

El concepto de la confianza como valor social que sostiene el sistema sanitario público en España¹

The concept of trust as a social value supporting the public health system in Spain

Nicole Hass

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Nicole@joelmaxim.com/ nhass2@alumno.uned.es

Resumen: El sistema sanitario público es el resultado de la interacción de factores sociales, económicos, políticos y culturales, en estrecha relación con los valores sociales.

Si bien es cierto que en tiempos de recorte sanitario y de la pandemia reciente provocada por el nuevo coronavirus, COVID-19, se han puesto de manifiesto los problemas de gestión de la organización sanitaria en todo el mundo. Uno de los factores menos estudiados es la relación de confianza de la población hacia el sistema sanitario, cuando, realmente, es una dimensión fundamental para comprender el funcionamiento del mismo.

Este artículo analiza el concepto de generación de confianza entre los pacientes y su entorno. En contra de las afirmaciones generalizadas que siguen priorizando las relaciones de médico-paciente, los datos de nuestra investigación evidencian que el complejo concepto de la confianza requiere un abordaje integral de todos los agentes del sector público sanitario.

Palabras clave: Información asimétrica, interacción, diálogo estructurado, incertidumbre, inteligencia social, confianza.

Abstract: The public health system is the result of the interaction of social, economic, political and cultural factors, in close relation to social values.

Although it is true that times of healthcare shortage and the pandemic caused by the recent Covid 19 Coronavirus have highlighted the management problems of the healthcare organization worldwide. One of the least studied factors is the rela-

¹ Este artículo es parte de la tesis doctoral que la autora está realizando en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

tionship of trust of the population towards the healthcare system, when, in fact, it is a fundamental dimension for understanding its functioning.

This article discusses the concept of trust building between patients and their environment. Contrary to widespread assertions that continue to prioritize doctor-patient relationships, our research data show that the complex concept of trust requires a comprehensive approach by all actors in the public health sector.

Key words: Asymmetric information, interaction, structured dialogue, uncertainty, social intelligence and trust.

1. INTRODUCCIÓN

El sector de la salud es un sector dinámico que aparece indisolublemente unido a la fluctuación, al cambio y a la incertidumbre. La pérdida de la confianza, tanto entre las personas como entre estas y las instituciones sanitarias, es una de las causas de la crisis actual del sistema sanitario público. La Real Academia Española (RAE) define el concepto de confianza como «la esperanza firme que se tiene de alguien o algo». Una deficiente comunicación entre todos los agentes del sector sanitario público ha provocado una falta de confianza dentro del sistema sanitario y en las personas. Por ello, la OMS ha declarado la «generación de confianza» como una de sus trece prioridades sanitarias urgentes para esta década (2020).

En este contexto, la confianza es una cuestión controvertida. El sociólogo Alejandro Navas opina que la desconfianza invade reductos que hasta hace poco parecían inmunes a ese problema, como la medicina, la enseñanza, la vida familiar (Navas, 2014).

Cabe recordar que el propio proceso de hospitalización es un periodo crítico lleno de incertidumbre para el paciente y para su entorno, que requiere de un intenso proceso de elaboración de confianza basada en la comunicación para poder hacerle frente (Cockerham, 2017). También en relación con este concepto de incertidumbre la RAE nos proporciona una definición interesante, en la medida en que la considera como la «falta de seguridad, de confianza o de certeza sobre algo, especialmente cuando crea inquietud y basado en la falta de información.»

Siendo consciente de ello, en Europa se están incorporando nuevos modelos de gestión organizativa en el entorno de la institución sanitaria pública, promoviendo la mejora de la eficiencia e innovación a través de un mayor empoderamiento y más proximidad al paciente (Belenes, 2003). Pero también es cierto que el hilo conductor sigue centrándose fundamentalmente en las relaciones entre los profesionales y los pacientes, subvalorando la influencia y las interacciones de los demás grupos de interés.

En este mismo contexto, es importante destacar que el paradigma de la enfermedad, en términos sanitarios, se comprende como la insatisfacción de las necesidades vitales del paciente. Podemos afirmar que las características del sistema de comunicación son esenciales para generar confianza en todos los sectores implicados en el sistema sanitario: profesionales, pacientes, familiares y la sociedad en su conjunto. Así, observar, escuchar y dialogar de forma fluida facilita un aprendizaje interno y externo que genera confianza. A la vez supone la creación de valor para la sociedad. Ello puede significar la garantía para el mejor aprovechamiento de los recursos, tanto para adecuarlos a las demandas sociales como en el establecimiento de las prioridades.

La Carta Europea de los Derechos del Paciente recalca que las instituciones sanitarias deben trabajar para establecer la confianza y la comunicación abierta con los pacientes, para comprender y proteger sus valores culturales, psicosociales y espirituales (Vall y Rodríguez, 2008). Así, la confianza se verá más o menos reforzada en función de las acciones y procedimientos que, a su vez, están condicionados por el sistema de comunicación.

Por ello, en el proceso de organización, o, mejor dicho, de reorganización del trabajo sanitaria del futuro, el modelo de comunicación ha ido adquiriendo más importancia para lograr el objetivo de incrementar la confianza (Ferreira, 2005). Un modelo que, de una u otra forma, se relaciona con otros procesos que se producen en las instituciones sanitarias, como mencionan destacados expertos (Carnota, 2016; March, 2015; Repullo y Freire, 2016; Bittlingmayer, 2016):

- 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 por parte de los profesionales sanitarios.
- 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 entre los distintos grupos de interés.
- La sociedad, las asociaciones de pacientes e incluso los profesionales sanitarios y los sindicatos demandan más participación activa por parte de los pacientes (empoderamiento).

Nuestro estudio demuestra que el desarrollo de nuevos espacios comunicativos con todos los agentes del sistema sanitario, adaptados a los requerimientos reales de los pacientes y de su entorno, permiten generar mayor nivel de confianza, centrada en una visión más allá del entorno puramente hospitalario, técnico y clínico.

Para el presente estudio se ha elegido la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación. Con ello se pretende obtener mayor información y contrastarla desde diferentes enfoques. La diversidad de métodos y de técnicas utilizadas, igual que el enfoque multidisciplinar, posibilita enriquecer los resultados y conclusiones obtenidos en este estudio. Los datos iniciales se han contrastado con expertos del sector sanitario, alcanzando un amplio consenso sobre los indicadores más relevantes y la importancia de la comunicación como mecanismo dinamizador y generador de confianza (Piovani, 2011; Giddens, 2000).

2. LOS *STAKEHOLDERS* DEL SECTOR SANITARIO

La identificación y análisis de los principales grupos de referencia (*stakeholders*) de la institución sanitaria es esencial para poder analizar el espacio comunicativo y los factores que generan confianza. Estos grupos de referencia tienen el objetivo de conseguir un sistema sanitario que maximice los resultados en salud de la población, garantizando equidad y eficiencia (Higuera, 2015). Los principales grupos de referencia de una institución sanitaria son:

1. Pacientes: usuarios de los servicios sanitarios públicos.
2. Profesionales sanitarios. En este grupo se consideran el personal médico, el de enfermería, auxiliares, farmacéuticos y fisioterapeutas.
3. Familiares de los pacientes.
4. Directivos y gerentes de las instituciones sanitarias.
5. Proveedores (incluye empresas de servicios externalizados/*outsourcing*), es decir, las empresas de limpieza, de *catering*, de vigilancia, de servicio técnico, etc.
6. Asociaciones de pacientes y fundaciones de apoyo para los pacientes.

A la hora de identificar los grupos de interés de la institución no podemos obviar el poder que posea cada uno sobre el sistema en su conjunto (Freemann, 1999), considerando tal poder 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. En referencia directa con la generación de confianza se puede añadir que cuando la organización es más dependiente del grupo de interés, este puede utilizar su poder y poner trabas a las intenciones de la organización y viceversa (Johnson y Scholes, 2001).

Además, y en base a las investigaciones realizadas, la confianza está relacionada con nueve factores que se adjuntan en la Tabla 1, y que son las que se detallan a continuación:

TABLA 1
Factores determinantes de la confianza en una institución sanitaria pública

-
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
-

Fuente: Elaboración propia

1. El factor *la respuesta*, según Vall & Rodríguez (2008), hace referencia 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). Se espera que un diálogo estructurado a través de la confianza facilite un mejor diagnóstico de la enfermedad y de un tratamiento más personalizado basados en las necesidades y expectativas de los pacientes.
2. Otro factor relacionado con el nivel de confianza es *la fiabilidad*, que consiste en 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: se considera que un diálogo estructurado se ajuste mejor a las necesidades reales del paciente y de cada grupo de interés (Ahumada & Cova, 2006).
3. El tercer factor que hemos considerado es *el diálogo fluido y eficaz*. Se refiere 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). Cabe esperar que un diálogo estructurado facilite la comunicación fluida entre la institución sanitaria y sus grupos de interés, especialmente con los pacientes (Xavier, 2015).

4. Otros autores, como March (2015), han considerado el factor *empatía* como un elemento fundamental para analizar el nivel de confianza en una organización. Este factor se define como 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. Se espera que un mayor diálogo facilite una mejor comprensión del paciente y de su enfermedad. Se considera que la empatía derive en un tratamiento y un seguimiento más personalizado y, por ende, más ajustado a las posibilidades reales del entorno del paciente.
5. *La integridad y la ética* es 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 (Rosanas & Velilla, 2003). Cabe esperar que un diálogo estructurado facilite una comunicación respetuosa y correcta, igual para todos los pacientes. Se estima que un diálogo estructurado promueve la responsabilidad de todos los grupos de interés.
6. Otros autores como Ahumada & Cova (2006) señalan el *aprendizaje y la auto-crítica*. Se refieren 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. Se espera que el diálogo facilite la observación, la reflexión y la autocrítica y la priorización de los puntos para la mejora.
7. El séptimo factor que hemos considerado es *innovación y sostenibilidad*; es decir, la capacidad de la institución sanitaria de impulsar los cambios necesarios a corto, medio y largo plazo, utilizando los recursos existentes sin perjudicar a las futuras generaciones. Autores como Repullo & Freire (2016) hacen referencia a su importancia. Cabe esperar que el diálogo suponga un mayor grado de eficiencia; es decir, el óptimo consumo de recursos para alcanzar los objetivos, evitando despilfarros y logrando un beneficio sostenido.
8. Autores como Nishijima & Blima (2016) señalan la importancia de otro factor: *los elementos tangibles*; es decir, la apariencia de los aspectos físicos de la institución sanitaria: infraestructura, equipos, empleados y materiales. Se espera que un diálogo estructurado facilite mejor visión general con respecto a las percepciones de los pacientes en referencia a los elementos tangibles.
9. Por último, el factor de la *transparencia* es mencionado por autores como Krause & González (2016). Se refiere 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, específicamente la transparencia en cuanto a los recursos disponibles y de los objetivos que se pretenden alcanzar por parte de la institución sanitaria.

De acuerdo con lo indicado, en nuestra investigación hemos considerado el papel de la confianza en el desarrollo del sistema sanitario español en función de la evaluación de los factores identificados y el posicionamiento de los grupos de referencia respecto a los mismos.

Se trata de hacer realidad lo que todos decimos: poner a las personas en el centro de atención y trasladarles la confianza de la organización sanitaria en su responsabilidad, competencia y madurez para fomentar el compromiso [Rafael Bengoa, exdirectivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS)].

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.

3. LA PERCEPCIÓN E INTERACCIÓN DE LOS *STAKEHOLDERS*

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. Por ello, 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?

Para conocer la percepción e interacción de los seis grupos de interés más relevantes de una institución sanitaria se ha realizado un extenso trabajo de campo desde septiembre 2014 hasta junio 2019. La investigación 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.

Se ha elegido la combinación de métodos cuantitativos (encuestas) y cualitativos (entrevistas en profundidad) para obtener más información y contrastarla desde diferentes enfoques; si bien es cierto que prevalece la metodología cualitativa. Se han realizado

668 encuestas aleatorias y un total de 64 entrevistas en profundidad a representantes de los diferentes grupos de referencia.

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.

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.

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).

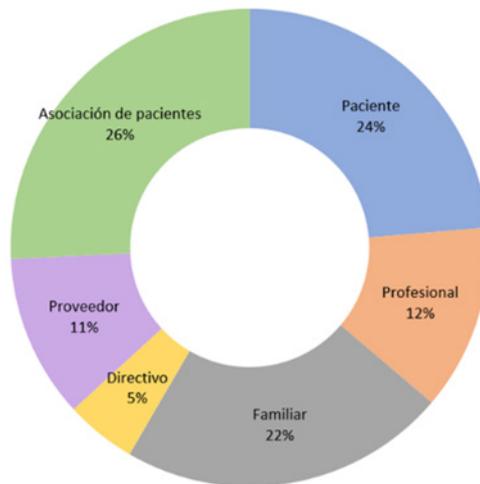
Valoración cuantitativa

Se han realizado 668 encuestas aleatorias a representantes de todos los grupos de interés. 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.

Número de encuestas:

1. Grupo de referencia «Paciente»: 158
2. Grupo de referencia «Profesional»: 84
3. Grupo de referencia «Familiar»: 148
4. Grupo de referencia «Directivo»: 32
5. Grupo de referencia «Proveedor»: 74
6. Grupo de referencia «Asociación de pacientes»: 172

GRÁFICO 1
Representación gráfica de las encuestas realizadas por grupo de referencia



Las encuestas pretenden analizar la importancia de cada una de las dimensiones que han sido identificadas previamente en la literatura existente y relacionada con la temática. A su vez, se persigue averiguar más acerca de algo que ya se conoce en parte.

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 previamente 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.

En una escala de importancia del 1 al 5, dónde 5 es «muy importante» y 1 es «nada importante», el encuestado ha evaluado el estado actual de la institución sanitaria pública de referencia y el estado deseable. 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. Nos ha interesado especialmente la relación que tenga cada grupo de referencia con las nueve dimensiones identificadas previamente.

En cuanto a los datos sociodemográficos, se han incluido diferentes escalas en el cuestionario:

- Edad: entre 18 y 29 años, entre 30 y 49 años, entre 50 y 65, mayores de 65 años.
- Sexo: femenino y masculino.
- Estudios: básicos, medios, superiores.

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

TABLA 2
Datos sociodemográficos de los pacientes encuestados

Datos sociodemográficos de pacientes 159 encuestados				
Edad	Entre 18 y 29	Entre 30 y 49	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	8	22	74	54
Sexo	Mujer	Hombre		
	62	96		
Estudios	Básicos	Medios	Superiores	
	86	42	30	

TABLA 3
Datos sociodemográficos de los profesionales sanitarios encuestados

Datos sociodemográficos de profesionales sanitarios 84 encuestados				
Edad	Entre 18 y 29	Entre 30 y 49	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	10	38	36	0
Sexo	Mujer	Hombre		
	38	46		
Estudios	Básicos	Medios	Superiores	
	0	24	60	

TABLA 4
Datos sociodemográficos de los familiares encuestados

Datos sociodemográficos de familiares 148 encuestados				
Edad	Entre 18 y 29	Entre 30 y 49	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	0	32	62	54
Sexo	Mujer	Hombre		
	98	50		
Estudios	Básicos	Medios	Superiores	
	90	36	22	

TABLA 5
Datos sociodemográficos de los directivos encuestados

Datos sociodemográficos de directivos sanitarios 32 encuestados				
Edad	Entre 18 y 29	Entre 30 y 49	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	0	0	30	2
Sexo	Mujer	Hombre		
	10	22		
Estudios	Básicos	Medios	Superiores	
	0	0	32	

TABLA 6
Datos sociodemográficos de los proveedores encuestados

Datos sociodemográficos de proveedores 74 encuestados				
Edad	Entre 18 y 29	Entre 30 y 49	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	10	42	18	0
Sexo	Mujer	Hombre		
	10	64		
Estudios	Básicos	Medios	Superiores	
	36	16	22	

TABLA 7
Datos sociodemográficos de las asociaciones de pacientes encuestados

Datos sociodemográficos de asociaciones de pacientes				
172 encuestados				
Edad	Entre 18 y 29	Entre 30 y 49	Entre 50 y 65	Mayores de 65
	4	42	114	12
Sexo	Mujer	Hombre		
	88	84		
Estudios	Básicos	Medios	Superiores	
	16	70	84	

La recogida de datos ha sido personal, *online* y por teléfono y se han efectuado de forma aleatoria desde septiembre 2014 hasta junio 2019.

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.

TABLA 8
La valoración actual por grupo de referencia y por dimensión

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
TOTALES	18	135	718	454	97	158	3,34
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
TOTALES	19	123	327	253	34	84	3,21

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
5. Integridad y ética	0	8	34	78	28	148	3,85
6. Aprendizaje y autocrítica	2	12	82	52	0	148	3,24
7. Innovación y sostenibilidad	0	2	64	64	18	148	3,66
8. Elementos tangibles	0	0	22	116	10	148	3,92
9. Transparencia	3	20	75	48	2	148	3,18
TOTALES	13	102	505	614	98	148	3,51
DIRECTIVOS							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	1	6	12	10	3	32	3,25
2. Fiabilidad	1	4	14	11	2	32	3,28
3. Diálogo fluido y eficaz	4	6	10	12	0	32	2,94
4. Empatía	2	7	15	8	0	32	2,91
5. Integridad y ética	0	0	22	8	2	32	3,38
6. Aprendizaje y autocrítica	0	4	24	4	0	32	3,00
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	16	16	0	32	3,50
8. Elementos tangibles	0	0	14	16	2	32	3,63
9. Transparencia	1	2	19	10	0	32	3,19
TOTALES	9	29	146	95	9	32	3,23

PROVEEDOR							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	3	32	35	4	0	74	2,54
2. Fiabilidad	6	20	38	10	0	74	2,70
3. Diálogo fluido y eficaz	9	38	25	2	0	74	2,27
4. Empatía	9	35	22	6	2	74	2,42
5. Integridad y ética	8	16	36	14	0	74	2,76
6. Aprendizaje y autocrítica	10	18	27	19	0	74	2,74
7. Innovación y sostenibilidad	8	11	27	19	9	74	3,14
8. Elementos tangibles	6	14	32	22	0	74	2,95
9. Transparencia	7	16	38	13	0	74	2,77
TOTALES	66	200	280	109	11	74	2,70
ASOCIACIÓN DE PACIENTES							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	0	13	39	92	28	172	3,78
2. Fiabilidad	0	8	46	98	20	172	3,76
3. Diálogo fluido y eficaz	0	18	51	80	23	172	3,63
4. Empatía	0	30	72	52	18	172	3,34
5. Integridad y ética	0	4	38	104	26	172	3,88
6. Aprendizaje y autocrítica	2	39	88	21	22	172	3,13
7. Innovación y sostenibilidad	2	16	42	102	10	172	3,59
8. Elementos tangibles	0	8	38	112	14	172	3,77
9. Transparencia	4	22	78	58	10	172	3,28
TOTALES	8	158	492	719	171	172	3,57

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.

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.

TABLA 9
La valoración deseada por grupo de referencia y por dimensión

Valoración deseada							
PACIENTES							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	0	0	0	78	80	158	4,51
2. Fiabilidad	0	0	7	72	79	158	4,46
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	0	58	100	158	4,63
4. Empatía	0	0	28	58	72	158	4,28
5. Integridad y ética	0	0	24	90	44	158	4,13
6. Aprendizaje y autocrítica	0	0	30	88	40	158	4,06
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	22	98	38	158	4,10
8. Elementos tangibles	0	0	28	108	22	158	3,96
9. Transparencia	0	6	79	73	0	158	3,42
TOTALES	0	6	218	723	475	158	4,17
PROFESIONALES							

Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1.Respuesta	0	0	2	30	52	84	4,60
2. Fiabilidad	0	0	0	18	66	84	4,79
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	24	36	24	84	4,00
4. Empatía	0	0	28	48	8	84	3,76
5. Integridad y ética	0	4	32	48	0	84	3,52
6. Aprendizaje y autocrítica	0	7	19	58	0	84	3,61
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	16	26	42	84	4,31
8. Elementos tangibles	0	2	18	51	13	84	3,89
9. Transparencia	0	5	16	45	18	84	3,90
TOTALES	0	18	155	360	223	84	4,04

FAMILIARES

Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1.Respuesta	0	0	10	70	68	148	4,39
2. Fiabilidad	0	0	5	57	86	148	4,55
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	16	42	90	148	4,50
4. Empatía	1	8	65	62	12	148	3,51
5. Integridad y ética	0	0	30	98	20	148	3,93
6. Aprendizaje y autocrítica	2	4	86	48	8	148	3,38
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	46	86	16	148	3,80
8. Elementos tangibles	0	0	76	60	12	148	3,57
9. Transparencia	3	8	71	48	18	148	3,47
TOTALES	6	20	405	571	330	148	3,90

DIRECTIVOS							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1.Respuesta	0	0	3	13	16	32	4,41
2. Fiabilidad	0	0	4	14	14	32	4,31
3. Diálogo fluido y eficaz	0	0	2	17	13	32	4,34
4. Empatía	2	2	10	18	0	32	3,38
5. Integridad y ética	0	0	12	16	4	32	3,75
6. Aprendizaje y autocrítica	0	0	5	17	10	32	4,16
7. Innovación y sostenibilidad	0	0	4	20	8	32	4,13
8. Elementos tangibles	0	0	4	20	8	32	4,13
9. Transparencia	0	0	9	15	8	32	3,97
TOTALES	2	2	53	150	81	32	4,06
PROVEEDOR							
Dimensión	En absoluto	Poco	En cierto modo	Bastante	Mucho	TOTAL	Media
1. Respuesta	0	0	16	36	22	74	4,08
2. Fiabilidad	0	0	19	44	11	74	3,89
3. Diálogo fluido y eficaz	0	2	16	42	14	74	3,92
4. Empatía	2	2	44	20	6	74	3,35
5. Integridad y ética	0	2	22	15	35	74	4,12
6. Aprendizaje y autocrítica	2	6	34	32	0	74	3,30
7. Innovación y sostenibilidad	0	2	18	36	18	74	3,95
8. Elementos tangibles	3	11	37	22	1	74	3,09
9. Transparencia	4	16	38	16	0	74	2,89
TOTALES	11	41	244	263	107	74	3,62

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
TOTALES	2	25	251	693	577	172	4,17

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.

Valoración cualitativa

Para la realización de la investigación se han realizado entrevistas en profundidad, semiestructuradas, que pretendían ser en sí un diálogo fluido, transparente y eficaz, cuyos resultados puedan completar y concretar el objeto de estudio. Estas entrevistas han tenido lugar durante once meses (de julio de 2016 a mayo de 2017), con un total de 64 representantes de los diferentes grupos de referencia. La muestra de los pacientes, familiares, profesionales y proveedores ha sido aleatoria; en cambio, los representantes del grupo de directivos y asociaciones de pacientes ha sido en parte aleatoria y en parte no aleatoria:

- pacientes (13),
- profesionales (9),
- familiares (11),
- directivos (8),
- proveedores (9),
- asociaciones de pacientes (14).

Se ha enviado a todos los entrevistados previamente un guion de la entrevista y una breve conceptualización del objeto de estudio y de análisis. La recogida de datos ha sido personal y por teléfono, con una duración media de cuarenta minutos. Las entrevistas personales presenciales han sido más largas, de aproximadamente una hora. El principal ámbito geográfico para las entrevistas personales ha sido la ciudad, en 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 semiabiertas. 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 pretendía ser en sí un diálogo fluido, transparente y eficaz, cuyos resultados completan y concretan el objeto de estudio. Se buscaba 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 era 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, era esencial para obtener más profundidad.

A continuación se adjuntan las preguntas del guion semiestructurado que se ha utilizado en las entrevistas en profundidad:

- En líneas generales, ¿cómo evalúa el funcionamiento actual de la institución sanitaria pública española? Positivo/negativo. ¿Por qué?

- Desde su punto de vista, ¿cómo definiría el concepto de confianza? Características principales.
- ¿Qué factores influyen en la generación de confianza hacia una institución sanitaria pública?
- 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?

El problema de la confianza

Una de las cuestiones que debemos tener en cuenta a la hora de manejar el concepto de confianza es su naturaleza polisémica. La multiplicidad de definiciones que de él se han dado y las características particulares que va adquiriendo en función de su aplicación a distintos ámbitos de investigación dificultan la elaboración de una definición cerrada del mismo. Pocos autores se han aventurado a dar definiciones concretas sobre el concepto de confianza. La tendencia general en la literatura científica que gira en torno al concepto de confianza ha sido la de acotar la definición a los contextos de trabajo y aplicación (Sanz *et al.*, 2009; Marulanda y Rojas, 2019). Nuestro objetivo es analizar la aplicabilidad del concepto de confianza al contexto sanitario, hacer operativo este factor para la mejora del sistema sanitario, sobre todo en lo relativo a la mejora de la comunicación con los pacientes.

Algunos enfoques ponen de relieve la importancia de la confianza en los procesos económicos (Hosmer, 1995; Moorman *et al.*, 1992; Blackwell *et al.*, 2003), o en el ámbito de la dirección de empresas (Kramer, 1999; Mayer *et al.*, 1995; Uzzi, 1997) y también del marketing (Jovell, 2007); pero nuestra perspectiva se centra en el análisis de las relaciones interpersonales y la dimensión moral de la confianza (Baier, 1994). Es precisamente esa dimensión moral de la confianza la que incrementa la dificultad de comprender el efecto práctico de la confianza (Sanz *et al.*, 2009). No obstante, consideramos la confianza como una toma de conciencia de la vulnerabilidad de otros y en la ausencia de sospechas sobre la mala voluntad de otros esperada hacia uno mismo (Baier, 1994: 12-15). De la misma forma, poniendo de relieve las expectativas positivas de la relación, se define la confianza como «la buena voluntad de una parte (persona, grupo o empresa) de ser vulnerable a las acciones de la otra, con base en la expectativa de que la otra parte realizará una acción positiva y justa, sin tener en cuenta la habilidad de dirigir o controlar la acción para obtener beneficios en el intercambio» (Mayer *et al.*, 1995).

Desde la psicología también se trabaja la dimensión interpersonal de la confianza, sin embargo, se pone un foco mayor en las variaciones individuales y en las características personales del sujeto (Rotter, 1967; Erikson, 1963; Sanz *et al.*, 2009; Gill *et al.*, 2005). Para Rotter y Kramer, la confianza no se desarrolla a causa de una única experiencia, sino que es el resultado más general de experiencias que una persona percibe como similares y que usa para establecer expectativas sobre experiencias similares futuras (Yáñez *et al.*, 2006). Además, Kramer señala que estas expectativas, y la tendencia a confiar o desconfiar que se va configurando en el individuo, serán características fundamentales y relativamente estables de su personalidad (Kramer, 1999).

Desde la sociología también se ha adoptado la confianza como una construcción elaborada a partir de experiencias anteriores (Marulanda y Rojas, 2019). Gambetta (2000), por ejemplo, habla de la confianza en términos subjetivos y de creencias personales, como la probabilidad de que determinadas personas actúen de una forma determinada, más allá del grado de cooperación racional basado en las motivaciones. En lo que coinciden la mayor parte de autores, independientemente de la disciplina desde la que estudien el concepto, es que la confianza es una hipótesis sobre la conducta futura de otros. Es una actitud que concierne al futuro, en la medida en que este futuro depende de la acción de otro. Implica un diálogo amplio, estructurado y eficaz con todos los grupos de referencia. La confianza supone, en consecuencia, una suspensión, al menos temporal, de la incertidumbre respecto a las acciones de los demás. Cuando alguien confía en una institución o en una persona, cree que puede predecir sus acciones y comportamientos. La complejidad de las relaciones sociales y las propias expectativas, ya no solo de los pacientes, sino de la sociedad en su conjunto, condicionan directamente la satisfacción de todos los grupos sociales y los individuos (Laschinger, 2000).

La confianza, por lo tanto, simplifica las relaciones sociales y afianza las interacciones entre paciente, institución sanitaria y su entorno; siendo capaz, incluso, de la creación de una *inteligencia social* que permita desarrollar la confianza entre una institución sanitaria y sus grupos de interés, a través de un diálogo fluido, que permitirá, además, mejoras en los procesos asistenciales y en los resultados clínicos.

Confianza hacia las instituciones sanitarias

La institución sanitaria responde a 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. En España, el sistema sanitario está compuesto por centros «sanitarios destinados a la asis-

tencia 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» (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

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). 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.

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).

Toda institución sanitaria 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. Los pacientes acuden o son atendidos por estas instituciones en momento de gran vulnerabilidad, en los que tanto ellos como sus familiares buscan respuestas y asistencia ante realidades que no pueden manejar sin la ayuda experta de los profesionales sanitarios. Como hemos visto más arriba, la mayor parte de los autores consultados coinciden en que es en estos momentos de indefensión cuando la confianza juega un papel clave en cómo las personas experimentan y se enfrentan a determinadas situaciones de vulnerabilidad. La confianza resulta esencial en aquellos momentos en los que las personas se tienen que exponer a una situación de riesgo (Jones, 1998). Ello resulta especialmente importante en el caso de las instituciones sanitarias, en el que el paciente deposita su confianza en el sistema sanitario 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 (Jaráiz, 2009).

Generación de confianza en el campo de la salud

Es significativo que, en los entornos organizacionales con índices altos de confianza, los individuos muestran, a su vez, mayores niveles de cooperación y de comunicación, así como niveles más altos de compromiso con la institución. Así, la confianza se convierte en un factor esencial para incrementar el índice de responsabilidad de los agentes implicados y cara a la sociedad en su conjunto (Gordon, 2005). Adicionalmente, hay que subrayar que se consigue una mayor adaptación a los requerimientos y necesidades de las personas, ya sean pacientes, profesionales, familiares u otros actores 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 (Mira *et al.*, 2002).

Otros estudios han evidenciado que la calidad de los sistemas sanitarios está directamente relacionada con la percepción y la confianza que tienen las personas y grupos de referencia de ella. Sus usuarios generan una demanda muy específica variando 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, y están relacionados, evidentemente, con la salud de la persona, pero también por el rol, la posición social y el entorno de referencia que el individuo ocupa en la sociedad. 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 (Monteagudo *et al.*, 2003).

Una cuestión importante en el análisis de la confianza en una organización es determinar los factores que influyen en el incremento o no de la misma. En este sentido, en el modelo elaborado por nosotros, hemos considerado factores como la transparencia y las características de la información como los elementos clave para generar confianza en una institución sanitaria (Jirotko *et al.*, 2005).

Todos los *stakeholders* tienen derecho a ser informados de forma adecuada y entendible, bajo el enfoque del respeto, la transparencia, la confidencialidad y los comportamientos éticos (Rosanas y Velilla, 2003). 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. Cuando se plantea la importancia de la capacidad de la información, se hace referencia no solamente al acceso a esta información, sino también a tener conciencia de su propia existencia y, sobre todo, a la capacidad para utilizarla, una vez adquirida para mejorar e intensificar las interacciones en el siste-

ma sanitario (Llanusa *et al.*, 2005). Nosotros consideramos la confianza como 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). 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, así, 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 (Medina, 2012). 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.

El paciente agente y la generación de confianza

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. La colaboración o compromiso entre la institución y los grupos de interés es un proceso largo y complejo, que requiere la generación de confianza entre los actores. En todo caso, mantener abierto un diálogo o adquirir un compromiso con los grupos de interés puede ser un método útil y valioso, que conlleva beneficios, tanto para la institución como para las partes interesadas (Clayman *et al.*, 2016).

Las organizaciones sanitarias se caracterizan por ser organizaciones complejas. Los procesos asistenciales, en general, han tenido la tendencia en los últimos años a incorporar la multidisciplinariedad como manera básica de entender la mejoría y bienestar de los pacientes. Recordamos que el propio razonamiento clínico es un proceso complejo, con múltiples dimensiones, todas ellas sujetas a decisiones bajo diverso grado de incertidumbre.

Por otra parte, las estrategias de la mayoría de las instituciones sanitarias europeos ya evidencian actualmente la incorporación de los pacientes como agentes clave, incluso como facilitadores de relaciones entre los distintos grupos sociales. Es decir, si se consigue generar confianza cara al paciente, este a su vez puede generar confianza de cara a los demás grupos de interés. Para ello se requiere unos indicadores claros de medición, que a su vez puedan facilitar una mejora continua (Xavier, 2016).

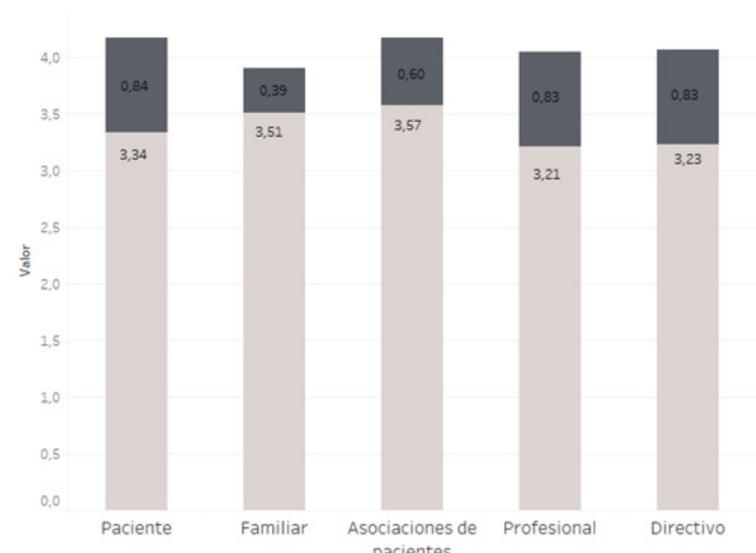
En este sentido, las investigaciones recientes evidencian el protagonismo, cada vez mayor, de la figura del paciente como agente social de opinión (Cazorla, 2014) que condiciona la toma de decisiones de los agentes sanitarios, de la propia Administración pública y de los demás grupos de referencia de una institución sanitaria. Por ello, es frecuente que encontremos 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 condicionadas e influenciadas por el paciente (Medina, 2018).

Evaluación de los factores relacionados con la confianza

Para obtener los resultados de las encuestas se ponderaban cuantitativamente la importancia que cada encuestado otorga a las distintas dimensiones de la confianza (ver Tabla 3).

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 2
Comparativa de las medias actuales y deseadas
GAP entre las medias actuales y deseadas



Fuente: Elaboración propia

Si comparamos las medias de las diferentes dimensiones, observamos que el concepto «transparencia» es el peor valorado, sobre todo por el grupo de los proveedores:

¿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 comida a hospitales públicos en diferentes comunidades autónomas].

En cambio, el concepto «respuesta» es el mejor valorado, especialmente por los profesionales sanitarios:

Considero que normalmente dispongo de los recursos materiales necesarios para poder dar la mejor asistencia a mis pacientes. Sé que esto influye en su valoración y aceptación del servicio. [Oncólogo del hospital universitario de Santiago de Compostela].

Para analizar las encuestas es relevante destacar la dimensión mejor y peor valorada por cada grupo de interés (Tabla 4).

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

Grupo de referencia	Dimensión peor valorada	Dimensión mejor valorada
Paciente	Transparencia	Diálogo fluido y eficaz
Profesional	Integridad y ética	Fiabilidad
Familiar	Aprendizaje y autocrítica	Fiabilidad
Directivo	Empatía	Respuesta
Proveedor	Transparencia	Integridad y ética
Asociación de pacientes	Elementos tangibles	Respuesta

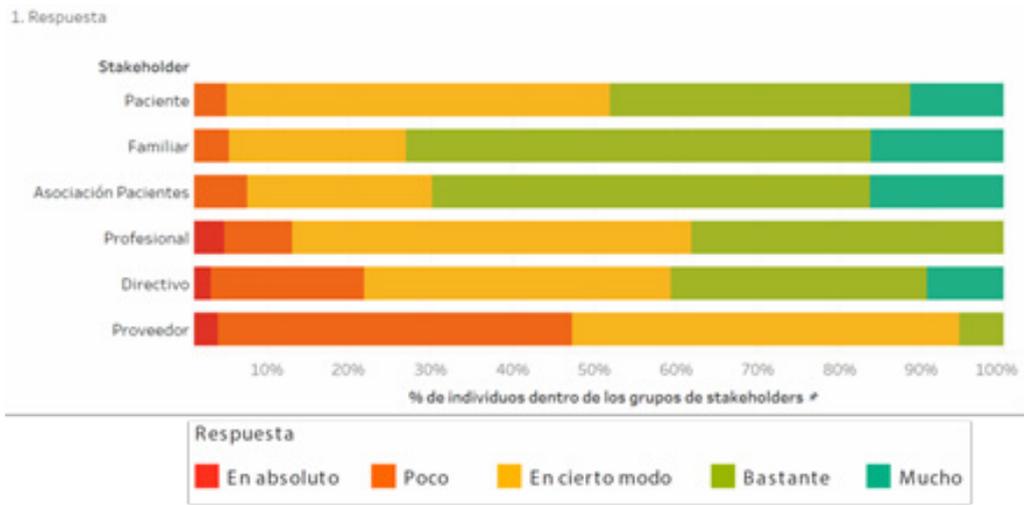
Fuente: elaboración propia

Llama la atención que las valoraciones son bien distintas según a qué grupo de referencia se ha encuestado.

Visualizaciones de las respuestas de los grupos de referencia en relación con las dimensiones de confianza

GRÁFICO 3

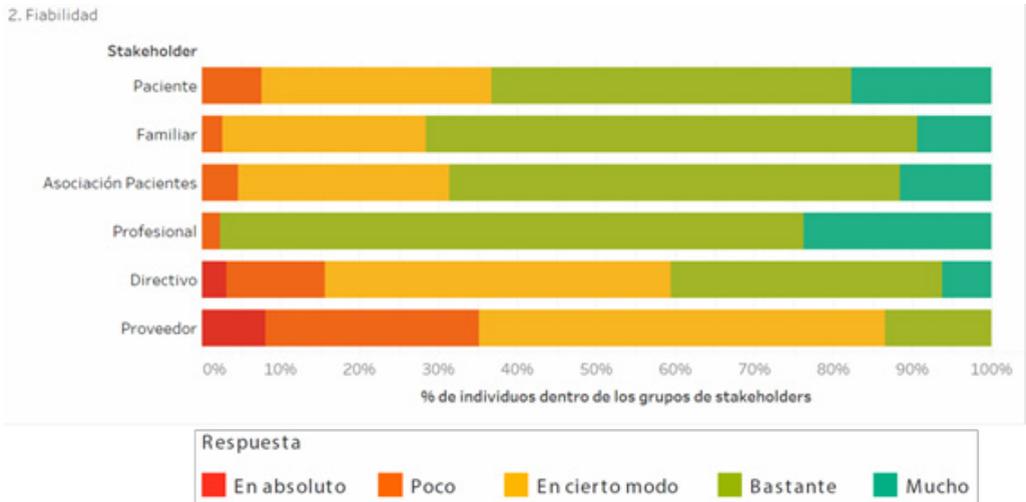
Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «respuesta»



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.

GRÁFICO 4

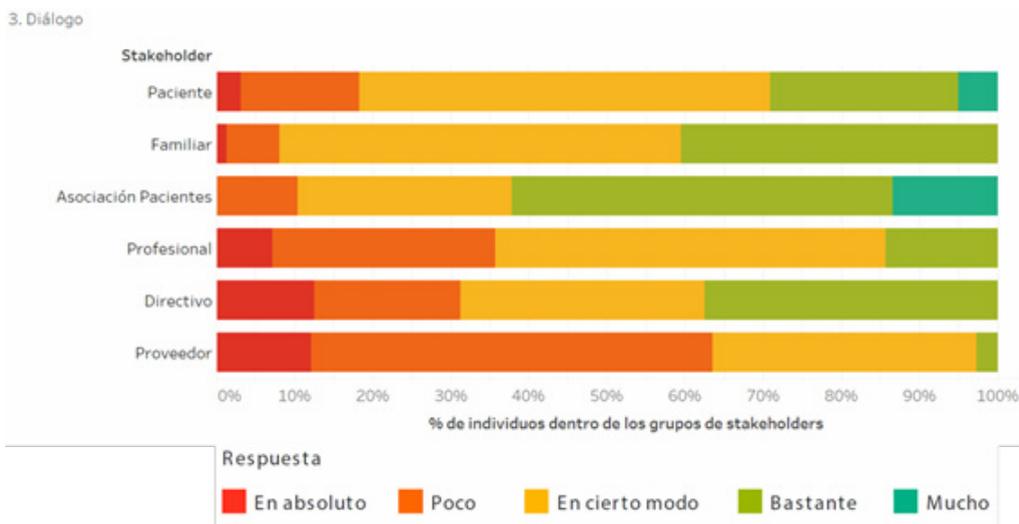
Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «fiabilidad»



Este gráfico nos ayuda a analizar cómo 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».

GRÁFICO 5

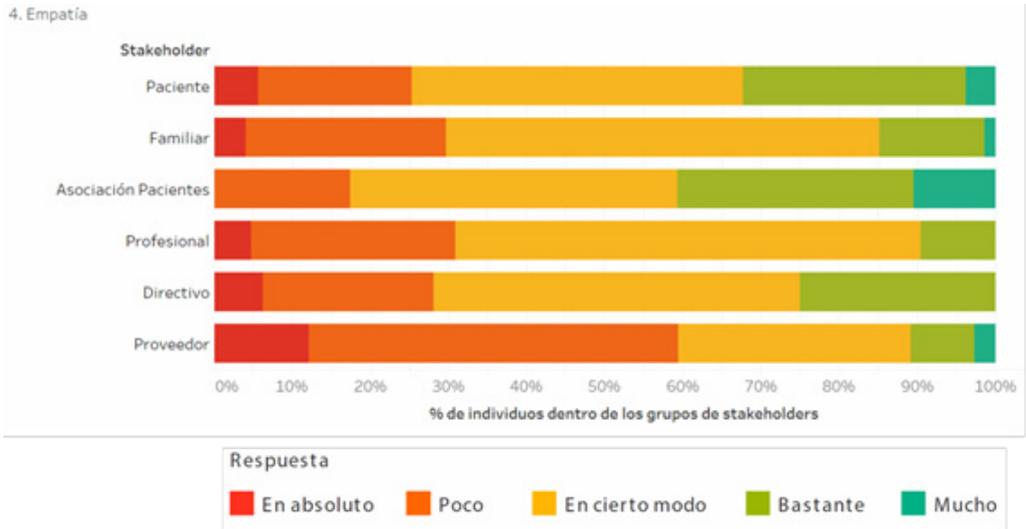
Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «diálogo fluido y eficaz»



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.

GRÁFICO 6

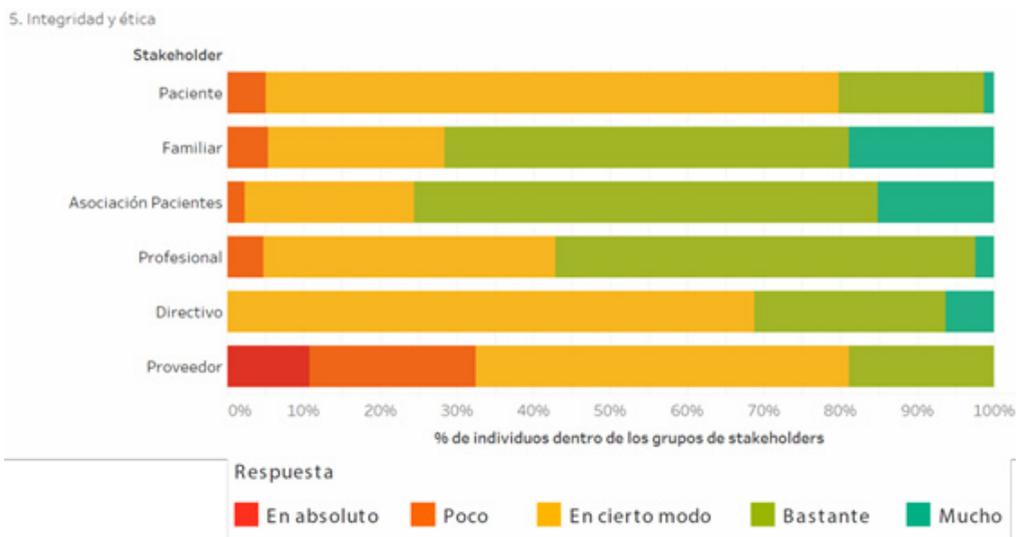
Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «empatía»



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».

GRÁFICO 7

Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «integridad y ética»

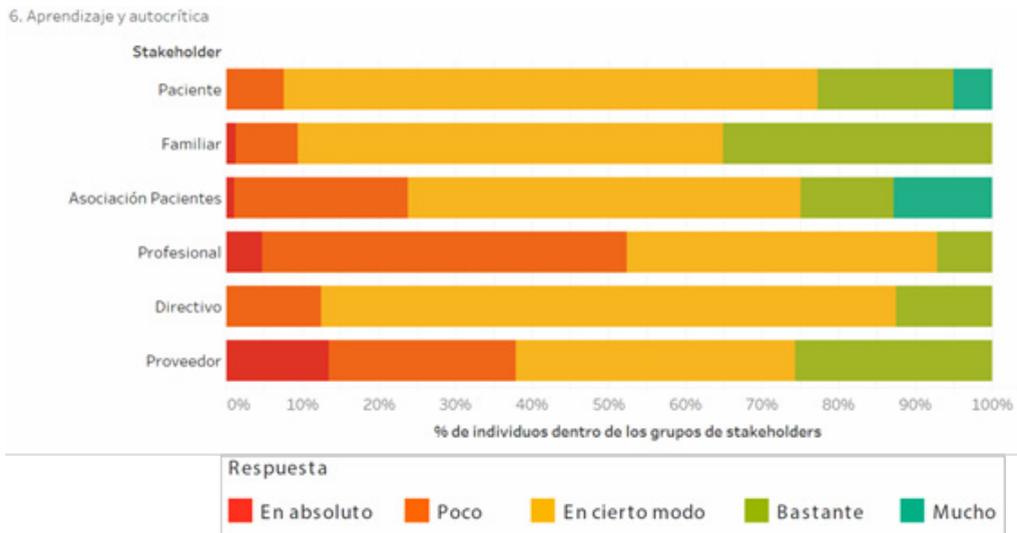


Los familiares y las asociaciones son el grupo que valora más positivamente la integridad y ética. También los profesionales, aunque son más moderados en las valoraciones «mucho».

De nuevo llama la atención la peor percepción que muestran más del 30% de los proveedores.

GRÁFICO 8

Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «aprendizaje y autocrítica»

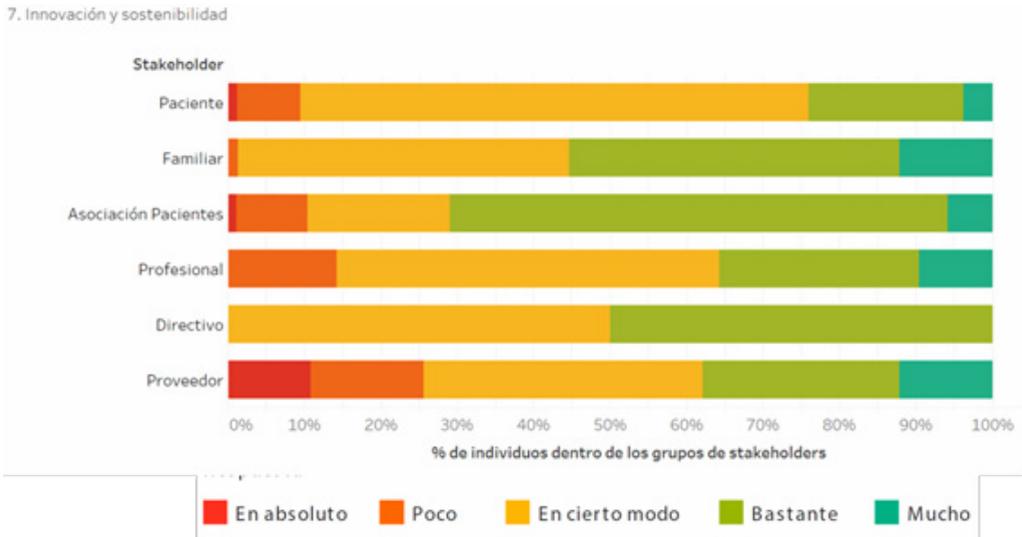


Esta dimensión es peor valorada por los profesionales y los proveedores. Y en general no están más valoradas por los pacientes y su entorno. Parece que las valoraciones van siendo peores en función de lo cerca que estén los *stakeholders* de los procesos internos del propio sistema sanitario.

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.

GRÁFICO 9

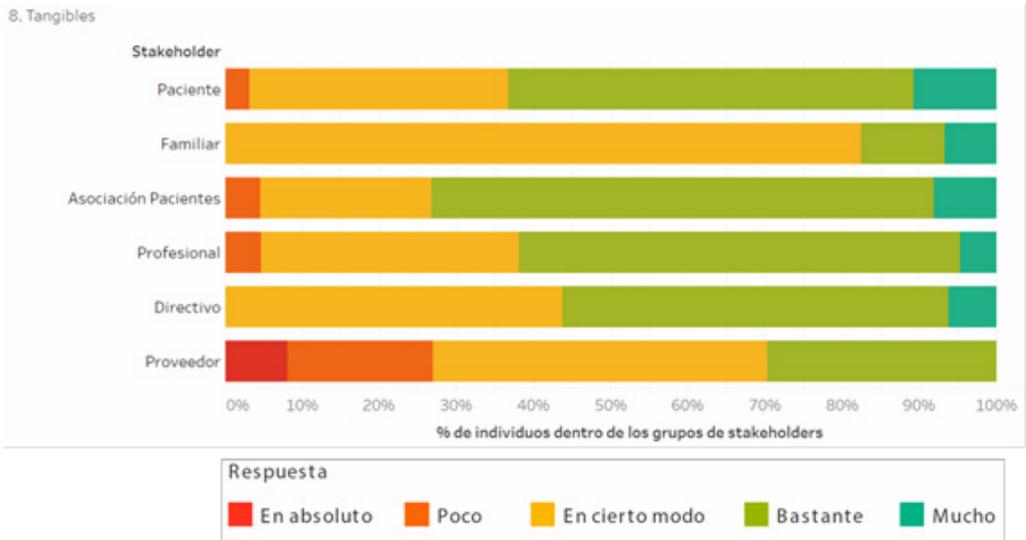
Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «innovación y sostenibilidad»



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.

Gráfico 10

Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «elementos tangibles»

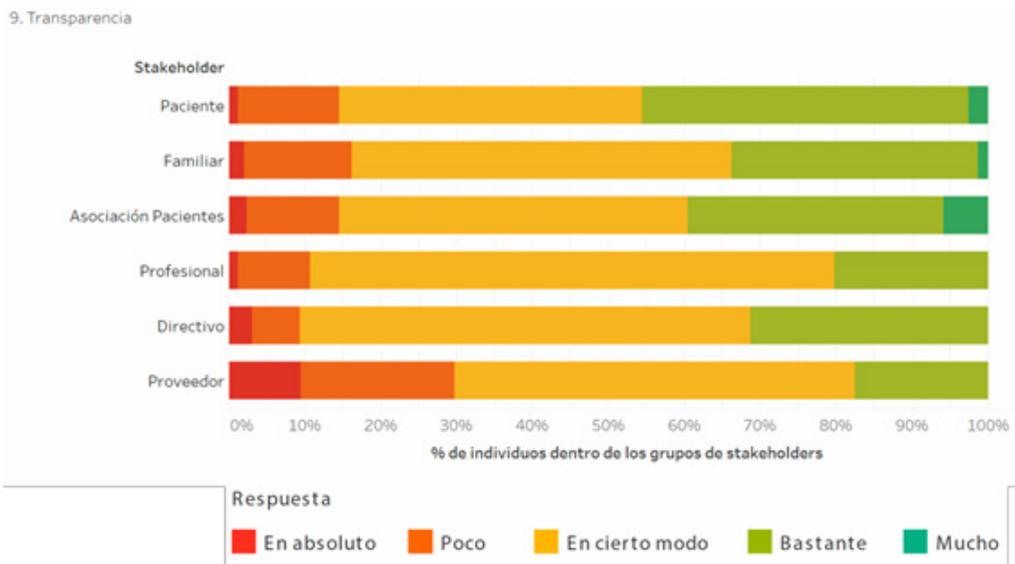


Los familiares se sienten satisfechos en menor porcentaje, sin embargo, los proveedores son el grupo más susceptible de valorar negativamente esta dimensión, con casi el 30% de valoraciones entre «en absoluto» y poco».

Otro elemento que destaca es la gran diferencia entre las valoraciones positivas que los pacientes y las asociaciones tienen de esta dimensión con la de los familiares.

GRÁFICO 11

Representación gráfica en barras de los resultados de los grupos de referencia en cuanto a la dimensión «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.

La credibilidad y la confianza hacia una institución sanitaria pública depende en gran medida de su capacidad para dar respuesta y satisfacer las demandas de los pacientes (Remón, 2004; Jovell y Navarro, 2008; Massip et al., 2008; Suárez, 2015). En este sentido, los resultados de las encuestas de los directivos y las asociaciones de pacientes van acorde a los requerimientos. Sorprende que conceptos tan relevantes para generar la confianza como son «la transparencia», la «empatía» y «la integridad y ética» estén muy mal valorados.

La dimensión cualitativa a través de las entrevistas

Se evidencia una clara dificultad a la hora de concretar la semántica de la confianza. Resulta especialmente sorprendente por el hecho de que a todos los entrevistados se

haya 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.

Las entrevistas en profundidad han evidenciado que:

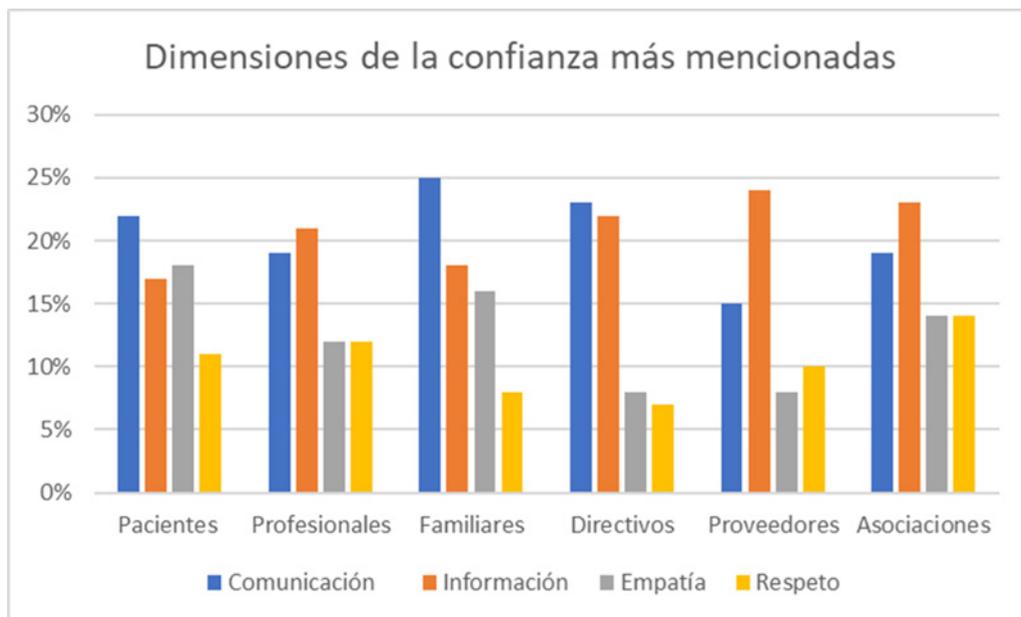
- Se puede afirmar que un diálogo estructurado a través de la confianza facilita un mejor diagnóstico de la enfermedad y de un tratamiento más personalizado basados en las necesidades y expectativas de las pacientes.
El compromiso asistencial por parte de los responsables de una institución sanitaria con la población pasa no solo por la cuestión económica sino por la búsqueda de una relación de confianza. [Directiva de una institución sanitaria pública de Santiago de Compostela].
- 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.
¿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].
- Un mayor diálogo ayuda a una mejor comprensión del paciente y de su enfermedad y más ajustado a las posibilidades reales del entorno del paciente.
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].
- Mayor comunicación requiere incentivar la observación, la reflexión y la auto-crítica y la priorización de los puntos para la mejora.
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].
- 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.

Generar confianza implica responsabilidad, implicación, participación y comunicación. Solo así se consigue identificar las prioridades necesarias para la gestión sanitaria. [Gerente del Hospital Universitario de Vigo].

Para mayor visualización se adjunta una representación gráfica de las dimensiones más mencionadas por parte de los diferentes grupos de referencia.

GRÁFICO 12

Representación gráfica de las dimensiones más mencionadas por parte de los diferentes grupos de referencia



Fuente: elaboración propia.

Llama poderosamente la atención que la comunicación y la información están muy relacionadas con el concepto de la confianza según todos los grupos de referencia. 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.

Si bien es cierto que hay diferencias entre los distintos de grupos de interés:

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 renal, Hospital Universitario La Fe, Valencia].

La confianza resulta necesaria cuando existe la incertidumbre y un cierto nivel de riesgo (Callejo y Ramos, 2017), situaciones que dominan toda actividad organizacional del sector sanitario. El paciente deposita su confianza en una situación de máxima vulnerabilidad donde la ecuación entre la incertidumbre y el nivel de riesgo asumido alcanza, en ocasiones, su máximo exponente (Jaraíz, 2009). Para ello, toda organización sanitaria necesita ineludiblemente el esfuerzo y el poder del grupo de interés y debe saber gestionar grandes cantidades de información y una comunicación acorde para poder generar un nivel de confianza adecuado.

Las instituciones sanitarias públicas modernas necesitan en este momento no solo un elevado nivel de conocimiento científico y técnico de todas las áreas, sino también una reestructuración de otras maneras de establecer las relaciones e interacciones entre todos sus grupos de interés (Krause & González, 2016). Su gestión se sustenta sobre tres pilares elementales respecto a dicha información y comunicación: generar, gestionar y comunicar.

4. CONCLUSIONES

El paciente se mueve en tres mundos: el objetivo, el social y el 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.

Es un hecho que los pacientes y su entorno disponen, cada vez más, de más información, de más masa crítica y más experiencias. 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 demás grupos de interés necesitan.

Estrategias comunicativas para contrastar, procesar y transmitir la información clínica relacionada con el paciente y su enfermedad son requerimientos claros por parte del paciente (Alonso-Coello *et al.*, 2018). Establecer un guion de diálogo estructurado que facilita la interacción y adquisición de conocimientos sobre el paciente y su entorno puede aportar mayor valor a una institución sanitaria pública (Nishijima y Blima, 2016; Ceriani, 2017)

Los recortes sanitarios y la situación de inequidad debido a las diferencias en cuanto a inversión en sanidad entre comunidades autónomas han supuesto diferencias evidentes en las prestaciones y la calidad en la atención sanitaria de los españoles según su lugar de residencia y la desconfianza por parte de la sociedad. Adicionalmente, la reciente pandemia ha demostrado que el análisis del concepto de la confianza es de máxima actualidad y urgencia. Ha supuesto un aumento de las actitudes conservadoras y de una situación de incertidumbre. Reconocidos sociólogos de salud como Cockerham 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 sanitaria causada por el coronavirus SARS-2 ha agravado la falta de comunicación fluida y eficaz con todos los grupos de referencia. Todo ello puede condicionar la confianza que se deposita en la institución sanitaria pública. En un escenario como el actual es necesario definir estrategias para la mejora de la calidad de vida de los pacientes a nivel global y definir las interacciones entre los principales *stakeholders* que aportan a la institución sanitaria pública la infraestructura comunicacional necesaria.

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.

SÉPTIMA. 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 de una institución sanitaria pública.

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.

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 diálogo social con todos los grupos de interés será crucial para poder generar la confianza necesaria.

A pesar de la impersonalidad de las sociedades contemporáneas, los pacientes, familiares y asociaciones de pacientes desean encuentros personales que les proporcionen más información y, sobre todo, les transmitan más confianza y les ayuden 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 donde cada individuo es estimulado a expresarse libremente.

El sector sanitario 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 que está especialmente conectado con la faceta social y psicoló-

gica. El ambiente comunicativo dentro de los servicios sanitarios 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.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Coello, P., Oxman, A. D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E. A., Davoli, M., ... Schünemann, H. J. (2018). Marcos GRADE 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, n.º 2, 167. e1-167.e10.
- Baier, A. (1994). *Moral Prejudices: Essays on Ethics*. Cambridge: Harvard University Press.
- Belenes, R. (2003). Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta sanitaria*, vol. 17, n.º 2, 150-156.
- Bittlingmayer, U. H. (2016). Strukturorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. En *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer VS, Wiesbaden, 23-40.
- Blackwell, R., Miniard, P., & Engel, J. O.: (2003). *Consumer Behaviour*. The Dryden Press.
- Callejo, J., y Ramos, R. (2017). La cultura de la confianza en tiempos de crisis: análisis de los discursos. *Revista Española de Sociología*, vol. 26, n.º 2.
- Carnota, O. (2016). La irrupción de la gerencia en las organizaciones sanitarias del sector público. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 42, 596-627.
- Cazorla, J. (2014). Las relaciones sociales en salud mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social. *Alternativas: Cuadernos de trabajo social*, n.º 21, 161-176.
- Ceriani, J. M. (2017). La pérdida de la ética y el humanismo en la profesión médica: ¿es una utopía recuperarlos? *Archivos argentinos de pediatría*, vol. 115, n.º 6, 522-523.
- Clayman, M. L., Bylund, C. L., Chewing, B., & Makoul, G. (2016). The impact of patient participation in health decisions within medical encounters: a systematic review. *Medical Decision Making*, vol. 36, n.º 4, 427-452.
- Cockerham, W. (2017). *Medical sociology*. Nueva York: Taylor & Francis.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.

- Ferreira, J. (2005). Educación, práctica médica y necesidades sociales. Una nueva versión de calidad. *Serie Desarrollo de Recursos Humanos*.
- Gambetta, Diego (2000). 'Can We Trust Trust?', in Gambetta, Diego (ed.), *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations, electronic edition, Department of Sociology*, University of Oxford, chapter 13, pp. 213-237,
- Gill, H., Boies, K., Finegan, J., & McNally, J. (2005). Antecedents of trust: Establishing a boundary condition for the relation between propensity to trust and intention to trust. *Journal of Business and Psychology*, 19, 287-302.
- Gordon, S. (2005). Confianza, capital social y desempeño de organizaciones. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 47, n.º 193.
- Hosmer, L. (1995). «Trust: The Connecting Link Between Organizational Theory and Philosophical Ethics. *Academy of Management Review*, 20 (2), 379-403.
- Jaraíz, E. (2009). La gestión de la atención primaria: confianza y satisfacción en el sistema sanitario de Galicia. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, vol. 8, n.º 2, 69-83.
- Jaraíz, E. (2009). La gestión de la atención primaria: confianza y satisfacción en el sistema sanitario de Galicia. *RIPS. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, vol. 8, n.º 2, 69-83.
- Jirotko, M., Procter, R. N., Hartswood, M., Slack, R., Simpson, A., Coopmans, C., ... Voss, A. (2005). Collaboration and trust in healthcare innovation: The eDiaMoND case study. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, vol. 14, n.º 4, 369-398.
- Jones, K. (1998). Trust. En *Routledge Encyclopaedia of Philosophy*. Londres: Routledge.
- Jovell, A. (2007). *La confianza: en su ausencia no somos nadie*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Jovell, A. J., & Navarro, M. D. (2008). La voz de los pacientes ha de ser escuchada. *Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria*, vol. 22, 192-197.
- Kramer, R. A. (1999). Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, enduring questions. *Annual Review of Psychology*, 50, 569-598.
- Krause, M. S., & González, R. (2016). La confianza en la construcción de la realidad social. *Revista de Filosofía*, vol. 41, n.º 1, 33.
- Laschinger, H. K. (2000). Spence, et al. Organizational trust and empowerment in restructured healthcare settings: effects on staff nurse commitment. *Journal of Nursing Administration*, vol. 30, n.º 9, 413-425.
- Llanusa, S. B., Rojo, N., Caraballoso, M., Capote, R., & Pérez, J. (2005). Las tecnologías de información y comunicación y la gestión del conocimiento en el sector salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 31, n.º 3, 0-0.

- Luhmann, N. (1988). *Confianza*. México DF: Anthropos.
- March, J. C. (2015). Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. *Revista de calidad asistencial*, vol. 30, n.º 1, 1-3.
- Maríñez, C. (2018). El problema de la confianza desde la hermenéutica filosófica: comprendiendo sus rendimientos interpretativos en la sociedad contemporánea. *Revista de filosofía*, 74, 139-152.
- Marulanda, N., & Rojas, M. D. (2019). Ética en Instituciones de Educación Superior para la Construcción de Relaciones de Confianza con Grupos de Interés (Stakeholders). *Información tecnológica*, 30 (3), 269-276.
- Massip, C., Ortiz, R. M., Llantá, M. D., Madai, P., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 34, 1-10.
- Mayer, R., Davis, J., & Schoorman, F. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20 (3), 709-734.
- Medina, P. (2012). La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Revista Española de Comunicación en Salud*, vol. 3, n.º 1, 77-87.
- Medina, P. (2018). El rol de las redes sociales en la comunicación de marca de los hospitales españoles. *adComunica*, n.º 15, 215-233.
- Mira, J., Rodríguez-Marína, J., Pesetb, R., Ybarrab, J., Pérez-Jovera, V., Palazón, I., & Llorcab, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 17, n.º 5, 273-283.
- Monteagudo, O., Navarro, C., Alonso, P., Casas, R., Rodríguez, L., Gracia, J., ... Herruzo, R. (2003). Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista de calidad asistencial*, vol. 18, n.º 5, 263-267.
- Moorman, C., Zaltman, G., & Deshpandé, R. (1992). Relationships between providers and users of market research. The dynamics of trust within and between organizations. *Journal of Marketing Research*, 29, agosto, 314-328.
- Navas, A. (2014). *El valor social de la confianza*. Navarra: Universidad de Navarra.
- Nishijima, Y., & Blima, L. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud colectiva*, vol. 12, n.º 1, 9-21.
- Remón, C. (2004). La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. *Monografías Humanitas*, n.º 8, 43-57.
- Repullo, J. R., & Freire, J. M. (2016). Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, 3-8.

- Rosanas, J. M., & Velilla, M. (2003). Loyalty and trust as the ethical bases of organizations. *Journal of Business Ethics*, vol. 44, n.º 1, 49-59.
- Rotter, J. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35 (4), 651-665.
- Sanz, S., Ruiz, C., & Pérez, I. (2009). Concepto, dimensiones y antecedente de la confianza en entornos virtuales. *Teoría y Praxis*, 6, 31-56.
- Suárez, N. (2015). Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 41, 0-0.
- Uzzi, B. S. (1997). Social structure and competition in interfirm networks: The paradox of embeddedness. *Administration Science Quarterly*, 42, 35-67.
- Vall, A., & Rodríguez, C. (2008). El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. *BiD: Textos universitaris de biblioteconomia i documentació*, n.º 21.
- Xavier, C. (2016). Escuelas y perspectivas de la sociología. En *La sociedad desde la sociología: una introducción a la sociología general*. Tecnos, 73-92.
- Yáñez, R., Ahumada, L., & Cova, F. (2006). Confianza y desconfianza: dos factores necesarios para el desarrollo de la confianza social. *Universitas Psychologica*, vol. 5, n.º 1, 9-20.