadership: The power of positive thought and actions in organizations. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1990

Stone D, Patton B, Heen S. Conversaciones difíciles. Cómo enfrentarlas y decir lo que tiene que decir. Bogotá: Norma; 1999.

Suares M. Mediando en sistemas familiares. Buenos Aires: Paidós; 2002.

Suares M. Mediación conducción de disputas, comunicación y técnicas. 1ª Ed. 5ª Reimp. Buenos Aires: Paidos; 2005.

Sun Tzu. El Arte de la Guerra. Buenos Aires: Troquel; 1993

Tapia, G et al. Manual: Construcción de consensos: Los procesos colaborativos. Buenos Aires: Fundación Cambio Democrático; 2003.

Toohey J. Occupational stress. Managing a Metaphor. Sidney: Macquarie University; 1991.

Ury WL. Alcanzar la paz: Diez caminos para resolver conflictos, en la casa, el trabajo y el mundo. Barcelona: Paidós; 2000.

Ury WL. Supere el no: como negociar con personas que adoptan posiciones inflexibles. Barcelona: Gestión 2000; 2002.

Ury WL. El poder de un NO positivo. Cómo decir No y sin embargo llegar al Si. Barcelona: Granica; 2007

Valdés R, Molina J, Solís C. Aprender lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión de Arbitraje Médico: La Salud Pública de México [revista en línea]. 2001. [acceso 20 de Marzo 2007]; 43 (5). Disponible en: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500008&lng=es&nrm=iso

Vall A. Los conflictos en las Organizaciones. En: Vinyamata, E. Guerra y paz en el trabajo: Conflictos y Conflictología en las organizaciones. Valencia: Tirant lo blanc, Universitat de Valencia; 2004. p. 175-201.

Varona F. Appreciative Inquiry Cummons [sede web]. San José State University; 2002, [acceso 8 de agosto de 2007]. Todavía es posible soñar. Teoría Apreciativa y Comunicación Empresarial. Disponible en: <http://appreciativeinquiry.case.edu/research/multilingualDetail.cfm?coid=4819&language=21>

Vinyamata E. Manual de prevención y resolución de conflictos. Conciliación, mediación, negociación. Barcelona: Ariel Practicum; 1999.

Vinyamata E. Conflictología: Teoría y práctica en Resolución de Conflictos. Barcelona: Ariel; 2001.

Vinyamata E. Tratamiento y transformación de conflictos: Métodos y recursos en conflictología. Barcelona: Ariel; 2003.

Wikipedia. La enciclopedia libre [Base de datos en internet]. Inglaterra: Wikimedia Foundation; 2001, [acceso 15 de marzo de 2007]. Disponible en: [es.wikipedia.org/wiki/Decisi3n por **consenso**](http://es.wikipedia.org/wiki/Decisi3n_por_consenso)

Withmore J. Coaching for performance. A practical guide to growing your own skills London: Nicholas Brealey Publishing; 1994.

Zittlau J. Gandhi en la empresa. Lecciones y enseñanzas del Maestro para los ejecutivos de hoy. Las claves del auténtico liderazgo: Negociación, humanidad, integridad, paciencia y comprensión. Barcelona: Planeta; 2005.

8. GLOSARIO

Se presentan a continuación una serie de términos y sus significados, identificados a lo largo del desarrollo del marco teórico. Situamos a los lectores en las definiciones de términos claves que son el hilo conductor por el que transcurre la propuesta de tesis doctoral:

Acuerdo. Es una de las finalidades de los actos de mediación. Con este término nos referimos al acto en el que dos o más partes en conflicto deciden dotarse de unas normas que regulen sus actuaciones o la misma resolución de un conflicto entre estas.

Alternativas. Término que usa la Escuela de Harvard para identificar las posibles acciones que las partes en conflicto pueden poner en práctica, fuera de la mesa de negociación. Analizar la mejor alternativa posible a un acuerdo negociado es uno de los elementos que esta escuela identifica como necesarios para resolver las diferencias con éxito.

Arbitraje. Método de resolución de conflictos, en el que las partes en disputa se someten al juicio o solución que otorga una tercera parte de decisión y neutral al conflicto. Las partes en conflicto delegan la solución del conflicto a un tercero neutral (árbitro) debiendo acatar su resolución. Se suele recurrir a este método, en aquellos casos en los que la negociación y la mediación no hayan dado resultados positivos.

Calidad de vida. Se utiliza este término relacionado con la vida laboral de las personas y vinculado a conceptos tales como relaciones cordiales entre equipos, comunicación efectiva, presencia de elementos de consenso grupal que proporcionan cohesión y percepción de bienestar subjetivo del trabajo.

Cambio. Se utiliza para designar toda transformación real o potencial que se observa en el seno de las organizaciones y que como dinámica común, produce reacciones defensivas al inicio, suponiendo al mismo tiempo un reto para las personas y equipo implicados. Los cambios pueden ser por lo tanto, un motivo de paralización en los equipos o por el contrario o un elemento reactivador y positivamente dinamizados para las partes.

Conciliación: Acto mediante el cual se establece un acuerdo que permite restablecer una relación que está afectada por un conflicto. En el campo que nos ocupa los actos de conciliación se refieren al ámbito laboral especialmente. Conciliar, consiste en facilitar el acercamiento entre partes enfrentadas como consecuencia de errores de relación, pero que de hecho, no existen motivos fundamentalmente importantes para la desavenencia a pesar de las apariencias conflictuales.

Conflicto. Podemos definir conflicto como aquellas situaciones de disputa o divergencia en las que existe una contraposición de intereses, necesidades, sentimientos, objetivos, conductas, percepciones, valores y/o afectos entre individuos o grupos que definen sus metas como mutuamente incompatibles.

Conflictología. Es la Ciencia del Conflicto. El concepto del conflicto se refiere e incluye los conceptos de crisis, cambio, problemas, violencia y sinónimos, de una manera enunciativa, no limitativa. Este vocablo ha sido utilizado por Galtung, al que siguieron otros autores de renombre, y es aceptado internacionalmente como sinónimo de Resolución de Conflictos, como disciplina en especial en los países del este europeo y en su versión más avanzada.

Confrontación. Consiste en la polarización de las partes en conflicto, en la que el único camino aparentemente visible parece conducir a las escalada del conflicto y por lo tanto a más violencia.

Consenso. Se trata de un proceso de decisión en el que se busca no solamente el acuerdo de la mayoría de los participantes, sino también el objetivo de resolver o atenuar las objeciones de la minoría para alcanzar la decisión más satisfactoria. Trabajar por el consenso, significa la consecución de un acuerdo general, pero también planificar y ejecutar un proceso para alcanzar dicho acuerdo. La toma de decisión por consenso trata fundamentalmente del proceso. En mediación se utilizan distintas técnicas de consenso. Todas ellas tienen presente la importancia de crear un proceso estructurado y conseguir la inclusión de todas las partes o stakeholders, fomentando la creatividad, co-responsabilidad y co-participación en el proceso.

Construcción de Paz: Término que utilizan algunos autores en su concepción inglesa, como peace-building. En el marco de presente trabajo, utilizamos este término para determinar el conjunto de actividades que se realiza con personas y grupos, con la finalidad de mejorar las relaciones y reforzar las perspectivas de diálogo y de consenso así como, disminuir las posibilidades de conflictos y de violencia en el trabajo. Todo ello constituye lo que en el texto denominamos como paz organizacional.

Cultura de Paz. Consiste en la recreación de nuevas formas de cultivar las relaciones entre las partes implicadas en el conflicto (real o potencial) y entre éstos y su entorno, para incrementar las posibilidades de las personas y grupos de vivir en paz. Recupera el sentido etimológico de la palabra “cultura” como “cultivo.

Diálogo. Etimológicamente procede del griego diálogos que, a su vez, viene del verbo “dialégomai” que significa hablar, decir, conversar. Diálogo es algo que realizan dos o más personas, a través de las palabras, de las razones que nos damos, de los discursos, así como de los silencios comunicativos. Para una filosofía comprometida, con el desarrollo de la cultura de paz, el diálogo se convierte en el espacio alrededor del cual, se establecen las intervenciones mediadoras.

Empatía. La empatía es la capacidad de compartir y comprender el estado emocional de otra persona. Se trata de una habilidad que nos permite experimentar distintas emociones. La empatía se refiere al proceso por el que alguien, tras ponerse en el lugar de persona que siente una determinada emoción, es capaz de comprender sus sentimientos, cómo han surgido, lo que le gustaría hacer para fortalecerlos o aliviarlos, los pensamientos y cambios corporales que les acompañan, etc. La empatía está es una de las cualidades básicas del mediador y una habilidad que este fomenta entre las partes en conflicto.

Empowerment. En la literatura existente sobre gestión de conflictos, se puede en ocasiones utilizar el término empoderamiento, aunque nosotros preferimos fortalecimiento. Se trata de un conjunto de técnicas que promueven, el equilibrio de poder entre las partes en conflicto, con la finalidad de que éstas lleguen a acuerdos desde posiciones de poder personales similares. Este punto, es uno de los básicos para la sostenibilidad de los acuerdos.

Gestión de conflictos: Este terminología acostumbra a ser utilizada en los ámbitos de resolución alternativa de conflictos. El objetivo no es tanto la resolución directa sino la de gestión o tratamiento del conflicto (desde un punto de vista preventivo y/o curativo), con la intención de contención, encauzamiento, tratamiento o derivación, todo ello desde una perspectiva apreciativa de las partes implicadas.

Intermediación: Se trata de un tipo de intervención que no representa necesariamente una voluntad clara de resolución de conflictos, sino que a menudo se limita a un proceso de facilitación, en el que se ayuda a las partes a reestablecer la comunicación, cuando estas, carecen de la capacidad de relacionarse directamente sin confrontación. Esta intervención puede ser llevada a cabo por un mediador/mediadora, o bien por personas con una determinada significación para el grupo y que actúan como mediadores informales.

Mediación. Acción de mediar a través de un proceso estructurado y con la intervención de un tercero neutral (mediador) que facilita, la búsqueda de

soluciones conjuntas mediante el diálogo. El mediador es un profesional específicamente cualificado, que interviene a petición de las partes y cuya misión consiste en abrir o prolongar, el proceso de negociación por otros medios de las habituales. Sus objetivos son pacificar el conflicto, con el consecuente cambio de conducta entre las partes y desescalada del conflicto; transformar la visión del problema de cada uno, promoviendo un cambio de actitud positiva y por último proporcionar un espacio de diálogo que facilite el acuerdo entre las partes.

Negociación: Se trata del uso de técnicas de acercamiento positivo de las posiciones de las partes en conflicto. Los procesos de negociación se pueden producir únicamente con la presencia y colaboración de las partes implicadas, sin la necesaria presencia de un mediador, o bien contando con la presencia de un facilitador que conduzca el proceso de negociación. Este modo de conducir el proceso se diferencia del proceso de mediación, en el que siempre hay un tercero neutral, el mediador, que dirige el proceso de mediación.

Paz positiva. Concepto propuesto por Galtung y otros autores relacionados con la cultura de paz, que abre una nueva perspectiva que propone renunciar a la pretensión de que podemos tener una paz perfecta, acabada, total, para atender y señalar los momentos de paz que, aunque imperfecta, reconocemos en las relaciones con las personas y grupos en los que éstas interactúan. Este concepto así definido, va más allá de la ausencia de paz o de la presencia de guerra, que en el marco del presente trabajo iría referida a las diferencias y disputas existentes entre las personas que comparten el lugar de trabajo.

Participación. Indica conseguir integrar, articular y negociar la pluralidad de actores e intereses existentes en los grupos que trabajan en una determinada institución. En mediación se considera la participación como un camino a seguir para construir espacios de diálogo en un marco organizacional democrático y pacífico, lo cual proporciona un estímulo para los integrantes de los grupos así como un compromiso co-responsable de las personas implicadas en los distintos niveles de responsabilidad. Todo ello favorece la buena gestión de la organización y la gestión

de políticas a seguir de modo consensuado y, por lo tanto, seguro.

Percepción. Elemento clave para el análisis y comprensión del conflicto. Conformar el núcleo del trabajo del mediador en las etapas iniciales del Proceso de de Mediación.

Prevención/Provección de Conflictos. Acto de prevenir, de adelantarse a los acontecimientos. Incluye actuaciones tan diversas como el entrenamiento en técnicas y habilidades mediadoras y de mediación, el asesoramiento para la gestión de las diferencias, la intervención a través de técnicas de consenso ante la previsión de cambios en el lugar de trabajo, así como la mediación. A pesar de que ésta última intervención se produce siempre, ante la presencia real de conflicto, constituye por si misma, un método de prevención del conflicto futuro, por la cualidad educadora que el proceso contiene.

Resolución de Conflictos. Estos términos implican la idea de tratamiento del conflicto, que supone tanto la gestión como la transformación y/o solución del conflicto. Significa el esfuerzo por hallar métodos que contribuyan a que las partes involucradas en un conflicto, encuentren por si mismas, maneras de resolverlos de forma pacífica y satisfactoria para éstas.

REGLAMENTO DE LA
UNIDAD DE MEDIACIÓN SANITARIA

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

- Artículo 1. Objeto del reglamento
- Artículo 2. Concepto de mediación
- Artículo 3. Organización
- Artículo 4. Ámbito de aplicación

TÍTULO II. CARACTERÍSTICAS DE LA MEDIACIÓN

- Artículo 5. Imparcialidad y neutralidad del mediador
- Artículo 6. Flexibilidad en el proceso
- Artículo 7. Voluntariedad
- Artículo 8. Confidencialidad
- Artículo 9. Buena fe

TÍTULO III. LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA. MODELO ORGANIZATIVO

- Artículo 10. Terminología
- Artículo 11. Objeto
- Artículo 12. Funciones de las unidades de mediación sanitaria
- Artículo 13. Gestión de los casos
- Artículo 14. Garantía de calidad de las unidades de mediación sanitaria
- Artículo 15. Composición de las Unidades de las Unidades de Mediación Sanitaria
- Artículo 16. Composición de la comisión de seguimiento
- Artículo 17. Funciones de la Comisión de Seguimiento
- Artículo 18. Reuniones de la Comisión de Seguimiento
- Artículo 19. Coordinación de la Comisión de Seguimiento
- Artículo 20. Funciones de la Comisión de Seguimiento
- Artículo 21. El profesor-mediador
- Artículo 22. El perfil del profesor-mediador
- Artículo 23. Funciones del profesor-mediador
- Artículo 24. El mediador en prácticas
- Artículo 25. Funciones del mediador en prácticas

TÍTULO IV. DERECHOS Y DEBERES DE LOS MEDIADORES

- Artículo 26. Derechos de los mediadores
- Artículo 27. Deberes de los mediadores
- Artículo 28. Abstención y recusación de mediadores

TÍTULO V. EL PROCESO DE MEDIACIÓN Y SUS CIRCUNSTANCIAS

- Artículo 29. Ámbito de prestación del servicio de mediación y criterios de exclusión
- Artículo 30. Carácter presencial
- Artículo 31. Naturaleza y alcance de los acuerdos
- Artículo 32. Honorarios y gratuidad

TÍTULO VI. CESE DEL MEDIADOR

- Artículo 33. Cese del mediador

TÍTULO VII. REGISTRO DE QUEJAS Y DENUNCIAS

- Artículo 34. Registro de quejas y denuncias

TÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. OBJETO DEL REGLAMENTO. La mediación introducirá nuevos recursos en el Sistema Público de Salud Catalana y tendrá como objeto:

- a. Formación en gestión y resolución de conflictos
- b. Intervención en conflictos de modo preventivo y curativo
- c. Divulgación de la cultura de paz en la organización

Artículo 2. CONCEPTO DE MEDIACIÓN. La mediación es un proceso mediante el cual dos o más partes que están en conflicto, son asistidas por un tercero imparcial para gestionarlo, e intentar llegar a un acuerdo sobre la resolución del mismo.

Artículo 3. ORGANIZACIÓN. Se crean las Unidades de Mediación Sanitaria (UMS), entidad sin personalidad jurídica propia, adscrita al centro o espacio sanitario donde se sitúe, que tienen por objeto promover y administrar la mediación que aquí es regulada t facilitar el acceso a la misma y a quién la solicite. Cada una de las UMS tendrá un mediador designado por la dirección del Máster en “Mediación en Organizaciones de Salud. Consultoría en Gestión de Conflictos”.

Artículo 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN. Se incluyen en el ámbito de aplicación del presente reglamento las actuaciones profesionales en gestión de conflictos que realicen las UMS en el ámbito de la sanidad pública catalana.

TÍTULO II: CARACTERÍSTICAS DE LA MEDIACIÓN

Artículo 5. IMPARCIALIDAD Y NEUTRALIDAD DEL MEDIADOR. Este a de garantizar el respeto a los puntos de vista de las partes, preservando la igualdad en el proceso y absteniéndose de promover actuaciones que comprometan su neutralidad.

Artículo 6. FLEXIBILIDAD EN EL PROCESO. El proceso de mediación no está sujeto a ningún proceso regulado, de manera que se adecua a las características, necesidades y tipos de conflicto presentado por las partes.

Artículo 7. VOLUNTARIEDAD. Principio según el cual las partes son libres de participar o no en el proceso de mediación, así como de desistir en cualquier momento de este proceso. Así mismo, la voluntariedad es un principio por el cual se rige también el mediador.

Artículo 8. CONFIDENCIALIDAD. Se exige el deber de la confidencialidad del mediador y de las partes, hasta que estas determinen lo contrario.

1. Ha de regir el principio de confidencialidad durante todo el proceso y una vez finalizado, respecto por la información y contenidos alcanzados en el proceso de mediación.
2. No está sujeto al deber confidencial la información obtenida en el proceso de mediación que:

- a. No sea personalizada y se utilice para fines de formación, investigación y estadística.
- b. Represente una amenaza grave para la integridad física o psíquica de una persona.

Artículo 9. BUENA FE. Los participantes en el proceso de mediación actuarán conforme a las exigencias de la buena fe, como base primordial en la gestión de conflictos y co-construcción de acuerdos.

TÍTULO III: LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA. MODELO ORGANIZATIVO

Artículo 10. TERMINOLOGÍA. A los efectos de aplicación del presente reglamento, se entenderá como:

- **UMS:** Unidad de Mediación Sanitaria.
- **Coordinadora de las UMS:** En sus dos funciones de Dirección del Proyecto: coordinadora de las UMS y como Directora de Master.
- **Comisión de Seguimiento:** Conformada por los representantes de las instituciones que co-lideran el proyecto. Su función es la de seguimiento, realizando una evaluación continuada.

Artículo 11. OBJETO

1. Las UMS son unidades de mediación sanitaria para profesionales especializados en la gestión de conflictos en el ámbito de las organizaciones de salud.
2. El objetivo principal consiste en administrar los procesos de mediación que se puedan producir en el ámbito sanitario.
 - a. Esfera administrativa: Desde una perspectiva meramente administrativa, las UMS son un proyecto piloto de la institución que las alberga, por lo cual deberán estar integradas en el organigrama de la institución. Por consiguiente, las UMS habrán de responder a las directrices administrativas dictadas por los cargos directivos de una institución y que posibilitan el funcionamiento diario de la institución como un todo, siguiendo los horarios de atención al público, los parámetros de comportamiento dentro de la institución y todos los acuerdos que la institución habrá acordado con la dirección del Master y del proyecto de Mediación Sanitaria.
 - b. Esfera financiera: Desde una perspectiva financiera, es importante comentar que durante el proyecto piloto (octubre de 2005 a diciembre de 2006) el servicio tendrá un coste adicional cero para el sistema sanitario, de manera que el Master asume el coste que genera la dirección, implantación, gestión y desarrollo de las UMS.
 - c. Esfera técnica: Desde una perspectiva técnica, el grado de autonomía de las UMS en relación con la institución que alberga, resulta un tema de fundamental importancia. Las UMS han de garantizar a sus usuarios la confidencialidad e imparcialidad del servicio de mediación, garantizando además que la institución que organiza el proyecto no pueda influir de ninguna manera en la solución de los casos presentados.

Artículo 12. FUNCIONES DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA. Para alcanzar sus objetivos, las UMS habrán de cumplir las siguientes funciones:

- a. Administrar los procesos de gestión de conflictos, prestar asesoramiento y asistencia en los diversos procedimientos, con una óptima calidad, imparcialidad, confidencialidad, transparencia, especialización y agilidad.
- b. Divulgar los métodos pacíficos de gestión y resolución de conflictos, especialmente la mediación.
- c. Desarrollar programas de capacitación para sus mediadores y para los profesionales del ámbito sanitario.
- a. Prestar la colaboración necesaria a otras entidades.
- b. Elaborar estadísticas que permitan conocer cuantitativamente y cualitativamente el funcionamiento de las UMS, respetando el principio de confidencialidad.
- c. Crear un centro de documentación informática que sirva de fuente de formación y actualización.
- d. Cualquier otra actividad relacionada con la mediación.

Artículo 13. GESTIÓN DE LOS CASOS. Los conflictos que se presenten ante las UMS serán resueltos de acuerdo con los reglamentos y procedimientos establecidos a tal efecto.

Artículo 14. GARANTIA DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA. La dirección y coordinación del Master, los mediadores, los alumnos y la Comisión de Seguimiento, velarán por la calidad de las UMS. En este sentido velarán por la aplicación del código de ética y promoverán la aplicación de mecanismos efectivos de control de calidad, referentes a la gestión inteligente de conflictos que se den en las instituciones que alberguen las UMS.

Artículo 15. COMPOSICIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDIACIÓN SANITARIA. Las Unidades de Mediación Sanitaria, estarán integradas en su conjunto por:

- a. Comisión de Seguimiento
- b. Coordinación de las UMS
- c. Profesor-mediador de cada UMS
- d. Mediadores en prácticas: estudiantes del Master

Artículo 16. COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

1. La Comisión de Seguimiento está integrada por los representantes de las instituciones que lideran el proyecto, y que ocupan sus cargos de manera ad honorem.
2. Los miembros serán escogidos por las instituciones a las cuales representan, excepto la dirección del Master, que lo es por propio cargo. Los nombramientos se realizarán por un período de un año, excepto el primer año, que se iniciará la actividad en septiembre finalizando en diciembre. Si no se realiza la designación al vencimiento del período, se entenderá que los nombramientos se prorrogan un año más.

Artículo 17. FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO. Son funciones de la Comisión de Seguimiento de las UMS:

- a. Estar informada de las actividades que se están realizando y de los resultados obtenidos.
- b. Servir de enlace entre las UMS y la institución que acoge la unidad.
- c. Consensuar las políticas institucionales y administrativas de la UMS y canalizar las necesidades y los resultados que se obtengan de las UMS hacia la institución que representan.
- d. Discutir, asesorar y consensuar actuaciones delante de situaciones no previstas que puedan presentarse en el desarrollo de las UMS.
- e. Colaborar en la realización del informe final de actividades y resultados de las UMS.

Artículo 18. REUNIONES DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

1. La Comisión se reunirá, como mínimo, una vez cada tres meses, si bien se podrá reunir tantas veces como sean necesarias. Las convocatorias a las sesiones las realiza la directora del Master de mediación, en su condición de coordinadora de las UMS.
2. Al finalizar las reuniones, la coordinadora realizará un acta y enviarà una copia a cada uno de los integrantes de la Comisión.

Artículo 19. COORDINACIÓN DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO. Las Unidades de Mediación Sanitaria estarán coordinadas por la dirección del Master que supervisará la actividad desarrollada en las UMS, asegurándose de su óptimo funcionamiento, de acuerdo con las pautas diseñadas en el proyecto piloto.

Artículo 20. FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE SEGUIMIENTO. Las funciones de la Coordinadora del Proyecto, serán las siguientes:

- a. Representar a las UMS en la Comisión de Seguimiento, en calidad de directora del Master.
- b. Presentar los informes semestrales técnicos y administrativos a la Comisión de Seguimiento.
- c. Definir y coordinar los programas de difusión, formación, investigación y desarrollo de los temas de mediación y de todos aquellos relacionados con la gestión de conflictos.
- d. Establecer las directrices de las UMS.
- e. Designar a los profesores-mediadores.
- f. Actuar con pleno derecho, como mediadora en aquellos casos en los que las circunstancias especiales así lo exijan.
- g. Convocar a la Comisión de Seguimiento.
- h. Representar al proyecto en el ámbito de Catalunya, del estado español o internacional, si bien puede en caso necesario, delegar su representación.
- i. Asegurar la supervisión y evaluación continuada de las UMS.
- j. Asegurar el cumplimiento de los objetivos desarrollados en el programa de formación del Master.

Artículo 21. EL PROFESOR-MEDIADOR.

1. Los mediadores serán los responsables de las UMS, tanto por las tareas que requieren su servicio en general, como por las mediaciones que se han de realizar. Como profesores, tendrán a cargo el desarrollo del plan docente y serán los que efectuarán las mediaciones conjuntamente con los mediadores en prácticas.
2. Serán escogidos por la dirección del Master y sus nombramientos se realizarán por un período de un año, excepto el primer año, que se iniciará la actividad en octubre de 2005 y finalizará en diciembre de 2006. Sino se realizan las designaciones al vencimiento del período, se entenderá que los nombramientos se prorrogan por un año adicional. El resultado de las evaluaciones de los profesores-mediadores, será determinante para la renovación de sus funciones.
3. Dada la importancia de los profesores-mediadores en el proyecto, los tres primeros meses de actividad serán considerados un período de prueba, y una vez superado, su designación será firme hasta completar el año.

Artículo 22. EL PERFIL DEL PROFESOR MEDIADOR. El profesor-mediador tendrá un perfil que demuestre tener el nivel de calidad que se ha determinado a través del Master. Son requisitos fundamentales:

- a. Titulación universitaria: Licenciatura (Derecho, Ciencias Sociales, Ciencias Médicas, Enfermería, Psicología, Economía, Ingeniería, etc.)
- b. Formación especializada en mediación: 200 horas lectivas como mínimo
- c. Experiencia profesional como mediador
- d. Experiencia profesional como profesor
- e. Conocimiento del paquete informático Microsoft Office
- f. Características personales que faciliten la gestión del conflicto en las UMS

Artículo 23. FUNCIONES DEL PROFESOR MEDIADOR. Las funciones del profesor-mediador serán las siguientes:

- a. Dirigir, ejecutar y supervisar el funcionamiento general del servicio de acuerdo con el reglamento interno y el código ético, así como también las políticas establecidas en la misma institución.
- b. Establecer directrices técnicas de la UMS en colaboración con la directora del Màster (coordinadora de las UMS).
- c. Velar por el cumplimiento de los principios éticos del proceso de mediación.
- d. Realizar las mediaciones que se presenten con los alumnos en prácticas.
- e. Controlar los procesos de mediación que se gestionen en las UMS, así como sus estadísticas y los nuevos proyectos que surjan.
- f. Trabajar en equipo con el resto de las UMS y de acuerdo con las pautas establecidas en el plan docente.
- g. Relacionarse con la institución y con la comunidad a fin de establecer un sistema de comunicación abierto y una red de derivación.
- h. Preparar y actualizar las bases de datos de las Unidades de Mediación.
- i. Elaborar informes trimestrales de la actividad que se haya realizado en la UMS.
- j. Mantener informada a la coordinadora del programa, de los asuntos que necesiten su aprobación.

Artículo 24. EL MEDIADOR EN PRÁCTICAS. Los mediadores en prácticas son los alumnos del segundo curso del Master que realizan las tareas específicas de un experto en técnicas de gestión de conflictos y mediación.

Artículo 25. FUNCIONES DEL MEDIADOR EN PRÁCTICAS . Las funciones de los mediadores en prácticas serán las siguientes:

- a. Actuar en las diferentes instancias de mediación en aquellos casos que le sean asignados.
- b. Trabajar de acuerdo con los principios fundamentales del proceso de mediación (Ver Título II).
- c. Organizar los archivos, digitalizar documentos y otras tareas administrativas propias de la unidad.
- d. Colaborar en la recogida y actualización de la base de datos para facilitar la elaboración de los informes de la UMS.
- e. Trabajar en equipo para crear una red de colaboración y derivación.
- f. Realizar las tareas que le sean asignadas por el profesor de la UMS.

TÍTULO IV: DERECHOS Y DEBERES DE LOS MEDIADORES

Artículo 26. DERECHOS DE LOS MEDIADORES. En el ejercicio de su actividad tendrán los siguientes derechos:

- a. Actuar con total libertad e independencia en el desarrollo de la actividad mediadora.
- b. Dirigir el proceso de mediación.
- c. Exigir a las partes durante el proceso el debido respeto.
- d. Obtener de la dirección del Master la ayuda y asesoramiento que necesita para el mejor desarrollo de su actividad.
- e. Tener garantizado el derecho al secreto profesional.
- f. Dar por cerrada la mediación en el momento que considere que aquella es inviable o ineficaz, cuando aprecia una falta de voluntad de las partes a continuar con el proceso o exista una incapacidad manifiesta por alcanzar un acuerdo.

Artículo 27. DEBERES DE LOS MEDIADORES. En el ejercicio de su actividad, tendrán las siguientes obligaciones:

- a. Garantizar el cumplimiento de los principios rectores del proceso de mediación (imparcialidad, flexibilidad, voluntariedad, confidencialidad, buena fe, etc.).
- b. Guardar el secreto profesional.
- c. Ejercer con la debida atención su actividad, no abandonar el proceso sin causa justificada y mantener el respeto por los intereses superiores y bienestar de los menores e incapaces.
- d. Tratar con respeto y dignidad a las partes.
- e. Asistir personalmente a las mediaciones sin que pueda valerse de representantes o intermediarios.

- f. De acuerdo con la dirección del Master, poner en conocimiento de la autoridad judicial los comportamientos que supongan una amenaza para la vida o la integridad física de alguna de las partes.

Artículo 28. ABSTENCIÓN Y RECUSACIÓN DE MEDIADORES. Los mediadores deberán abstenerse de intervenir en los procesos de mediación y habrán de notificarlo inmediatamente a la coordinadora de las UMS, que resolverá según corresponda, en los siguientes casos:

- a. Tener un interés personal en el asunto.
- b. Tener algún procedimiento judicial pasado o pendiente con alguna de las partes que asisten a la mediación.
- c. Tener algún vínculo de parentesco, consanguinidad, y/o afinidad con alguna de las partes que asisten al proceso de mediación, hasta el cuarto grado de parentesco.
- d. Tener amistad íntima o enemistad manifiesta.
- e. Haber intervenido como perito o dando testimonio en algún proceso judicial, extrajudicial o administrativo que hayan tenido las partes.
- f. Haber tenido una relación profesional o de servicio diferente a la mediación con alguna de las partes, a no ser que estas manifiesten lo contrario.

TÍTULO V: EL PROCESO DE MEDIACIÓN Y SUS CIRCUNSTANCIAS

Artículo 29. ÁMBITO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE MEDIACIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. La UMS creará un marco de referencia para su actuación, basado en los siguientes tipos de conflictos:

1. Ámbito de prestación del servicio de acuerdo al conflicto:
 - a) Conflictos de orden interno:
 - Profesional-profesional, otros trabajadores del sistema sanitario.
 - Profesional-institución.
 - b) Conflictos de orden externo:
 1. Usuario-usuario y/o usuario-familia.
 2. Usuario y/o familia-profesional.
 3. Institución-otros agentes (proveedores, otras instituciones, Administración, etc.).
2. Ámbito de prestación del servicio en razón del usuario. Podrán acceder a las unidades de mediación las personas que trabajan en la institución, los usuarios y todas aquellas personas que tengan una relación con las instituciones o ámbitos dónde se sitúen las unidades.
3. Criterios de exclusión. No serán susceptibles de entrar en mediación, en primera instancia, los conflictos que por su propia naturaleza han de ser atendidos por otros departamentos, servicios u organizaciones ya existentes en la institución o ámbito (Servicios de atención al usuario, Departamento de personal, Departamento de recursos humanos, Sindicatos, etc.). En caso de recibir una derivación por parte de estos departamentos, se procederá como establece el presente Reglamento para los casos ordinarios.

Artículo 30. CARÁCTER PRESENCIAL. Las partes asistirán personalmente al proceso de mediación o en compañía de su representante legal, en los casos que así se requiera. El mediador podrá proponer la presencia de otras personas en calidad de consultores, peritos, asesores jurídicos, que habrán de ser aceptados por las partes.

Artículo 31. NATURALEZA Y ALCANCE DE LOS ACUERDOS. Los acuerdos que se obtengan, pueden ser respecto de la totalidad de las materias tratadas en la mediación o respecto de algunas cuestiones. Una vez suscritos los acuerdos, serán válidos y obligatorios por las partes siempre que estén presentes todos los requisitos necesarios para la validez de los mismos.

Artículo 32. HONORARIOS Y GRATUIDAD. La mediación realizada en las UMS, será gratuita para los usuarios durante el período en que se implante como proyecto piloto.

TÍTULO VI: CESE DEL MEDIADOR

Artículo 33. CESE DEL MEDIADOR. Son causas de cese:

- a. Baja voluntaria.
- b. Incumplimiento de sus funciones.
- c. Expiración del año de nombramiento, sin notificación de continuidad.

TÍTULO VII: REGISTRO DE QUEJAS Y DENUNCIAS

Artículo 34. REGISTRO DE QUEJAS Y DENUNCIAS. Cada unidad tendrá un registro especial de reclamaciones a disposición de los usuarios.

ANEXO 2

CODIGO ÉTICO

Artículo 1. PRINCIPIOS. Este código ético regula los principios morales y de intervención que deben regir la actividad del mediador/a, de los alumnos mediadores y colaboradores de la unidad de mediación sanitaria.

Artículo 2. COMPETENCIA Y FORMACION CONTINUA. El mediador/a debe ser competente en la aplicación del Proceso de Mediación. Así mismo, asegurará su mejora y profesionalización a través de la puesta al día de conocimientos en nuevas técnicas, habilidades y sistemas de intervención, siendo la formación continua un requisito a cumplir.

Artículo 3. INDEPENDENCIA. El mediador/a tendrá independencia absoluta en el desarrollo del Proceso así como en el desarrollo de sus funciones, que deberá estar exenta de cualquier presión, principalmente de aquella que resulte de un conflicto de intereses o de influencias externas.

Artículo 4. NEUTRALIDAD. El mediador/a velará para no influenciar a las partes ni directa ni indirectamente, procurando que sean éstas las que encuentren por sí mismas la mejor solución al conflicto planteado.

Artículo 5. EQUILIBRIO DE PODER DE LAS PARTES. El mediador actuará de tal modo que asegure que no se produzcan desequilibrios de poder entre las partes, realizando las intervenciones oportunas para trabajar como garante de este equilibrio.

Artículo 6. IMPARCIALIDAD. El mediador debe mantener durante todo el proceso una actitud de imparcialidad total respecto a las partes. En el caso de que crea que no puede ser absolutamente imparcial ya que hay algún vínculo de parentesco, afectivo o familiar con alguna de las partes o bien amistad o enemistad con alguna de ellas o con algunos de sus familiares, informará a las partes de este hecho y derivará la mediación o la intervención de que se trate. Estas circunstancias se extienden también a las personas profesionales que comparten unidad con el mediador/a.

Artículo 7.- CONFLICTO DE INTERESES.- El mediador no puede aceptar una intervención mediadora en la que su gestión sea incompatible con sus intereses. Los conflictos de intereses entre la persona mediadora y las partes también se extienden a las personas profesionales que comparten unidad con el mediador o mediadora. Tampoco puede llevar a cabo ninguna actividad profesional aparte, con una de las partes o las dos, a excepción de la que mantenga como mediador/a.

Artículo 8. CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO PROFESIONAL.- El mediador respetará en todo momento el carácter de confidencialidad propio del Proceso de Mediación u otras intervenciones mediadoras. El principio de confidencialidad se extiende a todas las personas que trabajan con el mediador/a y mantengan una relación laboral o profesional.

El secreto profesional se extiende a cualquier información confidencial transmitida por las partes, que se refiera al propio cliente o a terceros, en el marco del proceso o intervención mediadora. El secreto profesional está reconocido como derecho y deber fundamental y primordial del mediador. Este derecho/deber es ilimitado en el tiempo.

Artículo 9. EXENCIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD.- El mediador queda exento de la obligatoriedad de la confidencialidad sólo en los casos siguientes:

- a. Cuando la información no es personalizada y se utiliza para finalidades de estadísticas, de formación y de investigación.
- b. Cuando conlleva una amenaza para la vida o la integridad física o psíquica de una persona, en cuyo caso deberá ponerlo en conocimiento de la Dirección del Master a efectos de aplicar las medidas oportunas.

Artículo 10. REMUNERACIÓN.- El mediador/a no percibirá ni ofrecerá ninguna remuneración relacionada con la derivación de clientes y en ningún caso, pueden requerir ninguna cantidad a las partes, dada la condición de gratuidad de este servicio para los profesionales de la salud y los usuarios de la institución.

Artículo 11. APLICACIÓN DEL CÓDIGO.- El mediador respetará este código ético en toda su extensión. Si existiera un supuesto no contemplado y fuera necesario, podrá acogerse a lo regulado por su Colegio Profesional así como en otros Colegios Profesionales o Códigos de conducta donde se ubiquen las Unidades de Mediación Sanitaria.

PROTOCOLO DE GESTIÓN DE CASOS

Este protocolo describe los trámites administrativos básicos que las Unidades de Mediación Sanitaria (UMS) desarrollarán para la administración o gestión de un proceso de mediación, así como las distintas intervenciones mediadoras que se realizan en las UMS. Este documento no es un esquema rígido, sino que ha de ser considerado un punto de partida que se irá modificando en función de las necesidades que surjan en la prestación del servicio.

A continuación, procedemos a citar y desarrollar en detalle cada una de las etapas que componen el trámite de gestión de los casos indicados:

1. ETAPA DE ADMISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD
 - Solicitud de información
 - Recepción, evaluación de la solicitud y diagnóstico del caso
 - Convocatoria y designación del co-mediador y observador
2. ETAPA DE DESARROLLO DEL PROCESO
 - Sesiones de mediación
3. ETAPA DE CIERRE
 - Cierre del proceso
 - Evaluación del servicio
 - Cierre administrativo de casos
4. ETAPA DE SEGUIMIENTO
 - Seguimiento de casos
5. ETAPA DE REACTIVACIÓN
 - Reactivación de casos

1. ETAPA DE ADMISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD

Solicitud de información.

- Los posibles usuarios del servicio podrán contactar vía telefónica o personalmente con las UMS, en donde se les facilitará información sobre las intervenciones mediadoras y el servicio prestado por las Unidades de Mediación Sanitaria. Esta etapa tiene una gran importancia, ya que el posible usuario ha de comprender con toda claridad las características del proceso, los límites y facultades de las UMS en la administración de los casos, y su propio papel en el desarrollo de la mediación. En efecto, la información ha de ser clara, a fin de no crear falsas expectativas en los clientes y generar desde el primer contacto un clima de confianza.
- En esta etapa es necesario informar al solicitante de los requisitos que debe de cumplir la solicitud tales como pertenencia a la institución, adecuación de la solicitud al tipo de servicio que se presta, etc.
- Todas las comunicaciones realizadas así como los datos que aportan los

solicitantes, serán registrados en el sistema informático de que disponen las UMS: “mediator”.

Recepción, evaluación de la solicitud y diagnóstico del caso

- En esta fase se realiza la recepción de la solicitud de mediación (quedando registrada en el sistema informático), que estará a cargo del profesor-mediador o, si es el caso, en quién éste delegue. Una vez realizada la incorporación de los datos, el programa informático creará un expediente y le asignará el número correspondiente.
- Se procederá a evaluar la admisión del caso, trámite que fundamentalmente estará a cargo del profesor-mediador, con la finalidad de que este evalúe los procesos de gestión de conflictos aplicables (asesoría, formación u otros tipos de intervención mediadora), teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos formales para la admisión del caso. Este estudio se realizará en función de los reglamentos, la naturaleza del conflicto y el asunto de que se trate, finalizando con un diagnóstico y una propuesta de tratamiento o bien de derivación.
- Si se decide que el caso no es viable en razón de la naturaleza del conflicto o el asunto de que se trate, se comunicará inmediatamente a las partes que han realizado la solicitud, con los correspondientes argumentos explicativos, mediante un comunicado que podrá ser de forma personal, vía telefónica o por carta.
- Si el caso es susceptible de ser derivado a la red de colaboración, con la que la UMS trabaja de modo complementario, el mediador/a procederá a derivar el caso.

Convocatoria y designación del co-mediador y observador

- Un vez admitida la solicitud y creada la carpeta, el profesor-mediador procederá a contactar, en un plazo máximo de tres días hábiles, a la parte convocada, utilizando los medios que considere adecuados (por vía telefónica, fax, etc.), a fin de informarle sobre la naturaleza del proceso de mediación e incentivar su asistencia a una primera sesión informativa. Todas las comunicaciones realizadas se registrarán debidamente.
- De no ser aceptado el proceso de mediación por parte de la persona convocada, se procederá al cierre formal del proceso mediación, comunicando esta situación al solicitante.
- En caso de aceptarse la participación en el proceso de mediación por parte de la persona convocada, el profesor-mediador procederá a designar al co-mediador que facilitará el proceso conjuntamente así como a un observador. Todo ello de acuerdo con las pautas establecidas por el plan docente. Así mismo el profesor-mediador corroborará la inexistencia de conflictos de interés, debido al hecho de que los mediadores (profesor, mediador, co-mediador y observador) son profesionales del ámbito de la salud y pueden conocer a las partes en conflicto.
- Obtenida la aceptación de la otra parte interviniente en conflicto, los mediadores consultarán la agenda de casos programados, con la finalidad de asegurar la disponibilidad de la sala para realizar la mediación. Establecida la fecha, se recomienda consultar con las partes su disponibilidad horaria, y si la finalidad que

- estos perciben del proceso, se ajusta a sus necesidades.
- Finalmente, se realizará una comunicación personal a las partes, vía telefónica, correo electrónico o carta, acerca de la fecha, la hora y el lugar de realización de la mediación.

2. ETAPA DE DESARROLLO DEL PROCESO

Sesiones de mediación

- Previamente a cada sesión, el mediador/a se asegurará de que la sala en la cual se desarrolla la mediación se encuentre debidamente preparada para la sesión (número de asientos, mesa adecuada, papelógrafo, etc.).
- En la primera sesión de mediación, el mediador informará a las partes sobre la naturaleza del proceso, sus deberes y derechos, y se procederá a la firma de acuerdos de mediación.
- En caso de utilizar alguna otra instancia de mediación que no sea el propio Proceso (Asesoramiento, técnicas de consenso, etc.), deberá también firmarse el acuerdo de mediación.
- Cualquier documentación que las partes deseen aportar con fines informativos, bien por iniciativa propia o a solicitud del/la mediadora, deberá ser guardada en los archivos de la UMS correspondiente, donde quedará constancia de la fecha en que se aporta, en qué consiste la información, el nombre de la persona que la aporta y de quién la recibe.
- Si las partes no pueden asistir a la sesión programada, deberán avisar a la UMS con antelación suficiente (48 horas) para poder comunicar a los demás participantes de la suspensión de la sesión. Dicha información les será ofrecida a las partes desde el inicio del tratamiento del conflicto.
- La carpeta de los casos, no podrá ser revisada por las partes, sus abogados o asesores. Únicamente tendrá acceso a ella el equipo de trabajo de las UMS, asegurando de este modo la confidencialidad absoluta de los datos aportados.
- Las nuevas sesiones serán programadas en base a las propuestas del mediador/a y de las partes, al finalizar cada sesión.

3. ETAPA DE CIERRE

Cierre del proceso

El proceso podrá finalizar de la siguiente forma:

- a. Las partes han llegado a un acuerdo, total o parcial.
- b. Las partes no han llegado a ningún acuerdo.
- c. El mediador decide finalizar la mediación, por apreciar incumplimiento del compromiso de mediación u otras causas justificadas.

Evaluación del servicio

- Al concluir el proceso de mediación, las partes podrán evaluar el servicio recibido.
- El mediador/a solicitará a las partes, que de forma individual, completen la encuesta de satisfacción de los usuarios. Este formulario es necesario para la

- mejora constante del servicio, ayudando así mismo, a detectar las necesidades de los usuarios.
- El formulario de evaluación es anónimo, por lo que se recomienda que se coloquen formularios en un lugar visible, a disposición de los usuarios. Así las partes pueden cumplimentarlo y dejarlo en el mismo lugar. Estos formularios serán retirados semanalmente para evaluar el servicio prestado y se archivarán en una carpeta separada, especialmente designada a tal efecto.
 - Es importante indicar que el formulario cuenta con un espacio en el cual indicar el nombre del mediador/a, lo cual permitirá evaluar a cada mediador/a, garantizando a la vez, el anonimato de los formularios.
 - También se realizará una evaluación interna del mediador/a y de los alumnos en cada caso.

Cierre administrativo de casos

Finalizada la mediación, se procede al cierre administrativo del caso. Para ello se deberán completar los trámites siguientes:

- El mediador/a a cargo del proceso, después de concluir la mediación, destruirá inmediatamente, todas las notas personales que identifiquen a los usuarios.
- El mediador/a verificará que en la carpeta del caso únicamente se encuentre la documentación administrativa necesaria, la copia del acuerdo de mediación y de los acuerdos finales alcanzados por las partes, en caso de haberse obtenido. Cualquier otra información que se haya aportado dentro del proceso, podrá ser retirada por la persona que la facilitó, firmando previamente un recibo de conformidad, el cual se adjuntará a la carpeta.
- La información que no sea retirada por el usuario, será destruida por el mediador/a.
- El mediador/a colocará el expediente en el archivo de casos cerrados.

4. ETAPA DE SEGUIMIENTO

Seguimiento de casos

Realizado el cierre del caso y de existir acuerdo de mediación, se procederá a su seguimiento, para verificar el cumplimiento de los temas acordados, la eficiencia del servicio y la opinión de los usuarios:

- El mediador/a designado para el caso establecerá las fechas en las cuales realizar el seguimiento de conformidad con el reglamento.
- En la fecha determinada, el mediador/a se comunicará telefónicamente con los usuarios del servicio, realizará el seguimiento y anotará en la carpeta correspondiente el resultado de la gestión.
- El mediador/a tendrá en cuenta la información relativa ala gestión del caso y los resultados obtenidos a efectos de completar las estadísticas anuales.

5. ETAPA DE REACTIVACIÓN

Reactivación de casos

Puede darse la circunstancia que se reciba una solicitud de reapertura de un caso que se había cerrado formalmente, situación en la cual se procede al trámite de reactivación:

- Los solicitantes presentarán ante el mediador/a, los requisitos señalados para la admisión y explicarán el motivo por el cual quieren volver a reactivar el proceso de mediación.
- El mediador/a comprobará que se cumplen los requisitos de admisión. En caso de no cumplir alguno, se rechazará la solicitud hasta corregir la deficiencia. En caso de cumplirse todos los requisitos, el caso seguirá los trámites correspondientes.

COMPROMISO DE MEDIACIÓN

COMPROMISO DE MEDIACIÓN

UMS:
 Expediente:
 Mediador/a:
 Co-Mediador/a:
 Observador/a:

Durante el proceso, las partes que acuden a la mediación, mediadores/as y observador/a, acuerdan respetar las siguientes cláusulas:

Confidencialidad del proceso de mediación:

Las partes pueden solicitar asesoramiento externo con la finalidad de mejorar su conocimiento acerca de sus propias alternativas siempre y cuando cumplan el principio de confidencialidad. Éste hace referencia a que toda la información obtenida en el contexto de las sesiones de mediación es privada y no puede revelarse fuera de este ámbito, excepto en casos que la ley así lo exija.

Voluntariedad en el proceso de mediación:

La participación de las partes en una mediación es totalmente voluntaria. En cualquier momento tanto las partes como el/la mediador/a se podrán retirar si así lo creen oportuno y dar por terminado el proceso.

Imparcialidad del mediador en el proceso de mediación:

El mediador/a es imparcial. Ello significa que el mediador/a no favorecerá a ninguna de las partes, durante el proceso de mediación.

Colaboración del proceso de mediación:

Las personas implicadas en el proceso, acuerdan participar de forma activa en la mediación, aportando la información necesaria para el acuerdo y cooperando de forma conjunta en la resolución del conflicto de que se trate.

Respeto y disponibilidad en el proceso de mediación:

Dentro del proceso, las partes implicadas acuerdan procurar un modo de comunicación abierto y respetuoso, esforzándose de modo activo en escuchar e intentar entender las reflexiones de la otra parte,.

Búsqueda de opciones en el proceso de mediación:

Aunque en la mediación deba revisarse información del pasado, las partes acuerdan esforzarse en buscar opciones futuras que les lleven a la resolución de su conflicto.

Entrevistas individuales:

Los/las mediadores/as podrán entrevistar individualmente a las partes cuando lo crean necesario, respetando la confidencialidad, del mismo modo que en las sesiones conjuntas. Los/as mediadores/as no revelarán en sesión conjunta la información que la parte entrevistada no desee revelar.

Suspensión de cualquier acción legal:

Durante el proceso de mediación las partes no iniciarán ni continuarán ninguna acción legal, ya sea ésta una demanda, una denuncia, la apertura de un expediente disciplinario u otras acciones.

Fdo. Parte nº 1: D/D^a.Fdo. Parte nº 2: D/D^a.Fdo. Mediador/a: D/D^aFdo. Co-mediador/a: D/D^aFdo. Observador/a: D/D^a

Lugar y Fecha

ACUERDOS FINALES

Expediente Nº.....

ACUERDO DE MEDIACIÓN

Datos personales:

Parte I: Nombre:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

Parte II: Nombre:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

Descripción de los hechos causa de la mediación:

.....

Acuerdos de mediación:

.....

Cláusula de Mediación:

En caso de cambio de las circunstancias que facilitaron el presente acuerdo, desacuerdos en la interpretación del mismo, o por petición de una o ambas partes, acordamos volver a Mediación para revisar el presente acuerdo.

Fdo. Parte nº 1: D/Dª.

Fdo. Parte nº 2: D/Dª.

Fdo. Mediador/a: D/Dª

Fdo. Co-mediador/a: D/Dª

Fdo. Observador/a: D/Dª

Lugar y Fecha

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Unidad de Mediación: Mediadores/as Fecha:

CUESTIONES GENERALES

1- UMS: Fecha: / /

2-Sexo:

Hombre	Mujer
--------	-------

3- Edad:

4- Trabajo:

5- Relación con el centro o institución:

Usuario	Trabajador/a <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
	Usuario <input type="checkbox"/>	

6- La impresión que le ha causado el espacio físico de la Unidad de Mediación Sanitaria (UMS) ha sido:

4 Muy buena	3 Buena	2 Aceptable	1 Mala
-------------	---------	-------------	--------

7- La accesibilidad a la Unidad de Mediación, ha sido:

4 Muy buena	3 Buena	2 Aceptable	1 Mala
-------------	---------	-------------	--------

8- El personal que le ha atendido en la Unidad de Mediación, lo ha hecho:

4 Muy bien	3 Bien	2 Aceptable	1 Mal
------------	--------	-------------	-------

9- La información que ha recibido acerca de la Unidad de Mediación Sanitaria, ha sido:

4 Muy buena	3 Buena	2 Aceptable	1 Mala
-------------	---------	-------------	--------

10- La información recibida sobre el Proceso de Mediación, ha sido:

4 Muy buena	3 Buena	2 Aceptable	1 Mala
-------------	---------	-------------	--------

11- El grado de comodidad que ha percibido durante el proceso, ha sido:

4 Muy cómodo/a	3 Cómodo/a	2 Aceptable	1 Incómodo/a
----------------	------------	-------------	--------------

12- El trabajo realizado por el/la mediador/a durante el proceso de gestión del conflicto, ha sido:

4 Muy bueno	3 Bueno	2 Aceptable	1 Malo
-------------	---------	-------------	--------

13- ¿Está satisfecho/a con la flexibilidad horaria de la Unidad de Mediación?

4 Muy satisfecho/a	3 Bastante satisfecho/a	2 Satisfecho	1 Insatisfecho
--------------------	-------------------------	--------------	----------------

14- El grado de satisfacción con el tiempo invertido en el proceso, ha sido:

4 Muy adecuado	3 Bastante adecuado	2 Adecuado	1 Inadecuado
----------------	---------------------	------------	--------------

15- ¿Cree adecuada una Unidad de Mediación en su centro?

4 Si, mucho	3 Si, bastante	2 Poco	1 Nada
-------------	----------------	--------	--------

16-Sugerencias:

--

*¡Gracias!
Le agradecemos la confianza que ha depositado en nuestro servicio de mediación.
Esperamos haberle sido de utilidad.*