

# TESIS DOCTORAL

2021

**Análisis del factor de la confianza en  
una institución sanitaria y de la  
necesidad de un diálogo estructurado  
para sus grupos de referencia**

**Nicole Hass**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN ANÁLISIS DE  
PROBLEMAS SOCIALES**

**Dirigido por Dr. José Antonio Díaz**





## **AGRADECIMIENTOS**

Mi agradecimiento especial va dirigido al **Profesor Dr. José Antonio Díaz** por su paciencia, colaboración y estímulo a lo largo de cinco años. Durante este tiempo me ha apoyado también en el Master Universitario de Administración Sanitaria del Instituto Carlos III en coordinación con la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), que ha servido como fase inicial para este proyecto. He conocido a un gran académico, y mejor persona, con valores muy afines a los míos que han enriquecido la temática de este trabajo, el concepto de la confianza.

Además, mi agradecimiento va a **mi amigo Simón Lanza**, gran antropólogo y persona sensible hacia la comunidad de pacientes. Gracias a Simón he podido centrar esta investigación social en aspectos concretos y prioritarios a fin de localizar necesidades, problemas, deficiencias y preferencias que se puedan orientar hacia la acción real y aportar mejoras a la sociedad.

Además, esta tesis doctoral no hubiese sido posible sin la cooperación desinteresada de todos y cada uno de los representantes de los diferentes grupos de referencia de las instituciones sanitarias públicas españolas que han colaborado y participado en las encuestas y en las entrevistas en la fase de investigación.

La situación actual causada por la pandemia ha supuesto un importante deterioro de la confianza y ha vuelto a la sociedad más desconfiada hacia lo desconocido en general y hacia las instituciones sanitarias en particular.

**Análisis del factor de la confianza en una institución sanitaria y de la necesidad de un diálogo estructurado para sus grupos de referencia**

**INDICE GENERAL**

<b>1.- Objetivos</b>	<b>11</b>
1.1.- Aproximación al objeto de estudio	11
1.2.- Objetivo general y Metodología	20
1.3.- Las hipótesis del trabajo	29
<b>2.- Justificación</b>	<b>34</b>
2.1.- Prefacio y conexión biográfica	34
2.2.- Relación con trabajos anteriores y motivación para esta investigación	47
2.3.- El Estado de Bienestar en una sociedad avanzada	50
2.4. Aportaciones previstas	55
<b>3.- Marco teórico</b>	<b>61</b>
3.1.- Análisis sociológico del sector sanitario	61
3.1.1.- Definición y conceptos básicos	61
3.1.2.- El concepto de la salud	68
3.1.2.1.- Situación histórica y situación actual	74
3.1.3.- La institución sanitaria	82
3.1.3.1.- Historia, Presente y Futuro	87

---

3.1.3.2.- La organización de los hospitales _____	94
3.1.3.3.- La calidad asistencial y la confianza _____	99
<b>3.1.4.- Sus grupos de interés _____</b>	<b>106</b>
3.1.4.1.- Identificación y Clasificación _____	109
3.1.4.2.- Sus relaciones entre ellos _____	114
3.1.4.3.- Los factores que influyen en su confianza _____	119
<b>3.2.- El espacio comunicativo _____</b>	<b>137</b>
3.2.1.- Generalidades _____	137
3.2.2.- Conceptos relacionados _____	142
3.2.2.1.- El interaccionismo _____	144
3.2.2.2.- La comunicabilidad _____	150
3.2.2.3.- La subjetividad _____	156
3.2.2.4.- El Capital Social _____	161
3.2.2.5.- La Responsabilidad Social _____	168
3.2.2.6.- La estructura organizativa basada en la confianza y la comunicación _____	174
<b>4.- Fase de investigación _____</b>	<b>182</b>
<b>4.1.- Metodología _____</b>	<b>182</b>
4.1.2.- Encuestas _____	184
4.1.2.1.- Pre test _____	185
4.1.2.2.- Los datos sociodemográficos _____	195
4.1.2.3.- Valoración de la situación actual y deseada _____	198
4.1.2.4.- Los grupos de referencia en relación con las dimensiones de confianza _____	205
4.1.3.- Entrevistas en profundidad, ficha técnica _____	216
4.1.3.1.- ¿Cómo evalúa el funcionamiento actual de la institución sanitaria pública española? _____	218
4.1.3.2.- ¿Cómo definiría el concepto de confianza? _____	224

4.1.3.3. ¿Qué factores influyen en la generación de confianza hacia una institución sanitaria pública? _____	228
4.1.3.4.- ¿Cómo valora el grado de comunicación que mantiene el hospital con sus grupos de referencia? _____	233
4.1.3.5. Aportaciones adicionales _____	237
<b>5.- Resultados en cuanto a las hipótesis formuladas _____</b>	<b>239</b>
<b>6.- Síntesis y conclusiones _____</b>	<b>244</b>
<b>6.1.- Reflexión final y propuestas de mejora _____</b>	<b>248</b>
<b>7.- Bibliografía _____</b>	<b>253</b>
<b>8.- Anexos _____</b>	<b>295</b>
<b>8.1.- Índice de abreviaturas _____</b>	<b>295</b>
<b>8.2.- Índice de gráficos _____</b>	<b>298</b>
<b>8.3.- Índice de tablas _____</b>	<b>299</b>
<b>8.4.- Fichas técnicas _____</b>	<b>300</b>
<b>8.4.1.- Encuestas _____</b>	<b>300</b>

# **Análisis del factor de la confianza en una institución sanitaria pública y de la necesidad de un diálogo estructurado para sus grupos de referencia**

**Palabras Clave:** información asimétrica, incertidumbre, confianza, diálogo estructurado, personalización del servicio, percepción, inteligencia social.

**Key words:** asymmetric information, uncertainty, trust, structured dialogue, personalized service, perception, social intelligence.

## **Resumen:**

Nadie duda que el sistema sanitario sea un elemento clave del estado de bienestar. Uno de los aspectos más valorados por la sociedad, en su conjunto, y por las personas, en particular, en cuanto a calidad de vida, es la salud y son los servicios sanitarios.

El tiempo de pandemia generada por la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus (COVID 19) además de transformar nuestra percepción sobre la institución sanitaria, ha hecho florecer diversos debates sobre la importancia del concepto de la confianza. La incertidumbre y el temor por lo que vendrá ha puesto de manifiesto la necesidad de una comunicación fluida y transparente con todos los grupos de interés.

Las políticas de buen gobierno sanitario son hoy más que nunca necesarias porque la sostenibilidad, la equidad, la calidad y la eficiencia social no están



garantizadas por las normas, los procedimientos o los credos ideológicos. Por ello, hay que revitalizar las estructuras de participación profesional y social en el conjunto del sistema hacia una mayor y mejor interacción.

No cabe duda de que la propia organización sanitaria es responsable frente a la sociedad. Se trata de comprender y aceptar que el objetivo sanitario no es disminuir morbilidad y muertes en general, sino la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (“MIPSE”). No obstante, el término de “modelo de control social” es en ocasiones cambiado por el de “modelo que favorece la democratización de la empresa”, en el sentido de que la organización alcanza la legitimidad considerando los intereses, valores y necesidades de la sociedad en su conjunto y de sus grupos de interés (*stakeholders*). Es decir, la naturaleza biológica y el entorno social en el que se sitúa el individuo son decisivos para explicar la salud que disfrutamos o padecemos. Si la enfermedad está causada en gran parte por el entorno, una causa social de la causa natural de la enfermedad, tal como señala la moderna epidemiología social y los llamados determinantes sociales de la salud, entonces la responsabilidad es SOCIAL.

Sin embargo, un elemento negativo en el desarrollo de una organización sanitaria es la falta de confianza por parte de sus grupos de interés en la propia organización y en las personas. El concepto de la confianza resulta ser cada vez más clave en el siglo XXI en las sociedades caracterizadas por un perfil de morbilidad de enfermedades crónicas e infecciosas (p.ej. la enfermedad del coronavirus, Covid-19), y un rápido envejecimiento con una focalización cada vez más en el cuidado, no solo en la asistencia médica.

Generar confianza significa hacer realidad lo que toda la sociedad demanda: poner a las personas en el centro de atención y trasladarles su responsabilidad, competencia y madurez para fomentar el compromiso mutuo. Ello supone una suspensión, al menos temporal, de la incertidumbre respecto a las acciones de los demás. Cuando alguien confía en algo o alguien, cree que puede predecir sus acciones y comportamientos. La confianza, por lo tanto, simplifica las relaciones sociales.

La dificultad de la “gestión” de la confianza mayormente se debe a la incertidumbre que, aunque puede reducirse, no puede eliminarse. Las instituciones disponen de resultados inciertos derivados de la comprensión imperfecta del entorno, así como de la naturaleza igualmente imperfecta de las reglas formales e informales que utilizamos. Se puede afirmar que un nivel bajo de confianza se debe esencialmente a una deficiente comunicación. El diálogo entre los agentes es básico si se pretende ser una organización excelente y socialmente responsable, porque es de esta comunicación de doble dirección de donde saldrán las cuestiones que importan a los pacientes y que deben ser atendidas por el sistema.

A su vez, significa la creación de inteligencia social, la capacidad para relacionarse con los otros agentes de una institución sanitaria pública de forma armoniosa y eficaz.

La pregunta que guía la investigación es ¿La generación de confianza hacia los distintos grupos de referencia de la institución sanitaria depende de un espacio comunicativo basado en el diálogo fluido y eficaz?

**Abstract:**

No one doubts that the health system is a key element of the Welfare State. One of the aspects most valued by society as a whole, and by people in particular, in terms of quality of life, is health and health services.

The time of pandemic generated by generated by the infectious disease caused by the coronavirus (COVID 19), in addition to transforming our perception of the health institution, has made several debates flourish on the importance of the concept of trust. Uncertainty and fear of what is to come has demonstrated the need for fluid and transparent communication with all stakeholders.

But good health governance policies are more necessary today than ever because sustainability, equity, quality and social efficiency are not guaranteed by ideological norms, procedures or creeds. For this reason, it is necessary to revitalize the structures of professional and social participation in the whole system towards a greater and better interaction.

There is no doubt that the health organisation itself is responsible to society. It is a matter of understanding and accepting that the health objective is not to diminish morbidity and deaths in general, but unnecessarily premature and avoidable morbidity and mortality. However, the term "social control model" is sometimes changed to a "model that favours the democratisation of the company", in the sense that the organisation achieves legitimacy by considering the interests, values and needs of society as a whole and its stakeholders. That is to say, the biological nature and the social environment in which the individual is situated are decisive in explaining the health that we enjoy or suffer. If the

disease is largely caused by the environment, a social cause of the natural cause of the disease, as pointed out by modern social epidemiology and the so-called social determinants of health, then the responsibility is SOCIAL.

However, a negative element in the development of a health organisation is the lack of trust on the part of its interest groups in the organisation itself and in people. The concept of trust is becoming increasingly key in the 21st century in societies characterized by a morbidity profile of chronic and infectious diseases (e.g. the disease of the coronavirus, Covid-19) and rapid aging with a growing focus on care, not just medical care.

Generating trust means making real what society as a whole demand: putting people at the centre of attention and transferring to them their responsibility, competence and maturity in order to foster mutual commitment. This implies a suspension, at least temporarily, of the uncertainty regarding the actions of others. When someone trusts something or someone, they believe that they can predict their actions and behaviour. Trust, therefore, simplifies social relationships.

The difficulty of "managing" trust is mostly due to uncertainty which, although it can be reduced, cannot be eliminated. Institutions have uncertain outcomes from imperfect understanding of the environment, as well as the equally imperfect nature of the formal and informal rules we use. It can be said that a low level of trust is essentially due to poor communication. Dialogue between agents is essential if we are to be an excellent and socially responsible organisation,

because it is from this two-way communication that the issues that matter to patients and that must be addressed by the system will come out.

In turn, it means the creation of social intelligence, the ability to relate to the other agents of a public health institution in a harmonious and effective way.

## **1.- Objetivos**

### **1.1.- Aproximación al objeto de estudio**

El análisis económico moderno de toda institución sanitaria se articula en torno a tres axiomas centrales: el modelo de elección racional, la estabilidad de las preferencias y el equilibrio de las interacciones. Las organizaciones más dinámicas e innovadoras buscan un nuevo modo de enfocar su organización centrándose en conceptos como la transparencia, la comunicación y la interrelación. Expertos en gestión organizacional hablan de la teoría de las “cuatro C”: claridad de ideas, coherencia, confianza y credibilidad en un contexto al que le falta madurar, pero que ya se ha extendido y presenta su versatilidad aquellas iniciativas que involucran a más sujetos y que consiguen conciliar mundos diferentes (Quacquarelli, Paoletti, 2003).

En este sentido se nombra la “economía del comportamiento”, que tiene como objetivo el desarrollo teórico de modelos sobre el comportamiento humano, que incorporen los resultados empíricos obtenidos por ciencias cercanas como la Psicología, la Sociología, o las Neurociencias. A pesar de mantener sus propias particularidades, todas ellas encuentran en la comunicación social un punto de

## 1.- Objetivos

---

encuentro y de beneficio común que está adquiriendo especial relevancia y significado para la sociedad (Solito, 2014).

En la sociedad global del futuro, la salud y el bienestar van a representar una de las actividades de mayor importancia económica, debido tanto al incremento de la esperanza de vida de las personas, como por la necesidad de atender a un número cada vez más elevado de ciudadanos con problemas crónicos y de enfermedades infecciosas. Buena prueba de ello es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus (Covid -19) que se ha descubierto más recientemente que ha puesto a todas las instituciones sanitarias en una situación difícil. Científicos británicos han identificado en el Reino Unido nuevas variantes del SARS-CoV-2 que demuestra un aumento sustancial de la transmisibilidad en comparación con otras variantes (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2020).

La volatilidad debida a los cambios que se producen con mucha velocidad, la complejidad por la dificultad de entender la relación causa-efecto de lo que sucede y la ambigüedad por la incomprensión de cómo se interrelacionan los distintos elementos del entorno ha puesto a las instituciones sanitarias ante una situación de incertidumbre que implica la incapacidad de predecir las situaciones que van aconteciendo.

Es un hecho que toda organización sanitaria necesita ineludiblemente el esfuerzo y el poder del grupo de interés/referencia. Su desarrollo y sus resultados dependen en gran medida del esfuerzo colectivo, de la sociedad y del entorno donde se desarrolla. A su vez, debe gestionar grandes cantidades de

información y conocimiento. Es otro hecho que la comunicación fluida y la transparencia fortalecen la relación entre los agentes sociales y la sociedad, asegura una gestión pública eficaz, permite conocer la información relevante, clara y actualizada, promueve la participación responsable y activa de la sociedad civil. La respuesta a los requerimientos, necesidades y expectativas de la sociedad está condicionada por la forma y el nivel de comunicación que se consigue establecer (Fantova, 2003, Ortún y Callejón, 2012). En tiempos de pandemia la gestión de esa comunicación conlleva una gran complejidad fundamentalmente por la necesidad de tomar decisiones rápidas en situaciones de escasa evidencia científica sobre aspectos como asignación de camas, medicamentos y otros recursos o servicios médicos.

Cabe recordar que los sistemas sanitarios y sus respectivas instituciones sanitarias públicas reflejan los valores de la sociedad con respecto a la protección de la salud; son producto de la historia y están muy relacionados con aspectos sociológicos y económicos, en el más amplio sentido de estos dos términos. Es decir, abarcan creencias, valores culturales, formas de relación, responsabilidad social y capacidad económica de cada sociedad. Son sistemas sociales y como tales responden a las características culturales, económicas, políticas y sociales del entorno en que evolucionan.

En Europa se están incorporando nuevos modelos de gestión organizativa en el entorno de una institución sanitaria, promoviendo la proximidad al paciente, la innovación y la mejora de la eficiencia. Si bien es cierto que el hilo conductor sigue centrándose fundamentalmente en las relaciones entre los profesionales y los pacientes, subvalorando la influencia de los demás grupos de interés para un

servicio sanitario óptimo. Una representación amplia de los verdaderos protagonistas de una transformación, un diálogo fluido, eficaz y transparente y el consenso debería contribuir a mejoras significantes y generar mayor confianza.

En las últimas décadas el sector sanitario ha experimentado grandes cambios en cuanto a tecnificación y se enfrenta, a su vez, a nuevos retos relacionados con una estrategia de modernización de sus estructuras organizativas (Aguerreberre, 2012; Mezzich, 2010). Con unos costes sanitarios crecientes, debidos sobre todo a enfermedades crónicas en las que se ha alargado la esperanza de vida, como la diabetes, la hipertensión, las patologías pulmonares y las cardíacas, hay que implementar nuevos procedimientos que permitan mejorar la eficiencia hospitalaria. Expertos como el profesor José R. Repullo del Instituto Carlos III de Madrid hablan de una necesaria “reorientación del sistema sanitario hacia los pacientes con enfermedades crónicas” (2016). Aseguran que la racionalidad organizativa y profesional puede aportar mayores ganancias de eficiencia y calidad, a partir de reducir los cuidados inapropiados. Es más, el objetivo deseado se puede obtener en muchas ocasiones con medios más sencillos, pero más efectivos (haciendo claramente alusión a la comunicación). Los medios de este tipo instan a fomentar y desplegar motivaciones intrínsecas y trascendentes; es decir, a despertar la motivación por el trabajo bien hecho (intrínseca) y por implicarse con los demás grupos de referencia (trascendente) a través de una relación de confianza mutua.

En este contexto es importante recordar que el paradigma de la enfermedad, en términos sanitarios, se comprende como la insatisfacción de las necesidades del mundo vital. Y para conocer adecuadamente estos requerimientos, la

---



comunicación permanente es la herramienta más esencial. Al hilo de ello cabe recordar que el propio proceso de hospitalización es un período crítico y de incertidumbre para el paciente y su entorno. En este sentido, los expertos de la gestión sanitaria y de la sociología de la salud recomiendan establecer sistemas permanentes de evaluación de la calidad y de la adecuación de la asistencia e incorporar a los usuarios y su entorno como coproductores de salud (Sánchez y Martín, 2004).

Aun así, hoy en día, la gestión de las instituciones sanitarias se manifiesta con frecuencia en el reduccionismo de los indicadores centrados más en saber el “cuánto cuesta” que el “para qué sirve” (Peiró, 2006), olvidando frecuentemente incorporar indicadores centrados en los pacientes, la comunidad, los proveedores y demás grupos de interés de una institución sanitaria. Un estudio presentado por Moyano y Rivera (2014) en las XXXIV Jornadas de Economía de la Salud pone de manifiesto el papel central de la visión económica, pese a reconocer la transversalidad de lo social en la salud de la población.

La Carta Europea de los Derechos al Paciente (2002) apunta que las instituciones sanitarias deben de establecer relaciones de confianza y comunicación abierta con los pacientes para comprender y proteger sus valores culturales, psicosociales y espirituales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) marca la “generación de confianza” como una de sus 13 prioridades sanitarias urgentes para esta década (2020).

La confianza<sup>1</sup> se verá más o menos reforzada en función de las acciones y procedimientos que, a su vez, están condicionados por la comunicación. Sin confianza es imposible avanzar y crecer. Ambos conceptos forman parte importante de un sistema de excelencia de un hospital (*International Joint Commission*, 2011). En un momento en el que la cronicidad, el envejecimiento y la compresión de la morbilidad son la característica principal de los pacientes para los que se desarrolla el sistema sanitario, nos encontramos con un sistema asistencial cada vez más “hospitalocéntrico” (Foro Gestión sanitaria, 2015).

En España, el último Barómetro Sanitario del 2018 realizado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar (MSCB) en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) refleja que el 68,3 % de los ciudadanos españoles manifiestan que el sistema sanitario en España funciona “bien” o “bastante bien, aunque necesite algunos cambios”, mientras que un 26,2 % piensa que necesita cambios fundamentales y un 4,7% opina que hay que rehacerlo completamente.

Si bien es cierto que el Barómetro anterior de 2013 refleja que solo el 51,5 % de los encuestados puede participar en su problema de salud y su tratamiento como le gustaría, principalmente por la falta de confianza y comunicación.

Es un hecho que el coronavirus nos ha situado ante un nuevo cambio de paradigma. Múltiples estudios señalan que la pandemia ha supuesto un aumento

---

<sup>1</sup> La Real Academia Española (RAE) define el concepto de confianza como “la esperanza firme que se tiene de alguien o algo”.

---

de la desconfianza y de las actitudes conservadoras. Afirman que la amenaza de enfermedad, incluso del contagio, ha vuelto a la sociedad más desconfiada hacia lo desconocido y hacia el propio sistema sanitario.

Además, la crisis del coronavirus puede agravar la falta de comunicación fluida y eficaz con todos los grupos de referencia. Todo ello puede condicionar la confianza que se deposita en una institución sanitaria.

Los sociólogos y psicólogos sociales definen el concepto de la confianza como “la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos” (Martín y del Campo, 2005). Hace referencia clara a la madurez de las relaciones humanas y puede definirse como un vínculo entre los demás. En referencia a ello, no cabe duda de que la comunicación fluida y eficaz es imprescindible. Significa un proceso básico para la construcción de la vida y del bienestar de la sociedad. También es un mecanismo activador del diálogo entre sujetos sociales. Anthony Giddens apunta que una mejor comprensión da más probabilidades para encontrar factores de confianza (2000).

En el contexto de la llamada “Sociedad de la Información o del Conocimiento”, los esfuerzos por fortalecer un diálogo fluido, eficaz y transparente y extender su utilización para la mejora continua a un máximo número de personas y grupos sociales, adquieren hoy día una relevancia especial. Para los psicólogos evolutivos no existe mayor reto para una persona que otra persona, con lo que quiere indicar que el comienzo del desarrollo de la inteligencia se corresponde

## 1.- Objetivos

---

con el de la socialización, con el hecho de tener que convivir con otros, imitarlos, intuirlos y comprenderlos.

Partimos de la base de que el impacto social de las organizaciones se mide principalmente a partir de la respuesta que la organización da a las necesidades de sus diferentes grupos de interés en sus distintos ámbitos de actuación y sus interacciones. En este contexto hay que destacar que los “Determinantes Sociales de la Salud”, es decir, los estilos de vida, el entorno, la biología humana, el modelo de familia, la distribución de la riqueza, la protección social, etc. condicionan de una manera importante la percepción de los pacientes y su entorno; en definitiva, la calidad de la atención sanitaria. La investigación ha evidenciado que revisar las perspectivas y condicionantes de los usuarios conlleva beneficios, dado que mejora tanto la satisfacción del paciente y de su entorno. Facilita un mejor uso continuado y sostenido de los servicios sanitarios y supone mejores resultados en la salud (Murphy, 2007; Creed et al., 2002).

Por ello es tan esencial la eficaz obtención de información y un diálogo fluido. Un buen conocimiento interno, y la capacidad de confrontar sus cuestiones esenciales con las de sus grupos de interés, es el primer paso que permite a una organización integrar con éxito una estrategia de desarrollo sostenible que genera confianza en sus grupos de interés. Sus opiniones canalizan las expectativas, las priorizan y, de esta forma, proporcionan una respuesta adecuada y útil.

Un estudio de Judith Hibbard (2014) de la Universidad de Oregón de Estados Unidos concluye que los pacientes que cuentan con los conocimientos, las

habilidades y confianza hacia la institución sanitaria pueden gestionar de forma más eficaz su salud y tienen más probabilidades de asumir hábitos y conductas saludables.

Los máximos responsables de la política sanitaria afirman que la importancia de conceptos cualitativos tan complejos como la confianza se ha ido reconociendo cada vez más, a medida que el peso de los pacientes y su entorno ha ido aumentando (Infante, 2013: 13). La confianza se ha convertido en un tema de actualidad justamente porque falta. El Profesor de Sociología de la Universidad de Navarra, Alejandro Navas, opina que “el fantasma de la desconfianza invade reductos que hasta hace poco nos parecían firmes bastiones de la confianza: la medicina, la enseñanza, la vida familiar” (2012: 3 y 4).

En líneas generales, los problemas detectados en las instituciones sanitarias se pueden resumir de la siguiente manera (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012):

- Ha cambiado la manera en que la sociedad y los enfermos reaccionan ante la enfermedad y frente a las instituciones sanitarias.
- La mayor parte de las instituciones se centran en la parte curativa.
- Los recursos disponibles, sobre todo los intangibles, no siempre son aprovechados de forma efectiva.
- Prevalece una “gestión de protocolos” por encima de una “gestión de pacientes”.
- Las innovaciones se suelen centrar más en la parte tecnológica, y menos en la parte organizativa.
- Las comunicaciones se limitan, en la mayoría de los casos, a la atención al paciente.

## 1.- Objetivos

---

- Las relaciones con el paciente son más de tipo informativo (unilateral) que comunicativo (bilateral).
- La sociedad en su conjunto demanda, cada vez más, un diálogo fluido, eficaz y transparente con menos información asimétrica.
- No existen protocolos de comunicación en las instituciones sanitarias para incentivar las interrelaciones.
- La sociedad, las asociaciones de pacientes, e incluso los profesionales sanitarios y los sindicatos, demandan más participación activa por parte de los pacientes (empoderamiento).

Resumiendo lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que los retos demográficos, unidos a las tensiones presupuestarias derivadas de las situaciones de crisis y el incremento de las necesidades económicas en sanidad, están haciendo que se cuestionen aspectos como la equidad, la universalidad, o la accesibilidad. Ello ha provocado una pérdida de confianza considerable en las instituciones sanitarias que demandan reestructuraciones y replanteamientos. Para ello se requiere un mejor manejo de la información y del conocimiento y de una reestructuración del servicio, donde la innovación y la comunicación sea el eje de la agenda del desarrollo sanitario y social (GERTECH, 2015).

Además, la pandemia de la COVID-19 ha tenido un alto impacto en nuestra sociedad y ha incrementado la incertidumbre en el sistema sanitario y sus instituciones por lo que precisa reconstruir la confianza perdida.

### **1.2.- Objetivo general y Metodología**

La tesis plantea como su objetivo general analizar los factores que generan la confianza en una institución sanitaria cara a sus grupos de interés más relevantes. Asimismo, se pretende fomentar un modelo de sensibilización hacia

---

un “diálogo estructurado”, entre sus principales agentes, es decir, una respuesta a sus necesidades y expectativas reales y actuales.

Este concepto de confianza se utiliza en la Comisión Europea y se refiere de forma explícita a un mecanismo para el establecimiento que mejoran la interacción entre los actores sociales y lograr consensos sobre definición de problemas y propuestas de soluciones.

“El diálogo estructurado es una iniciativa lanzada por la Comisión Europea (CE) para debatir la participación de las organizaciones de la sociedad civil y las autoridades locales en la cooperación al desarrollo de la CE. Concebida como un mecanismo de creación de confianza y consenso - y no como un proceso de negociación -, la iniciativa pretende incrementar la eficiencia de todos los participantes en la cooperación al desarrollo de la CE, aprovechando el impulso generado por los debates internacionales y europeos” (Documento Base, Comisión Europea, 2009).

Se vincula la abundancia informativa y el proceso comunicativo en su conjunto con la construcción del conocimiento y la construcción social de la realidad. Se parte de una premisa de que la incertidumbre, en menor o mayor medida, es un componente de las sociedades actuales incentivado por diferentes factores, entre ellos, el entorno y el sistema mediático. Un reciente estudio llega a la conclusión de que la comunicación y la exuberancia informativa, vista como un recurso para eliminar dudas y ofrecer respuestas frente a lo incierto y generar confianza, puede provocar justo lo contrario. Deben de existir unas pautas y guiones para asimilar correctamente la información. (Crovi, 2014).

Por todo ello, nuestra investigación analiza la necesidad de la elaboración de un diálogo estructurado para generar confianza. Se pretende demostrar que el desarrollo de nuevos espacios comunicativos, adaptados a estos requerimientos, permite generar mayor nivel de confianza, centrada en una visión más allá del entorno puramente hospitalario, técnico y clínico. Recordamos que generar la confianza permite afianzar las interacciones entre paciente, institución sanitaria y su entorno, siendo capaz, incluso, de la creación de una inteligencia social.

A su vez, hay que resaltar que las instituciones sanitarias están altamente influenciadas por el contexto social y político que les rodea (Kreeb, 2009). Hoy día,

“las instituciones sanitarias tienden, cada vez más, a estrechar vínculos con otras partes del sector de la salud y con las comunidades a fin de optimizar el uso de los recursos dedicados a fomentar y proteger la salud individual y colectiva” (OMS, 1989).

Los nuevos criterios de la institución sanitaria pública deben incorporar parámetros y dimensiones coherentes con la naturaleza del bien a proteger. La sostenibilidad (productividad, crecimiento y eficiencia social), la ética (ejemplaridad y responsabilidad profesional y social), la confiabilidad (relaciones internas y externas), la *conformance* (cumplimiento de las normas y prácticas de buen gobierno), la *performance* (transparencia y rendición de cuentas) y la sociabilidad (redes convergentes de capital social, humanista, dialógico y cívico) son sus ejes centrales (Oteo, 2012).



A pesar de la importancia del concepto de la confianza, no se han encontrado trabajos de investigación específicos que analicen de forma detallada los factores que son necesarios para que una institución sanitaria pueda generar y potenciar confianza cara a sus grupos de interés. Si bien es cierto que la bibliografía consultada, los artículos e informes de expertos de distintas disciplinas sí están íntimamente relacionados con la temática. Distintos planteamientos y metodologías de la gestión empresarial, la gestión de calidad y la gestión de servicios tienen ciertos paralelismos en sus planteamientos y han sido muy útiles para tener una visión más holística de la confianza. Nos referimos especialmente a la metodología del SERVQUAL<sup>2</sup> y el EFQM<sup>3</sup>. En cuanto a la temática específica de los servicios hospitalarios, hay que hacer referencia a la JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) que, a día de hoy, es el organismo de acreditación y fijación de estándares de atención de la salud de hospitales más importante del mundo.

No se ha podido encontrar un modelo *multi stakeholder* claro de comunicación, y comprensible por parte de todos los grupos de interés, o una guía que pueda ser útil y fácilmente aplicable en las instituciones sanitarias. Consideramos que todo ello justifica claramente el estudio presente.

---

<sup>2</sup> El Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio pretende mejorar la calidad de servicio ofrecida por una organización.

<sup>3</sup> El Modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*) pretende mejorar la calidad de una organización a través de la autoevaluación basada en un análisis detallado de su funcionamiento.

## 1.- Objetivos

---

A partir de una experiencia previa de más de dos décadas en la gestión de instituciones de servicios y de consultoría y en base a la literatura existente relacionada con el concepto de la confianza, se analiza su problemática y su importancia desde distintas perspectivas. Para ello se hace uso de la información y de los conocimientos de distintas disciplinas. En concreto de la:

1. Sociología: la sociología de la comunicación, la sociología de la salud y la sociología organizativa.
2. Medicina: la gestión sanitaria y la salud pública.
3. Economía: la gestión de empresas de servicios, la estructura organizativa y la responsabilidad social.

El ámbito de búsqueda de información se centra en Europa, más concretamente en Alemania y en España.<sup>4</sup> Los idiomas utilizados en la búsqueda son el inglés, el español y el alemán. De hecho, gran parte de la selección de las obras, autores e, incluso, en la información específica de la gestión sanitaria se evidencia la procedencia germánica de la doctoranda.

Las bases de datos que se utilizan para la búsqueda son: Biblioteca del CIS, *GoPubMed*, *Google Académico*, *Dialnet*, *Scielo*, *E-spacio*, *MedlinePlus*, *Rebium*, *Free Medical Journals*, *SSRN*, *Elsevier*, *Social Science Research Network*, *Teseo*, *SpringerLink*, *Web of Knowledge*, *Web of Science*, *PubMed home*.

La fase práctica se desarrolla a través de encuestas y entrevistas en profundidad a representantes de los grupos de referencia de un hospital público universitario:

---

<sup>4</sup> Se han tenido especialmente en consideración los barómetros sanitarios del Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. Asimismo, se ha dado importancia a todos los informes comparativos y estudios relacionados con la sanidad en España, publicados por parte del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

---

pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes.

El ámbito geográfico se centra en las ciudades principales de España: Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Bilbao, Las Palmas de Gran Canaria, Málaga, Zaragoza, Vigo y A Coruña. Si bien es cierto que las encuestas también han sido respondidas en ciudades de tamaño medio como Santa Cruz de Tenerife, Murcia, Santiago de Compostela, Lugo y Pontevedra para obtener un perfil sociodemográfico más diverso.

El espacio temporal de la investigación práctica en su conjunto se fija desde septiembre 2014 hasta junio 2019. *A posteriori*, la pandemia por la Covid-19 ha afectado al sistema sanitario y social y sus respectivas instituciones sanitarias de forma drástica. De hecho, la pandemia ha demostrado que el análisis del concepto de la confianza es de máxima actualidad y urgencia. Todo ello requería, a su vez, una actualización del marco teórico de la tesis, adaptado y alineado con la situación que estamos viviendo. Se han añadido algunos referencias y resultados de estudios recientes en el marco teórico (hasta septiembre 2020). Si bien es cierto que no se ha modificado la fase de investigación ya que es el resultado de cinco años de entrevistas y encuestas. Cualquier modificación supondría un sesgo en la temática del estudio.

La metodología de la tesis se desarrolla con un enfoque constructivista y dialógico. Tanto el marco teórico, como la propia investigación cualitativa, se presentan con un diseño emergente, es decir, los sucesivos hallazgos se van realizando durante el transcurso de la investigación. La triangulación entre

teorías y estudios previos, análisis de datos cuantitativos (encuestas) e investigación cualitativa (entrevistas en profundidad) pretende abordar el futuro de un diálogo estructurado como herramienta para aumentar y mejorar la confianza en una institución sanitaria.

En líneas generales la estructura de la tesis se centra en dos grandes bloques:

Uno primero de carácter teórico-conceptual que repasa los principales autores y expertos del campo de la Sociología, más concretamente aquellos que trabajan con los conceptos del interaccionismo, la comunicabilidad, la subjetividad, el construccionismo social, el capital social, la responsabilidad social y la estructura organizativa. Todos ellos tienen directa relación con el individuo (paciente) en contacto con la sociedad y su entorno. Destaca especialmente el concepto del “capital social” porque hace referencia explícita a la confianza. Este concepto hace referencia aspectos de las organizaciones sociales tales como las redes, las normas y la confianza, que facilitan la acción y la cooperación (Putnam, 1993); y reside fundamentalmente en las relaciones sociales e interacciones. El segundo apartado describe las investigaciones cualitativas y empíricas que se llevan a cabo en varias instituciones sanitarias públicas de referencia. Para el estudio presente se ha elegido la combinación de los métodos cuantitativos y cualitativos, si bien es cierto que prevalece la metodología cualitativa. Con ello se pretende obtener más información y contrastarla desde diferentes enfoques. Ambas metodologías se complementan con la finalidad de verificar los resultados de nuestra investigación. La diversidad de métodos y de técnicas utilizadas, igual que el enfoque multidisciplinar, posibilita enriquecer los resultados y conclusiones obtenidos en este estudio.

Hay que resaltar que la investigación cualitativa, cada vez más, tiene mayor repercusión en el sector sanitario. La validación de las conclusiones obtenidas se realiza mediante el diálogo y la interacción con los diferentes grupos de interés de la institución sanitaria. Se van concretando a través de consensos e indicadores que se obtienen mediante la observación, diálogo, reflexión y sistematización de las aportaciones de los distintos grupos de interés. El sector sanitario requiere un replanteamiento hacia la propia persona. Debe centrarse en aspectos humanísticos, éticos, científicos, siempre con prioridad hacia el paciente y los derechos humanos (Mezzich, 2010). Si bien es cierto que es un campo muy amplio que abarca varios grupos de actores.

Para ello, la investigación presente se centra en:

- identificar los grupos de interés y referencia (*stakeholders*) más relevantes de una institución sanitaria
- analizar su grado de importancia, legitimidad y poder
- investigar su nivel de confianza actual y deseable en una institución sanitaria de cada uno de ellos
- indagar en las dimensiones de mayor y menor importancia para cada grupo de interés
- buscar paralelismos y diferencias con otros sectores de servicios y otras disciplinas
- analizar y desarrollar el desarrollo práctico del concepto de la confianza
- buscar un “consenso” entre las necesidades de los grupos de interés relevantes en cuanto a la generación de confianza<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> La “teoría de la sociedad” desarrollada por Luhmann apunta, como obstáculo, que la propia sociedad se establece por el consenso entre seres humanos (1993).

---

Finalmente se presentan las conclusiones del marco teórico y de la investigación cualitativa de las instituciones sanitarias públicas universitarias seleccionadas. Se contrastan con las hipótesis planteadas y se reflexiona sobre los resultados del estudio. Para ello se identifican y clasifican los grupos de interés más relevantes de una institución sanitaria. Se analizan su grado de importancia, legitimidad y poder y su nivel de confianza actual y deseable. También se pretende sugerir el desarrollo de nuevos parámetros organizativos. Así, las empresas sanitarias pueden aprender de sus propios grupos de interés, lo que puede generar mejoras de servicios y procesos relacionados con el espacio comunicativo, las personas y grupos relacionadas y la sociedad en su conjunto.

Los medios que se necesitan para ello se focalizan, especialmente, en una predisposición positiva por parte de los gerentes y directivos de las instituciones sanitarias seleccionada para el estudio. La capacidad de generar un ambiente de confianza con los representantes de cada grupo de interés es igual de importante para el desarrollo y los resultados de la investigación. Nos referimos a ser capaz de “tangibilizar lo intangible” (Galbreath, 2006).

Resumiendo, se ha realizado un estudio consistente en tres fases que incluyen un análisis inicial en el cual se situó el marco conceptual del estudio, una segunda fase que corresponde al trabajo de campo y el análisis de los datos y una tercera fase de presentación de resultados y elaboración de recomendaciones.

**Fase 1: Análisis inicial**

- Revisión de la literatura científica a nivel nacional e internacional
- Detección de materiales clave en el área de estudio

**Fase 2: Trabajo de campo y análisis de datos**

- Encuestas
- Entrevistas semi estructuradas
- Análisis de datos

**Fase 3: Presentación de resultados y reflexión**

- Resultados del análisis de datos
- Conclusiones del estudio
- Síntesis y reflexiones

### **1.3.- Las hipótesis del trabajo**

Las hipótesis del trabajo formuladas se aglutinan en nueve dimensiones que se identifican con el concepto de la confianza y con el diálogo estructurado, Partimos de la premisa de que la capacidad de confrontar las cuestiones esenciales de los grupos de interés más relevantes de una institución sanitaria permite a la organización integrar con éxito una estrategia de desarrollo sostenible que genera confianza en sus grupos de interés. Sus opiniones canalizan las expectativas, las priorizan y, de esta forma, proporcionan una

respuesta adecuada y útil. Para ello tiene que haber un diálogo fluido y eficaz, es decir, un diálogo estructurado.

En base a la revisión de la literatura actual se han identificado nueve dimensiones básicas que describen y caracterizan la esencia del factor de la confianza: La respuesta, la fiabilidad, el diálogo fluido y eficaz, la empatía, la integridad y la ética, el aprendizaje y la autocrítica, la innovación y la sostenibilidad, elementos tangibles y la transparencia.

A continuación, se presentan las hipótesis en relación con la dimensión identificada de cada una de ellas:

1. **Respuesta:** Hipótesis vinculadas a la capacidad de la institución sanitaria y de sus integrantes de utilizar los recursos materiales y económicos del modo más idóneo, rápido y eficaz para obtener los resultados deseados a corto, medio y largo plazo (diagnóstico, prevención, tratamiento y seguimiento):
  - **H1:** Se espera que un diálogo estructurado facilite el diagnóstico de la enfermedad.
  - **H2:** Cabe esperar que un diálogo estructurado ajuste las pruebas necesarias a las requeridas para tratar la enfermedad.
  - **H3:** Se espera que se establezcan objetivos claros para los resultados clave basados en las necesidades y expectativas de sus clientes, en línea con el tratamiento elegido.
  - **H4:** Se espera que un diálogo estructurado gestione más eficaz el tiempo limitado de los profesionales.
  - **H5:** Cabe esperar que el seguimiento de la enfermedad sea más eficaz con un porcentaje de recaída y/o reactivación menor.



2. **Fiabilidad:** Hipótesis vinculada a la capacidad de la institución sanitaria y de los profesionales de actuar de acuerdo con lo que consideren la mejor opción sin dejarse llevar por lo económico, lo sencillo o lo rápido:
  - **H6:** Se espera que un diálogo estructurado se ajuste mejor a las necesidades reales del paciente y de cada grupo de interés.
  
3. **Diálogo fluido y eficaz:** Hipótesis vinculadas a la capacidad de la institución sanitaria de comunicarse de manera eficaz con los pacientes y demás grupos de interés de forma adecuada (acorde a sus requerimientos):
  - **H7:** Cabe esperar que un diálogo estructurado facilite la comunicación fluida entre la institución sanitaria y sus grupos de interés.
  - **H8:** Se espera que la comunicación sea más eficaz, es decir, que produzca el efecto deseado para los actores implicados.
  
4. **Empatía:** Hipótesis vinculadas a la capacidad de la institución sanitaria de entender el entorno individual del paciente y de los demás grupos de interés, proponer y evaluar mejoras y alternativas realistas en caso posible:
  - **H9:** Cabe esperar que un mayor diálogo facilita una mejor comprensión del paciente y de su enfermedad.
  - **H10:** Se espera que la empatía derive en un tratamiento más personalizado y, por ende, más eficaz.
  - **H11:** Cabe esperar que el seguimiento de la enfermedad y medidas preventivas para evitar una reactivación se ajusten a las posibilidades reales del entorno del paciente.
  - **H12:** Se espera que un diálogo personalizado potencie la implicación del entorno directo del paciente para mejorar los resultados.
  
5. **Integridad y ética:** Hipótesis vinculadas a la capacidad de la institución sanitaria de comunicarse y comportarse de manera recta, respetuosa y

honrada ante cualquier situación y ante cualquier grupo de interés, independientemente de su procedencia y entorno cultural:

- **H13:** Cabe esperar que un diálogo estructurado facilite una comunicación respetuosa y correcta, igual para todos los pacientes.
- **H14:** Se espera que un diálogo estructurado sea un mecanismo de revisión, medición, actualización y control del comportamiento ético de la institución sanitaria.
- **H15:** Cabe esperar que un diálogo estructurado promueva la responsabilidad de todos los grupos de interés.

6. **Aprendizaje y autocrítica:** Hipótesis vinculadas a la capacidad de la institución sanitaria y de sus integrantes de observar, reflexionar y comparar con una visión constante de mejora continua, tanto en el aspecto clínico como a nivel organizativo:

- **H16:** Se espera que el diálogo facilite la priorización de los puntos para la mejora.
- **H17:** Cabe esperar que el diálogo estructurado incentive la observación, la reflexión y la autocrítica.

7. **Innovación y sostenibilidad:** Hipótesis vinculadas a la capacidad de la institución sanitaria de impulsar los cambios necesarios a corto, medio y a largo plazo utilizando los recursos existentes sin perjudicar a las futuras generaciones:

- **H 18:** Se espera que el diálogo suponga un mayor grado de eficiencia, es decir, el óptimo consumo de recursos para alcanzar los objetivos, evitando despilfarros.
- **H19:** Cabe esperar una mejor gestión de recursos con los proveedores para lograr un beneficio sostenido.
- **H20:** Se espera una mejor gestión de la información y del conocimiento para apoyar un proceso de toma de decisiones eficaz y para construir las capacidades de la institución sanitaria.

8. **Elementos tangibles:** Hipótesis vinculadas a la apariencia de los aspectos físicos de la institución sanitaria, es decir, infraestructura, equipos, empleados y materiales:

- **H21:** Cabe esperar que un diálogo estructurado facilite mejor visión general con respecto a las percepciones de los distintos grupos en referencia a los elementos tangibles.
- **H22.** Se espera conocer más a fondo que tipo de elementos tangibles valoren más los pacientes (Principio de Pareto, 80/20).

9. **Transparencia:** Hipótesis vinculadas a la capacidad de la Institución sanitaria de publicar y difundir la actividad de manera comprensible, sencilla y transparente para el paciente y los demás grupos de interés y la sociedad en su conjunto:

- **H23:** Cabe esperar que un aumento de la divulgación de las políticas y estrategias de la institución sanitaria aumente la generación de la confianza.
- **H24.** Se espera que la transparencia mejore el conocimiento de los recursos disponibles y de los objetivos que se pretendan alcanzar por parte de la institución sanitaria.

Además, el presente análisis y estudio también pretende ser, de alguna forma, una reflexión del presente y un abordaje de los aspectos clave del futuro de la institución sanitaria. Todo orden social basado en la ética, y no en el ejercicio de poder, tiene como fundamento el reconocimiento y respeto hacia todos y cada uno de sus integrantes (Dworkin, 1981). En este sentido, Repullo indica que “las reformas sanitarias deben tener buenos diseños, mecanismos de evaluación, sistemas de control, y la necesaria transparencia y rendición de cuentas como para que la sociedad deposite y refuerce su confianza en las instituciones” (2012, p.27). En este contexto los expertos insisten en la importancia de la comprensión

general de la realidad humana, y no solo en la descripción operativa de ella (Sandoval, 2002, p.38).

## 2.- Justificación

### 2.1.- Prefacio y conexión biográfica

Uno de los aspectos más valorados por la sociedad, en su conjunto, y por las personas en particular, en cuanto a la calidad de vida, es la salud y son sus correspondientes servicios sanitarios. Las personas consideran la salud como una de sus máximas prioridades. “La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socioeconómico sostenido” indica el informe de la Organización Mundial de Salud (2010)<sup>6</sup>. Desde un punto de vista sociológico, el estado de salud de cada persona es fundamental para el ejercicio de otros derechos ciudadanos y para alcanzar el empoderamiento esencial para su integración en sociedad.

La web oficial de la Unión Europea (UE) señala que “gozar de buena salud es una de las principales preocupaciones de los ciudadanos europeos”<sup>7</sup>. Consecuentemente, la Estrategia Europea 2020 pretende responder a los principales retos en materia de salud. Afirma que la salud es una condición

---

<sup>6</sup> Carta Constitucional, de la OMS de 1946: “La protección y promoción de la salud del pueblo es indispensable para el desarrollo económico- social duradero y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.”

<sup>7</sup> Recuperado de: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/index\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/index_es.htm)

importante para la prosperidad económica<sup>8</sup>. La prueba más evidente es la pandemia actual. Vivimos una situación inédita en la historia de la medicina producida por la pandemia de COVID-19, que ha modificado la situación de los sistemas de salud a nivel mundial pero que también tendrá una continuación en la forma en la que nos organizaremos en las instituciones sanitarias y al modo particular en que valoraremos a los pacientes y demás grupos de referencia.

En noviembre 2020, el Centro de investigaciones Sociológicas (CIS) ha publicado hoy un barómetro especial “Efectos y consecuencias del coronavirus” en el que pregunta por la opinión de los españoles respecto las instituciones sanitarias a raíz de la pandemia. Para el 49,4% ha mejorado su percepción frente a un 34,1% que asegura que su percepción es peor que antes de la crisis. Resulta revelador que 9 de cada 10 encuestados está “mucho o bastante preocupado por la situación del coronavirus”, destacando que les preocupa tanto las consecuencias económicas como las sanitarias. Así para el 21,2% los efectos sobre la economía es lo que más le preocupa, frente al 29,2% que señala la salud, y el 31,2% que apunta a ambos factores.

Asimismo, ya en años anteriores el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Igualdad de España (MSSSI/MSCBS, 2018, 2013) pone de manifiesto que el área sanitaria es uno de los temas más importantes para la sociedad española.

---

<sup>8</sup> La estrategia global para la Unión Europea “Juntos por la salud” fue adoptada en 2007.

## 2.- Justificación

---

Anteriormente, el informe comparativo de los barómetros sanitarios del 1995 al 2004 indica que los asuntos de la sanidad ocupan el primer puesto de interés de los ciudadanos españoles con una media del 32,61 %, seguido por la temática de la educación con una media del 22,41 % (Álvarez y Martínez, 2006, p.11, tabla 1). Los Estudios nº 2.862, 2.906 y 2.916 febrero-octubre 2011 de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, realizados por el CIS señalan que el 33% de los encuestados considera la Sanidad como el área de mayor interés para los ciudadanos y las ciudadanas.

Además, se evidencia desde hace años una mayor preocupación por unos servicios sanitarios eficientes y de confianza (Nevárez, Constantino-Casas y García-Contreras, 2007). Especialmente ahora, en tiempos de la crisis provocada por la pandemia, es fundamental aprovechar la fuente de confianza para difundir información crítica, mantener la tranquilidad y contener la enfermedad.

El “Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud” y la “Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria” dejan muy claro que la confianza en las instituciones sanitarias depende en gran medida de factores relacionados con su entorno y sus grupos de interés (SESPAS, 2012; WHO *Regional Office for Europe*, 2010). Instan a los distintos agentes de las instituciones sanitarias a identificar los desafíos y las áreas que requieren un análisis más profundo y puedan proporcionar una herramienta útil para mejorar la credibilidad, fiabilidad y percepción de los servicios sanitarios. En enero 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) marcó la “generación de confianza” como una de sus 13 prioridades sanitarias urgentes para esta década.

---

En parte, esto se debe a las crisis financieras en la mayoría de los sistemas de salud de Europa. Una creciente necesidad de soluciones, de controlar, de reducir gastos relacionados con el sector sanitario, ha impulsado un intenso debate social y político en la mayoría de los países europeos (Consejo de Europa, 2013).

Por otro lado, estamos padeciendo también una crisis sanitaria que ha supuesto un punto de inflexión. A lo largo de la pandemia, se ha reconocido y ha quedado patente la incertidumbre y la falta de claridad ante el futuro. El coronavirus ha llevado a un estado de la alarma, a la implantación de medidas extraordinarias de contención, incluidas las limitativas de la libertad de circulación, y diferentes medidas urgentes de prevención y coordinación. Hemos sido testigos de los comportamientos abusivos y poco éticos, como ha sido el drama de las residencias de mayores, y también de falta de información y comunicación fluida y eficaz, basada en la transparencia y la confianza. La comunicación, en situaciones de crisis como la actual, es una estrategia básica en la gestión de estas y contribuye a minimizar las secuelas psicológicas en las poblaciones que las sufren y a fomentar la confianza. Se puede afirmar que existe una relación estrecha entre la conducta ética y la confianza (Olkkonen, L. & Quarshie, A., 2019).

La sociedad está inmersa en un proceso de cambio que obliga a la definición y análisis de diferentes modelos sociales. El desarrollo del sector sanitario, sus importantes avances científicos y nuevos tratamientos tecnológicos, puede resultar desaprovechado si no es acompañado por un entendimiento de las necesidades y preocupaciones del paciente y de la sociedad en su conjunto (Heath, 2005).

Todo ello ha provocado que la credibilidad del sector sanitario y sus respectivas instituciones esté cuestionada. Recortes en el gasto sanitario, ineficiencia en la gestión y la falta de un diálogo fluido, eficaz y transparente han conducido a una pérdida de la confianza, tanto entre las personas como entre éstas y las instituciones. Así lo recoge el estudio “Actitudes de la población ante el sector sanitario” del CIS en el año 1997. También lo evidencian las múltiples encuestas de salud que se han realizado mundialmente para conocer la percepción de la salud por parte de la población (Sheikh, Gilson & alt; 2011).

“Para cumplir el objetivo de que los ciudadanos estén más sanos y alcancen unos mayores niveles de bienestar, calidad y esperanza de vida, es necesario innovar más e incorporar estas innovaciones en los sistemas sanitarios, dotándolos a su vez de calidad, eficiencia y resultados que generen confianza en los ciudadanos” (III Jornadas de SEDISA, 2015).

El CIS puntualiza que el nivel de confianza está estrechamente relacionado con el nivel de contacto reciente y con la satisfacción que experimenta el paciente (1997). Su informe refleja que existe una clara relación entre la confianza y el trato humano, la comunicación y la información que se proporciona al usuario del sector sanitario. El sociólogo Alejandro Navas afirma que ha cambiado la manera en que los enfermos reaccionan ante la enfermedad, “ahora parecen clientes exigentes e indignados” (2014: 12-28). Navas considera que la distancia entre discurso oficial y las conductas prácticas conducen a una desmoralización de la sociedad que también se ha notado en el sector sanitario (2014). Esta situación puede conllevar una notable falta de confianza que, a su vez, puede perjudicar las interacciones entre las instituciones sanitarias y sus grupos de

---



interés. “El poco y mal aprovechado tiempo de atención que dedica el profesional sanitario al paciente y la falta generalizada de interacción origina, a su vez, una falta de confianza, incluso una cierta indefensión del enfermo y de su entorno”, afirma Joaquín de Armendáriz (1989:144).

Ahora, en tiempos de pandemia, estamos viendo en las instituciones de muchos países que la confianza se debilita hasta alcanzar niveles alarmantes. Varios expertos consideran que esta es la consecuencia de las estrategias adoptadas años antes por políticos y gestores. “Nuestro mundo se basa en la confianza depositada en desconocidos y la confianza es el motor del sistema”, afirma Yuval Noah Harari (2020: 2).

Partimos de la base de estudios organizacionales que han demostrado que el grado de confianza condiciona directamente los resultados de las organizaciones (Robbins, 1998). Las empresas más sobresalientes en sostenibilidad y en la generación de confianza se distinguen por las características de su óptimo diseño organizacional, que emana directamente de la estrategia de toda empresa (Lawler & Morhman, 2014). Las corporaciones con un alto desempeño tienen una estrategia clara de generación de confianza para guiar sus actividades de sostenibilidad. Los autores dejan constancia en sus estudios del papel estelar que debería jugar la función de las personas a la hora de alinearse con la dirección en el despliegue de la estrategia empresarial, íntimamente ligada a la gestión del talento y del compromiso con sus grupos de interés (*stakeholders*), la comunicación y el diálogo fluido con ellos.

## 2.- Justificación

---

Consciente de ello, la Organización Mundial de Salud (OMS) recalca la importancia de una información clara y transparente: Si se facilita información precisa, pronta y frecuentemente en un lenguaje que las personas entiendan y a través de canales confiables, la población podrá tomar decisiones y adoptar comportamientos positivos para protegerse a sí mismas y a su entorno de enfermedades como la COVID-19. La información es el primer recurso que permite a la población tomar decisiones informadas para cuidar su salud y confiar en las instituciones sanitarias y sus dirigentes y prevenir rumores y desinformaciones. En esta línea, el Comunicado de la Comisión Europea de Salud (COM), publicado el 5 de junio de 2014, recuerda a los gobiernos que los sistemas de salud deben ser eficaces y adaptarse a las nuevas demandas de la sociedad, de los pacientes y de su entorno. La filósofa y socióloga Adela Cortina recalca que la confianza es “un activo imprescindible en la vida corriente” (2003: 86).

Es evidente que el concepto de la salud (y de la enfermedad) depende de las personas y de los contextos desde donde se conceptualizan. Asimismo, su significado varía en función de las experiencias surgidas a partir de la interacción con el entorno. La comunicación, como un proceso básico para la construcción de la vida en la sociedad, es parte importante de ello. La interacción con los demás conduce a la inteligencia social, elemento clave para la transformación de la sociedad, basada en la confianza (Nuñez-Paula, 2007: 16).

En esta línea, los defensores de la Escuela de Chicago, base de la sociología de la salud, entienden la comunicación como un proceso social a través del cual se constituyen los individuos y los grupos sociales (Piovani, 2011). Es un

---

mecanismo activador del diálogo entre todos los sujetos sociales. Anthony Giddens apunta que más comunicación garantiza una mejor comprensión y ofrece más probabilidades para encontrar factores de confianza (2000).

Si bien es cierto que el sector de la salud es un sector dinámico que aparece indisociablemente unido a la fluctuación, al cambio y a la incertidumbre. Gavidia y Talavera indican que la salud es la recuperación por parte del paciente de “su normalidad” y de la adaptación que hace posible la vida en su comunidad (2012: 163). “La biología, las prácticas sociales y el significado se interrelacionan en la organización de la enfermedad como objeto social y experiencia de vida” (Good, 2003: 109-110).

Para ello se requiere de un ambiente idóneo donde se pueda desarrollar y fomentar la propia acción comunicativa. El análisis de un espacio comunicativo limitado<sup>9</sup> conduce a ineficacia y a insatisfacción (Prior, 2006). En cambio, la comunicación efectiva impulsa potencialidades y capacidades, tanto individuales como colectivas, que puedan mejorar la salud, prevenir enfermedades, aumentar la calidad de vida y la confianza hacia la propia institución sanitaria.

Bravo, Contreras, Perestelo-Pérez, Pérez-Ramos et al. (2013) opinan que se debe interpretar el dilema del paciente relacionado con su contexto cultural, social y económico (2013). Los autores señalan que solo de esta forma se podrá ofrecer la mejor alternativa terapéutica. En definitiva, la comunicación facilita las

---

<sup>9</sup> Se explica y se analiza el concepto del espacio comunicativo en detalle en el apartado 3.2.1.

---

perspectivas, creencias, expectativas y metas para el cuidado de la salud y la vida en general. Además facilita la confianza hacia la institución sanitaria pública.

Asimismo, se evidencia que el avance hacia una organización centrada en el usuario y comunicación fluida y eficaz a través de la confianza ha posibilitado una mayor conectividad también en el sector sanitario. Así lo refleja el informe elaborado por la Consultora *Price Waterhouse*, España, titulado “Diez temas candentes de la Sanidad Española para el 2012”. El concepto de la comunicación y la confianza se convierte en un tema de actualidad (Navas, 2014), ya que, en los entornos con índices altos de confianza, los individuos muestran mayores niveles de cooperación y de comunicación, así como niveles más altos de compromiso con la institución. La confianza incrementa el índice de responsabilidad cara a todos los agentes implicados y cara a la sociedad en su conjunto. Adicionalmente, hay que subrayar que se consigue una mayor adaptación a los requerimientos y necesidades de las personas, ya sean pacientes, profesionales, familiares o demás implicados. Ello conduce a ratios de satisfacción más elevados para todos los grupos de interés. Además, puede favorecer una colaboración cercana entre los científicos, clínicos, familiares y pacientes y establecer sinergias y colaboraciones que propician la investigación en red y el intercambio de resultados científicos.

Por ello, los nuevos conocimientos, pero también nuevas necesidades, inquietudes y expectativas, demandan al sector sanitario interacciones continuas entre los pacientes, su entorno, profesionales sanitarios y las instituciones.<sup>10</sup>

Se ha evidenciado que la calidad de los servicios sanitarios está directamente relacionada con la percepción y la confianza que tienen las personas y grupos de referencia de ella (Fernández-Esquinas et al., 2001). Sus usuarios generan una demanda muy específica que varía en función de su propia satisfacción, pero también por los cambios estructurales de la sociedad en sí. Si bien es cierto que los factores motivacionales relacionados con la necesidad en cuanto al sector sanitario son muy diversos. Están relacionados, evidentemente, con la salud de la persona, pero también con el rol, la posición social y el entorno de referencia que el individuo ocupa en la sociedad (García, 1997). Este conjunto de experiencias individuales y colectivas obtenidas a través de la interacción definen el grado de satisfacción del servicio recibido por parte del paciente, de sus grupos de referencia y de la sociedad en su conjunto. La satisfacción depende, por lo tanto y en gran medida, de una valoración subjetiva e individual. Varía en función de las características socioculturales; de la edad, de la educación, de valores, pero también de la procedencia de cada uno. Por ejemplo, en ciudades y poblaciones pequeñas, las relaciones sociales se mantienen más cohesionadas y el control social que se ejerce es superior (CIS, 1997: 31-32).

---

<sup>10</sup> El Diccionario de la lengua española define la "interacción" como una acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más agentes, fuerzas, funciones, etc. (DRAE, 2001). Desde un punto de vista sociológico se refiere a toda la influencia que recibe una persona o un grupo de referencia en sociedad (Faustina, 2007).

Como señala Irigoyen, “la satisfacción de los usuarios constituye un misterio difícil de descifrar desde coordenadas de un campo empírico orientado a discernir cuestiones metodológicas en detrimento del progreso de la conceptualización y la teoría” (1996: 237).

Cabe destacar que el concepto de la confianza está íntimamente relacionado con los conceptos del subjetivismo y el relativismo. El primero considera que algo puede ser verdadero para una persona o un grupo de referencia, pero no para otras. El segundo hace referencia a que el conocimiento es relativo al contexto cultural de la persona o entorno.

El sociólogo y filósofo alemán Jürgen Habermas considera que toda acción comunicativa se basa en la búsqueda de una confianza recíproca, de un entendimiento y de una comprensión mutua (1987). Una persona para hacerse entender tiene que respetar las normas comunicativas vigentes e interrelacionarse con su entorno y grupos de referencia. Asimismo, Habermas recalca que la persona, por encima de su mundo social, objetivo y subjetivo, tiene un marco de referencia que es el mundo de su propia vida. Se refiere al conjunto de realidades de la vida de cada uno que son, a su vez, el marco de la acción comunicativa. Este concepto (de la acción comunicativa) hace referencia a la interacción de dos o más sujetos capaces de establecer un lenguaje y una acción entre ellos. Mantienen una relación interpersonal en un espacio comunicativo apropiado para ello. Es decir, el marco de referencia y el espacio comunicativo condiciona directamente la comunicación, el entendimiento y la comprensión de las personas.

En referencia a ello, es importante recalcar que cada grupo es importante por sí mismo, pero también para los otros grupos de referencia. Son objetivo y apoyo a la vez para las personas carentes de salud. Sirva de ejemplo un dato relacionado con el apoyo social; la Encuesta Europa de Salud 2009 (2010) determina que un 43% del total de la población en España contaría, en caso de enfermedad, con más de cinco personas de su entorno, es decir, con sus grupos de referencia<sup>11</sup>. Las personas de apoyo (y la comunicación con ellos) son de suma importancia para la percepción del servicio sanitario y el consiguiente nivel de confianza, ya que influyen directamente en el enfermo. Dubos indica que la salud es el equilibrio que existe entre el individuo y su entorno, de forma que cuando éste se altera o se rompe dicho equilibrio se convierte en la enfermedad (1987).

Estas interrelaciones con los grupos de referencia condicionan también directamente el clima de confianza relacionado con el servicio sanitario y la institución correspondiente. En este sentido, el aumento de la interrelación mejora el nivel de confianza entre los pacientes y sus grupos de interés. Permite evaluar la idoneidad de los servicios sanitarios y de la institución que presta los servicios.

En relación con ello llama poderosamente la atención que la mayoría de los estudios e investigaciones se centran primordialmente en las relaciones entre

---

<sup>11</sup> Se han tenido en consideración a 38.442.100 personas, con residencia en España, en el año 2011, correspondiente a la población de 16 y más años (incluyendo a la población extranjera residente).

## 2.- Justificación

---

facultativo y paciente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, MSSSI, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA, Segreccia, 1996).

Se han encontrado pocas evidencias de la importancia de los demás grupos de interés con una institución sanitaria. Los proyectos de innovación operativa sanitaria de la Unión Europea, por ejemplo, no contemplan explícitamente los grupos de interés como una referencia a investigar. Plataforma de asociaciones de pacientes consideran que no se tiene suficientemente en cuenta la importancia del entorno del paciente para la propia efectividad del servicio sanitario (Plataforma de asociaciones de pacientes en España, POP). Sus consideraciones, percepciones y requerimientos pueden suponer una mayor creación de valor del propio servicio con un efecto positivo cara a todos los partícipes y la sociedad en su conjunto.

En cuanto al concepto de confianza en una institución sanitaria, es bien cierto que la generación de confianza se centra primordialmente en los profesionales sanitarios, ya que son uno de los principales grupos de referencia con los que se interrelaciona el paciente.

El último barómetro que se realizó entre marzo y octubre de 2018 a 7.800 usuarios de los diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud de España refleja una alta satisfacción por la atención recibida. Los usuarios valoran con un notable alto la atención del personal médico, los cuidados y atención del personal de Enfermería. En líneas generales y en una escala de uno sobre diez, la población española ha puntuado a su sanidad con un 6,57; 0,11 puntos por debajo que los datos de 2017. Entonces, la puntuaron con un 6,68. Cabe esperar



que la satisfacción de los usuarios de la sanidad pública siga bajando, probablemente no solo en España sino a nivel mundial teniendo en cuenta la situación actual de la pandemia del coronavirus. Como ya se ha comentado anteriormente, la OMS marca la “generación de confianza” como una de sus 13 prioridades sanitarias urgentes para esta década (2020).

Por todo lo anteriormente expuesto, el foco del trabajo de investigación cualitativa que se presenta a continuación se centra en los factores que inciden en la confianza de los principales grupos de interés de una institución sanitaria. Cabe recordar que, en entornos con índices altos de confianza, los individuos muestran, a su vez, mayores niveles de cooperación y de comunicación, así como mayores niveles de compromiso con la institución y mayor nivel de responsabilidad. Se pretende analizar y demostrar que un espacio comunicativo amplio genera mayores niveles de confianza.

## **2.2.- Relación con trabajos anteriores y motivación para esta investigación**

Hyland afirma que el escritor académico debe estar familiarizado con las bases de la disciplina en la que se inscribe y evidenciar una cierta competencia en la materia que aborda (2002). Las informaciones e intercambio de inquietudes, propuestas de mejora y análisis del entorno de las instituciones sanitarias, conseguidos a lo largo de la trayectoria laboral de la doctoranda, han motivado, inicialmente, el siguiente trabajo. Con más de 20 años de experiencia en gestión hotelera y consultoría de empresas de servicios, ha podido observar una gran similitud en cuanto a gestión de un establecimiento hotelero y de una institución sanitaria. Las diferencias radican en la importancia del servicio facultativo del

hospital y también en la motivación inicial. El cliente de un hotel se le presupone una predisposición positiva, en cambio, el paciente suele entrar con una actitud contrariada. Eso significa que un diálogo fluido, eficaz y transparente en una institución sanitaria es aún más importante si cabe. Exige mayor exigencia en el análisis y la medición y un número más amplio de indicadores relacionados con el espacio comunicativo.

La autora ha colaborado en estudios directamente relacionados con la gestión sanitaria y la calidad asistencial. Por su similitud con el presente trabajo se destaca un proyecto europeo de innovación y sostenibilidad que ha sido elaborado en colaboración con la Universidad de Santiago de Compostela (USC). Se centró en la redefinición y unificación de procesos y procedimientos basados en principios de la gestión hotelera con la participación de 12 socios europeos (*7th Framework Programme, European Hospitality*<sup>12</sup>).

Desde el punto de vista académico, los conocimientos adquiridos a lo largo del Máster Interuniversitario en Sostenibilidad y Responsabilidad Social Corporativa<sup>13</sup> han facilitado un enfoque más estructurado y centrado en la versión *multi stakeholder*. El trabajo de investigación que se presenta a continuación supone, a su vez, una continuación del Trabajo de Fin del Máster (TFM): “La gestión de un establecimiento socio sanitario puede mejorar con la aplicación de los conocimientos de la gestión hotelera” (2012/13). La

---

<sup>12</sup> Ferrás Sexto, C. (2012), *European hospitality: Joint common indicators for European hospitals based on hospitality principles*, IDEGA/ USC, Santiago de Compostela

<sup>13</sup> Programa Interuniversitario entre la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y la Universidad Jaume I (UJI)

---

Investigación cualitativa del TFM pretendía destacar el potencial de la filosofía de la Responsabilidad Social Corporativa para la generación de competencias y capacidades en una organización. Las conclusiones del estudio han evidenciado, entre otras cuestiones, que las estrategias de las instituciones socio sanitarias tienen que impulsar más activamente la participación y sentido de la responsabilidad con respecto a sus grupos de interés y su repercusión sobre la sociedad. Un desarrollo social será más sostenible gracias a la participación en los procesos de toma de decisiones de quienes tienen derecho a ser escuchados (pacientes, familiares, sociedad, profesionales, asociaciones de pacientes y afectados, universidades e instituciones de enseñanza). Se debe buscar este clima de confianza propicio para el diálogo y generando beneficio para todos.

Adicionalmente, el *Máster Universitario de Administración Sanitaria* (Programa de dos años, compartido entre la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III/ Universidad Nacional de Educación a Distancia/ MUAS 3/ 2015-2017) ha permitido adquirir una formación multidisciplinar avanzada en los conocimientos, habilidades y actitudes que rigen en la actualidad en las ciencias de la gestión, administración y dirección de sistemas y servicios de salud, adecuada a las necesidades y demandas sociales. Entender los diferentes modelos organizativos y de gestión de los servicios sanitarios y analizar los principios, componentes y aplicaciones del buen gobierno en las instituciones sanitarias han sido el objetivo final. El *Trabajo de Fin de Máster* ha analizado los factores que generan la confianza en una institución sanitaria pública con especial atención al grupo de los pacientes.

Finalmente, el presente trabajo también ha sido motivado por las vivencias personales de la autora. Los acontecimientos personales han facilitado estar en contacto, de forma muy directa y muy intensa, en un diálogo constante con la mayoría de los grupos de interés de varias instituciones sanitarias; es decir, con pacientes, familiares, asociaciones de pacientes, profesionales (facultativos y no facultativos) y directivos de las instituciones sanitarias<sup>14</sup>.

### **2.3.- El Estado de Bienestar en una sociedad avanzada**

El premio Nobel de economía *Amartya Sen* define el “Estado de Bienestar” como “la mayor aportación de la civilización europea al mundo “(1998). El Estado del Bienestar asume explícitamente la responsabilidad básica de todos sus ciudadanos. A su vez, instituye los derechos sociales, persigue la igualdad y aporta seguridad económica y servicios sociales al conjunto de la sociedad. Si bien es cierto que el estado de Bienestar se ha sustentado más en el objetivo de la seguridad económica y social y reducción de la pobreza, que en el de la redistribución y/o igualdad.

Johnson destaca como una de las principales características del Estado de Bienestar la introducción y ampliación de una serie de servicios sociales como la seguridad social, el servicio de salud, la asistencia a los ancianos y a minusválidos, (1990: 17). Las instituciones nacionales, incluyendo gobiernos, universidades y el sector privado, reconocen que el acceso a información y la

---

<sup>14</sup> La enfermedad del hijo (*Histiocitosis con células de Langerhans*) ha supuesto tratamiento de quimioterapia y hospitalización a lo largo de dos años (2009-2011).

comunicación en salud es un derecho básico y un bien público. Desarrollar estrategias para promover y facilitar este acceso y para asegurar la equidad en acceso a la salud y a las instituciones que llevan a cabo los servicios sanitarios (hospitales) es una de las premisas de nuestro Estado de Bienestar.

Pero, al hilo de ello, también hay que señalar que los cambios que se están produciendo en la sociedad actual para hacer frente a las demandas y necesidades de los ciudadanos de unas sociedades avanzadas, han provocado que el tradicional estado de bienestar se enfrente a una serie de “riesgos sociales” que requieren de una reconceptualización profunda.

Uno de estos riesgos es, precisamente, la transición hacia una economía del conocimiento y de servicios, provocada por las nuevas tecnologías y las nuevas preferencias de los consumidores y la sociedad en su conjunto. El sociólogo Díaz Martínez sostiene que estamos asistiendo a una sociedad cualitativamente diferente donde la información, la comunicación y el conocimiento son elementos estratégicos de la sociedad actual. Matiza que toda información y conocimiento tiene una “potencialidad transformadora” de las personas y de su entorno (2001: 244,245).

Los cambios estructurales de la sociedad van variando por sus necesidades y sus conocimientos que han ido adquiriendo gracias a la comunicación con sus grupos de referencia. Nuevas vías de comunicación, es decir, un espacio comunicativo más amplio se percibe, además, como herramientas de la mejora de la calidad de vida. Castells resalta que el correcto procesamiento y la transmisión de la información se convierten en las fuentes fundamentales de la

productividad y de la mejora (1997: 47). De ello se derivan unas necesidades que, una vez satisfechas, demandan nuevos requerimientos, siendo el concepto de la “satisfacción” muy ligada al de la “necesidad”.

El análisis de estas transformaciones sociales conduce a nuevas necesidades sociales. Offe apunta que “las antiguas instituciones de bienestar no sirven para satisfacer las nuevas necesidades sociales” (1990: 290-291).

Es un hecho que la sociedad ha ido cambiando de forma muy rápida. En referencia a los académicos de la disciplina sociológica, se sitúan por un lado los teóricos sociales que dicen que la sociedad moderna no ha cambiado sustancialmente (Habermas y Giddens). Otros, en cambio, consideran que la sociedad actual ha pasado por una transformación radical que requiere nuevas y diferentes reflexiones, una sociedad posmoderna (Baudrillard, Kroker y Jameson). Giddens lo describe como una “modernidad tardía” o como “modernidad reflexiva” (2002, 2010).

Relacionado con ello, el sociólogo Ulrich Beck apunta que la “modernización reflexiva” requiere de una “autoconfrontación” con las consecuencias de esta sociedad en riesgo. Ellos no se pueden solventar adecuadamente por sí solas (2002: 114-116). Pero Beck también señala que, si se asume la situación como objeto de estudio, la sociedad aprende a comprender todas estas inseguridades (2002: 240-243), y, por ende, eliminar al máximo la incertidumbre y trabajar en el concepto de la confianza.

Con ello queda patente que los cambios actuales implican modos de pensamientos totalmente distintos a los ya establecidos. Beck habla de una

---

perdida de pensamiento social que “ni le llama la atención ni a los propios sociólogos.” (2006: 38). Urgen distintos planteamientos que tengan la creatividad, la innovación y la confianza como hilo conductor. Recordamos nuevamente que la OMS marca la “generación de confianza” como una de sus 13 prioridades sanitarias urgentes para esta década.

Es un hecho que el envejecimiento de la población, la cronificación de las enfermedades y las nuevas tecnologías y medicamentos condicionarán el desarrollo futuro del sistema sanitario y, por ende, del estado de bienestar. A todo ello hay que sumar la crisis sanitaria provocado por la Covid-19 que ha puesto mucho más patente las contradicciones de nuestro modelo de crecimiento.

Por ello es necesario profundizar en las líneas de eficiencia y eficacia, pero también tendremos que idear medidas más flexibles e innovadoras que permitan incrementar los recursos de la sanidad. A pesar de los múltiples recortes en el sector hospitalario (y precisamente por ello) hay que reforzar la generación de confianza en la sociedad y grupos de referencia. La valoración de los barómetros sanitarios, que se hicieron en el 2006 para medir las expectativas y la satisfacción de los ciudadanos, evidencia el cambio que están experimentando los pacientes como usuarios de la asistencia sanitaria. Se recalca la importancia de la percepción del paciente como uno de los aspectos esenciales para cerrar la evaluación del sistema sanitario (CIS, 2006: 3).

Cabe recordar que el estado de bienestar es, también, un proceso dinámico de transformación institucional que cambia en el tiempo y geográficamente acorde

a las necesidades de la sociedad, pero también acorde a las posibilidades de financiación por parte del estado. Therborn (1987) señala que son, especialmente, estas diferencias e inquietudes entre el mercado y el estado, las clases sociales y los ciudadanos, los que contribuyen a conformar modelos diferentes. Hace tiempo que sabemos que el crecimiento por el crecimiento no tiene sentido, se está poniendo en riesgo a las generaciones futuras.

En definitiva, el estado de bienestar requiere de una conceptualización de la confianza que pasa por la percepción, la experiencia y la personalidad social. Esta experiencia social es la base sobre la que se construye la personalidad de cada individuo, es decir, el entramado de sus formas de pensar, sentir y actuar. Son los grupos de interés, los pacientes, familiares, profesionales y demás stakeholders de una institución sanitaria que evalúan de esta forma la calidad de vida y el estado de bienestar.

Si queremos que la innovación, la calidad y la confianza formen parte de una sociedad avanzada como la nuestra, es fundamental que todos los recursos sanitarios sean aprovechados al máximo, logrando una interacción entre todos los agentes que contribuya a los mejores resultados de salud posibles, generando un alto grado de confianza (III Jornadas de gestión sanitaria de SEDISA (Sociedad de Directivos de la Sanidad, 2015).

En referencia con la pandemia Coronavirus SARS-CoV-2 destaca el estudio *Las consecuencias psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento* (Balluerka & alt, 2020). Los autores evidencian que el 75% de los hombres y el 80% de las mujeres habían aumentado el grado de incertidumbre desde que se inició la crisis



sanitaria. De ellos, el 33% de hombres y el 45% de mujeres reportaban el nivel más alto de incertidumbre. Las personas más jóvenes informaban de más nivel de incertidumbre que las personas de más edad. En lo que respecta al nivel socioeconómico, se observa en los niveles más altos de incertidumbre una situación homogénea, con diferencia de tan solo dos puntos porcentuales.

## **2.4. Aportaciones previstas**

La OMS ha publicado en 2020 sus prioridades sanitarias urgentes para esta década: la generación de confianza hacia los pacientes y la sociedad.

La Estrategia de Promoción y de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) señala que “el abordaje por entornos” y “un enfoque integral” como parte de las principales características de la estrategia para ganar salud y prevenir la enfermedad con mejores resultados. Si bien es cierto que el mismo informe no hace referencia a los distintos grupos de interés, aunque sí a la importancia de “los diferentes entornos vitales de cada población”.

Es un hecho que la mayoría de las estrategias sanitarias están trabajando hacia un sistema de salud centrado en el paciente haciendo referencia a un nuevo modelo de “revolución asistencial”<sup>15</sup>, En el entorno de las instituciones sanitarias se hace hincapié en la importancia de los pacientes, los familiares, los empleados y la sociedad en su conjunto (González, Alfonsín et al., 2013,

---

<sup>15</sup> El concepto de la “Revolución Asistencial” es una de las fuerzas que se engloban en el sector salud: Estrategia SERGAS 2010-2014: [http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia\\_Sergas\\_2014.pdf](http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf)

Cockerham, 2010, Chernilo, 2004). De todos ellos depende, de forma directa e indirecta, la reputación de las instituciones sanitarias para operar.

La estrategia de Sanidad de la Xunta de Galicia 2011-2014 indica que la atención centrada en el paciente requiere del desarrollo de procesos asistenciales integrados, de la alta resolución y de la mejora de los procesos organizativos, generando confianza en el paciente y su entorno (2009).

Otro trabajo realizado sobre el cambio de estrategia, llevado a cabo en el año 2010 por el equipo de comunicación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, señala que el empleo de estrategias enfocadas a lograr el mayor impacto y confianza debe ser un valor fundamental en cualquier organización, especialmente en aquellas que orbitan en torno a la atención en salud (Vergara, Herrera-Usagre y Ramos, 2012).

Pero aún no se evidencia claramente una conectividad entre los distintos agentes de una institución sanitaria, ni se detecta un diálogo fluido, eficaz y transparente con todos ellos. De hecho, Rey-Rocha, Antonio-García y López-Navarro afirman que los análisis de los sistemas de innovación sanitaria a menudo pasan por alto el contexto social, aun cuando éste es determinante para el éxito de la innovación y de la generación de la confianza (2013: 6).

El diálogo con los grupos de interés es básico si lo que se pretende es ser una organización de una sociedad avanzada, porque es de esta comunicación de doble dirección de donde saldrán las cuestiones que importan a los pacientes y que deben ser atendidas por el sistema y por la institución sanitaria (Rivera, 2014). Las relaciones con los grupos de interés influyen directamente en la

---

creación de valor para la organización. La pluralidad de sus opiniones, sus necesidades y expectativas son prioritarios para generar un clima de confianza (Comunidad Económica Europea, C.E.E., 2001).

Marta Trapero Bertrán (Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES-UPF, Universidad Pompeu Fabra de Barcelona) recalca la importancia de mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios basándose en el concepto de la confianza. La autora parte de la premisa de que más gasto no implica necesariamente mejor salud y pone el acento en la importancia del coste de oportunidad de los recursos disponibles, que nos obliga a utilizarlos de manera que podamos obtener el mayor valor posible con ellos, haciendo uso de la confianza para lograrlo (2014).

Está demostrado que los resultados mejoran sustancialmente con servicios sanitarios de calidad que inspiran confianza (Arce, Hernando, Ortiz, Díaz, Polo, Lombardo y Robles 2014). Ortún y Callejón evidencian, mediante una encuesta de valoración de la gestión de calidad, que “las mejores prácticas gestoras están asociadas con mejores resultados” (2012: 167)<sup>16</sup>. Cambiar, o/y replantear algunos conceptos con mayor conectividad entre todos los grupos de interés puede significar también un cambio en las relaciones humanas y sus conductas, cara a su entorno y la sociedad en su conjunto.

---

<sup>16</sup> Además, describen que la mejora de resultados también implica mejores resultados financieros, menor mortalidad tras infarto agudo de miocardio, mayor satisfacción del personal y puntuaciones más altas por parte de la agencia supervisora de la calidad (2012: 167).

Por todo ello, el análisis de los conceptos relacionados con la confianza y espacios comunicativos de los principales grupos de interés de una institución sanitaria pretende enriquecerse con las aportaciones de la sociología, sobre todo de la fenomenológica. En este sentido, es conveniente recordar una de las propias premisas de la sociología fenomenológica. Este enfoque recalca que, para que la comunicación sea posible, no es sólo necesario que los sujetos compartan un mundo, sino que tienen que ser capaces de comprender este mundo de una forma similar a como el otro lo comprende. Es importante resaltar que sólo se puede considerar “comunicativa” una acción que intenta transmitir un determinado significado. En línea con ello, el análisis del concepto de la confianza en base a un diálogo fluido y eficaz tiene que implicar comprensión de la realidad de la institución sanitaria y de sus agentes (Torres y Piñeiro, 2005: 26 y 27).

Muchas se centran en la documentación y en las certificaciones, pero obvian, a veces, la aplicación del conocimiento de realidades detectadas a las operaciones. El informe “Análisis y Mejora de procesos hospitalarios” apunta que “uno de los factores críticos para el éxito de la transformación organizativa es que durante todo el trayecto exista una constante comunicación con todos los colectivos implicados” (AMPHOS, 2013: 61)<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> La misma fuente, además, destaca que la cultura de innovación, la implicación de colectivos e interés de los clínicos son las barreras más relacionadas con la comunicación.

---

Con todo lo anteriormente expuesto, el presente estudio pretende analizar el concepto de la confianza desde un punto de vista de la operativa de una institución sanitaria y de sus principales grupos de interés. Partimos de la base que no hay ningún consenso entre los científicos, lo que es la confianza y cómo debe medirse (Siegrist, 2001, 2009). Entendemos que, creando vínculos más estrechos con los grupos de referencia vía un diálogo fluido, eficaz y transparente, se puede mejorar la confianza entre los grupos de interés. Si bien es cierto que hay que considerar que los intereses legítimos de los grupos de interés tienen un valor intrínseco, las instituciones sanitarias deben dialogar con ellos de forma continua para entender y saber responder a sus demandas.

Se quiere demostrar la importancia del concepto de la confianza, la necesidad de la implicación de todos y el contacto cotidiano con la realidad, para evitar el “sesgo del experto”, que, a veces, tiende a evaluar la realidad de forma diferente. En definitiva, se trata de abrir nuevos horizontes. Cada vez son más gestores y expertos sanitarios que consideran que los demás grupos de interés de una institución sanitaria, incluso la propia sociedad, debería participar y ayudar en la toma de decisiones sobre las necesidades de los pacientes del Área Sanitaria (Caramés, 2014; Informe Amphos, IESE, 2013).

Se espera indicar mejoras que se centren en la macro-gestión, es decir, a nivel estratégico; en la meso-gestión, es decir, a nivel operacional; y, especialmente, a nivel de la micro-gestión a nivel clínico en el día a día, comprometiendo a todo y a todos en la generación de la confianza.

## 2.- Justificación

---

Las hipótesis planteadas, problema y argumentación que se quiere responder, estudiar o analizar parte de un enfoque multidisciplinar y de la propia experiencia laboral de la doctoranda. Se pretende hacer un análisis social para demostrar que la generación de confianza en una institución sanitaria requiere de un planteamiento integral del sistema de comunicación. El espacio comunicativo que facilita un diálogo fluido, eficaz y transparente no puede limitarse al paciente y al profesional, sino debe tratar de integrar a todos los grupos de interés que están relacionados con la institución sanitaria. Algunos, como p.ej. los familiares, resultan ser tan decisivos en la percepción del servicio recibido como el propio paciente (sobre todo en el caso de los mayores y de los enfermos crónicos, que corresponde al porcentaje más elevado del total de las estancias en una institución sanitaria).

Las reflexiones finales se centran en el hecho que el proceso de la acción comunicativa proyecta las subjetividades y modelos del mundo de los sujetos que interactúan desde sus lugares de construcción de sentido y son la esencia de todo servicio (sanitario).

### **3.- Marco teórico**

#### **3.1.- Análisis sociológico del sector sanitario**

##### **3.1.1.- Definición y conceptos básicos**

La sociología, como ciencia “multiparadigmática”, engloba, sobre todo, tres paradigmas fundamentales: los hechos sociales, la conducta social y la definición social (Ritzer, 1980).

Según Weber, una cuestión sociológica se da cuando un individuo, o varios, se interrelaciona con otras personas. Ninguna persona u organización, ni siquiera un solo segmento de la sociedad global, puede por sí sólo identificar e implementar las soluciones a cualquier tipo de problemática.

Si consideramos que el campo de la sociología estudia el desarrollo de los fenómenos, de la sociedad humana y su interacción, basado en normas y leyes del desarrollo social, la aplicación y utilidad para el sector sanitario es obvio. La perspectiva sociológica permite poner en evidencia las causas y los efectos colectivos sobre la problemática actual en torno al sector sanitario.

En relación directa con el trabajo de investigación, la sociología distingue dos niveles de expresión en la descripción; las expresiones que trata como datos y las expresiones que le sirven para explicar, analizar, comentar esos datos y generalizarlos al mundo social (Giddens, 1990; Garfinkel, 1967). Ambos niveles son imprescindibles tanto para el propio marco teórico como para la parte de la investigación del apartado 4.

El interés por la sociología de la salud nace por la necesidad de conceptualizar y sistematizar los condicionantes y fenómenos que surgen en la sociedad relacionados con la salud. De hecho, desde hace años se relaciona el problema de la desigualdad de los niveles de salud de la población, la *desigualdad sanitaria*, con la *desigualdad social*. Ambos procesos están íntimamente relacionados, y es la Sociología de la Medicina la que se encarga de analizar sus interrelaciones (De Miguel, 1980).

El propio concepto de la *sociología de la salud* se define como “la investigación y el análisis del ámbito médico desde una perspectiva sociológica” (Cockerham, 2011). Se refiere al estudio de las causas sociales y las consecuencias de la salud y la enfermedad. Recoge las perspectivas sociológicas, las teorías y métodos para su posterior aplicación al sector sanitario (Abel, Cockerham & Rütten, 1997). Al estudio de relaciones de roles, sistemas de valores y estructuras organizativas se introducen nuevos factores como la estructura familiar, los hábitos de vida y el propio entorno de los pacientes (CIS, 1997).

Esta reconceptualización de la sociología hacia el campo de la salud también se debe, en gran parte, al sociólogo americano Talcott Parsons, que relaciona en sus obras los sistemas sociales con los sistemas personales y culturales, haciendo especial referencia al concepto de la enfermedad (1951). Parsons enlaza la medicina directamente con la sociología, planteando un modelo “ideal” de la sociedad en caso de enfermedad. Describe un conjunto de expectativas de los enfermos y su entorno, planteando el estado de la enfermedad como un desequilibrio que lleva implícito un enfoque motivacional hacia un restablecimiento de la salud (como estado “normal” y deseable).

---



Max Weber refuerza la importancia de la sociología en el ámbito sanitario cuando afirma que cuando un individuo o varios en sus acciones dice y actúa con relación a otras personas se plantea un enfoque sociológico (lo que es, al fin y al cabo, la esencia de todo servicio).

En este contexto deben mencionarse también las aportaciones de Robert Strauss que diferencia claramente dos ramas: *la sociología EN la medicina* y *la sociología DE la medicina*. (1957)<sup>18</sup>. El primer concepto implica para él una relación directa entre médico-paciente y una aplicabilidad inmediata en cuanto a la búsqueda de una solución a un problema planteado. Se caracteriza por una investigación aplicada siendo la motivación principal un problema médico más que sociológico (Cockerham, 2001). En cambio, el enfoque de la sociología DE la medicina está más relacionado con cuestiones organizacionales, de valores, roles y procesos sociales relacionados con el ámbito sanitario. Se puede describir como una investigación y análisis del ámbito sanitario/médico desde una perspectiva sociológica. Actualmente los límites entre ambos conceptos no están tan claros, y ambas ramas coinciden en la búsqueda de la utilidad y aplicabilidad. La aplicación práctica no debería verse como frente a la teoría. En cambio, la teoría y las aportaciones de los expertos, podría suponer una base y un enriquecimiento para la práctica.

La sociología de la salud pretende ser aplicable directamente a la resolución de un problema que esté relacionado con la salud y los grupos que afecta. En la

---

<sup>18</sup> Aunque, aparentemente, puedan parecer cuestiones y planteamientos poco actuales, no hay que confundir lo antiguo con lo anticuado.

sociedad actual las interrelaciones sociales no se limitan a la relación médico-paciente, sino que cada vez requieren más importancia otros grupos de interés que están directamente relacionados con el servicio sanitario. Especial mención se merecen los familiares y el entorno directo de los pacientes, pero también los medios de comunicación, aseguradoras, asociaciones de pacientes, empresas farmacéuticas y la sociedad en su conjunto. En este sentido, la sociología de la salud puede detectar, incluso, una nueva problemática social.

Según Weber, uno de los máximos fundadores de la sociología contemporánea comprensiva, un grupo de personas actúa de la misma manera cuando persiguen un objetivo similar (Vieyra Bahena, 2015). Si bien es cierto que los criterios personales de prestigio varían en función de una zona a otra. También se pone de manifiesto que las personas se relacionan y se agrupan según su papel o rol que desempeñan en la sociedad.

En este contexto sí que existen múltiples investigaciones y estudios referentes a la comunicación entre médico y paciente. La socióloga Fiona Stevenson afirma que el estudio de las tensiones y conflictos entre médico y paciente es un tema central de la sociología de la salud desde los últimos 50 años (2006: 224-243). De ellos ha surgido el interés por los conceptos teóricos de confianza, el empoderamiento del paciente y de la orientación hacia el paciente.

En líneas generales y resumiendo todo lo anteriormente expuesto, la sociología de la salud se refiere a las conductas sociales, los propios modelos sociales de los servicios de salud y la asistencia sanitaria, así como su interrelación con otros sistemas. La interacción social determina formas de comportamiento, de

relaciones sociales entre los individuos, éstos y los grupos, las instituciones y la propia comunidad donde interactúan. En una organización sanitaria, y en la sociedad en sí, los individuos participan en grupos sociales y se mantienen en constante interacción social. Las experiencias y las interacciones entre los individuos y/o grupos de referencia pueden facilitar un cambio de conducta por nuevas actitudes ante normas que hacen variar los valores y las creencias. En este sentido, esta especialidad de la sociología ayuda a identificar identidades sociales para poder dar respuesta a unos requerimientos por parte de la sociedad cada vez más exigentes. Puede tener, incluso, una relación social anticipada, preparando la sociedad y sus integrantes a una situación futura, a un cambio de modelo con diferentes patrones de comportamientos. Mejoran, a su vez, las posibilidades de prevención y mantenimiento de la salud.

Actualmente, la sociología de la salud, o sociología de la medicina, representa el grupo de especialistas dentro de la ciencia de la sociología más grande del mundo. En líneas generales, se identifican dos escuelas teóricas de la sociología de la salud: la de Chicago de Garfinkel, Strauss, Goffman, Becker y la Escuela del Funcionalismo de Parsons, Merton y Durkheim (como sus máximos representantes).

Estados Unidos es, sin duda, el gran referente en cuanto a la sociología de la salud (según las estadísticas, 1,4 sociólogos de cada diez son sociólogos de la salud, con tendencia a crecer). Si bien es cierto que ello no significa que la

población estadounidense tenga los niveles más altos de confianza en el sector sanitario.<sup>19</sup>

No cabe duda de que en los estudios de la sociología de la salud ha habido una gran diferencia entre los estudios y bases teóricas de la sociología de la salud europea y americana. Parsons es el gran representante americano que defiende sobre todo unos términos individuales. En cambio, las investigaciones y estudios europeos se centran más en el ámbito colectivo. Si bien es cierto que la mayoría de los países europeos, como p.ej. Alemania, han tenido una fuerte influencia de la sociología médica americana (Wolf y Wendt, 2006).

Cada vez más países europeos, como p.ej. Alemania, manifiestan su interés por este campo de la sociología, incluso con cátedras propias en universidades de prestigio.<sup>20</sup> Además, cuentan con distintos institutos de sociología médica, dependientes directamente de los hospitales universitarios.

Desde un punto de vista más institucional deben mencionarse también las aportaciones científicas de las asociaciones internacionales, europeas y naciones en esta disciplina. Destacan especialmente:

- *European society for Health and Medical sociology*

---

<sup>19</sup> El Prof. Navarro afirma que “uno de los sistemas sanitarios más ineficientes es el estadounidense, donde la mayoría de la financiación es privada. Es el sistema más caro del mundo, representa ni más ni menos que el 16,7% del PIB norteamericano, y en cambio el 68% de la población está enormemente insatisfecha.” publicado en la columna “Pensamiento Crítico” en el diario PÚBLICO, 28 de diciembre de 2012)

<sup>20</sup> Sirva de referencia que actualmente las universidades alemanas de Berlín, Colonia, Bamberg, Coblenza, Bielefeld, y Friburgo cuentan con cátedras propias de sociología de medicina (“Medizinische Soziologie”). Algunos profesores, como. el sociólogo Johannes Siegrist, son un gran referente en este campo.

- *American Society of Health and Medical sociology* (especialmente la Universidad de Kentucky y de Miami por sus aportaciones científicas al campo de la sociología de la salud)
- *Asociación de sociólogos de la medicina de Latinoamérica*
- *Japanese Society of Health and Medical sociology*

La evolución de la sociología de la salud ha tenido una repercusión positiva con respecto a la propia gestión sanitaria y la calidad de ésta. En Alemania, concretamente, el desarrollo de procedimientos de gestión de calidad ha estado estrechamente vinculado con las reformas de la atención de la salud. Se ha avanzado considerablemente, aunque ello haya requerido un compromiso a largo plazo en el desarrollo de métodos, instrumentos y procedimientos de comunicación. El proyecto que más destaca en la actualidad es el desarrollo de un sistema de gestión de calidad comparativo integral para hospitales a nivel nacional, incluidos los informes públicos (Gerlinger, 2006). Para prevenir información asimétrica, generar inteligencia social y confianza en la sociedad, todos los informes de calidad ("*Qualitätsbericht*") se publican por internet en forma de un diálogo estructurado<sup>21</sup>.

En España, el concepto de la sociología de la salud es menos conocido y desarrollado que en otros países. Importante son las publicaciones e informes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad cuya misión es "asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud" (MSCBS). Su Plan de Sistema Nacional de Salud (SNS) del 2012 hace especial mención a muchas cuestiones sociológicas como, p.ej. estilos de vida (p.32) y satisfacción

---

<sup>21</sup> En el apartado 3.1.3.3. se tratará con más detalle.

con el sistema sanitario (p.44). Se complementan con la información estadística, recopilada por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, dependiente de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ofrecen una visión de la realidad del sector sanitario español y reflejan su configuración actual. Relevantes son también los Barómetros Sanitarios que realiza anualmente el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) para el Ministerio de Sanidad de España. Aportan información relevante sobre las opiniones de los españoles respecto al sistema sanitario, con especial interés en el sistema público y su evolución.

En definitiva, las aportaciones de la sociología de la salud pueden ayudar a reducir al máximo la sensación de riesgo e incertidumbre que el paciente y su entorno percibe. A su vez, facilitan herramientas para desarrollar un diálogo estructurado que permite ampliar el espacio comunicativo y puede aumentar el nivel de confianza en la institución sanitaria.

#### **3.1.2.- El concepto de la salud**

Hay que resaltar que la salud no sólo se debe plantear como un fenómeno somático (biológico) y psicológico, sino también se presenta desde un punto de vista social. Buena prueba de ello es la propia definición de la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad”. La salud es el equilibrio que existe entre el individuo y su entorno, de forma que cuando éste se altera o se rompe dicho equilibrio se convierte en la enfermedad. Hay que tener presente que los

conceptos relacionados con la salud significan visiones de la propia vida, actuaciones y planificaciones diferentes (Sánchez-González, 1998).

Ya Paul Tournier descubre el valor transformativo de las experiencias críticas interpersonales y la necesidad de conocer y atender a la totalidad de la persona, considerando no solo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos, sociales y espirituales de la salud (Mezzich, Snaedal, van & Heath, 2009; Tournier, 1940).

Para Parsons el concepto de la salud supone un estado de rendimiento óptimo de un individuo que conlleva un desempeño eficaz de sus funciones y sus tareas. Los conceptos clásicos de Talcott Parsons, sus conceptos de rol del enfermo (*sick role*) al sistema de salud (*health system*), plantean incluso que la salud debería ser un “medio generalizado de comunicación y de intercambio, entre individuos sistemas y ambiente” (1978). Si bien es cierto que, como máximo representante de la sociología funcionalista, dentro del campo de la medicina, no contempla la retroalimentación, en cambio considera que la integración social puede ser reconducida a la integración sistémica.

Los defensores anti funcionales, como Carlson, Navarro, Illich y otros consideran que el concepto de la salud está íntimamente relacionado con el individuo que debe ser responsable de sus relaciones con el entorno. Los teóricos indican que la persona debe reaprender sus interacciones y ampliando sus consciencias, incluso autoconsciencias.

Los sociólogos Unsicker y Schmidt (2003) recalcan que la enfermedad es más que un concepto de desviación de un equilibrio fisiológico y una variable de

control. Entienden que esta situación es difícil de evaluar debido a que algunas variables de control fisiológicos tienen una considerable dispersión. Evidencian la dificultad de determinar objetivamente donde termina la salud y donde comienza la enfermedad. De hecho, una persona puede presentar síntomas de enfermedad, debido más a un mal estado anímico que a otras cuestiones físicas y sentir y experimentar una incapacidad para la actividad profesional.

En esta línea, Hinshaw y Grady resaltan en sus estudios que los individuos cambian sus ideas y necesidades también por las personas de su entorno (2010). Las dos autoras consideran la salud como un valor social que se desarrolla en tres fases. La primera fase comprende la transición de las expectativas del rol anterior a las expectativas de grupo. La segunda fase hace referencia a la conexión con otras personas relevantes que tiene un alto nivel de masa crítica. Por último, la tercera fase corresponde a la concienciación, donde se asumen realmente los valores y criterios del nuevo rol.

A pesar de todas estas diferentes perspectivas del concepto de la salud, la Organización Mundial de Salud (OMS) recalca que hay un consenso universal sobre su esencia básica. En la Constitución de la OMS se considera que “el goce máximo de salud que se pueda lograr es un derecho fundamental de todo ser humano”, enfatizando que la mejora de la salud y el bien de personas constituyen el objetivo fundamental del desarrollo social y económico. Asimismo, la OMS indica que debe ser apolítico, aplicable a todos los grupos sociales y a todos los tiempos y periodos. Si bien es cierto que un número importante de representantes de la sociología de la salud consideran que el sector sanitario está altamente condicionado por cuestiones políticas y sociales. En definitiva, el

---



concepto de salud es dinámico y está siempre limitado por el marco social en el que actúan los individuos (San Martín, 1981).

Si bien es cierto que los conceptos de salud, bienestar, enfermedad, prevención, etc., adquieren su significado en el momento en el que se pueden contextualizar y dependen en gran medida del entorno y de las circunstancias sociológicas. De hecho, el contexto sociológico del concepto de la “salud” está configurado por la sociedad como un conjunto y persigue la comprensión y la actuación por parte de ella. Gavidia y Talavera suscriben que la salud es una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales y se buscan las condiciones necesarias para ello (2012: 163). El concepto de la salud está íntimamente conectado con una relación interpersonal que abarca no sólo la médico-paciente, enfermera-paciente, sino también personal no sanitario en relación con el paciente; en general es gran parte del éxito en la atención de salud, lo que perciba el paciente y su entorno familiar, en cuanto a buen trato, interés, información, consentimiento compartido, sin dejar de lado lo inherente a estructura y recursos (Torres y Piñeiro, 2005: 28). Como mencionamos anteriormente, la salud realmente es el equilibrio que existe entre el individuo y su entorno, de forma que cuando éste se altera o se rompe dicho equilibrio se convierte en la enfermedad.

En este sentido, el concepto “salud” y la “enfermedad” son fenómenos que se pueden definir en, al menos, tres sistemas de referencia diferentes:

- 1) El sistema de referencia de la propia persona interesada.
- 2) El sistema de referencia de la medicina.
- 3) El sistema de referencia de la sociedad.

Todo lo que se deriva de éstos y los propios servicios sanitarios y las instituciones correspondientes están condicionados directamente por el entorno social, sus valores, creencias, desarrollo y circunstancias. Se evidencia una influencia directa en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud y enfermedad: "(...)entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión de la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica y el inicio y mantenimiento de los cambios conductuales necesarios para prevenir enfermedades o complicaciones." (Almagiá, 2014: 238).

Actualmente destaca principalmente la perspectiva *biopsicosocial* de la salud, es decir, la disponibilidad de relaciones sociales cercanas como recurso básico para afrontar los problemas de salud. Es un hecho que el apoyo social puede afectar el funcionamiento fisiológico y el concepto de la salud en su conjunto (Almagiá, 2014). El apoyo social, brindado por la red social del paciente y el personal sanitario, se convierte, cada vez más, en un factor estratégico que requiere mayor profundización (Barra, 2003). Autores como Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser están centrando parte importante de sus estudios en la relación directa entre apoyo social de los grupos de referencia de los pacientes y su bienestar psicológico y su salud física. Se evidencia nuevamente que los individuos, y la sociedad en su conjunto, responden a la problemática de la salud en función de sus factores culturales, sociales y valores. Muchos autores afirman que el insuficiente apoyo social puede considerarse como un factor de riesgo en cuanto a la morbilidad y la mortalidad al menos comparable a factores tan bien establecidos como el tabaquismo, la hipertensión, el hipercolesterolemia, la

---

obesidad y la escasa actividad física (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002).

La complejidad de estas relaciones sociales y las propias expectativas, ya no sólo de los pacientes, sino de la sociedad en su conjunto, no solo condicionan directamente la percepción de la salud de una persona, sino también la confianza que deposita en una institución sanitaria. La percepción, es decir, “la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos” (RAE) puede variar la observación que, a su vez, condiciona el factor de la confianza. Se llega a la conclusión que la necesidad, la satisfacción y la confianza están directamente relacionadas con las experiencias vividas de cada paciente y con las interrelaciones con sus grupos de referencia. “Y cuando más complejo es un grupo social, más diversificados son sus necesidades y el consiguiente proceso de satisfacción” (García, 1997: 9).

Cabe añadir que el concepto de salud y la forma de entender la salud y de afrontar la enfermedad difiere de un país a otro. Es específico en cada uno de ellos y a menudo, incluso, de cada territorio (García, 1997). En cada país, ya sea desarrollado o en vías de desarrollo, se establece un sistema de salud acorde a sus condiciones de vida, volumen poblacional y, en especial, a sus recursos económicos y de investigación (Cepeda y Piñero, L., 2005). Es evidente que también la cultura, los valores, la formación y la forma de comunicarse influyen directamente en la percepción de la enfermedad, del estado de salud, e incluso, del propio concepto de la salud. Es más, Álvarez y Ruiz evidencian en un estudio comparativo de los barómetros sanitarios de España de 1995 hasta 2004 que también el sexo influye claramente en el concepto de la salud. Las mujeres tienen

otra relación con el concepto de la salud. Su percepción es significativamente mejor que la de los hombres. El nivel formativo y el nivel de renta es otro elemento importante a la hora de la percepción del estado de salud.

Todo ello tiene una transcendencia en cuanto a la percepción del propio servicio sanitario y la generación de confianza hacia una institución sanitaria pública. A su vez, a veces condiciona y limita el espacio comunicativo existente a un grupo más reducido. Es decir, el resultado final resulta ser solo una parte de la opinión del conjunto de ciudadanos.

Según el último informe ejecutivo publicado del MSCBS (2018), en España el 74,0% de la población valora su estado de salud como bueno o muy bueno. Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres: el 77,8% y el 70,4% respectivamente. La misma fuente apunta que la percepción de un estado de salud positivo disminuye con la edad y con la clase social (determinantes sociales). Así en el grupo de 65 y más años, el 52,3% de los hombres y el 40,0% de las mujeres perciben su estado de salud como positivo, en la población de 85 y más años estos valores son 34,5% en los hombres y el 31,4% en las mujeres. El porcentaje de población de clase social baja es del 46,9% con diferencias entre hombres 45,7% y mujeres 48,2%. En el periodo 2003-2017 ha disminuido 9,2 puntos porcentuales.

#### **3.1.2.1.- Situación histórica y situación actual**

Ya Hipócrates (400 a.C.) relaciona el bienestar humano con estilos de vida y cuestiones medioambientales. La salud siempre ha sido un recurso para la vida diaria. Es decir, se trata de un concepto que acentúa los recursos personales,

---

sociales y físicas. La ausencia de salud supone estar en un estado de enfermedad. En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo período de tiempo, el pensamiento primitivo, centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino. Las civilizaciones egipcia y mesopotámica iniciaron el primer importante cambio conceptual, pasando a un desarrollo de la higiene personal y pública.

En cuanto a la medicina moderna, se debe resaltar, entre otros, al médico alemán Rudolf Virchow (1821-1902) que define a la medicina una ciencia social. En líneas generales, los teóricos consideran que las enfermedades son consideradas después de 1900 como un fenómeno social (Cockerham, 2001).

Sirva de ejemplo el caso del reconocimiento de la enfermedad de la *silicosis* como enfermedad ocupacional. En Inglaterra es considerada enfermedad profesional en los años 20, en cambio, en los Estados Unidos no la consideran como tal hasta finales de los años 40.

En este sentido, la observación de que las condiciones sociales y los factores ambientales tienen una relevancia significativa para el desarrollo de la enfermedad motiva una importante evolución del concepto de la salud. Los nuevos conocimientos que se derivan del estudio y análisis de la sociología de la salud están siendo aplicados en diferentes contextos de la salud y de la política social.

La evolución conceptual más importante tiene lugar en 1946 cuando la OMS define la salud en su Carta Magna como “estado de bienestar físico, psíquico y social”. Esta declaración manifiesta que el derecho al “grado máximo de salud

que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas.

Hoy día, las investigaciones relacionadas con el concepto de la salud se plantean a un nivel micro (percepciones y comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad), meso (su tratamiento social y en relación con las estructuras de las instituciones sanitarias) y macro (principalmente, los sistemas de salud, desigualdades sociales, etc.).

Todo ello ha llevado a la medicina moderna, y sus respectivas instituciones sanitarias, centrarse, cada vez más, en estudiar y analizar las percepciones sobre las pacientes, incluso de su entorno más íntimo. Hoy día, los profesionales (de la medicina y de la sociología) son muy conscientes que los estilos de vida, la estructura familiar, y los hábitos relacionados con la salud en su conjunto tienen una correlación muy directa con la enfermedad, su prevención, su mantenimiento (sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas) y su curación. Las determinantes sociales de la salud, es decir, las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades, son de máxima importancia. Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria y en el estado de salud de la persona. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas (OMS). Según los datos de la OMS, las enfermedades crónicas son, además, las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2019, 41 millones de personas murieron de una enfermedad crónica.

Actualmente, la sociedad y las instituciones sanitarias no solo se enfrentan a unas enfermedades crónicas, producto de estilos de vida, es decir, comportamientos, culturas y nuevos ritmos de vida que ponen en riesgo la salud de la población; sino también a la convivencia con enfermedades que hasta hace poco se creían haber superadas a partir de los avances científicos para su prevención: enfermedades infecciosas. El mejor ejemplo son las enfermedades respiratorias víricas provocadas por los coronavirus.

Es un hecho que muchos sociólogos de la salud insisten, cada vez más, en que el desarrollo de las enfermedades crónicas e infecciosas está relacionado directamente con el contexto económico, político y social de cada país (Frenz, 2012; Navarro, 2009).

En esta línea, hoy día los sociólogos del campo de la salud coinciden en la necesidad de una acción social amplia para asegurar equidad en materia de salud y generar confianza en los responsables sanitarios (Frenz, 2012, 2005). Evidencias e investigaciones subrayan que la percepción de sentirse apreciado por los grupos de referencia, y de poder contar con ellos en momentos difíciles, puede tener importantes implicaciones para el bienestar psicológico, el estado de salud y el afrontamiento de la enfermedad. Este hecho ha potenciado y evolucionado enormemente la importancia de la sociología en el campo de la salud (Barra, 2014).

Por todo ello se evidencia un incremento notable en cuanto a la importancia de los factores sociales y las distintas características. El perfil psicográfico del usuario de una institución sanitaria, es decir, las características y las respuestas

de un individuo ante su medio ambiente, su estilo de vida, su personalidad y sus valores cobran cada vez más importancia. También la comunidad científica del entorno sanitario está dando, cada vez más prioridad al enfoque hacia la persona, bajo el concepto de la medicina personalizada y de precisión. En referencia a ello, se celebraron siete conferencias anuales importantes en Ginebra sobre Medicina Centrada en la Persona en el Hospital Universitario de Ginebra desde en mayo 2008, la última tuvo lugar el día 26 al 30 de abril de 2014. Sobre todo, en la conferencia del 2010, se examinaron especialmente las habilidades básicas de la comunicación clínica en relación con la transparencia, la empatía y el trato personalizado, dimensiones que son inherentes del concepto de la confianza.

El concepto de la salud en los grupos sociales dónde se integra el paciente está directamente relacionada con sus necesidades y requerimientos. Los estilos de vida son determinantes en la salud de las personas, aunque no todo el mundo conoce la relación entre la salud y el entorno que nos rodea, así como la influencia de factores como el género, la edad, el territorio en el que se vive, la educación, el trabajo, la vivienda, el urbanismo, el ocio, etc. (*IV Plan Andaluz de Salud, 2013*).

Otra característica significativa de la situación actual es el hecho que el modelo médico, como el único válido para estudiar los problemas de salud, está cada vez más cuestionado. Si bien es cierto que, desde los inicios de la sociología de la salud, ha habido un especial interés por las relaciones médico-paciente. Ello se debe en gran medida por los propios procesos de socialización y el papel importante que ocupa el facultativo en relación con la enfermedad. Hoy día se

---



persigue que el paciente sea parte activa del proceso sanitario y que el médico sea capaz de establecer una alianza terapéutica y una comunicación fluida fundamental para el éxito de cualquier tratamiento (Álvarez, González et al, 2012: 43). Un resultado satisfactorio requiere de una relación más estrecha entre médico-paciente y su entorno que implica un óptimo nivel de comunicación.

Ya es una evidencia que este apoyo social a través de los grupos de referencia del paciente cumple no solo una función emocional, relacionada con aspectos como el confort, el cuidado y la intimidad, sino también una función informativa y de orientación.

En definitiva, hay que tener presente que la salud se manifiesta a través del propio comportamiento y de sus interrelaciones. Si bien es cierto que importa lo que se capta, no lo que se quiera decir o transmitir. Las personas nunca entienden lo que se dice con total exactitud, y lo importante no es lo que se quiera decir, sino lo que ellas entienden condicionados directamente por su entorno y sus circunstancias (Simon, 1999).

Buena prueba de la evolución del concepto de la salud es la cuarta edición de los estándares *Joint Commission International* que reflejan los cambios dinámicos que se dan en los cuidados a la salud en todo el mundo (2011:4)<sup>22</sup>. Últimamente, y como ya mencionado anteriormente, las propuestas de mejora

---

<sup>22</sup> “Los estándares de *Joint Commission International* son la base de la acreditación y la certificación de organizaciones sanitarias y programas asistenciales en todo el mundo. Además, los estándares de JCI se han utilizado para elaborar y establecer programas de acreditación en muchos países y han sido utilizados por organismos y entidades públicas, ministerios de salud y otros organismos que procuran evaluar y mejorar la seguridad y la calidad de la atención al paciente” (2011, p.4). En la actualidad acredita a más de 20.000 instituciones sanitarias que lo solicitan de forma voluntaria.

girar especialmente en torno a la implicación y participación del paciente en todo el proceso sanitario para poder controlar su propio estado de la salud.

En este sentido, el concepto de la confianza, y su correspondiente análisis cobra especial relevancia. La confianza es una hipótesis sobre la conducta futura de otros. Es una actitud que concierne el futuro, en la medida en que este futuro depende de la acción de otro (Cornu, 1999). Implica un diálogo amplio, estructurado y eficaz con todos los grupos de referencia y es una exigencia que no se puede obviar. Si se tiene en cuenta que la mayoría de los enfermos crónicos tienen *pluripatologías*, un exhaustivo análisis de estos nuevos requerimientos y necesidades en base a una comunicación más efectiva y generadora de confianza, es aún más evidente. Este gran cambio organizativo y cultural no se entiende sin un espacio comunicativo idóneo, ni sin la participación e implicación de los propios pacientes y su entorno. (Riesgo, 2010, Barra, 2014).

Actualmente los expertos de gestión sanitaria resaltan cuatro perspectivas fundamentales relacionadas con el concepto de la salud:

1. las influencias socio-estructurales y culturales sobre la enfermedad y la salud,
2. la acción social relacionada con la salud,
3. el sistema de asistencia sanitaria y políticas de salud y
4. el aseguramiento del sistema de salud y la evaluación por parte de la población (Wendt & Wolf, 2006:9-33).

La influencia de los factores psicosociales en la explicación de la salud dentro de un entorno de referencia es indiscutible (Gil, 2000).

Según el texto elaborado por la OMS, las políticas europeas en materia de salud deben sustentarse sobre tres pilares básicos:

1. La inversión en la mejora de la salud de la población, teniendo en cuenta los cambios que se producen a lo largo del ciclo vital y la promoción de la autonomía;
2. La adaptación de las políticas sanitarias a los cambios demográficos de la población y a los patrones actuales de enfermedad, "especialmente en lo que respecta a la salud mental, enfermedades crónicas y condiciones asociadas al envejecimiento";
3. El fortalecimiento de los sistemas sanitarios, mediante una aproximación centrada en las personas y una adecuada capacidad de respuesta, que garantice una atención de alta calidad y basada en la evidencia.

De esta manera, el texto reconoce la importancia crucial que juega la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables en la población, a través de programas que promuevan la alimentación sana, el ejercicio diario o la reducción del consumo de tabaco y alcohol. (Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2012). Al hilo de ello, el entorno de cada paciente, y su radio de influencia, requiere una máxima atención por parte de las instituciones sanitarias y sus gestores.

Es indudable que el concepto de la salud como parte del estado de bienestar, o más bien como ausencia de una enfermedad y/o discapacidad, está fuertemente influenciada por cuestiones sociales, personales, médicos, etc. Estas cuestiones sociales y psicológicas influyen también en el desarrollo y la intensidad de la propia enfermedad.

#### **3.1.3.- La institución sanitaria**

“Los hospitales son empresas de futuro en las que descansa un gran potencial para el desarrollo económico y social de las sociedades avanzadas basadas en el conocimiento y comprometidas con valores de bienestar social y equidad en el acceso a la salud.” (Monteagudo, GERTECH, 2015).

Consideramos como instituciones sanitarias las diferentes formas de organización que una colectividad adopta para la protección de la salud de sus ciudadanos en un entorno concreto, de acuerdo con los valores y motivaciones de la sociedad en que se desarrolla.

“Son centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria” (MSCBS).

La institución sanitaria constituye uno de los modelos más complejos por su organización, así como más dinámico tanto por la variedad de productos que ofrece, como por la permanente adaptación a la incesante incorporación tecnológica y de conocimientos a que se ve sometida. Se genera una gran cantidad de información, principalmente de tipo administrativa (relacionada con la gestión de dispositivos y recursos del hospital, físicos, humanos y económicos), de tipo médico-administrativa (relacionada con la actividad desarrollada sobre los pacientes atendidos durante su estancia) y de tipo clínica (aquella que hace referencia al estado de salud o de enfermedad del paciente, reflejada en la historia clínica: antecedentes personales y familiares, enfermedad

actual, otras condiciones de salud, así como tratamientos aplicados, pruebas realizadas y resultados de las mismas, entre otros). La estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (ESCRI) constituye la única fuente de datos a nivel nacional sobre recursos, personal, actividad asistencial y actividad económica del sector hospitalario, ya que cubre la totalidad de centros, públicos y privados, del país. Los datos son recogidos anualmente por el Ministerio de Sanidad. Su objetivo último es mejorar la salud de la población a la que presta servicio y para ello es imprescindible conocer las características de esta, los motivos por los que acude y el proceso de atención que se le presta.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España constituye el marco de garantías generales para la protección de la salud de los ciudadanos. En 2019, 468 instituciones sanitarias conforman la red de hospitales públicos del SNS, que contabilizan 112.000 camas, 19.000 puestos de hospital de día y 279 centros, servicios y unidades de referencia. Durante el año 2019 se han producido 44 millones de hospitalizaciones con una estancia media global de 7,8 días. La valoración de los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud por parte de la ciudadanía en cuanto a ingreso y asistencia en hospitales públicos ha sido un 7,0 sobre 10,0.

A grosso modo se puede afirmar que, en España, aproximadamente el 45% de los hospitales pertenecen al SNS. El resto son de titularidad privada, aunque con frecuencia se vinculan a la red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio y reciben financiación pública por su actividad, de tal forma que cerca del 40% de las altas de hospitales privados en España están

financiadas con cargo al presupuesto del SNS. La tendencia de los últimos años sigue siendo la misma; el demandante opta por la sanidad pública por la confianza en la calidad de servicios y sus medios, en cambio opta por la sanidad privada por el confort de sus instalaciones (CIS). Los hospitales españoles ocupan una de las mejores posiciones europeas en cuanto a eficiencia, esperanza de vida y costes según la agencia internacional de noticias Bloomberg.

El marco legal de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, contempla que la Atención Especializada no se limita sólo al ámbito de la hospitalización en régimen de internamiento, sino que también comprende la actividad en consultas y hospitales de día médicos y quirúrgicos, la hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos y la salud mental.

La finalidad principal de toda institución sanitaria es el diagnóstico y/o tratamiento de los enfermos ingresados en la misma, así como la atención a pacientes de forma ambulatoria: “El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia” (La Ley General de Sanidad, Art. 65.2). Tiene que coordinar y organizar las distintas funciones relacionadas con la asistencia sanitaria siendo la función médica, la asistencial y la administrativa sus facetas básicas.

En España, los Hospitales Universitarios, Regionales, de Especialidades, Comarcales, Hospitales de Alta Resolución, Ligeros, Consorciados, Fundaciones Hospitalarias, etc., están organizados a través de una organización

territorial del Estado, con 17 Comunidades Autónomas. El fraccionamiento y opacidad de los sistemas de información y comunicación a nivel de Comunidad Autónoma supone una gran limitación para analizar su eficiencia organizativa. En general, todas las Comunidades Autónomas han desarrollado cuadros de mando a partir de sistemas de información de costes, actividad y algunas medidas de calidad. A pesar de ello, y con independencia del desigual desarrollo de estas experiencias, uno de los principales problemas es precisamente esta diversidad y fraccionamiento, que dificulta la obtención de un sistema adecuado y uniforme de indicadores que permitan evaluar la eficiencia de las instituciones sanitarias del SNS (Martín y Puerto, 2007: 148-150)<sup>23</sup>.

La finalidad u objetivo de cada hospital es aquella actividad asistencial a la que prioritariamente dedica la mayor parte de su actividad y recursos y a la que destinen más del 65% de las camas en funcionamiento (MSSSI, SIAE, 2013, estadísticas de centros sanitarios especializados:167).

Se clasifican en:

- Hospitales generales
- Hospitales especializados
- Hospitales de media y larga estancia
- Hospitales de Salud Mental y Toxicomanías

---

<sup>23</sup> El informe del 2013 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad indica que aprox. la mitad (44,9 %) del gasto público del sector se reparte en tres únicas comunidades: Cataluña (9.265), Andalucía (8.812) y Madrid (7.403) son las que más dinero invierten. En el extremo opuesto se sitúan La Rioja, Cantabria y la Comunidad Foral de Navarra, cosechando en conjunto un total de 2.108 millones de euros (en valores brutos) con respecto a un total de 56.746 millones de euros. En términos porcentuales sobre el PIB, Extremadura lidera la lista, con un 9,1 %. Le sigue Murcia (7,8 %) y Asturias (7,1 %). Más de tres puntos por debajo se encuentra la Comunidad de Madrid que, con un 3,8 %, es la última de la lista. Cataluña cuenta con un escaso 4,7 % y las Islas Baleares un 4,9%.

- Otros Centros con internamiento.

Todos ellos se caracterizan por un alto dinamismo e incertidumbre, lo cual exige arquitecturas organizativas flexibles que permitan modular y gestionar los procesos esenciales de su cadena de valor. Es una evidencia que se ha hecho especialmente visible durante la pandemia de la Covid-19. El principal problema en los hospitales se plantea en los servicios de urgencias y en el número de camas de urgencias (UCI) disponibles para los enfermos graves afectados por el coronavirus. La Covid-19 ha supuesto una importante presión sobre la atención hospitalaria, ya que un porcentaje elevado de las camas disponibles para UCI están ocupadas por pacientes de COVID-19. Además, muchos hospitales se ven obligados a obligará a suspender cirugías programadas e, incluso, a prescindir de los ingresos de patologías menos graves.

Todo ello ha causado un problema con repercusión distinta en cuanto al grupo de pacientes se refiere. En referencia con ello, es necesario reflexionar sobre que la pertenencia a un grupo interés suele atribuirse a un intercambio de beneficios, no solo a su pertenecía natural. Es decir, formar parte de un grupo de interés también implica recibir beneficios en función de unas necesidades específicas. Por ejemplo, un familiar de un paciente de una de las enfermedades consideradas “raras”, suele manifestar un mayor interés hacia la investigación científica que un familiar de un paciente de una enfermedad común. Ello conlleva que el poder y exigencia que pueda ejercer un grupo de interés sobre una institución sanitaria en un momento dado también está relacionado directamente



con su interés y el beneficio personal que pueda obtener a cambio<sup>24</sup>. De esta forma condiciona también directamente la generación de confianza cara a la institución sanitaria.

La confianza resulta necesaria cuando existe la incertidumbre y un cierto nivel de riesgo (Jones 1998). Ello resulta especialmente importante en el caso de las instituciones sanitarias en la que el paciente deposita su confianza en los en una situación de máxima vulnerabilidad y, por tanto, donde la ecuación entre la incertidumbre y el nivel de riesgo asumido alcanza, en ocasiones, su máximo exponente (Jaraíz, 2009).

### **3.1.3.1.- Historia, Presente y Futuro**

Las instituciones sanitarias han pasado por centros que atendieron en su pasado sobre todo personas con pocos recursos por organizaciones que atienden actualmente a demandantes de los servicios sociales de todas las clases sociales.

La primera institución sanitaria de la que se tiene noticia, ya como centro organizado para la asistencia integral de los pacientes, fue en la antigua Grecia. Desde entonces y en relación con los determinantes humanos, conocimientos, creencias, demandas y necesidades sociales, hemos pasado por muy diversas formas de organización sanitaria.

---

<sup>24</sup> Si se considera que la respuesta (*output*) va en función de la demanda (*input*), se justifica, ya por sí solo, una búsqueda de consenso.

En el pasado, las instituciones sanitarias han podido desarrollar sus respectivas actividades en un entorno estable y no competitivo, en diferencia a otras empresas de servicios en un entorno mucho más competitivo. Una regulación relativamente constante evitaba una guerra de precios que es significativo en otras organizaciones. Sin embargo, la tendencia actual en el ámbito sanitario está marcada por iniciativas descentralizadoras y de autonomía de gestión, y todo ello exige tener nuevas capacidades y modelos para obtener un máximo rendimiento de la organización y conseguir una máxima satisfacción por parte de sus grupos de interés. Destaca, cada vez más, la importancia de los activos intangibles para conseguirlo.

Es un hecho que en las últimas décadas el sistema organizativo de las instituciones sanitarias ha experimentado importantes cambios. La llegada de las Ciudades Sanitarias supone un importante paso en la atención sanitaria en los años 60. Un incremento demográfico acusado y fuerte éxodo rural hacia las capitales a lo largo de las últimas décadas conduce a la evolución de los hospitales hacia macro complejos hospitalarios, una especie de ciudades sanitarias que cuentan con todas las especialidades y técnicas más innovadoras. Desde comienzos de los años 90, y concretamente en España, la organización de la asistencia especializada pública tradicionalmente estructurada en dos niveles (hospital y ambulatorios) dio paso a una nueva forma de organización, procediendo a la unificación e integración funcional del hospital y de los centros de especialidades en un único nivel de asistencia especializada, de forma que los recursos humanos y materiales fueran comunes para los diferentes centros de asistencia especializada y, en algunos casos de atención primaria del Área

---

Sanitaria (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, MSSSI, 2013). Hoy vuelven a tener cabida las ciudades sanitarias, pero con otros conceptos de organización asistencial y resolución de las demandas sociales. En los últimos años, además, muchas de las antiguas ciudades sanitarias se han transformado en instituciones sanitarias integradas y mejor adaptados a las necesidades asistenciales actuales.

En gran parte, estas transformaciones han tenido su origen en los propios cambios de la sociedad (García, 1997). Las nuevas expectativas de los ciudadanos van unidas a importantes cambios demográficos y a una mayor esperanza de vida que se asocia a nuevos patrones de enfermedad (pacientes pluripatológicos, cronificación de las enfermedades, pacientes oncológico-paliativos y trastornos alimenticios). Hoy forman parte de un sistema sanitario cambiante en el que el desarrollo acelerado de las nuevas tecnologías genera nuevas oportunidades, y donde existe una demanda sofisticada que exige mejoras constantes en todos los sentidos (técnicos, organizativos y humanos). Si bien es cierto que actualmente se sigue apostando más por iniciativas innovadoras en lo relativo a la investigación clínica y biomédica, no siempre se apuesta por aspectos organizativos y de gestión. Esto no resta importancia a los cambios producidos por la tecnificación de la medicina que, también, han tenido una importante repercusión en las relaciones entre el paciente y el personal sanitario.

Sin embargo, los expertos de la gestión sanitaria afirman que “el know-how organizacional de una institución sanitaria necesita mucho más desarrollo”. (Higuera, 2015: 16). Dicen los expertos que la institución sanitaria del futuro se

ocupará fundamentalmente de los pacientes agudos. Ello exigirá potenciar al máximo su capacidad de detección de necesidades y de resolución. En consecuencia, los departamentos de comunicación reforzarán su protagonismo, estando muy al tanto de los pacientes y de su entorno (GERTECH, 2015).

Concretamente en España, el concepto tradicional de institución sanitaria ha cambiado por las nuevas formas de organización de la asistencia sanitaria especializada que tienen su fundamento en la Ley General de Sanidad (Ministerio Español de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Independientemente de ello, los expertos de la gestión sanitaria coinciden que en España es necesario potenciar un sistema de información y comunicación integrado a nivel del Estado, que supere las evidentes limitaciones del actual fraccionamiento a nivel regional, y permita comparar simultáneamente de forma homogénea el conjunto de organizaciones sanitarias, facilitando un dialogo más eficaz. (Martín y Puerto, 2007).

Además, y a raíz de las recientes investigaciones, los aspectos bioéticos del cuidado, la continuidad asistencial y la gestión eficiente de los recursos son una preocupación cotidiana de la institución sanitaria hoy en día. También es una tendencia evidente de la institución sanitaria toda la temática de la responsabilidad social. La “Responsabilidad Social Sociosanitaria” está centrada en el paciente/ciudadano para responder a la creciente inquietud y la permanente expectativa de éstos en relación a la salud y los servicios sanitarios y será abordado en el apartado 3.2.2.5.

Es una evidencia que el presente y el futuro se verá condicionado directamente por las expectativas de la sociedad que han variado sustancialmente que requieren una reorganización cultural, funcional y estructural de la propia institución sanitaria, teniendo en cuenta más detenidamente a sus grupos de interés (Ugarte, 2012). Así lo refleja el estudio “Actitudes de la población ante el sector sanitario” del Centro de Investigaciones Sociológicas/CIS (1997: 53). El informe recalca que actualmente los pacientes tienden a pasar el menor tiempo posible en la institución sanitaria, hecho que, sin duda, condiciona enormemente el espacio comunicativo. Por ello, las instituciones u organizaciones que funcionan como proveedoras de salud (tanto los directivos, la administración, los profesionales médicos y las empresas que ofrecen contenidos y otros), deben estar en constante búsqueda de nuevos métodos organizativos para lograr una mejor calidad en la atención sanitaria. (Massip, Ortiz, Llantá & al. , 2008).

Sea una reflexión del pasado, del presente o del futuro, no cabe duda de que la mejor institución sanitaria siempre ha sido, es y será la que mejor respuesta pueda dar a sus grupos de interés (Cortina, 2002; Infante, 2013; Ugarte, 2012). Por ello, los expertos de la gestión sanitaria coinciden en que las organizaciones del futuro necesitan conseguir que sus grupos de interés que están relacionados directamente con ellos (ya sean profesionales, pacientes, familiares, etc.) y dediquen toda su capacidad intelectual en aquellos ámbitos que puedan aportar valor: el médico escuchando, diagnosticando y realizando intervenciones, los pacientes y familiares comunicando sus necesidades, las enfermeras cuidando al paciente y siguiendo su evolución, los administrativos y directivos consiguiendo que la gestión de pacientes y aseguradoras sea óptima,

etc.(CERTECH, 2015). De hecho, las recientes tendencias pretenden fomentar el valor de la institución sanitaria hospital y el apoyo a la gestión integral y eficiente de los servicios sanitarios, con la participación activa de los pacientes favoreciendo la calidad asistencial al paciente.

En un futuro, la sostenibilidad de los hospitales puede depender, en gran medida, de la correcta gestión de su capacidad de generar innovación, conjuntamente con sus grupos de referencia. El camino no consiste únicamente en plantear ideas, sino llegar a transformarlas en procesos generen valor social retorno para la sociedad.

Resumiendo, Pérez, García y Tejedor (2002) definen claramente las necesidades genéricas de las instituciones sanitarias del presente y del futuro:

- Más investigación y mejora de la eficacia y efectividad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Más análisis y optimización de los procesos de atención a los enfermos.
- Reestructuración de la estructura organizativa y de un control adecuado.
- Más comunicación y más diálogo con sus grupos de interés.

Desde un punto de vista más técnico, muchos profesionales y gestores sanitarios plantean las siguientes cuestiones ineludibles para un hospital de futuro:

- 1) Disminución del número de camas
- 2) Aumento de las áreas ambulatorias
- 3) Equivalencia del hospital como centro de investigación
- 4) Proliferación de tecnologías diagnósticas (algunas, las menos, de tamaño voluminoso; las más, dentro del concepto de "point-of-care")

5) Implantación masiva de TIC y de sistemas de telemedicina<sup>25</sup>

La pandemia del Covid-19 ha añadido otras cuestiones:

- 6) La necesidad de contar con suficientes camas UCI para los enfermos de la Covid-19 y/o otras enfermedades de gran calado que puedan surgir.
- 7) La implantación de un doble circuito permanente y hospitales elásticos.
- 8) La ampliación de la cobertura de hospitales de media y larga estancia, teniendo en cuenta los efectos secundarios de la enfermedad en los pacientes.

La saturación de las instituciones sanitarias ha causado la paralización de otros servicios, tanto programados como no, que ahora acumulan grandes listas de espera.

Todo ello condiciona el *desarrollo sostenible* de una institución sanitaria. Se refiere a un proceso de desarrollo equilibrado teniendo en cuenta los aspectos económicos, sociales y ambientales, cuya base es la de ser capaz de satisfacer las necesidades actuales sin comprometer con ellos los recursos y posibilidades de generaciones futuras. Para ello es imprescindible para alcanzar con éxito los objetivos de una institución sanitaria y lograr la satisfacción de sus grupos de interés, adaptados a unas circunstancias cambiantes del entorno, con cada vez más información y más masa crítica por parte de los ciudadanos y pacientes.

---

<sup>25</sup> Al sector sanitario le falta recorrer mucha distancia para aprovechar todas las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías en la gestión de la comunicación (Editorial Redacción Médica, 2015). Aun así, España se sitúa como segunda potencia en la creación de aplicaciones móviles de salud (36), solo superada por Estados Unidos, con una cifra de 95 aplicaciones de entre las 300 registradas por el catálogo de Mobile Health Global. Reino Unido ocupa el tercer lugar (28) seguido de Francia (21).

#### **3.1.3.2.- La organización de los hospitales**

No cabe duda de que la institución sanitaria en el ámbito europeo y español está en un proceso de transformación, debido a los recortes de los gastos sanitarios y a factores demográficos, epidemiológicos, sociales, culturales, político y tecnológico. Su funcionamiento y su organización son complejos con muchos cambios, motivados, principalmente, por los propios cambios de la sociedad. El sociólogo Luis de Miguel mantiene que la organización sanitaria se basa erróneamente en la profesión médica —organizada en colegios profesionales, los llamados Colegios Oficiales de Médicos provinciales— la cual, según de Miguel, acapara la asistencia sanitaria privada y pública, y definen los modelos futuros de asistencia sanitaria. Y es esa élite médica la que suelen ocupar los puestos técnicos a todos los niveles (Ministerio, hospitales, ambulatorios, etc.) que impide la democratización del sector sanitario al incluir siempre una decisión técnica. De Miguel opina que existe una jerarquía de decisiones en forma cualitativa; de los que saben (los médicos) frente a los que nunca pueden llegar a saber lo suficiente sobre el tema como para decidir (la sociedad) (De Miguel, 1980: 53-58).

Desde una perspectiva de gestión generalista, las tres características comunes son las de todas las instituciones, es decir, comportamiento, procesos y estructura. Las actuaciones de sus grupos de interés afectan directamente a sus resultados. En el caso de las instituciones sanitarias son organizaciones sumamente complejas, que aúnan el trabajo de multitud de perfiles profesionales que desarrollan sus responsabilidades conjuntamente. Como toda organización necesita ineludiblemente el esfuerzo y el poder del grupo, necesita gestionar



grandes cantidades de información y debe sustentar su trabajo en tres pilares elementales respecto a la gestión de dicha información: Generar, Compartir y Comunicar. Ello implica también un aumento de transparencia y una reducción de la información asimétrica. Las instituciones sanitarias con mayores niveles en materia de transparencia y normas de buen gobierno cuentan con instituciones fuertes, que favorecen el crecimiento económico y el desarrollo social de sus respectivas comunidades. La sociedad puede juzgar mejor y con más criterio la capacidad de sus responsables públicos y decidir en consecuencia. Permitiendo una mejor fiscalización de la actividad pública se contribuye a la necesaria regeneración democrática, se promueve la eficiencia y eficacia de las instituciones sanitarias.

Además, puede resumirse la estructura organizativa de una institución sanitaria a través de las cuatro E: Eficiencia, Equidad, Eficacia y Efectividad. Las dos primeras son los paradigmas de la Economía: producir eficientemente y repartir lo producido con equidad. Mientras que las dos segundas son más propios de la Epidemiología: aplicar la medicina en una situación ideal o hacerlo en una situación real. Lugar de residencia, nivel de renta, procedencia social u otros factores de tipo organizacional de los centros sanitarios llegan a condicionar con su influencia sobre la calidad asistencial.

Actualmente, las estrategias de las instituciones sanitarias se resumen en los siguientes ejes centrales:

1. El paciente como epicentro
2. La innovación
3. La implicación de todos los grupos de interés

4. La gestión clínica
5. La medicina personalizada.

Los cinco conceptos tienen clara relación con el concepto de la confianza y el espacio comunicativo. Se pretende acortar el grado de incertidumbre y poder predecir acciones y comportamientos futuros.

Se considera que la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos tiene como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución sanitaria (Masip, Ortiz, Peña et al., 2008). Hay que resaltar, nuevamente, que la gestión de recursos y la búsqueda de la eficiencia de la institución sanitaria no solo deben relacionarse con la tecnología y la investigación clínica, sino tiene un importante cauce a través del modelo organizativo. La estructura organizativa de una organización sanitaria tiene que centrarse más en las personas, tanto a título individual como en cuanto a grupo, y tiene que establecer el diálogo fluido y transparente con todos los grupos de interés como hilo conductor. El hilo conductor es la *gestión de personas* en vez de la *gestión de enfermedades*. Ello supone, a su vez, reforzar conceptos como la educación sanitaria, la medicina preventiva, la responsabilidad ciudadana para un uso responsable y el empoderamiento de asociaciones de pacientes y familiares.

En relación con ello, actualmente se está pretendiendo desarrollar el concepto de la *gestión clínica*. Se refiere a una mayor participación e implicación de los profesionales en la gestión de los recursos que utilizan en su actividad asistencial para generar un grado mayor de confianza.

El sociólogo Luis de Miguel afirma que un conocimiento más técnico, más médico-biológico, de la sanidad no ayuda demasiado para conseguir una planificación mejor. Es la sociedad, que no entiende necesariamente de los detalles técnicos o médicos, que debería decidir sobre la distribución de los recursos escasos. No se debe de expropiar a la población de su derecho a decidir sobre su salud y sanidad personal o comunitaria. (1980, p.59). Cabe añadir que la tecnificación en la institución sanitaria puede conllevar al deterioro de las relaciones humanas y a un déficit de comunicación (Mezzich, Snaedal, van Weel & Heath , 2010).

Todo ello demanda un replanteamiento social de lo ya establecido en torno a la organización de las instituciones sanitarias y su espacio comunicativo, teniendo en cuenta que un enfoque de construccionismo social considera la realidad social como resultado de la interacción entre los individuos y entre los grupos sociales. En definitiva, cuando las personas interactúan relacionan sus propias realidades. La percepción de la realidad se refuerza; pero también sus ideas, conceptos y recuerdos que surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje y los gestos. Todo ello debe formar parte de un análisis en cuanto a la estructura organizativa.

Al hilo de ello, las conclusiones de la comparativa de los últimos Barómetros Sanitarios españoles indican que las mejoras sustanciales de los últimos años en el entorno de la institución sanitaria no han podido modificar la imagen en los colectivos más descontentos, en cambio ha mantenido la misma opinión en el grupo que ya antes era favorable. Las autoras del informe consideran que hay que abordar mejoras organizativas si se quiere mejorar la confianza en la institución sanitaria cara a la sociedad y a sus usuarios. En este contexto opinan

que el principal reto del futuro del sistema sanitario está en la introducción de mejoras organizativas relacionadas con la comunicación.

Cada vez más tienen peso todos los aspectos relacionados con las condiciones en las que se presta la atención sanitaria y como se trasmite (Álvarez y Martínez, 2006: 129-130). Si se tiene en cuenta que la información facilitada y el trato recibida son factores de primera relevancia para los pacientes y sus familiares, la comunicación cobra aún más importancia, si cabe, a la hora de generar un mayor grado de confianza.

Si es cierto que se están incorporando nuevos modelos de gestión organizativa en el entorno hospitalario, promoviendo la proximidad al paciente, la innovación y la mejora de la eficiencia. Pero también es cierto que el hilo conductor suele centrarse en las relaciones entre los profesionales y los pacientes, subvalorando, probablemente, la influencia de los demás grupos de interés para un servicio sanitario óptimo (Busse & Riesberg, 2004). Deben de formarse equipos que compartan objetivos y busquen la mejor calidad asistencial para el paciente que al final irá unido inexorablemente a una gestión eficaz. No solo deben de ser los pacientes los que participen en las tomas de decisiones, también los ciudadanos —no pacientes—, deberían de participar en los Consejos de Administración de las instituciones sanitarias públicas y dar ayuda en la toma de decisiones sobre las necesidades de los pacientes del Área Sanitaria y promover un cambio conceptual en la teoría administrativa y organizativa. (Caramés, 2015).

Si antes el énfasis se hacía en la tarea (por parte de la administración científica) y en la estructura organizacional (por parte de la teoría clásica de la

administración), ahora se hace en las personas y en los grupos de interés que participan en las instituciones. Es un acercamiento claro al enfoque humanístico. La preocupación por la técnica y el método de trabajo, por la organización formal y los principios de administración aplicables a los aspectos organizacionales ceden la prioridad a la preocupación por el hombre y su grupo social. De los aspectos técnicos y formales se pasa a los aspectos psicológicos y sociológicos.

### **3.1.3.3.- La calidad asistencial y la confianza**

Desde una perspectiva genérica, la atención de la mejor calidad es aquella que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud, entendiendo la salud en términos generales en sus dimensiones físicas, fisiológicas y psicológicas (Donabedian, Wheeler y Wyszewianski ,1982). Donabedian agrupa los componentes fundamentales de la calidad del servicio sanitario en tres categorías, siempre susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades.

La prioridad hoy en día es generar con la mayor rapidez posible una capacidad asistencial que dé cobertura a las necesidades sanitarias de la población, especialmente en las grandes ciudades. Parece ser la manera más rápida y barata posible de realizarlo, si bien es cierto que en la actualidad también se está volviendo a un concepto de "institución sanitaria de proximidad", más distribuido geográficamente, de menor tamaño, y en muchos casos monográficos o con una cartera asistencial más reducida.

Es cierto que muchas instituciones sanitarias hospitales públicos o privados cuentan con un sistema de gestión de calidad total basado en el modelo europeo

EFQM o con la implantación de las normas ISO9001, ISO14001 y OHSAS18001. Algunas instituciones sanitarias, incluso, disponen de un Sistema Integrado de Gestión que garantiza el control de la documentación, seguimiento, análisis y comunicación como la base de la mejora continua. No obstante, varios estudios evidencian que la implicación de todos los profesionales de la organización en el seguimiento y análisis de la información y de la comunicación obtenida no es tan habitual (Cockerham, 2010). Múltiples asociaciones de pacientes consideran que la institución sanitaria no analiza en profundidad el espacio comunicativo que se requiere para obtener una comunicación fluida entre los distintos grupos de interés (Asociación Española de Cáncer; Alianza de Pacientes de España; Escuela de Pacientes de Andalucía).

Asimismo, diferentes estudios relacionados con la calidad asistencial han destacado el concepto de la confianza como un tema central de ella (Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín et al., 1998). En este sentido el concepto de la “confianza” es tanto una “dimensión de calidad” (atributo o componente de la calidad), como también un “indicador de calidad” (parámetro susceptible de evaluación, que puede identificar problemas y/o variaciones en los modelos de actuación en la práctica profesional). Los autores consideran que se trata de una medida de calidad percibida y menos de la calidad técnica que ofrece la institución sanitaria. También adviertan de ciertos problemas metodológicos a la hora de definir, medir, analizar y evaluar la confianza. Otros autores consideran que la confianza y la calidad asistencial están altamente condicionados por la información que recibe y emite la institución sanitaria (Massip, Ortiz, Llantá & al., 2008).

En este contexto cobra especial importancia la mayor preocupación por más humanización de las estancias hospitalarias y la experiencia de los propios pacientes. En los últimos años ha habido un interés creciente por el estudio de la experiencia del cliente, especialmente en términos de emociones. Se ha analizado mucho la satisfacción del paciente/consumidor con los servicios y las variables que lo afectan. Si bien la satisfacción es un concepto generalmente bien entendido, no existe consenso sobre su naturaleza ni sobre su evaluación (Villodre et al., 2014).

Estos conceptos son en absoluto antagónicos en cuanto a la necesidad de instituciones sanitarias de vanguardia con la última tecnología, con especialidades y súper especialidades, concentrando patologías específicas, poco frecuentes o que necesiten de una alta especialización para que las curvas de aprendizaje y por tanto los resultados sean los óptimos. Si bien es cierto que la mejora en la asistencia viene de la mano de la investigación y la innovación científica. Esto se ha ido consiguiendo con los años mejorando las técnicas médico-quirúrgicas, diagnósticas y terapéuticas. Pero, por otro lado, la calidad en el trato, en la gestión y hacer que la comunidad, profesionales y pacientes, estén cada día más cercanos y mejor comunicados, se debe sustentar firmemente sobre nuevas ideas de organización y de procesos e incorporando las nuevas tecnologías que rompen fronteras y agilizan la gestión, siempre redundando en la mejora de la atención al paciente. Al hilo de ello hay que enfatizar que la calidad asistencial implica una relación interpersonal que abarca no sólo la relación médico-enfermera-paciente, sino también el entorno de cada uno de ellos (familiares, asociaciones de pacientes, directivos proveedores). Un

hecho sorprendente y comprobado es la fuerte divergencia entre los atributos de calidad a los que da importancia una institución sanitaria y a los que da importancia el paciente (Cockerham, 2002; García, 1997). Es indudable que la mayor preocupación del paciente es la curación o/y tratamiento adecuado, pero valora al mismo tiempo otras cuestiones que influyen directamente en la valoración y percepción final. Nos referimos al trato recibido, la información facilitada, la estancia en el hospital, la comida, la coordinación con otros departamentos, el trato con sus familiares, la respuesta ante necesidades imprevistas, etc. De todos ellos depende el grado de confianza que pueda tener un paciente y su entorno en relación con la institución sanitaria.

En líneas generales podemos afirmar que la comunicación va unida a la calidad de una institución sanitaria y es una de las máximas preocupaciones de la institución sanitaria a día de hoy (Álvarez y Martínez, 2006). Pero también en el sector sanitario existen creencias erróneas al respecto. Pensar que la comunicación esté relacionada exclusivamente con el personal sanitario, cuando realmente depende de todos los grupos de interés, es sin duda uno de ellos. Que la comunicación esté ligada siempre a los medios, es otra de los grandes errores del sector sanitario. La comunicación está relacionada con las personas que forman parte del proceso de los servicios, de su actitud y su aptitud (Varo, 1994). En definitiva, las instituciones sanitarias actuales deben ser organismos vivos contando con las personas que las integran. Ello implica contar con todo el potencial de los profesionales, fomentar el trabajo en equipo e interaccionar con los grupos de interés y otras instituciones.



En cuanto a España, muchos expertos opinan que la calidad asistencial del sistema sanitario español es máxima, pero hay problemas para engarzarla (Ablitas, 2014). Incorporar en la institución sanitaria y en sus operaciones diarias conocimientos de mejora de la calidad y ser capaces de trasladarlos al paciente es el objetivo prioritario de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Pretenden estimular el debate social y científico sobre la efectividad y la transparencia del sistema sanitario, con especial hincapié en la generación de la comunicación y la confianza como atributos importantes de la calidad asistencial.

Desde el punto de vista del paciente (el principal grupo de interés de una institución sanitaria) la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que toma contacto con ella (Infante, 2013). Hace referencia al servicio o prestación que llega a satisfacer sus necesidades y expectativas, es decir el paciente percibe y diferencia cuando percibe el énfasis marcado en satisfacerlo permanentemente en todos los detalles y valora económicamente y verbalmente la habilidad que posee quien le realizó el servicio o prestación. Los factores que influyen son los propios del proceso; es decir, los organizativos (tiempo de espera, coordinación, información, ambiente, etc.), atención y trato recibido y la comunicación durante el proceso por parte del personal en contacto (Cepeda y Piñero, 2005).

En cuanto a España, debe mencionarse el Real Decreto que el Consejo de Ministros de España ha aprobado en febrero 2015. Este decreto regula el nuevo Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. Se trata de un instrumento con el que el Gobierno establece un sistema de información oficial sobre el funcionamiento de la atención especializada en toda España, en

hospitales y centros ambulatorios tanto públicos como privados. Los datos giran sobre tres objetivos primordiales: El primero de ellos es conocer la demanda asistencial y las enfermedades atendidas y favorecer así los estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios sanitarios y resultados en salud.

Además, sirve para proporcionar a los registros autonómicos la información necesaria para la evaluación y control de la atención prestada en el conjunto del sistema sanitario a los ciudadanos, y facilitará la realización de estadísticas del sector salud a nivel estatal, así como las que deriven de compromisos con organismos oficiales internacionales, tales como los indicadores de calidad de la OCDE como los de la Unión Europea. Adicionalmente, el sistema incorpora nueva información destinada a mejorar los análisis de calidad y seguridad de los pacientes. Entre los nuevos datos que recoge se encuentran una serie de condiciones en el momento del ingreso hospitalario, procedencia del paciente, determinadas circunstancias de la atención, ingresos en las unidades de cuidados intensivos (UCI) o aspectos de continuidad asistencial.

En otros países europeos también preocupa la calidad asistencial de las instituciones sanitarias. En Alemania, por ejemplo, se refleja a través de los *Qualitätsberichte* (informes de calidad) que destacan por su transparencia, comunicación y generación de confianza cara a los grupos de referencia, ya que son visibles para toda la sociedad a través de internet. Pretenden dar respuesta a la creciente tendencia que los pacientes, familiares, profesionales sanitarios, etc. demandan un máximo nivel de información y transparencia y desean

participar activamente en la elección de la institución que le aporte la confianza requerida para su estancia hospitalaria, tanto pública y privada.

Esta base documental también da información concreta sobre las calificaciones de sus médicos y el éxito de sus tratamientos, datos importantes para el paciente y sus familiares. Desde el año 2013 la confección de este informe completo de calidad asistencial es de cumplimiento obligatorio anualmente. Todos ellos son registrados y visibles para el conjunto de la sociedad a través de internet (<https://www.g-qb.de>). No se hace especial mención al concepto de la confianza, pero si a indicadores que están claramente relacionada con ella (capacidad de respuesta, nivel de comunicación, empatía, confiabilidad).

El portal publica los resultados de calidad y los contenidos de los informes de calidad, obligatorios por ley, de aproximadamente 2.000 instituciones públicas y privadas de toda Alemania. La información técnica y clínica se procesa para que todos los usuarios puedan entenderlo incluso sin conocimientos previos: alrededor de 4.000 términos técnicos son traducidos a través de un intérprete de diagnóstico integrado que le ayuda y le facilita al solicitante su búsqueda.

Se pueden comprobar los resultados en las siguientes áreas:

- Recomendaciones de los pacientes
- Satisfacción con la atención médica
- Satisfacción con la atención de enfermería
- Satisfecho con la organización y el servicio

Los resultados y la información facilitada que se obtienen permiten una mayor generación de confianza de los pacientes hacia una institución sanitaria y hacia los profesionales sanitarios.

#### 3.1.4.- Sus grupos de interés

Toda institución se enfrenta a una problemática nueva y más compleja cuando se amplía el número de agentes y se pasa de la concepción convencional de la empresa (enfoque *shareholders*) a la consideración de los *stakeholders*, o grupos con intereses, en la organización, es decir, accionistas, directivos, trabajadores, clientes, proveedores administraciones públicas, consejo de administración, inversores y comunidad local. (Kuratko, Ireland y Hornsby, 2001).

Es necesario transitar desde la cultura de la mera asistencia sanitaria de la enfermedad hacia una nueva cultura de fomento de la salud, involucrando a todos los agentes sociales y grupos de interés de una institución sanitaria incidiendo en aquellos factores que prevengan y eviten la enfermedad. Ello no se debe limitar a los pacientes en sí, sino a todos los grupos de interés interrelacionados con esta carencia (familiares, amigos, entorno, empresas farmacéuticas, universidades, la sociedad en su conjunto, administraciones públicas, etc.).

La identificación y análisis de los principales grupos de referencia de la institución sanitaria y su clasificación por legitimidad, poder, diálogo y urgencia son fundamentales para poder analizar el espacio comunicativo y los factores que generan confianza. Lo deseable es aquella institución sanitaria que maximizase los resultados en salud de la población, garantizando equidad y eficiencia y la satisfacción de los *stakeholders* (Higuera, GERTECH, 2015: 16).

La creación de vínculos más estrechos y el refuerzo de una imagen de confianza en el servicio sanitario, y en la institución correspondiente, pueden reducir al

máximo la sensación de riesgo e incertidumbre que percibe el paciente y la sociedad en su conjunto. Ya resaltamos anteriormente que la confianza supone una suspensión, al menos temporal, de la incertidumbre respecto a las acciones de los demás. Cuando alguien confía en algo o alguien, cree que puede predecir sus acciones y comportamientos. La confianza, por lo tanto, simplifica las relaciones sociales de los grupos de referencia dentro de una institución sanitaria.

De hecho, la última versión de la Estrategia Europea de Responsabilidad Social evidencia un mayor grado de incorporación y participación de los grupos de interés y de las preocupaciones sociales y medioambientales<sup>26</sup> en la mayoría de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Cada vez más, se contemplan, por ejemplo, la relación con los familiares en la gestión de cada paciente y se recalcan conceptos como la corresponsabilidad, el empoderamiento y la interacción entre los distintos grupos de actores. Una de las conclusiones alcanzadas en la última sesión del Foro de Transformación Sanitaria que desarrolla la *Deusto Business School Health* es la necesidad de pasar de hablar de los pacientes a escuchar e interactuar con los ellos en los foros de decisión del sector sanitario para reforzar la confianza con ellos (2015).

Huelga decir que toda organización se compone de sus grupos de referencia que requieren un trato y atención específico en función de sus requerimientos. Se relacionan entre sí, y en su vida diaria, tienden a establecer patrones de

---

<sup>26</sup> Si bien es cierto que el concepto de la Responsabilidad Social Corporativa se ha hecho tan amplio que permite a las organizaciones actuar de forma muy libre en este sentido.

---

interacción. La mayoría de los individuos que aceptan estos guiones reaccionan de acuerdo con lo que los grupos de referencia determinan. Desde un enfoque más reflexivo, estos grupos demandan y necesitan un desarrollo basado en la confianza, reciprocidad y transparencia que implica un diálogo fluido y un espacio comunicativo idóneo que lo pueda facilitar.

El psiquiatra Mezzich<sup>27</sup> y otros expertos sanitarios destacan la carencia de la comunicación entre los distintos grupos de interés, especialmente entre los profesionales de la salud y los pacientes. Consideran que ello ha limitado el entendimiento sobre la situación presentada y la colaboración necesaria por parte del paciente y de su entorno (2010: 10-52). Los sociólogos de la salud recuerdan que la persona es concebida de una manera contextualizada: el paciente es él y sus propias circunstancias y las personas que lo rodean (Cockerham, 2010).

En líneas generales, en la actualidad adquiere especial relevancia el término de *empoderamiento* de los grupos de referencia, es decir, el respeto por la autonomía, responsabilidad y dignidad de cada persona involucrada, y la promoción de alianzas a todo nivel (Mezzich, Snaedal, van Weel & Heath, 2010). Al hilo de ello y conforme a la *Teoría de las Relaciones Humanas*, a las personas les motiva, principalmente, la necesidad de reconocimiento, aprobación social y

---

<sup>27</sup> Juan Enrique Mezzich es Profesor de Psiquiatría de la *Mount Sinai School of Medicine* de la *New York University*; Doctor Honoris Causa, y Presidente del *International Network for Person-centered Medicine*.

participación en las actividades de los grupos sociales en que conviven. De ello se deriva el concepto de *hombre social*. De hecho, *la Teoría de las Relaciones Humanas* se distingue especialmente de las teorías clásicas por su enfoque hacia la confianza. *Empoderamiento* y *experiencia social*, es decir, el conocimiento que los individuos adquieren a través de su interacción con el entorno, son conceptos destacados de este planteamiento.

Adicionalmente, dentro de una institución se deben tener en cuenta los grupos formales e informales. Los grupos informales constituyen la organización humana de una organización, que a veces está en contraposición a la organización formal establecida por la representación de la propia institución sanitaria (dirección y accionistas). Cabe resaltar que los grupos informales definen sus propias reglas de comportamiento, sus objetivos, su escala de valores sociales, sus creencias y expectativas. Cada integrante asume y asimila estos estándares y reglas y los integra en sus actitudes y en su comportamiento del día a día. Recordamos que *la Teoría de las Relaciones Humanas* se centra fundamentalmente en el concepto de la organización informal. El proceso de diálogo fluido y transparente en que convergen estas comunicaciones interpersonales, colectivas y objetivas, se convierte en un espacio comunicativo que es capaz de generar confianza en las instituciones y en sus respectivos grupos de interés.

#### **3.1.4.1.- Identificación y Clasificación**

Partiendo de la base de que los grupos de referencia pueden afectar o verse afectados en el logro de los objetivos empresariales (Freeman, 1984), su

correcta identificación y posterior análisis cobra mucha importancia. Las relaciones con los grupos de interés suponen, para la institución sanitaria, un recurso socialmente complejo que debe reforzar la habilidad de la organización para superar a sus competidores y superar a las expectativas en términos de creación de valor a largo plazo. Para ello hay que tener especialmente presente la consideración y reconocimiento de los derechos de los grupos de interés, personas, entorno y sociedad en su conjunto. La pluralidad de sus opiniones, sus necesidades y expectativas son prioritarios para poder crear un espacio comunicativo adecuado que sea capaz de inspirar confianza. En este sentido, cada grupo es importante por sí mismo, no como medio para otro. El objetivo de toda organización supone comprender el logro y la obtención de un equilibrio entre los intereses, a veces contradictorios, de todos los colectivos que tienen un interés legítimo en la organización. Su máxima satisfacción debe ser la meta final, estableciendo un diálogo fluido y abierto, un contacto directo y constante por parte de todos los integrantes del entorno organizativo. Para ello, el enfoque tiene que centrarse en la integración de los distintos grupos y las personas en las gestiones de una institución sanitaria. Una acertada clasificación de los grupos de interés más relevantes es una condición "sine qua non".

Ante el creciente poder que están adquiriendo hoy en día los grupos de interés, debido a su habilidad para actuar en combinación con la organización, su identificación y clasificación correcta, es primordial conocer con exactitud los agentes que influyen directamente en el funcionamiento de la institución (Johnson y Scholes, 2001). Estas cuestiones son aún más importantes, si cabe, en una institución de servicios, como es el caso del sector sanitario. Los propios



grupos de interés son protagonistas de la elaboración del servicio (*servucción*). La dimensión del sistema de *servucción* constituye uno de los determinantes del nivel de servicio ofrecido. La demanda y el proceso de elaboración de servicios están en relación directa. El cliente/paciente se convierte en “prosumidor” (Töffler, 1980), es decir, es parte de la producción y consumición a la vez.

Tradicionalmente, se considera a los clientes/pacientes y a los empleados los grupos de interés más importantes para una organización. Son los jugadores clave que requieren una atención especial. Todas las actividades y, por consiguiente, también los indicadores de medición tienen que identificar y satisfacer sus necesidades y expectativas, incluso, adelantarse a sus requerimientos. En relación con las instituciones sanitarias hace especial referencia a la relación médico-paciente. El actual interés por parte de la ética en el principio de la autonomía, y uno de sus corolarios, el consentimiento informado, supone así mismo, un intento de cambiar las relaciones contractuales entre el médico y el paciente, proponiéndole como norma ética y moral el traslado de información al enfermo y una toma de decisiones más compartida.

Asimismo, la preocupación de las instituciones sanitarias por gestionar su reputación, así como las distintas percepciones que los diferentes grupos tienen sobre la institución es cada más mayor y requiere una correcta identificación (Aguerreberre, 2012).

Una lista inicial de *stakeholders* de las instituciones sanitarias, según las fuentes consultadas<sup>28</sup>, se centran especialmente en los siguientes grupos de interés: pacientes, familiares, facultativos, no-facultativos, proveedores, aseguradoras, directivos, accionistas, ayuntamientos, organismos públicos, competidores, laboratorios, la sociedad en su conjunto, medios de comunicación, asociaciones de pacientes, universidades, generaciones futuras.

Por orden de importancia para la institución sanitaria se clasifican los primeros seis grupos a continuación:

- Pacientes
- Profesionales sanitarios
- Familiares
- Directivos
- Proveedores (incluye empresas de servicios externalizados/*outsourcing*)
- Asociaciones de pacientes y fundaciones.

A la hora de identificar y clasificar los grupos de interés de la institución, no podemos obviar el poder que posea cada uno sobre la organización (Freeman, 1999). El poder se define como el grado en que los individuos o grupos son capaces de persuadir, inducir o coaccionar a otros para seguir ciertas líneas de conducta, y de acuerdo con sus expectativas influir en las estrategias de la organización (Johnson y Scholes, 2001). Los mismos autores afirman que también el poder influye en el derecho a la adjudicación de recursos.

---

<sup>28</sup> La lista de los distintos grupos de interés se ha obtenido a través de trabajos previos relacionados con la temática y de entrevistas en profundidad, dinámica de grupo y comunicaciones formales e informales.

---

Al hilo de ello, y en referencia directa a la generación de confianza, se puede confirmar lo siguiente: cuando la organización es más dependiente del grupo de interés que, el grupo de interés de la organización, este puede utilizar su poder y poner trabas a las intenciones de la organización y viceversa.

Según el modelo de *Mendelow* se establece la siguiente clasificación:

- I. Los grupos de interés y de poder alto, es decir los jugadores clave: Los pacientes, los trabajadores, los directivos.
- II. Los de interés bajo, pero de poder alto, es decir los que hay que mantener satisfechos: Los accionistas, los organismos públicos, los proveedores, las aseguradoras, medios de comunicación, la opinión pública.
- III. Los de interés alto, pero de poder bajo, es decir los que requieren información: Los familiares, las asociaciones de pacientes, los competidores, generaciones futuras.
- IV. Los de interés bajo y de poder bajo, los de esfuerzo mínimo: Otros grupos de la sociedad, ayuntamiento, las instituciones de formación, partidos políticos, la comunidad en su conjunto.

Se considera a los pacientes el grupo de interés más importante para el entorno de una institución sanitaria. Son los jugadores clave que requieren una atención especial. Todas las actividades y, por consiguiente, también los indicadores de medición tienen que reflejar claramente que la comunicación con este grupo de interés debe perseguir la identificación y satisfacción de sus necesidades, así como de sus expectativas. Ello requiere un diálogo fluido, eficaz y abierto, un contacto directo constante por parte de todos los integrantes del entorno de la institución. La comunicación y transparencia, tanto interna como externa, son los dos pilares básicos que deben ser capaces de generar la integración y la confianza necesaria para que el paciente se convierta, incluso, en un paciente

estratégico. Es decir, si se consigue generar confianza cara al paciente, éste a su vez puede generar confianza cara a los demás grupos de interés. Los indicadores que midan su nivel de comunicación y faciliten una mejora al respecto tienen que ser útiles para conseguirlo. El estudio "*Actitudes de la población ante el sector sanitario*" del CIS indica que la falta de diálogo a menudo no solo es consecuencia de la masificación de las consultas y del poco tiempo del cual disponen los profesionales sanitarios, sino que también puede atribuirse al lenguaje que se usa en la información, de la falta de empatía y de la atención personalizada (CIS, 1997: 15).

#### **3.1.4.2.- Sus relaciones entre ellos**

Un servicio es algo intangible y difícil de gestionar, cuenta sobre todo con la percepción por parte del cliente/paciente. El grado de interacción entre estos componentes tiene que ser muy estrecho para conseguir una máxima eficacia. El aprendizaje partirá de la observación, la comunicación fluida, el conocimiento del paciente y la detección de oportunidades. Las relaciones entre los grupos de interés influyen directamente en la generación de confianza en la institución.

Todas las interacciones en un entorno sanitario tienen un componente emocional que no está presente en otras transacciones comerciales y condiciona directamente las relaciones internas (Thomas, 2005). Las impresiones personales, la comunicación interpersonal y las comunicaciones entre los distintos grupos de interés se combinan para producir una mezcla de impresiones reales y paralelas cuya totalidad forma la imagen de una institución (Van Riel, 1998: 95).

En este sentido las investigaciones recientes evidencian el protagonismo cada vez mayor de la figura del paciente como agente social de opinión que condiciona la toma de decisiones de los agentes sanitarios, de la propia Administración Pública y de los demás grupos de referencia de una institución sanitaria (Jiménez De Gracia, Ruiz, Gavilán et al. 2012). Por ello es más común encontrar mención a la búsqueda de satisfacción de los pacientes en el planteamiento de los objetivos asistenciales de los servicios clínicos de una institución sanitaria. Las relaciones entre los distintos grupos de interés están claramente condicionados e influenciado por el paciente (Aguerreberre, 2013).

También es cierto que las relaciones y, por ende, las necesidades de los grupos dependen del momento y de las circunstancias cuando se requiere la asistencia sanitaria. En este sentido, las relaciones que puedan establecer los pacientes, profesionales, familiares, etc. en un servicio de urgencia no son iguales que los de la hospitalización en planta. Aun así, ambos están directamente influenciados por factores como la profesionalidad del personal, el trato recibido y el nivel de comunicación e información que se obtiene. El paciente y el familiar, p.ej., desconocen la relación entre la utilidad y el costo, o la enfermedad y protocolos preestablecidos: quiere una solución y una respuesta a su problema y para ello, ante todo, lo que más valora de los profesionales y de la propia institución sanitaria es que comprendan bien su historial, aunque le resulte difícil formularlo. En este sentido, comprender y hacerse comprender es fundamental para las relaciones entre los distintos grupos. En este punto, la falta de flexibilidad puede ser desastrosa: una institución sanitaria tiene “pacientes”, no “enfermedades” ni “protocolos”. El tipo de servicio que se tiene que prestar tiene que depender del

propio paciente, su problemática y su interacción con los facultativos, pero también de los demás implicados en la elaboración del servicio. Ello facilita, a su vez, la relación entre los distintos grupos. Al hilo de ello, la comunicación permite construir la relación de confianza entre el personal sanitario y el paciente, lo cual es clave ya que el tipo de interacción que ambos mantienen está determinado directamente por la confianza que ambos se manifiestan (Ouschan, Seeney & Johnson, 2006).

Generalmente predominan las relaciones entre los profesionales y los pacientes, subvalorando, probablemente, la influencia de los demás grupos de interés para un servicio sanitario óptimo. Las relaciones directas con todos los grupos de interés son esenciales si se pretende ser una organización excelente y socialmente responsable. De esta comunicación de doble dirección es de donde saldrán las cuestiones que importan a los pacientes y que deben ser atendidas por el sistema (Rivera y Moyanes, 2015).

Al hilo de ello se observa mayor exigencia en el grupo de los más jóvenes, lo que condicionada directamente la relación con los demás grupos. Según los Barómetros Sanitarios son los pacientes de menos edad los que exigen un nivel de información, de trato y de transparencia superior. También evidencian que el grado de satisfacción suele ser superior en el caso de las personas que ya habían adquirido previamente los servicios sanitarios en la institución sanitaria a la que acuden (CIS, 2005; García, 1997). Se deduce que un mayor nivel de confianza en la institución conlleva a mayor satisfacción por parte del paciente y de su entorno y mejora las relaciones.

Cabe destacar también una estrecha relación entre los pacientes, familiares y las asociaciones de pacientes. De hecho, los objetivos fundamentales de las asociaciones de pacientes son precisamente la defensa de los intereses de los pacientes, familiares y su entorno y de sus relaciones. Se centran en actividades de difusión, de información y prestación de servicios sustitutivos no proporcionados por la administración pública, ayudando a crear relaciones de confianza entre distintos agentes. Mantienen un contacto muy estrecho con el colectivo de profesionales sanitarios que se consideran como su agente más relevante, pero también con el grupo de los directivos sanitarios e, incluso, con los proveedores<sup>29</sup>.

La relación directa entre los grupos, la corresponsabilización del paciente y de su entorno, para mejorar la calidad asistencial es la razón más valorada para generar una relación de confianza (García-Sempere y Artells, 2005: 120). Los mismos autores destacan que estas organizaciones desempeñan un papel clave en aspectos relacionados con la defensa y la promoción activa de los intereses de los colectivos a que se dirigen, así como en la capacitación de éstos para influir sobre el desarrollo y el funcionamiento de los servicios sanitarios. Sin embargo, ellos mismos evidencian una muy escasa información y poca comunicación con otros grupos de interés, hecho que influye negativamente en las relaciones entre ellos. Para obtener una relación óptima entre grupos de interés se necesita un diagnóstico y análisis mucho más exhaustivo y amplio,

---

<sup>29</sup> De hecho, los proveedores (especialmente la industria farmacéutica) constituyen para ellos una importante fuente de financiación, junto con las cuotas de los asociados y subvenciones públicas.

---

con un espacio comunicativo más claro y más definido. La participación activa de todos los implicados y su compromiso de mejora continua son elementos claves para facilitar las relaciones sociales (Acosta, Salanova y Llorens, 2011).

Si bien es cierto que la estrategia de la mayoría de las instituciones sanitarias europeas ya evidencia actualmente la incorporación de los pacientes como agentes clave, incluso como facilitadores de relaciones entre los distintos grupos sociales. Por ello, se persigue y se promueve su activa implicación en muchas de las actividades que componen los procesos clave de la organización sanitaria. Asimismo, las instituciones se manifiestan abiertamente hacia la coparticipación del entorno de los pacientes, especialmente los familiares. No cabe duda de que todo ello mejora las relaciones entre los distintos grupos de interés y proporciona un espacio comunicativo más adecuado.

Las relaciones directas contribuyen a la generación de confianza, ayuda a conseguir resultados óptimos, incentivan a la participación y mejoran y perdonan, incluso, experiencias insatisfactorias en momentos puntuales. Una mala relación, en cambio, perjudica desde el primer punto una optimización de los recursos, condiciona seriamente las percepciones y refuerza actitudes negativas por parte de todos los implicados en la elaboración del servicio (Breckenkamp, Broszka y Razum, 2011).

Cabe añadir que, actualmente, las relaciones entre los grupos de interés también están considerados y condicionados cada vez más, desde un enfoque bioético. Así recalca, a modo de ejemplo, G. Hottois. (2007) la importancia del individuo, la relación médico-paciente, y su experimentación sobre las personas y su entorno. El autor sugiere unos estándares que puedan facilitar la relación con



ellos. Defiende la interacción y un diálogo más fluido y más sensato y más eficaz con todos los grupos de interés que no contemple solo la relación médico-paciente. En definitiva, hoy día la ética junto con la cultura organizacional y la gestión de la calidad son, cada vez más, los principales instrumentos de coherencia para las relaciones de los grupos de interés de una institución sanitaria (Center for Research and Innovation Management, 2013).

#### **3.1.4.3.- Los factores que influyen en su confianza**

La transparencia, continuidad y estabilidad de información y el adecuado reporte son claves para generar confianza en una institución sanitaria por parte de los *stakeholders* (Abarca, Agrela, Antiporta et al.;2014). Tienen derecho a ser informados de forma adecuada y entendible, bajo el enfoque del respeto, la transparencia, la confidencialidad y los aspectos éticos. A su vez, la institución sanitaria tiene la obligación de poner a disposición de todas las personas que usan y prestan el servicio sanitario, información suficiente para la toma de decisiones. La capacidad de la información comprende más que su solo acceso, sino la conciencia de su existencia y las habilidades para explotarla una vez adquirida (Llanusa, Caraballoso et al, 2005), es decir, que hay que poner en valor para mejorar e intensificar las relaciones.

Es importante recordar que el concepto de la confianza es una cuestión subjetiva, basada en las propias experiencias, valores y opiniones del paciente actual o futuro de una institución sanitaria. Cuando alguien confía en algo o alguien, cree que puede predecir sus acciones y comportamientos. A su vez, está fuertemente influenciada por las interacciones con sus grupos de referencia

(entorno). Aguerrebere recuerda que la comunicación basada en múltiples interacciones es un valor emocional. La acción comunicativa proyecta las subjetividades y modelos del mundo de los sujetos que interactúan desde sus lugares de construcción de sentido y son la esencia de todo servicio (sanitario). Se persigue la creación de una relación íntima y satisfactoria entre el paciente, entorno y demás agentes y la institución sanitaria que puede aportar distintos beneficios a la organización (2012: 83)<sup>30</sup>. El autor añade que las relaciones con los grupos de interés son de una gran importancia; y dicha relación necesita centrarse en la habilidad de la organización para definir y comunicar los aspectos más relevantes a los grupos más significativos.

En este sentido, la atención individualizada cobra especial relevancia. El informe de la OMS *Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development* (2002) resalta, incluso desde un punto de vista económico-empresarial y organizativo, que no es necesario invertir en grandes instituciones sanitarias, sino organizar pequeñas unidades de salud donde los pacientes sean atendidos "cara a cara" y se pueda establecer más fácilmente una relación de confianza gracias a la cercanía. Para ello, la OMS considera que es conveniente dedicar por lo menos 5% de los recursos disponibles para mejorar los protocolos de tratamiento, y conocer las preferencias, demandas y requerimientos particulares de los pacientes.

---

<sup>30</sup> Incluso desde un punto de vista económico: Un gran número de investigaciones y la mayoría de las mejoras para los pacientes y la protección del paciente son posibles gracias al apoyo financiero de entidades sociales y asociaciones de pacientes que se basa en una comunicación directa y fluida.

---

Al hilo de ello, a lo largo del año 2004, en España se realiza una encuesta a informadores clave de 21 organizaciones representativas de pacientes. Mediante un cuestionario semiestructurado en el marco de un proyecto de investigación, financiado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, se evidencia que la implicación efectiva del usuario en la organización de los servicios como medio para la mejora de la calidad asistencial es la respuesta mejor valorada. El segundo aspecto más importante es el fortalecimiento de la confianza en las instituciones, de los profesionales y del valor de la experiencia del paciente.

En referencia a la encuesta mencionada y a la bibliografía consultada se alistan a continuación los factores principales que influyen en la generación de confianza para los *stakeholders* más relevantes de una institución sanitaria. Nos referimos a:

- 1) Los pacientes
- 2) Los profesionales sanitarios
- 3) Los familiares
- 4) Los directivos
- 5) Los proveedores
- 6) Las asociaciones de pacientes.

Asimismo, se hace una pequeña referencia a las aseguradoras, que, aunque no son el máximo grupo de referencia de una institución sanitaria pública, sí mantienen una relación directa con ella que no se puede obviar.

### **Los pacientes**

Ellos son la razón de ser de toda la institución sanitaria. Las conclusiones de la comparativa de los Barómetros Sanitarios españoles del 1995 a 2004 resaltan

que la capacidad científica médica, la confianza y la seguridad que el personal sanitario trasmite es una de las máximas preocupaciones del paciente (CIS, 2006: 130). Hay que destacar que su valoración del servicio sanitario recibido y de la institución que presta los correspondientes servicios varía en función de su condición social (factores sociológicos como la edad, de la procedencia, de los estudios y, sobre todo, de su entorno, pero también por la experiencia previa). Los pacientes que tienen o han tenido previamente alguna relación con la institución sanitaria y con sus servicios suelen valorar la calidad de servicios superior a pacientes que nunca tuvieron alguna relación previa. Los pacientes sin experiencia previa tienden a valorar el servicio recibido a través de las informaciones y comunicaciones de sus grupos de referencia. Cabe destacar también que las mujeres “como agentes de salud en la familia y en su papel de controladores de la salud del resto de los miembros de la unidad familiar, y las personas de mayor edad son las que mantienen un contacto más directo y asiduo con el sistema de salud” (Estudio “Actitudes de la población ante el sector sanitario”, CIS, 1997: 49- 50). Ocupan, por lo tanto, un papel decisor en cuanto a la generación de la confianza a través de un espacio comunicativo apropiado. La comparativa de los últimos barómetros sanitarios en España del 1995 a 2004 refleja que también son las mujeres que tienen una percepción mejor que los hombres de todos los factores relacionados con el entorno hospitalario.

Asimismo, la valoración de la asistencia sanitaria varía en función del nivel formativo y de las edades de los usuarios. Los de mayor nivel de estudios y los más jóvenes son más críticos. En cambio, las personas mayores se expresan con un mayor nivel de satisfacción (CIS, 2006: 109). Es una tendencia que

también se reflejan en otros países europeos (Siegrist 2011; Trojan y Nickel, 2014).

a) Factores de confianza más citados en las fuentes:

- Servicios de calidad basados en las necesidades reales de la sociedad
- Accesibilidad a los servicios
- Información accesible y comprensible
- Coordinación entre departamentos (seguimiento del historial clínico)
- Fiabilidad del servicio
- Diálogo fluido, eficaz y transparente
- Amabilidad en el trato
- Experiencias previas de personas de referencia
- Eficacia en la ejecución del servicio
- Tratamiento de quejas

b) Factores de confianza menos citados, pero, aun así, relevantes para la investigación:

- Empatía y atención personalizada
- La confianza que inspiran los profesionales en la primera toma de contacto
- Flexibilidad (gestión de pacientes, no gestión de protocolos)
- Respeto entre todos los grupos de interés
- El aspecto exterior de los profesionales
- Cuidado del pequeño detalle
- Acciones de formación continua para los profesionales
- Transversalidad
- Capacidad de respuesta
- Estar al tanto de los últimos avances en cuanto a tecnología y conocimientos
- El aspecto exterior y mantenimiento de accesos e instalaciones
- Ética y discreción

#### **Los profesionales**

El profesional de la salud, por participar directamente en el cuidado de la salud de los individuos, está llamado a participar en los múltiples fenómenos de salud pública que afectan al bienestar de la población directa e indirectamente, con consecuencias sociales de gran impacto a nivel global (Garza, Gallegos, Fernández et al, 2012). Está estrechamente imbricado con la clínica y con su responsabilidad en salud pública: le corresponde actuar en temas como la accesibilidad de la atención, la equidad, el costo y la efectividad en el mejoramiento del estado de salud colectivo, es decir, a favor del bien público. En esta línea el concepto de profesionalismo médico comprende el dominio del conocimiento, el ojo clínico, el respeto, la cortesía y la buena comunicación hacia los pacientes, el sentido de responsabilidad personal por las propias decisiones clínicas y la conducta moral. Todo ello conduce a una relación de confianza con la comunidad en la cual se vive y se trabaja. (Cuaderno Médico, 2012: 52).

Generalmente se evidencia que cuanto más comprometidos con el propio paciente estén y mejor se encuentren los profesionales sanitarios, éstos ofrecen mejor trato de calidad al paciente que generan mayor confianza (Liao, Toya, Lepak y Hong, 2009). Cabe destacar que los recursos cognitivos (mediante la evaluación de las creencias de eficacia) y emocionales (mediante la evaluación del afecto positivo) se han validado empíricamente en estudios relacionados directamente con la confianza, efectividad y seguridad en el servicio (Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011).

Si bien es cierto que los profesionales sanitarios poseen una motivación intrínseca<sup>31</sup>, muchos sienten insatisfacción en su desempeño en el sistema sanitario público (CIS, 2010, 2012, 2013). Según algunos gestores sanitarios ello es debido en gran parte a que el sector público tiene dificultades para desarrollar mecanismos de incentivos apropiados, tanto monetarios como de identidad (Cabasés, 2015). Frecuentemente, los profesionales sanitarios se quejan de la falta de motivación y la obsoleta gestión de personal, lo que condiciona su comunicación con los demás grupos de interés (Wolf y Wendt, 2006).

Un reciente estudio (Marín, Romero, et al., 2004) explora la relación entre síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) de los profesionales sanitarios y el apoyo procedente de la red social, es decir, sus vínculos informales (familia y amigos) y sus vínculos del lugar de trabajo (supervisores y compañeros)<sup>32</sup>. Las conclusiones del estudio determinan que el agotamiento emocional se relaciona positivamente con el apoyo social de los compañeros, y que la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos está asociada directamente con la realización personal. Se llega a la conclusión de que para futuras investigaciones se debe considerar la importancia de valorar qué necesidades de apoyo social específicas requieren diferentes vínculos sociales. Además, se destaca que el rol de la comunicación y los vínculos informales tienen en la prevención del síndrome de *burnout*.

---

<sup>31</sup> Las teorías económicas consideran la “motivación intrínseca” como una cuestión que depende de cómo los trabajadores se ven a sí mismos en su relación con la organización dónde trabajan.

<sup>32</sup> Para la recogida de datos se utilizaron la metodología *Multidimensional Support Scale* y el *Maslach Burnout Inventory* en una muestra de profesionales de un hospital general.

---

Cabe recordar que la comunicación interpersonal influye directamente en la generación de motivación en las personas que participan en el proceso comunicativo. Es el tipo de actividad de comunicación más común en el sector hospitalario. Puede ayudar a la organización a mejorar su funcionamiento, y, por ende, la confianza que depositan en ella a través de las interacciones entre la institución y el personal hospitalario.

a) Factores de confianza más citados en las fuentes:

- Diálogo fluido, eficaz y transparente
- Índice de rotación
- Índice de absentismo
- Comunicación ascendente, descendente y horizontal
- Coordinación entre departamentos (seguimiento del historial clínico)
- Información accesible
- Empoderamiento
- Conocimiento de estrategias, planes y objetivos de la institución sanitaria
- Liderazgo participativo

b) Factores de confianza menos citados, pero, aun así, relevantes para la investigación:

- Fiabilidad del servicio
- Respeto mutuo
- Acciones de formación continua para los profesionales (mejora continua)
- Conocimiento de la institución sanitaria, sus servicios y las personas que prestan estos servicios
- La implicación de los directivos en los resultados de la calidad de los servicios sanitarios
- Ética y discreción
- Capacidad de respuesta



### **Los familiares**

Los familiares (igual que los pacientes) identifican la falta de información y de coordinación y la percepción del servicio sanitario en sí como parte de sus principales preocupaciones (SEDISA, 2013; SERGAS, 2009). Al hilo de ello, es importante recalcar el valor emocional de la comunicación, ya que la relación y la opinión de la sociedad con respecto a las instituciones sanitarias se guía, en muchas ocasiones, por criterios emocionales y relacionados con experiencias previas del entorno. En este sentido, los familiares que están en contacto continuo con los pacientes son los grupos de referencia con más fuerza de influencia.

Tradicionalmente la familia siempre ha desempeñado un importante rol en el restablecimiento y mantenimiento de la salud y en el bienestar de sus miembros; en este sentido, el cuidador familiar ha realizado una contribución importante al sistema formal de salud en el cuidado de las personas enfermas (de la Cuesta, 1995). Antes hemos mencionado el rol de la mujer como prescriptora de opinión, siendo, de alguna forma, la máxima responsable de la unidad familiar (CIS, 2006).

Actualmente, las nuevas formas de atención sanitaria, como el cuidado domiciliario, la hospitalización a domicilio y la cirugía ambulatoria, que apuntan a disminuir la estancia hospitalaria y también los altos costes sanitarios, hacen que el interés sea cada vez más creciente por los familiares (Domínguez-Alcón, 1997, 2003).

- a) Factores de confianza más citados en las fuentes:
- Diálogo fluido y transparente

- Información accesible y comprensible
  - Amabilidad en el trato
  - Experiencias previas de personas de referencia
  - Fiabilidad del servicio
- b) Factores de confianza menos citados, pero, aun así, relevantes para la investigación:
- El aspecto exterior y mantenimiento de accesos e instalaciones
  - Cuidado del pequeño detalle
  - Respeto mutuo
  - Empatía y atención personalizada
  - Capacidad de respuesta
  - Acciones de formación continua para los profesionales
  - El aspecto exterior de los profesionales
  - Ética y discreción
  - Tratamiento de quejas

#### **Los directivos**

Para conseguir una gestión eficaz de una institución sanitaria es necesaria una redistribución de esfuerzos, bien organizada, que permita que la atención del paciente sea de calidad a la vez que óptima en cada parte del proceso. Actualmente, organizar o reorganizar los procesos es un tema clave. Este proceso de cambio debe gestionarse desde la Dirección de la institución sanitaria y articularse a través de personas que entiendan cual debe ser el objetivo de la nueva organización y entiendan cual será la mejor manera de aprovechar las inversiones y los recursos disponibles (Gallego, 2015).

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA, 2013) establece en su vigente Plan Estratégico la profesionalización de los gestores de la salud como un objetivo a desarrollar. Reconocen que las situaciones difíciles y conflictivas del

---

directivo de una institución sanitario empeoran claramente las relaciones humanas y la comunicación en todo su conjunto, cara a los pacientes, a los profesionales, a los familiares, a los proveedores, a las aseguradoras y demás grupos de interés de una institución sanitaria. Afirman que “no basta con que sean buenos técnicos, ejecutores o gestores, sino que también han de saber gobernar sensu stricto...sabiendo elegir socios, dirigir la comunicación, actuar con un rígido orden de prioridad y con inusual transparencia” (2013:4).

Hoy día, cada vez más, los directivos de instituciones sanitarias intentan reforzar una imagen de confianza cara a la sociedad y en las instituciones que representan y, en definitiva, también en ellos. Para ello utilizan las nuevas tecnologías como herramientas pedagógicas para comunicarse con el usuario y su entorno, conocer sus necesidades, informar de hábitos saludables y de nuevas investigaciones y servicios que ofrece la institución (SEDISA, 2014). Cada vez son más conscientes que la comunicación interna y externa y la transparencia son pilares básicos para generar una relación de confianza con los pacientes y su entorno. Divulgan así información y conocimientos sobre el funcionamiento de la propia institución, capacitan a pacientes, cuidadores y familiares y mejorar la información orientada a colectivos de pacientes y al entorno (escuelas de ciudadanía). Las interacciones aún están poco desarrolladas por parte de los responsables de la institución sanitaria (Aguerreberre, 2012) y frecuentemente se centran más en el paciente, y si acaso en las asociaciones de pacientes, no teniendo en cuenta a los propios profesionales sanitarias, ni a familiares o proveedores (Álvarez, González, Lema & Romero; 2012).

a) Factores de confianza más citados en las fuentes:

- Diálogo fluido y transparente
- Poder de decisión
- Capacidad de respuesta
- Información accesible
- Fiabilidad del servicio

a) Factores de confianza menos citados, pero, aun así, relevantes para la investigación:

- Empatía y atención personalizada
- Respeto mutuo
- Liderazgo participativo
- Conocimiento de la institución sanitaria, sus servicios y las personas que prestan estos servicios
- Ética y discreción
- Acciones de formación continua para los profesionales (Mejora Continua).

#### **Proveedores**

Como respuesta a los actuales cambios del entorno los acuerdos de subcontratación constituyen un fenómeno de relevancia creciente también en el entorno de la institución sanitaria. Muchos hospitales subcontratan los servicios de limpieza de las instalaciones, la limpieza de la lencería y lavandería, así como incluso los servicios de cocina y de servicios técnicos desde hace tiempo.

La organización, para poder contar con una colaboración adecuada de los proveedores, es decir, para lograr la consecución de suministros de calidad a un coste razonable (con entregas puntuales y su posible participación en el diseño de nuevos productos que satisfagan mejor las necesidades de los clientes) ha de cumplir los compromisos contraídos y, en algunos casos, prever la necesaria

vinculación de actividades para evitar que distorsionen el futuro de la organización. Sin embargo, Johnson y Scholes (2001) señalan que el proveedor es el grupo de interés menos protegido en el proceso comercial, por lo que necesita reducir sus riesgos incrementando la prudencia en la consecución de acuerdos comerciales.

Muchos proveedores están obligados a contratar una asistencia técnica para la supervisión y control del cumplimiento de contrato, y se encargan de que se cumpla el Pliego de Prescripciones Técnicas y la Oferta de la Adjudicataria, y en caso de que no sea así, se realizarán descuentos pecuniarios en su canon mensual. Mediante los Contratos de Colaboración entre el Sector Público y Sector Privado (CCSPP) la Administración pública pretende así garantizar que los servicios públicos, realizados de manera externa por una empresa privada, sean de una alta calidad para el paciente.

Cabe destacar especialmente la subcontratación incluso de los propios servicios sanitarios a otras instituciones sanitarias mediante los denominados acuerdos de concertación para acortar las listas de espera. González- Busto y López afirman que “el empleo de la subcontratación sanitaria no está exento de problemas especialmente por la falta de un diálogo fluido y transparente” (2010:90-95).

Aunque en un entorno como el actual los acuerdos de subcontratación pueden suponer una cuestión de supervivencia para las instituciones sanitarias requieren de una comunicación muy extendida entre los distintos grupos de interés. El economista Luis Carretero, Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y Director General del *Hospital Son Espases*, constata que una característica

fundamental de la organización sanitaria ha de ser la comunicación y participación directa como socios de los proveedores. La base fundamental es el diálogo con los proveedores. “Procesos de licitación más complejos, basados en el diálogo y la transferencia de conocimiento, fortalecen a la institución sanitaria en la medida en que el resultado es mucho más meditado y contrastado que mediante un concurso público tradicional.” (GERTECH, 2015: 13). La empresa subcontratada tiene que conocer en detalle los requerimientos y necesidades de los pacientes, familiares, entorno, profesionales sanitarios y directivos para poder adecuarse a ello. Se observa que una falta de espacio comunicativo es uno de los grandes problemas a tratar en este sentido. Un grado de compromiso demostrado por los distintos socios, y la buena predisposición de las instituciones para aprender de los grupos de interés, es una de las principales condiciones. Asimismo, hay que reforzar un ambiente de confianza mutua que agilice la comunicación y la relación entre los distintos grupos de referencia. Los expertos sanitarios coinciden en que debe evitarse una posible burocratización la cual restaría flexibilidad a la organización, pero manteniendo siempre presente que se trata de empresas independientes que deberán ser gestionadas de forma autónoma (McCarthy, 2003; Jones 2005; de la Piedra, 2012).

- a) Factores de confianza más citados en las fuentes:
  - Fiabilidad del servicio
  - Información accesible
- b) Factores de confianza menos citados, pero, aun así, relevantes para la investigación:
  - Diálogo fluido, eficaz y transparente
  - Responsabilidad social
  - Capacidad de respuesta

### **Asociaciones de pacientes**

Las Asociaciones de Pacientes y Familiares constituyen la voz de las personas enfermas y de su entorno ante el sistema sanitario. La mayoría suelen ser asociaciones de carácter privado, de ámbito regional o estatal.

Hacen hincapié en la importancia de proporcionar más información sobre la enfermedad, pero también de promover programas de educación para la salud en todos los ámbitos, de manera que se favorezca un mayor acercamiento a estos colectivos para así satisfacer sus necesidades en el mayor grado posible (*Mapa Nacional de las Asociaciones de Pacientes en España, 2014*). Cuestiones como el número de acciones informativas relacionadas con enfermedades crónicas, el tiempo de respuesta ante una necesidad planteada o, incluso, el impacto de comunicados de prensa condiciona directamente la confianza de una asociación de pacientes. Las Asociaciones de Pacientes proporcionan a los afectados, a los familiares y a la sociedad en su conjunto una información general sobre la patología que presentan, con especial hincapié en querer generar una relación de confianza.

“Las asociaciones escuchan desde la empatía, acompañan desde la experiencia compartida, asesoran en el autocuidado y suponen un importante apoyo en el ámbito psicológico y ocupacional.” (Comunidad de Madrid, Atención al Ciudadano).

Actualmente hay 1.828 asociaciones de pacientes registradas en España (dato de mayo de 2020). A pesar de ello, la mayoría de los pacientes desconocen la

labor de las asociaciones y por tanto no saben valorar sus actividades (*Mapa Nacional de las Asociaciones de Pacientes en España, 2014*)<sup>33</sup>.

Existen cinco grandes campos en los que trabajan las asociaciones de enfermos actualmente en España:

1. La información de los pacientes, familiares y sociedad
2. La Mejora de la relación entre médico y paciente
3. La participación en la toma de decisiones clínicas
4. El Acceso del paciente a la asistencia sanitaria
5. La participación de los enfermos en la política sanitaria y la defensa de sus derechos.

Albert Jovell, presidente de la asociación española del “Foro de Pacientes” afirma que “las asociaciones protegen a los vulnerables de la estigmatización social. Esta función social de las asociaciones de pacientes merece ser reconocida y sus planteamientos deben ser atendidos tanto por la sociedad como por los políticos sanitarios” (2013).

Si bien es cierto que muchas asociaciones acusan una falta de comunicación efectiva con las instituciones sanitarias, incluso, con la propia sociedad. Reclaman un espacio comunicativo más amplio que les pueda ayudar en sus propósitos (“Plataforma de Asociaciones de Pacientes”, “Foro Español de Pacientes”, “Alianza General de Pacientes”, “Asociación Española de Cáncer”, “Grupo español de asociaciones de pacientes con cáncer”).

---

<sup>33</sup> Entre los que sí las califican, lo hacen muy positivamente, sobre todo los afiliados a alguna asociación. Cuentan entre 30 y 65 años, tienen estudios superiores y viven en las zonas centro y noroeste peninsular (Informe *Farmaindustria*, 2014).

---



- a) Factores de confianza más citados en las fuentes:
- Información accesible y veraz
  - acciones informativas relacionadas con hábitos saludables y enfermedades crónicas
  - Diálogo fluido y transparente
  - Número de reclamaciones
- b) Factores de confianza menos citados, pero, aun así, relevantes para la investigación:
- Relaciones mutuas basadas en el respeto
  - Intercambio de información y de necesidades
  - Responsabilidad social.

### **Aseguradoras y mutualidades**

Las aseguradoras siguen con tendencia en alza. Muchos ciudadanos, a pesar de la crisis económica, recurren cada vez más a la sanidad privada para garantizarse la asistencia médica a pesar de una buena imagen del sector sanitario público como reflejan los últimos barómetros sanitarios del CIS (2006). Además, hay que añadir el aumento de las empresas que deciden dar una cobertura sanitaria privada a sus trabajadores. Según datos publicados por el Departamento de Investigación del IESE (Instituto de Estudios Superiores de Empresa) y de datos publicados por el Departamento de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones), publicado en septiembre del 2008, el ramo de salud en nuestro país ha gestionado en España un total de 2.900 millones de euros. Esta cifra, comparativamente con el mismo periodo del año anterior 2007, supone un crecimiento del 8,3 por 100. En asistencia sanitaria, el crecimiento ha sido del 8,5 por 100 y en la modalidad de reembolso de gastos de un 8,2 por 100. En cuanto a las mutualidades Sirva como

ejemplo el dato siguiente: en 2014, la población de las mutualidades de funcionarios atendida por aseguradoras privadas era de 1,94 millones de personas, es decir, cerca de dos millones de personas que eligieron voluntariamente esa opción descargando de presión asistencial a un dispositivo sanitario público a veces desbordado por la incesante demanda (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, IDIS, 2015). La misma fuente considera que el modelo del mutualismo administrativo favorece un cierto equilibrio entre el dispositivo sanitario público y el privado, aportando eficiencia en la prestación de un servicio público como es la asistencia sanitaria, garantizando la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y reduciendo la presión de la demanda de pacientes en el prestador público.

De todo ello se deduce una creciente importancia de las aseguradoras dentro del conjunto de los grupos de interés para una institución sanitaria y para el propio paciente.

a) Factores de confianza más citados en las fuentes:

- Información accesible y veraz
- Diálogo fluido y transparente
- Fiabilidad del servicio

b) Factores de confianza menos citados, pero, aun así, relevantes para la investigación:

- Relaciones mutuas basadas en el respeto
- Responsabilidad social.

## **3.2.- El espacio comunicativo**

### **3.2.1.- Generalidades**

Las instituciones se caracterizan por la manera que las actuaciones de sus grupos de interés las afectan. Su factor clave de éxito y su sostenibilidad depende claramente de la capacidad de interrelacionarse con sus grupos de interés y satisfacer los intereses de todos ellos: sociedad, clientes, accionistas, empleados, directivos, clientes y proveedores. Solo de esta forma se puede crear una ventaja competitiva que perdure en el tiempo y garantizará la continuidad de la institución. El psicólogo norteamericano Carl Rogers ya demuestra en 1961 la importancia de una comunicación abierta y del empoderamiento de los individuos para estimular el potencial de la persona y de su entorno para poder generar un clima de confianza.

Páez y Fuenmayor (2001) apuntan a un, cada vez mayor, acercamiento de las teorías organizacionales y de la comunicación. La comunicación domina toda actividad organizacional. En este sentido, la comunicación eficaz es el resultado de un entendimiento entre comunicador y receptor. Debe formar parte de la gestión del conocimiento, es decir, del conjunto de procesos y sistemas que hacen que el Capital Intelectual de una organización crezca. Más allá de una mera herramienta o estrategia es la base de toda organización y el motor principal para todo tipo de transformación interna o/y externa. Nosotros añadimos a este enfoque las aportaciones de las teorías sociológicas para lograr un efecto sinérgico aún mayor. Su importancia se deduce de la propia definición de la "Teoría del comportamiento organizacional", es decir, del campo de estudio que se sustenta en la teoría, métodos y principios de diversas disciplinas para

aprender acerca de las percepciones, valores, capacidades de aprendizaje de los individuos mientras trabajan en grupos y dentro de la organización y para analizar el efecto del ambiente de la organización y sus recursos humanos, misiones, objetivos y estrategias.

La comunicación organizacional, el conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización y su entorno, es su esencia. De ella se deduce una repercusión directa sobre los resultados de una institución, ya sean económicas o / y sociales. La comunicación influye de forma decisiva en las opiniones, aptitudes y conductas de todas las personas, dentro y fuera de la institución.

Recordamos que los procesos comunicativos implican siempre interrelaciones de personas que comparten información entre sí, a través de la construcción, emisión y recepción de mensajes. Se desarrollan en un espacio comunicativo concreto. En este sentido se concreta el concepto de “espacio comunicativo” como el ámbito en que la persona entra en contacto con otra persona. Se establecen así intercambios comunicativos con todos los elementos que configuran el proceso comunicativo desde un ámbito social, lingüístico, cultural y personal.

Sabemos que toda organización sanitaria busca obtener, gestionar y usar la información y la comunicación para mejorar los resultados de los pacientes, así como también el desempeño de la organización tanto a nivel individual como general. Al igual que los recursos humanos, materiales y financieros, la comunicación y la información es un recurso que se debe gestionar de forma

efectiva. Ello sugiere un análisis y unos estándares que puedan facilitar esta interacción, un diálogo más fluido, más sensato y eficaz con todos los grupos de interés que no contemple solo la relación médico-paciente.

Si bien es cierto que estudios en instituciones sanitarias constatan que la comunicación se encuentra en un estado muy débil con una elevada deficiencia e inestabilidad (Otero y Alvarado, 2011). Los autores destacan que las instituciones sanitarias, que son la base de sus investigaciones, se caracterizan no tanto por la falta de comunicación en sí, sino por una “desviación de la comunicación, característica que obedece a un factor de ruptura en la gestión organizacional” (2011:94). Sirva de ejemplo el hecho de que, si las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera de la institución sanitaria satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada, es uno de los principales estándares de acreditación de la Comisión Internacional para hospitales (*Joint Commission International*, 2011: 220).

En este contexto suele ser más frecuente la evaluación y menos frecuente la facilitación de herramientas para un espacio comunicativo más adecuado para conseguir resultados más satisfactorios. Resulta evidente que para poder actuar de forma proactiva en una organización es preciso actuar sobre las causas y no sobre las consecuencias.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge la falta de información entre los distintos stakeholders como un punto importante para innovar y mejorar (Informe: *Maximizing positive synergies between health*

*systems and Global Health Initiatives*, 2009). Si bien es cierto que el propio concepto de “comunicación”, “espacio comunicativo”, “grupos de interés” o “stakeholders”, ni siquiera el concepto de la “confianza,” forman parte de los enlaces de temas de salud que ofrece la página web oficial de la OMS.

Al hilo de ello hay que recalcar nuevamente que las estructuras informales o semiinformales del propio entorno hospitalario también son catalizadores de la comunicación. Hay que enfatizar la importancia de un espacio comunicativo idóneo para que la comunicación realmente se pueda realizar y generar un ambiente de confianza. Asimismo, debe destacarse la base esencial de toda comunicación, el respeto. Es la consideración y reconocimiento de los derechos de los grupos de interés, personas, entorno y sociedad en su conjunto, valorando la pluralidad de sus opiniones, y teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas. La etimología de la palabra respeto proviene del término *respectus* del latín, palabra compuesta por el sufijo *re* y la palabra “*spectrum*” (aparición) que deriva de la palabra *specere* (mirar) e implica consideración con los demás, atención, comprensión y empatía. Todos estos ítems tienen una relación clara con el concepto de la confianza.

En relación con la comunicación sanitario hay que resaltar las aportaciones de asociaciones sanitarias como la “Asociación Nacional de Informadores de Salud”. Su delegado territorial, Marc de Semir, destaca en una de las últimas reuniones con un grupo multisectorial de expertos en comunicación sanitaria la importancia de transmitir la información de manera transparente, veraz y creíble (2014). Insiste en la importancia de la recuperación de confianza y credibilidad entre medios de comunicación, comunicadores y la sociedad en su conjunto.

---

Otro ponente del mismo acto, el decano de la Facultad de Comunicación Blanquerna y director de Comunicación de la Universidad de Vic de Catalunya, Josep M.<sup>a</sup> Carbonell, defiende la trascendencia de la ética en la comunicación corporativa en salud para generar confianza y establecer una relación más positiva con los *stakeholders* (2014).

Hoy día muchos expertos de la sociología de la salud también recalcan la importancia del concepto de *health literacy* en el ámbito de la comunicación corporativa sanitaria. Hace referencia a una forma de alfabetización en salud para facilitar y dar las herramientas necesarias a la sociedad para tener mayor conocimiento y poder entender con mayor claridad los procesos sanitarios actualmente. <sup>34</sup> El Instituto estadounidense de medicina (IOM) lo define como “la capacidad general de una persona de obtener, procesar y comprender los servicios y la información básica sobre la salud a fin de adoptar decisiones en materia sanitaria”. La socióloga alemana Ilona Kickbusch lo entiende como la capacidad de adoptar decisiones adecuadas en materia de salud en el contexto diario y cotidiano con el objetivo de generar confianza en los pacientes (2001, 2004). La alfabetización sanitaria supone, a su vez, una mayor concienciación de la propia capacidad y competencia del individuo y de la sociedad en el control y manejo de su salud y enfermedad y puede mejorar las relaciones (de confianza) con su institución sanitaria de referencia.

---

<sup>34</sup> La OMS define el concepto “health literacy” como “la alfabetización en salud que hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud.

---

Destaca su especial importancia relacionada con pandemias como del coronavirus y otras epidemias. La pandemia por Covid-19 nos exige desarrollar espacios comunicativos en la promoción de estilos de vida saludables.

“Estamos ante la presencia de un nuevo paradigma en salud, donde la influencia de los ciudadanos en las decisiones que los afectan colectivamente será determinante para la búsqueda activa de soluciones conjuntas” (Lazcano-Ponce y Alpuche-Aranda,2020: 340).

#### **3.2.2.- Conceptos relacionados**

Se han seleccionado una serie de conceptos teóricos que tienen el propósito de abordar la temática, incorporando los conocimientos previos relativos al mismo y ordenándolos de tal modo que resulten útil para todo el proceso investigativo y las conclusiones a posteriori.

En coherencia con el planteamiento de la tesis multidisciplinar se abordan también aportaciones de autores de la sociología de la comunicación, del entorno económico empresarial centrado, especialmente en la gestión sanitaria, la sociología organizativa, filosofía y psicología.

El sociólogo Samuel Velarde recuerda que la sociología no es un cúmulo de teorías que se usen nada más para pensar en lo macro (estado, estructura, aparatos de estado, institución) y que tampoco es una ciencia de las relaciones humanas en términos funcionalistas; sino que nos sirve para ir desmenuzando el acontecer social, explicarnos fenómenos micros como los profundos acontecimientos de nuestras relaciones sociales. Propone “caminar juntos y donde comenzar a construir situaciones diferentes, espacios distintos,



cotidianidades compartibles, para forjar una vida cotidiana colectiva mucho mejor” (2006:9).

Para este análisis se recogen las aportaciones de los principales autores y expertos sociológicos relacionados con los siguientes conceptos: el interaccionismo, la comunicabilidad, la subjetividad, el capital social, la responsabilidad social y la estructura organizativa. Se establecen una conceptualización social de la “sociología de la comunicación y la sociología de la salud” en base a teorías y estudios relevantes, comenzando por autores clásicos como Émile Durkheim llegando hasta las investigaciones más recientes de Manuel Castells Oliván y Ulrich Beck.

De cada concepto se ofrece una corta definición y las aportaciones de distintos autores. Todos ellos están directamente relacionados con el individuo en contacto con la sociedad y su entorno. Si bien es cierto que el análisis hace más hincapié en las teorías y autores de un enfoque microsociológico. Hacen referencia a los estudios de comportamientos cotidianos o diarios y que se establecen en una relación cara a cara entre los distintos grupos de interés del servicio sanitario. Sus principales teorías, la teoría del intercambio, la sociología fenomenológica y la etnometodológica, se centran en la observación y comunicación directa, para establecer indicadores sociales que intervienen en la construcción de la conducta. Pero también se reflejan cuestiones macro sociológicas, especialmente el funcionalismo estructural y la teoría del conflicto, teniendo en cuenta su interés para el sector sanitario. Al hilo de ello, Ritzer apunta que los desarrollos recientes de la sociología se dirigen a la integración *micro-macro*, la integración acción-estructura y las síntesis teóricas (2001:99).

En líneas generales, se seleccionan especialmente las aportaciones sociológicas relacionadas con la temática de la tesis. Las teorías del funcionalismo estructural de Parson, el interaccionismo simbólico (estando más cercano al análisis del orden social parsoniano que la etnometodología) y a la sociología fenomenológica y etnometodología de Harold Garfinkel (los estudios de la conversación que examinan los trazos organizacionales del lenguaje natural en las interacciones cotidianas, como por ejemplo las conversaciones telefónicas, los saludos, etc.), forman parte de ello.

En particular, la investigación sobre los espacios comunicativos de los principales grupos de interés de una institución sanitaria puede enriquecerse especialmente con las reflexiones de la fenomenología. En este sentido, es conveniente recordar una de las premisas de la sociología fenomenológica. Esta disciplina recalca que, para que la comunicación sea posible, no es sólo necesario que los sujetos compartan un mundo, sino que tienen que ser capaces de comprender este mundo de una forma similar a como el otro lo comprende. A su vez, es importante resaltar que sólo son comunicativas las acciones que intentan transmitir un determinado significado.

#### **3.2.2.1.- *El interaccionismo***

##### **Aproximación**

La interacción puede ser entendida como la acción recíproca entre dos o más individuos. El resultado final siempre pretende ser la modificación de los estados de las personas que participan y es considerada como fundamento de todas las relaciones sociales. Es obvio que tiene una clara relación con nuestro objeto de

---

estudio, la confianza. Hay que tener presente que las personas son capaces de un proceso deliberativo en su interacción.

La continua interacción requiere de un especial análisis para aclarar muchos aspectos de la vida social. Múltiples investigaciones sociales y psicológicas demuestran que, a pesar de la aparente impersonalidad de las sociedades contemporáneas, los individuos desean encuentros personales que les proporciona más información y les trasmite generar relaciones de confianza para poder manejar sus impresiones y percepciones (Torres, 2013; Viladot y Presas, 2012; Mora, 2002).

Es decir, es la fuente de construcción de conocimientos sobre la vida cotidiana, como el escenario de relación social por excelencia que permite a los sujetos sociales comprenderse a sí mismos y a su entorno (Vizer, 2003), recordando que la socialización se define como el proceso que adapta la información de cada uno a sus propias necesidades (Alexander, 1988).

Para los interaccionistas, los actores negocian una definición de la situación (norma, regla, etc.), mientras que lo que interesa a los etnometodólogos es cómo los actores llegan a identificar una ocasión como una situación en la que se aplica tal regla, es decir, se interesan en las reglas en tanto que recursos de los actores para establecer la situación (Giddens, 2010).

“El interaccionismo simbólico”, la teoría que estudia las interacciones y sus significados evidencia que los individuos dan diferentes interpretaciones a la realidad. Estas interpretaciones van a ser más similares entre las personas que nos rodean, es decir, su entorno, ya que los individuos actúan y representan un

papel que viene determinado por los roles sociales. Es decir, toda interacción tiene un significado en un contexto específico y las personas dan diferentes interpretaciones a la realidad.

Los trabajos y reflexiones realizados desde el Interaccionismo simbólico se caracterizan por tres consideraciones básicas:

- 1) Los individuos actúan en base a las significaciones que éstas tienen para ellos;
- 2) Su significado de ello surge de la interacción social que un individuo tiene con los demás (su entorno) y varía según qué experiencias previas, motivaciones, etc.
- 3) La interacción supone un proceso de interpretación por parte de la persona con las que interactúa en relación con lo que está expuesto, modificando a través y a lo largo de dicho proceso (Martínez, 2002).

De todo ello se deduce que la interacción entre el individuo y la sociedad condiciona las relaciones sociales y, por ende, la generación de la confianza. El objetivo tiene que ser la comprensión de la identidad individual y la organización social. La generación de la confianza dependerá en gran medida de las interacciones que tenemos con otras personas.

#### **Aportaciones más relevantes de sociólogos de referencia**

En líneas generales, los principales autores del Interaccionismo simbólico son Herbert Blumer, George Herbert Mead, Charles Horton Cooley y Erving Goffman. Todos ellos pretenden analizar a la sociedad y los acontecimientos sociales en términos de interacciones sociales.

Sin duda, las ideas y teorías de Mead se consideran las bases del interaccionismo simbólico. Sus obras analizan especialmente las relaciones entre el individuo y la sociedad. Mead considera que los símbolos (palabras, gestos, expresiones) constituyen el verdadero cimiento de la vida social e influyen directamente en la interacción y, por ende, en la relación. La interacción con la sociedad y la comunicación con las personas es la base de todo ello. En la interacción social las personas aprenden los significados y los símbolos que les permite ejercer su capacidad de pensamiento. El sociólogo destaca que la confianza y la conciencia es el resultado de una evolución y de la interacción con el ambiente y su entorno.

Refiriéndose al interaccionismo, Durkheim habla de un sistema de ideas con el cual los individuos se representan a sí mismos ante la sociedad y sus respectivos miembros. Indica que es una manera de percibir y hacer inteligible la experiencia que tenemos de la sociedad en la que vivimos (2001).

Blumer profundiza más en ello y apunta que las personas no responden simplemente a estímulos, sino es el significado lo que determina la acción. Es decir, los individuos están constantemente interpretando y definiendo a medida que pasan a través de situaciones diferentes. Ello implica que su relación de proximidad y de confianza puede variar en todo momento, condicionado por un estímulo o una acción.

El análisis dramático de la vida cotidiana que plantea Erving Goffman también destaca el importante papel de la comunicación en la formación de la vida. Goffman resalta un nivel macro (institucional) y, a su vez, un nivel micro (el de

las percepciones, impresiones y actuaciones de los individuos). El sociólogo da una especial importancia a la posición social de la persona, y todo a lo que de ello se deriva (conducta ritual en las interacciones).

En cambio, para Garfinkel las reglas suponen un producto del lenguaje como principal fuente de articulación simbólica y de interpretación de los hechos de interacción. De esta forma dan racionalidad al acto de interacción. El lenguaje es la base de toda comunicación. A su vez, la comunicación es importante para los cambios sociales, de estructuras, de comportamientos y de generación de confianza.

Es evidente que toda interacción también siempre es un ejercicio de comunicación. Por medio de la comunicación de símbolos los individuos pueden aprender de otras personas grandes cantidades de significados y valores, como a la vez, formas de comportamiento social. La efectividad de las relaciones depende de la capacidad de entenderse. Autores como Witz (1999), Rier (2000) y Waitzkin (2000) resaltan las dificultades de los médicos para explicarse cara al paciente. Otros, como Davis (1972) y Strauss (1975) consideran que la incomprensión se basa especialmente por “una información amenazante”.

En cambio, el médico Eric Cassell hace hincapié en la importancia de la comunicación como herramienta de refuerzo de las relaciones médico –paciente (1985); reduce la incertidumbre y mejora las relaciones sociales. Recordamos que la confianza conlleva la comunicación y supone una suspensión, al menos temporal, de la incertidumbre respecto a las acciones de los demás.

El médico y sociólogo Howard Waitzkin resalta las diferencias de comunicación entre clases sociales que puede condicionar el clima de confianza entre ellos (1991). El sociólogo Paul Atkinson (1995) considera que toda comunicación en el ámbito de una institución sanitaria cuenta con el rol dominante del médico como parte importante de la problemática de la generación de confianza.

Una interesante apreciación realiza Harvey Molotch y Deirde Boden. Ellos definen el interaccionismo como “compulsión de la proximidad” (1994). En relación directa al sector sanitario, los expertos recalcan cada vez más la importancia de ejercer con las éticas “de la negativa y de la ignorancia”. Los pacientes tienen que percibir los “símbolos” y convertirlos en posibilidades de intervenciones y de actos sociales.

En la acción comunicativa, el mediador simbólico es el lenguaje, siendo la interacción "el corazón de una comunicología posible" (Galindo, 2003) y la propia comunicación el proceso básico para la construcción de la vida en sociedad (siempre dentro de un contexto).

Anthony Giddens (2001) puntualiza que el resultado es siempre la modificación de los estados de los participantes y puede mejorar con mejor comprensión. Si bien es cierto que sólo hay interacción social si hay una reciprocidad observable por parte de otros. Interactuar y percibir son dos actividades que van estrechamente ligadas (Xirau, 2012).

Jürgen Habermas habla del “mundo de la vida” (“Lebenswelt”) que constituye un micro mundo donde las personas interactúan y se comunican. Él es uno de los principales teóricos modernos de la integración de la acción y estructura.

Interesante en referencia con la temática de la tesis también resulta la mención del vandalismo interaccional (Giddens, 2009) para describir unas interacciones bidimensionales (ámbitos micros con fuerza en los niveles macro), carentes de confianza, respeto y cortesía. Es una de las reflexiones más relevantes que ha surgido de la Sociología Fenomenológica, no de la sociología simbólica, como posterior análisis de la importancia de la comunicación en la sociedad actual.

Finalmente, Zubieta, Delfino y Fernández (2008) insisten en la importancia de la interacción de los individuos con su entorno. A su vez, Delfino (2009) y Carballo (2005) revelan cierto malestar en los individuos respecto a la capacidad de la sociedad para darles sentido de confianza, de pertenencia y de un propósito común.

#### **3.2.2.2.- La comunicabilidad**

##### **Aproximación**

La comunicación, el proceso de interacción social, es el paradigma de toda interacción. La comprensión de la comunicación también es la base de toda actividad humana y los cimientos para generar una relación de confianza. Plantear la comunicación desde el punto de vista sistémico implica considerarla como un conjunto de elementos de interacción, donde toda modificación de uno de ellos altera o afecta las relaciones entre otros elementos y grupos sociales. Para el objeto de nuestro estudio conviene recordar que la comunicación es una

---



síntesis de tres selecciones: información, acto de comunicación y comprensión. A su vez, hay que recalcar que toda comunicación se produce en contextos espaciotemporales (espacio comunicativo) en los que operan múltiples reglas que los individuos aprenden y experimentan a lo largo de sus vidas. El análisis de estos contextos es indispensable para interpretar el sentido de los mensajes que se producen constantemente en toda sociedad. De esta interpretación dependerá el grado de confianza que podrá generar.

Es un hecho que la sociedad y los individuos están, cada vez más, interesados en una comunicación continua y eficaz para conseguir un mayor nivel de confianza hacia las instituciones y sus integrantes. Quieren compartirlo con su entorno, teniendo en cuenta que una comunidad se crea una identidad común, en base a diferenciarse de otros grupos o comunidades a través de un espacio comunicativo idóneo. De esta forma la comunicación es importante para los cambios sociales, de estructuras y de comportamientos.

Para que la comunicación sea posible no es sólo necesario que los sujetos compartan un mundo, sino que tienen que ser capaces de comprender este mundo de una forma similar a como el otro lo comprende. El antropólogo israelí Aaron Antonovsky (1981) habla de un “sentido de coherencia” que provoca un sentimiento estable en las personas en proceso de comunicación. Este concepto lleva implícito la presencia de tres dimensiones teórica y empíricamente relacionadas que lo constituyen, que son la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad.

La comunicación es el proceso básico para la construcción de la vida en sociedad, como mecanismo activador del diálogo y la convivencia entre sujetos sociales. La comunicación no sólo es una necesidad emergente, sino un estilo de vida, el corazón de la sociabilidad (Galindo, 2005)

No cabe duda de que la sanidad en su conjunto se caracteriza por la rapidez con que se produce la innovación tecnológica y los procesos de trabajo en cambio continuo. Pero también por la creciente información de la que dispone la sociedad en general y sus usuarios en particular y el nivel de comunicación que mantienen entre ellos. Podemos afirmar que la comunicación debería dominar toda actividad organizacional en el sector sanitario. La comunicación tiene que ser un arma contra el virus de la desinformación. Para ello tiene que haber una buena sintonía comunicativa, sino el proceso de aprendizaje no es efectivo, es decir, que la comunicación está por encima antes que, incluso, la trasmisión de conocimientos. No puede haber asimilación de conocimientos sin un proceso comunicativo previo (Martín, 2007). Desde esta óptica, es importante considerar la institución sanitaria como una organización de producción múltiple, ya que el proceso es diferente para cada paciente.

En este sentido especial importancia recae sobre la figura del propio paciente. De hecho, existe una creciente evidencia (y tendencia) a nivel internacional que demuestra que la activación de pacientes, sobre todo crónicos, mejora la salud y calidad de vida de dichos pacientes y reduce los costes sanitarios que conllevan (en términos de un menor uso de los servicios sanitarios). Asimismo, existen estudios que muestran que una mayoría de los pacientes desean que se cuente con ellos y con su entorno a la hora de decidir sobre sus tratamientos, lo

---

cual no quiere decir que ellos quieran/puedan tomar la decisión por sí solos, sino hacerles partícipes de la decisión (Programa Paciente Experto Cataluña, Plan de Salud 2011-2015 de Cataluña).

En este sentido, el diálogo con los grupos de interés es básico, porque es de esta comunicación de doble dirección de donde saldrán las cuestiones que importan a los pacientes y que deben ser atendidas por la institución sanitaria (Rivera y Moyano, Universidad de Jaume I, 2014).

Conviene recordar al respecto que el paradigma de la enfermedad, en términos sanitarios, se comprende como la insatisfacción de las necesidades del mundo vital. Y para conocer adecuadamente estos requerimientos, la comunicación permanente es la herramienta más esencial. Mantienen los expertos que la “psicologización” de la sociedad se acompaña actualmente de una creciente inadecuación e incapacidad comunicativa en las relaciones humanas que cobra mucha importancia en el sector sanitario. La comunicabilidad entre los distintos actores es factor clave de éxito para el sector sanitario y genera confianza en la sociedad (de la Casa, 2007).

Basándonos en las aportaciones anteriores podemos resumir que la comunicabilidad entre los distintos actores es factor clave de éxito para el sector sanitario y debería ser un medio generalizado de comunicación y de intercambio, entre individuos sistemas y ambiente (Donati, 1978): *Communication in not an add-on, it is at the hearth of patient care* (Audit Commission, 1993).

#### **Aportaciones más relevantes de sociólogos de referencia**

Los estudios de la comunicación tienen parte importante de sus orígenes en los trabajos conjuntos de Garfinkel, Sacks y Schegloff. Los autores examinan los trazos organizacionales del lenguaje natural en las interacciones cotidianas, es decir, como por ejemplo los saludos, las conversaciones telefónicas, discusiones cotidianas etc. La etnometodología, especialmente desarrollada por Harold Garfinkel (*Studies in Ethnomethodology*, 1967) se centra en la forma en que las personas comparten sus realidades, percepciones y acontecimientos sociales los hechos, procesos y acontecimientos sociales desde un punto de vista de la comunicación.

Ya Alfred Schütz considera que la comunicación es un fenómeno exclusivo del mundo de la vida cotidiana. Recalca que la posibilidad de comprender a los otros está fundamentada en relaciones de mutuo entendimiento, para lo cual es necesario que exista un ambiente común comunicativo. Apunta que la comunicación es un proceso que implica un compartir el flujo de las experiencias del otro en el tiempo interior. Este vivir a través de un presente común constituye la experiencia del 'nosotros', que es el fundamento de toda comunicación posible. A pesar de todo, Schütz reconoce que la comunicación completamente exitosa es imposible, porque hay zonas de la vida privada de los otros que son inaccesibles a la conciencia de uno. (Schütz y Luckmann, 1973).

Luhmann (1986) dice que la comprensión de la comunicación como epicentro de toda actividad humana se fundamenta en una perspectiva de corte sistémico. La novedad de Jürgen Habermas respecto a la comunicación, con su pragmática

formal, es que, en la práctica comunicativa, y no sólo en la lingüística, se dan elementos susceptibles de ser racionalmente reconstruidos en *términos universales* (1996, 1989).

Vizer señala que la comunicación instituye la realidad social. Le otorga sentidos compartidos a nivel de los objetos (dimensión referencial); a nivel de las relaciones entre los hablantes (dimensión interferencial); y a nivel de la construcción del propio sujeto en tanto individuo social (dimensión autorreferencial) (2003:191).

Aguerreberre constata que es necesario que las iniciativas de comunicabilidad se orienten a la construcción de una institución sanitaria sólida, cuya proyección externa le permita a la organización establecer relaciones satisfactorias con cada uno de sus grupos de interés y obtener así distintos beneficios comunicativos y organizacionales (2012:2).

La teoría comunicativa del sociólogo alemán Jürgen Habermas se basa en la simple idea de que cuando las personas se comunican con otros pretenden ser entendidos y comprendidos. Si bien es cierto que Habermas afirma que las asimetrías de poder de la sociedad distorsionan la comunicación, produciendo malentendidos y una clara falta de comunicación (e interacción inefectiva). Propone para ello profundizar en los modelos actuales de democracia, eliminando las desigualdades entre las personas y clases sociales. Adquiere mucha importancia su concepto de acción comunicativa. La novedad de Habermas respecto a la comunicación, con su pragmática formal, es que en la

práctica (comunicativa) y no sólo en la lingüística se dan elementos susceptibles de ser racionalmente reconstruidos en “términos universales”.

La teoría de la comunicación del sociólogo alemán Niklas Luhmann gira en torno al lema “solo la comunicación comunica”. El sociólogo destaca que una buena comunicación se mantiene, sobre todo, cuando mayor sea el equilibrio entre los aspectos individuales y los colectivos, haciendo referencia a la participación. (López de Lizaga, 2012)

Es un hecho que la comunicación implica participación, compromiso, colaboración y transparencia entre ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios, conceptos fundamentales para entender el concepto de confianza.

#### **3.2.2.3.- La subjetividad**

##### **Aproximación**

Hay que recordar que la subjetividad describe las percepciones, motivaciones y lenguaje basados desde el punto de vista del individuo. Su campo de actuación se condiciona por su entorno, experiencias previas, entorno y necesidades.

Si bien es cierto que el concepto de la salud pública, la epidemiología y la administración sanitaria son disciplinas con una perspectiva comunitaria, poblacional, y no individual. Pero la nueva transición demográfica tiene como factores centrales la emancipación de la mujer, la primacía del individualismo y una transferencia hacia la esfera público-estatal de buena parte de las funciones tradicionalmente atribuidas al entorno familiar (el cuidado de los ancianos es un buen ejemplo de ello).

Desde un punto de vista sociológico, la subjetividad se concibe como la capacidad de interacción, su intencionalidad, y también la capacidad para pensar. Forma parte de los ámbitos vitales de cada uno, junto con el objetivo (el de naturaleza exterior) y el social (el normativo y de interacción social). Para la Sociología Fenomenológica, la subjetividad está inevitablemente presente en cualquier acto de comunicación. En el proceso de la acción comunicativa los sujetos proyectan sus subjetividades y modelos del mundo, interactúan desde sus lugares de construcción de sentido, son la esencia de todo servicio sanitario, y son la esencia de la generación de la confianza.

Cada individuo es una personalidad altamente diferenciada, que incide en el comportamiento y en las actitudes de las personas con quienes mantiene contacto y, a la vez, recibe mucha influencia de sus semejantes. En la búsqueda de comprensión, aceptación y participación, el individuo trata de compenetrarse con otros individuos y grupos definidos, con el fin de satisfacer sus intereses y aspiraciones más inmediatos. En su comportamiento influyen el ambiente y las diversas actitudes y normas informales existentes en los distintos grupos de referencia.

En este sentido, la percepción individual es entendida como resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones de cada persona.

Las percepciones y vivencias internas también son parte importante de la valoración de los servicios sanitarios de la sociedad en su conjunto, y de cada individuo. Ya se apunta en el apartado 3.1.4.3. que la experiencia previa

condiciona directamente a la generación de confianza de un paciente hacia su institución sanitaria. Lo fundamental, respecto a la clínica, es la personalización de la respuesta médica, pues cada paciente es ciertamente único, y es verdadero aquello de que “no existen enfermedades sino enfermos”. El concepto de la *Medicina Armónica* recalca la búsqueda de esa personalización, en el sentido de equilibrada en su componente científico y humano, y ajustada en su respuesta global a las necesidades del paciente como persona.

Actualmente, los autores de la sociología de la salud destacan que la medicina debe encontrar la subjetividad humana o se reduciría a un instrumento técnico-administrativo tanto más ineficaz y disfuncional para el total de la sociedad, cuanto más perfeccionado esté (Cockerham, Siegrist, Cicourel, Donati). No se puede prescindir de unas características individuales, de un ambiente social, etc. que puede conllevar a una inexorable incompreensión médico-paciente y falta de confianza hacia los servicios sanitarios (A.V. Cicourel., 1983).

De hecho, los autores más relevantes de la sociología de salud actual (Cockerham, Mezzich, Cicourel, Kreeb, Navarro, Siegrist) señalan que este proceso solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de la vida cotidiana.

#### **Aportaciones más relevantes de sociólogos de referencia**

Muchos autores sociológicos apuestan por una clara defensa de toda subjetividad (Baudrillard, Butler, etc.).



Ya Émile Durkheim define los *hechos sociales* en 1895 como "modos de actuar, de pensar y de sentir exteriores al individuo" que existen con anterioridad al nacimiento de un individuo en una determinada sociedad, son exteriores a él. Considera que las normas, valores y demás influencias del entorno son factores importantes para la conducta del individuo. Ejercen *el control social* sobre él, es decir, que limitan su comportamiento. Max Weber reafirma que los hechos sociales son el resultado acumulado de acciones individuales.

Los sociólogos fenomenológicos como Schutz y Luckman (1973) quieren salir del enfoque unilateral sobre las generalizaciones acerca del comportamiento social. Preferían concentrarse en la forma como la gente subjetivamente experimentaba y entiende el mundo social, así como la construcción de su propia realidad social.

Alfred Schütz parte de las teorías de la sociología fenomenológica y con un claro enfoque hacia la intersubjetividad. Opina que la naturaleza de la intersubjetividad es el vínculo o comunicación entre los individuos. Schütz diferencia entre las relaciones de cara a cara y las relaciones impersonales y distantes. En cambio, George H. Mead considera que el desarrollo del individuo es el resultado de un esfuerzo del "yo" por someter el medio. Su obra *Espíritu, persona y sociedad* (1968) recoge la prioridad de lo social, y no lo individual. Considera que el individuo no nace como persona, sino se forma socialmente al momento que logra un pensamiento reflexivo sobre sí mismo.

Otros autores de la sociología de la salud, como G. Hottois. (2007) o M. Sacchi (2008), recalcan la importancia del individuo, la relación médico-paciente, y cada

vez más, su experimentación sobre las personas y su entorno. Consideran que el proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y, a la vez, social mediante la cual el sujeto elabora su patología, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este proceso tan intenso es muy personal y subjetiva. Vinaccia y Orozco destacan en su informe sobre las enfermedades crónicas que “la gran cantidad de aspectos psicosociales que forman parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico” (2005: 2). La salud es una responsabilidad personal de cada individuo e implica una evidente individualización (Navarro, 2013, 2009). La actitud subjetiva está caracterizada por una mayor preocupación y sensibilización.

Otro importante sociólogo contemporáneo, Ulrich Beck, afirma que en las nuevas sociedades recae en el individuo un proceso de *individualización* a través de una desvinculación de las formas tradicionales de la sociedad industrial y una re-vinculación con otro tipo de modernización. Las fuentes colectivas que dan significado a la sociedad se agotan y el individuo, busca de forma independiente, una identidad en la nueva sociedad (2002). El impacto de una individualización que parece anteponer el individuo a todo "hecho colectivo" conlleva una transformación de la intimidad y de la identidad del “Yo” (Beck, 1997).

Las aportaciones más recientes son la acción comunicativa de Habermas que tiene como núcleo fundamental las normas o reglas obligatorias de acción que definen formas recíprocas de conducta y han de ser entendidas y reconocidas intersubjetivamente. El sociólogo español contemporáneo Manuel Castells

---

Oliván apunta que la investigación de la escuela de la inteligencia emocional, entre otros, proporciona un enlace muy importante entre estructuración social y procesamiento individual de las estructuras de poder.

#### **3.2.2.4.- El Capital Social**

##### **Aproximación**

Podemos afirmar que el *capital social* es el conjunto de normas, instituciones y organizaciones que promueve la confianza y la cooperación entre las personas, en las comunidades y en la sociedad en su conjunto. Son importantes recursos disponibles derivados de la participación de los individuos en sus redes sociales y entorno y son esenciales para poder interpretar el concepto de la confianza.

En palabras de Pierre Bourdieu son "el agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento o reconocimiento mutuo" (Bourdieu, 1985:248).

La declaración oficial del Banco Mundial asegura que el *capital social* es, junto con el capital natural, construido y humano, el elemento básico de desarrollo. La persona es sujeto del desarrollo y beneficiario de sus oportunidades, o, dicho de otra forma, un desarrollo humano existe en tanto el proceso de modernización se encuentra al servicio de las personas. Las transformaciones de la sociedad moderna implican necesariamente un cambio y desarrollo, tanto de las relaciones interpersonales como de la misma persona (Lechner, 2000).

“El capital social crea valor debido a que produce bienes socioemocionales, los que satisfacen necesidades de la misma índole”. (*Michigan State University*, 2003: 14). Muchos expertos afirman que las redes sociales estables son generadoras de confianza y constituyen el capital social de la comunidad. Gracias a ella, el individuo satisface mejor sus necesidades sociales.

Factores asociados con el capital social son el control social, la política y la confianza. Todos los conceptos, especialmente el de la confianza, están íntimamente relacionados con las instituciones sanitarias y los servicios que prestan. Un alto grado de confianza sugiere mejores resultados, en cambio, un bajo grado de confianza condiciona el diálogo, la interacción, la comunicabilidad, en definitiva, los resultados (Droar, 2006).

Pese a los avances realizados, muchos autores opinan que las instituciones sanitarias no cuentan con los instrumentos apropiados para que la ciudadanía ejerza un control efectivo sobre los prestadores de servicios de salud y crea un capital social acorde a sus necesidades (Siegrist, Celedón, Noé, Cockerham). Consideran que uno de los principales obstáculos para el desarrollo de la participación ciudadana en el sector sanitario es precisamente la escasa información acerca de los derechos y responsabilidades, y la ausencia de mecanismos que permitan hacerlos efectivos. La participación ciudadana como beneficiario, la participación como contribución a la promoción de la salud, la participación comunitaria y una visión más moderna de participación que recoge también sus responsabilidades requiere de una mayor confianza (Noé y Celedón, 2000).

La actualidad del sector sanitario puede condicionar seriamente el capital social. En cuanto a la situación actual de las instituciones sanitarias, destacan especialmente los siguientes aspectos: (Repullo, 2013: 5- 8)

- Techos presupuestarios para las instituciones sanitarias;
- Limitación en la producción de profesionales sanitarios;
- Topes para el crecimiento de plantillas, limitación de camas, nuevas instalaciones y tecnologías;
- Políticas para reducir la prescripción farmacéutica y la indicación de pruebas diagnósticas;
- Métodos para influir en el comportamiento y las decisiones de los clínicos.
- Falta de participación de los pacientes y familiares.

A todo ello hay que añadir las características de la pandemia actual del coronavirus que ha sumado dos aspectos potentes: es masiva y genera un alto grado de incertidumbre. Todo ello dificulta la generación de la confianza. Estamos observando que la movilización social no se produce en las zonas más pudientes ni en las más vulnerables. Respecto a ello, expertos opinan que en las áreas pudientes la necesidad la resuelve el mercado o una buena red de servicios públicos. La capacidad de respuesta es baja por innecesaria. En el otro extremo, en el de los más vulnerables y con menos recursos, sí que hay una necesidad evidente y ni el mercado ni los servicios ofrecen esa respuesta. Si bien es cierto que algunas agentes sociales, como las asociaciones de pacientes, están trabajando en esta línea.

De todas formas, una revisión de la literatura hace posible distinguir tres funciones básicas del capital social, aplicables en el contexto sanitario: (a) como

### 3.- Marco teórico

---

fuente de control social; (b) como fuente de apoyo familiar y del entorno; (c) como fuente de beneficios a través de las redes de otros grupos de interés.

### **Aportaciones más relevantes de sociólogos de referencia**

Los defensores de la teoría del capital social (Putnam *et al*) defienden que “las densas redes de intercambio social incrementan la cercanía de las relaciones y también incrementan la confianza”. La cooperación voluntaria se ve fortalecida cuando las personas participantes parten del capital social existente. En este sentido, las redes de compromisos sociales, tales como las asociaciones de pacientes, sociedades científicas, fundaciones, etc. son una forma particularmente importante de capital social porque representan una interacción horizontal intensa. Facilitan la comunicación y mejoran el flujo de información acerca de la confiabilidad de los individuos en transacciones pasadas.

Robert Putnam define el “capital social” como los “rasgos de la organización social como confianza, normas y redes que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad facilitando acciones coordinadas” (1993:167). En este sentido, relaciones de confianza personal llegan a generar una confianza social o confianza generalizada (Lechner, 2000:12). Si bien es cierto que Putnam se concentra en formas organizadas de capital social y presta menos atención a las redes de capital social interpersonal y hace más hincapié en las formas organizadas y estructuradas del capital social (Fischer, 1998).

Entre los autores que aportan elementos principales del concepto del capital social están, además, Woolcock y Portes (1998). Pero es realmente James Coleman que lo desarrolla. El autor destaca la interacción como un importante recurso que conduce al intercambio mutuo. Organizar estas interacciones de confianza da viabilidad al capital social. Se logran las metas individuales a través

de las relaciones sociales. Estructurar estas relaciones es un necesario recurso de todo ello.

De esta forma, la definición de Coleman subraya el propósito de nuestra tesis: el análisis de un diálogo estructurado y de sus dimensiones relacionado con los grupos de referencia.

Se evidencian así sus tres ejes centrales:

- b) Se da una acción social a través de interacciones de confianza,
- c) La interdependencia de los actores (los grupos de interés de la institución sanitaria),
- d) La interacción proporciona una estructura (diálogo estructurado de las dimensiones de confianza y sus respectivos indicadores).

A. V. Cicourel (1983) mantiene que el paciente “corre el riesgo de ser recibido como un simple receptor-elaborador de información dotado de una clara limitación lingüística-conceptual”. Afirma que no se puede prescindir de unas características individuales, de un ambiente social, etc. que puede conllevar a una inexorable incompreensión médico-paciente y falta de confianza hacia los servicios sanitarios. De hecho, la expresión individual de cada paciente está determinada por su pertenencia a un grupo social y al papel que éste tiene en el conjunto de la sociedad.

La probabilidad de que un paciente asuma las prescripciones de los facultativos, por ejemplo, no solo depende de sus variables socio culturales, sino, sobre todo, de la relación la que tenga con ellos y la confianza depositadas en los servicios sanitarios (*health belief model and sick role behavior* de M. H. Becker, 1974).



Torsvik (2000) trata la confianza no como una forma de capital social sino como resultado de otras formas de capital social, vinculándolas al desarrollo económico.

Ostrom considera que el capital social facilita el aprendizaje en quién confiar, qué efectos tendrán sus acciones sobre los demás y sobre los recursos, y cómo organizarse para lograr beneficios y evitar daños. Ostrom y Walker (2003) hacen hincapié en la comunicación y la interacción continuadas, las expectativas de confianza mutua.

En definitiva, la función del concepto de capital social radica en que permite identificar que algunos aspectos de las estructuras sociales son valorados como recursos por los actores, y, por lo tanto, pueden ser usados por ellos para lograr determinados intereses o cubrir ciertas necesidades (Millán y Górdon, 2004: 717).

Según Bernardo Kliksberg, el capital social expresa la riqueza y fortaleza del tejido social interno de una sociedad (2007). El mismo autor destaca que las mediciones econométricas demuestran que el capital social favorece el crecimiento económico a largo plazo, y la mejora de las condiciones sociales. Según él, tiene cuatro dimensiones: los valores éticos dominantes en una sociedad, su capacidad de asociatividad, el grado de confianza entre sus miembros y la conciencia cívica (Programa de Amartya Sen).

#### **3.2.2.5.- La Responsabilidad Social**

##### **Aproximación**

La Responsabilidad Social Corporativa (RSC) es el continuo compromiso de las instituciones para contribuir al desarrollo económico de forma ética mientras mejoran la calidad de vida de sus empleados, familias, clientes, así como de la comunidad local y sociedad en general. La sociedad constituye el entorno dentro del cual adquiere sentido la RSC. Se trata de un concepto relativo, que depende de las demandas concretas de una sociedad y de sus valores sociales. Supone llevar la conducta de la sociedad y las organizaciones a un nivel congruente con las normas, valores sociales y expectativas de resultado, que prevalecen en un momento o espacio dado.

El comportamiento social de las instituciones y organizaciones (públicas y privadas) constituye la parte más importante de su legitimidad social. Es la parte dinámica, la acción que produce efectos hacia el exterior y determina el papel que se quiere desempeñar y la aportación al desarrollo de la sociedad. Del resultado agregado del comportamiento social de las instituciones va a depender, en gran medida, el progreso de la sociedad.

En el entorno empresarial europeo se potencia, cada vez más, una información más amplia en línea de la RSC y que muchas compañías están publicando en sus informes anuales. Principalmente destacan sus actuaciones en lo que se refiere a actuaciones relacionadas con el medio ambiente, la sociedad, los empleados, los derechos humanos o con la lucha contra el fraude y la corrupción.

Amartya Sen afirma que la responsabilidad social forma parte del grado de confianza entre sus miembros y de la conciencia cívica (Programa oficial de Amartya Sen). Las organizaciones que enfocan sus actuaciones dentro del concepto de la responsabilidad social asumen los riesgos y los beneficios derivados de la incorporación a sus estrategias de activos como la reputación, el capital intelectual, el reconocimiento de sus actividades sociales o la mejora en sus procesos relacionados con la sociedad y con sus grupos de referencia. Para ello es imprescindible una comunicación abierta y fluida. La comunicación entre la organización y sus grupos de interés pasa a ocupar un lugar central para la evolución y sostenibilidad de ella, también de la comprensión de los fenómenos sociales. Al hilo de ello, se evidencia que escuchar, comunicar y aprender de los grupos de interés presentes y potenciales es la mejor fuente para identificar las futuras oportunidades de una institución.

De hecho, la tendencia actual de la responsabilidad social gira en torno a la identificación de los grupos de interés y a la generación de un diálogo fluido y eficaz con todos ellos, la denominada “teoría de gestión de grupos de interés/ referencia o *stakeholders*”.

El concepto de la responsabilidad social se incorpora inicialmente al sector sanitario a través de la calidad asistencial y el compromiso con la sociedad. Hoy día, cada vez son más las organizaciones sanitarias que se plantean asumir plenamente su responsabilidad social (diálogo fluido, prácticas más honestas, transparencia en la gestión), al entender que en el nuevo contexto global y en la economía actual de mercado, la legitimidad para poder operar ha de venir concedida por todos aquellos agentes o grupos de interés con los que se

relaciona la organización, es decir, los stakeholders. Van incorporando progresivamente materias y asuntos relacionados con la responsabilidad social y la sostenibilidad. La sostenibilidad de los servicios sanitarios basándola en una revisión ética, social y financiera de las bases que lo configuran es una de las grandes cuestiones actuales. También está cada vez más centrando en conceptos como la transparencia, la bioética y la personalización. Son cuestiones fundamentales que resultan decisivos para el vivir social de nuestra sociedad moderna.

Los estándares que tienen en cuenta para la elaboración de los informes de RSC son fundamentalmente:

- Guía G4 del *Global Reporting Initiative* (GRI)
- Informe Integrado
- Pacto Mundial

Todos estos estándares hacen hincapié en el hecho que un diálogo fluido y eficaz no sólo es diferente que cualquier otra técnica de comunicación, sino que es una filosofía para la formulación de problemas. El diálogo es necesario como vehículo para el entendimiento de culturas y subculturas, y que aprendizaje organizacional depende claramente de ello. Por lo tanto, se puede afirmar que el diálogo es un elemento central para cualquier modelo de transformación organizacional y de la sociedad.

En el entorno sanitario merece especial mención el concepto de la bioética por su relación directa con el concepto de la responsabilidad social. A diferencia de la ética médica, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos

los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas también con el medio ambiente. Se define como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales". El criterio ético fundamental que regula esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad y el respeto hacia la persona.

### **Aportaciones más relevantes de sociólogos de referencia**

El concepto de la responsabilidad social proviene originalmente del ámbito económico empresarial,<sup>35</sup> si bien es cierto que tiene directa relación con las teorías sociológicas. Las influencias de sociólogos clásicos, como p.ej. George Mead, teórico del primer conductismo social (interaccionismo simbólico, en el ámbito de la ciencia de la comunicación), son indudables. Se interesa fundamentalmente por los procesos que están relacionados con el propio acto, es decir, atención, percepción, imaginación, razonamiento, emoción, experiencias previas.

En cuanto a la influencia de las teorías sociológicas, se apoya especialmente en principios de la sociología de la comunicación y de la sociología organizativa.

---

<sup>35</sup> El libro verde de la Unión Europea distingue dos dimensiones de la RSC, la dimensión interna y la dimensión externa. La dimensión interna afecta especialmente a los empleados y al medio ambiente e incluye la gestión de recursos humanos, la salud y seguridad en el trabajo, la adaptación al cambio y la gestión del impacto ambiental y de los recursos naturales. La dimensión externa recoge las relaciones con la comunidad, con proveedores y consumidores, los Derechos Humanos y los problemas ecológicos mundiales.

Como “fuente inspiradora” se pueden mencionar las obras de Garfinkel, relacionadas con la indexicalidad y su impacto al lenguaje, la acción social, de Luhmann y, por supuesto, la “teoría de la acción comunicativa” de Habermas y, en general, los enfoques críticos de la Escuela de Frankfurt. La interacción es “el corazón de una comunicología posible” (Galindo, 2003) y la propia comunicación es el proceso básico para la construcción de la vida en sociedad.

Para Luhmann, los sistemas sociales no están conformados por hombres ni por acciones, sino por comunicaciones (Lizaga, 2013). En esta línea, las aportaciones indirectas a la teoría de la comunicación de Luhmann, también su interés hacia conocimientos transdisciplinarios, pueden considerarse también una aportación al concepto de la responsabilidad social. A Luhmann se le reconocen sus esfuerzos por darle a la sociología una nueva base en cuanto al estudio del orden social. (Berthier, 2001) Pese a que el individuo participa de la sociedad, no todas sus acciones son necesariamente sociales y requieren de una interpretación no solo sociológica, sino también de otras cuestiones psicológicas, como p.ej. las motivaciones, percepciones, experiencias previas, etc.

Luhmann destaca que la comunicación supone estar dispuesto a comunicarse y a participar de un orden complejo (1990). En este sentido, el sociólogo reconoce la importancia y la influencia del entorno y de otros grupos de influencia en el ámbito comunicativo (el enfoque *multi stakeholder* de la RSC). Luhmann, dentro de su habitual complejidad, considera la sociedad como un sistema de comunicación que, a su vez, está nuevamente enlazada con la comunicación. Es decir, todo es un tema de la comunicación, incluso la comunicación misma.

---

Luhmann afirma que la comunicación se produce siempre con referencia a sí misma.

Jürgen Habermas identifica tres tipos de intereses que promueven el conocimiento, condicionantes para la generación de la confianza: el interés teórico, el práctico y el “emancipatorio”. Éste último se refiere al interés de cada persona por conocer la realidad social, criticarla y modificarla desde el punto de vista de su libertad. Su obra *Theorie des kommunikativen Handelns* (“Teoría de La Acción Comunicativa”<sup>36</sup>), hace también referencia a Talcott Parsons y Niklas Luhmann. Habermas considera que la modernidad en relación con la comunicación no requiere superación, sino corrección y recoge la teoría sistemática del comportamiento humano basado en el principio de la voluntariedad de Parsons.

Desde su perspectiva, la modernidad es entendida, básicamente, como un marco cultural en el que convergen las distintas expresiones sociales (ciencia, moral, arte, derecho), haciendo hincapié en la necesidad de un diálogo fluido, eficaz y transparente (una de las máximas premisas de la teoría de la responsabilidad social).

Habermas defiende la necesidad de establecer una nueva forma de democracia basada en la participación. De allí que plantee como elemento fundamental el consenso. Una sociedad de bienestar es participar en una situación de discurso,

---

<sup>36</sup> Nota de la doctoranda: Si bien es cierto que la traducción correcta al castellano sería: “actuación” no “acción”, teniendo en cuenta que, desde un punto de vista semántico, ambos conceptos no son exactamente lo mismo.

---

de consenso, de diálogo, en el cual todos participemos en el mismo nivel de importancia.

#### **3.2.2.6.- *La estructura organizativa basada en la confianza y la comunicación***

##### **Aproximación**

Sabemos que toda estructura organizativa debe ser la adecuada para responder a las necesidades de sus grupos de interés, el desarrollo de sus funciones y la capacidad de adaptarse a un entorno cambiante para cumplir sus objetivos y abordar de forma eficaz los retos que se le plantean.

En los apartados anteriores se han analizado los conceptos del interaccionismo, la comunicabilidad, la subjetividad, el capital social y la responsabilidad social desde un punto de vista sociológico.

Las aportaciones de sociólogos relevantes relacionados con la sociología de la comunicación, la sociología de la salud y la sociología organizativa podrían ser muy amplias, pero se ha querido priorizar en las cuestiones más relevantes y directas con la temática y el objeto de estudio. La finalidad es una visión holística y disruptiva que puede enriquecer las aportaciones finales.

El apartado 3.2.2.6. pretende ser un resumen y el resultado de los puntos 3.2.2.1. a 3.2.2.5 aplicado a las hipótesis planteadas,

Hoy día, igual que en otros sistemas sociales, el elevado nivel de la información ha sido muy importante para el desarrollo de la estructura organizativa sanitaria. La introducción de nuevas tecnologías de información ha revolucionado de forma



radical prácticamente todas las actividades humanas, incluida la propia institución. Sin embargo, la evidencia reciente demuestra que los cambios no solo se deben a cuestiones tecnológicas, más bien a factores relacionados directamente con las personas y sus grupos de referencia.

La importancia de la producción científica y tecnológica del sector sanitario en España, así como su propia contribución económica y social al conjunto de la riqueza y bienestar nacional, exige un compromiso de las instituciones públicas sanitarias con la sociedad para fomentar y consolidar un subsistema de innovación propio que ayude a "internalizar" una cultura de calidad y excelencia en las prestaciones asistenciales y servicios públicos, basado en la confianza y la comunicación (Repullo y Oteo, 2005:333).

La ampliación de los tradicionales indicadores económico-financieros ya está incorporando otras dimensiones de naturaleza estratégica como p.ej. la satisfacción de pacientes, procedimientos internos, desarrollo de la organización, o crecimiento e innovación organizativa (Martín y Puerto, 2007:144).

En líneas generales, hoy influyen principalmente tres fuerzas en los últimos cambios: la revolución asistencial, las reformas regulatorias y el impacto de la nueva ciencia. En este sentido, la mayoría de las estrategias sanitarias se centran en una gestión integrada, gestión clínica y gestión por procesos con las personas como su epicentro (Plan Andaluz de Salud, 2013; Servicio Gallego de Salud, SERGAS, 2009), generando y desarrollando los activos en salud de las comunidades correspondientes. "Trabajan en la extensión de buenas prácticas acordes con la evidencia científica disponible, enfocadas a satisfacer las

expectativas y preferencias de los pacientes, en el contexto de una adecuada organización asistencial” (Estrategia para la Seguridad de los Pacientes, Gobierno de Canarias, 2013).

Desde un punto de vista de la gestión, las instituciones sanitarias son organizaciones sumamente complejas, que aúnan el trabajo de multitud de perfiles profesionales de distintas disciplinas (no solo clínicas) que desarrollan sus responsabilidades conjuntamente. En esta línea, los gestores sanitarios reconocen cada vez más la importancia de equipos multidisciplinarios, equipos creativos que favorecen el cuestionamiento, el conocimiento científico, la mutua retroalimentación para poder avanzar hacia delante (Caramés, 2015). Lo identifican con más empatía, más respuesta resolutive, más empoderamiento y más personalización. Recalcan que una atención integral y multidisciplinar, basada en la comunicación y la confianza, resuelve más del 90% de los procesos asistenciales (GERTECH, 2015). Si bien es cierto que también señalan que los profesionales sanitarios, pero deben de que marcar las tendencias, aunque en todo el resto de personal de apoyo también debe haber un cambio conceptual, formando un equipo que comparta objetivos y busque la mejor calidad asistencial para el paciente que al final irá unido inexorablemente a una gestión eficaz. En este sentido el propio concepto de pluralismos implica un amplio espectro de valores y comportamientos. Es evidente que cada grupo de interés también requiere de un espacio comunicativo eficaz y eficiente, no solo para hacer llegar sus necesidades e inquietudes, para retroalimentarse, sino también poder desarrollar un diálogo fluido, eficaz y, a ser posible, transparente con los demás grupos de interés. En definitiva, una búsqueda de un consenso social, de un

consentimiento, a su máximo nivel. Este consenso se caracteriza por la integridad en la gestión juntamente con la responsabilidad, la ética y la transparencia. Ello suele constituir los pilares esenciales de lo que sería un código de buenas prácticas en una institución, y a su vez, forman parte del concepto de la confianza.

Si algo puede caracterizar el nuevo contexto en el que se desenvuelvan las organizaciones sanitarias en las próximas décadas, serán rasgos de incertidumbre y discontinuidad. Prueba de ello es la pandemia del coronavirus que ha generado una situación permanente de desconcierto y falta de confianza. Las carencias informativas, éticas, organizativas y de comunicación han sido comentados en todos los medios y en todos los grupos sociales. Lo único que se puede afirmar a día de hoy con certeza es que los cambios siguen ocurriendo a gran velocidad y que deben buscarse mecanismos que permitan crear certeza en medio de esta incertidumbre (Brown y Duguid, 2000).

Especial relevancia tiene el concepto de la comunicación y un espacio comunicativo adecuado. La comunicación es un proceso central en las organizaciones. Contribuye a dar sentido de identidad entre sus integrantes; regula su comportamiento; reduce la incertidumbre y la complejidad; y, por ende, puede generar un ambiente de confianza.

### **Aportaciones más relevantes de sociólogos de referencia**

Las organizaciones no son distintas de otros sistemas sociales entre los que conviven (Beltri, 2012:42). De hecho, los expertos en gestión recalcan que, igual que todos los seres vivos, cumplen un ciclo vital; nacen, viven, se reproducen y

mueren. Igual que los humanos requieren de una capacidad de tomar conciencia de ellos mismos, ello también debería ser considerada variable significativa de un desarrollo sano de una institución (Beltri, 2012).

También hay que añadir un creciente interés de las instituciones sanitarias por los aspectos sociales de las propias enfermedades. El resultado es que se establezca la medicina social como una rama de interés para los profesionales de la salud. La sociología de la salud intenta responder, en este sentido, a la definición de las entidades sociales de las personas que estén relacionadas con una falta de salud.

El sociólogo Zygmunt Bauman afirma que se ha pasado de una sociedad estable, administrable y sólida a una inestable, insegura y líquida (1999). La hipótesis de Bauman es que el cambio social tiene que ser un producto necesario y dinámico. Diferencia la sociedad sólida (seguridad, contenidos, valores) de la sociedad líquida (movilidad, incertidumbre, relatividad de valores). El autor afirma que es necesario modificar la realidad y comprender que la vía del cambio es la única posible y la única necesaria para poder evitar conflictos sociales y, a su vez, mejorar las condiciones de vida. El sociólogo considera que cada individuo/institución tiene que buscar su propia identidad. Ésta se configura como una responsabilidad reflexiva que busca la autonomía de los demás y una constante autorrealización (1999). En conclusión, coincide con la teoría de la RSC en la necesidad de cambio, de mejora y de innovación, en cambio, difiere de la importancia directa del entorno.

Si bien es cierto que la comunicación puede entenderse como la interacción mediante la que gran parte de los individuos adaptan sus conductas frente al entorno, es decir, a sus grupos de referencia. A través de la acción comunicativa, que plantea Habermas en sus obras, se puede entender también la comunicación organizativa. Proporciona los argumentos para revisar y ampliar el concepto de racionalidad, superando el objetivismo y el instrumentalismo de los planteamientos positivistas. Recordamos que, en la acción comunicativa, el mediador simbólico es el lenguaje.

Ya apuntamos anteriormente que, en referencia a los sociólogos clásicos, la investigación sobre los procesos de comunicación en la vida cotidiana puede enriquecerse con las aportaciones de la sociología fenomenológica. Alfred Schütz insiste en la importancia del modo en que se comprenden recíprocamente las conciencias de las personas y la manera en que se relacionan intersubjetivamente unas con otras. En este sentido, comprender, o hacerse comprender, significa comunicarse con empatía, transparencia, eficacia y respeto.

El sociólogo alemán Niklas Luhmann mantiene en su “teoría de los sistemas” (1996) que la confianza reduce su propia complejidad creando vínculos profundos y duraderos mediante la comunicación.

El sociólogo alemán Johannes Siegrist, un referente en la sociología de la salud, señala que entre los científicos no hay ningún consenso, lo que es la confianza y cómo debe medirse (2001:49-50). Puntualiza que la generación de confianza depende de la coincidencia de valores, de evidencias, de percepciones y

experiencias. Sugiere también la consideración del entorno de la persona para conocer y poder analizar sus actuaciones y sus creencias.

En relación con todo lo anteriormente expuesto hay que tener presente que la salud se manifiesta a través del propio comportamiento (Simon, 1999) y de sus interrelaciones. Si bien es cierto que importa lo que se capta, no lo que se quiera decir o transmitir. Las personas nunca entienden lo que se dice con total exactitud, y lo importante no es lo que se quiera decir, sino lo que ellas entienden. Ello está fundamentado en relaciones de mutuo entendimiento, para lo cual es necesario que exista un ambiente común comunicativo; sobre todo si se tiene en cuenta que las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos. El objetivo final es analizar la vivencia en su conjunto, intentando a comprender al individuo, entender y buscar motivos racionales de su proceder y percepciones en cuanto al servicio sanitario.

En definitiva, la comunicación es un proceso básico para la construcción de la confianza en sociedad. Es un mecanismo activador del diálogo y de la convivencia entre sujetos sociales y de su entorno, generando relaciones de confianza. En este sentido, una mejor comprensión da más probabilidades para encontrar factores de confianza y facilita la propia generación de confianza (Giddens, 2001). Una representación amplia de los verdaderos protagonistas de una transformación (los grupos de interés de una institución sanitaria), un diálogo fluido, eficaz y transparente y el consenso debería contribuir a mejoras significativas para una sociedad avanzada. El concepto de diálogo se podría definir como un inquirir, sostenido y consistente de los procesos, suposiciones y

---

certidumbres que componen las experiencias cotidianas, influenciado directamente por el entorno.

Un diálogo estructurado sirve de ayuda a los grupos de referencia de la organización sanitaria para llegar a altos niveles de consciencia y, por lo tanto, a incrementar la creatividad y efectividad en el manejo de conflicto y resolución de problemas.

El paciente y su entorno requiere de una solución a su problema y para ello necesita confianza en la institución sanitaria y en las personas y grupos que la representan. Un espacio comunicativo que sea capaz de generar y potenciar las diferentes dimensiones de esta confianza adquiere, en este contexto, máxima importancia.

Las nueve dimensiones básicas que se han identificado en base a la revisión de la literatura sociológica describen y caracterizan la esencia del factor de la confianza: La respuesta, la fiabilidad, el diálogo fluido y eficaz, la empatía, la integridad y la ética, el aprendizaje y la autocrítica, la innovación y la sostenibilidad, elementos tangibles y la transparencia.

Ningún actor por si solo dispone de toda la información y de los instrumentos necesarios para “dirigir” o “controlar” de manera fehaciente y completa la dinámica de una institución sanitaria, la cual se mueve, en el mejor de los casos, impulsado por la resultante de un conjunto continuado de consensos y disensos entre los principales actores.

“Ninguna persona u organización, ni siquiera un solo segmento de la sociedad global, pueden por sí solos identificar e implementar las

soluciones a los grandes retos a los que se enfrenta la humanidad hoy en día” (*AccountAbility, United Nations Environment Programme, 2005*).

La legitimidad de la nueva gestión de la institución sanitaria pública, es decir, el *management* social, humanista y antropológico, está en su filosofía moral que impulsa el crecimiento simultáneo de las personas, la organización y la propia sociedad e impugna el viejo y reduccionista debate dual sobre la responsabilidad de las instituciones económicas y sociales (Oteo, 2015).

## 4.- Fase de investigación

### 4.1.- Metodología

Como ya anteriormente comentado, la fase práctica se centra en entrevistas en profundidad y en encuestas a representantes de los grupos de referencia de un hospital público universitario: pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes.

El ámbito geográfico abarca a las ciudades principales de España: Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Bilbao, Las Palmas de Gran Canaria, Málaga, Zaragoza, Vigo y A Coruña. Si bien es cierto que las encuestas también han sido respondidas en ciudades de tamaño medio como Santa Cruz de Tenerife, Murcia, Santiago de Compostela, Lugo y Pontevedra para obtener un perfil sociodemográfico más diverso.

El espacio temporal de las 668 encuestas que se han efectuado de forma aleatoria se fija desde septiembre 2014 hasta junio 2019.



La recogida de datos ha sido personal, online y por teléfono. Se les ha pedido que cumplimenten un cuestionario que incluía datos sociodemográficos (edad, sexo, estudios) y la evaluación de las nueve dimensiones del concepto de confianza que se habían identificado en el marco teórico:

1. la respuesta,
2. la fiabilidad,
3. el diálogo fluido y eficaz,
4. la empatía,
5. la integridad y la ética,
6. el aprendizaje y la autocrítica,
7. la innovación y la sostenibilidad,
8. los elementos tangibles,
9. la transparencia.

Se han encuestado a 158 pacientes, a 84 profesionales sanitarios, a 148 familiares, a 32 directivos sanitarios, a 74 proveedores y a 172 miembros de asociaciones de pacientes.

En cuanto a las entrevistas en profundidad, el espacio temporal es de 11 meses (Julio 16 a mayo 2017), se han entrevistado un total de 64 personas: pacientes (13), profesionales (9), familiares (11), directivos (8), proveedores (9) y asociaciones de pacientes (14).

A todos los entrevistados se ha enviado previamente un guion de la entrevista y una breve conceptualización del objeto de estudio y de análisis. La recogida de datos ha sido personal, online y por teléfono.

Se ha elegido la combinación de los métodos cuantitativos (encuestas) y cualitativos (entrevistas en profundidad) para obtener más información y

#### 4.- Fase de investigación

---

contrastarla desde diferentes enfoques. Si bien es cierto que prevalece la metodología cualitativa. Las fichas técnicas pueden consultarse en los anexos.

Las limitaciones del estudio y de la interpretación de datos pueden reflejar un cierto sesgo del investigador en la asignación de los sujetos. Ello hay que tenerlo en cuenta para el análisis de los datos y comparación entre las distintas dimensiones y grupos de referencia.

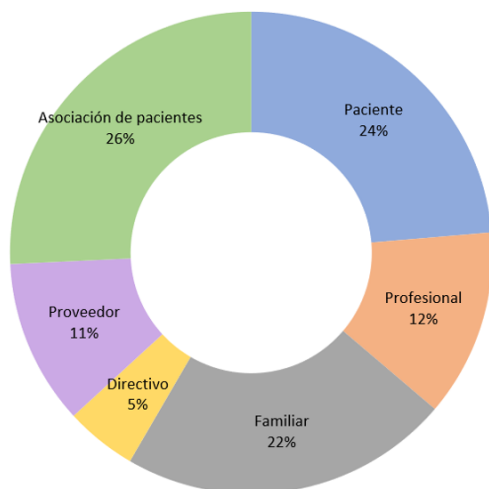
Las fichas técnicas completas se encuentran en el anexo 8.4.

##### 4.1.2.- Encuestas

Se han encuestado un total de 668 personas de forma aleatoria:

- 158 pacientes,
- 84 profesionales sanitarios,
- 148 familiares,
- 32 directivos sanitarios,
- 74 proveedores y
- 172 miembros de asociaciones de pacientes.

*Gráfico 1: Representación gráfica de las encuestas realizados por grupo de referencia*



Las encuestas se ponderan cuantitativamente según la importancia que cada encuestado otorga a las distintas dimensiones de la confianza desde su perspectiva real y desde un punto de vista esperado.

En los resultados ambos resultados se comparan entre ellos.

A través de las encuestas se pretenden analizar la importancia de cada una de las dimensiones por parte de los respectivos grupos de interés que han sido identificadas previamente en el marco teórico.

La medición cualitativa de las encuestas se ha realizado con la escala Likert, mostrando un nivel de acuerdo o desacuerdo, señalando un grado entre 1 y 7:

1. Totalmente insatisfecho RSS<sup>37</sup>= 0-15%
2. Insatisfecho RSS= 16-30 %
3. Ni satisfecho ni insatisfecho RSS= 31-45 %
4. Bastante satisfecho RSS= 46-60 %
5. Satisfecho RSS= 61-75 %
6. Muy satisfecho RSS= 76-90%
7. Totalmente satisfecho RSS= 91-100%

#### **4.1.2.1.- Pre test**

---

<sup>37</sup> RSS: Rango de satisfacción del Stakeholder, IS: Institución sanitaria pública

#### 4.- Fase de investigación

---

Previamente se ha realizado un pretest a cada uno de los grupos de interés con unos indicadores específicos. Con ello se ha pretendido evitar posibles errores de muestreo, de cobertura, de respuesta, de no-respuesta y de interpretación.

Con ello pretendemos mejorar la calidad de los datos y que las mediaciones se ajusten a los objetivos planteados para el estudio. Las limitaciones que se plantean se centran especialmente en la disponibilidad de los recursos.

El número de encuestas pretest corresponden aproximadamente al diez por ciento de la totalidad de las encuestas realizadas. El espacio temporal de la recogida de datos ha sido de tres meses (desde junio a agosto de 2014).

A continuación, se presentan los distintos indicadores para cada grupo de interés.

##### 1) Indicadores encuesta pacientes (*pretest*)

---

#### Indicadores encuesta pacientes (*pretest*)

---

##### Respuesta

---

- 1.RSS en referencia a la atención prioritaria de pacientes con necesidades de emergencia o urgentes
  2. Tiempo de respuesta ante una necesidad planteada
  3. RSS de disponibilidad de los empleados
- 
- 

##### Fiabilidad

---

1. RSS en referencia al diagnóstico (pruebas realizadas, informes, etc.)
  2. RSS en referencia al tratamiento (medicación, informes, seguimiento, etc.)
  3. Índice de reclamaciones
- 
- 

##### Diálogo fluido y eficaz

---

1. Tiempo medio de atención prevista
  2. Conocimiento de los derechos y obligaciones del paciente (incluidos consentimientos informados)
  3. No. de actividades realizadas por la IS para comunicarse con el paciente
- 
- 

##### Empatía

---

- 1.RSS: Los empleados están atentos a las necesidades individuales
  2. Los empleados potencian la comunicación
- 
-

---

3. Se percibe un ambiente de confianza

---

---

**Integridad y ética**

---

1. No. de comisiones de ética celebradas/previstas
  2. No. de códigos de conducta ética relacionados con pacientes (responsabilidad ante las actuaciones o no-actuaciones (omisión) de los profesionales)
  3. Índice de mejoras de gestión ética introducidas
- 

---

**Aprendizaje y autocrítica:**

---

1. % de mejoras de gestión introducidas en base a reclamaciones habidas
  2. La educación del paciente incluye el uso seguro de medicamentos, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y técnicas de rehabilitación.
  3. RSS: Los médicos, los enfermeros y demás responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los pacientes
- 

---

**Innovación y sostenibilidad:**

---

1. RSS: La IS apoya los derechos de los pacientes a participar en el proceso de atención (empoderamiento)
  2. Conocimiento de intereses/aspectos principales sobre el desempeño sostenible e Indicadores planteados por la IS
  3. Conocimiento de la Gestión Clínica y de la Medicina Personalizada
- 

---

**Elementos tangibles:**

---

1. RSS de las instalaciones físicas
  2. RSS de la uniformidad de los profesionales
  3. RSS del estado de la habitación
- 

---

**Transparencia:**

---

1. No. de días de lista de espera para la hospitalización
  2. Índice de fallos médicos
  3. RSS: Se informa a los pacientes de manera comprensible y clara acerca de los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos
- 

## **2) Indicadores encuesta profesionales sanitarios (*pretest*)**

---

**Indicadores encuesta profesionales sanitarios (*pretest*)**

---

---

**Respuesta**

---

1. Índice del clima laboral
  2. Índice de rotación
  3. % de absentismo
- 

---

**Fiabilidad**

---

#### 4.- Fase de investigación

---

1. RSS de la política de personal (contrataciones, promociones, evaluaciones de desempeño, antigüedad, etc.)
  2. Total de horas de formación de los empleados
  3. Número total de incidentes relacionados con la seguridad en el puesto de trabajo
- 

##### **Diálogo fluido y eficaz**

---

1. Tiempo medio de atención prevista
  2. Conocimiento de los derechos y obligaciones del paciente (incluidos consentimientos informados)
  3. No. de actividades realizadas por la IS para comunicarse con el paciente
- 

##### **Empatía**

---

1. RSS de la estrategia de comunicación y difusión
  2. Conocimiento de los derechos y obligaciones del profesional
  3. No. de procedimientos de información, consulta y negociación como herramientas de colaboración
- 

##### **Integridad y ética**

---

1. RSS de la política de Diversidad e Igualdad de Oportunidades de la IS
  2. No. de códigos de conducta ética (control de exceso de horas, delegación responsable, etc.)
  3. No. de mejoras de gestión ética introducidas
- 

##### **Aprendizaje y autocrítica:**

---

1. No. de mejoras de gestión introducidas
  2. % de gastos en formación continua
  3. Porcentaje de empleados que reciben evaluaciones regulares de desempeño y de desarrollo profesional
- 

##### **Innovación y sostenibilidad:**

---

1. Implantación de la Gestión Clínica
  2. Educación para la Salud: Formación frente a los riesgos relacionados con el trabajo hospitalario
  3. Prestaciones sociales a los empleados no exigidas por ley
- 

##### **Elementos tangibles:**

---

1. RSS de la tecnología disponible
  2. RSS de los aparcamientos
  3. RSS de las instalaciones físicas de la IS
- 

##### **Transparencia:**

---

1. Grado de conocimiento del modelo de financiación y la distribución interna de los recursos.
  2. Mecanismos efectivos de la información a los profesionales
  3. Análisis de la política de libertad de asociación y su grado de aplicación
- 

### 3) Indicadores encuesta familiares (*pretest*)

---

#### Indicadores encuesta familiares (*pretest*)

---

---

**Respuesta**

---

- 1.RSS en referencia a la atención prioritaria de pacientes con necesidades de emergencia o urgentes
  2. Tiempo de respuesta ante una necesidad planteada
  - 3.RSS de disponibilidad de los empleados
- 

**Fiabilidad**

---

1. RSS en referencia al diagnóstico (pruebas realizadas, informes, etc.)
  2. RSS en referencia al tratamiento (medicación, informes, seguimiento, etc.)
  - 3.Índice de reclamaciones
- 

**Diálogo fluido y eficaz**

---

- 1.Tiempo medio de atención por parte de los profesionales
  - 2.Conocimiento de los derechos y obligaciones del paciente (incluidos consentimientos informados)
  3. No. De actividades realizadas por la IS para comunicarse con el familiar
- 

**Empatía**

---

- 1.Los empleados están atentos a las necesidades de los familiares
  - 2.Los empleados potencian la comunicación con los familiares
  3. Se percibe un ambiente de confianza
- 

**Integridad y ética**

---

- 1.No. de comisiones de ética celebradas/previstas
  2. No. de códigos de conducta ética relacionados con pacientes y familiares (responsabilidad ante las actuaciones o no-actuaciones (omisión) de los profesionales)
  3. Índice de mejoras de gestión ética introducidas
- 

**Aprendizaje y autocrítica:**

---

- 1.% de mejoras de gestión introducidas en base a reclamaciones habidas
  2. La educación de los familiares incluye el uso seguro de medicamentos, interacciones potenciales entre medicamentos y alimentos, orientación nutricional, gestión del dolor y técnicas de rehabilitación.
  3. .RSS: Los médicos, los enfermeros y demás responsables de la atención del paciente colaboran para analizar e integrar las evaluaciones de los familiares
- 

**Innovación y sostenibilidad:**

---

1. RSS: La IS apoya los derechos de los pacientes y de sus familias a participar en el proceso de atención (empoderamiento).
  2. Conocimiento de intereses/aspectos principales sobre el desempeño sostenible e Indicadores planteados por la IS
  3. Conocimiento de la Gestión Clínica y de la Medicina Personalizada
- 

**Elementos tangibles:**

---

- 1.RSS de las instalaciones físicas
  - 2.RSS de los elementos tangibles de información (carteles, folletos, indicadores, señales)
  - 3.RSS de la uniformidad de los profesionales
- 

**Transparencia:**

---

---

#### 4.- Fase de investigación

---

---

1.No. de días de lista de espera para la hospitalización

2. Índice de fallos médicos

3. RSS: Se informa a las familias de manera comprensible y clara acerca de los resultados de la atención y del tratamiento, incluidos los resultados imprevistos.

---



#### 4) Indicadores encuesta directivos sanitarios (pretest)

---

##### Indicadores encuesta directivos sanitarios (pretest)

---

###### Respuesta

---

1. Índice de frecuentación, el número de pacientes atendidos en la IS por cada 1.000 habitantes
  2. RSS ante una necesidad planteada ante las autoridades/ accionistas
  3. % de absentismo de los profesionales
- 

###### Fiabilidad

---

1. Cumplimiento de los objetivos estratégicos
  2. RSS del plan de inversiones
  3. RSS de la política de personal prevista
- 

###### Diálogo fluido y eficaz

---

1. Nota media de la capacidad de la OS de identificar los puntos fuertes y débiles de la gestión y de actuar en consecuencia
  2. RSS de la estrategia de comunicación y difusión
  3. Posición en las políticas públicas y participación en el desarrollo de las mismas y de actividades de "lobbying"
- 

###### Empatía

---

1. La IS está atenta a las necesidades individuales de los directivos
  2. La IS potencia la comunicación
  3. Se percibe un ambiente de confianza
- 

###### Integridad y ética

---

1. Índice de mejoras gestión de ética introducidas
  2. RSS de la política de Diversidad e Igualdad de Oportunidades
  3. No. de códigos de conducta ética (toma de decisión con un razonamiento moral)
- 

###### Aprendizaje y autocrítica:

---

1. No. de mejoras de gestión introducidas
  2. No. de asesorías a demanda de los responsables del proceso
  3. Promedio de días totales de formación recibidas (incluye asistencia a congresos)
- 

###### Innovación y sostenibilidad:

---

1. Implantación de la Gestión Clínica
  2. RSS: Conocimiento de los impactos, riesgos y oportunidades que afecten a la sostenibilidad de la IS
  3. RSS: poder para participar en las decisiones relativas a políticas financieras y operativas de la IS
- 

###### Elementos tangibles:

---

1. RSS de la tecnología disponible
  2. RSS de los soportes de comunicación
  3. RSS de los despachos y sus medios disponibles
- 

###### Transparencia:

---

#### 4.- Fase de investigación

---

1. Grado de conocimiento del modelo de financiación y la distribución interna de los recursos.
  2. Las responsabilidades del gobierno se describen en los estatutos, las políticas y procedimientos o documentos similares que guían la forma debida de desempeño.
  - 3, Los directivos de la IS están claramente identificados y son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización y de la creación de los planes y políticas necesarios para cumplir dicha misión.
- 
- 

#### 5) Indicadores encuesta proveedores (*pretest*)

---

##### Indicadores encuesta proveedores (*pretest*)

---

###### Respuesta

---

1. % de solución de problemas planteadas
  2. RSS en referencia a la disponibilidad de los empleados más implicados en la realización del servicio
  - 3.% de comunicaciones de las principales necesidades
- 
- 

###### Fiabilidad

---

- 1.RSS: Hay políticas y procedimientos de la organización que regulan las relaciones con los proveedores
  - 2.La IS transmite correctamente las necesidades reales
  - 3.% de predisposición de la OS para solucionar un problema
- 
- 

###### Diálogo fluido y eficaz

---

1. % de información transmitida de las necesidades reales de la organización sanitaria
  2. RSS de la información transmitida
  3. RSS de la estrategia de comunicación y difusión
- 
- 

###### Empatía

---

- 1.La IS está atenta a las necesidades específicas del proveedor
  2. La IS potencia la comunicación
  3. Se percibe un ambiente de confianza
- 
- 

###### Integridad y ética

---

1. Porcentaje de empleados formados en las políticas y procedimientos anticorrupción y antisoborno
  2. No de informes de comisiones éticos relacionados con la temática del proveedor
  3. No. de códigos de conducta ética relacionados con proveedores
- 
- 

###### Aprendizaje y autocrítica:

---

1. No. de mejoras de gestión de suministro introducidas
  2. No. de informes de calidad y propuestas de mejora relacionadas con el suministro
  3. No. de participaciones de los empleados en reuniones temáticas de mejora de suministro
- 
- 

###### Innovación y sostenibilidad:

---

1. No. de políticas y procedimientos relacionados con los derechos humanos, con respecto a la cadena de suministro y los suministros
2. RSS: Conocimiento de los impactos, riesgos y oportunidades que afecten a la sostenibilidad de la IS relacionados con el suministro
3. Influencia significativa para participar en las decisiones relativas al suministro, pero sin tener la capacidad de controlar las políticas.

---

**Elementos tangibles:**

1. RSS de las instalaciones físicas
2. RSS de los aparcamientos
3. RSS de la tecnología disponible

---

**Transparencia:**

1. Grado de conocimiento de la contratación de proveedores
  2. Número total de incidentes de discriminación y soborno y medidas adoptadas
  3. Número y tipo de incumplimientos de las normativas sobre información y etiquetado de productos, así como las sanciones y multas impuestas 3, Los directivos de la IS están claramente identificados y son responsables, de forma participativa, de la definición de la misión de la organización y de la creación de los planes y políticas necesarios para cumplir dicha misión.
- 

## **6) Indicadores encuesta asociaciones de pacientes (*pretest*)**

---

**Indicadores encuesta asociaciones de pacientes (*pretest*)**

---

**Respuesta**

- 1.No. de acciones informativas relacionadas con enfermedades crónicas
- 2.No. de acciones informativas relacionadas con hábitos saludables
3. Tiempo de respuesta ante una necesidad planteada

---

**Fiabilidad**

- 1.No. de comunicados de prensa positivos
- 2.Índice de reclamaciones
- 3.Cumplimiento de los objetivos estratégicos

---

**Diálogo fluido y eficaz**

- 1.No. de reuniones mantenidas
2. RSS de la estrategia de comunicación y difusión
3. No. participaciones activas de la IS para fomentar el desarrollo de la asociación de pacientes

---

**Empatía**

1. La IS está atenta a las necesidades individuales de cada asociación
2. La IS potencia la comunicación
3. Se percibe un ambiente de confianza

---

**Integridad y ética**

---

#### 4.- Fase de investigación

---

1. La IS establece un marco para la gestión ética que garantiza que su funcionamiento se lleve a cabo dentro de las normativas comerciales, financieras, éticas y legales y que proteja a los pacientes y sus derechos.
2. No. de códigos de conducta ética (cumplimiento de la legalidad, responsabilidad ante las actuaciones o no-actuaciones (omisión) de los profesionales)
3. RSS del compromiso cívico de la IS con la asociación entendido como una corresponsabilidad con la sociedad

---

##### **Aprendizaje y autocrítica:**

1. No. de mejoras de gestión introducidas
2. No. de informes de calidad y propuestas de mejora
3. No. de seguimientos de quejas

---

##### **Innovación y sostenibilidad:**

1. Escuela de Ciudadanía: formación preventiva y de hábitos saludables
2. No. de actuaciones ante situaciones de Alarma social en Salud Pública
3. RSS: Conocimiento de los impactos, riesgos y oportunidades que afecten a la sostenibilidad de la asociación

---

##### **Elementos tangibles:**

1. RSS de las instalaciones físicas de la IS
2. RSS de la tecnología disponible
3. RSS de los elementos tangibles de información (carteles, folletos, indicadores, señales)

---

##### **Transparencia:**

1. No. de días de lista de espera para la hospitalización
  2. Políticas de gestión de los impactos causados a las comunidades de las regiones afectadas por las actividades de la IS
  3. Los responsables del gobierno de la IS comunican de forma periódica el plan de calidad y seguridad de los pacientes y toman medidas correctoras.
- 

No se presentan los resultados estadísticos del *pretest*, ya que no son relevantes para el objetivo de nuestro estudio. Cabe resaltar que en el apartado de “comentarios y propuestas de mejora” que se ha incluido como pregunta abierta al final de la encuesta se menciona en varias ocasiones la “falta de comunicación” y “transparencia en cuanto a datos y resultados”.

#### 4.1.2.2.- Los datos sociodemográficos

Los datos sociodemográficos que corresponden al perfil de cada grupo de referencia se recogen en las siguientes tablas:

**Datos sociodemográficos de pacientes**  
159 encuestados

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los pacientes encuestados

<b>Edad</b>	Entre 18 y 29	Entre 30 y 40	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	8	22	74	54
<b>Sexo</b>	Mujer	Hombre		
	62	96		
<b>Estudios</b>	Básicos	Medios	Superiores	
	86	42	30	

Tabla 2: Datos sociodemográficos de los profesionales sanitarios encuestados

**Datos sociodemográficos de profesionales sanitarios**  
84 encuestados

<b>Edad</b>	Entre 18 y 29	Entre 30 y 40	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	10	38	36	0
<b>Sexo</b>	Mujer	Hombre		
	38	46		
<b>Estudios</b>	Básicos	Medios	Superiores	
	0	24	60	

Tabla 3: Datos sociodemográficos de los familiares encuestados

**Datos sociodemográficos de familiares**  
148 encuestados

<b>Edad</b>	Entre 18 y 29	Entre 30 y 40	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	0	32	62	54
<b>Sexo</b>	Mujer	Hombre		
	98	50		
<b>Estudios</b>	Básicos	Medios	Superiores	
	90	36	22	

#### 4.- Fase de investigación

---

---

**Datos sociodemográficos de directivos sanitarios**

32 encuestados

<b>Edad</b>	Entre 18 y 29	Entre 30 y 40	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	0	0	30	2
<b>Sexo</b>	Mujer	Hombre		
	10	22		
<b>Estudios</b>	Básicos	Medios	Superiores	
	0	0	32	

---

Tabla 4: Datos sociodemográficos de los directivos encuestados

---

**Datos sociodemográficos de proveedores**

74 encuestados

<b>Edad</b>	Entre 18 y 29	Entre 30 y 40	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	10	42	18	0
<b>Sexo</b>	Mujer	Hombre		
	10	64		
<b>Estudios</b>	Básicos	Medios	Superiores	
	36	16	22	

---

Tabla 5: Datos sociodemográficos de los proveedores encuestados

Tabla 6: Datos sociodemográficos de las asociaciones de pacientes encuestados

---

**Datos sociodemográficos de asociaciones de pacientes**

172 encuestados

<b>Edad</b>	Entre 18 y 29	Entre 30 y 40	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	4	42	114	12
<b>Sexo</b>	Mujer	Hombre		
	88	84		
<b>Estudios</b>	Básicos	Medios	Superiores	
	16	70	84	

---

No se realiza un análisis del reparto de los variables sociodemográficos, ya que no es de relevancia para el objetivo de nuestro estudio.

---



##### **4.1.2.3.- Valoración de la situación actual y deseada**

Se pondera cuantitativamente la importancia que cada encuestado otorga a las distintas dimensiones de la confianza desde su perspectiva real y desde un punto de vista esperado. Ambos se comparan nuevamente entre ellos. Las encuestas pretenden analizar la importancia de cada una de las dimensiones que han sido identificadas previamente en el marco teórico. A su vez, se persigue averiguar más acerca de algo que ya se conoce en parte. Este proceso de comprobación y operacionalización supone la transformación de las hipótesis en afirmaciones observables empíricamente mediante la apreciación de cada una de las perspectivas/ dimensiones por parte de los principales grupos de interés de las instituciones sanitarias públicas. El propósito es “lograr construir perspectivas de comprensión más completas y de transformación más factibles” (Habermas, 2012).

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta de evaluación de la confianza en la institución sanitaria pública de referencia.

Se han realizado un total de 668 encuestas:

- Grupo de referencia “Paciente”:158
- Grupo de referencia “Profesional”: 84
- Grupo de referencia “Familiar”: 148
- Grupo de referencia “Directivo”: 32
- Grupo de referencia “Proveedor”: 74
- Grupo de referencia “Asociación de pacientes”:172



En una escala de importancia del 1 al 5, dónde 5 es “muy importante” y 1 es “nada importante”, el encuestado evalúa el estado actual de la institución sanitaria pública de referencia y el estado deseable.

### Valoración actual

PACIENTES							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	0	8	74	58	18	158	3,54
2. Fiabilidad	0	12	46	72	28	158	3,73
3. Diálogo fluido y eficaz	5	24	83	38	8	158	3,13
4. Empatía	9	31	67	45	6	158	3,05
5. Integridad y ética	0	8	118	30	2	158	3,16
6. Aprendizaje y autocrítica	0	12	110	28	8	158	3,20
7. Innovación y sostenibilidad	2	13	105	32	6	158	3,17
8. Elementos tangibles	0	5	53	83	17	158	3,71
9. Transparencia	2	22	62	68	4	158	3,32
<b>TOTALES</b>	<b>18</b>	<b>135</b>	<b>718</b>	<b>454</b>	<b>97</b>	<b>158</b>	<b>3,34</b>

PROFESIONALES							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	4	7	41	32	0	84	3,20
2. Fiabilidad	0	2	0	62	20	84	4,19
3. Diálogo fluido y eficaz	6	24	42	12	0	84	2,71
4. Empatía	4	22	50	8	0	84	2,74
5. Integridad y ética	0	4	32	46	2	84	3,55
6. Aprendizaje y autocrítica	4	40	34	6	0	84	2,50
7. Innovación y sostenibilidad	0	12	42	22	8	84	3,31
8. Elementos tangibles	0	4	28	48	4	84	3,62
9. Transparencia	1	8	58	17	0	84	3,08
<b>TOTALES</b>	<b>19</b>	<b>123</b>	<b>327</b>	<b>253</b>	<b>34</b>	<b>84</b>	<b>3,21</b>

FAMILIARES							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	0	8	32	84	24	148	3,84
2. Fiabilidad	0	4	38	92	14	148	3,78
3. Diálogo fluido y eficaz	2	10	76	60	0	148	3,31
4. Empatía	6	38	82	20	2	148	2,82

#### 4.- Fase de investigación

5. Integridad y ética	0	8	34	78	28	148	<b>3,85</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	2	12	82	52	0	148	<b>3,24</b>
7. Innovación y sostenibilidad	0	2	64	64	18	148	<b>3,66</b>
8. Elementos tangibles	0	0	22	116	10	148	<b>3,92</b>
9. Transparencia	3	20	75	48	2	148	<b>3,18</b>
<b>TOTALES</b>	<b>13</b>	<b>102</b>	<b>505</b>	<b>614</b>	<b>98</b>	<b>148</b>	<b>3,51</b>

#### DIRECTIVOS

Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	1	6	12	10	3	32	<b>3,25</b>
2. Fiabilidad	1	4	14	11	2	32	<b>3,28</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	4	6	10	12	0	32	<b>2,94</b>
4. Empatía	2	7	15	8	0	32	<b>2,91</b>
5. Integridad y ética	0	0	22	8	2	32	<b>3,38</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	0	4	24	4	0	32	<b>3,00</b>
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	16	16	0	32	<b>3,50</b>
8. Elementos tangibles	0	0	14	16	2	32	<b>3,63</b>
9. Transparencia	1	2	19	10	0	32	<b>3,19</b>
<b>TOTALES</b>	<b>9</b>	<b>29</b>	<b>146</b>	<b>95</b>	<b>9</b>	<b>32</b>	<b>3,23</b>

#### PROVEEDOR

Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	3	32	35	4	0	74	<b>2,54</b>
2. Fiabilidad	6	20	38	10	0	74	<b>2,70</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	9	38	25	2	0	74	<b>2,27</b>
4. Empatía	9	35	22	6	2	74	<b>2,42</b>
5. Integridad y ética	8	16	36	14	0	74	<b>2,76</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	10	18	27	19	0	74	<b>2,74</b>
7. Innovación y sostenibilidad	8	11	27	19	9	74	<b>3,14</b>
8. Elementos tangibles	6	14	32	22	0	74	<b>2,95</b>
9. Transparencia	7	16	38	13	0	74	<b>2,77</b>
<b>TOTALES</b>	<b>66</b>	<b>200</b>	<b>280</b>	<b>109</b>	<b>11</b>	<b>74</b>	<b>2,70</b>

#### ASOCIACIÓN DE PACIENTES

Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	0	13	39	92	28	172	<b>3,78</b>
2. Fiabilidad	0	8	46	98	20	172	<b>3,76</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	0	18	51	80	23	172	<b>3,63</b>
4. Empatía	0	30	72	52	18	172	<b>3,34</b>
5. Integridad y ética	0	4	38	104	26	172	<b>3,88</b>

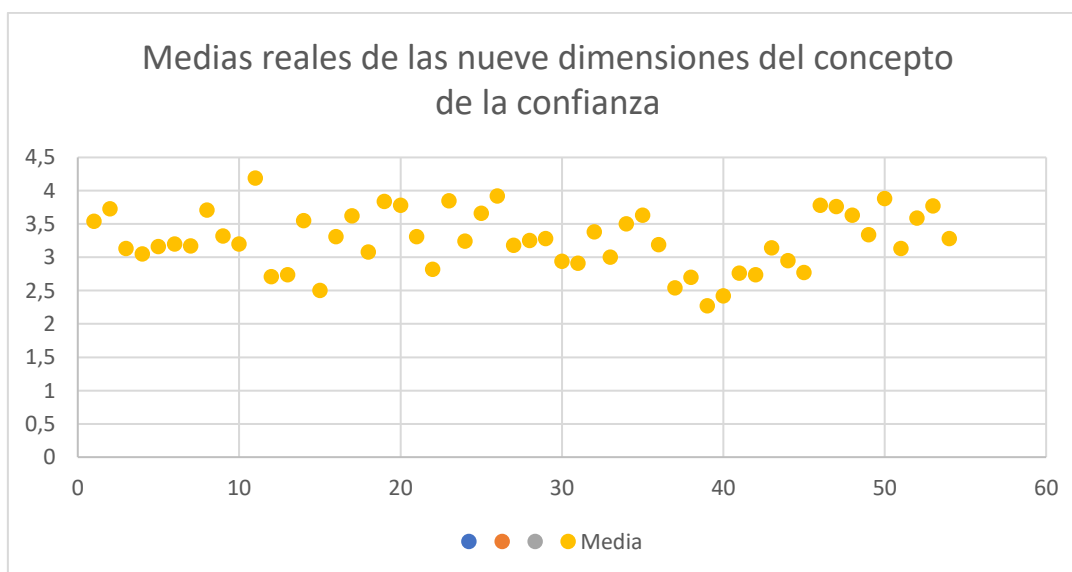
6. Aprendizaje y autocrítica	2	39	88	21	22	172	<b>3,13</b>
7. Innovación y sostenibilidad	2	16	42	102	10	172	<b>3,59</b>
8. Elementos tangibles	0	8	38	112	14	172	<b>3,77</b>
9. Transparencia	4	22	78	58	10	172	<b>3,28</b>
<b>TOTALES</b>	<b>8</b>	<b>158</b>	<b>492</b>	<b>719</b>	<b>171</b>	<b>172</b>	<b>3,57</b>

\*Nota: El color púrpura corresponde a los totales, el color rojo a la media peor valorada y el color verde a la media mejor valorada.

**La media mejor valorada corresponde al grupo de las asociaciones de pacientes: 3,57 sobre 5. La media peor valorada corresponde al grupo de proveedores: 2,70 sobre 5.**

Los resultados de las distintas dimensiones según grupo de referencia se podrán apreciar con más detalle en el siguiente apartado. De antemano llama poderosamente la atención **la falta de empatía, de diálogo fluido y eficaz y la falta de autocrítica y aprendizaje** que acusan los diferentes grupos de referencia.

Gráfico 2: Dispersión de las medias reales de las nueve dimensiones del concepto de la confianza



#### 4.- Fase de investigación

---

El gráfico de dispersión XY de las medias reales nos muestra la relación que existe entre los valores numéricos de diferentes dimensiones, situándose todos entre los valores numéricos de 2 y 4,5.

Para tener una visión más compleja de las diferentes dimensiones se les ha pedido a los encuestados que nos faciliten también sus expectativas en cuanto a los diferentes ítems.

El modelo de encuesta y la ficha técnica se podrán revisar en el anexo 8.4.1.

*Tabla 8: La valoración deseada por grupo de referencia y por dimensión*

<b>Valoración deseada</b>							
<b>PACIENTES</b>							
<b>Dimensión</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Poco</b>	<b>En cierto modo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Media</b>
1.Respuesta	0	0	0	78	80	158	<b>4,51</b>
2. Fiabilidad	0	0	7	72	79	158	<b>4,46</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	0	58	100	158	<b>4,63</b>
4. Empatía	0	0	28	58	72	158	<b>4,28</b>
5. Integridad y ética	0	0	24	90	44	158	<b>4,13</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	0	0	30	88	40	158	<b>4,06</b>
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	22	98	38	158	<b>4,10</b>
8. Elementos tangibles	0	0	28	108	22	158	<b>3,96</b>
9. Transparencia	0	6	79	73	0	158	<b>3,42</b>
<b>TOTALES</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>218</b>	<b>723</b>	<b>475</b>	<b>158</b>	<b>4,17</b>

<b>PROFESIONALES</b>							
<b>Dimensión</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Poco</b>	<b>En cierto modo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Media</b>
1.Respuesta	0	0	2	30	52	84	<b>4,60</b>
2. Fiabilidad	0	0	0	18	66	84	<b>4,79</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	24	36	24	84	<b>4,00</b>
4. Empatía	0	0	28	48	8	84	<b>3,76</b>
5. Integridad y ética	0	4	32	48	0	84	<b>3,52</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	0	7	19	58	0	84	<b>3,61</b>
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	16	26	42	84	<b>4,31</b>

*Análisis del factor de la confianza en una institución sanitaria...*

8. Elementos tangibles	0	2	18	51	13	84	<b>3,89</b>
9. Transparencia	0	5	16	45	18	84	<b>3,90</b>
<b>TOTALES</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>155</b>	<b>360</b>	<b>223</b>	<b>84</b>	<b>4,04</b>

**FAMILIARES**

Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1.Respuesta	0	0	10	70	68	148	<b>4,39</b>
2. Fiabilidad	0	0	5	57	86	148	<b>4,55</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	16	42	90	148	<b>4,50</b>
4. Empatía	1	8	65	62	12	148	<b>3,51</b>
5. Integridad y ética	0	0	30	98	20	148	<b>3,93</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	2	4	86	48	8	148	<b>3,38</b>
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	46	86	16	148	<b>3,80</b>
8. Elementos tangibles	0	0	76	60	12	148	<b>3,57</b>
9. Transparencia	3	8	71	48	18	148	<b>3,47</b>
<b>TOTALES</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>405</b>	<b>571</b>	<b>330</b>	<b>148</b>	<b>3,90</b>

**DIRECTIVOS**

Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1.Respuesta	0	0	3	13	16	32	<b>4,41</b>
2. Fiabilidad	0	0	4	14	14	32	<b>4,31</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	2	17	13	32	<b>4,34</b>
4. Empatía	2	2	10	18	0	32	<b>3,38</b>
5. Integridad y ética	0	0	12	16	4	32	<b>3,75</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	0	0	5	17	10	32	<b>4,16</b>
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	4	20	8	32	<b>4,13</b>
8. Elementos tangibles	0	0	4	20	8	32	<b>4,13</b>
9. Transparencia	0	0	9	15	8	32	<b>3,97</b>
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>150</b>	<b>81</b>	<b>32</b>	<b>4,06</b>

**PROVEEDOR**

Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	0	0	16	36	22	74	<b>4,08</b>
2. Fiabilidad	0	0	19	44	11	74	<b>3,89</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	0	2	16	42	14	74	<b>3,92</b>
4. Empatía	2	2	44	20	6	74	<b>3,35</b>
5. Integridad y ética	0	2	22	15	35	74	<b>4,12</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	2	6	34	32	0	74	<b>3,30</b>
7. Innovación y sostenibilidad	0	2	18	36	18	74	<b>3,95</b>
8. Elementos tangibles	3	11	37	22	1	74	<b>3,09</b>
9. Transparencia	4	16	38	16	0	74	<b>2,89</b>
<b>TOTALES</b>	<b>11</b>	<b>41</b>	<b>244</b>	<b>263</b>	<b>107</b>	<b>74</b>	<b>3,62</b>

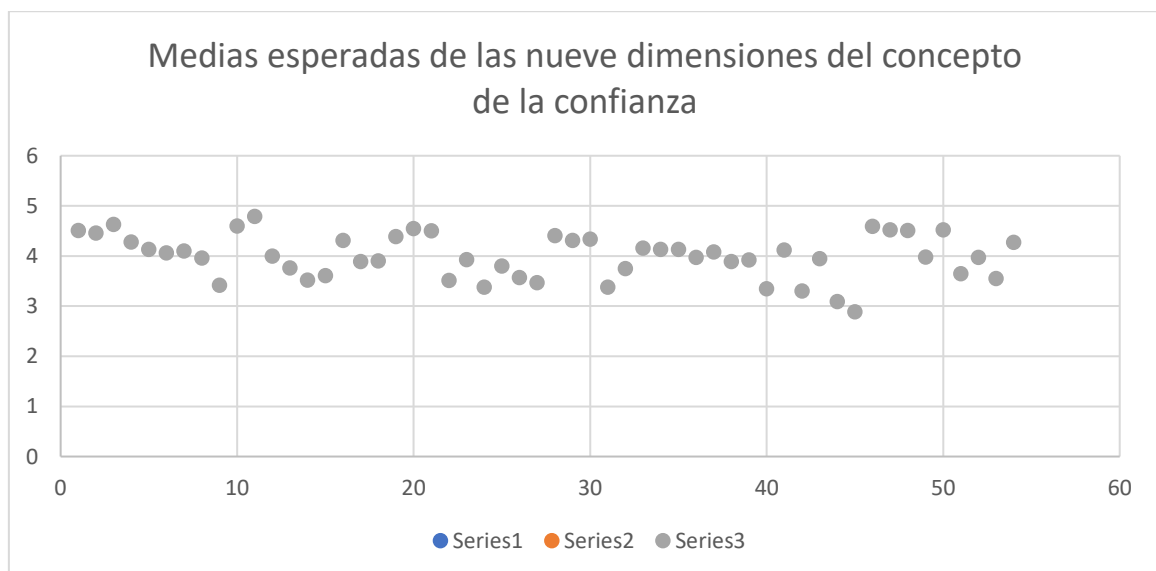
#### 4.- Fase de investigación

ASOCIACIÓN DE PACIENTES							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1.Respuesta	0	0	4	62	106	172	4,59
2. Fiabilidad	0	0	8	66	98	172	4,52
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	16	52	104	172	4,51
4. Empatía	0	5	34	92	41	172	3,98
5. Integridad y ética	0	0	8	66	98	172	4,52
6. Aprendizaje y autocrítica	1	15	47	90	19	172	3,65
7. Innovación y sostenibilidad	0	2	31	109	30	172	3,97
8. Elementos tangibles	1	3	76	84	8	172	3,55
9. Transparencia	0	0	27	72	73	172	4,27
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>251</b>	<b>693</b>	<b>577</b>	<b>172</b>	<b>4,17</b>

La media mejor valorada, y con más expectativas, corresponde al grupo de los pacientes y de las asociaciones de pacientes: 4,17 sobre 5.

La media peor valorada corresponde nuevamente al grupo de proveedores: 3,62 sobre 5.

Gráfico 3: Gráfico de dispersión de las medias esperadas de las nueve dimensiones del concepto de la confianza

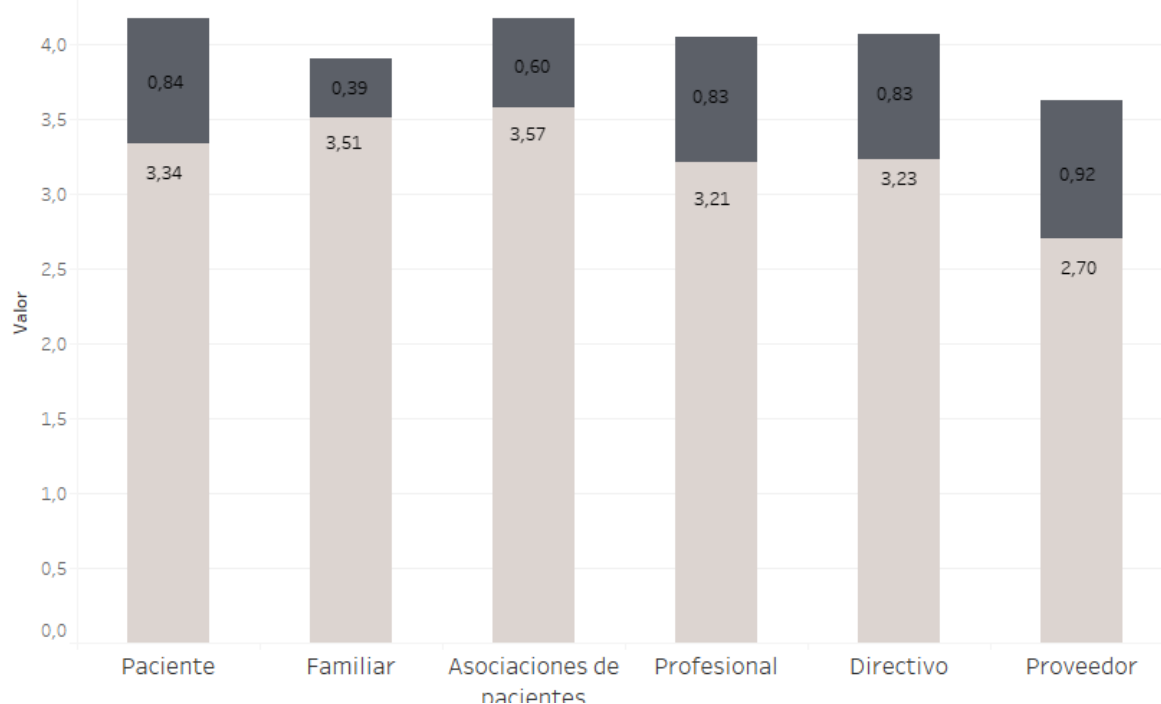


El gráfico de dispersión XY de las medias esperadas nos muestra la relación que existe entre los valores numéricos de diferentes dimensiones, situándose todos entre los valores numéricos de 3,5 y 5.

Si se comparan las medias de las nueve dimensiones evaluadas por parte de cada uno de los grupos de referencia entre lo actual y lo deseado, la brecha es especialmente importante en el grupo de “proveedores” y menos relevante en el grupo de “familiares”.

*Gráfico 4: Comparativa de las medias actuales y deseadas*

GAP entre las medias actuales y deseadas



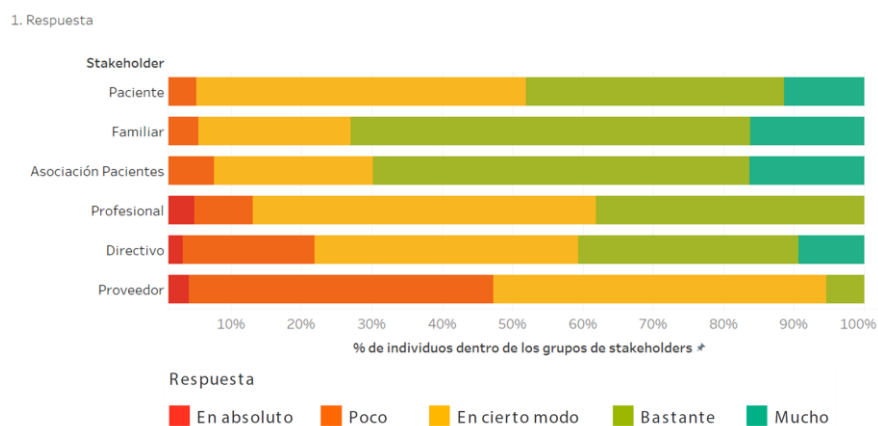
#### **4.1.2.4.- Los grupos de referencia en relación con las dimensiones de confianza**

Para nuestro estudio nos interesa especialmente la relación que tenga cada grupo de referencia con las nueve dimensiones identificadas:

### 1) Respuesta

La capacidad del hospital y de sus integrantes de utilizar los recursos materiales y económicos del modo más idóneo, rápido y eficaz para obtener los resultados deseados a corto, medio y largo plazo (diagnóstico, prevención, tratamiento y seguimiento).

*Gráfico 5: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “respuesta”*



Con esta nueva visualización se ve muy claro que los proveedores son el grupo de referencia que menos valoran esta dimensión, más del 95% no llegan a estar del todo satisfechos. Y casi el 50% están en los valores “en absoluto” y “poco”. Tampoco los profesionales sanitarios reconocen la valoración “mucho” para esta dimensión.

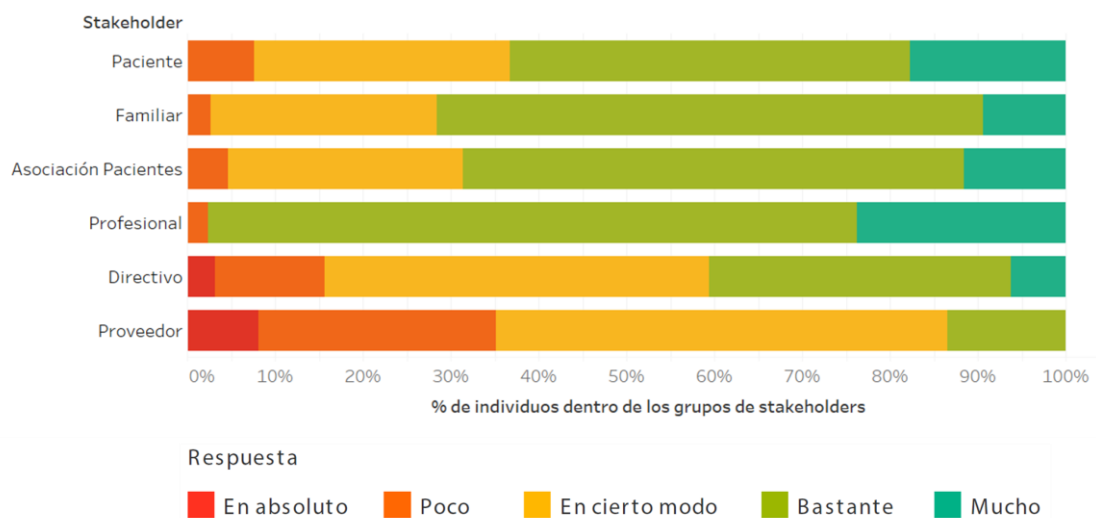


## 2) Fiabilidad

La capacidad del hospital y de los profesionales de actuar de acuerdo con lo que consideren la mejor opción sin dejarse llevar por lo económico, lo sencillo o lo rápido.

Gráfico 2. Fiabilidad

refer

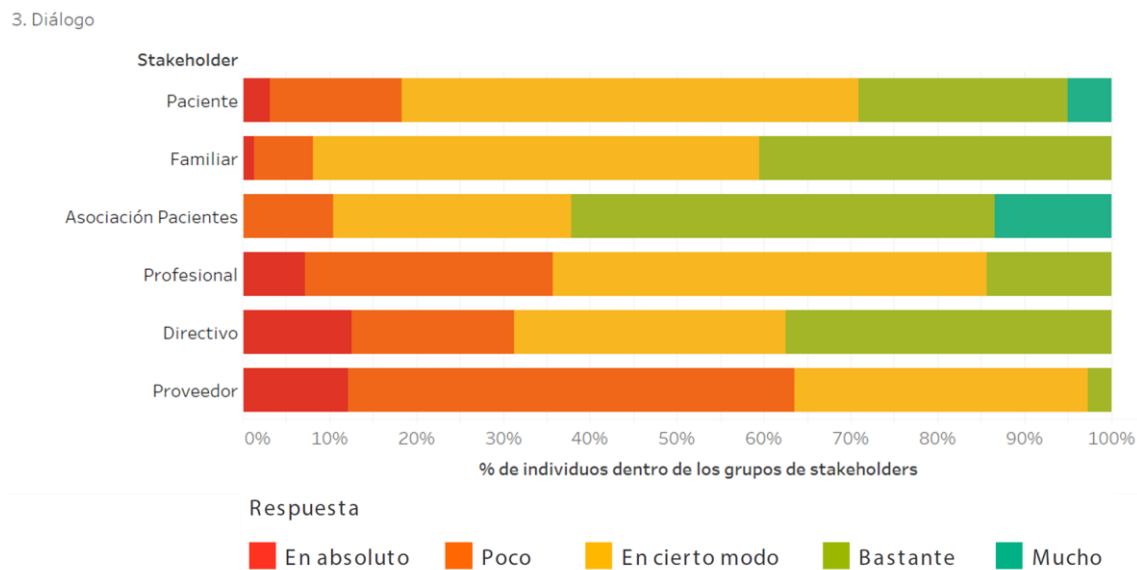


Este gráfico nos ayuda a analizar como los profesionales sanitarios están satisfechos con esta dimensión. Menos del 5% la han catalogado con una valoración menor a “poco”. Más del 95% de los profesionales están “bastante” o “muy satisfechos”. Contrasta con la evaluación de los proveedores, que son el grupo que valora peor esta dimensión: el 35% la valoran con “poco” o “en absoluto”.

### 3) Diálogo fluido y eficaz

La capacidad del hospital de comunicarse de manera eficaz con los pacientes y demás grupos de interés de forma adecuada (acorde a sus requerimientos).

*Gráfico 7: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “diálogo fluido y eficaz”*



Los proveedores sanitarios vuelven a ser los protagonistas de la gráfica. De nuevo son el grupo más descontento con esta dimensión, más del 95% solo están satisfechos “en cierto modo” o “menos”. Los profesionales también se manifiestan “poco” o “en absoluto” satisfechos con esta dimensión.

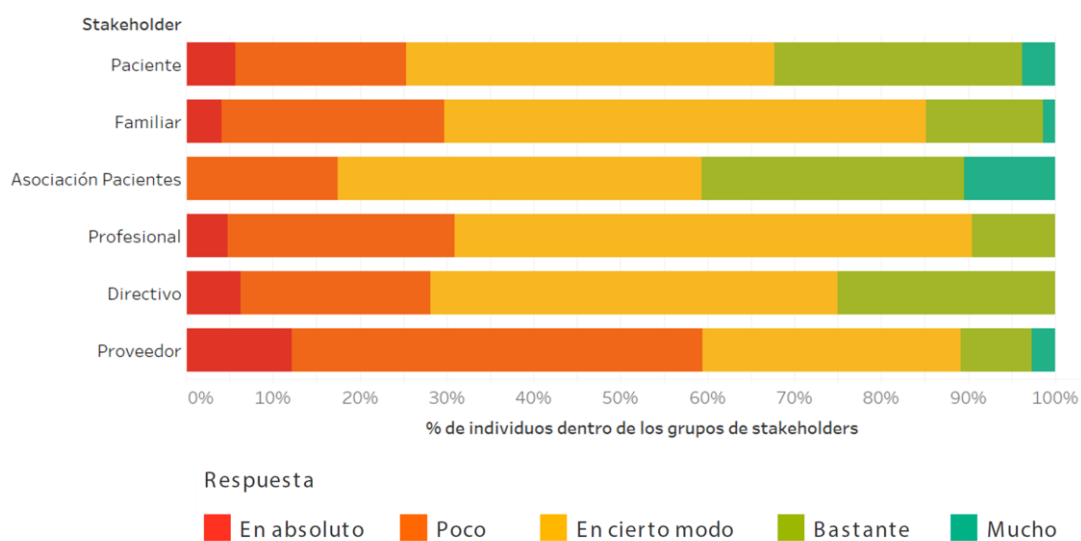
Los que mejor la valoran son los pacientes y su entorno.

#### 4) Empatía

La capacidad del hospital de entender el entorno individual del paciente y de los demás grupos de interés, proponer y evaluar mejoras y alternativas realistas si es posible.

Gráfico 8: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “empatía”

4. Empatía



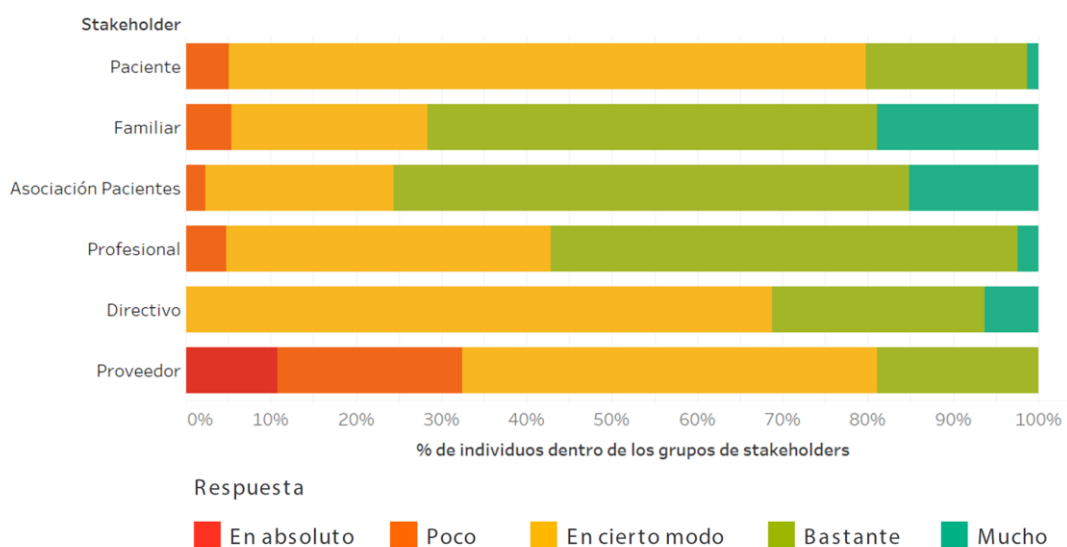
El análisis visual muestra que en general los stakeholders relacionados con los pacientes y su entorno suelen mostrarse más generosos al valorar esta dimensión. De nuevo los proveedores son el grupo más duro valorándola, con más del 50% entre “en absoluto” y “poco”.

### 5) Integridad y ética

La capacidad del hospital de comunicarse y comportarse de manera recta, respetuosa y honrada ante cualquier situación y ante cualquier grupo de interés, independientemente de su procedencia y entorno cultural.

*Gráfico 9: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “integridad y ética”*

5. Integridad y ética



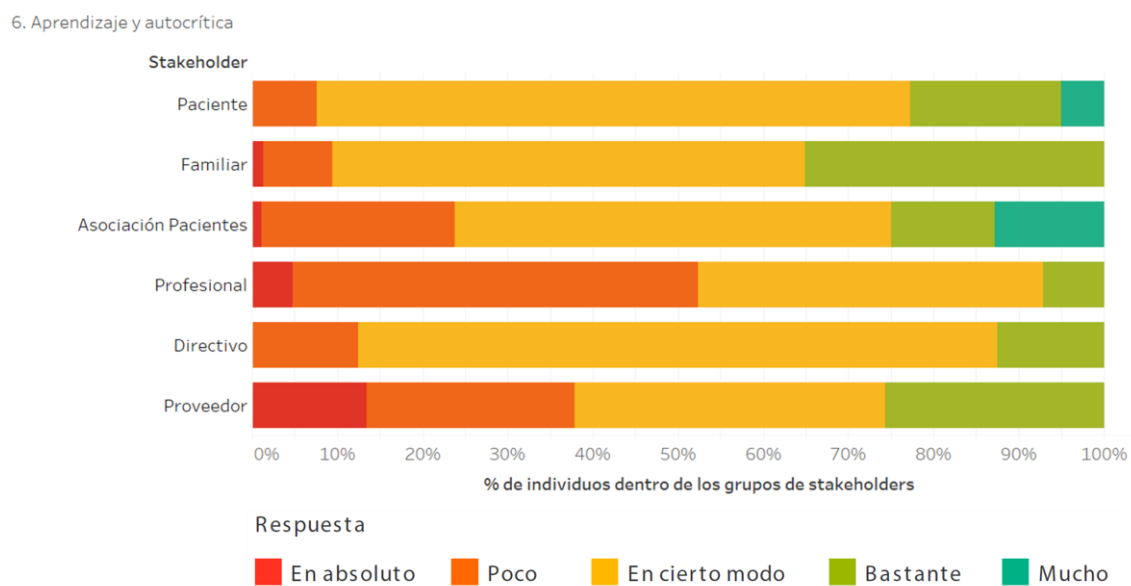
Los familiares y las asociaciones son el grupo que valoran más positivamente la integridad y ética. También los profesionales, aunque son más moderados en las valoraciones “mucho”.

De nuevo llama la atención la peor percepción que muestran más del 30% de los proveedores.

## 6) Aprendizaje y autocrítica

La capacidad del hospital y de sus integrantes de observar, reflexionar y comparar con una visión constante de mejora continua, tanto en el aspecto clínico como a nivel organizativo.

Gráfico 10: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “aprendizaje y autocrítica”



Esta dimensión es peor valorada por los profesionales y los proveedores. Y en general no están más valoradas por los pacientes y su entorno. Parece que las valoraciones van siendo peores en función de lo cerca que estén los stakeholders de los procesos internos del propio sistema sanitario.

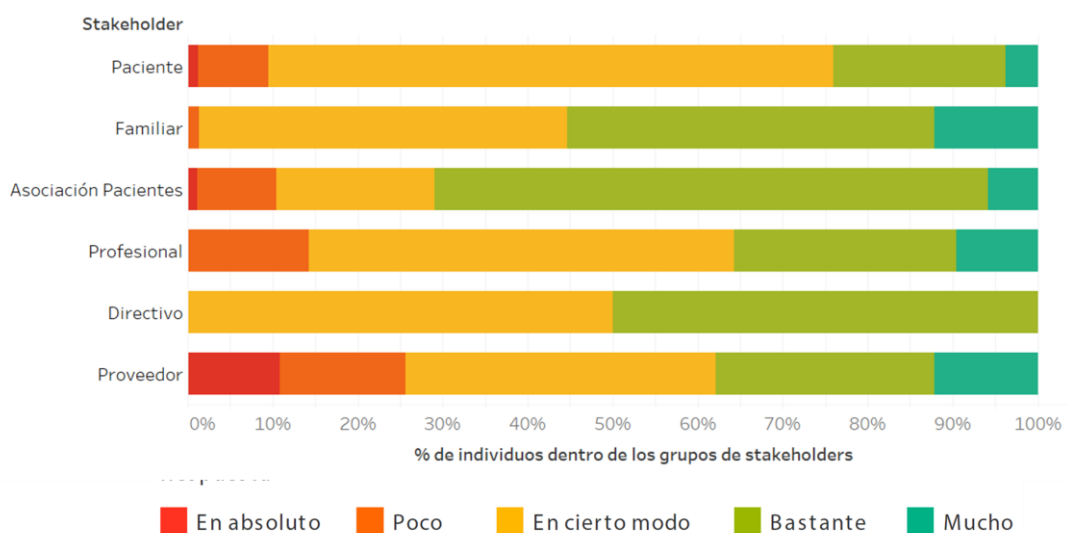
Parece que los directivos muestran una valoración alejada de los profesionales y los proveedores y casi más cercana a la de los pacientes y familiares.

### 7) Innovación y sostenibilidad

La capacidad del hospital de impulsar los cambios necesarios a corto, medio y a largo plazo utilizando los recursos existentes sin perjudicar a las futuras generaciones.

Gráfico 11: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión "innovación y sostenibilidad"

7. Innovación y sostenibilidad

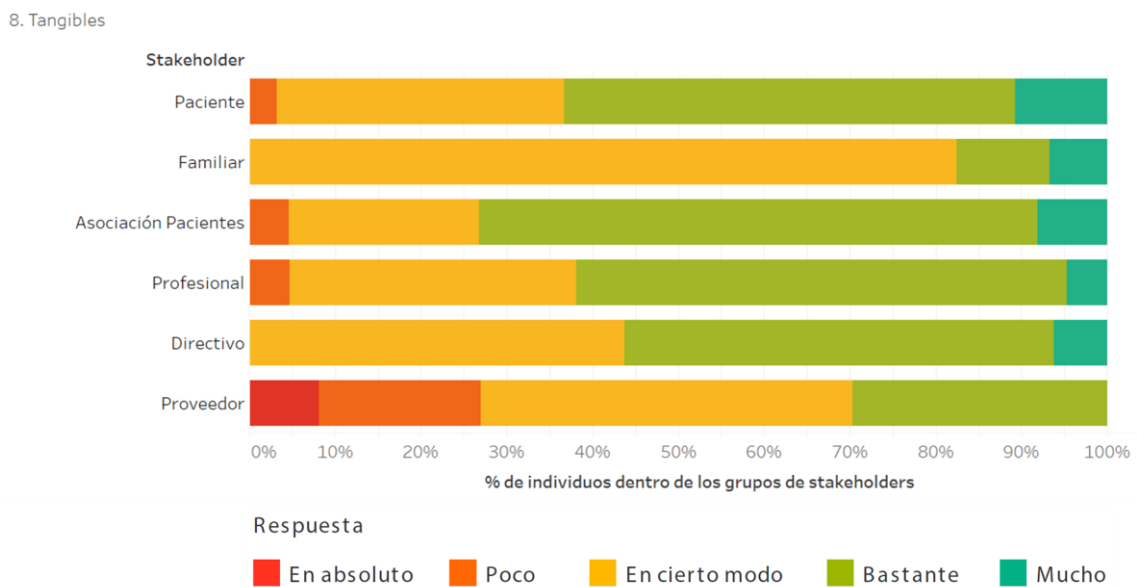


Esta visualización nos muestra nuevamente el descontento del grupo de los proveedores. En cambio, el grupo de directivos y el grupo de familiares es menos crítico con la capacidad del hospital de impulsar los cambios necesarios a corto, medio y a largo plazo utilizando los recursos existentes sin perjudicar a las futuras generaciones.

## 8) Elementos tangibles

La apariencia de los aspectos físicos del hospital, es decir, infraestructura, equipos, empleados y materiales.

Gráfico 12: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “elementos tangibles”



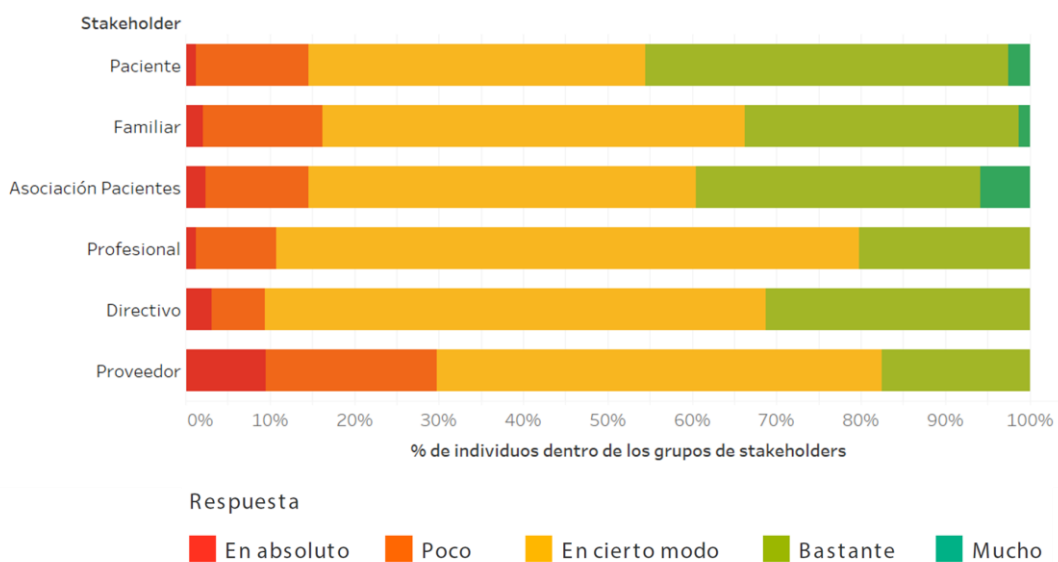
Los familiares se sienten satisfechos en menor porcentaje, sin embargo, los proveedores son el grupo más susceptible de valorar negativamente esta dimensión, con casi el 30% de valoraciones entre “en absoluto” y poco”.

Otro elemento que destaca es que la gran diferencia entre las valoraciones positivas que los pacientes y las asociaciones tienen de esta dimensión con la de los familiares.

### 9) Transparencia

La capacidad del hospital de publicar y difundir la actividad de manera comprensible, sencilla y transparente para el paciente y los demás grupos de interés y la sociedad en su conjunto.

Gráfico 13: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de refer  
9. Transparencia



El gráfico nos muestra que la dimensión de la “transparencia” no está bien valorado por ninguno de los grupos de referencia. Nuevamente destaca el grupo de los proveedores que acusan la falta de capacidad del hospital de publicar y difundir la actividad de manera comprensible, sencilla y transparente.

### Conclusiones

En líneas generales, una conclusión importante de las visualizaciones es que los proveedores sanitarios son el grupo de referencia/stakeholder con peor visión de casi todas las dimensiones.



En la mayoría de las dimensiones son las asociaciones de pacientes son las que mejor valoran casi todas las dimensiones.

*Tabla 9: Dimensiones mejor y peor valoradas por cada grupo de referencia teniendo en cuenta que la muestra de cada grupo de referencia es diferente.*

	Paciente	Profesional	Familiar	Directivo	Proveedor	Asociación	MEDIA
1.Respuesta	4,51	4,6	4,39	4,41	<b>4,08</b>	<b>4,59</b>	<b>4,43</b>
2. Fiabilidad	4,46	<b>4,79</b>	4,55	4,31	<b>3,89</b>	4,52	<b>4,42</b>
3. Diálogo fluido y eficaz	<b>4,63</b>	4	4,5	4,34	<b>3,92</b>	4,51	<b>4,32</b>
4. Empatía	<b>4,28</b>	3,76	3,51	3,38	<b>3,35</b>	3,98	<b>3,71</b>
5. Integridad y ética	4,13	3,52	3,93	<b>3,75</b>	4,12	<b>4,52</b>	<b>4,00</b>
6. Aprendizaje y autocrítica	4,06	3,61	3,38	<b>4,16</b>	<b>3,3</b>	3,65	<b>3,69</b>
7. Innovación y sostenibilidad	4,1	<b>4,31</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	3,95	3,97	<b>3,99</b>
8. Elementos tangibles	3,96	3,89	3,57	<b>4,13</b>	<b>3,09</b>	3,55	<b>3,70</b>
9. Transparencia	3,42	3,9	3,47	3,97	<b>2,89</b>	<b>4,27</b>	<b>3,65</b>

Dimensión mejor valorada por cada uno de los grupos de referencia:

- Grupo de referencia “Paciente”: Diálogo fluido y eficaz.
- Grupo de referencia “Profesional”: Fiabilidad.
- Grupo de referencia “Familiar”: Fiabilidad.
- Grupo de referencia “Directivo”: Respuesta.
- Grupo de referencia “Proveedor”: Integridad y ética.
- Grupo de referencia “Asociación de pacientes”: Respuesta.

Dimensión peor valorada por cada uno de los grupos de referencia:

- Grupo de referencia “Paciente”: Transparencia.
- Grupo de referencia “Profesional”: Integridad y ética.
- Grupo de referencia “Familiar”: Aprendizaje y autocrítica.

- Grupo de referencia “Directivo”: Empatía.
- Grupo de referencia “Proveedor”: Transparencia.
- Grupo de referencia “Asociación de pacientes”: Elementos tangibles.

##### **4.1.3.- Entrevistas en profundidad, ficha técnica**

Las entrevistas en profundidad se han realizado en un espacio temporal de aprox. 10 meses (Julio 16 a abril 2017) a un total de 64 representantes de los diferentes grupos de referencia:

- pacientes (13)
- profesionales (9)
- familiares (11)
- directivos (8)
- proveedores (9)
- asociaciones de pacientes (14).

A todos los entrevistados se ha enviado previamente un guion de la entrevista y una breve conceptualización del objeto de estudio y de análisis. La recogida de datos ha sido personal, online y por teléfono.

La duración media ha sido de 40 minutos. Las entrevistas personales con contacto visual han sido más largas, aproximadamente una hora.

El principal ámbito geográfico para las entrevistas personales ha sido Santiago de Compostela, a Coruña, Madrid, Valencia y Zaragoza. Las entrevistas telefónicas se hicieron a representantes en Barcelona, Sevilla, Bilbao, Las Palmas de Gran Canaria, Vigo y Málaga.

Desarrollo de las entrevistas en profundidad:

- 1) Presentación (de la doctoranda, su trayectoria laboral, objetivos).

- 2) Explicación del Programa del Doctorado (“Análisis de Tendencias sociales”), de su enfoque multidisciplinar y de la visión multi stakeholder: ¿Qué es?, ¿qué puede aportar a la institución sanitaria y a la sociedad?, ¿cómo se mide?, ¿cómo se puede implementar?
- 3) Preguntas semi abiertas. Las preguntas son parcialmente estructuradas. La aproximación semiabierta conlleva la profundidad, especificidad y amplitud en las respuestas (Cerón, 2006: 21).
- 4) Sugerencias, críticas, ideas y propuestas por parte de los entrevistados.

El hilo conductor de las entrevistas pretende ser en si un diálogo fluido, transparente y eficaz, cuyos resultados completan y concretan el objeto de estudio. Los puntos 1 y 2 buscan generar un clima de confianza propicio para obtener un máximo nivel de respuesta y de contenido. La intensidad de la escucha y la incentivación de la participación a través de preguntas de retroalimentación son parte importante de todas las entrevistas que se mantienen. Asimismo, la focalización de la conversación hacia el objeto de la investigación, las dimensiones del concepto de la confianza, es esencial para obtener más profundidad.

El guion semiestructurado de las entrevistas en profundidad se puede encontrar en el anexo 8.4.2.1.

Las limitaciones del estudio y de la interpretación de datos pueden reflejar un cierto sesgo del investigador en la asignación de los sujetos. Ello hay que tenerlo en cuenta para el análisis de los datos y comparación entre las distintas dimensiones y grupos de interés.

Además, la interacción con la institución sanitaria pública está relacionado con el tipo de servicio que se tiene que prestar. Éste depende en gran medida del

propio paciente, de su problemática y entorno y de la interacción con los profesionales sanitarios (individualización del servicio). La intensidad de las emociones, como ocurre en todo lo relacionado con la salud, dificulta a veces la resolución. Puede suponer un cierto sesgo a la hora de evaluar de diferentes cuestiones.

A continuación, se adjuntan las preguntas del guion semi estructurado que se ha utilizado en las entrevistas en profundidad:

- 1) En líneas generales, ¿cómo evalúa el funcionamiento actual de la institución sanitaria pública española? Positivo/negativo ¿Por qué?
- 2) Desde su punto de vista, ¿cómo definiría el concepto de confianza? Características principales.
- 3) ¿Qué factores influyen en la generación de confianza hacia una institución sanitaria pública?
- 4) A día de hoy y en líneas generales ¿cómo valora el grado de comunicación que mantiene el hospital con sus grupos de referencia (pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes)? Satisfactorio/ Insatisfactorio, ¿por qué?

##### ***4.1.3.1. ¿Cómo evalúa el funcionamiento actual de la institución sanitaria pública española?***

**Resumen de respuestas a la primera pregunta: En líneas generales, ¿cómo evalúa el funcionamiento actual de la institución sanitaria pública española?**

A grosso modo, los resultados coinciden con la recogida de opiniones de los últimos barómetros sanitarios por parte del CIS en los últimos años. Todos los entrevistados son conscientes que la institución sanitaria pública española ha

evolucionado mucho, sobre todo en el tema de la tecnificación. Si bien es cierto que la sociedad dispone, cada vez más, de más información, de más masa crítica y más experiencias. En este sentido, lo importante es no perder nunca de vista lo que está ocurriendo. Es fundamental escanear y analizar permanentemente el entorno para estar muy atento a todo lo que ocurre y así ser capaz de estar a la altura de lo que los pacientes, profesionales, familiares y de demás grupos de interés necesitan.

Ese es el caso del grupo de referencia de los proveedores:

*“No podemos ofrecer un buen servicio si no disponemos ni de presupuesto ni de datos. Nos piden maravillas con pocos recursos. Además, tenemos que operar en un entorno y unas instalaciones que muchas veces son obsoletos y con personal con mucha antigüedad que no colabora. Para nosotros eso no es sostenible.”* (Director de operaciones de un Catering con central en Madrid).

Sin duda, la comprensión de la comunicación es la base de toda actividad humana y los cimientos para generar confianza en la sociedad.

A pesar de la impersonalidad de las sociedades contemporáneas, los grupos de referencia desean encuentros personales que les proporciona más información y, sobre todo, les trasmite más confianza y les ayude a manejar sus impresiones y percepciones.

A continuación, se alistan las valoraciones de los diferentes grupos de referencias y sus comentarios más significativos:

### **1) Pacientes**

**Positivo/ negativo. 80%/20%**

Es un hecho que los pacientes tienen una opinión muy positiva del conjunto de la institución sanitaria. Si bien es cierto, y como hemos mencionado anteriormente, la salud y la enfermedad conlleva emociones, sensaciones y sentimientos. Experiencias previas, no solo vivas en propia persona, sino por alguien del entorno, pueden influir en la evaluación en un momento dado.

Se ha podido observar una opinión más favorable por parte de las mujeres y las personas con menos estudios.

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Porque cumple con las necesidades básicas de atención y tratamiento en caso de enfermedad”.*
- *“Garantiza acceso igualatorio y los consejos sanitarios sobre la salud son generalmente fiables”.*
- *“Está dotada de buena tecnología y de recursos humanos de calidad”.*
- *“El tiempo de dedicación al paciente es muy corto”.*
- *“Falta coordinación. Cambian el médico de cabecera muy a menudo”.*
- *“No hay que pagar al médico”.*
- *“Los tiempos de espera para los especialistas son excesivos”.*

### **2) Profesionales sanitarios**

**Positivo/ negativo: 65%/35%**

Ha sido difícil detectar una línea clara por parte de los profesionales sanitarios.

Los comentarios son muy dispersos. En líneas generales se ha podido observar

una evaluación más positiva por parte de los más jóvenes. No se ha podido apreciar una diferencia entre sexos.

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Falta coordinación entre departamentos”.*
- *“Información asimétrica con gerencia”.*
- *“A veces está al borde del abismo”.*
- *“Es fundamental para nuestra sociedad de bienestar y no siempre se trasmite así a la sociedad”.*
- *“No todos trabajan igual”.*
- *“Tenemos uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo”.*
- *“La gestión clínica es una asignatura pendiente y muy necesaria”.*
- *“Somos afortunados poder dar cobertura universal”.*

### **3) Familiares**

**Positivo/ negativo: 75%/25%**

Se observa que la valoración del familiar es diferente si tiene más experiencia: más experiencia, mejor opinión de la institución sanitaria pública. La mujer suele tener una opinión más favorable. La persona más joven tiene una apreciación menos positiva.

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Falta cambio de métodos y procedimientos”.*
- *“Necesitamos una mentalidad más renovada por parte de la institución y de los profesionales”.*
- *“La sanidad pública dispone de los mejores medios y garantiza un trato de igualdad”.*
- *“Tiene personal muy cualificado”.*
- *“Los familiares también importamos para el trascurso de la enfermedad”.*

- *Si soy la cuidadora informo de mi padre tengo el mismo derecho a toda la información que me padre.*
- *Me han negado la comunicación con el médico de mi mujer que está hospitalizada y no está en condiciones ni físicas ni psíquicas de comunicarse con su profesional sanitario.*

#### **4) Directivos**

**Positivo/ negativo: 60/40%**

Se aprecia que la valoración de la institución por parte de los directivos está íntimamente relacionada con los recursos disponibles. Consideran que una buena atención sanitaria depende especialmente del presupuesto que tengan a disposición.

No se ha podido observar una diferencia entre sexos ni edades.

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Sin medios suficientes, no se puede garantizar un sistema sostenible.”*
- *“La “Triple Meta” (mejor calidad, mejores resultados, menos costes) es difícil sin implicación de todos”.*
- *“No puede haber intromisión política. Me obligan a publicar datos que son muy dudosos”.*
- *“Es positiva, pero hay desigualdad entre las distintas Autonomías”.*
- *“La sostenibilidad del sistema sanitario no está garantizada”.*
- *“Estamos perjudicando a los pacientes con tanto recorte”.*
- *“No se puede dar una buena asistencia sanitaria sin recursos.*
- *“Falta integridad y transparencia. A veces estoy ante un baile de cifras que no es normal”.*



## **5) Proveedores**

**Positivo/ negativo: 30%/70%**

Es el grupo de referencia más crítico. Consideran que no reciben suficiente información, ni evaluación por parte de los usuarios. No se sienten integrados en el proceso de servicios. Opinan que la limitación de recursos perjudica seriamente la calidad de sus productos y servicios. Se ha podido apreciar una falta de responsabilidad por parte de muchos, probablemente relacionado con la afirmación anterior.

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“La institución sanitaria pública debería ser más transparente y facilitar los indicadores clínicos de satisfacción y económicos”.*
- *“Los datos están, pero no se transmiten a los proveedores”.*
- *“No hay trato ni diálogo con los responsables y no los usuarios de los servicios sanitarios”.*
- *“La constante reducción de costes perjudica seriamente la calidad”.*
- *“No tengo ni idea lo que piensan los pacientes de nuestro servicio”.*
- *“No me hago responsable de algo que no coincide con los mínimos estándares de calidad”.*
- *“Nos hacen trabajar en un ambiente hostil. No me veo como parte del hospital sino como un proveedor de pizzas”.*

## **6) Asociaciones de Pacientes**

**Positivo/ negativo: 80%/20%**

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Todavía existe un recorrido relativamente largo para que la tradicional asimetría en la relación paciente/usuario con médico/sistema-sanitario se vea reducida”.*
- *“Cada vez se detecta mayor preocupación por la participación directa de los pacientes.*
- *“Hay más preocupación por una colaboración conjunta con las asociaciones por parte de los responsables, pero no siempre por parte de los profesionales.*
- *“Necesitamos que nos reconozcan más nuestra labor”.*
- *“La colaboración con los médicos es buena”.*

#### **4.1.3.2.- ¿Cómo definiría el concepto de confianza?**

**Resumen de respuestas más relevantes de la segunda pregunta: Desde su punto de vista, ¿cómo definiría el concepto de confianza?**

Se evidencia una clara dificultad a la hora de concretar la semántica de la confianza. Resulta especialmente sorprendente por el hecho que a todos los entrevistados se ha enviado previamente un guion de la entrevista y una breve conceptualización del objeto de estudio y de análisis. La mayoría de los entrevistados consideran la confianza un concepto implícito de la sanidad pública. Además, Existe un amplio consenso entre todos los entrevistados acerca de la importancia de la confianza y de la necesidad de una comunicación amplia para conseguirlo, no hay acuerdo entre los representantes entrevistados a la hora de definirlo y cómo conceptualizarlo.

*“Confianza quiere decir comunicación bidireccional y transparencia en la información” (Chief Executive Officer/CEO, Catering Sodexo Europa, Madrid).*

Todos coinciden en que el compromiso asistencial por parte de los responsables de una institución sanitaria pública con la sociedad pasa no solo por la cuestión económica sino por la búsqueda de una relación de confianza.

*“Confianza es un gentlemen agreement entre dos partes sin interés por un beneficio”* (Asesor de sistemas sanitarios internacionales, entre otros, anterior asesor de Obama y director de la *Health Business School* de Deusto, Bilbao).

Algunos entrevistados acusan mucha diferencia entre las distintas autonomías, incluso despilfarro de recursos por la falta de centralización e ineficacia.

*“No puede haber confianza sin criterios comunes para todas las Comunidades Autónomas”* (Jefe de Sección de Oncohematología Pediátrica de Santiago de Compostela con 25 años de experiencia en el sector sanitario público, profesor titular de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) en pediatría).

Una gran parte de los profesionales y directivos destacan el concepto SOCIAL del paciente y la importancia del ciudadano sanitario. Se refieren a la “activación” del paciente y de su entorno, basada en la colaboración paciente-profesional sanitario- familiares.

*“La confianza es una cuestión subjetiva que depende de muchos factores; sobre todo de experiencias vividas y de lo que te comunica tu entorno.”* (Enfermo de renal, Hospital Universitario La Fe, Valencia).

*“Sin contacto directo con el entorno social del paciente es difícil establecer una relación de confianza”.* (Familiar directo de un enfermo de Ictus, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza).

Pacientes, familiares y asociaciones de pacientes resaltan especialmente la importancia de la relación médico-paciente-familiar que sigue caracterizándose a veces por una información asimétrica.

*“Para nosotros la confianza significa sobre todo implicación directa en calidad y excelencia que conlleva un grado máximo de transparencia”*  
(Directora de Expansión de Europa de Asociación contra la Meningitis, Madrid)

#### **Resumen de las aportaciones más significativas de cada grupo de referencia**

##### 1) Comentarios destacados del grupo de pacientes:

- *“Es difícil de explicar y difícil de tener”.*
- *“Solo puede haber si hay entendimiento con el médico”.*
- *“No hay confianza sin cercanía y transparencia”.*
- *“Confianza se traduce en resultados positivos”.*
- *“Tranquilidad y seguridad en cuanto a los diagnósticos y los tratamientos”.*
- *“No tener que preocuparme si mi médico es competente o no”.*
- *“Qué haya un dialogo con mi médico y que le pueda contar lo que me pasa”.*

##### 2) Comentarios destacados del grupo de los profesionales sanitarios:

- *“Hay que tener los medios para poder establecer una relación de confianza con los pacientes”.*
- *“Considera que el ámbito hospitalario permita, a día de hoy desarrollar una relación real de confianza”.*
- *“Confianza es comprender al paciente y sus necesidades”.*
- *“Es fundamental para unos resultados positivos”.*
- *“Significa seguridad en el proceso asistencial”.*

- *“Son tiempo para comunicarse no puede haber una relación de confianza”.*

3) Comentarios destacados del grupo de los familiares:

- *“No puede haber confianza sin transparencia”.*
- *“Confianza es comprensión”.*
- *“Tiene que ver con una comunicación permanente y comprensible”.*
- *“No hay confianza sin seguridad en los tratamientos y el diagnóstico”.*
- *“La empatía es una asignatura pendiente para algunos profesionales sanitarios”.*
- *“Sin sinceridad y honestidad no hay confianza. Necesito saber lo que le pasa a mi madre enferma”.*
- *“El medico tiene que incluirnos para tener una relación de confianza El paciente necesita el familiar como cuidador informal”.*

4) Comentarios destacados del grupo de los directivos:

- *“Una relación estable entre diferentes agentes”.*
- *“Un acuerdo tácito de comunicación”.*
- *“Una sinergia entre diferentes partes”.*
- *“La calidad asistencial y la gestión clínica ayudan a fomentar la confianza”.*
- *“Una sanidad centrada en el paciente”.*
- *“Vocación, valores y calidad por y para el paciente”.*
- *“No puedo tener una relación de confianza con alguien que no me comunica la realidad”.*

5) Comentarios destacados del grupo de los proveedores:

- *“Aportación de valor real y útil”.*
- *“Información fluida de las necesidades reales”.*
- *“Una relación estable a lo largo de un tiempo”.*

- *“Corregir los errores y poner los medios adecuados”.*
- *“Tener la transparencia suficiente para poder tomar decisiones”.*
- *“Poder tener retroalimentación”.*
- *“Sin información no puede haber confianza”.*
- *“La incertidumbre perjudica la confianza”.*
- *“No hay confianza sin transparencia”.*

6) Comentarios destacados del grupo de las asociaciones de pacientes:

- *“Mucha transparencia, respeto y ética”.*
- *“Es un concepto muy difícil de definir, pero siempre implica diálogo”.*
- *“Seguridad y fiabilidad en los servicios que recibe el paciente”.*
- *“Información, comunicación y empatía”.*
- *“Que haya comprensión y entendimiento entre médico y paciente”.*
- *“No puede haber confianza si no nos implican en la calidad asistencial”.*
- *“Confianza significa que todos estemos al mismo nivel”.*
- *“La confianza se gana con el tiempo”.*

#### **4.1.3.3. ¿Qué factores influyen en la generación de confianza hacia una institución sanitaria pública?**

**Resumen de respuestas a la tercera pregunta: ¿Qué factores influyen en la generación de confianza hacia una institución sanitaria pública?**

En líneas generales:

Muchos expertos consideran el concepto de la confianza un bien con valor real, práctico, económico, que aumenta la eficiencia del Estado de Bienestar y posibilita, a su vez, la creación de otros bienes y valores. Castells apunta que sin

confianza es imposible resistir a la volatilidad sistémica (2003, 2009). El sitúa la relación entre confianza y expectativas dentro del entorno institucional-empresarial fundamental.

*“El compromiso asistencial por parte de los responsables de una institución sanitaria con la población pasa no solo por la cuestión económica sino por la búsqueda de una relación de confianza.”* (Directiva de una institución sanitaria de Santiago de Compostela)

Entre las prioridades más señaladas para la generación de la confianza siempre aparecen la importancia de la comunicación, información y el respeto.

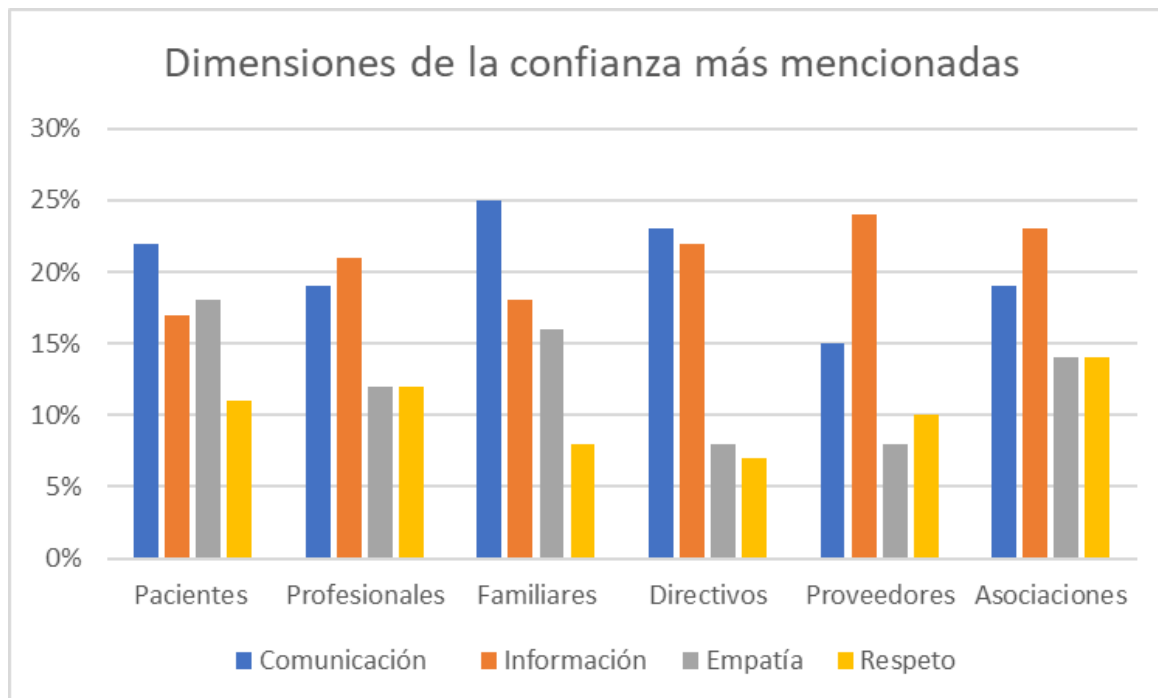
Asimismo, se resalta la importancia de la empatía, un concepto que se ha mencionado por parte de todos los grupos de interés.

Además, en el caso de los pacientes, familiares y asociaciones de pacientes, se repite con frecuencia la inquietud por la intimidad y privacidad en la atención y la amabilidad en el trato.

#### 4.- Fase de investigación

---

Gráfico 14: Representación gráfica de las dimensiones más mencionadas por parte de los diferentes grupos de referencia



La visualización nos refuerza la importancia de la comunicación y la información.

Un espacio comunicativo que sea capaz de generar confianza adquiere, en este contexto, máxima importancia. Creando vínculos más estrechos, a través de un dialogo fluido y transparente, puede mejorar la confianza entre los grupos de interés y hacia la institución sanitaria pública. La comunicación significa eficacia en la resolución de problemas y de incidencias. La empatía y el respeto con todos los stakeholders son esenciales para optimizar todos los recursos disponibles y garantizar el mejor resultado posible para la institución sanitaria y también para la sociedad (inteligencia social). Observar, escuchar y dialogar de forma fluida facilita un aprendizaje interno y externo para todos los grupos de referencia. A la vez supone la creación de valor para la sociedad.



Recordamos que la comunicación es concebida como un fenómeno simultáneamente individual y social: por un lado, el individuo ocupa un lugar central en el proceso de comunicación. Por el otro, la comunicación tiene una esencia fundamentalmente social, por lo que el centro de la reflexión sobre la comunicación no es tanto el individuo sino la relación misma.

*“¿Cómo voy a tener una relación de confianza con los responsables del hospital si ni siquiera me reciben? He querido transmitir unas sugerencias y mejoras, pero parece que no hay nadie que me quiere escuchar.”*  
(Familiar de un paciente oncológico, Sevilla).

De forma específica y por cada grupo de referencia se han mencionado otros conceptos que asocian directamente con la confianza. Se adjuntan a continuación:

### **1) Pacientes**

- Comprensión
- Trato personalizado
- Fiabilidad en el tratamiento
- Escucha asertiva
- Tiempo de atención
- Continuidad
- Resiliencia
- Intimidad

### **2) Profesional**

- Vocación
- Ambiente motivador
- Seguridad clínica
- Política de RRHH

#### 4.- Fase de investigación

---

- Gestión clínica
- Coordinación
- Información bidireccional

#### **3) Familiares**

- Contacto directo con el personal sanitario
- Coordinación
- Mejora continua
- Honestidad
- Tranquilidad
- Entendimiento
- Tenernos en cuenta

#### **4) Directivos**

- Seguridad clínica
- Disponibilidad de medios
- Respuesta de los políticos
- Desarrollo
- Exigencia
- Perfeccionismo
- Seguridad

#### **5) Proveedor**

- Transparencia
- Información fluida
- Gestión integral
- Mejora continua
- Atención integral
- Calidad
- Evaluación

## **6) Asociación pacientes**

- Transparencia
- Implicación
- Participación
- Igualdad
- Mejora continua
- Responsabilidad social
- Diálogo
- Privacidad

### ***4.1.3.4.- ¿Cómo valora el grado de comunicación que mantiene el hospital con sus grupos de referencia?***

**Resumen de respuestas a la cuarta pregunta: A día de hoy y en líneas generales ¿cómo valora el grado de comunicación que mantiene el hospital con sus grupos de referencia (pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes)?**

Ya mencionamos anteriormente que un dialogo fluido y eficaz es la dimensión que se repite con frecuencia, pero también se evidencia nuevamente la necesidad de un espacio propio para fomentar la comunicación:

“La única vía de comunicación efectiva es el 'cara a cara'; con herramientas que mejoran la interacción entre ambas partes, respetando la consulta tradicional, pero ofreciéndoles tanto a médicos como a pacientes un nuevo entorno para relacionarse.” (Médico de Atención Primaria de un ambulatorio de Madrid).

Un compromiso real supone responsabilidad, implicación, participación y comunicación por parte de todos los implicados en la asistencia sanitaria. Solo así se consigue identificar las prioridades necesarias para la gestión sanitaria.

Muchos entrevistados de los diferentes grupos de referencia también destacan la importancia de **la transparencia**:

“¿Cómo nos podemos comunicar con los pacientes si no sabemos lo que realmente necesitan? Me piden mucha calidad en mis servicios, pero ¿qué es la calidad para los pacientes en los hospitales?” (Director de Operaciones de un catering que suministra hospitales públicos en diferentes comunidades autónomas).

### 1) Pacientes

**Positivo/ Negativo: 60%/40%**

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Depende mucho del médico que te toca. Hay mucha variabilidad”.*
- *“Creo que los médicos se interesan por mi enfermedad, pero no por mí como persona”.*
- *“Me gusta cuando mi médico me pregunta por cuestiones de mi entorno. Así me conoce mejor”.*
- *“Deberían darles clases a los médicos como comunicarse. Las enfermeras son mucho más cercanas”.*
- *“Mi médico solo atiende a su ordenador, pero no a mí”.*

### 2) Profesionales

**Positivo/ Negativo: 50%/50%**

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Muchas veces insatisfactorio por la falta de gestión y coordinación”.*
- *“No se percibe un dialogo fluido con la dirección del centro hospitalario”.*
- *“Algunas tareas importantes no están bien definidas y causa problemas en la comunicación con otros departamentos”.*

- *“Mi gerente ni me saluda”.*
- *“Comunicación sin agresiones, por favor”.*
- *“No nos comunicamos ni entre facultativos”.*
- *“No tengo tiempo para comunicarme”.*
- *“Mis pacientes me echan la culpa por todo. ¿Cómo me voy a comunicar con ellos?”.*

### **3) Familiares**

**Positivo/ Negativo: 55%/45%**

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“No siempre existe comunicación directa con los familiares ni interés para conocer sus posibilidades y necesidades ni para que puedan aportar valor añadido”.*
- *“No se nos sabe “sacar partido”.*
- *“A veces nos sentimos por un estorbo”.*
- *“Hay mucha falta de transparencia, a veces incluso de honestidad”.*
- *“Pido información, ya ni siquiera comunicación. No existe”.*

### **4) Directivos**

**Positivo/ Negativo: 40%/60%**

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Debo reconocer que hay poca comunicación en general”.*
- *“La comunicación transparente no está bien vista y políticamente no correcta”.*
- *“Intento comunicarme, pero cada grupo tiene sus propios intereses”.*
- *“A veces pienso que la comunicación no es una prioridad en absoluto”.*
- *“Cuesta comunicarse, incluso con los propios médicos”.*

#### 4.- Fase de investigación

---

- *“La comunicación depende de las personas. Hay algunas que, si lo tienen claros, otros no”.*

#### 5) Proveedores

**Positivo/ Negativo: 20%/80%**

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Hay una pequeña mejoría con respecto a años anteriores, sobre todo en cuanto a inversiones técnicas”.*
- *“No hay comunicación, si siquiera información”.*
- *“No se percibe un interés real por cuestiones que estén relacionadas con la calidad de suministro de servicios”.*
- *“Sigue premiando una cuestión de costes sin ni siquiera conocer la realidad del día a día”.*
- *“No consigo hablar con los responsables de la institución sanitaria. Así que no me pregunte por la comunicación”.*
- *“A día de hoy, después de 10 años en el mismo hospital, no conozco los jefes de Área o la gerencia”.*
- *“Cumplimos con lo pactado, pero nada más. No hay comunicación con nadie, ni gerencia, ni profesionales, ni pacientes. ¡Mira que lo siento!”.*

#### 6) Asociaciones de Pacientes

**Positivo/ Negativo: 70%/30%**

Adjuntamos los comentarios más relevantes que justifican la evaluación:

- *“Satisfactorio a grosso modo, aunque mejorable por parte de algunos responsables/ directivos”.*
- *“Pedimos reunión con gerencia desde hace más de 8 meses. Ya lo dice todo”.*
- *“Hay buena comunicación con los médicos, más con enfermería”.*

- *“Queremos transmitir nuestras actividades no solo a los médicos y enfermeras sino también al resto del hospital, incluido farmacia hospitalaria. Pero no lo conseguimos”.*
- *“Hay buena predisposición, pero poca acción”.*
- *“Se nos trata con una cierta complacencia sin poder asumir un papel activo en la información y transmisión de conocimientos al paciente”.*

#### **4.1.3.5. Aportaciones adicionales**

La mayoría de los entrevistados, independientemente del grupo de referencia, han resaltado la importancia de la comunicación y de la comprensión con relación al concepto de confianza. Muchos entrevistados consideran que no se sienten comprendidos ni entendidos y que ello condiciona directamente su relación con la institución sanitaria pública.

*“Soy vigilante desde hace casi 15 años, siempre en el mismo hospital. Conozco a la mayoría de la plantilla, pero nadie me ha indicado nunca como debe actuar ante los pacientes y familiares. He tenido varias agresiones, y ha sido una experiencia muy desagradable. Entiendo ambas partes.”* (Vigilante jurado del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla).

Esta evidencia nos confirma nuevamente que la comunicación es un proceso básico para la construcción de la vida en la sociedad. También es un mecanismo activador del diálogo y la convivencia entre sujetos sociales y facilita las relaciones sociales y, por ende, también la confianza.

Estrategias comunicativas para contrastar, procesar y transmitir la información clínica relacionada con el paciente y su enfermedad son requerimientos claros por parte de todos los grupos consultados.

*“La comunicación con pacientes, familiares y profesionales depende del momento y de la persona. No hay unas líneas de actuación claras. A pesar de ello, nuestra sanidad pública es fiable.”* (Familia/esposa de Madrid de un enfermo de tumor cerebral, recientemente fallecido).

*“Nos comunicamos muy bien con los pacientes, pero muy mal con los compañeros de trabajo de otras secciones”* (Auxiliar de enfermería de Palma de Mallorca, cuatro años de experiencia en la sanidad pública, concretamente en la sección de paliativos).

Establecer un guion de diálogo estructurado que facilita la adquisición de conocimientos sobre el paciente y su entorno puede aportar mayor valor a una institución sanitaria pública.

*“Lo que más destaca actualmente en el sector sanitario público son los recursos humanos. Solo gracias a ellos se han podido afrontar los recortes económicos recientes.”* (Enfermera Jefe de Oncología Pediátrica del complejo Hospitalario Universitario de Vigo con 30 años de experiencia en la sanidad pública).

Recordamos que el objetivo final de la actividad clínica es la actuación sobre los síntomas del paciente y previo diagnóstico acertado. Para ello la comunicación fluida, transparente y eficaz es la herramienta más esencial.

*“Dedico gran parte de mi tiempo asistencial a tareas burocráticas. Con la excusa de la Ley de Protección de Datos (y otras más), hay que escribir de forma grotescamente repetida la clave de usuario para validar cualquier cosa, por ejemplo, una coma; lo suyo sería al inicio de la sesión y al finalizar la misma y no en las decenas de pasos intermedios, un tiempo perdido desmesurado para atender al paciente”* (Cardiólogo del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo).



Hemos podido observar que las mujeres tienen otra relación con el concepto de la salud y los servicios sanitarios. Su percepción es significativamente mejor que la de los hombres. en cuanto a los componentes del entorno sanitario. Además, el nivel formativo es otro elemento importante a la hora de la valoración, a mayor nivel de estudios empeora la percepción sobre el sistema sanitario, de la misma forma ocurre con los niveles de renta.

## **5.- Resultados en cuanto a las hipótesis formuladas**

Tanto las encuestas como las entrevistas en profundidad han evidenciado que las instituciones sanitarias públicas modernas están actualmente en una situación de máxima incertidumbre (pandemia COVID 19). Todo ello requiere no sólo un elevado nivel de conocimiento científico y técnico de todas las áreas, sino también de una reestructuración de otras maneras de establecer las relaciones e interacciones entre todos sus grupos de referencia.

No cabe duda de que el propio concepto de pluralismos implica un amplio espectro de valores y comportamientos. Es evidente que cada grupo de interés también requiere de un espacio comunicativo eficaz y eficiente, no solo para hacer llegar sus necesidades e inquietudes, para retroalimentarse, sino también poder desarrollar un diálogo fluido, eficaz y, a ser posible, transparente con los demás grupos de interés. En definitiva, una búsqueda de un consenso social, de un consentimiento, a su máximo nivel. Este consenso se caracteriza por la integridad en la gestión conjuntamente con la responsabilidad, la ética y la transparencia. Ello suele constituir los pilares esenciales de lo que sería un

## 5.- Resultados en cuanto a las hipótesis formuladas

---

código de buenas prácticas en una institución, y a su vez, forman parte del concepto de la confianza.

Gráfico 15: Esquema resumen de las principales recomendaciones según el “Foro General de pacientes de España”



La credibilidad del sector sanitario y sus respectivas instituciones está frecuentemente cuestionada. Es de máxima prioridad llevar a cabo acciones de mejora con el fin de mejorar los resultados en salud y calidad de vida de la población, así como promover una mejor utilización de los servicios sanitarios. La pérdida de la confianza, tanto entre las personas como entre éstas y las instituciones, es una de las causas de la crisis actual. La confianza es un bien

que tiene un valor real, práctico, económico, que aumenta la eficiencia del sistema y posibilita la creación de otros bienes y valores, recalca el economista Josep Maria Rosanas Martí (2009). Él argumenta que, frente a lo que apuntan algunos teóricos, la generación y recuperación de la confianza no pasa por calcular su valor e instrumentar medidas que eliminen su necesidad. En cambio, se debe de generar un mayor compromiso social con valores como el compromiso, el respeto, la integridad, la transparencia y la honradez. No se refiere sólo al desarrollo de valores personales, sino, además, de los valores que son necesarios desarrollar e impulsar en una organización para que sean reconocidos y practicados por todos y que pueda crear e impulsar, incluso, inteligencia social. Ésta hay que entenderla como la interacción con los demás, como elemento clave para la transformación de la sociedad, consolidando redes sociales que generan calidad de vida. La conceptualización pasa por la percepción, la experiencia, la personalidad social, etc. de los pacientes, familiares, profesionales y demás stakeholders de una institución sanitaria que evalúan de esta forma la calidad de vida y el sistema de bienestar.

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede considerar que los objetivos del estudio presente (apartado 1.2.) han sido conseguidos porque plantean una importante base de discusión para fomentar la calidad de vida de pacientes y de demás grupos de interés y una mejora de nuestro estado de bienestar. Son necesarias acciones que mejoren los resultados de las instituciones sanitarias públicas en colaboración con los diferentes grupos de interés que conforman el ecosistema del propio hospital.

## 5.- Resultados en cuanto a las hipótesis formuladas

---

La mayoría de las hipótesis planteadas en el apartado 1.3. se confirman mediante los resultados de las encuestas (valor de referencia alto, por encima de la media) y de las aportaciones de los entrevistados en las entrevistas de profundidad.

Sin ánimo de volver a repetir los mismos datos, se recogen las afirmaciones finales, basados en las 668 encuestas y 64 representantes de los diferentes grupos de referencia que se han expuesto anteriormente.

Por todo ello se considera que:

- ✓ Se puede afirmar que un diálogo estructurado a través de la confianza facilita un mejor diagnóstico de la enfermedad y de un tratamiento más personalizado basados en las necesidades y expectativas de las pacientes (H1).
- ✓ Un nivel alto de confianza a través de un amplio espacio comunicativo se ajusta mejor a las necesidades reales del paciente y a cada grupo de interés de una institución sanitario-pública (H2).
- ✓ A su vez, facilita una mejor comprensión del paciente y de su enfermedad (H3).
- ✓ Un mayor diálogo facilita una mejor comprensión del paciente y de su enfermedad y más ajustado a las posibilidades reales del entorno del paciente (H4 y H5).
- ✓ Mayor confianza facilita incentivar la observación, la reflexión y la autocrítica y la priorización de los puntos para la mejora (H8)
- ✓ Más comunicación significa una mejora de transparencia de los recursos disponibles y de los objetivos que se pretenden alcanzar por parte de la institución sanitaria (H11).
- ✓ Asimismo, queda patente en las entrevistas en profundidad que un diálogo personalizado potencia la implicación del entorno directo del paciente para mejorar los resultados (H12).

- ✓ Además, cabe esperar que un diálogo estructurado promueva la responsabilidad de todos los grupos de interés (H15).
- ✓ Las entrevistas en profundidad evidencian que un diálogo supone un mayor grado de eficiencia, es decir, el óptimo consumo de recursos para alcanzar los objetivos, evitando despilfarros (H18)
- ✓ Se puede afirmar que una mejor gestión de recursos con los proveedores logra un beneficio sostenido (H19).
- ✓ Según las aportaciones de profesionales y directivos sanitarios, una mejor gestión de la información y del conocimiento apoya un proceso de toma de decisiones eficaz y para construir las capacidades de la institución sanitaria (H20).
- ✓ Conocer más a fondo que tipo de elementos tangibles valoren más los pacientes ayuda a generar confianza (H22).
- ✓ Un aumento de la divulgación de las políticas y estrategias de la institución sanitaria aumenta la generación de la confianza (H23).
- ✓ La transparencia mejora el conocimiento de los recursos disponibles y de los objetivos que se pretendan alcanzar por parte de la institución sanitaria (H24).

En cambio, no hay evidencia clara que:

- Una comunicación respetuosa y correcta y promueve la responsabilidad de todos los grupos de interés (H6 y H7)
- Un diálogo supone un mayor grado de eficiencia, es decir, el óptimo consumo de recursos para alcanzar los objetivos, evitando despilfarros y logrando un beneficio sostenido (H9).
- Un diálogo estructurado facilita mejor visión general con respecto a las percepciones de los pacientes en referencia a los elementos tangibles (H10).
- Un diálogo estructurado facilite una comunicación respetuosa y correcta, igual para todos los pacientes (H13).

## 5.- Resultados en cuanto a las hipótesis formuladas

---

- Un diálogo estructurado sea un mecanismo de revisión, medición, actualización y control del comportamiento ético de la institución sanitaria (H14).
- Un diálogo facilita la priorización de los puntos para la mejora (H16).
- Un diálogo estructurado incentiva la observación, la reflexión y la autocrítica (H17).
- No hay evidencia que un diálogo estructurado facilita mejor visión general con respecto a las percepciones de los distintos grupos en referencia a los elementos tangibles (H21).

## 6.- Síntesis y conclusiones

Este trabajo ha partido de la consideración del concepto de la generación confianza como una importante fuente de ventaja competitiva para la institución sanitaria pública. Ya Giddens afirma que tenemos una necesidad psicológica de encontrar personas, grupos e instituciones de los que poder fiarnos (1993). Si bien es cierto que la evidencia científica ha contribuido a la mejora de los resultados en salud, también es cierto que para ello es importante conocer cómo perciben y valoran los diferentes grupos de referencia el funcionamiento de las instituciones sanitarias públicas. Cortina nos recuerda que la confianza un concepto importante de toda institución que aumenta la eficiencia productiva al cohesionar los miembros de la institución, reducir los costes internos y externos, coordinación y supervisión (2003, 2014).

En base a la revisión de la literatura actual se han identificado nueve dimensiones básicas que describen y caracterizan la esencia del factor de la confianza: La respuesta, la fiabilidad, el diálogo fluido y eficaz, la empatía, la

integridad y la ética, el aprendizaje y la autocrítica, la innovación y la sostenibilidad, elementos tangibles y la transparencia.

Cabe destacar que la confianza y la comunicación dominan toda actividad organizacional del sector sanitario. La confianza supone una suspensión, al menos temporal, de la incertidumbre respecto a las acciones de los demás. Cuando alguien confía en algo o alguien, cree que puede predecir sus acciones y comportamientos. La confianza, por lo tanto, simplifica las relaciones sociales dentro de una institución sanitaria.

Sabemos que el concepto de la confianza comprende aspectos tanto objetivos como subjetivos. En este sentido, la humanización de la atención sanitaria, a través de una máxima comunicación, por parte de todos sus grupos de referencias es de máxima relevancia, más aún si cabe en el contexto de la pandemia de COVID 19. Todos somos pacientes en potencia, no se trata de quién, sino de cómo. Para ello el concepto de confianza es primordial para acortar los periodos de incertidumbre y mejorar las relaciones sociales.

El apoyo y la información que se recibe mediante los contactos formales e informales con otros individuos y/o grupos de referencia es crucial. En este sentido, el estilo interpersonal e intergrupalo, es decir, como se interactúa con las personas y grupos, está condicionado directamente por el espacio comunicativo.

Con todo ello, nuevamente, queremos destacar que la confianza y la comunicación dominan toda actividad organizacional del sector sanitario. La confianza supone una suspensión, al menos temporal, de la incertidumbre respecto a las acciones de los demás. Cuando alguien confía en algo o alguien,

crea que puede predecir sus acciones y comportamientos. La confianza, por lo tanto, simplifica las relaciones sociales dentro de una institución sanitaria.

Para ello, se debe generar un mayor compromiso social con valores como el respeto, la integridad, la transparencia y la empatía. No nos referimos sólo al desarrollo de valores personales, sino, además, a un refuerzo de los valores que son necesarios desarrollar e impulsar en una organización para que sean reconocidos y practicados por todos sus grupos de interés y que pueda crear e impulsar, incluso, inteligencia social.

**Las principales conclusiones del trabajo en relación con el concepto de la confianza son:**

PRIMERA: “El diálogo fluido y eficaz” es la dimensión más demandada por parte del paciente y también es el factor más valorado. Las percepciones son superiores a las expectativas.

SEGUNDA: Los profesionales sanitarios se decantan claramente por la dimensión de la “fiabilidad”. Nuevamente, y como cabe de esperar, las percepciones son superiores a las expectativas.

TERCERA: Los familiares dan su mejor puntuación a los “elementos tangibles”. En cambio, tienen mayores expectativas hacia la “fiabilidad”.

CUARTA: Los directivos sanitarios coinciden en su máxima valoración con los familiares. Consideran que los “elementos tangibles” son los más valorados, en cambio, esperan una mejora en cuanto a la dimensión de “respuesta”.



QUINTA: Los proveedores consideran que la dimensión de “innovación y sostenibilidad” es la más valorada y demandada.

SEXTA: Las asociaciones de pacientes evalúan la “integridad y ética” como la dimensión más relevante, pero demandan mayor “respeto” por parte de la institución sanitaria pública.

SEPTIMA: El factor de la confianza es un concepto implícito de la sanidad pública.

OCTAVA: El significado del concepto de la confianza es difícil de explicar y difícil de tener.

NOVENA: La confianza en una institución sanitaria pública no se entiende sin una comunicación permanente y comprensible.

DÉCIMA: El espacio comunicativo actual de una institución sanitaria pública no es el deseado por parte de los pacientes y demás grupos de interés.

Recordamos que el paciente se mueve en tres mundos: el objetivo, social y subjetivo, donde el espacio comunicativo es el marco fundamental de cada uno de ellos para generar confianza. Si consideramos el concepto de comunicación desde un punto de vista más amplio, si los grupos de interés se interrelacionan (profesionales, directivos, etc.) con el paciente, estos son capaces de expresar procesos y situaciones interiores y de dar a conocer circunstancias específicas.

### **6.1.- Reflexión final y propuestas de mejora**

La interacción con los demás grupos de referencia es el elemento clave para la transformación de la sociedad, consolidando redes sociales que generan calidad de vida y mejor bienestar social.

Al hilo de ello hay que tener bien presente que la mayor parte de toda riqueza económica y social está basada en sus recursos intangibles. La información, la investigación, los servicios, los conocimientos, el capital humano y social forman parte importante de ella. La sociedad demanda una reconceptualización al respecto.

Es un hecho que la sociedad dispone, cada vez más, de mayor información, de más masa crítica y más experiencias. En este sentido, lo importante es no perder nunca de vista lo que está ocurriendo. Es fundamental escanear y analizar permanentemente el entorno para estar muy atento a todo lo que ocurre y así ser capaz de estar a la altura de lo que los pacientes, profesionales, familiares y de demás grupos de interés necesitan. Un consumidor/ usuario cada vez más profesional (“prosumidor”), con exigencias mayores y con ganas de vivir experiencias únicas hará que una organización de éxito sea aquella que escuche y satisfaga más que nunca las necesidades vivenciales e inmateriales del cliente (Estudio Odger, 2015:1-10).

El elemento básico de lo social es la operación de enlace comunicativo, y que la sociedad en sí se compone de todas las comunicaciones posibles. Es obvio que la comunicación eficaz es el resultado de un entendimiento entre comunicador y

receptor. En caso contrario conduce a situaciones de desconfianza e insatisfacción.

El sector sanitario público debe encontrar la subjetividad humana o se reduciría a un instrumento técnico-administrativo tanto más ineficaz y disfuncional para el total de la sociedad, cuanto más perfeccionado esté.

Asimismo, es un fenómeno actual que la salud está dando lugar a relacionarse con otras personas. Más aun, a medida que transcurre la edad cronológica del individuo. No es un mero hecho de involución biológica, sino está especialmente conectado con la faceta social y psicológica. El ambiente comunicativo dentro de los servicios sanitario requiere, por lo tanto, una especial relevancia. La comunicación interpersonal con el paciente y todos sus grupos sociales se convierte así en una herramienta importante para generar confianza.

### **Propuestas de mejora**

A pesar de la impersonalidad de las sociedades contemporáneas, los individuos desean encuentros personales que les proporciona más información y, sobre todo, les transmita más confianza y les ayude a manejar sus impresiones y percepciones. A lo largo de la vida, surgen muchas oportunidades de desarrollar relaciones humanas debido a la gran cantidad de grupos y las interacciones que se presentan necesariamente y diariamente. La comprensión de la naturaleza de esas relaciones humanas permite obtener mejores resultados y facilita la creación de un espacio comunicativo dónde cada individuo es estimulado a expresarse libremente.

De todo ello se deduce la importancia de un diagnóstico y análisis exhaustivo de un espacio comunicativo adecuado para identificar las necesidades de mejora y desarrollar alternativas, implicando a todos los stakeholders. Hay que tener presente que la comunicación influye directamente en los tres procesos esenciales de los servicios sanitarios: la prevención, el diagnóstico y el tratamiento (Cruzado, 2003). La posibilidad de mayor y mejor comunicación incrementan las posibilidades de análisis y de mejora del sector sanitario. A su vez, contribuye al “empoderamiento ciudadano” (Comisión de las comunidades europeas, COM, 2006). fomentando comportamientos más saludables y el autocuidado. (Oviedo y Fernández, 2010: 10).

Cabe destacar nuevamente que la confianza y la comunicación dominan toda actividad organizacional del sector sanitario. La confianza supone una suspensión, al menos temporal, de la incertidumbre respecto a las acciones de los demás. Cuando alguien confía en algo o alguien, cree que puede predecir sus acciones y comportamientos. La confianza, por lo tanto, simplifica las relaciones sociales dentro de una institución sanitaria y el apoyo social puede afectar el funcionamiento fisiológico, pues es un valioso recurso de afrontamiento del estrés y un amortiguador de sus efectos. Contribuye a la promoción de conductas saludables y tiene influencia en la progresión y ajuste a enfermedades crónicas.

El paradigma ya no es la observación, sino la interrogación, una comunicación directa y eficaz. la puesta en marcha de métodos y canales para escuchar y comunicarse con el paciente constituye “una revolución silenciosa” que va a

suponer un importante cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias y es fruto de los cambios acaecidos en las sociedades occidentales desarrolladas.

El receptor de la comunicación, es decir, el paciente y su entorno, debe introducir partes susceptibles de control de su subjetividad. Se convierte así nuevamente en emisor de la comunicación, proporcionando un flujo de comunicación continuo. Así puede encontrar al otro interlocutor que está enfrente de él, al nivel de la intersubjetividad de un necesario entendimiento general. El objetivo final es analizar la vivencia del paciente en su conjunto, intentando a comprender al paciente, entender y buscar motivos racionales de su proceder y percepciones en cuanto al servicio sanitario. Ello está fundamentado en relaciones de mutuo entendimiento, para lo cual es necesario que exista un diálogo estructurado a través de un ambiente comunicativo común. Para ello hay tener muy en cuenta que las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos. El grado de interacción entre estos componentes tiene que ser muy estrecho para conseguir una máxima eficacia. El aprendizaje partirá de la observación, la comunicación fluida, el conocimiento del paciente y de su entorno y de la detección de oportunidades de mejora.

Necesitamos amplias estrategias de comunicación para mejorar la salud que incluyan intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales que toquen los determinantes sociales de la salud. Estas intervenciones deben tener como primer objetivo la generación de la confianza de nuestra sociedad hacia las instituciones sanitarias públicas (Navarro, 2009).

Muchas instituciones sanitarias, sus profesionales y sus directivos han reconocido la importancia del concepto de la confianza durante la crisis sanitaria. Han incorporado a sus valores corporativos la empatía, la autocrítica, la innovación, la comunicación, el compromiso y la responsabilidad. Esos valores inmateriales van a condicionar cada vez más la viabilidad y el futuro de toda empresa sanitaria. El dialogo social con todos los grupos de interés será crucial para poder generar la confianza necesaria.

## **7.- Bibliografía**

Abarca Villaseca, K., Agrela, I., Antiporta, D., Aracena Álvarez, M., Arévalo Flores, J. M., Argente, J., & Campos, M. (2014). Relación de revisores del año 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 31(4), 810-14.

Abel, T., Cockerham, W. & Rütten, A. (1997), Conceptualizing contemporary health lifestyles, *The Sociological Quarterly*, Volume 38, Issue 2, pages 321–342

AccountAbility, (2005) United Nations Environment Programme, Stakeholder Research Associates Canada Inc., recuperado: <http://www.accountability.org/images/content/2/0/204.pdf>

Acosta, H., Salanova Soria, M., & Llorens Gumbau, S. (2011). ¿Cómo predicen las prácticas organizacionales el engagement en el trabajo en equipo?: El rol de la confianza organizacional.

Aguerreberre, P. M. (2018), El rol de las redes sociales en la comunicación de marca de los hospitales españoles. *adComunica*, no 15, p. 215-233.

Aguerreberre, P. M. (2012). El carácter estratégico de la proyección externa de la marca hospitalaria: el caso de Mayo Clinic, *Universidad y Salud*, 2(14)

Ajzen, I. (2002). Attitudes, R. Fernandez Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*. (pp. 110-115), Sage Publications, London, England.

Akerlof, G. & Kranton, T. (2005). Identity and the Economics of Organizations, *Journal of Economic Perspectives*. 19:1, Winter, pp. 9-32.

Alcaraz Quiñonero, M, y otros autores (2009), *Excelencia en Oncología*, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid

Algarra, M. M., & Wolf, M. (2005). Teoría de la comunicación: una propuesta. *Temas*, volume 1, 6

Alonso-Coello, Pablo & Grade, Marcos (2018), de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. 2: Guías de práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, vol. 32, no 2, p. 167. e1-167. e10.

Álvarez, R. M., González, M. N. D., Lema, M. L., & Romero, J. M. (2012). La visión en Galicia sobre la asistencia al paciente crónico y pluripatológico; del hospital al sistema sanitario del futuro, *Estrategia SERGAS 2014*. *Galicia Clínica*, 73(1), pp. 42-47

Amezcuá, M., & Carricondo, A. (2000). Investigación cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index Enferm*, 28(29), 26-34.

Aparisi, J. C. S. (2007). Comités de ética en la empresa sanitaria. *Veritas: revista de filosofía y teología*, (17), pp.255-279.

Argüeso, A. Escudero, T. Méndez, J.M. e Izquierdo, M.J. (2013), *Alternativas en la construcción de un indicador multidimensional de calidad de vida*, Documento de trabajo, Instituto Nacional de Estadística, INE, p.1,



recuperado de:

[http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEDocTrabajo\\_C&cid=1259941788238&p=1254735116586&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEDocTrabajo_C&cid=1259941788238&p=1254735116586&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout)

Arnold, M. (2006), Lineamientos para un programa sociopolítico de investigación. Observando Sistemas: nuevas apropiaciones y usos de la teoría de Niklas Luhmann. Santiago de Chile, Editorial Ril/Fundación Soles. P.p. 219-240.

Arqué, R. M. G. (1997). Actitudes de la población ante el sector sanitario. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Ase, I. (2006). La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. *Salud Colectiva*, 2(2), pp.199-218.

Azeredo, Yuri Nishijima; Schraiber, Lilia Blima (2016), El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud colectiva*, vol. 12, no 1, p. 9-21

Bajott, G. (2008), El cambio social: análisis sociológico del cambio social y cultural en las sociedades contemporáneas, Siglo XXI de España editores, Madrid.

Balluerka Lasa, M. N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, M. A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., & Santed Germán, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.

## 7.- Bibliografía

---

- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, pp. 55-60
- Barra, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud, *Psicología y Salud*, 14(2), pp. 237-243.
- Bartolomé Lior, E. (1995), *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*, 1ª. Edición Ed. Interamericana, Madrid, España.
- Bascuñán, R., & Luz, M. (2005). Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista médica de Chile*, 133(6), 693-698.
- Baumann, Z. (1999), *Modernidad líquida*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1992), *Risk Society: towards a New Modernity*, Londres, Sage
- Beck, U. (2002), *La sociedad del riesgo global, Siglo veintiuno de España editores, s.a.*, p.p. 114-116; p. 183; p.p. 240-243
- Beck, U. (2006), *la sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*, Paidós Iberica, Madrid, p.38
- Belloví, M. B., y Senovilla, L. P. (2003). NTP 644: Responsabilidad social de las empresas (II): Tipos de responsabilidades y plan de actuación.
- Beltri Gebrat, F. (2012), *Maduración y conciencia organizacional (Developing and Organizational Consciousness)*. *Acción Psicológica*, 5(1), pp. 41-52.
-

Bernal-Delgado, E., & Ortún-Rubio, V. (2010). La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 254-258.

Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J et al. (2018), *Health SystemReview. Health Systems in Transition*, Vol 20, number 2, 2018. Edited by Instituto, Aragonés de Ciencias de la Salud and SESPAS.

Bernardo, F. M. G., García, G. E. V., y Omares Boris, E. (2004). El vínculo ecuación-comunicación en la formación de los profesionales de la salud. *Educ Med Sup*, p. 18

Berthier, A., (2001) *La sociología de la Complejidad de Niklas Luhmann*. En *Conocimiento y Sociedad*. com, Recuperado de: <http://www.conocimientoysociedad.com/sociocompleja.html>.

Bloor, D. (2003), *conocimiento e imaginario social*, Editorial Gedisa, Barcelona, España.

Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Hora D.L, Barcelona, España.

Borgetto. B.; Mann, B & Janßen, C. (2007), *Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde*, Weinheim, Deutschland, ISBN 978-3-7799-1148-7

Borjas, A. G. (2004). *Salud, información periodística especializada en alza*, Universidad de Sevilla.

Bourdieu, P. (1985). The forms of capital", en J. G. Richardson (comp.), Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. Nueva York, Greenwood, pp. 241- 258

Bravo, P., Contreras, A., Perestelo-Pérez, L., Pérez-Ramos, J., & Málaga, G. (2013). En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 30(4), 691-697.

Breckenkamp, J, Broszka, P & Razum, O. (2011), Epidemiologie für Dummies, VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, Weinheim, Deutschland.

Brugha, R & Varvasoszky, Z. (2000), Stakeholder analysis: a review, Oxford University Press, London, England.

Brundtland, G. (2002), Salud y Desarrollo Sostenible. ICE. Desarrollo Sostenible. Junio Julio 2002. Número 800.

Burnham, J. C. (1988). How superstition won and science lost: Popularizing science and health in the United States. New Brunswick etc.: Rutgers University Press.

Busse, R & Riesberg, A. (2004), Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and policies, p.p. 11-15, recuperado de: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/80703/E85472.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf)

Callejo, Javier; Ramos, Ramón (2017), La cultura de la confianza en tiempos de crisis: análisis de los discursos. *Revista Española de Sociología*, 2017, vol. 26, no 2.

Campos, A. I. (2013). 5.2 Calidad en la gestión de los servicios públicos de salud, Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad de España, Universidad Nacional de educación a distancia, Instituto de Sanidad Carlos III, Madrid, recuperado de:

[http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500629&dsID=n5.2\\_Calidad\\_en\\_la\\_gestion.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:500629&dsID=n5.2_Calidad_en_la_gestion.pdf)

Canel, MJ. Comunicación en tiempos de coronavirus  
[https://elpais.com/elpais/2020/03/31/opinion/1585667419\\_111894.html](https://elpais.com/elpais/2020/03/31/opinion/1585667419_111894.html)

Caro-Benito, C., Pérez-Ventana-Ortiz, C., & Catalán-Vega, M. (2011). *Compromiso y confianza: Responsabilidad social corporativa*.

Castells Olivan, M (2009), *Comunicación y Poder*, alianza Editorial, Madrid, España.

Castells, M & Himanen, P (2002): *The Information Society and the Welfare State. The Finnish Model*, Oxford, Oxford University Press.

Castells, M. (2000): *The risk of the Network Society*, Oxford, Blackwell, 1996, *Information technology and global capitalism*, Londres, Cape

Castells, M. (2003). Más allá de la caridad: responsabilidad social en interés de la empresa en la nueva economía. In *Construir confianza: ética de la*

empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones (pp. 55-74).

Trotta.

Castells, Manuel (1997), La era de la información. Economía, Sociedad y

Celedón, C., & Noé, M. (2000). Reformas del Sector de la Salud y participación social, Pan American Journal of Public Health, 8, pp-99-104.

Center for Research and Innovation Management, (2013), Informe Amphos (Análisis y mejora de procesos hospitalarios), IESE Business School, Barcelona, p.57 y p.61., recuperado de:

<http://www.iese.edu/research/pdfs/ESTUDIO-327.pdf>

Centro de Investigaciones Sociológicas, ICS, (2012), Barómetro Sanitario, Estudios nº 2.936, 2.946 y 2.962, Marzo-Noviembre 2012, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España

Ceriani Cernadas, José M. (2017) La pérdida de la ética y el humanismo en la profesión médica: ¿es una utopía recuperarlos? Archivos argentinos de pediatría, vol. 115, no 6, p. 522-523.

GERTECH (2015), El hospital del futuro: las ideas de los expertos, Universidad de Navarra, recuperado de:

[http://clubgertech.unavarra.es/public/hospital\\_futuro\\_libro.pdf](http://clubgertech.unavarra.es/public/hospital_futuro_libro.pdf)

Chernilo, D. 2004. El rol de la 'sociedad' como ideal regulativo. Hacia una construcción del concepto de sociedad moderna. Cinta Moebio 21: 1-16.  
[www.moebio.uchile.cl/21/chernilo.htm](http://www.moebio.uchile.cl/21/chernilo.htm)

Chirikos, T.N. y Sear, A.M. (2000), Measuring hospital efficiency: a comparison of two approaches, *Health Services Research*, 34: 1389-408.

Clayman, Marla L., et al. (2016), The impact of patient participation in health decisions within medical encounters: a systematic review. *Medical Decision Making*, vol. 36, no 4, p. 427-452.

Clark, M. L. (2004). Los valores P y los intervalos de confianza: ¿ en qué confiar?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(5), 293-296.

Cluster Salud y Bienestar, (2012), *Plataforma Madrid Salud y Bienestar*, Madrid

Cockerham, W. (2001), *Sociología de la Medicina*, Pearsons Education, Madrid.

Cockerham, W. (2002), *Sociología de la Medicina*, Pearson Education, S.A. Madrid, España.

Cockerham, W. (2010), *Health Sociology In a Globalizing world*, University of Alabama at Birmingham, *Política y Sociedad*, 2011, Vol. 48 Núm. 2, p.p. 235-248

Cofiño, R., Pasarín, M. I., & Segura, A. (2012). ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 88-93.

Collins, H. M., & Pinch, T. J. (2005). *Dr. Golem: How to think about medicine*. Chicago: University of Chicago Press.

## 7.- Bibliografía

---

Comisión de las Comunidades Europeas, COM (2006), Health and ageing in the knowledge society: employment, social cohesion and e-health potential, Bruselas, Bélgica.

Comisión Europea (2011), Diálogo estructurado: documento base, recuperado de:  
[https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/aidco/index.php/Di%C3%A1logo\\_estructurado:\\_documento\\_base](https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/aidco/index.php/Di%C3%A1logo_estructurado:_documento_base)

Comisión Europea (2011), Estrategia renovada de la UE para 2011-2014 sobre la responsabilidad social de las empresas, Bruselas (Bélgica),

Comunidad Económica Europea, C.E.E. (2001). Libro Verde: Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas, Bruselas

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2008), Estrategias y prácticas de investigación social, Pearson Prentice Hall, España.

Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2009), Análisis Sociológico Del Sistema De Discursos, Colección Cuadernos Metodológicos, CIS, Madrid, España.

Cornu, L. (1999). La confianza en las relaciones pedagógicas, Construyendo un saber sobre el interior de la escuela, Buenos Aires, Novedades Educativas, 19-26.

Cortina, A. (2002). La ética de las organizaciones sanitarias. Gerencia y Políticas de Salud, 1(3).

Cortina, A. (2003). Construir confianza. Editorial Trotta. Madrid, pp.39-54



Costa, J. (2014). El DirCom hoy: Dirección y Gestión de la Comunicación en la nueva economía. Costa Punto Com.

Cotanda, F. L. (1998). Manual de administración y gestión sanitaria. Ediciones Díaz de Santos.

Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. Psicooncología, (1), 9-19. recuperado de:  
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A/16373>

Cuervo García, A. (2001), Introducción a la Administración de Empresas, 4ª Edición, Civitas, Madrid, España.

Danet, A., March, J. C., & Romera, I. G. (2014). Comunicación, participación y liderazgo en la percepción del clima emocional en un hospital universitario de Andalucía, España Cad. Saúde Pública, 30(3), 546-558.

David Himmelstein, D. and Steffie Woolhandler, S. (2001), Bleeding the Patient: The Consequence of Corporate Health Care. Common Courage Press, Boston, USA

De la Casa, J. M. H. (2007). La gestión de la comunicación como elemento generador de transparencia en las organizaciones no lucrativas. CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa, (57), 5-31.

De la Cuesta, C. (1995), Familia y salud, Rev Rol Enferm; 203: 21-24

De la Cuesta, M. (2012), Marco conceptual e institucional Responsabilidad Social Corporativa, Cátedra Telefónica de Responsabilidad Corporativa y Sostenibilidad, Madrid

de Miguel, J. M. (1980). Siete tesis erróneas sobre la Política sanitaria española y una alternativa sociológica crítica. *Reis*, (9), 53-80.

Declaración de Helsinki, (2008), recuperado de:  
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Department of Community and Family Medicine (2013), *Quality Improvement in Healthcare*, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina, USA.

Díaz Martínez, J. A. (2001). La sociedad de la información en España. *Revista empresa y humanismo*, 4(2), 243-266.

Domínguez-Alcón C. (1997, 2003), *Familia, cuidados informales y políticas de vejez*, Compton L. (eds). *Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento*. México, D.F.: McGraw Hill

Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. (1982), Quality, cost and health: an integrative model. *Med Care*;20, p.p.975-92

Donabedian A. (1978), The quality of medical care, *Science*;200: p.p.856-64

Donabedian A. (1986) Criteria and standards for quality assessment and monitoring, *Qual Rev Bull*;12: pp.: 99-108

Donati, P. (1994), *Manual de sociología de la salud*, Diaz de Santos, Madrid, España.

Dubos, R.J. 1987. *Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change*. Nueva York: Rutgers University Press. PMID: PMC260604

Durkheim, E. (2001). *Las reglas del método sociológico*, sexta edición Ediciones Akal, Madrid

El Ansari, W y Stibbe, A, (2009), *Public Health and the environment: What skills for sustainability Literacy-and Why?* Sustainability, pp. 425-40.

Instituto Nacional de Estadística, INE, (2010), *Encuesta Europea de salud*, recuperado de:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0>

Erlandsen, E. (2007), *Improving the efficiency of health care spending: selected evidence on hospital performance*, Organisation for Economic Co-operation and Development Economics Department Working Papers

Eskualdeko Farmakoperapi Informaziona, INFAC, (2014), Volumen 22, no. 3, recuperado de:  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2014/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_22\\_n\\_3\\_Decisiones\\_compartidas.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2014/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_22_n_3_Decisiones_compartidas.pdf)

Fantova, F. (2003). *Comunicación y relación en la intervención social y en la gestión de calidad*. SETIÉN, Valencia, Tirant lo Blanch, p.p.177-188.

Faustina, M. (2007). *Significado de las relaciones laborales-interpersonales en médicos residentes*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 45(4), 361-369.

Fernández, G. C., Vázquez, J. M. G., & Corredoira, M. D. L. A. Q. (2007). La importancia de los stakeholders de la organización: un análisis empírico aplicado a la empleabilidad del alumnado de la universidad española. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 13(2), 13-32.

Ferrás Sexto, C. (2012), *European Hospitality: Joint common indicators for European hospitals based on hospitality principles*, IDEGA/ USC, Santiago de Compostela

Ferreira J., (2000) *Educación, práctica médica y necesidades sociales. Una nueva versión de calidad. Serie Desarrollo de recursos Humanos*, (No. 102).

Forética (2012), *Comparativa y recomendaciones de Forética para el Plan Nacional de Acción de Responsabilidad Social Corporativa de España*, Madrid, recuperado de:

Franke, D. (2007). *Krankenhaus-Management im Umbruch: Konzepte-Methoden-Projekte*. W. Kohlhammer Verlag.

Frenk J., (1992), *La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate*. Washington, USA

Frenz, P. (2012). *Desafíos en salud pública de la Reforma. equidad y determinantes sociales de la salud*. *Revista chilena de salud pública*, 9(2), p-103.

Frooman, J. (1999). Stakeholder influence strategies. *Academy of management review*, 24(2), pp.191-205.

Galán, J. I. (2012). Reflexiones sobre la responsabilidad social corporativa en el siglo XXI (Vol. 179). Ediciones Universidad de Salamanca.

Galindo, J., Karam, T., y Rizo, M. 2005. Cien libros hacia una comunicología posible. Ensayos, reseñas y sistemas de información.: Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México.

Gallardo Paúls, B. (2003), El diálogo entre personas, Seminario de industrias de la lengua: Conversar con el ordenador, Soria, España.

García, A. (2007). Responsabilidad social empresarial. Su contribución al desarrollo sostenible. *Revista Futuros*, 5(17)

García-Sempere, A., & José Artells, J. (2005). Organization, functioning and expectations of patient organizations: Survey of key informers. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 120-126.

Garfinkel, H. (1984), *Motivation and Social Interaction*, Studies in Ethnomethodology, Oxford, Basil Blackwell,

Garza, B., Gallegos, R., Fernández, A. et al (2012), The Curriculum Transversality: An Alternative for training in equity and addiction, prevention and violence in health professionals, *Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, Vol. 1, Número 2, Julio - Diciembre 2012

Gavidia Catalán, V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, (26).

Gaynor Butterfield, E (2005), Desarrollo Organizacional, The Organization Development Institute International, Latinoamérica, disponible en: [www.theod institute.org](http://www.theod institute.org)

Gellner, E, Nowak, S, Ake, C. et a. (1984), El rango científico de las ciencias sociales, epistemología de las ciencias sociales, Revista internacional de las ciencias sociales, UNESCO, Imprimerie des Presses Universitaires de France, Paris, Vendôme, France.

Gergen, K. (1996). Realidades y Relaciones: aproximaciones a la construcción social. Ediciones Paidós Iberica. Barcelona, España

Gerlinger, T (2006), Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln, Deutschland.

Giddens, A. (2000), Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas, Editorial Taurus, España

Giddens, A. (2001), Sociología, cuarta edición, Alianza Editorial S.A. Madrid, España

Giddens, A. (2010), Sociología, sexta edición, Alianza Editorial, Madrid, España.

Giddens, A. (1984), The Constitution of Society, Cambridge, Polity, 1984

Glanz, K., Rimer, BK & Lewis, FM (2002). Comportamiento de la Salud y Educación para la Salud. Teoría, Investigación y Práctica. Wiley & Sons, San Francisco, USA.

Global Reporting Initiative (GRI) (2006), Sustainability Reporting Guidelines (G3), GRI, Amsterdam, recuperado de: [www.globalreporting.org](http://www.globalreporting.org)

Gloucester Hospitals (2013), Stakeholder engagement, NHS Foundation Trust, Gloucester, England, disponible en:  
<http://www.gloshospitals.nhs.uk/SharePoint3/Communications%20Web%20Documents/StakeholderReport.pdf>

González, C., (2000), Harold Garfinkel, o la evidencia no se cuestiona. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos/goffman/goffman.shtml>,

González, J. V. (2014). «Capítulo 5. Fundamentos de la responsabilidad social corporativa»: EN Reflexiones sobre la responsabilidad social corporativa en el siglo XXI (Vol. 179). Ediciones Universidad de Salamanca.

González, M. R. A., & Ruiz, A. (2006). La imagen del sistema sanitario en España (1995-2004). Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

González, X. C., Alfonsín, A. L., Calzón, I. P., & González, G. V. (2013). El Proceso de la Innovación: De la Idea a la Creación de Valor. Innovación y Nuevos Horizontes en TIC para la Salud, 21.

González-Busto Múgica, B., & López Bayón, S. (2010). La subcontratación de actividad sanitaria como mecanismo para la reducción de listas de espera. Dirección y Organización, (25).

Gumperz, John J. (1992), Contextualization and Understanding, in Rethinking Context, A. Duranti y C. Goodwin (eds.), Cambridge, Cambridge University Press., USA.

Gumperz, John J. (1992): "Contextualization and Understanding" en Rethinking Context, A. Duranti y C. Goodwin (eds.), Cambridge, Cambridge University Press., USA.

Habermas, J. (1988) Theory of Communicative action, Cambridge, Polity,

Habermas, J (1983), Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln, Suhrkamp, Deutschland

Habermas, J. (1970). Zur Logik der Sozialwissenschaften, Verlag Suhrkamp, Frankfurt am Main, Deutschland.

Habermas, J. (1985). Die Neue Unübersichtlichkeit, Verlag Suhrkamp, Frankfurt, Deutschland, p. 182

Habermas, J. (1989), El discurso filosófico de la modernidad, Taurus, Madrid, España

Habermas, J. (2011), El discurso filosófico de la modernidad, Katz, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2190609> Harari, Y. N. (2020). En la batalla contra el coronavirus, la humanidad carece de líderes. El País, 13.

Harari, Y. N. (2020). En la batalla contra el coronavirus, la humanidad carece de líderes. El País, 13.



Hatchett, L., Friend, R., Symister, P. y Wadhwa, N. (1997). Interpersonal expectations, social support, and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, p.p. 560-573.

Heath, I (2005): Promotion of disease and corrosion of medicine. *Canadian Family Physician*; 51:1320-22.

Heritage, John. C. 1987. "Ethnomethodology" en Giddens, A. y J. Turner. *Social theory today*, California: Stanford University Press.

Himmelstein, D. & Woolhandler, S. (2001), *Bleeding the Patient: The Consequence of Corporate Health Care*. Common Courage Press, Boston, USA

Hinshaw, A & Grady, P (2010), *Shaping Health Policy Through Nursing Research*, Ed. Springer, New York, USA.

Holland, J., y Murillo, M. (2003). *Historia internacional de la Psicooncología*. ADES Ediciones, Madrid, España.

Hollingsworth, B. y Street, A. (2006), The market for efficiency analysis of health care organisations, *Health Economics*, 15: 1055-9.

Hottois, G. (2007), *¿Qué es la bioética?* Colección Caminos Filosóficos, Universidad del Bosque, París, France, pp. 14-15.

Hurrelmann, K. (2010), *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, Verlag Juventa, München, Deutschland.

Hyland, K. (2002). Authority and invisibility: authorial identity in academic writing. *Journal of Pragmatics*, 34, 1091-1112.

Illana, F. (2003). La organización centrada en la satisfacción del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*, 18(5), p.p.259-260.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Bundesministerium für Gesundheit, official page, retrieved from:  
[https://www.iqwig.de/de/ueber\\_uns/aufgaben\\_und\\_ziele.2946.html](https://www.iqwig.de/de/ueber_uns/aufgaben_und_ziele.2946.html)

Instituto de Estadística de España, INE, (2012) Encuesta Nacional de Salud 2006 y 2011, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Instituto Nacional de Estadística, INE, página oficial, recuperado de:  
<http://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Salud Pública, (2012), Medicina y salud pública al final del imperio. Una visión desde la sociología, Cuernavaca, México.

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), (2012), Primer Barómetro de la sanidad privada en España, disponible en:  
[http://fundacionidis.com/wpcontent/uploads/2012/05/InformeIDIS\\_Barometro](http://fundacionidis.com/wpcontent/uploads/2012/05/InformeIDIS_Barometro)

Jameton, A y McGuire, C. (2002), Toward sustainable Health-care services: Principles, challenges, and a process, *International journal of Sustainability in Higher Education*. Academic Research Library.

Jiménez De Gracia, L., Ruiz-Moral, R., Gavilán-Moral, E., Hueso-Montoro, C., Gálvez, D. C. C., & Alba-Dios, M. A. (2012). Opiniones de los

médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Atención Primaria*, 44(7), 379-384.

Jiménez, J. J. (2000). Gestión del cambio en los servicios hospitalarios. In *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*. 2a Ed. (pp. 465-484).

Jiménez, J. P. (2001), La formación psicoterapéutica psicoanalítica básica y el terapeuta principiante. En: *Psicoanálisis, focos y aperturas*, ed. Ágora. Montevideo, pp. 262-275.

Johnson, N. (1990), *El Estado de Bienestar en transición. La teoría y práctica del pluralismo de bienestar*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, p.17

Joint Commission International (2011), *Estándares para la acreditación de Hospitales*, cuarta edición, Department of Publications, Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, Illinois, USA, p.p.137-238, p.220

Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (2002), 2nd edition, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, USA.

Kaplan, R.S. y Norton, D.P. (2001), *The strategy-focused organization*, Harvard Business School Press, Boston.

Kickbusch, I. (2009), *Policy Innovation for Health*, In: Springer, ed. 2009. *Innovation for Health*. Geneva. Springer. Ch. 1

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. y Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, p.p. 83-107.

Krause, N. y Shaw, B. (2003). Welfare participation and social support in late life. *Psychology & Aging*, 17: p.p. 260-270

Kreeb, M. (2009), *Nachhaltigkeit und Zukunftsperspektiven für Kliniken*, Catedra de Sostenibilidad y Medio ambiente, Universidad de Friburgo, Alemania,

. Lazcano-Ponce E, Alpuche-Aranda C. (2020), Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *salud publica mex.* 2020;62(3): 331-340

LeBlanc, L., & Robert, M. (2012). Innovación psicosocial: aplicación de un plan de prevención de la delincuencia juvenil. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1134. Innovación psicosocial: aplicación de un plan de prevención de la delincuencia juvenil.

Lechner, N. (2000). Desafíos de un desarrollo humano: individualización y capital social. *Instituciones y desarrollo*, 7, 7-34.

Llanusa Ruiz, S. B., Rojo Pérez, N., Caraballosa Hernández, M., Capote Mir, R., & Pérez Piñero, J. (2005). Las tecnologías de información y comunicación y la gestión del conocimiento en el sector salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3), 0-0.

Lloyd, M., & Bor, R. (2009). *Communication skills for medicine*, Third edition, Elsevier Health Sciences

López de Lizaga, J. L. (2012), *La teoría sociológica de Jürgen Habermas y Niklas Luhmann*, Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza, España.

López López, M<sup>a</sup> D. (2012), *Modulo: Introducción a la Administración de Empresas*, Máster Interuniversitario en Sostenibilidad y RSC, UNED/UJI, España.

Lorentz C, Hoffmann A, Stender K-P & Trojan A (2014) *Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst am Beispiel Hamburgs. Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 37. Jahrgang, Heft 1: 8-11, Hamburg, Deutschland.*

Luhmann, N. (1986): *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*

Luhmann, N. (1990), *Die Wissenschaft der Gesellschaft*, Verlag Suhrkamp/ Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main, Deutschland.

Luján-Carpio, E., Lizarraga-Castañeda, Z., Mayor-Vega, A., Medrano-Canchari, K., Medina-Salazar, H., & Goicochea-Lugo, S. (2014). *El servicio de Medicina complementaria de EsSalud, una alternativa en el sistema de salud peruano. Revista Médica Herediana, 25(2).*

Lüschen, G. (1995), *Health systems in the European Union: diversity, convergence, and integration*, Oldenbourg, München, Deutschland.

- Mann, B. (2004), Krankenhaussoziologie und Gesundheitswesen. Soziologische Revue, Jahrgang 27, pp. 480-491, ISSN 0343-4109
- Marín, M.J., Romero, M.E., González, M.D., Carbayo E., García, A., Gutiérrez, I., Algaba, S. (2004), Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital, Enfermería Clínica, Volume 14, Issue 5, p.p. 281-285
- Martín, E. R., & Soler, L. M. (2014). Metodología e investigación en gestión clínica. Gestión clínica, 119.
- Martín, J. H., & del Campo, J. I. P. (2005). Pensamiento estratégico, teoría de juegos y comportamiento humano. Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación, (6), 37-67.67.
- Martín, J.J. y López del Amo, M.P. (2007), Innovaciones organizativas y de gestión en el Sistema Nacional de Salud, en Temes, J.L. (ed.), Gestión Hospitalaria, 4.ª ed., Cap. 3, Madrid, McGraw-Hill
- Martínez, M, (2002) La etnometodología y el interaccionismo simbólico. Sus aspectos metodológicos específicos. Recuperado de: <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.htm> [con acceso el 26 de abril de 2003]
- Martínez Quintana, M.V. (2007), Sociedades y mundo. De la teoría a la práctica en la ciencia sociológica, Ediciones Académicas, Madrid, España.
- Martínez, O et al. (1997), Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba, Editorial Caguayo, La Habana, Cuba.

Massé, C., (2007), Sistema Educación en Luhmann desde una Perspectiva Crítica, Universidad Autónoma del Estado de México, Cinta Moebio 30, p.p. 296-308

Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R. M., Llantá Abreu, M. D. C., Peña Fortes, M., & Infante Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4), 0-0.

McKee M, Stuckler 82011), The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *BMJ*, recuperado de: <http://www.bmj.com/highwire/>

Mella, O. (1998), Naturaleza y orientaciones teórico – metodológicas de la investigación cualitativa. Recuperado de: <http://www.reduc.cl/reduc/mella.pdf>

Mezzich J, Snaedal J, van Weel C, Heath I (2010). Toward Person-Centered Medicine: From Disease to Patient to Person. *Mount Sinai Journal of Medicine* 77, pp. 304-306.

Mezzich, J. E., Snaedal, J., van Weel, C., & Heath, I. (2009). The international network for person-centered medicine: Background and first steps. *World Medical Journal*, 55, pp.:104-107.

Michigan State University. Social Capital Initiative, & United Nations. Economic Commission for Latin America. (2003). Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma (Vol. 71). United Nations Publications.

Miles A, Loughlin M, Polychronis A (2008): Evidence-based healthcare, clinical knowledge and the rise of personalised medicine. *J Eval Clin Pract.* 14: 621-49.

Millán, R., & Gordon, S. (2004). Capital social: una lectura de tres perspectivas clásicas (Social Capital: An Interpretation from Three Classic Perspectives). *Revista mexicana de sociología*, 711-747.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, MSSSI (2012) Informe anual del Sistema Nacional de Salud en España

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), Estrategia de Promoción y de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, p.p. 7-13, Recuperado de:  
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

Mira, J. (2001). Calidad percibida. Una revolución silenciosa. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(3), 162-163.

Mira, J. J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS; un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4, p.p.12-18.

Mira, J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., & Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista De Calidad Asistencial*, 17(5), 273-283.



Miró, Ó, Sánchez, M., Mestre, G., Coll-Vinent, B., Bragulat, E., Espinosa, G., & Millá, J. (2001). Evaluación del impacto en la calidad asistencial y análisis coste-efectividad de la reforma de un servicio de urgencias de medicina.

Medicina clínica, 117(1), 7-11.

Moneva, J.M. (2001), El marco de la información social y medioambiental de la empresa: análisis de la Global Reporting Initiative (GRI), Revista Interdisciplinar de Gestión Ambiental, nº 30, pp.1-14.

Moneva, J.M. (2007), El marco de la información sobre responsabilidad social de las organizaciones. Ekonomiaz 65, pp. 284-317.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. In Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social (pp. 78-102).

Moyano, M.A y Rivera, J.M. (2014), La Sostenibilidad del Sistema Sanitario; una visión desde la gestión pública, XXXIV Jornadas de Economía de la Salud. Recuperado de:

[http://www.aes.es/jornadas/pdf/28/O015\\_Jornadas\\_AES\\_2014.pdf](http://www.aes.es/jornadas/pdf/28/O015_Jornadas_AES_2014.pdf)

Mulder, Gijs (1993), '¿Por qué no coges el teléfono?': acerca de los actos de habla indirectos, en Diálogos Hispánicos, 12, Haverkate, H, Hengeveld, K. y Mulder, G. (eds.), Amsterdam, Holanda.

Murphy, J. (2007). La importancia de la percepción de los stakeholders en la comprensión del impacto, El programa del Sistema Básico de Salud

Integral (Sibasi) y la calidad del servicio de salud primaria en El Salvador. Gerencia y Políticas de Salud, 6(12).

Navarro Espigares, J. L., y Hernández Torres, E. (2013). Desarrollo sostenible en el sector salud: la memoria de sostenibilidad del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Universidad de Granada, recuperado de: [http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/27510/6/441\\_Cap\\_24.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/27510/6/441_Cap_24.pdf)

Navarro, O. (2012). E-health en la prestación de cuidados. ENE, Revista de Enfermería., 5(3).

Navarro, V. (2009), Las repercusiones sociales de la crisis global en las XXVIII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública, Madrid, recuperado de: <http://www.vnavarro.org/?p=3416>

Navarro, V. (2012), Los recortes en la sanidad pública, otra vez, publicado en la columna "Pensamiento Crítico" en el diario PÚBLICO, 28 de diciembre de 2012, recuperado de: <http://www.vnavarro.org/?cat=13>

Navas, A. (2014). El valor social de la confianza, Deposito digital de la universidad de Navarra, DADUN

Nevárez Sida, A., Constantino-Casas, P., & García-Contreras, F. (2007). Comparación de la eficiencia técnica de los sistemas de salud en países pertenecientes a la OMS. Economía, Sociedad y Territorio, volumen 6(24), p.p.1071-1090.

Norgall, T. (2009). Strukturierte Qualitätsberichte von Krankenhäusern– Zwischen Transparenz und Verständlichkeit, Zielgruppengerechte

Gesundheitskommunikation VS Verlag für Sozialwissenschaften, Deutschland, (pp. 289-307).

Núñez-Paula, I. A. (2007). Gestión humana a o de personas en la construcción de las sociedades del conocimiento. *Acimed*, 16(3)

Ochando, C. (1998), *El Estado de Bienestar*, editorial Germania, Valencia, España.

Offe, C. (1990), *Contradicciones en el Estado de Bienestar*, Madrid, Alianza Universidad. pp. 290-291

Offe, C. (2007), *Contradicciones en el estado de Bienestar*, Alianza Universidad, pp. 135-150

Olkkonen, L., & Quarshie, A. (2019). Media and Communication Environment. In *Corporate Social Responsibility in Finland* (pp. 63-73). Palgrave Pivot, Cham.

Organización Mundial de la salud (OMS) disponible en:  
<http://www.who.int/topics/es/>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2009), maximizing positive synergies between health systems and Global Health Initiatives, disponible en:  
<http://www.who.int/healthsystems/New-approach-leaflet-ENV2-p4p.pdf?ua=1>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE (2011) "The future of healthcare in Europe", The Economist Intelligence Unit Limited 2011. Recuperado de:

[http://www.eufutureofhealthcare.com/sites/default/files/EIU-Janssen%20Healthcare\\_Web%20version.pdf](http://www.eufutureofhealthcare.com/sites/default/files/EIU-Janssen%20Healthcare_Web%20version.pdf)

Ortiz-Osés, A. y Lanceros, P. (2005). Claves de hermenéutica: para la filosofía, la cultura y la sociedad, Universidad de Deusto, Bilbao, España.

Ortún, V. y Callejón, M. (2012). Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios. Casajuana J, Gérvas J, directores. La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare, p.p.157-70.

Ostrom, E. y Walker. J., (2003). Trust and Reciprocity: Interdisciplinary Lessons from Experimental Research. Nueva York: Russell Sage Foundation.

Oteo Ochoa, L. A. O. (2013). La empresa sanitaria en proceso de cambio, Tema 9.1. Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=bibliuned:500685>

Otero, M., & Alvarado, M. A. (2011). Comunicación organizacional interna en los centros de salud urbanos. Temas de Comunicación, (20), 91-114.

Oviedo, E., y Fernández, A. (2010). Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe. CEPAL., p.10

Pallí, C. y Martínez, L. (2004). Naturaleza y organización de las actitudes Introducción a la psicología social, universidad Oberta de Cataluña: UOC, Barcelona, España. (pp. 183-254).

Parsons, T. (1951), *The Social System*, The free Press on Glencoe, London, England.

Parsons, T. (1978), *Health and disease, a sociological and action perspective*, Encyclopedia of bioethics, The Free Press, New York., USA.

Peiró, S. (2006), *Algunas reflexiones sobre la organización de la información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud*, Revista de Administración Sanitaria, 4 (I): 81-94

Pérez de Jiménez; Cl. (2001), *El Modelo Neoliberal y Su Impacto en la Subjetividad e Identidad*. En *Temas y Perspectivas de Sociología*. Facultad de Filosofía y Letras. INSIL. UNT.

Pérez Gorostegui, E. (2007), *Comportamiento organizativo*, Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid, España.

Pérez M. y García, J. (1995), *Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio*. Bol ateneo

Pérez, J., García, J., & Tejedor, M. (2002). *Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación*. Revista de Calidad Asistencial, 17(5), 305-311.

Perrow, Ch. (1998), *Sociología de las Organizaciones*, Tercera Edición, Mc Graw-Hill, Madrid, España.

Perrow, Ch. (1998), *Sociología de las Organizaciones*, Tercera Edición, Mc Graw-Hill, Madrid, España.

Pfaff, H & Scheibner, F. (2006), Inpatient health services and quality of care: trends towards standardisation and individualisation, *Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Köln, Deutschland, p.p. 432 – 443

Piovani, J. I. (2011). La escuela de Chicago y los enfoques cualitativos: términos y conceptos metodológicos. In *Papers: revista de sociologia* (Vol. 96, pp. 245-258).

Porter, M. y Kramer. M. (2006), El vínculo entre ventaja competitiva y responsabilidad social corporativa, *Estrategia y Sociedad*, Harvard Business Review, América Latina, disponible en:

Powles, J (1973), On the limitation of modern medicine, *Encyclopedia Science Medical Manual*, New York, USA.

Prior, D. (2006), Efficiency and total quality management in health care organizations: A dynamic frontier approach, *Ann Oper Res*, 145: 281-99.

Proyecto piloto de la Universidad de Viena y la universidad de Klagenfurt en Austria, (2010), *Das nachhaltige Krankenhaus*, (“el hospital sostenible”)

Puig-Junoy, J. y Dalmau, E. (2000), ¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica, en *Avances en la gestión sanitaria: Implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica*, XX Jornadas de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la Salud, Barcelona.

Putnam, R. (1993), *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press, USA

Putnam, R. (2003), *El declive del capital social*, Galaxia Gutemberg. Círculo de Lectores. Barcelona

Quintero, P. 2005. Naturaleza, cultura y sociedad. Hacia una propuesta teórica sobre la noción de sociabilidad. *Gaceta de Antropología* 21. Artículo en línea, recuperado de: [http://www.ugr.es/~pwlac/G21\\_21Pablo\\_Quintero.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G21_21Pablo_Quintero.html)

Radl Philipp, R., (1998), *La teoría del actuar comunicativo de Jürgen Habermas: un marco para el análisis de las condiciones socializadoras en las sociedades modernas*, recuperado de: [http://www.infoamerica.org/documentos\\_pdf/habermas02.pdf](http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/habermas02.pdf)

Repullo, J. (2012), *Cambios y reformas en los sistemas y servicios*, Instituto Carlos III, Madrid, España.

Repullo, J.R. (2009), *La buena Sanidad Pública, ¿ni se compra ni se vende? A propósito de los copagos y de su contribución a una mejor valoración de los servicios públicos por los «usuarios-clientes»*. *Revista Salud 2000*. 2009 noviembre; 124: p.p.15-20, recuperado de: [http://www.actasanitaria.com/fileset/doc\\_58779\\_FICHERO\\_NOTICIA\\_25611](http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_58779_FICHERO_NOTICIA_25611).

Rey-Rocha, J., Antonio-García, M. T., & López-Navarro, I. (2013). *Generación de capacidades científicas, tecnológicas y de innovación en los hospitales públicos. Papel de la investigación en el camino hacia el hospital emprendedor*.

Ritzer, G (2001), *Teoría de la Sociología moderna*, 5ª edición, Mc Graw Hill, Madrid, España

Ritzer, G. (2000), Teoría sociológica moderna. Madrid, McGraw-Hill

Rizo García, m. (2006), George Simmel, Sociabilidad e Interacción: Aportes a la ciencia de la comunicación, Grupo hacia una Comunicología Posible, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México.

Rizo, M. (2005). El Interaccionismo Simbólico y la Escuela de Palo Alto. Hacia un nuevo concepto de Comunicación, En: Aula Abierta, Lecciones Básicas. Portal de la Comunicación del Instituto de la Comunicación (INCOM) de la Universidad Autónoma de Barcelona (España). Artículo recuperado de: [http://www.portalcomunicacion.com/esp/n\\_aab\\_lec\\_1.asp?id\\_llico=17](http://www.portalcomunicacion.com/esp/n_aab_lec_1.asp?id_llico=17)

Robbins, S. P. (1998). Fundamentos de comportamiento organizacional. Pearson Educación.

Rodríguez, L. J. C. (2020). Efectos del coronavirus en el sistema de enseñanza: aumenta la desigualdad de oportunidades educativas en España. Revista de Sociología de la Educación-RASE, 13(2), 114-139.

Rojas F. (1996), La medicina social y la medicina individual. ¿Complementariedad o convergencia? Bol Ateneo

Rosanas, J.M. (2009), Una cuestión de principios, los fundamentos de la confianza a examen, IESE Business School, Barcelona, IESE Insight Review, No. 3, cuarto trimestre del 2009, recuperado de [www.ieseinsight.com/review](http://www.ieseinsight.com/review)

Rosanas, J.M. y A. Farias (2010), La influencia del contexto en las relaciones de confianza, Tesis doctoral, IESE Business School, Barcelona, T-214, 06/2010



Rose, A. (1974), *El interaccionismo simbólico, Teoría e investigación en la psicología social actual*, Instituto de la Opinión Pública, Madrid, España.

Rose, N. (2007). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Saavedra Robleda, I. (2012). *Módulo I: Ética y empresa, Introducción a la sostenibilidad y la RSC*, Master RSC- UNED/UJI, Madrid

Sachs, J. D. (2002). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. *Revista Pan Americana de Salud Pública*, 12(2), 143-144.

Safran JD. (1999), *Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory*. In: Safran JD. *Widening the scope of cognitive therapy: the therapeutic relationship, emotion, and the process of change*. London: Aronson, , p.p. 61-102.

Sanchez, M. y Martín. M (2004), *Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia*, Documento de trabajo, Fundación Alternativas, recuperado de:  
<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/nuevas-formas-de-gestion-las-fundaciones-sanitarias-en-galicia>.

Sanitarios, Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Carlos III, Madrid.

Savio, A. (2010), Las huellas del autor en el discurso académico: un estudio sobre tesis de psicoanalistas argentinos, Instituto de Lingüística, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Schütz, A. y Luckmann, T. (1973), Las Estructuras del Mundo de la Vida. Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

Schütz, A. y Luckmann, Th. (1977). La estructura del mundo de la vida, Amorrortu, Buenos Aires

Searle, J. R. (1979), Expression and Meaning. Studies in the Theory of Speech Acts, Cambridge, Cambridge University Press, Inglaterra.

Secretaria General Técnica (2006), Estudio ENEAS, Ministerio Español de Sanidad y Consumo, Madrid

SEDISA, Sociedad Española de Directivos de la Salud (2013), Informe sobre la Profesionalización de los Directivos de la Salud: La profesionalización de los directivos de la Salud, Madrid, España.

SEDISA, Sociedad Española de Directivos de la Salud (2012), La gestión de camas hospitalarias y la importancia del “antes de entrar dejen salir”, Madrid, España.

Sen, A., & Kliksberg, B. (2007). Primero la gente: una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. Barcelona: Ediciones Deusto.

Señaris, J, Hidalgo, A, Pérez, S. et al. (2006), Confianza en el sistema sanitario Fundación Biblioteca Josep Laporte-Universitat Autònoma de Barcelona y del Public Opinión & Health Care Program / Universidad de Harvard, Ergon, p.15

SERGAS, Servicio de Saúde Galega, (2010), Estrategia 2014: La Salud Pública al servicio del paciente.

Servicio Canario de Salud, Plan estratégico 2010-2013, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin, Las Palmas de Gran Canaria, España.

SESCAM, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, (2009), Manual de Calidad Asistencial

Sgreccia, E. (1996). Manual de bioética. Edi. Diana.

Sheikh, K., Gilson, L., Agyepong, I. A., Hanson, K., Ssengooba, F., & Bennett, S. (2011). Building the field of health policy and systems research: framing the questions. PLoS Medicine, 8(8), e1001073.

Siegrist, J. (2011), Social Determinants of Health – contributions from European Health and Medical, Department of Medical Sociology, University of Düsseldorf, Germany.

Siegrist, M. (2001). Die Bedeutung von Vertrauen bei der Wahrnehmung und Bewertung von Risiken, Universidad de Stuttgart, Alemania, recuperado de: <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1887/>

Simmel, G. (2002), Cuestiones Fundamentales de Sociología, Gedisa, Barcelona, España.

Simón, M.A. (1999) Manual de Psicología de la Salud, Biblioteca Nueva, Madrid

Steinmann, L.; Dittrich, G.; Karmann, A. y Zweifel, P. (2004), Measuring and Comparing the (in)efficiency of German and Swiss Hospitals, The European Journal of Health Economics, 5: 216-226.

Stevenson, F. (2006), The Doctor-Patient Relationship. Interconnections between Global Processes and Interaction, Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln, Deutschland, p.p. 224-243

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2012), La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

Suñol, R., Vallejo, P., Manuel Beltrán, J., Hilarión, P., Bañeres, J., & Orrego, C. (2005). Derechos de los pacientes en los principales sistemas de acreditación hospitalaria. Revista de Calidad Asistencial, 20(6), 343-352.

Talcott Parsons, T (1952), The Social System, Londres Tavistock, Socialization and Interaction Process, Londres, Routledge, 1956

The American Sociological Association Medical Sociology, official web site, retrieved from: <http://www.kent.edu/sociology/asamedsoc/>

Thomas, R. (2003) *Society and Health: Sociology for Health Professionals*, Kluwer Academic Plenum Publishers, New York., USA.

Toro, D. (2006). El enfoque estratégico de la responsabilidad social corporativa: revisión de la literatura académica. *Intangible Capital*, 2(14), 338-358.

Torres, M. J. F. (2013). Gestión de la comunicación en el sector no lucrativo español. *Revista de Comunicación de la SEECI*, (30), 94-105.

Torsvik, Gaute (2000) "Social Capital and Economic Development". *Rationality and Society* 12(4): 451-476.

Trojan A, Nickel S (2014) Selbsthilfefreundlichkeit als Kernelement der Patientenorientierung - Entstehungsgeschichte und Weiterentwicklung zu einem Qualitätsmerkmal von Gesundheitseinrichtungen. In: Emrich, Ethik aus Patientenperspektive, Institut für Medizinische Soziologie (IMS), Hamburg, Deutschland.

Tusón Valls, Amparo (1997), *Análisis de la conversación*, Ariel, Barcelona, España.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health, official web site retrieved from: <http://www.omhrc.gov>

Ugarte, A. (2012). Comunicación y salud: hacia una agenda de investigación compartida para Iberoamérica. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(1), 1-3.

UNESCO (2005), Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, disponible en:

Valles, M. S. (2002). Entrevistas cualitativas (Vol. 32). Centro de estudios sociológicas (CIS), Madrid.

Varo, J. (1994). Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos

Velarde, S. F. (2006). Sociología de la vida cotidiana. Sincronía, (4), p. 9.

Vergara, M. R. L., Herrera-Usagre, M., & Ramos, R. M. D. (2012). Calidad sanitaria y mass media. El impacto mediático de la localización de notas de prensa sobre acreditación sanitaria en Andalucía. Revista de Comunicación y Salud, 2(1), 5-17.

Vieyra Bahena, P. J. (2015). ¿Un nuevo tipo de individualismo?: Las peculiaridades del individualismo mexicano. Sociológica (México), 30(85), 65-100.

Viladot, M. À., & Presas, M. À. V. (2012). Comunicación y grupos sociales. Editorial UOC.

Villalbí, J.; Guixa, J.; Casas, C.; Borrell, C.; Duran, J.; Artazcoz, L.; Camprubí, E.; Cusí, M.; Rodríguez-Montuquín, P.; Armengol, J.M. y Jiménez, G. (2007), El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública, Gaceta Sanitaria, 21(1): 60-5.

Villodre, D. R., Calero, R., & Gallarza, M. G. (2014). La satisfacción del cliente como indicador de calidad en neurorehabilitación. Cuadernos de Estudios Empresariales, 24, 131.

Vinaccia S y Orozco, L.M. (2005) Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, Diversitas, p.2

Vizer, E. A (2003), La trama (in)visible de la vida social. Comunicación, sentido y realidad.: La Crujía Ediciones, Buenos Aires, Argentina.

Waitzkin, H (2004), En los límites de la medicina: cómo aliena el sistema de salud a los médicos y maltrata a los pacientes... y qué podemos hacer al respecto, Rowman and Littlefield, USA.

Waitzkin, H (2011), Medicine and Public Health at the End of Empire, Paradigm Publishers, USA.

Waitzkin, H. (2000), The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care. Rowman and Littlefield Publishing, Monroe, Maine, USA.

Waitzkin, H. (2000), Changing patient-physician relationships in the changing health-policy environment, Handbook of medical sociology, 5th edition, Prentice Hall, USA.

Williamson, O. (1994). Transaction Cost Economics and Organization Theory, The Handbook of Economic Sociology. Princeton University Press, USA

Wolf, C & Wendt, C. (2006), Perspektiven der Gesundheitssoziologie, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln, Deutschland, p.p. 9-33.

World Health Organization (2009). World Health Assembly Resolutions. Geneva: WHO, World Health organization: <http://www.who.int/>

Yu W, Ezzati T. (2005), Concentration of Health Care Expenditures in the U.S. Civilian Non institutionalized Population. MEPS, Statistical Brief (81), recuperado de:  
[http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data\\_files/publications/st81/stat81.pdf](http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st81/stat81.pdf)



## **8.- Anexos**

### **8.1.- Índice de abreviaturas**

AEMPS Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

AMPHOS Análisis y Mejora de procesos hospitalarios

CCAA Comunidades Autónomas

CCSPP Contratos de Colaboración entre el Sector Público y Sector Privado

CE Comisión Europea

CEE Comunidad Económica Europea

CIS Centro de investigaciones Sociológicas

CEO *Chief Executive Officer*

COVID-19 *Coronavirus Disease -19*

CRES-UPF Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona

DIALNET Sistema abierto de información de revistas publicadas en castellano

DRAE Diccionario de la Real Academia Española

E-SPACIO Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Educación a Distancia

EFQM *European Foundation for Quality Management*

EMA Agencia Europea del Medicamento

GERTECH Grupo de gerentes y altos directivos de Sanidad y especialistas de la universidad y de empresas

GoPubMed Buscador basado en conocimientos para textos biomédicos

GRI *Global Reporting Initiative*

ICEA Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones

IDEGA Instituto de Estudios y Desarrollo de Galicia

IDIS Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad

IESE Instituto de Estudios Superiores de Empresa

INGESA Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

IS Institución sanitaria

JCI *Joint Commission International*

OMS Organización Mundial de la Salud

MIPSE Morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable

MSCBS Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

MSSSI Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

No Número

PUBMED Portal de base de datos de la *National Library of Medicine*

---

RD Real Decreto

REBIUN Red de Bibliotecas Universitarias

RSC Responsabilidad Social Corporativa

RSS Rango de satisfacción del *stakeholder*

SARS- CoV-2 *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*

SCIELO Biblioteca Virtual en Salud.

SEaic Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica

SEDISA Sociedad de Directivos de la Sanidad

SERGAS Servicio Gallego de Salud

SERVQUAL Modelo de Calidad de Servicios

SESPAS Sociedad Española de Salud Pública

SNS Sistema Nacional de Salud

SSRN - ELSEVIER Repositorio en línea de acceso abierto de artículos preimpresos

TESEO Base de datos del Ministerio de Educación de las Tesis Doctorales realizadas en universidades españolas.

TFM Trabajo de Fin del Máster

UCI Unidad de Cuidados Intensivos

UE Unión Europea

UNED Universidad de Distancia de España

USC Universidad de Santiago de Compostela

## **8.2.- Índice de gráficos**

Gráfico 1: Representación gráfica de las encuestas realizados por grupo de referencia, página 186

Gráfico 2: Dispersión de las medias reales de las nueve dimensiones del concepto de la confianza, página 205

Gráfico 3: Gráfico de dispersión de las medias esperadas de las nueve dimensiones del concepto de la confianza, página 208

Gráfico 4: Comparativa de las medias actuales y deseadas en líneas, página 209

Gráfico 5: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “respuesta”, página 211

Gráfico 6: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “fiabilidad”, página 212

Gráfico 7: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “diálogo fluido y eficaz”, página 213

Gráfico 8: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “empatía”, página 214

Gráfico 9: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “integridad y ética”, página 215

Gráfico 10: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “aprendizaje y autocrítica”, página 216

Gráfico 11: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “innovación y sostenibilidad”, página 217

Gráfico 12: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “elementos tangibles”, página 218

Gráfico 13: Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión “transparencia”, página 219

Gráfico 14: Esquema resumen de las principales recomendaciones según el “Foro General de pacientes de España”, página 236

### **8.3.- Índice de tablas**

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los pacientes encuestados, página 201

Tabla 2: Datos sociodemográficos de los profesionales sanitarios encuestados, página 201

Tabla 3: Datos sociodemográficos de los familiares encuestados, página 201

Tabla 4: Datos sociodemográficos de los directivos encuestados, página 202

Tabla 5: Datos sociodemográficos de los proveedores encuestados, página 202

Tabla 6: Datos sociodemográficos de las asociaciones de pacientes encuestados, página 202

Tabla 7: La valoración actual por grupo de referencia y por dimensión, página 205, 206

Tabla 8: La valoración deseada por grupo de referencia y por dimensión, página 208, 209

Tabla 9: Dimensiones mejor y peor valoradas por cada grupo de referencia teniendo en cuenta que la muestra de cada grupo de referencia es diferente, página 221

Tabla 10: Los factores que influyen en la generación de confianza hacia una institución sanitaria pública, página 233.

## **8.4.- Fichas técnicas**

### **8.4.1.- Encuestas**

Evaluación actual y esperada de las dimensiones de confianza de una institución sanitaria pública española

Ficha técnica:

- **Ámbito:** Nacional (España)
- **Universo:** Los principales grupos de interés/ referencia de las instituciones sanitarias públicas
- **Muestra:** El número total de individuos de la muestra, es decir, el tamaño muestral, es de 668 (muestra aleatoria).
- **Definición de las variables:** Grupos de interés, perfil socio gráfico, dimensiones del factor de la confianza:
  - Grupos de referencia (“stakeholders”): pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes.
  - Perfil socio gráfico: clasificación por edades (cuatro intervalos), por género y por estudios (tres ítems).
  - Dimensiones del factor de la confianza: respuesta, fiabilidad, diálogo fluido y eficaz, empatía, Integridad y ética, aprendizaje y autocrítica, Innovación y sostenibilidad, elementos tangibles, transparencia

- Clasificación de las variables en función de su escala de medida: Variables categóricas ordinales (estudios), variables categóricas dicotómicas (sexo), variables cuantitativas continuas (edad) y variables cuantitativas discretas (*stakeholders* y dimensiones del factor de la confianza).
- Clasificación de las variables en función de su papel en el estudio:
  - Variables de interés: Grupos de interés, dimensiones del factor de la confianza.
  - Variables de exposición: perfil socio gráfico.
- Representación de las variables/ análisis descriptivo:
  - Variables categóricas se realiza, numéricamente, mediante tablas de frecuencias y, gráficamente, mediante diagramas de barras, de dispersión y diagramas de sectores.
  - Variables cuantitativas se realiza, numéricamente, mediante una medida de tendencia central y una medida de dispersión y, gráficamente, mediante histogramas.
- Al ser la distribución de las variables cuantitativas aproximadamente simétricas, se utilizan la media como medida de tendencia central
- Metodología/ recogida de datos: personal, online y por teléfono
- El espacio temporal: septiembre 2014 hasta junio 2019.
- Pretest: Medición cualitativa de representantes de cada grupo. El espacio temporal de la recogida de datos ha sido de tres meses (desde junio a agosto de 2014). Escala Likert, mostrando un nivel de acuerdo o desacuerdo, señalando un grado entre 1 y 7: Totalmente insatisfecho RSS= 0-15%; Insatisfecho RSS= 16-30 %; Ni satisfecho ni insatisfecho RSS= 31-45 %; Bastante satisfecho RSS= 46-60 %; Satisfecho RSS= 61-75 %; Muy satisfecho RSS= 76-90%; Totalmente satisfecho RSS= 91-100%(RSS: Rango de satisfacción del *Stakeholder*)

- Encuestas mediante la aleatorización, es decir, recogida de datos a los sujetos participantes utilizando un mecanismo aleatorio (se pretende eliminar el sesgo del investigador en la asignación de los sujetos, garantiza la validez de los datos obtenidos para su posterior análisis de los datos y comparación entre las distintas dimensiones y grupos de interés). Para garantizar la calidad de la misma y de la eficacia del proceso el resultado de la recogida de datos ha sido ciega, es decir, desconocida por el investigador hasta el momento en que el sujeto daba su autorización para participar en la encuesta.
- Recogida de datos de las encuestas:

El tratamiento estadístico de las puntuaciones y ponderaciones de cada ítem se lleva a cabo mediante la determinación de parámetros de posición (media, mediana y moda). Se pretende analizar la simetría y concentración de la distribución alrededor de un valor medio, de los pesos otorgados a cada dimensión y variable por parte de cada grupo de referencia. Se pondera cuantitativamente la importancia que cada encuestado otorga a las distintas dimensiones de la confianza desde su perspectiva real y desde un punto de vista esperado. Ambos se comparan nuevamente entre ellos. Las encuestas pretenden analizar, de manera empírica, la importancia de cada una de las dimensiones que han sido identificadas previamente en el marco teórico. A su vez, se quiere averiguar más acerca de algo que ya se conoce en parte. Este proceso de comprobación y operacionalización supone la transformación de las hipótesis en afirmaciones observables empíricamente mediante la apreciación de cada una de las perspectivas/ dimensiones por parte de los principales grupos de interés de las instituciones sanitarias públicas. El propósito es *“lograr construir*



*perspectivas de comprensión más completas y de transformación más factibles”*

(Habermas, 2012).

## ENCUESTA DE VALORACIÓN DE CONFIANZA EN SU HOSPITAL PUBLICO

Por favor, marque la opción que se ajuste a su persona:

<b>Grupo:</b>	Paciente	Profesional sanitario	Familiar	Directivo sanitario	Proveedor	Asociación de paciente
<b>Edad:</b>	Entre 18 y 29 años	Entre 30 y 49 años	Entre 50 y 65 años	Superior a 65 años		
<b>Sexo:</b>	* Mujer	* Hombre	<b>Estudios:</b>	* Básicos	* Medios	* Superiores

En una escala de importancia del **1 al 7**, dónde 7 es “muy importante” y 1 es “nada importante”, evalúe el **estado actual de su institución sanitaria de referencia** y, a continuación, el **grado de importancia que, según su criterio, le corresponde cada dimensión**:

Pregunta/ Dimensión de confianza	Escala de importancia		
	Actual mente	Desea ble	Diferen cia
<b>1.Respuesta:</b> Los integrantes del hospital utilizan los recursos materiales y económicos del modo más idóneo, rápido y eficaz para obtener los resultados deseados a corto, medio y largo plazo (diagnóstico, prevención, tratamiento y seguimiento).			
<b>2. Fiabilidad:</b> El hospital y los profesionales actúan de acuerdo con lo que consideren la mejor opción sin dejarse llevar por lo económico, lo sencillo o lo rápido.			
<b>3. Diálogo fluido y eficaz:</b> Los representantes del hospital se comunican de manera eficaz con los pacientes y demás grupos (acorde a sus requerimientos).			
<b>4. Empatía:</b> El equipo del hospital entiende el entorno individual del paciente y de los demás grupos de interés, propone y evalúa mejoras y alternativas realistas si es posible.			
<b>5. Integridad y ética:</b> Los representantes del hospital se comunican y se comportan de manera recta, respetuosa y honrada ante cualquier situación y ante cualquier grupo de interés, independientemente de su procedencia y entorno cultural.			
<b>6. Aprendizaje y autocrítica:</b> El hospital y sus integrantes observan, reflexionan y comparan con una visión constante de mejora continua, tanto en el aspecto clínico como a nivel organizativo.			
<b>7. Innovación y sostenibilidad:</b> El hospital impulsa los cambios necesarios a corto, medio y a largo plazo utilizando los recursos existentes sin perjudicar a las futuras generaciones.			
<b>8. Elementos tangibles:</b> La apariencia de los aspectos físicos del hospital, es decir, infraestructura, equipos, empleados y materiales es satisfactoria.			
<b>9. Transparencia:</b> El hospital publica y difunde su actividad de manera comprensible, sencilla y transparente para el paciente y los demás grupos de interés y la sociedad en su conjunto.			

**Comentarios y Propuestas de mejora para el Hospital:**

**¡Muchas gracias por su colaboración y ayuda!**

Más info: [nicole.hass@european-excellence.es](mailto:nicole.hass@european-excellence.es)

### **8.4.2.- Entrevistas en profundidad**

Ficha técnica:

- **Ámbito:** Nacional (España)
- **Universo:** Los principales grupos de interés/ referencia de las instituciones sanitarias públicas
- **Muestra:** Las entrevistas se realizan a un número aproximadamente (aprox.) de diez personas / grupo de referencia, es decir, a pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes (un total de aproximadamente 60 entrevistas).
- **Duración:** una media de cuarenta minutos.
- **Preferencia:** entrevista presencial.
- **Ámbito geográfico para las entrevistas presenciales:** Galicia y Madrid.
- **Entrevistas telefónicas a representantes en Barcelona, Sevilla, Valencia, Bilbao, Las Palmas de Gran Canaria, Málaga y Zaragoza** (a través de contactos que he adquirido a lo largo de mi trayectoria de alumno y profesional, especialmente gracias al máster universitario de administración sanitaria).

A lo largo de las entrevistas se ha considerado más fructífera una dirección moderada a lo largo de las entrevistas en vez de una dirección completa, es decir, las preguntas son parcialmente estructuradas. La aproximación semiabierta conlleva la profundidad, especificidad y amplitud en las respuestas (Cerón, 2006, p.21)

De hecho, el hilo conductor de las entrevistas pretende ser en sí un diálogo fluido, transparente y eficaz, cuyos resultados completan y concretan el objeto de estudio. La intensidad de la escucha y la incentivación de la participación a través de preguntas de retroalimentación son parte importante de todas las entrevistas

que se mantienen. Asimismo, la focalización de la conversación hacia el objeto de la investigación, los factores de confianza, es esencial para obtener más profundidad.

**Guion semiestructurado de las entrevistas en profundidad:**

- 1) Presentación (de la doctoranda, su trayectoria laboral, objetivos).
- 2) Explicación del Programa del Doctorado (“Análisis de Tendencias sociales”), de su enfoque multidisciplinar y de la visión multi stakeholder:  
¿Qué es, ¿qué puede aportar a la institución sanitaria y a la sociedad, ¿cómo se mide, ¿cómo se puede implementar?
- 3) Preguntas semi abiertas:
  - a. En líneas generales, ¿cómo evalúa el funcionamiento actual del hospital público:  
Positivo/negativo, ¿por qué?
  - b. Desde un punto de vista de su propia experiencia, ¿qué factores influyen en la confianza hacia una institución sanitaria?
  - c. A día de hoy, ¿cómo valora el grado de comunicación que mantiene el hospital público con sus grupos de referencia (pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes)?  
Satisfactorio/ Insatisfactorio, ¿por qué?
- 4) Sugerencias, críticas, ideas, propuestas por parte de los entrevistados

### Entrevistas en profundidad

---

#### Hilo conductor

Un diálogo fluido, transparente y eficaz, cuyos resultados completan y concretan el objeto de estudio

#### Metodología

Preguntas parcialmente estructuradas

#### Método de comunicación

Entrevistas personales y entrevistas telefónicas

#### Objetivo general

Conocer más a fondo la experiencia, percepción y valoración de los principales grupos de interés de una institución sanitaria referente al concepto de la “generación de confianza” y el espacio comunicativo que demandan para ello.

#### Target Group

Representantes de los grupos de referencia de un hospital público universitario: pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes.

#### Ámbito geográfico

Las principales ciudades de España: Madrid, Barcelona, Sevilla, Valencia, Bilbao, Las Palmas de Gran Canaria, Málaga, Zaragoza, Vigo, A Coruña y Santiago de Compostela.

#### Representatividad

Un número aprox. de 10 personas / grupo de referencia (un total de aprox. 60 entrevistas)

#### Duración aprox.

Cuarenta minutos/media

#### Guion semi-estructurado

1. Presentación (de la doctoranda, su trayectoria laboral, objetivos).
2. Explicación del Programa del Doctorado (“Análisis de Tendencias sociales”), de su enfoque multidisciplinar y de la visión multi stakeholder: Qué es, qué puede aportar a la institución sanitaria y a la sociedad, cómo se mide, cómo se puede implementar.
3. Preguntas semi abiertas
4. Sugerencias, críticas, ideas, propuestas por parte de los entrevistados

Los puntos 1 y 2 pretenden generar un clima de confianza propicio para obtener un máximo nivel de respuesta y de contenido.

#### Preguntas semi abiertas

- 3.a.-En líneas generales, ¿cómo evalúa el funcionamiento actual del hospital público?
- 3.b. –Desde un punto de vista de su propia experiencia, ¿qué factores influyen en la confianza hacia una institución sanitaria?
- 3.c. A día de hoy, ¿cómo valora el grado de comunicación que mantiene el hospital público con sus grupos de referencia (pacientes, profesionales, familiares, directivos, proveedores y asociaciones de pacientes)?

Positivo/negativo.....¿Por qué?

Satisfactorio/ Insatisfactorio.....¿Por qué?