

Principios de negociación en salud: Ejemplos de negociación en comunidades de Ecuador y África

Ernesto Quiñones¹, Olga Cavallucci²

¹ Hospital de los Valles, Quito-Ecuador.

Correspondencia: Ernesto Quiñonez

Correo electrónico:

aernyg@hotmail.com

Fecha de recepción: 12-04-2026

Fecha de aprobación: 10-06-2026

Fecha de publicación: 30-06-2026

Membrete Bibliográfico

Quiñones E. Cavalluci O. S.K., Espinosa Rodríguez M.D., Pastuña F.J., Cabrera R.A. "Principios de negociación en salud: Ejemplos de negociación en comunidades de Ecuador y África". *Rev Médica Ateneo*, 28 (1), pag. 27-46.
Artículo acceso abierto.

RESUMEN

Este artículo pretende dar luces sobre cómo realizar una correcta negociación en comunidades localizadas en áreas rurales de países de bajos recursos económicos y contextos culturales propios. Se pone como ejemplo a poblaciones de Zambia- África para realizar control de cáncer de cuello uterino y a poblaciones de la Amazonía ecuatoriana para el tratamiento de diarreas. El artículo pretende favorecer, mediante técnicas de negociación. Se pone como ejemplo de negociación a estas dos comunidades rurales con las que la comunicación es difícil, debiendo respetarse la medicina ancestral de cada uno de los entornos: el de África y el de Ecuador.

Palabras Clave: negociación, comunidad, diálogo, consenso, sostenibilidad.

ABSTRACT

This article aims to shed light on how to carry out effective negotiation in communities located in rural areas of low-income countries, using as examples communities in Zambia, Africa, for control of cervical cancer, and in Ecuador for the treatment of diarrhea and dehydration in the Ecuadorian Amazon Jungle. The article seeks to promote, through negotiation techniques, better interaction with these rural communities, where communication is challenging and where it is essential to respect the norms of ancestral medicine within the very different contexts of Africa and Ecuador.

Keywords: negotiation, community, dialogue, consensus, sustainability

¿Porque aprender a negociar en medicina?

Sería lógico -y comprensible- que un profesional de la medicina se pregunte porque dedicar tu escaso tiempo a una disciplina que suena más a “herramienta” empresarial que otra cosa.

Es decir, si en ese instante pudiéramos hacer un ejercicio de “top of mind”¹ acerca de la percepción que las personas tienen de la negociación, las respuestas serían estas:

- La negociación sirve para lograr acuerdos exitosos.
- La negociación sirve para lograr un ganar-ganar entre las partes.
- La negociación sirve para lograr beneficios.

Si bien estas apreciaciones son válidas y verdaderas, la negociación es mucho más que eso. Y por ello, vale la pena invertir algo de tiempo para al menos enfocar las ideas principales.

A efectos de mayor claridad, la negociación no sirve únicamente para lograr acuerdos, beneficios y eventualmente tener un retorno económico (negocios, emprendimientos, acuerdos exitosos, etc..). La negociación sirve para consolidar habilidades de:

- Comunicación efectiva.
- Gestión del conflicto.
- Entendimiento del otro, empatía, escucha activa.
- Toma de decisiones y resolución de problemas.
- Team Building (construcción de equipos).
- Liderazgo (tanto personal como a nivel de organizaciones).

Hagamos un análisis más detallado del aporte extraordinario que la negociación puede hacer, a un área tan sensible, problemática y trascendente como la medicina.

Un profesional de la medicina a diario enfrenta situaciones de altísimo estrés, tomas de decisión difíciles y estados de tensión notables, tanto física como mental. Por tanto, el simple hecho de aprender a negociar no solo le capacita para lograr acuerdos, impulsar consensos y crear un clima de trabajo cooperativo: aprender a negociar cambia radicalmente el acercamiento al conflicto y al desacuerdo. Como resultado, al controlar los niveles de estrés y emociones y al mejorar su comunicación con el entorno, el médico -negociador logra un considerable bienestar personal. Este nuevo estado se concreta en una evidente mejora de su experiencia de vida. Para efectos de este breve estudio, vamos a enfocar las habilidades negociadoras desde el ángulo de una de sus mayores ventajas: la comunicación efectiva.

Aprender a negociar mejora la comunicación efectiva

Negociar supone que sepamos comunicarnos de modo efectivo con las personas que nos rodean. En el caso del médico, pensemos en todos aquellos actores con los que este perfil interactúa constantemente:

- Pacientes.
- Personal médico hospitalario.
- Jefes y colegas.
- Familiares del paciente.
- Familiares propios.
- Conocidos y actores de su entorno (vecinos, amigos).
- Proveedores externos (visitadores médicos, etc.).
- Funcionarios estatales.

- Compañías de seguro.
- Abogados.

La profesión médica lleva a tratar con un sinnúmero de actores. Lamentablemente, a menos que de que el médico no haya recibido un entrenamiento en materia, las personas, por “default” comunican mal e ignoran -o dan por sentado- la importancia de la comunicación, sus insidias y, sobre todo, los errores que comúnmente se cometen.

La buena noticia es que todos pueden ser mejores comunicadores a partir del estilo propio, la edad que se tenga y la profesión. Independientemente de que seamos más o menos empáticos “por naturaleza”, que seamos médicos o comerciantes, que tengamos treinta o cincuenta años, todos podemos mejorar notablemente nuestras habilidades de comunicación y, con ello, nuestro acercamiento al otro con gran beneficio para todos.

Conceptos importantes en negociación

La comunicación es cualquier intercambio de mensajes entre un polo emisor (por ejemplo, el médico) y un polo receptor (un público determinado: la familia de los pacientes, los colegas de un departamento o un grupo de amigos). Lo que ocurre es que la línea invisible entre esos dos polos no es la perfecta ecuación que podríamos imaginar. Al contrario, entre emisores (de cualquier mensaje) y receptores existe una “zona gris” en donde acontecen *interferencias*. Esas interferencias pueden resumirse en cinco principales errores, de acuerdo a Paul Watzlawick². En su teoría de la comunicación humana existen cinco axiomas:

- 1) Es imposible no comunicarse.
- 2) Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación.
- 3) La comunicación es un proceso cíclico en el que cada parte contribuye a la continuidad, ampliación o modulación del mensaje.
- 4) La comunicación implica una modalidad analógica (no verbal) y una modalidad digital (verbal).

² Paul Watzlawick fue un teórico, filósofo y psicólogo austríaco nacionalizado estadounidense. Fue uno de los principales autores de la Teoría de la comunicación humana y del Constructivismo radical. En su obra *Pragmatics of human communication* describe, más en detalle, los cinco axiomas que el presente texto analiza.

- 5) Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos (Grupos A y B se critican mutuamente) y/o complementarios (Grupo A actúa como grupo dominante y grupo B se adapta).

De acuerdo al primer axioma, a menudo damos por sentado nuestra forma de comunicar con el entorno, descuidando el hecho que la comunicación describe un fenómeno sumamente complejo, que muchas veces se escapa de control y que puede generar sorpresas, incidentes y situaciones difíciles de manejar. Entonces, el primer axioma nos recuerda que el tema es insidioso, pues podemos comunicarnos de múltiples formas, algunas más conscientes que otras. Por tanto, nunca hay que dar por sentado la buena comunicación con el otro, ni los factores perceptuales que implica comunicar con personas inevitablemente distintas a nosotros. Versus dar por sentado la comunicación, es básico desafiar constantemente nuestra buena comunicación con terceros.

El segundo axioma evidencia las discordancias entre el canal analógico (el “como” decimos las cosas) y el canal de contenidos (el “que” decimos, el mensaje). Este error se refiere a que muchas veces utilizamos códigos que el otro no “reconoce”: es el caso de cuando se comunica a través de términos con los que ciertos públicos no están familiarizados. Pensemos a un profesional médico que explica una patología con tecnicismos que un paciente difícilmente entenderá. Esa inconsistencia confunde al receptor del mensaje.

El tercer axioma se refiere a que la comunicación no refleja una interacción unilateral sino un proceso dinámico en donde hay un emisor y un receptor: si caemos en monólogos en vez de conversaciones bilaterales, perderemos la atención y el interés de nuestro interlocutor.

El cuarto axioma se refiere a que la comunicación puede ser verbal o no verbal (actuaciones concretas, silencio, gestos adaptadores y gestos hetero-adaptadores)³. La comunicación también se expresa a través de reglas de cultura viva (referentes conductuales de las sociedades que no están codificados por escrito pero que tienen un peso notable).

³ Los gestos *auto-adaptadores* son aquellos gestos que realizamos hacia nosotros mismos, por ejemplo, acariciar nuestro pelo, frotarnos la mano o abrochar una chaqueta; los gestos *hetero-adaptadores* son en cambio los gestos que realizamos hacia terceras personas, como, por ejemplo, poner una mano en la espalda de otra persona para reconfortarla. Cavallucci O. 2026.

En este sentido, el axioma alerta acerca del hecho que no estamos entrenados para decodificar la comunicación no verbal tan bien como la verbal por lo que a menudo ignoramos las señales que provienen del entorno y que comunican un estado de ánimo, una situación.

El quinto axioma describe dos distintas tipologías de comportamiento: la interacción simétrica y la interacción complementaria. En la primera las partes actúan desde una posición de igualdad, es decir, ambas buscan actuar al mismo nivel; la relación es horizontal, el poder es parejo y las partes tienden a igualar sus conductas. Sería el caso de dos amigos discutiendo acerca de una idea. La segunda describe una relación en donde las partes adoptan roles diferentes; la relación es vertical, hay diferencia de poder y las conductas buscan la complementariedad. La relación entre un médico y su paciente describiría muy bien esta segunda tipología.

A parte, la comunicación presenta desafíos que vale la pena recordar en este apartado:

- El sesgo de las percepciones
- El sesgo de las emociones
- El sesgo de la predisposición

El sesgo de las percepciones se refiere a un hecho ineludible: cada persona “filtra” el mundo exterior -y en ese mundo están los demás- a través de su “metro cuadrado” de experiencias, vivencias, valores, creencias, preferencias y prejuicios, entre otros aspectos.

Por tanto, cada persona “decodifica” a su manera la información procedente desde afuera de su “metro cuadrado”.

El sesgo de las emociones se refiere al hecho que cada persona es el reflejo de un entramado

complejo de emociones: miedos, temores, frustraciones, complejos, cansancio físico y mental,

nerviosismo. Todos esos factores condicionan la forma de comunicar con los demás, al igual

que nuestra capacidad (exitosa o no) de negociar.

El sesgo de la predisposición se refiere al hecho que, alineadamente con nuestro sistema de valores y vivencias, cada persona tiende a ver lo que quiere ver; ya sea

que se trate de un contexto psicológico o actitudinal (tendencia a reaccionar de un cierto modo), conductual o social (inclinación a actuar de una cierta forma), la predisposición es una inclinación previa que influye en como pensamos, sentimos o actuamos.

Es clave retar constantemente nuestro modo en el que se llega al otro, evitar una comunicación unilateral (tediosa e improductiva) y evitar expresar opiniones muy absolutas (podrían causar un rechazo y un bloqueo). Es importante dejar espacio al entendimiento y recordar que la buena comunicación no es algo dado. Al contrario, comunicar es “hilar fino”, medir palabras y emociones, observar y escuchar.

Contextualizando sobre las bases de negociación comunitaria en medicina

Los principios de la negociación en aspectos sanitarios de las comunidades son fundamentales para promover acuerdos sostenibles, equitativos y respetuosos entre los diversos actores involucrados (comunidad, personal de salud e instituciones, entre otros “stakeholders” o las partes interesadas). Estos principios permiten alcanzar consensos que mejoren el acceso, la calidad y la pertenencia de los servicios de salud.

A continuación, destacamos los aspectos clave a tener presente cuando se negocia salud en comunidades con enfoque en áreas rurales de Ecuador y África.

1. Equidad

- Asegurar que todas las voces sean escuchadas, especialmente la de los grupos más vulnerables.
- Promover el justo acceso a los recursos de salud. Es importante escuchar antes de proponer cambios y hablar en un lenguaje lo más sencillo posible.

2. Participación activa

- Involucrar a la comunidad de manera real y significativa en la toma de decisiones.
- Fomentar el liderazgo comunitario y la corresponsabilidad, es decir, ayudar a que la comunidad elija uno o varios líderes al fin de transmitir exitosamente las ideas que se proponen.
- Respetar tradiciones y creencias locales. Habitualmente, las comunidades campesinas rurales de Ecuador cuentan con personas que

manejan la salud desde un punto de vista de medicina alternativa, homeopática o ambas de modo combinado. Es importante negociar los tratamientos de medicina tradicional evitando el enfrentamiento con tratamientos ancestrales.

- Se puede provocar un cambio positivo respetando los tratamientos ancestrales siempre y cuando éstos no sean peligrosos y no produzcan daños a las personas que integran la comunidad.

3. Respeto mutuo y enfoque intercultural

- Valorar los saberes populares y tradicionales en salud.
- Reconocer y respetar la diversidad cultural, social, religiosa y económica de cada comunidad.
- Estar dispuestos a implementar una genuina y respetuosa escucha activa del otro a pesar de los desafíos: distracciones, actitud de cierre a ideas que no compartimos o no entendemos (posiciones), cansancio físico y/o mental.

4. Transparencia

- Compartir información clara, honesta y accesible durante todo el proceso de negociación.
- Evitar agendas ocultas o manipulaciones. En muchas negociaciones con comunidades intervienen intereses políticos que normalmente entorpecen la transparencia y confianza entre las partes. El fin de estas frecuentes manipulaciones es el de generar algún tipo de crédito político, como votos en elecciones o manipulación de contratos que beneficien a ciertas empresas proveedoras de insumos o trabajos que deben realizarse.

5. Diálogo y foros permanentes

- Promover un ambiente de comunicación abierta, bilateral y empática.
- Escuchar y comprender las necesidades, expectativas y preocupaciones de cada parte.
- Promover espacios concretos de diálogo, sin esperar que la contraparte tome la iniciativa.
- A través de las herramientas que la disciplina negociadora provee, promover un feedback estratégico, es decir, una retroalimentación honesta, que aborde temas sensibles y álgidos que de otro modo no

aparecerían (existen herramientas negociadoras *ad hoc* para esos efectos).⁴

6. Consenso

- Buscar soluciones aceptables para todas las partes involucradas.
- No imponer decisiones y construir acuerdos colaborativos e integrativos.
- Acudir, de ser necesario, a terceras partes en calidad de facilitadoras de un proceso estancado, bloqueado o simplemente complejo.
- Estar dispuesto a reenfocar las reglas del juego de una negociación en caso de detectar una situación de *impasse* (bloqueo) o escalada de conflicto.

7. Flexibilidad y adaptabilidad

- Estar dispuestos a revisar propuestas y a modificar posiciones (puntos de vista, criterios y opiniones de parte, en terminología negociadora).
- Ajustarse a los cambios de acuerdo al contexto y/o las necesidades de la comunidad.

8. Sostenibilidad

- Asegurar que los acuerdos alcanzados puedan mantenerse en el tiempo con los recursos disponibles.
- Fortalecer las capacidades comunitarias para la autogestión de la salud.
- Alinear y planificar recursos con agendas y expectativas.

9. Compromiso

- Comprometerse a cualquier acuerdo que las partes hayan suscrito de modo conjunto.
- Asumir responsabilidades.
- Delegar responsabilidades a líderes y demás actores comunitarios y hacer un follow up conjunto de metas y agendas establecidas.
- Hacer un seguimiento y evaluación conjunta de resultados.
- Cuidar las relaciones con la contraparte y los niveles de confianza, pues estos ejes representan la base de cualquier acuerdo sostenible en el tiempo.

⁴ Se trata del llamado feedback estratégico: un compendio de herramientas y dinámicas que justamente permiten sacar a flote temas sensibles y de difícil comunicación. En: Delivery Systems for Training and Performance Improvement. Capella University. EEUU. I. Bens. 2005.

A continuación, quiero compartir mi experiencia como coordinador médico en dos muy distintos contextos: por un lado, el continente africano, con su enorme riqueza paisajística, contrastes y conflictos; por el otro, la impresionante Amazonía Ecuatoriana, que, a pesar de representar una porción muy pequeña de este inmenso espacio de vegetación, representa un entorno increíblemente sugestivo y a la vez problemático.

La primera misión médica se realizó en Zambia y tuvo como eje de trabajo principal la prevención de cáncer uterino en la población de Sichili, ubicada al Oeste de Zambia muy cerca de la frontera con Namibia. La segunda misión se realizó en Limoncocha, provincia de Sucumbíos, en la Amazonía ecuatoriana. Esta segunda brigada apuntó a la implementación de un programa de rehidratación oral en niños para prevenir la deshidratación en los casos de diarrea infantil y el riesgo de shock hipovolémico.

Ejemplo de negociación para realizar una misión médica de control de cáncer uterino en Zambia - África

El control de cáncer de cuello uterino representa una necesidad real en la mayor parte de países. Sin embargo, en África esta necesidad es mayor por la falta de proyectos de prevención como son vacunación en adolescentes y preadolescentes y el control de infección por HPV (virus del papiloma humano), responsable directo del 99 por 100 de casos de cáncer de cuello uterino. Zambia tiene una de las incidencias de cáncer uterino más altas a nivel mundial, con aproximadamente 3000 casos y 1900 muertes anuales en una población de aproximadamente 22 millones de habitantes⁵. La tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino es de alrededor de 65.5 por 100.000 mujeres, siendo una de las principales causas de cáncer en el país a pesar que las autoridades sanitarias han implementado detección con pruebas, como la inspección visual con ácido acético (VIA) y la vacuna contra el HPV para combatirlo. Por otro lado, más allá de las políticas públicas deficientes y recursos limitados, existe un clima de desconfianza por parte de la población y un bagaje de creencias ancestrales que imposibilita el hecho de

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) 2024. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Véase la notable carencia de médicos existentes en África por regiones, menos marcada en países norteafricanos y marcadísima en países de África central, accidental y oriental.

que la mujer sea revisada por un profesional de salud, una enfermera o un médico ginecólogo.

Necesidad y disponibilidad de médicos en África por subregión

Región	país aproximado	Médicos disponibles por 10.000 habitantes	Médicos necesarios (según la OMS) Meta mínima 10 por 10.000 habitantes	Déficit estimado (%)	Comentario
Promedio	África total	2.0	10	80%	Se requieren al menos 1.000.000 de médicos adicionales
	África Occidental	1.2	10	88%	Nigeria y Ghana concentran la mayoría de médicos; zonas rurales casi sin cobertura
	África Oriental	1.5	10	85%	Etiopía y Kenia con déficit crítico; muchas áreas dependen de enfermeros
	África Central	1.0	10	90%	República del Congo con una de las tasas más bajas del mundo

África Austral	3.5	10	65%	Sudáfrica mejora el promedio regional, pero hay desigualdad urbano-rural
África del Norte	7.7	10	25%	Países como Egipto y Marruecos están más cerca de la meta de la OMS

Tabla 1

Fuente: World Health Organization (2025). Density of physicians (per 10.000 population). Global Health Observatory. <https://data.who.int>

Resumen Global

- Media Africana: 2 médicos por cada 10.000 habitantes.
- Media Africana Rural: 0.5 médicos por 10.000 habitantes.
- Meta mínima de la OMS: 10 médicos por cada 10.000 habitantes.
- Déficit Promedio: alrededor del 80%.
- Media Ecuatoriana: 38 médicos por cada 10.000 habitantes.
- Media Rural en Ecuador: 9 médicos por cada 10.000 habitantes.

Como se ha destacado, otro obstáculo es representado por la medicina no tradicional, pues bloquea la posibilidad de cambios radicales en el comportamiento de sociedades acostumbradas a una vida básica, sin normas enfocadas a la salud sexual de la mujer y un seguimiento por parte de las instituciones sanitarias convencionales.

Por tanto, en contextos de países subdesarrollados con recursos limitados, escaso acceso a los servicios de las áreas urbanas y prácticas ancestrales propias, es

necesario cubrir etapas clave de educación a la comunidad y socialización, antes de introducir un proyecto de control y prevención del cáncer de cuello uterino.

En este sentido, es fundamental impulsar procesos de paulatina construcción de confianza a través de la generación de espacios para talleres comunitarios y testimonios. Todo ello, sobre un trasfondo de respecto a las creencias locales, escucha activa e impulso de una comunicación bilateral eficaz y permanente (Identificación de necesidades y creación de espacios para que la comunidad pueda expresar sus problemas).

De igual modo, estos lineamientos deberán priorizar soluciones que respondan a las realidades culturales y económicas locales. Para ello, es fundamental impulsar el diseño conjunto de acciones de salud y el uso permanente de un lenguaje cercano -y no tan técnico- que permita tramitar eficazmente tales demandas. En este sentido, es básico adaptar los programas e iniciativas educativas a las horas, momentos y lugares en que la población se encuentre cómoda y reunida en comunidad.

Como complemento de esas acciones, es importante dar ejemplos claros y reales para que la comprensión de cada problema -al igual que los tratamientos propuestos- sea fácil y directa. Finalmente, en línea con lo argumentado anteriormente, es indispensable integrar las prácticas ancestrales al enfoque de la medicina moderna.

1. Definición de agenda y recopilación de datos

A fin de elaborar un plan comunitario exitoso, es importante definir una agenda de acciones concretas, que logren prevenir y tratar el cáncer de cuello uterino de un modo efectivo y sostenible en el tiempo. Para ello, es necesario, en primer lugar, levantar estadísticas que demuestren la real incidencia -o al menos un estimativo global- de la enfermedad en base a estadísticas en países similares.

2. Identificación de actores-clave

Una segunda fase debe apuntar hacia realizar una aproximación con el personal de salud disponible en la zona: médicos generales, ginecólogos, enfermeras y matronas. Ese proceso no siempre resulta fácil. Al contrario, presenta aristas de difícil solución debido al hecho que las comunidades a menudo están localizadas en áreas remotas y de difícil acceso⁶. Adicionalmente, existe escasez de personal

calificado en las distintas especialidades médicas: un común denominador en los países sub desarrollados y en vías de desarrollo del mundo.

3. Entrenamiento y preparación

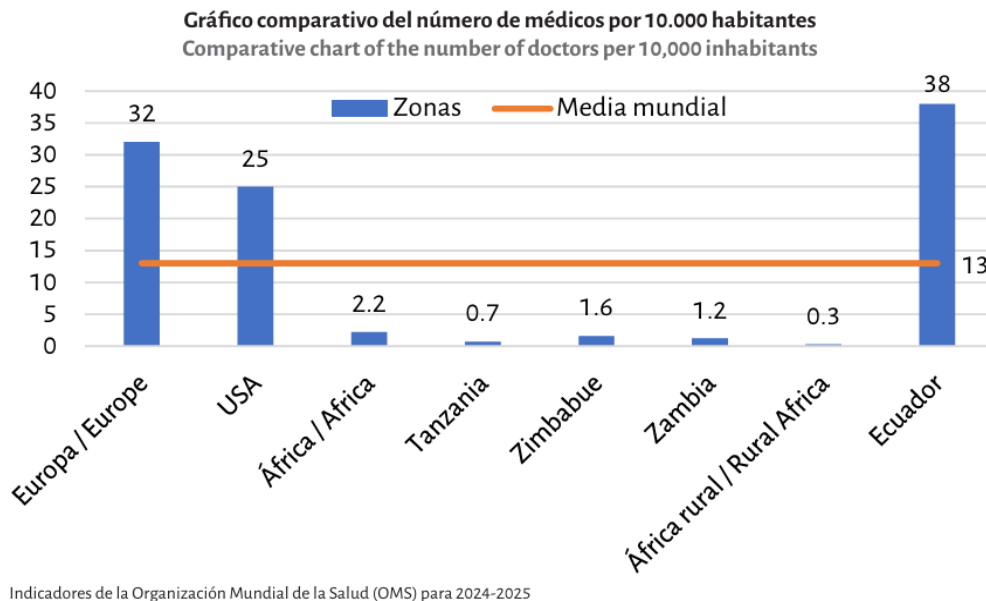
Una vez que se hayan identificado e involucrado a los actores-clave, es importante realizar entrenamiento *ad hoc*: no solo con respecto a las especificidades de estas zonas y sus comunidades, sino respeto al enfoque comunicacional. Bajo este prisma, el entrenamiento debe incluir un acercamiento a los valores, tradiciones y costumbres además de una preparación en técnicas de persuasión, comunicación efectiva y escucha activa. Un proyecto de control de cáncer uterino no puede tener éxito sin una previa “negociación” con esos aspectos idiosincráticos de las comunidades y sin un entrenamiento que apunte hacia mejorar habilidades de comunicación, gestión de emociones y manejo de conflicto.

4. Mecanismos de seguimiento

Se deberá realizar un seguimiento periódico de los logros y fallos del proyecto para realizar correcciones “a tiempo” que permitan seguir avanzando de una manera sólida y efectiva hacia los objetivos establecidos:

1. Campañas recurrentes de salud sexual con enfoque de género.
2. Talleres recurrentes para prevención de enfermedades de transmisión sexual.
3. Implementación de tecnología: actualmente existen equipos de costo relativamente asequible que detectan lesiones de cáncer cervical mediante sistemas de inteligencia artificial como el videocolposcopio IRIS.

Grafico 1



Ejemplo de negociación con una comunidad que basa el tratamiento de los niños con diarrea y deshidratación en medicina no tradicional (Amazonía Ecuatoriana)

La misión médica que relato a continuación, se realizó en el año 2010 bajo el impulso de la Embajada de Malta. A efectos de poner al lector en contexto, estuve vinculado con dicha institución desde el año 2002 al 2011 en calidad de coordinador médico de la Embajada. Mi compromiso consistía en identificar áreas críticas de Ecuador en donde realizar brigadas de apoyo a las respectivas poblaciones.

La misión se realizó en Limoncocha, en la región Oriente de Ecuador. El equipo reunió a dos pediatras, dos enfermeras especializadas en el área de pediatría y 3 voluntarios para apoyo en el suministro de leches, vitaminas y útiles escolares a los niños del lugar. La comunidad indígena que visitamos trataba la diarrea infantil con infusiones tradicionales y rituales de equilibrio espiritual. El centro de salud de referencia más cercano observó que algunos niños llegaban deshidratados porque no usaban sales de hidratación oral (SRO) a tiempo. El objetivo en este caso no consistía en substituir las infusiones tradicionales, sino más bien integrar las mismas con prácticas seguras que eviten las complicaciones ligadas a la deshidratación, sobre todo en niños pequeños.

Un primer eje estratégico consistió en organizar charlas comunitarias para las madres y abuelas, pues estas eran quienes principalmente cuidaban de los niños en la comunidad. Para ello, el centro de salud en el que nos apoyamos adaptó horarios y acompañamiento a la disponibilidad de las mujeres. Con esta simple - pero efectiva- práctica pudo reducirse ostensiblemente el número de pacientes deshidratados pasando de 38 a 7 personas al mes en un lapso de tiempo de un año.

Un segundo eje estratégico se enfocó en potencializar la comunicación efectiva con los lugareños.

A continuación, un recuento de las acciones que permitieron el buen desenlace de la misión:

1. Acercamiento respetuoso: el personal de salud visitó a los líderes comunitarios y conversó con las autoridades “no tradicionales” reconociendo su rol. Esta iniciativa favoreció un clima de trabajo conjunto e impulsó la confianza de la contraparte local hacia los médicos y sus propuestas de tratamiento.
2. Uso de un lenguaje claro y simple: se adaptó el lenguaje al público específico con el que se lidiaba versus esperar que el público “se adapte” a los profesionales médicos.

Ejemplo: para valorar signos de deshidratación de manera fácil se les explica que el llanto sin lágrimas, los ojos hundidos, poca o ninguna orina y signos de irritabilidad, somnolencia, letargo o piel fría son claros signos de deshidratación.

3. Cooperación: desde un inicio se enfocó la misión médica como un trabajo de equipo, en donde tanto los profesionales médicos como los líderes comunitarios apoyaban al proceso. En este sentido, se utilizó un lenguaje cercano y empático que impulsara el team building: *“Queremos trabajar juntos para que los niños crezcan sanos y fuertes”*; *“Queremos lo mismo que ustedes: el bienestar de los niños de su comunidad”*.
4. Escucha activa y empatía: en las conversaciones con los lugareños se utilizaron muchas preguntas después de haberlas previamente preparado. El proceso de preparación implicó un previo análisis de las necesidades, prioridades e idiosincrasia de la comunidad (valores, creencias, lenguaje, antecedentes, contexto, entre otros factores). De igual modo, se utilizaron técnicas de comunicación efectiva como el parafraseo -repetir lo que el otro ha dicho para asegurar el mutuo entendimiento- y el replanteo, es decir, la

formulación de una nueva propuesta en base a la (nueva) información reunida.

Ejemplos: *¿Qué es lo primero que se debe hacer si un niño se enferma? ¿Qué cosas te han funcionado bien y que cosas no? ¿Tienes preguntas que quieras hacerme? ¿Quieres que repitamos los pasos una vez más?*

5. Identificación de intereses compartidos: la identificación de las necesidades de la comunidad fue un eje clave que permitió generar no solo una ZOPA sino un clima de trabajo conjunto⁷. Ejemplos de intereses compartidos que se identificaron: el bienestar de los niños; el aprendizaje de nuevas prácticas que beneficiarán a los pequeños y facilitará el rol de las mujeres; el menor tiempo de sanación.
6. Aceptación: en las distintas etapas de interacción con los lugareños fue básico reconocer las prácticas no tradicionales e integrarlas con las prácticas de la medicina moderna.

Ejemplos: La comunidad utiliza líquidos (infusiones); la comunidad otorga importancia al acompañamiento del niño enfermo.

7. Enfoque propositivo: en línea con el punto anterior se utilizó un enfoque propositivo al fin de evitar posibles conflictos y/o barreras. El enfoque propositivo se lo planteó a través de preguntas de sondeo como, por ejemplo: *¿Qué te parece si sigues usando las infusiones y además agregamos este suero?*
8. Negociaciones concretas: todas las acciones que apuntaron a generar acuerdos concretos, fáciles de implementar, claros y concisos En concreto, para las etapas posteriores a la brigada se acordó:
 - Añadir el suero oral cuando el niño esta débil, tiene diarrea más de 8 episodios en 24 horas y no orina.
 - Continuar con las infusiones tradicionales.
 - Avisar al centro de salud si el niño no mejora o “no se ve bien”.
 - Implementar un régimen de visitas domiciliarias para reforzar el plan de uso de hidratación.

⁷ Ibid. Véase también la obra del Profesor Fisher R., Ury W. y Patton B.: Getting to Yes. Negotiating agreement without giving in. 2011.

- Uso del SRO (suero de hidratación oral).

Conclusión final

Negociar con salud en comunidades no implica únicamente adaptar mensajes a un distinto lenguaje e idiosincrasia sino reconocer sus saberes, historia y derecho a decidir sobre su salud en condiciones de equidad y de modo responsable. Lastimosamente, la salud en comunidades de países en vías de desarrollo representa desafíos adicionales que se refieren a la escasez de recursos, al poco (o nulo) personal entrenado y al hecho que a menudo las comunidades se ubican en áreas inaccesibles. Estas barreras dificultan aún más la tarea de comunicarse con las poblaciones y de las posibles negociaciones que se hagan. Una preparación exhaustiva -que brinde medios para comunicarse eficazmente y empatizar- representa la única forma de lograr resultados positivos. Solo de este modo se podrán realizar intervenciones eficaces y perdurables, que impulsen cambios y que finalmente salven vidas en áreas remotas del mundo.

Contribución del autor (s)

Planteamiento del tema, diseño del método, recopilación de información, revisión bibliográfica, redacción, análisis del artículo y revisión final.

Datos de los autores:

Ernesto Quiñones

Médico ecuatoriano que obtuvo su título en la Universidad Central del Ecuador en Quito – Ecuador. Realizó estudios de Especialidad en Pediatría en la Universidad de Barcelona en el Hospital Clínico de Barcelona, título de subespecialidad en Cuidados Intensivos Pediátricos por la Universidad de Barcelona – España. Trabajó en el Centre D’Asthmologie du Somail en Montpellier Francia donde curso estudios en Neumología Pediátrica. Obtuvo diploma por estudios en Neumología pediátrica en el Hospital Children’s de Columbus Ohio. Ha sido autor de varios libros como Bases de Pediatría Crítica (6 ediciones), su niño con síndrome de Down de la A a la Z (publicado en España por la Sociedad Catalana de Síndrome de Down), Misión médica del África al Amazonas, Memorias de África: Cinco Misiones Médicas. Ha contribuido con capítulos en el libro de Cuidados Intensivos Pediátricos de Francisco Ruza – España. Fue presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Cuidados Intensivos Pediátricos. Curso diplomado de ultrasonografía de tórax en la Universidad del Azuay-Cuenca. Ha sido jefe de Pediatría y Cuidados Intensivos Pediátricos en el Hospital de los Valles de Quito – Ecuador.

Olga Ginevra Cavallucci Ph.D.

Italiana, reside en Quito Ecuador desde hace 25 años. Es Ph.D. y Magister en Relaciones Internacionales, Negociación y Manejo de conflicto. Politóloga por la Università degli Studi di Roma La Sapienza (Italia) y Especialista en Comunicación Política y Gestión de Gobierno (Universidad San Francisco de Quito, Ecuador). Finalmente, posee un Diplomato en Sustainable Economy por la Columbus University, NY, EEUU y dos certificaciones en Negotiation and Leadership e International Negotiations por la Universidad de Harvard, MA, EEUU.

Se desempeña como consultora internacional de Negociación, Estrategia y Liderazgo para organizaciones privadas y públicas. De igual modo, colabora con distintas universidades de América y Europa para programas de maestría y educación ejecutiva. Es autora de dos libros: The Game. El juego de la Negociación Exitosa y Al Fulgor de la Chamiza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castells M. El poder de la comunicación. Alianza Editorial, Madrid, España, 2009.
2. Cavallucci O. El Juego de la Negociación exitosa. Corporación Editora Nacional, Quito, Ecuador, 2024.
3. Cavallucci O. La Gobernanza ambiental global a la luz del modelo colaborativo-integrativo de negociación. Repositorio de la Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Ecuador, 2018.
4. Dale Carnegie. Como ganar amigos e influir sobre las personas. Penguin Random House, MIAMI, FL, EEUU, 2019.
5. Fisher R., Ury W., Patton B. Getting to Yes. Negotiating agreement without giving in. Penguin Group, NY, EEUU, 2010.
6. Fisher R., Kopelman E., Kupfer Schneider A. Beyond Macchiavelli. Tools for coping with conflict. Penguin Group, Harvard University Press, NY, EEUU, 1996.
7. Transforming Healthcare Through Negotiation: A Guide to Success in Medicine, Care Delivery, and Bussiness of Health . Stacey B. Lee (2025)
8. Negotiating Public Health in Globalized World: Global Health Diplomacy in Action. David Fairman, Diana Chigas, Elisabeth McClintock, Nick Drager (2012)
9. Self Determination in Healthcare: A Property Aproach to Protection of Patients Rights. Leroy C. Edozien (2020)
10. Enfermería para la Salud Comunitaria. Una Alianza para la Salud. Marilyn Klaiberg, Stephen Holzhemer, Margaret Leonard (1998)
11. Salud Comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. Ernesto Cotonieto-Martinez, Rodrigo Rodriguez-Terán (2021)
12. Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. Bernal Ordoñez L.K., Niño-Gutierrez E.L., Casanova M.L., Treviño-del Campo F, Rodriguez A. Jiménez-García D.A. (2024)
13. Uso de Inteligencia Artificial ChatGPT 2025

14. Salud comunitaria: promoción y autocuidado de la salud. De la Cruz Bernabé E et al (2026)
15. Sumak kawsay y la Medicina comunitaria en el Ecuador. Silva Gutiérrez P, Orquera A, Flores E. (2020)
16. Sostenibilidad en la prevención de enfermedades crónicas: lecciones del programa Salud al Paso en Ecuador. Sacoto F, Torres I, López Cevallos D. (2020)
17. Community participation in health systems research in low-income countries. George A et al (2015)