

DOCUMENTO DE INTEGRACIÓN GENERAL

Comunicación y Negociación Estratégico-Posicional para Equipos de Salud

Dr. Ricardo Petrissans Aguilar

Laboratorio de Soft Skills

Versión consolidada de lectura — octubre de 2026

Documento autónomo del Programa Maestro y de los diez módulos. Los casos son hipotéticos. Las fuentes finales se indican al cierre.

La negociación como dimensión invisible de la práctica sanitaria

Hay algo particularmente revelador en la vida de un hospital: cada mañana, cuando sus puertas se abren a una nueva jornada —aunque en rigor nunca se hayan cerrado—, comienza una sucesión de conversaciones que tendrán consecuencias sobre la vida de muchas personas. Algunas serán breves y aparentemente rutinarias. Otras se prolongarán durante horas, requerirán consultas, movilizarán diferentes servicios o terminarán involucrando a las máximas autoridades de la institución. Un médico explicará una decisión terapéutica a alguien que esperaba escuchar otra respuesta. Una enfermera solicitará una modificación en la organización del trabajo porque considera que las condiciones existentes comprometen la calidad de los cuidados. Un familiar insistirá en obtener información adicional. Un jefe de servicio discutirá con la administración la disponibilidad de determinados recursos. En algún despacho se intentará resolver un desacuerdo entre profesionales que, hasta unos días antes, trabajaban juntos sin dificultades aparentes.

Ninguno de esos intercambios tiene necesariamente el aspecto de una negociación. No hay una mesa preparada para ello, no se han designado representantes y probablemente sus protagonistas ni siquiera empleen esa palabra. Sin embargo, en todos puede estar produciéndose un proceso de aproximación o confrontación de posiciones, acompañado de expectativas, necesidades, facultades de decisión y distintos grados de poder. En algunos casos se buscará un acuerdo explícito; en otros, una modificación de conducta, una aclaración, una redistribución de responsabilidades o el reconocimiento de una situación que hasta entonces permanecía ignorada.

La negociación existe mucho antes de que alguien decida llamarla negociación.

Esta afirmación constituye uno de los puntos de partida de nuestro trabajo. Durante demasiado tiempo se ha tendido a vincular el aprendizaje de las técnicas negociadoras con las actividades comerciales, la resolución de controversias laborales, las relaciones diplomáticas o los conflictos jurídicos. Son ámbitos en los que la negociación adquiere formas relativamente reconocibles, porque hay propuestas, contrapropuestas, concesiones y resultados que pueden identificarse con

cierta facilidad. En el universo sanitario, por el contrario, una buena parte de los procesos negociadores se encuentra integrada en la propia actividad profesional. No aparece separada de la atención, sino mezclada con ella; no siempre se manifiesta en condiciones de igualdad y frecuentemente se desarrolla bajo una presión que limita el tiempo disponible para reflexionar.

Esta particularidad debería conducirnos a revisar una creencia profundamente arraigada: la idea de que una excelente preparación técnica garantiza, por sí misma, una excelente actuación profesional. Nadie cuestionaría la necesidad de que un médico posea conocimientos científicos actualizados, ni que una enfermera domine las competencias correspondientes a su responsabilidad asistencial, ni que un director hospitalario comprenda las exigencias administrativas, económicas y organizativas de la institución que conduce. Pero todos esos conocimientos se despliegan dentro de relaciones humanas. Y esas relaciones pueden facilitar o entorpecer la aplicación de aquello que técnicamente sabemos hacer.

Un diagnóstico acertado no garantiza que el paciente comprenda las razones de una indicación. Una advertencia correcta sobre un riesgo asistencial no garantiza que sea escuchada por quien debe decidir. Una reorganización hospitalaria, incluso cuando responde a necesidades objetivas, no asegura que quienes deban llevarla adelante comprendan sus fundamentos o estén en condiciones de ejecutarla. Entre el conocimiento y su aplicación existe un espacio de comunicación, autoridad, confianza, incertidumbre y negociación que merece ser estudiado con la misma seriedad que cualquier otro componente de la actividad profesional.

El hospital y las diferentes formas de autoridad

Para comprender la negociación sanitaria debemos comenzar por reconocer que una institución de salud no constituye una organización convencional.

Posee jerarquías administrativas, ciertamente, pero también jerarquías clínicas, responsabilidades profesionales autónomas, protocolos, órganos técnicos, mecanismos de supervisión, relaciones laborales y obligaciones de carácter ético y jurídico. Una misma persona puede encontrarse subordinada en el plano organizacional y conservar, al mismo tiempo, una responsabilidad técnica que no puede delegar. Un profesional puede tener autoridad para adoptar determinadas decisiones clínicas y carecer de facultades para modificar la distribución presupuestaria de su servicio. Un directivo puede disponer de importantes competencias administrativas y, sin embargo, necesitar el juicio especializado de otros profesionales para valorar las consecuencias asistenciales de una medida.

Por ello, negociar dentro de una institución sanitaria exige comprender no solamente quién ocupa el lugar más elevado del organigrama, sino también de dónde procede la legitimidad de cada decisión.

Consideremos, por ejemplo, una situación hipotética, construida para ilustrar las dificultades que estudiaremos a lo largo de este manual.

En un servicio de hospitalización, una enfermera experimentada observa que un paciente presenta signos de deterioro que considera preocupantes. Tras comunicar sus observaciones, recibe una respuesta que interpreta como insuficiente. El médico responsable, que se encuentra atendiendo simultáneamente otros casos, considera que los datos disponibles no justifican todavía la intervención que se le solicita. Ambos profesionales están intentando cumplir sus responsabilidades y, sin embargo, la conversación puede transformarse rápidamente en un conflicto.

Si el médico interpreta la insistencia como un cuestionamiento personal de su autoridad, podría reaccionar defensivamente. Si la enfermera percibe la respuesta como una desvalorización de su experiencia, podría elevar el tono de su reclamo o, por el contrario, desistir de insistir para evitar un enfrentamiento. Ninguna de esas reacciones resolvería necesariamente la cuestión principal: determinar con rapidez y seguridad qué requiere el paciente.

Lo interesante de este ejemplo es que la negociación no puede orientarse a obtener una concesión clínica por razones de jerarquía o conveniencia personal. Debe preservar la posibilidad de comunicar una preocupación de seguridad, revisar la información disponible y activar, si corresponde, los mecanismos establecidos para solicitar una segunda valoración o una respuesta urgente.

En determinadas situaciones, lo decisivo no será alcanzar un acuerdo entre los profesionales, sino asegurar una actuación clínica apropiada.

Esta distinción resulta fundamental. Nuestra metodología permitirá negociar aspectos organizativos, responsabilidades, alternativas de actuación y procesos de comunicación, pero no permitirá sustituir una evaluación clínica necesaria por una transacción entre posiciones.

La diferencia entre negociar y ceder será, por tanto, una de las cuestiones más importantes de nuestra enseñanza.

El paciente no es simplemente una contraparte

La negociación con pacientes y familiares requiere un análisis especialmente cuidadoso porque incorpora una asimetría que no puede ignorarse.

El profesional dispone de conocimientos especializados, experiencia y acceso a información que el paciente quizá no posee. Pero el paciente aporta algo que ningún conocimiento técnico puede reemplazar: su propia experiencia de la enfermedad, sus preferencias, sus circunstancias personales y su derecho a participar en las decisiones que afectan a su cuerpo y a su vida.

Esa relación no debería ser concebida como un enfrentamiento entre quien sabe y quien desconoce. Tampoco como una situación donde toda preferencia del paciente deba transformarse automáticamente en una indicación clínica. Constituye un proceso de comunicación y decisión en el que es necesario integrar información científica, posibilidades terapéuticas, incertidumbres, obligaciones profesionales y autonomía personal.

Imaginemos a una mujer que, después de recibir una explicación sobre un procedimiento, manifiesta que no desea realizarlo. El profesional puede considerar que ese rechazo compromete seriamente sus perspectivas de recuperación. Su primera reacción podría ser intentar convencerla mediante una acumulación de argumentos médicos. Sin embargo, antes de insistir necesitaría comprender qué está ocurriendo. Quizá la paciente tema una complicación que no ha sabido expresar. Tal vez haya interpretado incorrectamente la finalidad del procedimiento. Puede que sus experiencias anteriores hayan deteriorado su confianza en las instituciones sanitarias. O quizá, después de comprender adecuadamente las alternativas y consecuencias, mantenga una decisión que el profesional no comparte.

Cada situación requiere una respuesta diferente.

La comunicación permitirá explorar las razones del desacuerdo y verificar la comprensión de la información. La negociación podrá facilitar la consideración de alternativas clínicamente aceptables, la organización de los tiempos o la búsqueda de apoyos apropiados. Pero no podrá utilizarse para erosionar mediante presión indebida una decisión autónoma y válida.

El conocimiento de los derechos del paciente, del consentimiento informado y de las obligaciones profesionales correspondientes a cada jurisdicción deberá acompañar todo nuestro trabajo.

Este enfoque encuentra apoyo en iniciativas de seguridad asistencial que destacan la participación activa de los pacientes y sus familias. La Agency for Healthcare Research and Quality, por ejemplo, desarrolla herramientas para comprobar la comprensión de las explicaciones sanitarias, como la técnica teach-back, que pide al paciente expresar con sus propias palabras lo que ha comprendido.

No incorporaremos esas herramientas como sustitutos de la negociación estratégico-posicional, sino como instrumentos de comunicación cuya utilidad y limitaciones examinaremos dentro de nuestro marco.

Cuando el desacuerdo aparece dentro del equipo

Existe otra dimensión del problema que merece atención particular. Los profesionales sanitarios pueden aprender a cuidar con extraordinaria dedicación a sus pacientes y, al mismo tiempo, desarrollar formas de relación difíciles con sus propios compañeros.

La intensidad del trabajo, el cansancio acumulado, las guardias prolongadas, las diferencias de experiencia, la presión de los resultados y las estructuras jerárquicas pueden favorecer desacuerdos que no siempre encuentran espacios apropiados de resolución.

La relación entre médicos y personal de enfermería es un campo especialmente importante para nuestro programa. No porque deba presumirse la existencia de un enfrentamiento permanente, sino porque se trata de profesiones que trabajan estrechamente vinculadas, poseen responsabilidades diferenciadas y deben coordinar decisiones continuamente.

En ocasiones, un conflicto aparentemente personal es la expresión de una dificultad organizacional. Un profesional reclama porque recibe información incompleta. Otro responde con irritación porque interpreta que se está cuestionando su competencia. Un tercero evita intervenir porque considera que cualquier participación lo colocará en una posición incómoda frente a sus superiores. Con el paso del tiempo, las dificultades de comunicación pueden consolidarse como problemas de convivencia profesional, aunque su origen se encuentre en mecanismos institucionales deficientes.

Nuestro enfoque estratégico-posicional deberá ayudar a identificar dónde se encuentra verdaderamente el conflicto.

¿Se discute una decisión clínica? ¿Se cuestiona una responsabilidad? ¿Existe una distribución injusta o confusa de tareas? ¿La información llega tarde? ¿La autoridad formal está siendo utilizada para impedir una discusión legítima? ¿Hay un problema de recursos que se está trasladando a las relaciones personales?

Antes de preparar una estrategia negociadora será indispensable responder a esas preguntas. De lo contrario, podríamos intervenir sobre las manifestaciones visibles del desacuerdo sin modificar ninguna de las circunstancias que lo producen.

Este énfasis en el trabajo interprofesional está en consonancia con las líneas de formación en seguridad del paciente propuestas por la OMS y con programas como TeamSTEPPS 3.0, que organiza sus competencias alrededor de la comunicación, el liderazgo, la supervisión de la situación y el apoyo mutuo.

La aportación específica de nuestro curso consistirá en examinar qué ocurre cuando, incluso disponiendo de herramientas adecuadas de comunicación, los integrantes del equipo mantienen posiciones diferentes y necesitan conducir una negociación.

La dirección sanitaria también negocia

Sería un error limitar el estudio de la negociación sanitaria a las conversaciones que se producen junto a la cama del paciente o dentro de los equipos asistenciales. Una parte fundamental de los conflictos surge en las decisiones que organizan el funcionamiento de la institución.

La dirección de un hospital o de una mutualista debe administrar recursos que nunca son ilimitados, responder a obligaciones legales, cumplir compromisos asistenciales y gestionar las expectativas de profesionales, pacientes, trabajadores y organismos de supervisión. Muchas de sus decisiones se adoptan dentro de márgenes estrechos. Sin embargo, la existencia de restricciones no elimina la posibilidad de negociar; modifica sus condiciones.

Pensemos en la reorganización de un servicio de urgencias. La administración considera imprescindible modificar los turnos para afrontar cambios en la demanda asistencial. Los médicos expresan reservas sobre la cobertura especializada. Enfermería advierte que la nueva distribución puede incrementar la carga de trabajo en determinados horarios. Los trabajadores administrativos señalan que el sistema de admisión no se encuentra preparado para absorber el volumen previsto.

Si la dirección interpreta todas esas observaciones como resistencias al cambio, corre el riesgo de perder información imprescindible. Si los equipos consideran que cualquier propuesta administrativa constituye una amenaza, pueden bloquear modificaciones necesarias. La negociación debe permitir que las posiciones se expresen, que las restricciones sean conocidas y que las decisiones se examinen desde sus consecuencias reales.

No siempre será posible satisfacer todas las demandas. Habrá prioridades incompatibles, costes que no pueden evitarse y decisiones que deberán adoptarse incluso sin consenso. Pero existe una diferencia sustancial entre ejercer la autoridad después de haber comprendido el conflicto y ejercerla como sustituto de esa comprensión.

Un directivo que negocia adecuadamente no abdica de sus responsabilidades. Procura ejercerlas con información más completa, criterios explícitos y una valoración realista de las consecuencias.

Del mismo modo, un profesional que negocia con su dirección no necesariamente cuestiona la legitimidad institucional. Puede estar intentando conseguir que una decisión reconozca condiciones técnicas, asistenciales o laborales que necesitan ser consideradas.

Nuestra metodología deberá enseñar a ambas partes a prepararse, reconocer sus márgenes de actuación y distinguir las posiciones que pueden modificarse de los compromisos que deben mantenerse.

Negociar bajo presión: cuando el tiempo altera las conversaciones

Hay una condición de la actividad sanitaria que transforma profundamente la naturaleza de muchos intercambios: el tiempo.

En otros ámbitos profesionales, una negociación puede suspenderse durante algunos días para obtener información adicional, consultar asesores o reconsiderar una propuesta. En la atención sanitaria, semejante posibilidad no siempre existe. Una urgencia clínica puede exigir decisiones

inmediatas. La familia de un paciente hospitalizado puede necesitar una explicación antes de que el profesional termine su guardia. Un equipo que se encuentra trabajando al límite de su capacidad no dispone necesariamente de las condiciones emocionales adecuadas para mantener una conversación difícil.

La presión temporal no elimina la necesidad de comunicarse. Por el contrario, puede convertir la comunicación en una cuestión todavía más importante.

Sin embargo, debemos distinguir entre aquellas situaciones donde existe realmente una urgencia que exige actuar y aquellas otras en las que se invoca la urgencia para evitar una discusión incómoda. No son circunstancias equivalentes. En el primer caso, las prioridades asistenciales y los protocolos de respuesta pueden determinar quién debe actuar, cómo debe hacerlo y qué información necesita transmitir. En el segundo, la presión temporal puede convertirse en un recurso utilizado para condicionar indebidamente la decisión del interlocutor.

Un profesional preparado en negociación estratégico-posicional deberá reconocer esa diferencia.

Imaginemos una conversación entre un jefe de servicio y una integrante de su equipo. El primero comunica que, debido a una ausencia imprevista, necesita modificar la distribución de las guardias. La profesional señala que esa modificación afecta compromisos previamente asumidos y que, además, podría comprometer las condiciones de descanso necesarias para trabajar con seguridad. El jefe insiste en que el problema debe resolverse inmediatamente.

La cuestión no consiste simplemente en determinar cuál de las dos posiciones tiene mayor fuerza. Es necesario identificar las obligaciones institucionales, los límites laborales, las condiciones de seguridad y las alternativas disponibles. Tal vez exista la posibilidad de convocar personal de apoyo, redistribuir otras tareas o activar mecanismos previamente establecidos. También puede suceder que ninguna solución resulte completamente satisfactoria.

Lo que no deberíamos admitir como buena negociación es que la presión del momento o la autoridad jerárquica sustituyan la evaluación responsable de esas alternativas.

En el ámbito sanitario, aprender a negociar supone también aprender a reconocer cuándo una conversación necesita mayor preparación, cuándo corresponde documentar una discrepancia y cuándo el desacuerdo debe trasladarse a un mecanismo formal de resolución.

El poder y sus límites en las relaciones sanitarias

Toda negociación ocurre dentro de una determinada distribución de poder. Negar esa circunstancia no hace desaparecer sus efectos, del mismo modo que reconocerla no significa que la persona de mayor autoridad deba imponer siempre su voluntad. En los establecimientos sanitarios el poder adopta formas particularmente complejas: procede de la responsabilidad jerárquica, la competencia técnica, el control de recursos, la experiencia, la información y la legitimidad que una persona ha adquirido ante otros profesionales. Algunas fuentes se encuentran formalmente reconocidas; otras actúan de manera silenciosa y, por esa razón, son más difíciles de examinar.

Un director puede disponer de atribuciones que no tiene un médico de guardia y, al mismo tiempo, necesitar el juicio de este para comprender las consecuencias de una decisión asistencial. Una enfermera puede ocupar una posición organizacional subordinada y conservar información crucial sobre la evolución de un paciente o las condiciones reales de un servicio. Un administrativo puede conocer mejor que sus superiores la cadena de procedimientos cuya alteración modifica la atención. No se trata de invertir arbitrariamente las jerarquías, sino de comprender que autoridad formal, conocimiento indispensable y poder negociador no son conceptos idénticos.

La dificultad surge cuando una persona interpreta que escuchar una objeción equivale a perder autoridad, o cuando otra considera que la fortaleza de su posición le permite desconocer procedimientos legítimos. Una institución necesita mecanismos capaces de proteger simultáneamente la decisión responsable, la circulación de información y el derecho a formular discrepancias fundadas. Frente a una preocupación clínica urgente, la prioridad será verificar el riesgo y activar las vías asistenciales correspondientes, no establecer quién triunfa en una discusión entre profesiones.

También importa quién puede introducir un asunto en la agenda, cuándo se permite debatirlo y qué información recibe cada participante. Una reunión formalmente abierta puede resultar incapaz de examinar el problema si las condiciones de comunicación impiden que ciertos integrantes expresen lo que saben. La ausencia de objeciones no demuestra por sí sola la inexistencia de dificultades: puede manifestar conformidad, pero también silencio aprendido o temor a consecuencias personales. Una negociación institucional madura deberá distinguir esas posibilidades sin adjudicar intenciones que no hayan sido comprobadas.

Qué entendemos por negociación estratégico-posicional

La negociación estratégico-posicional se concibe en esta obra como un proceso deliberado de preparación y conducción de decisiones entre actores interdependientes, cuyas posiciones responden a objetivos, responsabilidades, recursos y restricciones diferentes. Se orienta a procurar resultados fundamentados y ejecutables mediante el examen de la información disponible, las relaciones de poder, las alternativas, los márgenes legítimos de acuerdo y las consecuencias previsibles. Es una formulación de trabajo de este programa, no una doctrina cuya eficacia clínica específica pretendamos haber demostrado.

Una posición es la formulación concreta de aquello que un actor propone o reclama; no equivale por sí sola a una prueba de que la solicitud resulta correcta o viable. El objetivo describe lo que realmente busca alcanzar. La alternativa identifica un curso de acción posible si no se obtiene el acuerdo perseguido. El límite determina aquello que una persona no puede o no debe aceptar, sea por atribuciones insuficientes, por condiciones clínicas, por la normativa o por razones justificadas de responsabilidad profesional. Las concesiones, a su vez, requieren distinguir lo que puede adaptarse de aquello que no constituye materia disponible para las partes.

La metodología deberá evitar dos errores simétricos. El primero es reducir la negociación a la defensa rígida de exigencias iniciales; el segundo es imaginar que reconocer los intereses subyacentes suprime las relaciones de poder, los desacuerdos reales o las restricciones institucionales. Fisher, Ury y Patton aportaron una concepción relevante de negociación basada en principios, incluyendo el estudio de alternativas y criterios objetivos. Nuestra propuesta no necesita desacreditar esa contribución. Su rasgo distintivo será comenzar por la situación posicional concreta del profesional sanitario y examinar, con especial profundidad, el alcance de sus facultades y responsabilidades institucionales.

Esta perspectiva no convierte a los pacientes ni a los compañeros de trabajo en adversarios permanentes. No toda comunicación entraña negociación; no todo desacuerdo es un conflicto; no todas las decisiones son susceptibles de concesión. Aprenderemos a identificar en qué situaciones corresponde informar, deliberar, coordinar, adoptar una decisión clínica o activar un procedimiento de seguridad y en cuáles existe verdaderamente un espacio negociable.

Cuatro planos de actuación que deben distinguirse

La aplicación rigurosa de esta metodología requiere separar cuatro planos analíticos que, en la vida institucional, se superponen continuamente. El primero comprende las decisiones clínicas. Cuando se discute una indicación, la cuestión decisiva es su fundamento técnico, la situación del paciente y los procedimientos aplicables. Puede haber opciones clínicas apropiadas entre las cuales deliberar, pero no corresponde decidir las exclusivamente mediante la superioridad posicional de alguno de los participantes.

El segundo plano concierne al paciente y sus derechos. La autonomía y el consentimiento informado no son obstáculos que la técnica negociadora deba vencer, sino límites y condiciones de una relación asistencial legítima. Deben considerarse la comprensión de la información, la competencia para decidir, la confidencialidad y el marco normativo aplicable. En Uruguay, la Ley 18.335 y el Decreto 274/010 ofrecen referencias específicas para contextualizar esta enseñanza, cuya aplicación a casos concretos exigirá las debidas precauciones jurídicas y profesionales.

El tercer plano corresponde a las relaciones entre profesionales. Aquí aparecen distribución de tareas, comunicación de riesgos, conflictos de autoridad, cooperación entre médicos y enfermería y diferencias sobre procedimientos de trabajo. Será imprescindible distinguir la coordinación o escalada de una preocupación asistencial de las controversias realmente negociables. El cuarto plano es administrativo e institucional: presupuestos, organización, condiciones de trabajo, dotaciones de personal y decisiones entre servicios y direcciones. Es en este ámbito donde los instrumentos posicionales suelen encontrar márgenes amplios de aplicación, aunque siempre limitados por responsabilidades y derechos.

Estas distinciones no separan artificialmente la realidad. Permiten observarla con suficiente precisión para no trasladar una técnica legítima desde un escenario organizativo a una situación clínica donde sería impropio.

La confianza profesional y la persistencia de los vínculos

En los hospitales, las partes de una controversia deben continuar trabajando juntas. Una dirección y un equipo pueden concluir una reunión sin alcanzar el acuerdo solicitado y reencontrarse al día siguiente ante un problema asistencial que requiere cooperación. Dos profesionales pueden discrepar de forma intensa y tener que compartir una guardia. Por ello, el resultado inmediato de una negociación no puede evaluarse de espaldas a la relación que continuará después.

La confianza profesional no exige amistad ni uniformidad de criterios. Consiste, más bien, en la expectativa fundada de que el interlocutor comunicará lo importante, respetará sus compromisos, reconocerá los límites de sus competencias y no utilizará indebidamente la vulnerabilidad ajena. Cuando se deteriora, una pregunta puede ser recibida como acusación y una corrección necesaria.

como humillación. Entonces el conflicto comienza a alimentarse de su propia historia, aunque su origen haya sido un problema organizativo relativamente simple.

Negociar en estas circunstancias implica comprender la secuencia de acontecimientos, distinguir los hechos de sus interpretaciones y restablecer condiciones de cooperación profesional, sin exigir reconciliaciones afectivas ni sustituir los procedimientos formales necesarios cuando existan conductas incompatibles con las normas institucionales.

Información, interpretación y posiciones

La información es indispensable para negociar, pero nadie dispone de una mirada completa sobre el funcionamiento sanitario. La dirección conoce determinadas restricciones económicas; los servicios, sus demandas clínicas; enfermería, la continuidad de muchos procesos asistenciales; los administrativos, la circulación de documentación y turnos; los pacientes, sus experiencias, prioridades y circunstancias personales. El riesgo surge cuando cada perspectiva parcial se convierte en explicación total del problema.

Un incremento de los tiempos de espera puede atribuirse apresuradamente a baja productividad, exceso de demanda o errores administrativos. Sin examinar circuitos, complejidad de casos, personal disponible y procedimientos, una reunión puede terminar discutiendo culpas antes que soluciones. La preparación estratégico-posicional exigirá distinguir lo observado, lo inferido y lo todavía desconocido, y formular propuestas proporcionadas a la calidad de la evidencia disponible.

Esta consideración no legitima el acaparamiento de información confidencial como instrumento de presión. En salud, la reserva de datos personales y la obligación de compartir oportunamente información clínicamente relevante tienen límites propios que prevalecen sobre la conveniencia táctica. Ser estratégico no equivale a falsear hechos, inventar restricciones ni utilizar secretos asistenciales para obtener ventajas negociadoras.

Las emociones y las conversaciones difíciles

Un paciente preocupado por un diagnóstico, una familia que teme un desenlace grave o un profesional agotado tras una guardia extensa no interpretan necesariamente las conversaciones en las mismas condiciones que alguien libre de esas presiones. La emoción puede alterar la atención, la memoria y las expectativas. Ignorarla empobrece la comunicación, pero atribuir automáticamente intenciones ocultas o estados psicológicos a los interlocutores también conduce a errores.

Reconocer el temor de una familia no obliga a aceptar una intervención carente de indicación. Escuchar la frustración de un equipo no elimina las restricciones institucionales. La tarea profesional consiste en recibir las preocupaciones con respeto, verificar hechos, explicar límites y examinar alternativas legítimas. Allí donde exista urgencia o riesgo, la prioridad asistencial deberá

gobernar la respuesta; cuando la conversación pueda prepararse, elegir un momento apropiado y disponer de información suficiente puede mejorar sus condiciones.

Una habilidad esencial será regular la propia reacción. El desacuerdo no exige dureza expresiva para adquirir seriedad. La firmeza puede presentarse de manera clara y respetuosa; la empatía puede coexistir con una negativa fundada. Ninguna técnica deberá utilizar el sufrimiento, la incertidumbre o la dependencia del paciente como recursos para obtener una conformidad que no sea libre ni informada.

Reconocer el conflicto antes de su manifestación

Numerosos conflictos institucionales tienen una historia anterior al episodio que los vuelve visibles. Una redistribución de tareas inicialmente presentada como transitoria se prolonga; un pedido de aclaración queda sin respuesta; quienes trabajan en un servicio dejan de acudir a reuniones que consideran estériles; aparecen comentarios privados y malestar acumulado. Finalmente, una decisión menor provoca una reacción intensa que sorprende a las autoridades. El conflicto acaba de hacerse público, pero lleva mucho tiempo formándose.

Aprender a negociar significa también reconocer señales que merecen atención antes de la escalada. Esto no autoriza a tratar toda diferencia como amenaza: la discrepancia técnicamente argumentada puede mejorar una decisión. El objetivo es disponer de caminos para que los problemas sean comunicados y examinados sin quedar atrapados en silencios prolongados, personalizaciones y represalias. Una institución donde nadie objeta nada no puede considerarse segura únicamente por esa ausencia de disputas.

La intervención temprana puede consistir en aclarar atribuciones, compartir datos, revisar una organización o activar un procedimiento de tratamiento del reclamo. En otras ocasiones habrá diferencias legítimas que no podrán desaparecer. La madurez institucional se reconocerá en la capacidad para distinguirlas y conducirlas responsablemente.

La preparación como responsabilidad anterior a la reunión

La negociación profesional empieza antes del encuentro. Un responsable de servicio que solicita refuerzo de personal necesita algo más que convicción: demanda asistencial, cargas observadas, efectos sobre los cuidados, alternativas organizativas, restricciones y competencias para aprobar cambios. La dirección, por su parte, necesita comprender qué consecuencias generará una negativa, qué cifras sustentan sus límites y qué opciones son realmente ejecutables. Sin ese trabajo, cada parte puede interpretar las preguntas de la otra como obstáculos deliberados y transformar la reunión en un enfrentamiento de intenciones.

Prepararse requiere definir una posición inicial defendible, reconocer el objetivo que la inspira, identificar alternativas y establecer límites. También obliga a examinar qué puede decidir cada participante, qué requiere autorizaciones y cuáles compromisos futuros necesitarán recursos o cooperación de terceros. El acuerdo entre personas que carecen de facultades para ejecutarlo puede constituir una fuente adicional de conflictos.

La preparación debe alcanzar asimismo al modo de presentar una solicitud. Afirmar que una dirección desprecia a los pacientes no es equivalente a exponer los efectos verificables de una organización insuficiente. La segunda formulación puede ser igualmente firme y proporciona mejores condiciones para examinar la cuestión. En ningún caso la preparación sustituye el derecho a expresar una objeción fundada: procura que esa objeción tenga mayores posibilidades de ser comprendida y tratada.

Cuando el acuerdo no es la respuesta correcta

Identificar el éxito con cualquier acuerdo sería peligroso. Una reorganización aceptada por todos puede comprometer posteriormente la continuidad asistencial si distribuye tareas sin recursos adecuados. Una familia puede salir aparentemente conforme de una conversación en la que no comprendió una decisión. Un profesional puede aceptar una responsabilidad que excede sus atribuciones por temor a contradecir a un superior. Ninguna de estas situaciones queda legitimada por la existencia de consenso.

En ocasiones el resultado responsable será solicitar una evaluación adicional, suspender temporalmente una implementación, elevar la cuestión a un órgano competente o reconocer que ciertas propuestas no pueden aceptarse. La negativa debe ser fundamentada y proporcionada; no un instrumento para exhibir autoridad. También será necesario reconocer cuándo una decisión autónoma del paciente, aunque difiera de la recomendación profesional, merece ser respetada en los términos de la normativa aplicable.

La calidad de una negociación debe valorarse por su preparación, la legitimidad de su procedimiento, la claridad de los compromisos, la viabilidad del resultado y las consecuencias previsibles; no únicamente por la rapidez con que las partes llegan a darse la mano.

La institución que aprende a gestionar sus diferencias

Las habilidades individuales necesitan condiciones para ejercerse. Una profesional puede haber aprendido a comunicar discrepancias y regresar a un entorno donde los canales formales no funcionan; un jefe puede escuchar correctamente una preocupación y carecer de atribuciones para resolverla; una dirección puede anunciar participación sin disponer de mecanismos capaces de incorporar información procedente de los servicios. Por eso el curso no puede prometer, por sí solo, transformar la cultura de una organización.

Sí puede proporcionar competencias para reconocer conflictos, preparar posiciones y contribuir a decisiones mejor examinadas. La OMS presenta la seguridad del paciente como una prioridad organizativa y de los sistemas de salud; TeamSTEPPS 3.0 desarrolla recursos específicos de comunicación, liderazgo, supervisión de la situación y apoyo mutuo. Estas referencias ofrecen contextos pertinentes de seguridad y cooperación, pero no equivalen a una validación empírica del método estratégico-posicional de este programa.

Una institución capaz de negociar no es aquella donde todas las cuestiones se resuelven mediante consenso. Es aquella que reconoce dónde puede existir deliberación, dispone de vías para recibir información crítica, delimita competencias y explica razonablemente sus decisiones. La autoridad puede ser necesaria; la arbitrariedad no. La participación puede mejorar la información; no elimina las responsabilidades propias de quien debe decidir.

De la fundamentación al curso profesional

Estas consideraciones justifican una enseñanza transversal para médicos, personal de enfermería, técnicos, administrativos y directivos. Sin embargo, sería insuficiente limitarse a transmitirlos en conferencias. La competencia se desarrollará mediante exposición conceptual, lectura autónoma, análisis de casos y simulaciones que presenten posiciones divergentes y datos distribuidos de manera desigual. El ejercicio deberá permitir descubrir que una propuesta razonable para un sector puede resultar inviable para otro y que una decisión satisfactoria a corto plazo puede producir costes que nadie había evaluado.

El programa de veinte horas se organizará en diez módulos de dos horas, con lectura central, tres ampliaciones narrativas preparadas para avatar, casos, evaluación y presentación docente. El manual tendrá autonomía académica; los recursos audiovisuales no deberán limitarse a recitarlo; las simulaciones exigirán decisiones reales dentro de escenarios hipotéticos y el material PowerPoint servirá para mostrar ideas, relaciones y problemas, no para reemplazar la argumentación escrita.

En su modalidad presencial o virtual tutorizada, la interacción permitirá observar respuestas ante objeciones inesperadas. Una versión online autogestionada podrá facilitar itinerarios secuenciales y devoluciones sobre decisiones, aunque será importante reconocer que esos mecanismos no reproducen íntegramente la negociación interpersonal. La evaluación considerará la comprensión del conflicto, la preparación, la comunicación, el manejo de opciones y el respeto de límites éticos, jurídicos y asistenciales.

Nadie debería concluir estas veinte horas creyendo que ha adquirido una capacidad infalible para resolver cualquier controversia. El resultado deseable será más serio: que aprenda a reconocer mejor el escenario ante el cual se encuentra, sepa formular preguntas pertinentes, prepare

posiciones defendibles y distinga cuándo negociar, cuándo coordinar, cuándo decidir y cuándo acudir a otros procedimientos.

Conclusión general: aprender a negociar para decidir responsablemente

La práctica sanitaria reúne conocimientos especializados y responsabilidades humanas que no pueden separarse. Cada indicación, cada redistribución de recursos y cada decisión de trabajo se desarrolla dentro de relaciones que exigen información, cooperación y capacidad para reconocer perspectivas diferentes. Una buena comunicación es indispensable, pero no elimina necesariamente los desacuerdos legítimos. La negociación necesita, por ello, adquirir un lugar propio entre las competencias profesionales.

La propuesta estratégico-posicional de este programa no promete una institución libre de conflictos ni profesionales capaces de obtener siempre aquello que desean. Su propósito consiste en enseñar a comprender las posiciones, analizar el poder y las alternativas, reconocer las atribuciones y obligaciones que delimitan lo negociable, y evaluar las consecuencias de cada compromiso. Una actuación puede resultar responsable cuando alcanza un acuerdo y también cuando explica de manera fundada por qué todavía no es posible alcanzarlo.

No nos proponemos enseñar a discutir más ni a imponerse mediante habilidades verbales. Nos proponemos enseñar a preparar y conducir mejor las decisiones que deben tomarse con otros, especialmente allí donde existen relaciones asimétricas, incertidumbre, intereses legítimamente divergentes o recursos limitados. La excelencia no estará en ganar toda controversia, sino en actuar de forma comprensible, fundada y responsable ante ella.

El itinerario de los diez módulos comenzará con el reconocimiento de la negociación en la vida sanitaria y continuará con su preparación estratégico-posicional, la comunicación clínica, los pacientes y familiares, los equipos interdisciplinarios, las jerarquías y direcciones institucionales, las situaciones críticas y las estrategias avanzadas. Culminará en un laboratorio de simulaciones destinado a integrar los conocimientos adquiridos.

Detrás de cada posición puede haber una dificultad que todavía no fue comprendida. Detrás de una controversia que parece personal puede existir un problema organizativo. Y detrás de una decisión compartida pueden encontrarse responsabilidades que ningún acuerdo borra. Aprender a reconocer esas circunstancias y actuar sobre ellas con rigor constituye el fundamento de esta formación.

Referencias fundamentales y alcance de su utilización

Organización Mundial de la Salud (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Referencia institucional sobre seguridad asistencial; no valida específicamente nuestro método.

Agency for Healthcare Research and Quality (2023; contenido revisado en 2024). *TeamSTEPPS 3.0 Curriculum Materials*. <https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/index.html>.

Referencia de comunicación y trabajo interprofesional; no sustituye una teoría de negociación.

República Oriental del Uruguay. Ley n.º 18.335, de 15 de agosto de 2008, *Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud*, y Decreto n.º 274/010. Referencias jurídicas a contrastar con sus textos vigentes antes de editar los casos aplicados.

Fisher, Roger; Ury, William; Patton, Bruce (2011). *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*. Tercera edición. Penguin Books. Referencia para contrastar la negociación basada en principios con nuestra formulación de trabajo.

Nota editorial de control: los casos presentados son hipotéticos; no se atribuyen a instituciones o pacientes identificables. El aparato de notas y la bibliografía especializada complementaria se incorporarán en la revisión académica final, sin modificar la autoría ni presentar la metodología propia como una doctrina externa validada.