

Relatoría del Seminario de Extensión:
***“Ciudadanía Saludable: estrategias de la sociedad civil
para un enfoque integral y articulado en el campo de la salud.
Una experiencia española.”***

Mercedes Jones

1. Introducción

La presente relatoría forma parte de las actividades de sistematización y análisis que genera el Programa de Desarrollo de Organizaciones Sociales de Salud (PRODOS-Salud), desde el Centro de Innovación Social (CIS) de la Universidad de San Andrés (UdeSA), acompañando las tareas de fortalecimiento de las mencionadas entidades.

El encuentro, que dio lugar a este informe de relatoría se realizó el 8 de noviembre de 2011 en la Sede Capital de la UdeSA y fue organizado con el apoyo de Laboratorios Roche. Contó con la exposición inaugural de Joaquín Cayón de las Cuevas y una mesa redonda integrada por Carlos Niccolini, Elena Perich, Álvaro Herrero y Kurt Frieder, con la coordinación de Mercedes Jones y las reflexiones de cierre realizadas por Marisa Aizenberg y Gabriel Berger. Giancarlo Quadrizzi facilitó una dinámica participativa con la audiencia.

Esta actividad buscó promover conversaciones entre los distintos actores del sistema de salud argentino convocados al seminario (organizaciones de la sociedad civil, integrantes de equipos de salud, empresarios, periodistas especializados y otros referentes del sistema). El propósito último fue facilitar un espacio de aprendizaje colectivo de la colaboración y formular ideas que promuevan una ciudadanía más saludable.

La intención de esta relatoría no es realizar un registro estricto de las palabras pronunciadas por los distintos referentes y participantes. Por el contrario, en este informe se buscó captar de manera sintética el espíritu y el sentido de los intercambios de modo que permitan diseminar estos conocimientos y lleguen a inspirar otros espacios sociales transformadores.

En el primer tramo del documento se describe el sentido de la actividad y su propósito, junto con el marco institucional de su desarrollo. Luego se incluyen las principales reflexiones realizadas por el Prof. Cayón sobre la experiencia española de fortalecimiento del papel de la sociedad civil en el campo sanitario y de la búsqueda de mecanismos alternativos de administración de conflictos. A continuación, se detallan los intercambios efectuados en la mesa redonda, atendiendo especialmente a aquellos argumentos que permitieron comprender las perspectivas de diferentes actores del sistema de salud de la Argentina. Por último, se rescatan las intervenciones realizadas por el público, con el interés de incluir los aspectos considerados de mayor relevancia por la audiencia. Las reflexiones finales alientan a sostener una visión crítica de las tendencias existentes en el sistema de salud nacional, junto con las oportunidades colectivas para su legítimo y necesario mejoramiento.

2. Marco Institucional

El Centro de Innovación Social (CIS) organizó el Seminario de Extensión “Ciudadanía Saludable: estrategias de la sociedad civil para un enfoque integral y articulado en el campo de la salud”.

El CIS fue creado por la Universidad de San Andrés a comienzos de 2007, para consolidar el trabajo que la Universidad realiza desde 1996 en el campo de la profesionalización de las organizaciones sin fines de lucro, la promoción de la inversión social privada y la responsabilidad social empresaria.

La misión del CIS es contribuir a fortalecer el compromiso y las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil, empresas, fundaciones e inversores sociales privados para generar impacto y transformación social mediante la formación académica, la capacitación, la generación y difusión de conocimientos relevantes, y la producción de contenidos educativos.

El CIS desarrolla actividades de generación y difusión de conocimientos, formación académica, capacitación y producción de contenidos educativos. El CIS ha desarrollado vínculos fluidos con otros centros académicos internacionales dedicados a la formación e investigación en el campo de las organizaciones sociales, la responsabilidad social y la sociedad civil. En la Argentina, el CIS mantiene una estrecha relación con las principales organizaciones sociales, fundaciones donantes y empresas involucradas en iniciativas de beneficio de la comunidad y, a través de las redes de egresados de sus distintos programas, permanece en contacto permanente con las preocupaciones y desafíos del sector.

El PRODOS-Salud, dirigido Mercedes Jones, es un programa desarrollado en el marco del CIS que entró en su tercera edición y tiene especial interés en que los participantes puedan:

- Conocer experiencias ejemplificadoras sobre dispositivos de mediación y articulación entre los distintos actores del sistema sanitario.
- Comprender las perspectivas de los distintos actores y la necesidad de un cambio de paradigma del sistema de salud donde se incluyan los derechos y responsabilidades de las personas en situación de enfermedad.

Concretamente, el objetivo de este Seminario de Extensión fue contribuir a la visualización de los distintos actores de la sociedad civil que actúan en el campo de la salud y a promover la necesidad de su articulación. El seminario responde a esta vocación del CIS de obtener mayor cooperación entre las organizaciones que buscan, se proponen y trabajan con énfasis en la así denominada *ciudadanía saludable*.

La presentación del Dr. y Prof. Joaquín Cayón de las Cuevas quedó a cargo de Mercedes Jones, quien destacó las cualidades profesionales del Dr. Joaquín Cayón de las Cuevas, Licenciado en Derecho y Profesor Asociado de Derecho Mercantil de la Universidad de Cantabria, España. El Prof. Cayón se desempeña laboralmente en Derecho Sanitario y de Consumo y desde allí ha realizado aportes sustantivos al desafío de imaginar nuevas maneras de promover la salud comunitaria en el marco de los derechos, la participación y la colaboración. En dicha presentación apuntó que desde la perspectiva del sistema sanitario argentino es muy positivo conocer la experiencia española, transmitida por uno de sus protagonistas, dado que, se concluyó, siempre resulta inspirador saber lo que otros están haciendo bien en este terreno.

3. Justificación de la Actividad

Es ampliamente aceptado que la protección de la salud se relaciona directamente con el bienestar y el desarrollo humano social e individual. Pero el paradigma sanitario se está transformando aceleradamente. Estos cambios, al colocar al ciudadano como el protagonista del sistema sanitario del siglo XXI, generan nuevos desafíos que deben ser gestionados entre todos los actores. Es cierto que una asistencia sanitaria de calidad sólo es posible si la atención es respetuosa de los derechos de los pacientes. Consecuentemente en el mundo desarrollado, sea en el sector privado o en el público, el paciente se convierte en usuario, es un cliente que debe ser informado.

La Constitución de la Nación Argentina contempla estos derechos en su art. 42º: *“los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”*.

En base a las tendencias internacionales arriba señaladas y al marco constitucional recién detallado, la Ley 26.529, promulgada recientemente, promueve en su espíritu una nueva relación entre paciente y equipo de salud basada en la autonomía. Esto implica que el paciente participa en la toma de decisiones que afectan a su salud, por lo que la información –sobre la que se sustentan estas decisiones- adquiere particular relevancia.

En síntesis, el nuevo modelo alienta a que el paciente acepte ser el gestor del proceso de su salud y pueda incidir en los centros donde se toman aquellas decisiones que le afectan. Por lo cual, además de conocer estos derechos y facilitar su ejercicio, se requiere que los ciudadanos asuman sus deberes y responsabilidades en el cuidado de su salud y participen activamente.

Por otra parte, existen coincidencias en definir el sistema de salud argentino como relativamente bueno, aunque mejorable. Este proceso de cambio no podría ser realizado exclusivamente desde los individuos, o desde el equipo de salud, requiere de la participación organizada de toda la comunidad.

En este sentido, convendría profundizar las estrategias de articulación entre los distintos actores del sistema de salud y lograr la contribución activa de la ciudadanía. Por lo cual, para superar las dificultades más comunes reconocidas por diversos actores, resulta imprescindible facilitar espacios de elaboración de acuerdos, analizar propuestas concretas y poner en valor alternativas implementadas en otros países. El caso de España resulta útil como modelo para el análisis, ya que existen fuertes similitudes con nuestro marco legal. Al mismo tiempo que, para defender los derechos y evitar la judicialización de la salud, en ese país europeo cuentan con la implementación de dispositivos muy avanzados de mediación y diálogo entre las partes.

4. Fortalecimiento del Papel de la Sociedad Civil en el Campo de la Salud. La Experiencia Española

El objetivo de la exposición del Prof. Joaquín Cayón de las Cuevas fue describir y tratar de explicar las características más relevantes de una experiencia de fortalecimiento del papel de la sociedad civil en el campo sanitario.

El propósito principal de analizar una experiencia concreta -que se está realizando desde el año 2010 en España- fue explorar aquellos aspectos de convergencia que pudieran existir con la realidad argentina y aportar elementos a los procesos de reflexión y capacitación que en el campo de la salud está propiciando el Centro de Innovación Social (CIS).

En cualquier caso, cabe dar cuenta que la existencia del CIS, la mera circunstancia del desarrollo de la jornada y la posibilidad de contactarse con redes y plataformas integradas por diversos actores sociales, fue para el disertante una prueba irrefutable de que en la Argentina se están liderando procesos que hacen a la articulación y fortalecimiento de los distintos sectores del campo de la salud.

En consecuencia, surgió la posibilidad de un mutuo intercambio enriquecedor, ya que desde su perspectiva existe en el plano local un importante camino andado en factores tales como la agrupación, la capacitación y la integración de actores significativos del campo de la salud.

5. Dos Premisas de Partida

En la salud se produce una situación paradójica, típica de los tiempos modernos. Es un campo que actualmente se caracteriza por una mayor efectividad clínica pero esta deseable circunstancia tiene como correlato la disminución de la seguridad.

Se deberían aceptar, entonces, dos premisas consustanciales al fenómeno de la salud en la actualidad, y que son complementarias entre sí. La primera es que la actividad sanitaria es una actividad de riesgo. Desde la concepción particular del Dr. Cayón el fenómeno de la salud implica riesgo. La segunda gran premisa señalada por el mencionado especialista es que el conflicto es inherente al sistema de salud.

Estas fueron las proposiciones metodológicas que permitieron iniciar la descripción de mecanismos y experiencias de fortalecimiento de los actores que intervienen en el sistema sanitario español.

En primer lugar, el riesgo forma parte de la actividad sanitaria. Podría decirse que es inseparable de la actividad clínica. Por lo tanto, en los procesos sanitarios no existe “riesgo cero” y esto es algo que todos aquellos que participan del sistema de salud deberían asumir: la medicina puede hacer daño. Junto a la mayor efectividad clínica, mayor tecnología y mayor complejidad, se produce mayor peligro. Estas circunstancias hacen inevitable la aparición de conflictos. Por tanto, se podría afirmar que es inherente al sector salud el concepto de conflicto. Según esta perspectiva, el sector de la salud es por definición un sector conflictivo.

“Conflicto”, en el sentido positivo del término, que apunta al hecho natural de que dentro del sistema hay distintas posiciones, distintos intereses y que en consecuencia siempre existirá controversia entre los distintos actores que intervienen en dicho sistema.

Coexisten conflictos visibles e invisibles, aunque en ningún caso se los suele aceptar fácilmente. Una de las cuestiones que siempre preocupa en el desarrollo de programas sanitarios es la falta de identificación de conflictos. Existe un problema de invisibilización del conflicto y de los actores involucrados. Con lo cual, habría una tarea pendiente, que consistiría en hacer visible aquellos conflictos existentes que no son percibidos, no son reconocidos o permanecen subyacentes. Para esta tarea de visibilizar los conflictos deberían convocarse, no sólo las organizaciones de pacientes, sino todos los actores del sistema sanitario. La visibilización de los conflictos, y de los actores que en ellos participan, es una tarea de fortalecimiento en sí misma.

Por otra parte, existen distintas estrategias o modos de afrontar el conflicto. No exclusivamente en las situaciones de conflicto sanitario, sino en cualquier supuesto de conflictología. Los conflictos se pueden afrontar de múltiples formas, pero básicamente se destacarán dos de ellas:

- Negación: se sigue actuando como si el conflicto no existiera, se lo transforma en un proceso invisible y, por tanto, no se lo encara.
- Abordar el conflicto: actitud más valiente, más decidida y probablemente más eficaz. Pero para encarar el conflicto se requiere primero hacerlo visible.

Estas dos premisas, riesgo y conflicto, no deberían atemorizar, ya que hay estrategias que permiten hacerles frente.

6. El Contexto Sanitario

Todo lo expresado respecto del campo de la salud en cuanto al riesgo y al conflicto se desarrolla en un contexto caracterizado por una profundísima transformación del sistema sanitario a nivel global.

La relación asistencial ha sufrido grandes cambios. Durante mucho tiempo se creyó que la relación clínica y asistencial era bilateral e incluía y afectaba solamente al prestador del servicio sanitario –el médico fundamentalmente- y al paciente.

No obstante, y en base a lo arriba señalado, se sostiene desde aquí que la óptica asistencial tiene que trascender la bilateralidad clásica y darse cuenta de la existencia de otros muchos actores presentes en el sistema de salud a los que conviene identificar y atribuir normativamente un rol. Se podría pensar en empresas proveedoras, profesionales sanitarios, centros de salud, administraciones públicas, personas en situación de enfermedad, familiares y cuidadores, asociaciones de pacientes, colegios profesionales, agrupaciones sindicales, universidades, centros educativos, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil, medios de comunicación, industria farmacéutica, entre otros. Todos estos actores están influyendo sin ninguna duda en el desenvolvimiento de las relaciones clínicas. Como ejemplo de la importancia de los medios de comunicación (por nombrar a uno de los actores recién mencionados), convendría recordar la alarma que suscitó la Gripe A. El análisis posterior de la cobertura periodística permitió detectar que se generó un grado de alarma probablemente injustificada. Se produjeron vacunas que luego no se consumieron y se generaron dispositivos sanitarios que luego quedaron en la nada.

Por ello, como idea de contexto, desde los proyectos que se desarrollan en España se propicia la superación del enfoque bilateral y, de la misma forma que sucede en el derecho internacional o en las relaciones internacionales, se busca apoyar una suerte de multilateralismo que dé voz a los que son invisibles y que permita la presencia efectiva de todos aquellos que de alguna forma participan del sistema sanitario en este complejo entorno.

Además, previamente, esta relación estaba presidida por el principio de beneficencia: el médico era quien decidía de forma exclusiva y paternalista sobre el alcance de la asistencia prestada. Afortunadamente, hoy es un lugar común afirmar que el principio de autonomía impregna la relación clínica, de modo que el paciente también debe ser protagonista en la toma de decisiones. Fruto de esta concepción se han reforzado herramientas como el consentimiento informado o las directivas anticipadas. En síntesis, en la actualidad se acepta que *la relación sanitaria no es vertical*.

7. El Rumbo Actual del Sistema

El rumbo actual, como se sugería antes, apunta a la multilateralidad y la horizontalidad de la relación sanitaria.

La finalidad última radica en propiciar con acciones concretas la horizontalidad como reacción respecto de la verticalidad clásica y en favorecer la tarea del multilateralismo, erradicando ese ámbito de soberanía médica en el cual todo se reduce al paciente y al médico, y que pudiera resumirse en una situación en que “todo es por el paciente pero sin el paciente”. Por ello, para planificar acciones específicas en este nuevo contexto, se distinguió de un lado lo que es el análisis estratégico, por el otro, el análisis operativo.

En el plano estratégico, para favorecer la horizontalidad y el multilateralismo, realizando acciones de empoderamiento de los distintos actores, se promovió una planificación estratégica, cuyo objetivo fue propiciar relaciones clínicas horizontales de sujetos en situación de paridad, y relaciones sanitarias o entornos multilaterales en los que todos los involucrados intervengan. Concreta y específicamente, el foco estuvo colocado en el fortalecimiento de la sociedad civil, a través de sus organizaciones.

En cuanto a la planificación operativa, convendría hacer referencia a cinco acciones concretas que funcionaron como mecanismos de empoderamiento:

- Creación de un foro de actores: hacer visible lo invisible. Pocas veces hemos visto un foro donde se encuentran todos los actores que, de facto, existen en “la tramoya” del “teatro” de la salud. Tener la foto de todos los actores es fundamental. Ya se ha expresado lo peligroso que resulta ignorar la existencia de alguno de los sectores que intervienen en el campo de la salud. Luego, una acción que permitiría visualizar y reconocer la presencia efectiva de los actores sería la creación de este tipo de foros.
- Presencia en Consejos Consultivos de cada área de salud: esta medida probablemente tendría que tener un desarrollo normativo que exigiría algunas modificaciones del marco legal existente.
- Legitimación activa para el ejercicio de acciones colectivas para la defensa de intereses difusos (*class actions*): reconocer a las organizaciones de pacientes legitimación activa para ejercitar acciones colectivas como defensoras de los derechos difusos, para que puedan tutelar acciones de clase y de defensa de derechos colectivos. Por ejemplo, en materia de publicidad sanitaria, se puede imaginar un anuncio que propicia que las chicas usen tallas que no son saludables fomentando la bulimia y la anorexia. ¿Quiénes están en condiciones de defender y/o representar sus derechos? La legislación española establece la posibilidad de que tanto la administración pública como las organizaciones de pacientes puedan tutelar intereses colectivos a través de acciones de este tipo.
- Participación en los sistemas de notificación y registro de eventos adversos: hoy en Europa es el asunto estrella del sistema sanitario. El incidente no produce daño y el accidente produce daño. Ese enfermo que se cae de la cama, esa falla en la hotelería del hospital, esa probabilidad estadística alta que ante pacientes con apellidos similares se les confundan las pautas de las dosis de medicamentos: todos ellos son incidentes que se ocultan. En gran parte de los casos, finalmente se solucionan, pasan desapercibidos y no queda registro de ellos. El accidente produce daño y es imposible de ocultar, pero todos los días ocurren incidentes que se ocultan de manera sistemática. Pareciera ser algo propio de la naturaleza humana. Por eso, están en boga sistemas de notificación y registro de efectos adversos, en ningún caso para penar, sino para mejorar la calidad del sistema hospitalario. En este momento, en Europa está abierto el debate para que no sólo pueda participar en esa notificación

informática el prestador del servicio, sino que también las organizaciones de pacientes tengan legitimación y capacidad para notificar eventos adversos para mejorar el sistema.

- Participación en el sistema de gestión extrajudicial de conflictos: esta medida será desarrollada de manera más concreta luego. Pero se adelanta que no se pretende que sea de aplicación generalizada en otros países. Requiere tener en cuenta cada contexto específico, para así crear un sistema de gestión extrajudicial de conflictos. Si el sistema de salud es un sistema por esencia conflictivo, se debe de alguna forma visualizar los conflictos y, en segundo lugar, enfrentarlos. ¿Cómo se pueden encarar? Evidentemente haciendo partícipes a todos aquellos actores que intervienen.

Por otro lado, todas las acciones tienen denominadores comunes:

- Refuerzan el papel de las organizaciones de pacientes. Conviene registrar que, en todos los casos, lo que se está haciendo de forma indirecta es reconocer el rol que juegan y la función que desempeñan las organizaciones de pacientes en el sistema de salud. No es un rol exclusivo pero sí una función necesaria.
- No son confrontativas sino colaborativas: permiten, por tanto, una estrategia cooperativa con el prestador del servicio que probablemente produzca resultados más beneficiosos.
- Mejoran la calidad objetiva del sistema sanitario y otro aspecto muy importante es que aumentan la satisfacción subjetiva del usuario.

Las acciones concretas difieren en su gradualidad: hay acciones de corto, mediano y largo plazo. También se diferencian según las herramientas que resultan necesarias para su aplicación.

8. Necesidad de un Sistema de Gestión Extrajudicial de Conflictos Sanitarios

Uno de los mayores retos a los que se enfrentan las sociedades contemporáneas –y probablemente sea un déficit estructural importantísimo- es la necesidad de facilitar el acceso de los ciudadanos a la justicia.

Particularmente en el sistema sanitario argentino este reto es todavía más importante, porque existe la posibilidad de un incremento prestacional como consecuencia de que los recursos de amparo prosperen ante los tribunales de justicia. Con lo cual, el ámbito prestacional de cada sujeto está condicionado por la posibilidad de litigar. Este hecho es inicuo y negativo, se señaló, porque no todos tienen las mismas posibilidades de hacerse oír frente a la justicia.

En este sentido entonces, deben subrayarse dos aspectos:

- La cantidad y complejidad de las controversias y el formalismo judicial contribuyen a dificultar el acceso a la justicia a los ciudadanos que lo necesitan, siendo la demora uno de los aspectos estadísticamente más preocupantes.
- Todos estos inconvenientes provocan en la práctica que la justicia ordinaria tenga un efecto disuasorio que dista de su objetivo de dar amparo al ciudadano.

Complementariamente, a nivel global ocurre que la justicia se ha revelado como una herramienta ineficaz sobre todo para lo concreto, lo cotidiano. Los abogados cuando estudian la carrera durante su formación académica, están acostumbrados a manejarse con los grandes principios. Pero, con la experiencia y la aplicación práctica del derecho se va perfilando para los profesionales que la realidad de la justicia debe pasar por los pequeños problemas.

En la práctica de la profesión, afirmó el Prof. Cayón, los *pequeños problemas* son los *grandes problemas* a considerar. Frecuentemente, los profesionales anticipan soluciones para situaciones complejas, como por ejemplo, cuál es el régimen jurídico correspondiente a las acciones del *wrongful birth* (nacimiento equivocado) en el caso de que un niño nazca con una discapacidad. Estos problemas son relevantes, no hay duda. Pero cabe preguntarse qué proporción representan en el total de los conflictos sanitarios este tipo de casos.

Por el contrario, ¿cuánto tiempo se le dedica a los problemas cotidianos, a los olvidados, a los problemas que quedan *en el cajón*, los conflictos invisibles? Es evidente que este tipo de problemas no serán resueltos por los jueces y los magistrados. No serán ellos los que vendrán a resolverlos.

Por eso es que resulta necesario usar la imaginación, inventar algo distinto, proactivo, algo que permita la administración de los conflictos haciendo cómplices a todos los actores. Una respuesta posible es crear un dispositivo alternativo de resolución de conflictos que facilite la gestión de aquellas situaciones problemáticas que se producen en distintos ámbitos del sistema sanitario y en el hospitalario en particular. Si esto se logra, se tendrá una oportunidad de mejora concreta del sistema. También hay que ser conscientes de la dimensión y alcance de este tipo de dispositivos y de sus ámbitos de actuación, que se concentran exclusivamente dentro del sistema sanitario.

9. El Origen del Proyecto

El Prof. Cayón proviene del campo del Derecho del Consumo. Más comúnmente conocido en la Argentina como el campo jurídico de los derechos del consumidor.

Trabajó en la Junta Arbitral del Consumo de Cantabria donde se resuelven los problemas que tiene el ciudadano como consumidor. Argentina también posee estos mecanismos extrajudiciales que permiten tratar los temas de escasa cuantía sin llegar a instancias en la jurisdicción de la justicia ordinaria.

El sistema arbitral del consumo se basa en la existencia de un órgano que resuelve de manera directa este tipo de casos. Este órgano está integrado por un representante de los empresarios, un representante de los consumidores, y un representante de la administración gubernamental. Al Prof. Cayón le pareció que este sistema funcionaba de una manera extraordinariamente eficaz. Se sorprendía de ver cómo tres personas de características y procedencias tan diferentes resolvían problemas que en el fondo eran de carácter patrimonial.

Posteriormente, el Prof. Cayón inició su trabajo en el área de la salud. Allí le comenzó a resultar absurdo que en el área sanitaria no existiera un dispositivo semejante al existente en el área del consumo. Concretamente, el Prof. Cayón se preguntó ¿cómo es posible que se haya ideado un sistema de resolución de conflictos por un problema en la compra de un lavarropas y no se haya propuesto un sistema de administración de los conflictos frente a una controversia en el área sanitaria, que afecta de manera más profunda la vida de las personas? No hay duda de que esta situación resultaba altamente paradójica.

Por otra parte, en el hospital existía una fuerte constatación de que el sistema de resolución de conflictos no funcionaba. En la experiencia española, nadie estaba satisfecho en cómo se estaban gestionando los conflictos, ni la propia dirección. En el mejor de los casos, cuando se detectaba una situación problemática, se enviaba una carta tipo con disculpas al damnificado. Pero, explicó el Prof. Cayón, en el *corta y pega* había todo tipo de confusiones y finalmente un paciente oncológico podía terminar recibiendo una disculpa por el problema ocurrido en ocasión de la consulta odontológica y la intervención por un implante dental, con lo

cual el usuario terminaba con un doble enojo y un disgusto mucho mayor con el hospital. La situación muchas veces era sangrante y sin ninguna duda todos la querían mejorar.

Esta verificación de que el sistema no funcionaba hizo que el proyecto surgiera de una manera de lo más espontánea. Además, el proyecto no planteaba un alto costo. Se proponía una acción que trataba de reorientar los dispositivos existentes y, sobre todo, buscaba dar una entrada de aire fresco al involucrar la perspectiva de todos los actores.

Tomando entonces como modelo el esquema de la Junta Arbitral del Consumo, se conversó inicialmente con las personas que estaban involucradas en la relación con los usuarios, y no en la gestión de conflictos. Porque aunque para la implementación de los proyectos resulta importante la decisión política, no deben depender de la administración o la dirección general del hospital. En definitiva, se concluyó que este tipo de proyectos deben surgir desde abajo, convocar y comprometer a todos los actores involucrados en la cotidianidad de los problemas e interesados en resolverlos.

10. Un Decálogo Alentador

De acuerdo a lo arriba señalado, como punto de partida se consideró que un sistema alternativo que gestione los conflictos tendría que incluir, desde luego, a todos los actores y, dadas las características del tema, tendría que caracterizarse por su rapidez y eficacia en la resolución de situaciones problemáticas.

Fijando algunas pautas generales, y con la finalidad de despertar la reflexión, afirmó el Prof. Cayón que este tipo de sistema tendría que estar alumbrado por una serie de principios que convendría acordar previamente entre los actores, ya que éstos serán los ejes orientadores para la formulación del proyecto. En base a estos elementos, se sugirieron entonces, con el formato de un decálogo, algunos de estos principios orientadores. Pero, como subrayó el Prof. Cayón, podrían adoptar otros formatos, contenidos y dimensiones en función de las necesidades específicas de los usuarios.

El sistema debería cumplir con los siguientes objetivos:

- *1º Rapidez y disminución de la burocracia.* Para solucionar las cuestiones de escasa cuantía no debe ser preciso recurrir a un tribunal o que se realice un recurso de amparo. Por el contrario se tiene que buscar una manera simple de dirimirlo. Sin embargo, lo que sucede en la realidad hospitalaria es que no hay a quién recurrir, no existe ninguna instancia de resolución y todo depende de la buena voluntad de los que forman parte del problema. La experiencia indica que tampoco funcionan las ventanillas. En España existen muchas ventanillas y también cajones llenos de papeles, donde se guardan los formularios con reclamos que se presentan en esas ventanillas.
- *2º Indemnización o asistencia del mayor número de casos posibles.* En los supuestos más graves de lesiones producidas en los hospitales -que suelen crear nuevos problemas de salud- corresponde prestar asistencia y eventualmente fijar una reparación. Un resarcimiento puede ser en dinero o se pueden negociar otro tipo de recursos.
- *3º Discreción y confidencialidad en las actuaciones.* A nivel de un ente que trabaje con situaciones de conflicto hospitalario la confidencialidad se equipara con los términos del secreto terapéutico.
- *4º Comprensión para los perjudicados, con más explicaciones e información sobre los derechos, logrando mayor satisfacción.* Una organización debe responsabilizarse por sus actos y mostrar empatía y respeto con las personas perjudicadas por ella. El hospital debe brindar información útil a la víctima, familiares y

cuidadores, desde la perspectiva de sus derechos y posibilitar espacios de decisión conjunta. Generalmente, el propio proceso de búsqueda de reparación, la muestra de interés genuino por parte de la institución para informar y buscar soluciones, suelen dejar satisfechas a las personas damnificadas.

- *5º Aumento de la flexibilidad, de forma que se pueda cambiar de actitudes o posiciones en un momento determinado.* Las organizaciones hospitalarias se orientan por códigos de ética, tanto formales como informales, que deben ser conocidos y puestos en valor. Su función principal es asegurar la homogeneidad de las conductas de los miembros de la institución y la solución coherente de los conflictos y dudas éticas que pudieran surgir. Estas pautas deben ponerse al servicio del bien común y resultar instrumentos flexibles que permitan la negociación entre las partes y la adopción de distintos roles y perspectivas, culturales y de género.
- *6º Reducción de las prácticas de medicina defensiva.* Podría definirse a la medicina defensiva como el conjunto de medidas de diagnóstico y terapéuticas que el equipo de salud realiza a sabiendas de su inutilidad, con el objetivo de evitar reclamaciones por parte del paciente. Estos espacios institucionales alternativos, a los que se refiere el Prof. Cayón, permiten la construcción de una cultura de la confianza. Ayudan a canalizar los reclamos y colaboran con un cambio en la actitud de los profesionales que -ya que se sienten respaldados- cuentan con la posibilidad de tomar decisiones guiadas por el criterio clínico, y no para evitar el riesgo de potenciales demandas.
- *7º Abaratamiento de costes económicos y de gestión.* Este tipo de medicina defensiva repercute negativamente en todo el sistema sanitario. Económicamente genera gastos innecesarios, se desvían fondos de un presupuesto habitualmente rígido y limitado que luego clasifica como *no procedentes* a gastos que si resultan necesarios. Por tanto, cualquier dispositivo que permita atenuar las estrategias defensivas del equipo de salud ayuda a la disminución de los costos de atención y gestión hospitalarias.
- *8º Voluntariedad, no interfiriendo en la posibilidad de opción por la vía judicial.* Se entiende que la creación de este tipo de espacios dentro de una institución hospitalaria es considerada una forma no confrontativa, alternativa, positiva y más apropiada de solucionar los problemas que surgen entre las partes. Estas consideraciones tienen que dejar en claro, sin embargo, que las personas son convocadas a participar de manera libre y voluntaria. Con estos dispositivos no se busca impedir que los actores perjudicados acudan a la justicia si así lo prefieren. No pueden transformarse en mecanismos de manipulación por parte de los centros de salud para evitar hacerse cargo de sus responsabilidades frente al enfermo, familiares, cuidadores y la comunidad.
- *9º Respeto a la víctima.* La consideración hacia la víctima es el resultado de un proceso que tiene una serie de componentes y se fundamenta en los derechos de las personas a ser tratadas como tales. Concretamente, los usuarios de los servicios de salud y sus cuidadores tienen el derecho fundamental a una asistencia centrada en las personas, cuya base es el respeto a sus necesidades, preferencias, valores culturales, dignidad, autonomía e independencia.
- *10º Evitación del descrédito del profesional sanitario.* Los profesionales de la salud, especialmente los médicos, han ido cambiando con el tiempo su estatus y función social. Simplificando la historia, se podría acordar que cumplieron una función social de poderosos magos y luego fueron transformándose en profesionales respetados por sus bases científicas, así colocados en la cúspide de

la pirámide del sistema sanitario. Actualmente, cumplen con una función de técnicos asalariados con una imagen deteriorada y, en consecuencia, con una disminución fuerte de su credibilidad. Se ha salido de la antigua sacralización del curador o curadora para llegar a un extremo social de sospecha generalizada. Esta situación habilita a acusarles, a veces sin razón. Los profesionales de la salud están expuestos a situaciones críticas donde el sufrimiento, el miedo, la ignorancia o la frustración por lo inevitable, como son concretamente la enfermedad y la muerte, impiden a los involucrados actuar con sensatez. Por tanto, estos dispositivos de administración del conflicto ayudan con su propia existencia a que tanto los pacientes como el equipo de salud tengan un tercero ante quien apelar.

Con este sistema pueden preservarse instancias de reclamo junto con la posibilidad de evitar arbitrariedades, malos tratos o injusticias dirigidas hacia los pacientes, pero también hacia los profesionales de la salud.

11. Mecanismos Extrajudiciales de Resolución de Conflictos Sanitarios

Frente a la pregunta sobre cuáles son los mecanismos que se pueden utilizar para resolver conflictos en el ámbito sanitario podría responderse, desde un plano teórico, que son básicamente tres:

- *Conciliación*: quien gestiona el conflicto se limita a acercar a las partes.
- *Mediación*: el que gestiona el conflicto acerca a las partes y cumple una tarea más ambiciosa, que es proponer una solución.
- *Arbitraje*: el que gestiona el conflicto, acerca a las partes, propone una solución y, en caso de desavenencia, impone una medida

Dada la complejidad de su implantación, el arbitraje se descarta como herramienta de resolución de conflictos en el ámbito sanitario. Pero la conciliación y sobre todo la mediación funcionan muy bien. Resulta interesante analizar el funcionamiento de estos mecanismos en un sistema concreto. Por lo cual, se brindará información sobre una experiencia práctica dentro del sistema de salud español, que consistió en la puesta en marcha de una unidad integral para la prevención, gestión y transformación de conflictos en centros sanitarios.

12. Proyecto Piloto de Unidad Integral de Gestión de Conflictos

En España se ha desarrollado el primer proyecto piloto de unidad integral de conflictos sanitarios. Se explicarán las características de esta iniciativa que se desarrolló exclusivamente en el ámbito hospitalario de Cantabria. Si bien es una experiencia localizada, se entiende que es una herramienta que podría ser extensible a los conflictos que se producen en otros sectores sanitarios (por ejemplo, en España se podría aplicar en el ámbito de la atención primaria, pero en ese caso deberían añadirse los problemas de la interculturalidad, entre otros factores).

Características básicas de una unidad de gestión de conflictos que deberían tomarse en cuenta:

- *Tienen que estar dentro de los propios centros sanitarios*: si de verdad se aspira a resolver los conflictos en lo cotidiano y concreto, no pueden estar en unidades burocráticas, alejadas de donde se producen los hechos. Deben estar en los propios centros sanitarios.

- *Aprovechan los recursos pre-existentes*: se debe realizar una labor fundamental de aprovechamiento de lo que ya existe, de las unidades de información, etc. No sólo por motivos económicos, sino como estrategia de manejo de la complejidad. Se verá que una de las principales resistencias a este esquema de trabajo, proviene de las personas que trabajan en este ámbito. Luego, una de las cuestiones que hay que realizar es integrarlas y aprovechar su experiencia.
- *Se consideran de carácter experimental*: inicialmente, para no asustar a nadie, este tipo de proyectos se concibe previamente como de naturaleza experimental, de un rodaje al término del cual se examina si procede o no su continuidad.
- *Muestran una máxima flexibilidad*: la planificación de la tarea, sus objetivos, pasos y puesta en marcha deben procurar manejarse con la mayor flexibilidad y adaptabilidad al entorno hospitalario, a la realidad del contexto y a los intereses y necesidades de los actores.
- *Incluyen la participación de todos los actores antes, durante y después del proyecto*: resulta fundamental convocar, comprometer y entusiasmar a todos los actores para que sean parte del propio proceso. Es básico lograr un compromiso significativo durante la planificación, puesta en marcha y la evaluación de los resultados.

Se realizará la descripción -de la metodología, y de este tipo de articulación en fases-, tal como se la concibió en España. Pero, se sobrentiende, que los pasos y estrategias de elaboración del *proyecto piloto* que aquí se presentan podrán adquirir este formato o cualquier otro. En cualquier caso, para su implementación, resultará imprescindible su adaptación a la realidad de cada país. Las características culturales, sociales, demográficas predeterminan la organización de este tipo de iniciativa. Siempre hay que tener presente que se trata de acciones concretas y realidades prácticas de empoderamiento.

Se trata de que los representantes de todos los actores involucrados participen de forma directa y colaborativa en la gestión de conflictos a través de una instancia que se denominó Unidad de Gestión de Conflictos, que funcionó en cada centro de salud. Desde el punto de vista operativo, se aconseja que con carácter previo se instale una *prueba piloto* en un solo centro, para luego evaluar la posibilidad de su extensión.

En esta Unidad de Gestión de Conflictos (UGC) cabe distinguir dos planos. Un plano funcional, que corresponde a los propios profesionales del centro hospitalario y un plano estratégico, de vital importancia. En este sentido, en cada UGC hay un Comité Estratégico-Consultivo, en el que participan los representantes de las organizaciones de pacientes, del equipo de salud, de la dirección del centro. Ellos son los que fijan las líneas rectoras o directrices básicas de la UGC.

Al proyecto se lo dividió en cuatro fases. La primera de ellas fue una fase de capacitación, la siguiente de redacción del proyecto, una tercera de puesta en marcha y una cuarta de evaluación. Describiendo con más profundidad el proceso:

Fase I. Capacitación

El mediador debe contar con formación específica: la mediación no es algo que se pueda realizar alegremente, sino que es una técnica específica que se estudia en la universidad. La mediación es una materia interdisciplinaria que, en este caso, requiere además la especialización en el campo de la salud. El campo de la salud tiene su conflictiva propia, sus peculiaridades y allí no serviría un mediador especializado

en la gestión de conflictos familiares o escolares. Por lo cual, se trabajó previamente seleccionando profesionales que voluntariamente quisieron participar e integrar la UGC. Esta cuestión resulta importante porque tiene que haber una suerte de compromiso personal, de creencia en la idea por parte de los Gestores del Conflicto.

Por lo tanto, se llevó a cabo un período formativo de los futuros mediadores que consistió en un *Curso de Especialización en Mediación Sanitaria* impartido en la Universidad, en el que se formaron profesionales del sistema público interesados en este ámbito de actuación. La formación se articuló con un contenido triple:

- Teórico.
- Prácticas en centros.
- Ejercicio de actuación con guiones y estudiantes de teatro.

Fase II. Redacción del Proyecto

En esta fase debe procederse a la redacción del proyecto específico. Esta redacción es realizada por los propios profesionales que recibieron el curso de especialización, por los representantes de las organizaciones de pacientes, por los profesionales del equipo de salud y de la dirección del centro hospitalario. Es decir, no se los invita a ejecutar un proyecto diseñado por otros, sino que son los propios integrantes de la UGC los que lo redactan, contando con los demás actores del sistema.

Para ello definen y elaboran:

- *Un mapa de conflictos*: por *mapa de conflicto* se entiende la identificación de todos y cada uno de los conflictos que pudieran existir. Evidentemente, si es un centro en una zona deprimida –en España- aparecerán los conflictos inter-culturales. Se tendrán conflictos internos, por ejemplo, entre los profesionales, entre el profesional de la medicina y el de la enfermería y con los auxiliares administrativos. También surgirán conflictos externos, el más típico es el que se produce entre el prestador y el paciente. Pero, también hay que remarcar aquellos que se producen entre el paciente y sus familiares y cuidadores frente a decisiones críticas donde no hay acuerdos sobre qué camino tomar. Como dijo el Prof. Cayón, “en España es muy complicado morir”. Muchas veces este tipo de conflictos es olvidado pero hay que tenerlos muy en cuenta, y en este foro es necesario remarcarlo.
- *Las características de la unidad*: deben decidirse cuestiones tales como cuántos miembros la componen, qué características profesionales deben tener sus integrantes, con qué periodicidad convocarán sus reuniones, cuál es la distribución de competencias, cuáles serán los indicadores de resultados o quién coordinara sus actividades.
- *El estatuto de los mediadores*: se decide cuál debe ser su status dentro de la organización, la posibilidad de quedar liberados de otras tareas o los posibles incentivos -no necesariamente económicos- a percibir por su función (por ejemplo: curriculares u honoríficos).
- *El circuito de reclamaciones*: resulta preciso establecer cuál es el procedimiento a seguir desde el momento en que se detecta un reclamo o queja, dejando en claro cuáles son las distintas instancias o fases y cuál es el papel de otras unidades (servicio de atención al usuario, servicio médico, dirección hospitalaria, etc.).

Como se señalara anteriormente, cada país tiene circunstancias diferentes, por lo que hay que adaptar el proyecto a sus características específicas. Las organizaciones están llamadas a jugar un papel, no sólo en la UGC, sino durante el proceso de redacción del proyecto.

Fase III. Puesta en marcha

Es la fase activa de la Unidad de Gestión de Conflictos. Es la puesta en marcha efectiva, que puede durar el tiempo que se determine previamente. En el proyecto español, se fijó su duración en un período de 6 meses. Es decir, la unidad funcionará como un pilotaje hasta decidir su implantación definitiva. En esta fase se deben tener en cuenta:

- La importancia de la estrategia de difusión.
- La necesidad de vencer resistencias a la transferencia de soberanía sanitaria.
- El *hacer cómplices* a los actores involucrados.

Todos estos aspectos son importantes pero no hay duda que la comunicación y diseminación de la información es un área crítica en todo proyecto. Además, resulta fundamental considerar que todo proyecto que se instala dentro de un sistema pre-existente tiene la necesidad de vencer resistencias. Un sistema de gestión de conflictos que sale del profesional sanitario y pasa a una UGC es en el fondo una cesión de soberanía, una transferencia de poder. Básicamente, es una manifestación de horizontalidad y de multilateralismo. Dado que hay más personas involucradas en los conflictos, que tienen algo para decir sobre el particular, esta perspectiva muchas veces resulta sorprendente y puede generar conductas de intransigencia.

El vencimiento de estas resistencias generalmente se articula por la vía de la convicción, por la vía de la complicidad y por la vía de poner en valor la ventaja competitiva que significa para un centro hospitalario tener una unidad de gestión de conflictos. El Prof. Cayón relató que en el hospital donde se instaló la UGC el Director del Hospital, que probablemente no estaba muy interesado en el proyecto en un primer momento, acabó presumiendo frente a sus colegas sobre el hecho de que en su hospital existía una UGC. Cabe aquí dar cuenta de la frase expresada por el Prof. Cayón *“para que las cosas salgan, no hay que poner interés, hay que tener intereses”*.

No se está planteando que la gestión de conflictos sea una actividad filantrópica, ni una concesión graciable o una cuestión de dejar tranquilos a los pacientes. Es una muestra de calidad y excelencia hospitalaria. Esto de hacer cómplices y buscar aliados coincide con la línea argumental de este programa, que apuesta por la incidencia colaborativa y no por la confrontativa, porque probablemente sea una estrategia que dé mejores resultados.

Fase IV. Evaluación

La última fase es la evaluación de los resultados de la Unidad, basándose en los indicadores de la calidad de la misma, previamente diseñados, porque no sirve de nada poner en marcha un proyecto si luego no se sabe cuáles fueron sus resultados. Esta evaluación permite tomar la decisión final sobre si tiene sentido o no continuar con la unidad tal como está, o si se deben realizar ajustes y qué tipo de correcciones se le deben aplicar a la misma. Se debe ser autocrítico y participativo para luego exigir la participación de los demás.

13. Organización de la Experiencia Concreta

En la experiencia concreta española, el órgano ejecutivo se llamó Unidad de Gestión de Conflictos (UGC). La denominación no es neutral. Se podrían haber adoptado otros nombres, como por ejemplo: unidades de mediación sanitaria, unidades de arbitraje, unidades de conciliación. Como el sistema propuesto es integral - la UGC informa, concilia, media-, se quiso adoptar una expresión omnicomprendensiva que abarcara todo tipo de técnicas utilizadas para resolver este tipo de situaciones. Se habló entonces de gestión de conflictos.

La unidad de gestión de conflictos fue diseñada como una unidad pequeña, integrada por dos componentes funcionales. Un órgano ejecutivo y un órgano estratégico-consultivo. El *órgano ejecutivo*, como se detalla más abajo, está integrado por un médico, un integrante del equipo de salud, por ejemplo alguien del área de enfermería, y un trabajador social. A los profesionales se les liberó parcialmente del horario de trabajo para que pudieran integrar la UGC y transformarse en líderes del proyecto. El otro componente es el *órgano estratégico-consultivo*, que lidera este tipo de actuaciones, y al que hay que darle particular importancia. En general, se prefiere no determinar quién cumplirá esta función y se deja que sean los propios integrantes los que así lo definan. También suele estar el asesor jurídico y, fundamentalmente, representantes de las organizaciones de pacientes y representantes de los prestadores. Hay más actores, pero estos no integran el órgano estratégico-consultivo.

El rol de las organizaciones de pacientes no es algo que pueda ser graciable, no es una concesión para que no molesten. Las organizaciones de pacientes tendrán un papel y un rol importante, en la medida que sean útiles dentro del sistema.

La composición de la UGC y la selección y convocatoria a los miembros que la integran, es un tema al que hay que dedicarle atención de manera permanente y ajustarlo de acuerdo con el contexto en el que se encuentra la unidad, ya que el contexto es siempre cambiante. Por ejemplo, hay centros hospitalarios en los que previamente a la integración de la UGC ya cuentan con un mecanismo de atención al paciente. En ese caso, una estrategia posible es que un representante de la Unidad de Atención al Paciente integre la UGC. Alternativamente, se podría definir que el circuito por el que tienen que tramitarse las reclamaciones se inicie en la Unidad de Atención al Paciente y si esta unidad no logra resolverlo, recién ahí, se pase el caso a la UGC.

Otra cuestión a plantear es qué sucede cuando en las unidades hospitalarias ya está funcionando un Comité de Bioética. Según afirmó el Prof. Cayón, este comité se constituye en una herramienta de apoyo para la propia dirección del hospital y de los propios profesionales cuando necesitan interpretar determinadas actuaciones clínicas. Por tanto, los comités de bioética juegan un papel importante en la evaluación de algunos tipos de conflictos, pero no tienen como función la de gestionarlos, prestando una función de apoyo, en todo caso. Porque el conflicto no se resuelve por la autoridad, sino tratando de acercar a las partes, negociando, informando, dialogando.

Aunque, como se señaló, el Comité de Bioética no gestiona los conflictos, contar con este tipo de perspectiva puede ser valioso. En el caso español específicamente, un tiempo después de la puesta en marcha de la UGC se invitó a un miembro de este Comité a participar de la UGC en calidad de integrante del órgano estratégico-consultivo, en el que también se dio entrada, como miembros de pleno derecho, a los representantes de las organizaciones de pacientes.

Estructura funcional de la UGC

Como se apuntó, la UGC se compuso de dos órganos, cada uno con los siguientes integrantes:

- *Órgano ejecutivo: Unidad de Gestión de Conflictos.*
 - Médico.
 - Enfermero.
 - Trabajador social.
- *Órgano estratégico-consultivo: Comité Asesor.*
 - Asesor jurídico.
 - Coordinador UGC.
 - Representantes de asociaciones de pacientes.
 - Representantes del prestador del servicio.

Es importante remarcar que el Coordinador de la UGC está presente en el comité asesor pero no lo preside, dado que precisamente la función del órgano es orientar las líneas de actuación futuras de la UGC, supervisar su actuación y resolver cuestiones que no hayan podido solventarse a nivel ejecutivo (por ejemplo, si un determinado conflicto es mediable).

La unidad no actúa *de oficio*, sino que es a instancia de parte. Pero la gestión activa del reclamo la puede realizar no sólo el paciente, sino también las organizaciones de pacientes y los profesionales de la salud. Resulta revelador analizar cuáles son los conflictos que efectivamente se presentan porque, en general, no son de alta complejidad y no tienen mucho que ver con los temas que *a priori* se supondría. Por ejemplo, un hospital designado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como *Amigo de los Niños* tenía quejas y conflictos colectivos porque no tomaba en cuenta a los niños recién nacidos y a sus madres. ¿Cuál era el problema? Las ventanas no cerraban bien y efectivamente había temperaturas bajísimas en las salas. La situación problemática se resolvió llamando a un carpintero. En síntesis, aunque el ejemplo no resulte muy académico, este tipo de cuestiones son las que efectivamente hay que resolver en la práctica y son los asuntos que a menudo generan conflictos.

En cuanto a las características del sistema se destacaron básicamente seis de ellas:

- *Sistema integral*: incluye información, conciliación y mediación. La mayor parte de los conflictos estaban asociados con la falta de información.
- *Sistema doble*: conflictos externos (paciente-profesional) y conflictos internos (profesional-profesional).
- *Sistema bidireccional*: cualquiera de las partes puede solicitar la actuación. De esta manera, el personal sanitario no siente que este sea un espacio utilizado para que un solo sector le arroje piedras al otro. No siente que sólo pueda ser reclamado sino que él profesional de la salud también puede ser reclamante. Un ejemplo de esto último: son lamentablemente frecuentes las agresiones al personal facultativo; en un centro de salud presentaron un reclamo a partir del cual las estadísticas demostraron que las agresiones se producían por parte de la gente que concurría a los servicios de urgencia a partir de las seis de la tarde. Pusieron personal de seguridad y se acabó controlando el problema. No obstante el ejemplo, la mayor parte de las acciones proceden del sector de los pacientes que tienen posibilidad de realizar participación activa.

- *Sistema gratuito*: sin coste para el reclamante.
- *Sistema rápido*: el tiempo máximo para el cierre del proceso de reclamo es de 30 días corridos a partir de la recepción del documento de reclamo, y si no se puede resolver pasa a otra instancia.
- *Sistema flexible*: múltiples fórmulas de acceso (e-mail, telefónico, escrito, presencial) Se trata de eliminar la ventanilla clásica, al obtener la información de manera directa y de afinar el sistema al incidir en la situación problemática de manera proactiva.

14. Algunos Efectos

Como resultado de la implementación de esta experiencia, se pueden dar cuenta de los siguientes efectos:

- 1) *Encuestas realizadas a diversidad de actores permitieron tener un mapa de conflictos*: Se realizaron algunas encuestas en el período previo a la implementación del proyecto, específicamente en el momento de elaboración. Una primera pregunta que se les hizo a los diferentes actores fue si consideraban que los mecanismos extrajudiciales de administración de conflictos podían ser útiles para resolver problemas en el ámbito sanitario y el 89 % contestó afirmativamente (el Prof. Cayón señaló que probablemente si se realizará la misma pregunta en el contexto nacional se obtendrían similares resultados). Luego se les preguntó si conocían algunos de estos mecanismos de ADR (*Alternative Dispute Resolution*) como por ejemplo mediación, conciliación o arbitraje. Como medios de resolución de controversias, la herramienta más conocida y más frecuentemente nombrada fue la mediación. A partir de las encuestas se pudieron establecer diferentes tipos de conflictos y agruparlos por su origen en dos grandes grupos: *conflictos relacionados con la comunicación y la falta de información*, con el 36%, y *conflictos relacionados con los vínculos profesionales* que eran el 22 %.
- 2) *El abordaje de lo concreto posibilitó conocer los problemas reales*: Con una analogía muy fuerte con la economía doméstica se comprendió que primero había que resolver los problemas y aquellas cuestiones cotidianas que no son muy complicadas. Por otra parte, los conflictos no estaban larvados o enquistados: el 54 % eran conflictos que se podían resolver en cuestión de días. No tenían gran complejidad. Se había pensado en un primer momento que desde la UGC se tendrían que resolver los grandes temas de la condición humana, mientras que los datos indicaron que el 70% de los conflictos eran de corto tiempo, de baja intensidad, pero de alta frecuencia. Por el mero hecho de haber descubierto esta información el proyecto tuvo valor añadido. Aunque no se hubiera podido resolver ningún conflicto, el haber puesto en evidencia los problemas reales fue sumamente positivo. Se pudieron mostrar por primera vez los conflictos que existían y contrastarlos con el esquema que cada uno se imaginaba. De esa forma se comenzó a concebir el proyecto desde otra perspectiva.
- 3) *La metodología participativa desde el principio hasta el final facilitó la integración*: Los profesionales se involucraron en el proyecto. Fue la primera vez que en este hospital de Cantabria los integrantes tuvieron un proyecto en común, una tarea por compartir entre ellos. Estaban, quizás también por primera vez, en una situación de ganancia para todas las partes que integraron la iniciativa (*Win-Win Situation*). No había alguien excluido, tachado o alguno que funcionara como *el malo* de la película.

- 4) *El proyecto tuvo un efecto dinamizador y motivador en todo el hospital:* Se realizó en uno de los hospitales más pequeños de Cantabria porque se trató de evitar que el proyecto naufragara en las instancias burocráticas de los grandes hospitales. Allí el proyecto tuvo un efecto dinamizador.
- 5) *Las características del proyecto permitieron su internacionalización:* La simpleza y eficacia de la experiencia permitió pensar en su replicabilidad y escalabilidad. Concretamente, a partir de la práctica española se realizaron contactos con unidades hospitalarias de otros países. Se está intercambiando información con países como México, Cuba e inclusive la Argentina. En Cuba se está trabajando con el Policlínico Universitario 19 de Abril de La Habana. En México se ha trabajado con el Hospital Civil de Guadalajara. En Argentina se iniciaron conversaciones con el Hospital Nacional Posadas, que pese a su alta complejidad y a su gran tamaño -que al principio pudiera ser visto como una desventaja- es probable que resulte un buen desafío. Todo ello permite que, a partir de indicadores comunes, se puedan emplear técnicas de *benchmarking*, comparando resultados y proponiendo acciones de mejora.
- 6) *Mejora de las fuentes de información:* El proyecto, con independencia de sus resultados prácticos, supone una indudable mejora de las diversas fuentes de información sobre lo que ocurre dentro de los centros sanitarios. Implica abrir una nueva vía colaborativa que permita dar entrada a situaciones invisibles y a voces a veces ocultas. Por ello, el diagnóstico de situación que ofrece tanto a la sociedad civil, a través de las organizaciones de pacientes, como a los propios gestores hospitalarios resulta de indudable valor.
- 7) *Percepción de las organizaciones como aliadas. "Estrategia de la complicidad":* La *estrategia de la complicidad* puede ser definida como una acción que persigue resultados desde la convicción y el diálogo. Se trata de una apuesta por una dimensión alejada de una visión frentista del fenómeno sanitario, caracterizada por la integración en un espacio de centralidad y de convivencia de *todos* los actores que ganan frente a un escenario de enfrentamiento. Esta estrategia se aleja de la visión frentista porque todos tienen el mismo objetivo: la mejora de la salud y la atención centrada en la persona, eje sobre el que debe bascular la asistencia. Para ello, las organizaciones de pacientes no deben ser percibidas por el prestador o la industria como adversarios antitéticos, sino como auténticos aliados. Se debe subrayar por tanto que lo que une a los distintos participantes del sistema es mucho más que lo que separa. Constatar esta realidad y reforzarla es una tarea a la que *todas y todos* deberían estar convocados.

15. A Modo de Cierre: Cinco Transiciones Pendientes

Como conclusión, el Prof. Cayón señaló que en la conflictología de la salud los actores involucrados se encuentran en medio de un camino en el que convendría transitar:

- *De lo bilateral a lo multilateral:* Es decir, de una relación exclusiva prestador-paciente a una relación pluri-subjetiva y multipolar que integre todos los actores que intervienen en el fenómeno de la salud.
- *De lo confrontativo a lo colaborativo:* ello implica desterrar estrategias de naturaleza opositora y antitética para realizar un esfuerzo de síntesis de lo común, reforzando la concertación y la cooperación.

- *De la atomización a la articulación:* Teniendo en cuenta la multiplicidad de actores, el desafío es generar propuestas asociadas que permitan desarrollar proyectos centrados en la persona. Por ello es preciso articular herramientas de cooperación que permitan visualizar la creación de sinergias.
- *De lo abstracto a lo concreto:* La retórica no es suficiente: la sociedad reclama soluciones concretas que resuelvan situaciones concretas. Por ello, la implantación de sistemas de resolución extrajudicial de conflictos constituye una medida específica, compatible con muchas otras, que permite descender del discurso teórico -necesario pero insuficiente- a realidades prácticas y soluciones tangibles.
- *De la enfermedad al enfermo:* la atención a la persona y no solo a su proceso patológico constituye el principio inspirador fundamental para resolver los conflictos en materia de salud. Desde esta perspectiva, será posible construir un entramado en el que todos participen de forma colaborativa en acciones concretas que permitan mejorar la calidad de vida del ser humano.

16. Las Organizaciones de la Sociedad Civil en el Campo de la Salud Argentina. Perspectiva de Actores Locales

La discusión de la problemática de la salud promovió sugestivas reflexiones a partir de las diferentes experiencias e intereses de los integrantes de la mesa redonda. Se logró realizar un inventario de alternativas para el sistema sanitario argentino.

Asumiendo el necesario riesgo de la síntesis se destacarán las ideas más significativas.

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires - Área Salud

En representación de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (Defensoría), y como responsable del área salud, el Dr. Carlos Niccolini explicó algunas de las características de este espacio institucional de defensa de la ciudadanía. (<http://www.defensoria.org.ar/publicaciones/politicas10.php>).

Desde la Defensoría, hace más de 10 años, se está trabajando por los derechos ciudadanos, y con el tiempo se constituyó el área de Defensa de los Derechos a la Salud y a la Integración Social. Lo peculiar de este espacio es que es un organismo del Estado, un organismo de garantías y control, que no depende del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Es un ente políticamente autónomo, independiente y con autarquía financiera. No recibe instrucciones de ninguna autoridad. Busca ser un canal de comunicación para los ciudadanos y cumplir con las características de accesibilidad, gratuidad y celeridad, ya que no requiere de un patrocinante ni residir en la ciudad. Dentro de los objetivos de su funcionamiento se destacaron aquellos relacionados con el control de las acciones del poder ejecutivo de la ciudad y sus dependencias cuando menoscaban el derecho, y también se señaló que protegen a la ciudadanía de las arbitrariedades, negligencias y abusos de poder por parte de las empresas prestadoras de servicios públicos, entre otros. Tiene capacidad para presentarse ante la justicia, gestionar proyectos de ley por sí o como parte y junto con otros. Tiene además -y esto en relación con lo que se planteó hasta el momento respecto de la relevancia de métodos alternativos de acceso a la justicia- un Centro de Mediación Comunitario y un Centro de Arbitraje.

Métodos Alternativos de Resolución de Conflictos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

De acuerdo al Dr. Niccolini, es importante señalar que en la Ciudad de Buenos Aires se cuenta con dispositivos concretos de gestión de conflictos. Específicamente se manejan dos unidades, un centro de mediación y un centro de arbitraje.

Como se señaló en la disertación introductoria, la mediación es un método de resolución de conflictos a través del cual un tercero neutral –el mediador- facilita el diálogo entre las partes enfrentadas a fin de que éstas puedan llegar a un acuerdo que recíprocamente satisfaga sus expectativas.

El arbitraje, por otra parte, es un procedimiento alternativo de resolución de disputas mediante el cual dos o más partes someten a un tercero neutral (árbitro o tribunal arbitral) la decisión respecto de un conflicto actual, potencial o futuro, otorgándole facultades resolutorias para que sus diferencias sean resueltas de manera definitiva. Las resoluciones que adopten los árbitros serán de cumplimiento obligatorio para las partes.

El Servicio de Conciliación y Arbitraje de la Defensoría del Pueblo de la C.A.B.A., apuntó el Dr. Niccolini, es voluntario, gratuito, sencillo y rápido, inmediato, confidencial, imparcial y neutral. Las resoluciones emitidas por los árbitros o tribunal arbitral (laudos) tienen autoridad de cosa juzgada, son irrecurribles y pueden ser ejecutados judicialmente. Corresponde aclarar que su Reglamento prevé las siguientes modalidades arbitrales:

- **Árbitro Único de Derecho:** las partes, por petición conjunta, elegirán de común acuerdo al árbitro interviniente. Esta modalidad procede también en aquellos conflictos cuyo monto sea inferior a mil pesos argentinos. Su procedimiento es abreviado (un mes de duración, aproximadamente).
- **Tribunal Arbitral Colegiado de Derecho:** Tres árbitros. Procedimiento Arbitral, conformación del Tribunal, demanda, contestación de demanda, ofrecimiento de prueba, audiencias, potestades disciplinarias. Dos árbitros podrán ser elegidos por las partes y el tercero será designado en sorteo público a realizarse en la sede del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Defensoría del Pueblo de la C.A.B.A.
- **Amigables Compondedores:** actuarán como árbitros de equidad. Las partes podrán establecer que el árbitro o los árbitros actúen como amigables compondedores. La cuestión será sustanciada sin sujeción a formas legales y los árbitros procederán según su leal saber y entender, con verdad y buena fe. El procedimiento podrá extenderse hasta tres meses como máximo.

En síntesis, desde la Defensoría del Pueblo de la Ciudad se señaló que hay herramientas que ya están disponibles y que pueden ser utilizadas por los distintos actores del sistema de salud. Pero para que esto adquiera mayor escala e impacto, las normas deben ser conocidas, apropiadas y exigidas, y requieren la participación de todas las personas, instituciones y trabajadores de la salud locales. Aquí también resulta evidente la necesidad de asociación y colaboración entre los participantes del sistema de salud en pos de lograr una ciudadanía más saludable.

Federación Argentina de Enfermería

Desde la Federación Argentina de Enfermería, la Lic. Elena Perich planteó una perspectiva muy alineada con lo expresado en la disertación introductoria, respecto del rol de los trabajadores de la salud y su aporte a la promoción de una ciudadanía saludable. En la búsqueda de visiones compartidas, que en realidad son

imágenes de futuro en la mente de la gente, hay que realizar un esfuerzo por encontrar el punto de interés común entre todos los actores del sistema de salud.

Esta actuación, esta necesidad de articulación, se da en un momento de crisis en un sistema de salud lleno de paradojas y contradicciones. Se habla de una sociedad de derecho pero, afirmó la Lic. Perich, para “hacer valer nuestros derechos se deben conocer también nuestras obligaciones” y asumir las responsabilidades. Se plantea una salud para todos, pero cada vez se hace más difícil el acceso a la salud. Se habla de la participación social y cada vez es más complejo salir del propio esquema sectorial y lograr que la fuerza propia de cada grupo se mueva en un sentido convergente. Esta fuerza tendría que dirigirse hacia un cambio, hacia una mejora del sistema de salud. Esto es algo complejo, ya que existen diversos intereses, muchos de ellos enfrentados.

Según Perich, para lograr la asociación entre esta gran diversidad de actores, en primer lugar, se debe evitar el *efecto Túpac Amaru*, ya que por imponer cada uno su propio beneficio, pueden terminar destrozándose entre sí los distintos componentes del sistema.

En segundo lugar, el modelo que se trata de promover habla de autonomía de la persona que acude al sistema de salud, de interdisciplina, de disminuir las asimetrías, etc. ¿Cómo se puede lograr? Este nuevo modelo requiere un cambio en las prácticas y en las propuestas, cuyo eje tiene que ser la educación, el conocimiento, la información y la promoción de los vínculos de confianza entre los actores.

Se habló de aumentar las competencias conversacionales y la capacidad de incidir en los ámbitos donde se toman las decisiones que afectan a los actores del sistema de salud. Concretamente, para lograr el protagonismo ciudadano se debe buscar la asociatividad, la inclusión y la pertenencia.

Perich realizó una acotación en referencia a las dificultades que se tienen para aceptar la denominación de paciente. Con las propuestas de cambio del modelo sanitario se trató de ampliar y modificar este concepto para que incluyera un rol más activo. La idea subyacente es que “de acuerdo a cómo se les nombra será cómo se les trata”. Se habló de usuario, cliente, consumidor pero todavía no se ha logrado una aceptación generalizada de ninguno de ellos. En este sentido, Perich recordó cuando Mercedes Jones sugirió que hasta tanto no se genere un acuerdo sobre cómo reformular el concepto de paciente, se podría comenzar a hablar de “persona en situación de enfermedad”. Tomando como referencia la analogía de la “persona en situación de calle” se enfatiza que ese individuo no es alguien “de la calle” y que su identidad no puede reducirse a una circunstancia que se supone parcial y transitoria.

Retomando las ideas principales, Perich afirmó que desde el equipo de salud se podría apoyar y promover este cambio comenzando por modificar la propia dinámica de funcionamiento del equipo, que permita reconocer los derechos de la persona a adoptar decisiones sobre su propia salud. Los profesionales deben responder a las necesidades de información que se requieran e ir un poco más allá, tomando en cuenta aquello no expresado, aquello que quizás los pacientes no se atreven a preguntar pero que el profesional conoce como las preguntas más frecuentes.

Se requiere también, de acuerdo a Perich, que el profesional de la salud pueda salir de las propias creencias, aceptar la diversidad de valores, perspectivas e intereses y, sobre todo, proveer información como una herramienta que permita anticipar, evitar y eventualmente gestionar las situaciones de conflicto. Pero estos contenidos no se enseñan en la universidad o en los centros de capacitación de los profesionales de la salud, no se les prepara para ponerse en el lugar del otro y aceptar la premisa de que un paciente informado garantiza calidad. Es así que la formación de los profesionales del equipo de salud con la perspectiva de los derechos, conociendo sobre procesos colaborativos y tomando como centro de la tarea a la persona, se ha transformado en una necesidad fundamental. A este fortalecimiento se le deberían sumar estrategias de cooperación entre actores, junto con la promoción de la práctica conjunta y ejercicios de influencia.

Concretamente, la Lic. Perich se refirió a la tarea de capacitación en incidencia que se viene realizando desde 2007, y en la que participan diversidad de entidades del campo de la salud. Por lo pronto, el CIS, que promueve espacios de reflexión colectiva como este seminario. También trabajan en red la Federación Argentina de Enfermería junto con el Observatorio de Salud de la UBA, la Fundación Cambio Democrático, la Fundación Directorio Legislativo, Paradigma XXI, apoyadas por un número instituciones y personas que ya superan las cuatrocientas. Este escenario, de acuerdo a Perich, permite pensar de manera optimista respecto de la realización de acciones colectivas sistemáticas y sustentables que promuevan la mejora del sistema de salud.

Asociación por los Derechos Civiles

Álvaro Herrero planteó que la Asociación por los Derechos Civiles (ADC), de la cual es su Director Ejecutivo, es una entidad civil sin fines de lucro, apartidaria e independiente que fue creada en 1995 con el propósito de contribuir a afianzar una cultura jurídica e institucional democrática que garantice los derechos fundamentales de la ciudadanía. La tarea se sustenta en el respeto por la Constitución y los valores democráticos. Se ocupan de fortalecer las instituciones del sistema democrático. Llevan adelante acciones judiciales vinculadas con la defensa de los derechos de los ciudadanos y tratan distintos temas, entre ellos los relacionados con el acceso a la salud.

Poseen una metodología de trabajo que llaman de litigio estratégico. Se trata de no llevar cientos o miles de casos vinculados a una problemática sino -con los escasos recursos con los que cuentan- elegir aquellos que al ser resueltos favorablemente permitan un mayor impacto. Tratan de seleccionarlos de forma tal que funcionen como casos testigo, permitan sentar jurisprudencia y vayan generando en los jueces una interpretación afín a lo que ellos proponen. Una vez que ganan dos o tres casos similares, se retiran de esa problemática y pasan a otra. A mediados del año 2000 presentaron algunos casos vinculados al derecho de los pacientes de HIV a recibir su medicación de manera estable y sostenida por parte de sus obras sociales. No estaba en discusión que tenían que recibir los medicamentos, el punto era que la discontinuidad en su provisión ponía en riesgo la vida de estas personas. Articularon los reclamos de los pacientes y lograron fallos judiciales favorables, en los que los jueces ordenaron a las obras sociales que dispusieran todos los medios necesarios para que la provisión de medicamentos fuera sostenida en el tiempo y predecible.

Otro ejemplo similar fue el de los *bypass* gástricos. Se acercó un grupo de pacientes con obesidad mórbida cuyas obras sociales no les cubrían este tipo de tratamiento. Se planteó la discusión de si era o no una enfermedad. Se llegó a la conclusión de que efectivamente no era un tema estético, sino una enfermedad. Lograron los primeros fallos judiciales favorables en este campo y se sentó jurisprudencia. También se dio una discusión legislativa que dio lugar a una modificación legal al respecto que zanjó definitivamente el asunto.

Pero además, trabajaron mucho otras problemáticas donde las obras sociales no cumplían con el Plan Médico Obligatorio (PMO) o que a través de artilugios legales no cubrían prestaciones acordadas dentro del plan de cada paciente, porque eran demasiado costosas, tomaban mucho tiempo para las decisiones con el ánimo de desalentarlos, o de alguna manera les expulsaban.

También tomaron casos denominados *colectivos*. Luego de una consulta de un grupo de familiares de chicos autistas que fueron a preguntar sobre cómo podían hacer para articular un reclamo de tipo colectivo sobre la actitud sostenida de las obras sociales y las prepagas de no cubrir determinado tipo de prestaciones. La estrategia, señaló Herrero, es no ir caso por caso, sino tratar de revertir con una sola acción judicial ciertas prácticas constantes de las prepagas y obras sociales.

En general, la modalidad de trabajo de ADC es que frente a un reclamo, comprueban que haya una ley o alguna norma legal que ampare este derecho. Es decir, verifican que efectivamente se esté vulnerando un derecho y en función de eso articulan un reclamo judicial. No sólo miran la ley, sino que la comparan con la jurisprudencia nacional, con los tratados internacionales y con los pactos internacionales que ha firmado la Argentina, de modo de evidenciar brechas, lagunas y de interpretar de manera más armónica e integral la normativa local. Se demuestra así que no se cubren determinadas prestaciones que de acuerdo a estos parámetros se deberían cubrir. Se brindó el ejemplo de una Convención Internacional que protege los Derechos de la Mujer contra todo tipo de discriminación. Esa convención es analizada por ADC para generar propuestas que permitan “bajar” (esto es, aplicar localmente a la normativa interna) derechos y garantías allí establecidos, exigiendo que el derecho local las tome en cuenta.

Para poner en contexto este tipo de experiencias se debe reconocer que hay variedad de actores de la sociedad civil que se ocupan con distintas líneas de intervención de trabajar en estas problemáticas. Hay entidades, como la Asociación por los Derechos Civiles (ADC), que son organizaciones de abogados que trabajan desde la perspectiva de derechos, pero otras asociaciones profesionales como las de enfermería manifiestan sus expectativas y demandas desde ese lugar, u otras entidades que realizan sus tareas con foco en las necesidades de los pacientes. Inicialmente, aceptar que existen numerosas perspectivas, intereses y variados actores permite comprender que no existe una articulación entre todos ellos, de acuerdo a lo apuntado por Herrero.

En segundo lugar, la propuesta sería reflexionar en cómo articular las distintas organizaciones y grupos. Porque el resultado de la falta de colaboración es una carencia de sostenibilidad y una disminución del impacto de las acciones y del trabajo de cada grupo.

Necesariamente, de acuerdo al Director Ejecutivo de ADC, y en línea de lo que se fue apuntando en este encuentro, faltan espacios de interlocución y de intercambio de experiencias. Es necesario generar foros de actores. Además, hay un problema de acceso y de circulación de información. Aquí, de nuevo, hay entidades que por su contacto directo con el público, o como entidades de pacientes, tienen mayores conocimientos de la realidad cotidiana del enfermo y del sistema de salud que otras entidades como ADC, que tienen una mirada legal. Entonces, se muestra una situación interesante para explorar, que admite variadas propuestas de cómo asociarse entre diversas entidades.

Siguiendo la línea del acceso se presentaría otro problema de acuerdo a Herrero. Es cierto, como ya se expresara en este encuentro, que no todos tienen la misma posibilidad de litigar. Acceden a este tipo de servicio las personas con mayores medios, aquellas que por su nivel cultural, sus relaciones o su grado de información conocen la tarea de ADC u organizaciones similares. Llegan a la organización sabiendo qué tipo de ayuda se les puede brindar. Esto genera un problema igualitario, ya que si una persona logra acceso exclusivo o prioritario al sistema, hay otra que queda en la lista de espera. Surge la pregunta ¿es justo, es equitativo? Poniéndose en el lugar del juez también cabe el cuestionamiento frente a un reclamo que legalmente es razonable, pero del que no tiene información para saber si es equitativo. Podría imaginarse a los jueces como policías que están dirigiendo el tránsito y determinando cuántos van para un lado y cuántos para otro en determinado período de tiempo, pero que no tienen idea de cuántos están en la fila esperando para pasar.

Aquí se ven claramente los problemas de coordinación y de información. Desde ADC, comenta Herrero, se quiere generar un impacto en términos de acceso a la justicia, pero también se quiere promover la equidad en el sistema de salud.

Por otra parte, si bien resulta particularmente rica e inspiradora la experiencia española, se deberían considerar opciones para que la unidad de administración de conflictos amplíe su llegada y salga del hospital hacia la comunidad. La pregunta sería cómo generar unidades fuera del ámbito hospitalario sin

dejar de reconocer la importancia de su funcionamiento dentro del hospital, porque el primer lugar al que recurren las personas con algún problema de salud es al hospital. Entonces, se viene hablando con directores de hospitales sobre cómo generar centros de información sobre derechos humanos en definitiva. Al fin y al cabo, lo que se quiere desde todos los sectores es similar, cómo brindar información, cómo administrar el conflicto y cómo resolver problemas.

Fundación Huésped y Paradigma XXI, Alianza para la Incidencia Colaborativa en Salud

Kurt Frieder, de la Fundación Huésped y de la Alianza para la Incidencia Colaborativa en Salud denominada Paradigma XXI, señaló que desde la perspectiva de las entidades que él representa, una palabra clave para reflexionar sobre la mejora del sistema de salud debería ser la de incidencia. Esta palabra que suele tomarse del anglosajón *advocacy*, como la acción de abogar, defender los derechos y resguardar las distintas causas e intereses de los ciudadanos, en la Argentina se ha traducido como incidencia.

La incidencia tiene que ver, en este caso, con influencia política, pero también con procesos sociales de incidencia colaborativa, que marcan la importancia de la asociación entre actores requerida para lograr influencia en las políticas públicas. Convendría definir estas políticas, de una manera esquemática, como el conjunto de objetivos y las acciones que llevan a cabo los gobiernos para solucionar los problemas que tanto ellos, como la sociedad, consideran necesarios y prioritarios de resolver. Aquí se hace especial referencia a la participación y la incidencia ciudadana.

El rol del Estado en la salud tiene que ver con proteger y mejorar la salud de los habitantes del país, garantizar el respeto a la dignidad, a la autonomía y a la confidencialidad de las personas que están involucradas y que requieren atención sanitaria, distribuir los recursos que existen de manera justa y equitativa y, en definitiva, garantizar y proveer asistencia integral, no sólo biomédica sino también social a los pacientes. Sin embargo la realidad muestra algo muy diferente.

En este punto, recordó Frieder, cuando preparaba su maestría en el área salud encontró información sobre una investigación que Julián Tudor Hart presentó en la Universidad de Glamorgan -Instituto de Salud y Cuidados Sociales-, y que luego se difundió ampliamente. Allí, el autor llamó la atención sobre el hecho de que la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente de acuerdo a las necesidades que tenga la población asistida, situación que Tudor Hart decidió llamar Ley de Cuidados Inversos. En otras palabras, la disponibilidad de los cuidados médicos tiende a variar en forma inversa a las necesidades de la población a la que sirven. Si se piensa en profundidad se puede ver cómo esta ley se refleja cotidianamente en aquellas personas que tienen menor capacidad de acceso al sistema.

El tema del acceso, de la calidad, de la equidad, son cuestiones fundamentales cuando se piensa en la mejora del sistema de salud. El rol de las organizaciones de la sociedad civil está directamente conectado con ellos. Es en este sentido que explicar las características de la red Paradigma XXI -junto con la experiencia de Huésped- puede agregar valor a la comprensión de la función de las entidades sociales en el campo de la salud.

Huésped puede ser considerada una organización que trabaja por una causa. Su causa es la lucha contra el HIV Sida como una enfermedad biológica que afecta a las personas, y como una enfermedad social que afecta a toda la sociedad circundante. La visión organizacional aspira a una sociedad donde el problema del HIV Sida no sea una de las principales causas de discriminación, enfermedad y muerte, sino que se busca ser parte de una sociedad donde todos tengan derechos igualitarios y acceso a la prevención y al tratamiento.

Las características que ha tenido el rol de las entidades de la sociedad civil en el tema del HIV Sida son el resultado de haber tenido que vencer las resistencias a “compartir la soberanía sanitaria”, como se nombró hoy al proceso de transferencia de poder entre los actores del sistema de salud. Concretamente, dentro de las organizaciones de HIV Sida, se puede señalar la existencia de un fuerte fenómeno de asociatividad y empoderamiento en la temática -entre entidades muy heterogéneas-, que por lo mismo tienen una gran capacidad de movilización e incidencia en las políticas públicas. A esta característica particular, se le suma un permanente ejercicio de control y exigencia de transparencia al sistema público de salud.

Por otra parte, estas entidades sirven para fortalecer los lazos sociales entre las personas que viven con el virus. Por eso es que existen tantas redes -en el país y en todo el mundo- de personas que viven con VIH.

También, de acuerdo a Frieder, intervienen en situaciones de crisis y legitiman el accionar público cuando este merece ser legitimado. En referencia a la relación con el Estado, se puede ir más allá. Las entidades sociales logran en algunos casos ser administradoras y ejecutoras de políticas públicas locales, tal como ocurre con las entidades que se ocupan de esta patología en la Argentina. En este momento se está realizando una tarea de vanguardia en VIH Sida, porque las organizaciones trabajan de manera articulada con los servicios gubernamentales

Esta descripción resalta algunos aspectos de la tarea llevada a cabo por entidades sociales que trabajan con una patología específica. Como expresó Mercedes Jones, es encomiable el trabajo que se realiza trabajando intensamente para lograr el acceso, equidad, calidad de los tratamientos y obteniendo una mejora para sus pacientes. De hecho, muchas de estas organizaciones se van transformando en especialistas de cada enfermedad. Esta especialización también permite avances.

Sin embargo, concluyó Frieder, el impacto sustentable exige además que las personas y entidades trasciendan las patologías específicas y se nucleen e intercambien experiencias sobre otros aspectos de interés común. Este plano más amplio requiere la incorporación de otro tipo de actores y posibilita la articulación e incidencia con un impacto en el plano nacional, regional e internacional. Paradigma XXI, es un caso que -sin entrar en demasiados detalles- permitió ejemplificar algunas de estas ideas. Paradigma XXI – Alianza para la Incidencia Colaborativa en Salud- es una red de organizaciones de la sociedad civil (OSC) de la Argentina sin fines de lucro que se unieron con la intención de trabajar juntas por un sistema de salud centrado en la persona y sus derechos. Trabajan de manera asociada por la salud social y por una ciudadanía saludable.

Centro de Innovación Social de la Universidad de San Andrés

Gabriel Berger afirmó que hacía mucho tiempo que no se encontraba en un lugar con tanta diversidad de participantes, porque cada persona representó y reflejó una problemática distinta. Para muchos, esa cuestión específica se torna en central y surge el problema de cómo priorizar, jerarquizar y construir una agenda en común. Estos son grandes desafíos en temas que en definitiva tienen una veta económica: cómo satisfacer necesidades y preocupaciones múltiples con recursos escasos.

También ligada a la preocupación económica está aquella que se presenta cuando se piensa en quién habla desde la sociedad civil. Al haber tanta fragmentación entre organizaciones (todas ellas legítimas porque todas reflejan intereses genuinos), surge el problema de la representación. Cuando se piensa en ámbitos de decisión, en los espacios donde se definen las políticas que rigen al sistema de salud, esta fragmentación de las organizaciones de la sociedad civil abocadas al tema se torna en una debilidad ante actores muy concentrados, ya sea el Estado, las empresas prestadoras de servicios o la industria farmacéutica.

Desde el mundo asociativo surge una dificultad, que es la necesidad de plantearse cómo resolver el tema de la fragmentación y la debilidad. La debilidad no pasa por ser muchos que están divididos, sino por ser muchos divididos y pequeños. Cuando se participa de espacios de discusión y de negociación –más colaborativos o menos colaborativos- según Berger es necesario poseer capacidades organizacionales. Capacidades para analizar información, para producir información relevante, capacidades de movilización, de influencia en los medios, etc. Todas esas características son necesarias pero son muy difíciles de lograr, resulta prácticamente imposible que una entidad pequeña las pueda obtener.

Mirando hacia el futuro, además de transitar por este camino de la articulación que es indispensable, y de promover espacios de resolución alternativas de los conflictos inherentes al campo de la salud, habría que pensar también en cómo fortalecer a las organizaciones y cómo aprender de aquellas entidades que ya han recorrido ese camino de fortalecimiento. Es una asignatura pendiente. De acuerdo a Berger, cuando se piensa en estos temas surgen alternativas difíciles de resolver. Emergen preguntas sobre hasta dónde puede avanzar una organización pequeña de pacientes, qué se podría esperar de una organización conformada exclusivamente por entidades pequeñas de pacientes, qué se puede esperar de la colaboración y la contribución específica de asociaciones profesionales como las médicas, y de profesionales de la salud, que por sus características y membrecía tienen la capacidad de movilizar recursos y desarrollar competencias y capacidades específicas.

Concluyó Berger que en términos prospectivos, entonces, se tendría que entender mejor el sistema de salud en sentido amplio, y dentro de él cuál es el papel que pueden desempeñar distintas entidades de la sociedad civil local. A partir de reconocer estos diferentes tipos de organizaciones se debería pensar en cómo se les fortalece. No serán los mismos requerimientos si está frente a una entidad de pacientes, que si está frente a una de prestación de servicios, o si es una entidad que trabaja en el nivel macro, en el nivel de organización del sistema. Aquí, el otro desafío que también conviene plantearse es: cómo se articulan con otras instituciones especialistas en ciertas temáticas, cómo se asocian, por ejemplo, con aquellas que se ocupan de la promoción y defensa de derechos. Que una organización de pacientes, o una organización médico-profesional se convierta en una especialista en influir sobre la legislación o en incidir en la aplicación de las normas no tiene mucho sentido. Aquí es donde convendría trabajar asociadamente con entidades especialistas como ADC u otras.

En pocas palabras, estos son los pensamientos que se tendrían que comenzar a introducir: cómo repensar el sistema, cómo considerar a los distintos tipos de actores del campo de la salud, cómo se les fortalece de acuerdo con sus necesidades, y cómo se inician asociaciones estratégicas con entidades especializadas en distintas temáticas de derechos, académicas, organismos internacionales que financian el sistema, etc. En algunos campos, por ejemplo, la clave pasa por actuar sobre los organismos de financiamiento internacional para tratar de poner condiciones al financiamiento que realizan al Estado local, y que éstas condiciones de alguna manera sean favorables a los intereses de las organizaciones involucradas. Esta es una mirada que convendría comenzar a desarrollar en este campo de tanta diversidad de actores.

Observatorio de Salud de la Universidad de Buenos Aires

Marisa Aizenberg, del Observatorio de Salud de la Universidad de Buenos Aires, propuso algunas reflexiones que sirvieron de cierre. Señaló que la descripción -adoptada por todos los expositores- de una sociedad civil atomizada, dispersa y debilitada no es diferente a la fragmentación que caracteriza al sistema de salud. Esta parcelación del sistema de salud no permite realizar una gestión eficiente. Por otra parte, el tema de los recursos escasos es repetido habitualmente, pero cabría preguntarse si se está frente a una situación de recursos escasos o es que probablemente exista una incorrecta asignación de esos bienes.

La fragmentación, la superposición de servicios y la incorrecta asignación de recursos son cuestiones que vinculan a los distintos actores y que probablemente deban integrar una agenda colectiva de fortalecimiento. Estos son algunos de los temas que corresponderían tomarse en cuenta al pensar en los procesos de incidencia.

Además, en todas las intervenciones se hizo referencia a la información. Por tanto, es una necesidad común facilitar el intercambio entre actores a partir de poner en común, información, conocimientos, datos, experiencia. Desde 2009, cuando se comenzó a analizar la Ley de Derechos de los Pacientes, se pensó que era el primer paso que permitiría consolidar temas como los de la equidad, el acceso y la calidad de la atención sanitaria. Tomando alguno de estos ejes se podría elaborar una riquísima agenda para 2012, que permita canalizar las particularidades de cada uno de los actores y efectuar desde allí un aporte efectivo.

Participación de la audiencia

Por último, Giancarlo Quadrizzi, del área de Ciudadanía Saludable de la Fundación Cambio Democrático, fue dando la palabra a distintos participantes de manera tal que pudieron registrarse algunas propuestas adicionales que aquí se señalan:

Hubo acuerdos en cuanto a que en la Argentina se requiere un proceso de cambio y mejoras del sistema de salud que no puede ser realizado exclusivamente desde los individuos, desde las organizaciones sociales, desde el equipo de salud, desde el Estado, o desde los prestadores de servicios. Se requiere la participación organizada de toda la comunidad. La pregunta es de qué manera hacerse cómplices, de qué manera trabajar juntos y colaborar para mejorar el sistema de salud. Para lograrlo, en primer lugar quedó claro que se requiere entender lo que significa construir el espacio común y valorarlo. En definitiva, priorizar el derecho colectivo respecto del derecho individual, poniendo atención en los temas de la equidad.

Por otra parte, se señaló que sería conveniente aprovechar espacios colaborativos ya existentes, como las Comunas en la Ciudad de Buenos Aires, en el que el Consejo Consultivo Comunal es una autoridad directa y un espacio de participación, donde las propuestas que surjan sobre el área salud podrían ser tomadas en cuenta.

En 2012 la OMS eligió como eje prioritario el tema del envejecimiento poblacional. Sería muy oportuno incluir en la agenda común el tema de la salud a lo largo del ciclo vital. Es un hecho demostrado que se está viviendo más años, es un éxito de las políticas públicas y de la buena salud al inicio de la vida. Aunque sin duda afecta a las personas con cáncer, con HIV Sida, y con otras patologías crónicas, es un tópico que trae aparejado diversas complejidades. La edad avanzada es un eje que influye en toda la población sana y enferma.

17. Reflexiones Finales

El sistema de salud argentino comparte con otros contextos sanitarios los conflictos y tensiones propios de la época. Al mismo tiempo, se encuentra fuertemente fragmentado y disperso. Estas circunstancias se constituyen en una de sus principales características, por lo cual resulta poco eficaz para atender la salud de la población. En consecuencia, durante esta jornada se consideró como particularmente fuerte la idea de que será imprescindible articular los recursos que existen dentro del campo de la salud, y enfrentar los desafíos de la construcción de consensos. Es indispensable introducir cambios que respondan a la exigencia de calidad, equidad y justicia social. Cambios que, necesariamente, reclaman el concurso decidido de

instituciones públicas y privadas, así como de la ciudadanía en su conjunto. Para ello, se reconoció que se deben reunir por lo menos dos condiciones:

- La primera es realizar más procesos de incidencia para lograr el acuerdo político entre todos los actores, y que sean posibles la confrontación constructiva y la colaboración. Pero también resultará fundamental nivelar las asimetrías existentes entre los actores involucrados.
- En segundo lugar, es ineludible imaginar, y luego construir, un nuevo tipo de institucionalidad. Esto es, generar un cambio de normas, de perspectivas y de valores respecto de la salud. Evidentemente, se necesitan nuevas reglas de juego.

Pero resultaría simplista sostener que estas nuevas reglas de juego vayan *per se* a operar sobre el comportamiento de los actores existentes, sin la constitución de "nuevos actores" y de "alianzas de actores" a cargo del proceso de transformación y con capacidad de estabilizar el cambio impulsado. Y, para ello, una precondition es la creencia de que este cambio de modelo es necesario y posible. Contar con ejemplos que operen como inspiración, como fue la descripción del caso español de gestión de conflictos, puede ayudar en esta travesía.

El surgimiento de estas ideas no fue azaroso. En ellas se retoma y se destaca la posibilidad de la construcción colectiva haciendo pie sobre el camino andado, sobre las capacidades existentes y sobre la traslación selectiva de lo que se reconoce saludable en las prácticas concretas en otros países. Quizás se necesite, además, una actitud prudente pero firme respecto de la necesidad de generar aprendizajes, compartir procesos e impulsar espacios transformadores en el campo de la salud.

La capacidad de reflexión conjunta y de sistematización que impulsa de manera permanente el Centro de Innovación Social se evidencia en este documento y se espera que ayude a imaginar otras condiciones de posibilidad para que se desarrolle con mayor impulso una ciudadanía saludable.

Una especial mención a María Elena Iglesias y a Ana Carolina Reyes por comentar el texto.

Agradecemos también a Leo Blugerman por la corrección y edición del texto.

Por último, pero no menos importante, un reconocimiento a Laboratorios Roche, por su apoyo a esta iniciativa.

Información Institucional de Interés

- Centro de Innovación Social: <http://www.udesa.edu.ar/cis>
- Gobierno de Cantabria - Unidad de Gestión de Conflictos: <http://www.saludcantabria.es/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=18&cntnt01returnid=59>
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: <http://www.defensoria.org.ar/>

- Federación Argentina de Enfermería: <http://lafederacionargentinadeenfermeria.blogspot.com/>
- Asociación de Derechos Civiles: <http://www.adc.org.ar/>
- Fundación Huésped: <http://www.huesped.org.ar/>
- Paradigma XXI: <http://gestion-del-conocimiento.info/Paradigma%20XXI>
- Observatorio de Salud Universidad de Buenos Aires:
<http://www.derecho.uba.ar/extension/observatorio.php>
- Fundación Cambio Democrático: <http://www.cambiodemocratico.org/>

Material de Lectura Sugerido

- Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana (2002) El Sistema de Salud en la Argentina. Documento 60. Universidad de San Andrés y Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad. Buenos Aires: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf> (fecha de acceso: 19-03-2012).
- Aizemberg, Marisa y Roitman, Ariel (2009). Los derechos de los pacientes y su reconocimiento a nivel nacional. Diario La Ley (29/12/2009). Buenos Aires. <http://doctrina2.derechodelasalud.com.ar/2009/12/los-derechos-de-los-pacientes-y-su.html> (fecha de acceso: 19-03-2012).
- Cayón de las Cuevas, Joaquín (2010) Resolución Extrajudicial de Conflictos Sanitarios: manifestaciones jurídico-positivas y posibilidades de futuro. http://www.udesa.edu.ar/files/UAHumanidades/SemPermHuma2011/ARTICULO_JOAQUIN_CAYON_RESOLUCI%C3%93N_EXTRAJUDICIAL.pdf (fecha de acceso: 19-03-2012).
- Jones, Mercedes y Quadrizzi, Giancarlo (2009) Alianza de Organizaciones de la Sociedad Civil de Argentina para la Promoción de un Modelo de Salud Centrado en las Personas. <http://www.gestionsocial.org> (fecha de acceso: 19-03-2012).