

PROGRAMA MAESTRO 1

Comunicación y Negociación Estratégico-Posicional para Equipos de Salud

Manual académico y programa de formación profesional · 20 horas

Dr. Ricardo Petrissans Aguilar · Laboratorio de Soft Skills

Versión fundacional 1.0 · Octubre de 2026

I. Naturaleza y propósito del programa

Este programa nace de una constatación que resulta difícil discutir para cualquier profesional que haya trabajado durante años dentro de una institución sanitaria: una parte considerable de los problemas que afectan a médicos, enfermeros, técnicos, administrativos, pacientes y directivos no se origina exclusivamente en la insuficiencia de conocimientos clínicos, sino también en la dificultad para comunicar decisiones, gestionar desacuerdos, reconocer relaciones de poder y alcanzar acuerdos posibles en circunstancias que rara vez son ideales.

El hospital contemporáneo es una organización de extraordinaria complejidad. En su interior conviven profesiones diferentes, responsabilidades que se superponen, jerarquías formales e informales, presupuestos limitados, tecnologías sofisticadas, normas administrativas y personas que llegan atravesando momentos de incertidumbre, vulnerabilidad y, en ocasiones, auténtica desesperación. Pretender que semejante universo funcione solamente mediante protocolos, órdenes y procedimientos supone desconocer una parte fundamental de su naturaleza humana.

La medicina dispone de instrumentos extraordinariamente refinados para diagnosticar y tratar enfermedades. Sin embargo, la formación de quienes participan en la atención sanitaria no siempre concede idéntica importancia al aprendizaje sistemático de la negociación.

Un médico puede dominar los fundamentos científicos de una intervención y, aun así, encontrar enormes dificultades para explicar a una familia por qué esa intervención no resulta conveniente. Una profesional de enfermería puede identificar correctamente un problema asistencial y no conseguir que sus advertencias sean escuchadas. Un director hospitalario puede adoptar una decisión administrativamente justificada y provocar, por la manera de comunicarla, una resistencia institucional que comprometa su aplicación.

En estos escenarios la negociación no aparece como una actividad excepcional. Constituye una dimensión permanente del trabajo.

Nuestro propósito será desarrollar una metodología que permita reconocer esa dimensión, comprenderla y actuar sobre ella mediante herramientas estratégico-posicionales rigurosas, adaptadas a las particularidades éticas, profesionales y organizacionales de la salud.

La metodología no concebirá el acuerdo como una obligación universal ni la negociación como una competencia destinada a producir vencedores y vencidos. Habrá circunstancias en las que negociar significará aproximar posiciones; otras exigirán sostener firmemente una decisión clínicamente fundada; y algunas reclamarán detener la negociación, activar mecanismos institucionales de protección o acudir a una autoridad competente.

El objetivo es formar profesionales capaces de comunicarse mejor, negociar con mayor preparación y reconocer con claridad aquello que puede discutirse y aquello que no debe ponerse en negociación.

II. Identidad académica

Elemento	Definición
Denominación	Comunicación y Negociación Estratégico-Posicional para Equipos de Salud
Dirección académica	Dr. Ricardo Petrissans Aguilar
Campo disciplinario	Negociación, comunicación profesional, gestión de conflictos y organización sanitaria
Duración	20 horas
Organización	10 módulos de 2 horas
Modalidades	Presencial, virtual tutorizada y online autogestionada
Destinatarios	Médicos, enfermería, técnicos, administrativos, jefes de servicio y directivos
Material de referencia	Manual académico extenso
Recursos audiovisuales	Tres guiones de avatar por módulo y presentaciones PowerPoint
Metodología	Exposición, casos, simulaciones, reflexión y evaluación aplicada

La duración de veinte horas corresponde al curso base. El manual ampliado y los treinta guiones audiovisuales constituirán además una biblioteca de aprendizaje que permitirá diseñar desarrollos posteriores sin alterar la estructura principal.

III. Objetivos académicos y profesionales

El programa se propone que los participantes aprendan a comprender los procesos de negociación que atraviesan la actividad sanitaria, incluso cuando no se presentan abiertamente como conflictos.

Al concluir la formación, deberán poder identificar las posiciones propias y ajenas, reconocer las relaciones de autoridad y dependencia, distinguir los problemas de comunicación de los desacuerdos sustantivos, preparar conversaciones difíciles y seleccionar estrategias de negociación compatibles con sus responsabilidades profesionales.

Deberán también comprender que la comunicación no consiste únicamente en transmitir información. En la práctica sanitaria significa crear las condiciones para que esa información pueda ser recibida, comprendida, cuestionada y utilizada responsablemente.

Una parte especialmente importante del programa estará dedicada a las relaciones entre profesionales. No basta con formar médicos capaces de hablar con sus pacientes. También necesitamos médicos capaces de escuchar a enfermería, profesionales de enfermería que puedan plantear discrepancias con seguridad, equipos interdisciplinarios que no conviertan sus diferencias de criterio en enfrentamientos y directivos capaces de negociar sin reducir su autoridad a la imposición.

La formación procurará desarrollar cinco competencias transversales: diagnóstico del conflicto, preparación estratégica, comunicación bajo presión, conducción de negociaciones y evaluación de sus consecuencias.

IV. Arquitectura curricular aprobada

<i>Módulo</i>	<i>Denominación</i>	<i>Pregunta rectora</i>
<i>I</i>	<i>La comunicación y la negociación en el universo sanitario</i>	<i>¿Por qué se negocia constantemente dentro de una institución de salud?</i>
<i>II</i>	<i>Fundamentos de negociación estratégico-posicional</i>	<i>¿Cómo se construye y defiende una posición negociadora?</i>
<i>III</i>	<i>Comunicación clínica</i>	<i>¿Cómo comunicar con precisión en la incertidumbre o el desacuerdo?</i>
<i>IV</i>	<i>Pacientes y familiares</i>	<i>¿Cómo negociar expectativas sin comprometer derechos ni decisiones clínicas?</i>
<i>V</i>	<i>Equipos interdisciplinarios</i>	<i>¿Cómo gestionar posiciones divergentes entre profesionales?</i>
<i>VI</i>	<i>Jerarquía y autoridad</i>	<i>¿Cómo negociar dentro de estructuras profesionales asimétricas?</i>
<i>VII</i>	<i>Direcciones y administradores</i>	<i>¿Cómo negociar recursos y decisiones institucionales?</i>
<i>VIII</i>	<i>Situaciones críticas</i>	<i>¿Cómo actuar ante reclamos, urgencias y conflictos intensos?</i>
<i>IX</i>	<i>Negociación avanzada</i>	<i>¿Cómo utilizar poder, información, alternativas y concesiones responsablemente?</i>
<i>X</i>	<i>Laboratorio integral</i>	<i>¿Cómo aplicar lo aprendido a escenarios sanitarios complejos?</i>

V. Metodología estratégico-posicional

La metodología que desarrollaremos deberá distinguir cuidadosamente entre la comprensión del conflicto y la conducción de la negociación.

Comprender un conflicto significa reconstruir las circunstancias que lo han producido, identificar sus protagonistas, conocer las restricciones existentes y reconocer qué elementos alimentan su persistencia.

Negociar supone una operación adicional. Exige determinar qué se pretende conseguir, qué posición resulta defendible, con qué información se cuenta, qué alternativas existen, cuáles son los márgenes de modificación y de qué manera será posible conducir el intercambio sin deteriorar innecesariamente las relaciones.

La comunicación atraviesa ambos momentos. Puede facilitar el conocimiento del problema o deformarlo; puede contribuir a disminuir la resistencia o incrementarla; puede permitir que una decisión difícil sea comprendida o convertirla en el origen de un conflicto mayor.

Esta aproximación no desconocerá las aportaciones de la negociación basada en principios asociada a Roger Fisher, William Ury y Bruce Patton. Sin embargo, la propuesta formativa concederá especial importancia a la preparación de posiciones, la distribución del poder institucional, la evaluación de alternativas, la administración de concesiones y la lectura estratégica del comportamiento profesional.

El método estratégico-posicional se presentará como nuestro marco pedagógico aplicado, con sus categorías claramente definidas y sin atribuirle una validación científica propia que todavía no hayamos documentado.

VI. Criterios de evaluación

La evaluación no premiará simplemente que el participante obtenga un acuerdo. Una negociación aparentemente exitosa puede producir daños si impone condiciones inseguras, vulnera la autonomía del paciente, desconoce responsabilidades profesionales o traslada injustamente los costes de una decisión a otra parte del sistema.

Criterio	Ponderación
Comprensión del conflicto y sus actores	20 %
Preparación estratégico-posicional	20 %
Calidad de la comunicación	20 %
Gestión de alternativas y propuestas	15 %
Respeto de límites éticos y asistenciales	15 %

Criterio	Ponderación
Calidad y viabilidad del resultado	10 %

Será imprescindible respetar los límites éticos y de seguridad asistencial. Un desempeño que los vulnere no podrá considerarse satisfactorio por el solo hecho de haber conseguido un acuerdo.

INTRODUCCIÓN GENERAL DEL MANUAL

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.

Nota editorial: esta versión conserva la introducción hasta el último apartado completo redactado. El desarrollo siguiente, «El poder y sus límites en las relaciones sanitarias», continuará en la próxima entrega.