

LA MEDIACIÓ EN L'ÀMBIT DE LA SALUT: UNA NOVA OPCIO ALTERNATIVA DE GESTIÓ DE CONFLICTES

*Imma Armadans**

Resum

En el context d'una societat complexa i canviant, es produeixen noves situacions conflictives, en l'àmbit de la salut, les quals poden ser gestionades a través d'una nova metodologia de resolució pacífica i alternativa de conflictes, anomenada mediació. A la mediació se li atribueix la capacitat de prevenir, resoldre i contenir els conflictes inevitables que es produeixen en les relacions interpersonals. Aquesta alternativa s'inspira en la promoció de la cultura de la pau i es per això que es descriu, en aquest treball, les seves característiques, el seu funcionament i algunes experiències aplicades en l'àmbit de la salut.

Paraules clau: mediació, salut, conflictes.

Abstract

Nowadays, where complexity and change are the daily life challenges of society, new conflict situations in the health sector are quite common. These conflict situations can be handled through a new methodology focused on a peaceful and alternative conflict resolution strategy, called mediation. Mediation has the capacity to prevent, solve and keep away the inevitable conflicts that take place in interpersonal relationships. In the present paper, this strategy, that get inspired by the promotion of the culture of peace, is tested in the health sector through the analyses of its characteristics and way of working.

Key words: mediation, health, conflict.

* Doctora i Professora de Psicologia Social. Universitat de Barcelona (Espanya).
Adreça electrònica: <iarmadans@ub.edu>.

INTRODUCCIÓ: ELS CANVIS SOCIALS EN L'ÀMBIT DE LA SALUT I ELS CONFLICTES

En les darreres dècades s'han produït canvis socials relacionats amb la salut, en la seva concepció i en com s'organitza i gestiona. El procés de transició demogràfica de la nostra societat, caracteritzat per un increment de persones grans, un descens de les taxes de fertilitat i una major longevitat, a la vegada, produeix una transformació social en diverses institucions –familiars, comunitàries, sanitàries, etc.–. Aleshores els serveis de salut es transformen, per a poder garantir les prestacions sanitàries de cobertura pública; vetllant perquè els recursos tècnics, econòmics i humans estiguin al servei dels ciutadans, segons criteris d'equitat, qualitat i eficiència.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el concepte de salut s'amplia incloent-hi la importància del benestar físic, psíquic i social, més enllà de l'absència de malaltia. L'augment de la longevitat contribueix també a aquesta ampliació del concepte de salut, així com la necessitat d'afegir més qualitat de vida, al llarg del cicle vital. Actualment no preocupa solament la malaltia sinó també l'estat de salut i, per tant, la seva promoció i prevenció en totes les dimensions possibles –física, psicològica, espiritual, social i biogràfica–. Com a conseqüència de tot això, els serveis de sanitat i el perfil del pacient es modifiquen en el sentit que ara parlem de «serveis de salut i del perfil d'un usuari-consumidor» d'aquests serveis (Broggi, 2003). I, per una altra banda, complementàriament a aquesta ampliació del concepte de salut, l'augment del nivell cultural de les societats occidentals incrementa les expectatives, les necessitats i la consciència de tenir drets sobre la prestació dels serveis de salut. Fet aquest que produeix, per exemple, desencontres en la relació clínica entre pacients i professionals de la salut, que cal superar mitjançant l'ajust entre les necessitats dels malalts i els objectius de la professió mèdica (Broggi, 2003).

Vinculat a això, també es produeixen canvis en les relacions entre professionals de la salut i pacients –potser els més evidents són els canvis en la relació metge-pacient– en els quals juga un paper molt important la gestió de la informació, la comunicació i l'actuació professional (Borrell, 2007). Així, doncs, estem davant d'una nova manera d'entendre la salut que modifica les relacions assistencials, de cura i laborals. Per una banda, s'han produït canvis en la gestió de la informació dels sistemes sanitaris, que s'intenten adequar a la nova interacció entre professionals de la salut i usuaris, garantint el tractament integral de la persona mitjançant el bon ús de competències tècniques i emocionals (Silver, 1999) i, per una altra banda, es produeix un procés de democratització del coneixement especialitzat del metge, que ha convertit aquest coneixement en més accessible per a la població, però també ha augmentat les actituds de qüestionament de les decisions mèdiques (Gaminde, 2002). Així mateix, els equips de treball mèdics

són cada cop més interdisciplinaris, amb multiplicitat d'interaccions entre professionals –infermeres, personal de gestió, metges, etc.– i tenen noves necessitats socials vinculades als recursos i/o a les estructures de funcionament. Es requereixen molts més metges dels que hi han i d'algunes especialitats, especialment com ara els pediatres o els ginecòlegs.

Un altre dels canvis als que assistim en aquests moments, té a veure amb la manera de proveir i pagar els serveis de salut, doncs l'augment dels costos ha incrementat, també, el control de la seva utilització i el nombre de demandes per imperícia mèdica, amb clares repercussions d'impacte en l'àmbit judicial i de la salut (Rodríguez, 2005). El costos en salut constitueixen un tema preocupant a nivell social, que es contradiu amb la consideració de la salut com un recurs que es pot optimitzar i promocionar. Aquest fet planteja la necessitat de regular, en un marc polític, prioritats, estratègies i finançament (Armadans i al., en premsa). A França, sense anar més lluny, s'intenten definir polítiques públiques per tal de conciliar les necessitats de salut i els seus costos, emergint un nou dret anomenat « mediació », complementari a la medicina i que permet conciliar demandes dels pacients i realitat econòmica (Azoux, 2003). Altres, pretenen un sistema sanitari eficaç (Gaminde, 1999). El dret a la salut i el de la seva protecció aplicable a qualsevol ciutadà sense condicions –sexe, raça, religió...– regulat per l'article 14 de la Constitució Espanyola (1978) estableix les bases per a l'existència d'una organització adequada, per a prestar una atenció integral a la salut, entesa tant des de la seua promoció i de la prevenció de la malaltia, com de la curació i la rehabilitació. A Catalunya, per exemple, es defineix la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP), distribuïda geogràficament per facilitar l'accessibilitat de la ciutadania, amb l'objectiu d'aconseguir la millora de l'eficiència i la qualitat assistencial. Vinculat a això es crea el *CatSalut* per tal de garantir les prestacions sanitàries públiques i de gestionar els recursos sanitaris, amb criteris de qualitat i eficàcia dels serveis prestats.

L'impacte dels moviments migratoris humans i la realitat multicultural també ha anat dibuixant un nou escenari, en les ciutats i països on les persones s'han anat establint. Per això, la OMS es fixa objectius cap a l'equitat en l'accés i el tractament dels serveis sanitaris, amb igualtat de necessitats i promou iniciatives com ara la Xarxa Internacional d'Hospitals promotors de salut, en la qual col·laboren programes com el *Migrant-friendly Hospitals* o *Hospitals in a culturally Diverse Europe*, recolzats per la Unió Europea (Iniasta i al., 2007). L'augment de la immigració i de la població immigrant implica una gran diversitat d'usuaris dels serveis de salut. Aquesta diversitat cultural és una font potencial de problemes entre personal sanitari i usuaris degut a: 1. Diferents idees sobre la vivència d'estar malalt i 2. Dificultats de comunicació. L'arribada de persones amb parles i codis diferents procedents de diversos països ha suposat i suposa, per als professionals de la salut, algunes dificultats afegides, entre elles les de

comunicació. Aquesta dificultat és més explícita en el període inicial de l'arribada de la població immigrada i contribueix de forma rellevant a fer més complexa la interacció en la relació assistencial i pot repercutir, fins i tot, en els estàndards de la qualitat del servei ofert.

Es clar que tots aquests canvis afecten a les organitzacions de salut, als governs i a la comunitat humana en general. Totes les situacions de canvi social inevitablement venen acompanyades de conflictes (Armadans i al., 2009, en premsa). Tots aquests canvis socials vinculats a l'àmbit de la salut, generen noves necessitats, socials i sanitàries i nous conflictes, que requereixen estratègies d'afrontament i gestió, davant l'evidència que algú o alguna cosa ha de canviar per tal de poder-se adaptar a la nova situació de canvi. Entre aquestes estratègies es troba la mediació que, en l'àmbit de la salut, pot ser una eina útil d'intervenció psicosocial –com ja s'ha demostrat en diverses experiències que descriurem més endavant– per tal d'ajustar les necessitats dels malalts i els objectius de la professió, de conciliar les necessitats de salut i els seus costos; és a dir, conciliar les demandes dels pacients i la realitat econòmica, de gestionar correctament la informació que es fa accessible a la població, de disposar de mecanismes de millora de la comunicació i de professionals amb competències emocionals i no solament tècniques, etc.

En la nostra societat complexa i canviant es clar que es produeixen noves situacions de conflicte vinculades a la salut. Així, doncs, totes aquestes situacions i canvis psicosocials plantejats poden ser gestionats a través d'una metodologia alternativa i pacífica, anomenada mediació, aplicada amb èxit en molts altres contextos i tipus de problemes (Villagrassa, 2004; De Diego i Guillén, 2006).

LA MEDIACIÓ EN L'ÀMBIT DE LA SALUT: UNA NOVA OPCIÓ ALTERNATIVA

La mediació com a concepte presenta dificultats quan volem incloure tots els matisos, les diverses visions i aportacions dels diversos autors que han ajudat a definir-la. Alguns l'entenen com una tècnica o forma d'actuar (Reina, 2004 citat en De Diego i Guillén, 2006), altres com una ampliació o una assistència en el procés de negociació, on hi ha una tercera persona neutral, sense poder en la decisió final (Moore, 1986). Els seus orígens es remunten a diverses tradicions culturals, on de manera més o menys institucionalitzada, serveix com a complement o alternativa als procediments administratius o judicials (Foldberg i Taylor, 1992). També, aquesta ha estat útil com a estratègia educativa i preventiva, per a resoldre diversos conflictes en diversos contextos (Villagrassa, 2004). Tanmateix, Folberg i Taylor (1984), citat en De Diego i Guillén (2006), ofereixen una

definició integradora d'aspectes, diferenciant-la d'altres intervencions com la terapèutica, l'arbitratge o la negociació.

La mediació s'inspira en la promoció de la cultura de la pau i contempla la prevenció, la resolució o la contenció dels conflictes que, per la seva condició d'inherència a l'ésser humà, es produeixen inevitablement en el sí de totes les relacions interpersonals (Ury, 2005). La pràctica de la mediació comprèn un camp molt extens i això impossibilita una definició estricta (Folberg i Taylor, 1992) però, en general, la mediació pot ser vista com la intervenció, principalment a través del llenguatge, en les relacions interpersonals i intergrupals amb l'objectiu d'ajudar a resoldre un conflicte (De Diego i Guillén, 2006).

En l'àmbit de la salut, els conflictes sorgeixen en situacions d'interacció social i això justifica, per tant, que l'**enfoc psicosocial** sigui el més adequat. Considerar la mediació des d'una perspectiva psicosocial significa tenir en compte el context i els processos psicosocials, que tenen lloc durant la seva aplicació i en els quals estan involucrades les relacions interpersonals, les emocions, la comunicació verbal i no verbal, els efectes de la influència social, el poder i l'estatus de les parts. A més, no podem oblidar que la resolució dels conflictes en general, i la mediació, més concretament, no poden excloure cap aportació disciplinària, ni en la seva intervenció, ni en la seva filosofia, sempre que aquesta aportació ajudi a entendre i a gestionar els conflictes (Giralt i Miguel, 2004).

Així doncs, de la mediació es pot dir que és un procés amb característiques específiques, confidencial, voluntari i estructurat de gestió i resolució de conflictes, que ha de servir per a dues o més parts, en les que intervé una tercera persona, imparcial, a través de la qual es poden tractar els conflictes més diversos (Diego Vallejo i Guillén Gestoso, 2006). Per exemple Reina (2004; citat en Diego Vallejo i Guillén Gestoso, 2006) comenta que es poden tractar conflictes, entre molts d'altres, ubicats en els centres de salut entre pacients i personal sanitari. Així, els canvis socials i sanitaris en l'àmbit de la salut generen noves necessitats d'afrontament de situacions difícils de relacions interpersonals amb problemes de violència, com es el cas de les denúncies per males praxis o les agressions a professionals sanitaris.

Concretament, en l'àmbit de la salut, la mediació suposa una nova manera de regulació social, per tal d'intervenir en la resolució dels conflictes en la comunicació, en l'educació i en la seguretat personal o equilibri psicològic, per afrontar totes aquelles relacions interpersonals difícils (Bonafé-Schmitt, 2007). A més, implica la creació d'una nova cultura potenciadora de la responsabilitat i el diàleg com una nova forma d'entesa social (Faget, 2001; citat en Villagrasa, 2004). Significa una alternativa a la violència, a l'auto-ajuda o el litigi i a les diverses metodologies adversarials. Tanmateix, però, el coneixement de la mediació i la seva implementació en l'àmbit de la salut és un fenomen emergent, que ha anat rebent diverses denominacions –«mediacions psicològiques», «mediacions

interculturals», «mediacions sanitàries», etc.–, ubicades en diferents serveis de salut –urgències, atenció socio-sanitària, atenció comunitària, etc.– (Bonafé-Schmitt, 2007).

La mediació com a metodologia per a la resolució pacífica dels conflictes, és una opció viable i pertinent, doncs es basa en una lògica de col·laboració i de potenciació de la millora en la relació clínica –i, per extensió, en totes les relacions interpersonals o grupals que tinguin lloc a l'àmbit de la salut– que s'oposa a la lògica de la confrontació judicial (Bonafé Schmitt, 2007; Font, 2001). I cal recordar que la nostra societat és, tradicionalment, una societat litigiosa (Palomo, Santos, Ramos i Ortiz, 2008) i bona prova d'això és l'augment de les reclamacions per l'assistència sanitària i l'augment de les demandes per errors mèdics (Rodríguez, 2005). Decastello (2008) presenta la mediació com una alternativa per a resoldre disputes en l'àmbit de la sanitat. Tanmateix l'autora destaca els seus avantatges enfront els processos judicials, després d'haver fet una revisió de l'experiència obtinguda, des de la seva irrupció en la legislació a Hongria. També, assenyalava que caldrien esmenes en la situació legal i la implicació de les assegurances mèdiques, per a què la seva implantació fos més satisfactòria, així com també s'haurien de regular la formació dels experts en mediació i el seu reconeixement per part de les institucions i asseguradores.

La mediació, en l'àmbit de la salut, hauria de permetre la **gestió del canvi** i l'**acompanyament** de les persones en els processos de prevenció, resolució, transformació o contenció de les situacions de conflicte. L'aplicació en aquest àmbit ofereix una alternativa necessària, per a la gestió pacífica dels conflictes de la convivència en el sí de les organitzacions i en la prestació dels serveis de salut.

En l'àmbit de la salut, la mediació ha de ser també una eina per a la prevenció, transformació, resolució o contenció de situacions conflictives de les relacions entre els professionals de la salut o agents implicats en la prestació dels serveis de salut –conflictes organitzacionals– o entre els professionals de la salut o prestadors dels serveis de salut i els ciutadans usuaris o receptors d'aquests serveis –conflictes derivats de la relació dels professionals de la salut-usuaris, etc.– Les organitzacions de salut són molt complexes, amb molts actors i de molts diversos tipus i amb un component emocional molt alt, present en els conflictes que es produeixen en elles. Aquest tret diferencial de les organitzacions de salut té a veure amb la vulnerabilitat que acompanya les situacions i els processos de malaltia, però també amb el fet que els professionals de la salut sovint han de treballar en unes condicions laborals difícils, sota pressió i amb el factor temps en contra. També, moltes vegades, es troben en situacions on cal atendre molta quantitat d'usuaris o amb el fet que els resultats esperats per la societat, en general, i pels usuaris, en particular, van més enllà, de les possibilitats que ofereixen els recursos sanitaris disponibles.

La mediació presenta alguns avantatges respecte d'altres mètodes de resolució de conflictes: evita la via judicial, els seus costos són menors i la seva aplicació és més ràpida, cuida les relacions entre les persones i és preventiva, doncs centra els seus esforços en resoldre el problema de fons (Wall, Stark i Sandifer, 2001; Diego Vallejo i Guillén Gestoso, 2006). Les principals característiques del seu funcionament requereix la disposició i la voluntarietat de les parts per tal de participar en la mediació, així com la necessitat de cooperació en el procés de transformació i/o en la resolució del conflicte, esdevenint fonamental la imparcialitat i la neutralitat del mediador (Armadans i al., en premsa).

Ara bé, la mediació en l'àmbit de la salut té límits i la seva aplicació no pot ser universal. Es probable que ens trobem amb casos, en què la intervenció de la mediació sigui més difícil, quan hi han assumptes penals addicionals, responsabilitat civil greu, violència, vulneració dels drets fonamentals, etc. De fet quan, en la situació de conflicte, hi ha un desequilibri del poder que té cada part o el mediador no està suficientment preparat, existeix un risc potencial que la intervenció de la mediació no sigui exitosa i es desaconsella utilitzar-la (Saam, 2009). En aquests casos és quan es necessari utilitzar altres instàncies administratives, judicials o deontològiques de manera complementària o, si fos el cas, plantejar l'aplicació de la mediació des del paradigma de la justícia restaurativa o reparadora, tal com ja s'utilitza en la mediació penal (Manzano, Soria, Armadans, 2008).

També cal dir que el mediador ha de poder detectar aquelles situacions, en què alguna de les parts o ambdues tenen alguna patologia o problemàtica de base (depressió, trastorn de personalitat, etc) que impedeix dur a terme la mediació o dificulta el seu desenvolupament. Aleshores, es recomanable ajornar-la fins el moment en què la persona estigui tractada i recuperada. El mediador també ha de poder reconèixer les seves limitacions personals, en el procés de la mediació i derivar la mediació a un altre professional, si creu que s'han perdut les condicions de neutralitat o equidistància i imparcialitat quan, per empatia o allunyament vers alguna de les parts o, per raons personals, arriba a implicar-se massa en el procés.

Des de fa un temps es ve insistint en l'aplicació de la mediació per resoldre queixes dels usuaris-consumidors de salut i disputes, per mala praxi mèdica o la seva percepció com a tal. D'aquesta manera, la mediació esdevé una opció viable per millorar la qualitat del servei prestat, evitant posteriors complicacions, així com també es busca estendre les aplicacions i el seu ús en casos reals d'insatisfacció, amb el servei o mals entesos en les pràctiques mèdiques (Skjorshammer, 2001). També en la literatura, la mediació es veu com una part dels nous sistemes i procediments per a la gestió del conflicte entre professionals i usuaris en un hospital, contribuint a una millor gestió dels canvis i utilitzant el diàleg, com a eix central de les intervencions en la relació clínica (Currie, 1998). Destaquem també que alguns estudis demostren que quan s'entrena als professionals de la

salut en mediació, millora el tracte amb els usuaris en el servei de salut i s'actua preventivament davant els costos de possibles litigis (Saulo i al., 2000). El factor crític que influeix en l'èxit o el fracàs de totes les relacions que es donen en el sí de qualsevol organització de salut, és la capacitat per a resoldre conflictes de manera cooperativa i creativa, gestionant els canvis que, inevitablement, es produeixen (socials, polítics, econòmics, culturals, relacionals i organitzacionals).

MODELS DE MEDIACIÓ I EXPERIÈNCIES DE MEDIACIÓ

En la literatura sobre mediació trobem diferents models per tal d'entendre i practicar la mediació. Cadascun d'ells podria ser aplicable, en quant a procediment, en el nostre àmbit: 1) el «Model Tradicional-Lineal» (Harvard): el mediador es centra en ajudar les parts a sortir de les seves posicions per a la resolució del problema, generant opcions beneficioses per a tothom; 2) el «Model Transformatiu» de Busch i Folger: el mediador busca la transformació del conflicte i s'orienta a assolir canvis en les relacions socials, augmentant el poder i el reconeixement de les parts; 3) el «Model Circular-Narratiu» de Sara Coob: el mediador facilita a les parts la gestió del conflicte, ajudant-les a canviar les seves històries i els seus punts de vista respecte a la vivència del seu conflicte, orientant-se cap a la reflexió i el canvi en les pautes de comunicació; 4) Soletó i Otero (2007), parlen del «Model Tòpic» que, sense excloure els altres models, es basa en la discussió que es produeix entre les parts en conflicte, pel bé o el dret que ambdues es disputen; 5) C. Rodríguez (2005), parla del «Model Multipart» com el resultat de l'aplicació del procés mediador en grups, definint-lo com el mètode de comunicació entre tres o més parts; 6) Darrerament es planteja la possibilitat de desenvolupar una nova forma de mediar els conflictes utilitzant la «Mediació Appreciativa» dins d'un nou paradigma i des d'una filosofia també novedosa, la qual consisteix en apreciar i valorar els aspectes positius i/o en la utilització dels diàlegs apreciatius. Aquest tipus de mediació es basa en anar més enllà de la resolució del conflicte, proporcionant als participants un mètode per transformar la seva pròpia definició de la realitat i amb això millorar els canals de comunicació. Inicialment es va desenvolupar en l'àmbit socio-organitzacional i empresarial però després s'ha aplicat en altres àmbits i contextos (Amat, Barreiro i Tatter, 2006, Estudi «Medimayor»).

En base a aquests models, podem inferir que la mediació en l'àmbit de la salut no ha de produir-se d'una única manera i que, en moltes ocasions, el procediment triat com a òptim dependrà de la situació conflictiva que requereixi la mediació i dels actors involucrats en la mateixa. Es una opció de futur comprovar i avaluar els resultats de les diferents aplicacions encara emergents i poc nombroses, en l'àmbit de la salut.

MEDIACIÓ EN L'ÀMBIT SOCIO SANITÀRI

L'impacte de l'envelliment, juntament amb els canvis socials i demogràfics de les últimes dècades, configura un nou panorama de necessitats socials i sanitàries en l'assistència socio sanitària. La mediació suposa una resposta adequada i eficaç per a gestionar diferents conflictes vinculats a la situació de dependència (Munuera, 2006), ofereix una alternativa necessària per a la gestió pacífica dels conflictes en les relacions de convivència entre professionals de la salut, cuidadors, familiars i usuaris, en diferents entorns: hospitals, centres de dia, residències, etc. (Bertschler i Cocklin, 2004). Des de l'educació social, context proper al nostre propòsit, la mediació en l'àmbit de les persones grans és entesa com un procediment pacífic i pacificador que genera dinàmiques cooperatives centrades en el diàleg. També es presenta com una relació d'ajut, que no es centra solament en els fets sinó, també, en els sentiments que s'evoquen al llarg del procés (Mañós, 2002).

En el marc d'una investigació subvencionada pel *Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales* (IMSERSO) es realitzà el programa pilot «Medimayor», a Catalunya i al País Basc, entre els mesos de gener i desembre de 2007, coordinat per la Universitat de Barcelona i amb la participació de la Universitat Ramon Llull i la del País Basc (Armadans i al, 2008). Aquest fou un treball pioner a l'estat espanyol on, per primera vegada, es plantejà una recerca aplicada de mediació, per a ser útil per a les persones grans i altres interactuants presents en l'àmbit socio-sanitari.

El programa fou dissenyat i aplicat per a poder transformar situacions de conflicte, en els centres socio-sanitaris, on hi estaven implicats els usuaris, els familiars i els professionals de salut. Des del paradigma apreciatiu i transformador es va voler demostrar la potencialitat de la mediació com a eina de gestió del conflicte, per aconseguir la millora de la convivència i la construcció de relacions positives. Així, els objectius del programa es van concretar en crear un ambient d'estima i confiança, facilitar la presa de decisions consensuades, dels problemes, treballar la cooperació entre els implicats i oferir un espai per analitzar els conflictes, i negociar-los. El programa es va adaptar a les característiques de l'entorn on havia de ser aplicat, desenvolupant sis sessions de treball, on s'utilitzaven dinàmiques, jocs i tècniques de mediació, conduïdes per un mediador professional neutral. Això va implicar incidir en la cultura de la mediació, ja que el 95% dels participants varen respondre afirmativament a la pregunta de si recomanarien el programa en un futur. Així, doncs, els resultats varen permetre l'expressió i exteriorització de problemes i conflictes latents i, d'aquesta manera, es varen poder construir nous significats socials positius i els participants varen aprendre a gestionar millor les seves diferències (Armadans i al., 2008).

Els principals resultats d'aquesta experiència tal com il·lustra la taula següent, es concreten en un aprenentatge conscient dels participants respecte als canvis aconseguits com a conseqüència de l'aplicació del programa, respecte a la comprensió de necessitats, millora de la comunicació, desenvolupament de les capacitats i confiança en resoldre situacions difícils.

TAULA 1
*Resultats de «Medimayor» segons els seus usuaris
 en una escala de valoració d'0 a 10*

Item	Cornellà		Molins de Rei		País Basc		Total Mostra	
	MTJ	DE	MTJ	DE	MTJ	DE	MTJ	DE
Comprendre les necessitats, desitjos i valors de cadascú.....	8,15	1,864	8,93	1,486	6,56	1,632	7,84	1,916
Millorar la comunicació i la comprensió.	8,54	1,391	8,47	1,125	6,94	1,731	7,93	1,605
Desenvolupar algunes habilitats per a la cooperació i la negociació.	8,31	1,702	7,87	2,232	7,13	1,586	7,73	1,885
Assumir la responsabilitat dels propis actes i les seues conseqüències ...	8,69	1,702	8,20	1,781	6,69	1,250	7,80	1,773
Creure en les nostres possibilitats per a transformar les situacions difícils	8,15	1,908	8,13	2,100	7,00	1,713	7,73	1,945

MTJ: mitjana; DE: desviació estàndard.

MEDIACIÓ INTERCULTURAL

Com ja s'ha comentat, l'impacte dels moviments migratoris i la realitat multicultural genera una diversitat d'usuaris, en els serveis de salut, afavorint l'aparició de conflictes i tensions en les interaccions entre professionals i usuaris. En aquest sentit, amb l'objectiu de millorar l'atenció a la població immigrant, el Pla Director d'Immigració (PDI): (<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2050/index.html>) estableix, –a Catalunya– actuacions en els àmbits de l'acollida, la mediació i la formació, adequant-se a la realitat de cada territori, mitjançant les Regions Sanitàries i els futurs Governos Territorials de Salut. Per

tal de resoldre aquelles problemàtiques, derivades de la immigració i associades a l'àmbit de la salut, reduint els desavantatges dels immigrants per accedir als serveis de salut, adaptant el sistema sanitari a la nova realitat donant resposta a les noves necessitats plantejades, interpretant-los i informant sobre les diferents percepcions, actituds i coneixements originats per diferències culturals, socials o lingüístiques entre els professionals i els immigrants, el PDI respon als objectius de garantir per a tothom l'equitat en l'accés i la prestació dels serveis sanitaris, fent de la salut un dret universal.

Així, doncs, la mediació intercultural abastaria tres dimensions: la gestió dels conflictes generats per la diversitat cultural (mediació reactiva), l'accessibilitat i adequació dels serveis a les necessitats dels nous usuaris (mediació preventiva) i la promoció de relacions adequades entre grups culturalment diversos (mediació proactiva) (Coehn, 2003). Cal considerar experiències desenvolupades en l'àmbit de la salut a Catalunya (Barcelona), com es l'experiència pionera del Hospital del Mar (Iniesta, 2007), la qual s'inicia a l'any 2003 com una acció transversal ofertada a tots els professionals i usuaris de qualsevol àrea de l'hospital que ho requereixi. Actualment aquesta experiència compta amb un equip de cinc professionals que han prestat atenció aproximadament a cinc mil usuaris, en diverses intervencions, com a mediació preventiva, acompanyament, mediació mèdica, mediació religiosa, mediació amb infermeria i informació respecte recursos sanitaris i socials. La valoració d'aquesta experiència es totalment positiva i necessària per a la millora de la qualitat assistencial en una societat com la nostra, tan diversa culturalment.

Fins el moment, totes les experiències desenvolupades en mediació intercultural, en Espanya, s'han orientat a l'atenció d'usuaris procedents de la immigració. Però, estimen que no únicament hauria de restringir-se a aquest nivell socioeconòmic sinó que hauria de focalitzar-se en tot tipus d'usuari, entenent que un sistema de salut de qualitat ha de satisfer les necessitats interculturals de qualsevol persona, així com les dels professionals del sistema: la mediació intercultural, aplicada per un professional com a competència específica dels propis professionals, pot ser una òptima estratègia d'interlocució.

EL FUTUR DE LA MEDIACIÓ EN L'ÀMBIT DE LA SALUT

La mediació en el sistema sanitari té una implantació molt recent a Espanya i a Catalunya encara es molt minoritària. El primer servei de mediació sanitària establert a Catalunya del que se'n té coneixement es va implementar a l'Hospital de Terrassa. Aquest, en un primer projecte, va funcionar com un servei intern de l'Hospital cap al 2004 i obert a oferir mediació familiar, comunitària i sanitària. En un segon projecte, i fins el 2006, es va establir un conveni amb la Caixa de

Terrassa i l'Hospital, per tal d'orientar el servei per casos amb un nivell lleu d'agressivitat o de violència domèstica.

Existeixen, però, actualment iniciatives sorgides des d'alguns centres hospitalaris (Consorti Sanitari Integral, Consorci Hospitalari de Terrasa...), així com de l'interès d'algunes institucions com l'Institut Català de la Salut (ICS), per desenvolupar un projecte a diferents hospitals públics. L'objecte d'aquestes experiències se centra en poder oferir un recurs alternatiu, per ajudar en la gestió de diferents conflictes interpersonals, amb diferents actors implicats (metge, infermeres, treballadors socials...) ubicats en diferents serveis (urgències, atenció primària, hospitals, entre d'altres). Totes aquestes experiències es caracteritzen, probablement, per el seu valor qualitatiu més que no per la quantitat de conflictes atesos. Tanmateix, s'estan desenvolupant experiències de formació i actuacions de suport en tècniques de gestió alternativa de resolució de conflictes, en diversos espais de salut, que col·laboren en la tasca de generar una cultura de la pau, on la mediació hi té un lloc molt especial.

La mediació ha de poder donar resposta, en el futur, a les noves necessitats socials, sanitàries i de salut que la nostra societat actual requereixi, així com ha de respondre a la concepció de salut ja esmentada definida per la OMS. Es clar que els canvis socials estan associats a l'emergència de nous conflictes, vinculats a les organitzacions de salut, als seus professionals i als seus usuaris i aquests han de ser afrontats amb estratègies pacificadores, per tal d'evitar les vies judicials o les agressions als professionals de la salut. Tal com ja va assenyalar Floyer (2003) sempre que hi han canvis hi han conflictes, doncs cal plantejar-se «qui ha de canviar» o «què ha de canviar», per adaptar-se a les circumstàncies. Així com la salut ha de ser una corresponsabilitat compartida per polítics, institucions, professionals i usuaris i un recurs a optimitzar, també la mediació ha de ser una opció voluntària, amb la idea d'aprofitar totes les seves avantatges per a la gestió dels conflictes des de la prevenció, tractament i contenció, com hem dit. Malgrat que el panorama es complex –per la quantitat d'actors socials implicats i espais involucrats– resulta altament esperançador, per la recent conscienciació del govern de Catalunya i del departament de Salut, com ho demostra el projecte del «Llibre Blanc de la Mediació» (<http://idt.uab.cat/lilibreblanc>) on, precisament, es treballa actualment en un projecte de recerca, per aconseguir conèixer l'estat d'implantació de la mediació a Catalunya, per tal de poder presentar una proposta i recomanacions de bones pràctiques, en l'aplicació de la mediació en aquest àmbit i on hi està implicada l'autora d'aquest article.

Així, doncs, l'aplicació de la mediació en l'àmbit de la salut ha de poder atendre els diferents agents implicats (organitzacions, professionals, familiars, usuaris... etc.) i considerar les seves necessitats per anar cap a un sistema de salut de qualitat. Per exemple, en la mediació intercultural s'haurien de poder satisfer les necessitats interculturals de qualsevol usuari o professional, més enllà de

considerar l'impacte de la immigració. En el cas de la mediació implementada en l'àmbit socio-sanitari s'hauria de promoure una acció preventiva i educativa, per a fer front als problemes i a les tensions generades en la convivència entre persones grans, professionals de la salut, cuidadors, familiars, entre d'altres, per tal d'evitar possibles situacions de violència o maltractament (Giró, 2007). I, per últim en la mediació en l'àmbit de la salut, aplicada en organitzacions de salut (hospitals, centres d'atenció primària...) seria molt útil que la mediació acompanyés les situacions de canvi i de necessitat de consens i convivència, entre els diferents professionals i els usuaris, per tal d'utilitzar l'estratègia de la paraula i el diàleg (base de la mediació), com una alternativa de futur molt poderosa enlloc d'utilitzar vies litigioses, les quals ocasionen majoritàriament danys morals, costos emocionals i socials. Així, doncs de les decisions adoptades respecte el futur de la mediació, en l'àmbit de la salut, en depèn els resultats per a la convivència pacífica i saludable entre els diferents actors involucrats (professionals, usuaris, etc.), així com la qualitat dels serveis de salut i el sistema sanitari.

REFERÈNCIES

- AMAT, P., A. BARREIRO i M. TATTER (2006): «Hacia un nuevo paradigma: La mediación apreciativa», *Jornadas de Diálogos apreciativos: el socioconstruccionismo en acción*, Oñati, 10-11 abril.
- ARMADANS, I. i al. (2008): *La mediación como instrumento de gestión del conflicto en el ámbito de las personas mayores y autónomas* [informe de investigación]. <<http://www.publicacions.ub.es/doi/documents/236.pdf>>.
- ARMADANS, I., A. ANEAS, M. A. SORIA i L. BOSCH (2009, en premsa): «La mediación en el ámbito de la salud», *Medicina Clínica (Barc)*. doi:10.1016/j.edcli.2008.11.026
- AZOUX, L. (2003): «Un nouveau droit des malades: la médiation», *Médecine & Droit*, 62-63, 159-161.
- BERTSCHLER, P. i L. COCKLIN (2004): «Truce!», *Using Elder Mediation to resolve Conflict among families, seniors and Organizations*. Ohio, NCS Publishing.
- BONAFE-SCHMITT, J. P. (2007): *La ou les mediations dans le domaine de la santé. Mediation et Santé* [ponencia]. Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel, dans le cadre d'une collaboration entre l'IDS et le CEMAJ (<<http://www2.unine.ch/cemaj/page20081.html>>).
- BORRELL, F. (2007): «La relación médico paciente en un mundo cambiante», *Humanitas Humanidades médicas*: número 15 [revista electrónica] [Consulta 12-10-2008] Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero15/articulo.pdf>.

- BROGGI, M. A. (2003): «Gestión de los valores ocultos en la relación clínica», *Medicina Clínica (Barc)*, 21, 705-709.
- COEHN-EMERIQUE, M. (1993): *La médiation Interculturelle: la médiation assurée par les femmes-relais*. Acuellir.
- CURRIE, C. M. (1998): «Mediation and Medical Practice Disputes», *Mediation Quarterly*, 15 (3), 215-226.
- DECASTELLO, A. (2008): «Mediation in health», *Hungarian Medical Journal*, 2 (2), 193-199.
- DE DIEGO, R. i C. GUILLÉN (2006): *Mediación. Procesos, tácticas y técnicas*. Madrid, Pirámide.
- FOLGER, J. i A. TAYLOR (1992): *Mediación. Resolución de conflictos sin Litigio*. México, Limusa.
- GAMINDE, I. (1999): «Priorities in healthcare: A perspective from Spain», *Health Police*, 50, 55-70.
- GAMINDE, I. (2002): «La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes», en *Informe Sespas*, 567-580.
- GIRALT, P. i S. MIGUEL (coords.) (2004): *Mediació comunitària i transformació social. Conceptualització i pràctiques Europees*. Barcelona, Fundació Pere Tarrés.
- INIESTA, C., A. SANCHO, X. CASTELLS i J. VARELA (2007): «Hospital orientado a la multiculturalidad. Experiencia de mediación intercultural en el Hospital del Mar de Barcelona», *Medicina Clínica (Barc)*, 130, 472-475.
- MANZANO, J., M. A. SORIA i I. ARMADANS (2008): Elaboración de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de un programa de mediación penal (CSM-P). *Psicothema*, 20 (3), 474-480.
- MAÑÓS, Q. (2002): «La mediació en l'àmbit de les persones grans», en C. Sánchez-Valverde (coord.): *Quaderns d'educació social: Un present a incorporar, un futur a descobrir*, 1, 55-78.
- MOORE, C. (1986): *El proceso de mediación: métodos prácticos para la resolución de conflictos*. Barcelona, Granica.
- MUNUERA, P. (2006): «Mediación en situaciones de dependencia: Conceptos claves y marco jurídico relevante», *Acciones e investigaciones sociales*, 1, 262-263.
- PALOMO, J. L., I. M. SANTOS, V. RAMOS i P. M. ORTIZ (2008): «El médico en el estrado. Recomendaciones para comparecer como perito en los tribunales», *Medicina Clínica (Barc)*, 130, 536-541.
- RODRÍGUEZ, C. (2005): «Innovaciones de la mediación: La mediación multiparte. Aplicaciones de la mediación al trabajo con grupos», *Trabajo Social hoy*. Primer semestre, 135-145.

- SAAM, N. J. (2009, en premsa): «Intervention in workplace bullying: A multilevel approach», *European Journal of work and Organizational Psychology*. DOI: 10.1080/13594320802651403.
- SAULO, M. i R. J. WAGENER (2000): «Mediation Training Enhances Conflict Management by Healthcare Personnel», *The American Journal of Managed Care*, 6 (4), 473-483.
- SILVER, E. (1999): «La información de los sistemas sanitarios y de los pacientes», *Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura*, 16, 19-22.
- SKJORSHAMMER, M. (2001): «Conflict Management in a hospital», *Journal of Management in Medicine*, 15 (2), 156-166.
- SOLETO, H. i M. OTERO (2007): *Mediación y Solución de Conflictos. Habilidades para una necesidad emergente*. Madrid, Tecnos.
- URY, W. (2005): *Alcanzar la paz. Resolución de conflictos y mediación en la familia, el trabajo y el mundo*. Barcelona, Paidós.
- VILLAGRASA, C. (coord.) (2004): *La mediación. L'alternativa multidisciplinària a la resolució de conflictes*. Barcelona, Universitat de Barcelona. Ed. Pòrtic.
- WALL, J., J. B. STARK i R. L. SANDIFER (2001): «Mediation. A current review and theory development», *Journal of Conflict Resolution*, 45, 370-391.

ASSAIGS
