La gestión de los conflictos en las organizaciones de salud: hora de innovar

Algunas preguntas y una propuesta posible

por **MARISA AIZENBERG**[1] y **ANA INÉS DÍAZ**[2]

I | Resumen

El abordaje sistematizado de los conflictos sanitarios permitirá iniciar el camino hacia su resolución mediante la creación de dispositivos de incidencia colaborativa que actúen tanto en el sistema de salud como en el judicial, para la construcción de nuevas formas de gestión que deben incorporar las organizaciones de salud para evitar —o solucionar en su caso— los posibles conflictos que puedan surgir dentro del marco de la asistencia sanitaria, y dar una alternativa a la vía judicial tradicional, recuperando el lugar del diálogo y la comunicación en la relación equipos de salud-pacientes.

(1) Abogada, Directora del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho (UBA).

(2) Abogada, Directora del Instituto de Derecho de la Salud del Colegio de Abogados de Mar del Plata.

2

Los actuales avances científicos y tecnológicos, junto al desarrollo de sistemas de protección social, permitieron aumentar los índices de esperanza de vida de la población. Por su parte, la relevancia adquirida en las últimas décadas por los determinantes sociales de la salud (saneamiento, educación, trabajo, vivienda, legislación) logró alcanzar mejoras también en términos de cantidad y de calidad de vida de las personas, a pesar de la persistencia de inequidades entre países y hacia el interior de los mismos.

El sistema de salud pone a disposición de los pacientes y usuarios más y mejores métodos de diagnóstico y tratamiento. La sociedad informada exige de sus profesionales y prestadores atención de calidad brindada en tiempo oportuno. La legislación sectorial proclama estatutos con eje en la autonomía personal, donde cobra importancia la ampliación de derechos y el ejercicio de la autodeterminación para alcanzar los propios proyectos vitales, quebrando el paradigma de un modelo paternalista, de épocas relativamente recientes.

Irrumpe en este escenario un aumento de las reclamaciones judiciales en búsqueda de la concretización de estos derechos consagrados legislativamente —o no—, y la judicialización de la salud se transforma así en una realidad tangible. Argentina transita un modelo de sociedad litigiosa que genera una lógica de confrontación judicial, que ha "rutinizado" la vida cotidiana y, según algunos autores, resulta parte del proceso vital para los mecanismos psicológicos mediante los cuales un sentido de confianza o de seguridad ontológica es sustentado en las actividades prácticas de la vida social.[3]

En el transcurrir de este proceso, que a manera de síntoma revela la existencia de una problemática subyacente más profunda, se observan consecuencias no queridas que se traducen en la profundización de las inequidades y, con ello, la falta de acceso al sistema de salud y de justicia de los sectores sociales más vulnerables y desprotegidos, privilegiándose a aquellos que poseen mejores medios y posibilidades de obtener información para el ejercicio de sus derechos.

(3) Giddens, Anthony, "Rutinización y motivación", en *La Constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Bs. As., Amorrortu Editores, 1998.

Bajo este contexto se produce, además, un aumento anómalo de fenómenos de violencia y agresiones hacia los profesionales del equipo de salud que han contribuido a agravar la problemática, junto al creciente disgusto de la ciudadanía respecto de la atención recibida.

El sistema judicial se encuentra colapsado, carece de medios técnicos para abordar con la profundidad debida los temas puestos a su consideración y afrontar, asimismo, el volumen de casos que se presentan en materia de reclamos. Al mismo tiempo, observamos cómo los litigios se multiplican, los procedimientos tienden a alargarse y los gastos ocasionados por dichos procesos aumentan a la par de la insatisfacción de todos los usuarios del sistema.(4)

Otro factor a tener en cuenta es la cantidad y complejidad de los textos legislativos que hacen muy particularmente a nuestra disciplina, el derecho de la salud, situación que dificulta el acceso a la justicia, sumándose a ello otras cuestiones que no resultan menores, derivadas de los conflictos de las leyes en relación al tiempo y al espacio, en función de la inflacionada cantidad de normas que se dictan en este ámbito y de las diferentes jurisdicciones competentes en nuestro un país. Argentina, como nación, se ha constituido a partir de la delegación de potestades efectuada al gobierno central por parte de las provincias que la preexistieron como tal. En este sentido, recordamos que la legislación en materia sanitaria ha quedado reservada a cada una de las diferentes jurisdicciones. Así, provincias y municipios destinan diferentes planes y programas al área de salud, muchas veces superpuestos unos con otros, sin que logren visualizarse acciones efectivas destinadas a su correcta articulación.

Los hechos descriptos tienden a provocar que las organizaciones de salud deban soportar elevados índices de judicialización, distorsionando el logro de sus objetivos esenciales que es proteger y dar amparo a sus beneficiarios. Por su parte, los ciudadanos miran con desconfianza al sistema de salud y deciden, entonces, dejar en manos de la justicia la posibilidad de lograr la efectividad de sus derechos.

(4) Aizenberg, Marisa, "La gestión de los conflictos en las organizaciones de salud como respuesta a la judicialización sanitaria", en *La Ley Suplemento de Actualidad*, 10/11/2011.

El conflicto —planteado en estos términos— deja de ser un acto aislado para integrarse al proceso de atención, aparece la "rutinización" de los reclamos vinculados a prestaciones sanitarias interpuestas por pacientes que procuran obtener la protección judicial de sus derechos, y así aparece una dinámica de funcionamiento con respuestas propias que generaliza los problemas y se instala en las organizaciones de salud para continuar debilitando, aún más, la confianza entre los actores del sistema.

Por su parte, expertos en facilitación de resolución de conflictos en contextos complejos alertan sobre otros aspectos a tener en cuenta. El conflicto siempre resulta caro, no solo en términos de honorarios profesionales o pérdidas de producción y salarios, sino que también hace perder tiempo, energía, relaciones y salud.[5]

Aparecen entonces los primeros interrogantes: ¿Qué hacer frente a un conflicto sanitario? ¿Solo una acción de amparo puede resolver el acceso al cuidado de la salud de un individuo? ¿Corresponde al Poder Judicial dirimir cuestiones vinculadas a las políticas públicas sanitarias?

Estas preguntas plantean problemas que tienen diferentes abordajes e involucran aristas políticas, jurídicas, sanitarias, económicas, normativas e, incluso, cuestionamientos de orden bioético, entre los que se encuentra el clásico debate entre demandas, derechos y recursos, en términos de justicia distributiva, cuyo tratamiento excede obviamente los temas que pretendemos abordar en estas breves líneas, pero no podemos dejar de señalar.

Surge así la existencia de contextos sanitarios complejos y las contingencias que de ellos se derivan implican, en sí mismos, un **alto grado de vulnerabilidad existencial** porque son **espacios** donde se ponen en juego la vida o la calidad de vida, donde los profesionales que integran el equipo de salud trabajan bajo una fuerte presión, con tiempos exiguos, sobrecarga de información y trabajo, escasos recursos disponibles, falta de conocimiento en materia de normas aplicables, altas expectativas sociales y si a ello sumamos el incremento de demandas judiciales, aparece el temor legal como condicionante en la toma de decisiones sanitarias.

Es así que **todos los actores del espacio de salud** se ven afectados en mayor o menor medida: los usuarios y familiares no han podido sentirse comprendidos,

(5) Acland, Andrew F., *Cómo utilizar la mediación para resolver conflictos en las organizaciones*, Beatriz López (trad.), Bs. As., Paidós, 1993.

escuchados, por el contrario, se consideran maltratados, con escasa o nula información sobre la propuesta terapéutica o los fundamentos del rechazo de una cobertura en su caso; los agentes del sistema de salud no han podido explicar, dar información adecuada, adaptar la legislación vigente a sus prácticas u ofrecer, si así correspondiere, algún tipo de reparación y, también, pueden sentirse maltratados por la misma presión laboral.(6)

Por su parte, el pretendido cambio de paradigma en la relación médico-paciente-familia, desde aquel modelo médico hegemónico hacia otro basado en la autonomía del paciente, no ha podido encarnarse en la práctica asistencial y el paternalismo es ejercido hoy desde el propio sistema de salud que impone tanto a los pacientes como al equipo médico las condiciones del ejercicio prestacional.(7)

Sin embargo, es aún notorio el predominio de un fuerte componente del modelo biológico —dominado por las ciencias naturales— que centra y reduce su enfoque a las funciones orgánicas, quedando relegados el resto de sus componentes. El avance de las ciencias sociales ha permitido ampliar la mirada y entender la existencia de un "proceso salud-enfermedad" que incorpora otros fenómenos de la realidad con impacto en la salud. Deja así de ser un problema exclusivo de la profesión médica o de las políticas públicas sanitarias para adquirir dimensión social e interdisciplinar.(8)

En el año 1985, el —en ese entonces— presidente de la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos afirmaba:

> Algunas veces pienso que hay algún tipo de neurosis masiva que lleva a la gente a creer que los tribunales son los lugares ideales para resolver cierto tipo de controversias.
>
> Es hora de que el espíritu innovador e ingenioso de ciudadanos y abogados forjen nuevas herramientas para cubrir nuevas necesidades.(9)

(6) Díaz, Ana Inés, "Pacientes: ¿Solo derechos?", en *Estudios sobre Derecho de la Salud*, Departamento de Publicaciones, Facultad de Derecho, UBA, en prensa.

(7) Aizenberg, Marisa y Roitman, Adriel, "Los derechos de los pacientes y su reconocimiento a nivel nacional", en *La Ley*, 29/12/2010.

(8) [En línea] http://www.saludyderechos.org.ar/2013/12/marisa-aizenberg-la-salud-un-derecho.html

(9) Palabras de Warren E. Burger (ex presidente de la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos, 1969/1986) para The New York Times, en 1985.

Y este es el camino que hemos elegido, pensar juntos, construir a través de la intervención de todos los actores involucrados —ciudadanía, asociaciones, universidades, colegios profesionales—, nuevos métodos participativos en búsqueda de herramientas y dispositivos más efectivos con capacidad para deconstruir el conflicto.

El aspecto sociocultural fue brevemente reseñado anteriormente, pero si lo conjugamos con los fragmentos del marco legal que emana del organismo rector en la materia a nivel mundial, no caben dudas de que es una alternativa viable y así podemos proceder: "La salud de todos los pueblos (…) depende de la más amplia **cooperación** de las personas y de los Estados (…) y una **cooperación activa** por parte del público [es] de importancia capital para el mejoramiento de la salud de pueblo".(10)

Cooperar significa obrar con otro para un mismo fin y allí es hacia donde debemos dirigir nuestras acciones, con la firme convicción de que pretender resolver los problemas de una disciplina como el derecho de la salud a través de una acción de amparo es una idea reduccionista.

Urge por ello la necesidad de repensar estas cuestiones de gran actualidad e indudable trascendencia práctica y abordarlas con madurez en búsqueda de soluciones concretas. Entendemos que la gestión y el manejo de los conflictos sanitarios aparecen como una variable a explorar porque, entendemos, pueden ayudarnos a reflexionar sobre su potencial como respuesta, en el entendimiento de que el ejercicio de los derechos con responsabilidad y el principio de subsidiariedad de la judicialización posibilitan entender al juicio como medida de última *ratio* en este contexto.(11)

En esa búsqueda es necesario persuadir a todos los involucrados en la búsqueda de alcanzar un **beneficio mutuo**, no solo el de quien reclama. Las organizaciones de salud se favorecerán en prestigio, honorarios, costos, confianza, compromiso e involucramiento de su personal, continuidad del vínculo sin procesos traumáticos, etc. El paciente recibirá una atención más rápida y efectiva, se evitará su revictimización y se sentirá reconocido como sujeto y no como objeto cosificado por un sistema. Finalmente, ambas

(10) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948).

(11) Aizenberg, Marisa (coord.), *Estudios sobre Derecho de la Salud*, Bs. As., Departamento de Publicaciones, Facultad de Derecho UBA, en prensa.

partes se beneficiarán con la satisfacción conjunta de sus necesidades y objetivos cumplidos, reconocidas entre sí, recuperando la alianza quebrada en la relación asistencial; **ambas estarán colaborando en el proceso salud-enfermedad-atención**.

Es importante tener en cuenta que, en consonancia con el enfoque de derechos humanos que asigna valor a la voz y la participación, cuando se trata de necesidades de salud se requieren procesos deliberativos que se nos plantean como verdaderos **desafíos** a afrontar a fin de modificar los actuales contextos sanitarios.

La jerarquía que debe asignarse al diálogo y el **reconocimiento del otro** como un ser distinto, con proyectos, pensamientos, necesidades, motivaciones e intereses diferentes a los propios constituye un importante gran punto de partida. ¿Podría tener lugar, como se preguntaba Thoreau ,"mayor milagro que poder mirarnos por un instante a través de los ojos del otro"?[(12)]

Estamos convencidos de que el abordaje sistematizado de los conflictos sanitarios permitirá iniciar el camino hacia su resolución, con mecanismos adecuados para incidir **colaborativamente** sobre ellos, evitando que se instalen como un engranaje invisible del sistema y socaven las bases de la relación médico-paciente-familia. En la actualidad el equipo de salud tiene temor frente a la toma de decisiones por las posibles consecuencias de orden judicial, situación que ha llevado al ejercicio de una medicina defensiva que solo suma nuevos conflictos y costos a la atención de salud. Va con ello, también, el intento de lograr la efectividad en el acceso de los ciudadanos a los sistemas de justicia y de salud.

Son los protagonistas los encargados de co-construir un clima de colaboración en los espacios sanitarios. Sabemos que son múltiples los vínculos entre actores y operadores del sector salud (médicos, técnicos, pacientes, personal administrativo y de seguridad, investigadores, la industria farmacéutica, las obras sociales, clínicas, sanatorios y la atención domiciliaria o de urgencia, entre muchas otras variables) que, con diferentes roles e intereses, se asoman al conflicto de manera casi permanente por encontrarnos, como dijimos, dentro de espacios con alto grado de vulnerabilidad vital.

(12) Thoreau, Henry D., *Walden. La vida en los bosques*, Boston, Ticknor and Fields, 1854.

Estas **interacciones** se inician en el momento en el que un beneficiario, afiliado, ciudadano, usuario solicita un turno médico al ingresar a una institución de salud, atravesando el devenir de la atención por parte del equipo de salud donde la **empatía**, la **información**, el **diálogo** y la **comunicación** cumplen un rol fundamental.

Entendemos necesario incorporar herramientas de interacción colaborativa que comprendan los vínculos que se generan en este universo variado, donde aparecen temores, sentimientos, emociones, preocupaciones, motivaciones, propósitos, objetivos, metas y necesidades porque, como se ha dicho, "los conflictos provocan una sensación de amenaza de pérdida que afecta alguna necesidad. En el pedido de ayuda profesional se intenta buscar una reparación de esta incertidumbre o insatisfacción".(13) La intervención temprana para detectar intereses y necesidades es parte de las nuevas formas de gestión que deben asumir las organizaciones de salud.

El procedimiento judicial no parece poder contemplar esta complejidad. Una demanda basada en derechos (antes hablamos de necesidades e intereses), con partes enfrentadas que utilizan vocabulario técnico jurídico (distinto al diálogo empático que se persigue), con tiempos y formalidades propias de un proceso legal, ha demostrado no resolver los conflictos de naturaleza sanitaria.

El tiempo es un factor a tener en cuenta como condicionante del escenario sanitario porque muchas veces trabajamos sobre la urgencia; por eso, no podemos quedarnos esperando las respuestas si estas no se dan del otro lado —el silencio no implica necesariamente desinterés por el conflicto—, sino que nuestra actitud debe ser proactiva y perseverante. Muchas veces los gestores de salud conservan la impronta dejada por viejas políticas institucionales y desconocen la posibilidad de implementar modernas prácticas de negociación colaborativa.

Entendemos fundamental generar dispositivos con opciones que faciliten el análisis de las alternativas disponibles para elaborar, así, las propuestas de resolución adecuadas a cada caso y ajustando los tiempos a las necesidades

(13) Caram, M. Elena; Eilbaum, Diana T.; Risolia, Matilde, *Mediación. Diseño de una práctica*, Bs. As., Librería Histórica, 2006.

de los interesados porque "la salud y su atención son más que meras mercancías que el mercado debe ocuparse de asignar".[14]

Los lineamientos de nuestra propuesta contienen:

- Diálogo e intervención de todos los potencialmente afectados (protagonismo de las partes).
- Actitud perseverante en la búsqueda de interacción colaborativa de los actores (enfoque colaborativo).
- Búsqueda de opciones que satisfagan las necesidades de todos los actores (satisfacción conjunta).

Nuestra propuesta se ve corroborada por los diferentes procesos de incorporación de modos de acceso a la justicia[15] en nuestro país en sus diversas etapas, a través de procedimientos alternativos como la mediación, la facilitación, la conciliación, el arbitraje, las Casas de Justicia, y la creación de Unidades de Manejo de Conflictos Sanitarios,[16] entre otros. Hacer accesible el conocimiento de la legislación sanitaria y la capacitación en materia de habilidades en negociación y la formación académica en derecho de la salud resultan necesarios para revertir los factores de vulnerabilidad a los que se ven expuestos pacientes, profesionales y organizaciones, donde las universidades cumplen un papel fundamental en la construcción de espacios de diálogo y consenso.

Estos diferentes caminos dan paso a la construcción de nuevas formas de gestión de las organizaciones de salud para evitar —o solucionar en su caso—, los posibles conflictos que puedan surgir dentro del marco de la asistencia sanitaria y brindar una alternativa a la vía judicial tradicional, recuperando el lugar del diálogo y la comunicación en la relación equipos de salud-pacientes.

(14) Yamin, Alicia Ely, "Poder, sufrimiento y los tribunales", en *La lucha por los derechos de la salud*, Bs. As., Siglo XXI, 2013.

(15) Mapa de situación sobre los diversos métodos de acceso a justicia implementados en el ámbito del Poder Judicial de la República Argentina, [en línea] http://www.csjn.gov.ar/accjust/docs/cuadro.jsp

(16) Convenio Observatorio de Salud, Facultad de Derecho de la UBA-IOSEP, Santiago del Estero.