

Francisco José Muñoz-Ronda
Enfermero. Antropólogo.
Unidad de Formación,
Investigación y Educación para la
Salud. Distrito Sanitario Valle del
Guadalhorce. Málaga

Profesor Colaborador.
Escuela Andaluza de Salud
Pública

M^a del Mar Rodríguez-Salvador
Enfermera.
Distrito Sanitario Almería

Profesora colaboradora.
Escuela Andaluza de Salud

Juan Daniel Martínez-Díaz
Enfermero. Antropólogo.
Unidad Quirúrgica de Día.
Hospital Torrecárdenas. Almería

Profesor asociado. Escuela
Universitaria de Enfermería.
Universidad de Almería

M^a Ángeles López-Valverde
Enfermera.
Distrito Sanitario Poniente.
Almería

Contacto:
Francisco José Muñoz Ronda
rondalia@gmail.com

Tempus Vitalis
es propiedad de



Depósito Legal: AL-298-2001
ISSN: 1578-5963

Francisco José Muñoz-Ronda, María del Mar Rodríguez-Salvador,
Juan Daniel Martínez-Díaz, María de los Ángeles López-Valverde

Tempus Vitalis 2009; 9 (1): 30-35

RESUMEN

La confianza es sin duda el elemento más importante en la relación entre pacientes y profesionales de la salud. Puede asegurarse que la confianza es el contexto en el que el cuidado y la curación se hacen viables. La necesidad de confianza interpersonal se relaciona con el hecho de sentirse enfermo, con la asimetría en el intercambio de información que se deriva del monopolio del conocimiento y lenguaje sanitarios por parte de los profesionales, así como de la incertidumbre como elemento de riesgo derivado de la necesidad de delegar la solución del problema en individuos que son desconocidos y que deben demostrar su competencia. Los cambios producidos en los sistemas de salud en los últimos años afectan sin duda a las relaciones de confianza, no solo entre enfermos y profesionales, sino también entre estos últimos entre sí. La relación de estos cambios con la aparición de nuevas formas de confianza entre pacientes y profesionales de la salud debe ser estudiada de forma profunda desde perspectivas diferentes. En este sentido, los métodos cualitativos de investigación ofrecen la posibilidad de explorar en profundidad el concepto de confianza en el entorno de las organizaciones de provisión de salud.

PALABRAS CLAVE: *confianza, sistemas de provisión de salud, relación enfermera-paciente, investigación cualitativa*

ABSTRACT

Trust is likely to be the most important element in the relationship between patients and health professionals. We can take for granted that trust is the context within care and the cure become viable. The need of interpersonal trust is related with the fact of feeling sick, with the asymmetry in the exchange of information that derived on the monopoly of health knowledge and language from both physicians and nurses, as well as the uncertainty related to the risk of delegating the solution of health problems in unknown individuals that should demonstrate their skills and fairness. The ongoing changes in health systems clearly affect trust relationships between patients and professionals, but also among professionals each other as well. The relationship between these changes and emerging forms of trust should be strongly researched from different points of view. Hence, qualitative methods of research offer the possibility to explore in depth the concept of trust in the environment of health organizations.

KEYWORDS: *trust, health care systems, nurse-patient relationship, qualitative research*

INTRODUCCIÓN

La confianza es posiblemente el elemento más importante en la construcción de las relaciones sociales, y base fundamental en la interacción entre pacientes y profesionales de la salud. La relación interpersonal entre los pacientes y los profesionales de la salud es esencial para el proceso de atención. Puede asegurarse que la confianza es el contexto en el que el cuidado y la curación se hacen viables¹. La necesidad de confianza interpersonal se relaciona con el hecho de sentirse enfermo, con la asimetría en el intercambio de información que se deriva del monopolio del conocimiento y lenguaje sanitarios por parte de los profesionales, así como de la incertidumbre como elemento de riesgo derivado de la necesidad de delegar la solución del problema en individuos que son desconocidos y que deben demostrar su competencia². El enfermo confía, desarrollando expectativas positivas, en que aquél en quien deposita el preciado bien de su salud, trabaje con competencia para su interés. La búsqueda de la salud y

el prestigio social de la profesión médica, especialmente en épocas anteriores³, ha favorecido que, tradicionalmente, los pacientes depositaran altos niveles de confianza en los profesionales de la salud. La calidad de esta interacción se debía, en buena medida, a la naturaleza de cercanía que estas relaciones comportaban. Los usuarios conocían a los médicos, los practicantes, las enfermeras y matronas que los atendían. Las relaciones se prolongaban más allá de contactos fortuitos y puntuales.

FACTORES QUE ALTERAN LA CONFIANZA

La diversificación, la especialización y la complejidad creciente de los sistemas de provisión de salud han propiciado también el aumento de opciones en todos los aspectos de la atención sanitaria. Sin embargo, esta diversidad optativa conduce también a un aumento de la incertidumbre en la resolución de los problemas relacionados con la enfermedad, teniendo en cuenta que esta incertidumbre condiciona también las opciones que otros eligen para nosotros. La confianza establece la diferencia entre el atomismo y el holismo social, entre situaciones unipersonales en las que ninguna relación es posible y relaciones de colaboración. Sin embargo, puede decirse que esta relación se ha visto fundamentalmente alterada por los cambios acaecidos en las estructuras de las organizaciones de provisión de salud y en la cultura de la salud, como consecuencia de un mayor nivel de educación en la población y de la influencia de los medios de comunicación. La actitud pública hacia los profesionales y la autoridad de éstos está cambiando. Groenewegen⁴ expone la relación de cambios sociales que han influido en las relaciones de confianza en los sistemas de salud:

- Aumento de la especialización y la división del trabajo. En los sistemas de salud, tanto de forma horizontal, entre profesionales de distintas especialidades, como en sentido vertical, entre distintas profesiones de salud.
- Aumento del tamaño de los centros, tanto hospitalarios como de atención primaria, cambiando el sistema de relaciones personales directas por otro más burocratizado.
- Estandarización en la oferta de servicios. La organización de la atención por protocolos ha disminuido la autonomía profesional que permitía una relación más directa con los usuarios, desviando este poder hacia terceras personas, con frecuencia invisibles.
- Monopolio de la información y concepción del enfermo como cliente. La asimetría en la información y en la relación con los profesionales aumenta la vulnerabilidad y dependencia de los pacientes.
- La penetración de elementos de mercado en los sistemas de salud. Los hospitales públicos se comportan ya como verdaderas empresas. La salud es un producto. Las normativas comunitarias han estimulado esta conversión, desde la inspiración de la beneficencia hasta la de organización comercial.
- Internacionalización. Podemos decir que en el campo de la salud sufrimos también los efectos de la globalización. El modelo biomédico ha conformado un entramado global, que extiende su impersonalidad a lo largo de todo el mundo.

El desarrollo de todos estos cambios afecta sin duda a las relaciones de confianza, no solo entre enfermos y profesionales, sino también entre estos últimos entre sí. Los cambios en las relaciones de confianza han afectado incluso, de forma ascendente, a la imagen de las instituciones de salud. En este contexto procede preguntarse si la

confianza sigue siendo de utilidad en estos nuevos sistemas de salud. No cabe duda de que la respuesta es afirmativa. La confianza estimula el uso de los recursos disponibles, facilita el acceso a la información e influye en la consecución de buenos resultados de salud y satisfacción de los pacientes, colocándolos en el centro del sistema de salud y convirtiéndolos en protagonistas de su enfermedad y curación. Kraetschmer et al⁶ concluyeron tras su investigación que aquellos pacientes que desean aumentar su participación en su proceso de salud buscan activamente una mayor relación de confianza con sus cuidadores. En el estudio de Joffe et al⁶, los pacientes encuestados determinaron que uno de los valores más apreciados por ellos con respecto a la atención hospitalaria consistía en la confianza en los trabajadores que los atendían. Whetten et al⁷ identifican la desconfianza como la gran barrera en el uso y acceso a los servicios de salud, en su estudio realizado sobre pacientes portadores de VIH.

COMPONENTES DE LAS RELACIONES DE CONFIANZA EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Pero, ¿cuáles son los componentes de las relaciones de confianza entre los pacientes y los profesionales que los cuidan? Numerosos estudios han tratado de determinar qué factores son considerados fundamentales para establecer relaciones de confianza. Straten et al⁸ en un extenso estudio sobre la confianza en el sistema sanitario holandés, ofrecen datos obtenidos mediante técnicas cualitativas. Para los usuarios entrevistados era importante sentir que los profesionales los consideraran protagonistas de su proceso, que las normas de la organización no tuviesen consecuencias negativas para ellos, que los profesionales demostraran su eficiencia, que los cuidados ofrecidos fuesen de calidad, así como la información ofrecida y el estímulo de la colaboración.

Sin embargo, es posiblemente la investigación de Mechanic y Meyer⁹ la que ha indagado más profundamente acerca de los componentes de la confianza en los sistemas de salud. Las dimensiones identificadas por ellos fueron:

- Competencia técnica
- Habilidad en la relación interpersonal
- Responsabilidad
- Confidencialidad
- Transmisión de sensación de control
- Transmisión de información
- Capacidad de prestar cuidados.

Como hemos visto, la experiencia de la confianza trasciende más allá de las relaciones interpersonales para llegar hasta la construcción del nivel de confianza en la institución o en todo el sistema de salud por parte de los usuarios. Para Calnan y Stanford¹⁰, la opinión pública construye su impresión acerca de la calidad de los sistemas sanitarios sobre sus experiencias a nivel micro. En la misma línea, Dibben y Davies¹¹ consideran que las experiencias individuales de contacto con los profesionales de la salud, en términos de sus relaciones más próximas, condicionan la opinión final de los pacientes hacia toda la institución. Estos autores apuntan a la necesidad de que los gestores de estas instituciones centren la mejora de la confianza de los usuarios en las relaciones interpersonales y las cualidades individuales de los cuidadores.

No cabe duda, de esta manera, que en los sistemas de provisión de salud, la confianza pública sobre ellos se construye en base a las relaciones de los usuarios con los profesionales del cuidado. Esta relación no es en ningún caso simple, ya que se caracteriza por elementos complejos de relación interpersonal mutua. El estudio de las características y la forma en que las relaciones de confianza deben mejorarse en la interacción de los profesionales

de la salud con sus pacientes no es una tarea sencilla¹², aunque sí crucial para aumentar el protagonismo, la calidad de los cuidados y la satisfacción de los pacientes.

ANTECEDENTES EN LA INVESTIGACIÓN DE LA CONFIANZA EN LOS SISTEMAS DE SALUD

En la investigación sobre la confianza en el entorno de los servicios de salud que se ha llevado a cabo hasta ahora ha predominado un fuerte componente de los métodos cuantitativos de aproximación. Puede decirse que el instrumento de mayor difusión utilizado hasta ahora ha sido la Escala de confianza interpersonal (Interpersonal Trust Scale) de Julian Rotter¹³, empleada en una amplia variedad de entornos, desde la educación hasta la vida familiar, pasando por la política, la economía o la salud. A partir de este estudio primigenio, se han llevado a cabo numerosas aproximaciones al entorno de la confianza desde presupuestos cuantitativos. Goudge y Gilson¹⁴ ofrecen un amplio panorama acerca de la investigación sobre confianza en los entornos de salud, citando los estudios de Hall¹⁵, Anderson¹⁶, Kao¹⁷ o Straten¹⁸. Estas mismas autoras afirman^{14,19} que los conocimientos acerca del funcionamiento de la confianza en este entorno son todavía escasos, y que una aproximación cuanti-cualitativa facilitaría el desarrollo y refinamiento de hipótesis sobre la dinámica de este proceso.

LA CONFIANZA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

La importancia de la confianza en la relación enfermera-paciente parece no tener discusión. Un número considerable de investigadores han realizado análisis conceptuales de la confianza desde el punto de vista enfermero^{20,21,22}, que ayudaron a identificar los atributos fundamentales de la confianza en la relación enfermera-paciente, entre los que aparecían la competencia, la confiabilidad, la confidencialidad y las experiencias pasadas como dimensiones principales. A estas características, Thorne y Robinson²³, y Lynn-McHale y Deatricks²⁴ añadieron la capacidad para establecer relaciones basadas en la reciprocidad. Estas autoras mantienen que la confianza en el profesional de enfermería es un proceso complejo que se construye a lo largo del tiempo²⁵ y que se basa en la interacción mutua. Para Thorne y Robinson, la confianza es la base sobre la que establecer relaciones cuidadoras que trasciendan en el tiempo. Observando este conjunto de conceptualizaciones, puede afirmarse que cuando un paciente confía en un profesional de enfermería decide *entregar su situación de vulnerabilidad con la esperanza de que éste actuará, como se espera, en su beneficio*²³. Para ellas, la confianza es tanto proceso como resultado.

Como puede observarse, La confianza como elemento interaccional en la relación enfermera-paciente ha sido sólidamente cimentada. Sin embargo, existe una carencia importante de estudios empíricos que apoyen estas construcciones teóricas y las adapten a distintos escenarios clínicos y organizativos. Su conocimiento ha dependido más de la aportación de otras disciplinas y del anecdotario que de estudios científicos sólidamente cimentados. En los últimos años, conceptos igualmente subjetivos como la satisfacción y la calidad de vida se han visto beneficiados por aproximaciones cualitativas y cuantitativas que han contribuido al establecimiento de un marco teórico sólido para estas áreas de conocimiento. A pesar de que se han llevado a cabo análisis importantes sobre el peso de la confianza en la relación enfermera-paciente en lo conceptual, éstos deben afianzarse con una investigación multimetodológica más profunda. Estas líneas de investigación deberán determinar, entre otros aspectos, las relaciones prácticas entre confianza y:

- Entornos clínicos
- Intensidad de las interacciones enfermera-paciente
- Características personales de los pacientes
- Relaciones con el entorno sanitario

- Entornos de práctica avanzada y gestión de casos
- Etc.

NUEVAS FORMAS DE INVESTIGACIÓN DE LA CONFIANZA EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Ya Murdock²⁶ sostenía EN 1952 que el hecho de que muchos asuntos tratados por el sistema médico eran de naturaleza *funcional* y no orgánica, aunque eran sistemáticamente sometidos a un abordaje orgánico. Para él, una aproximación cualitativa podría ayudar a resolver los problemas funcionales con los que las Ciencias de la Salud se enfrentan. McQueen²⁷ establece dos líneas fundamentales de contribución de los métodos cualitativos sobre la investigación en salud pública, esto es, contribuciones teóricas y metodológicas. Si la enfermedad es entendida como un proceso adaptativo, dinámico, sociológico y cultural, la aplicación de un modelo de aproximación ecológico permitirá determinar que existen causas únicas de enfermedad, que la salud y la enfermedad son parte de un proceso social y cultural en continua interacción, y que el modelo ecológico ofrece el marco de referencia necesario para estudiar la enfermedad en su medio. Esta perspectiva ayuda a comprender la experiencia individual y social de la enfermedad, donde las relaciones de confianza forman parte. Por su parte Atkinson²⁸ defiende la aportación de lo cualitativo en la investigación de los servicios de salud como vía de explicación de las relaciones entre los usuarios, las instituciones y los profesionales. Otros autores como Lambert y McKeivitt²⁹, y Mechanic³⁰, reconocen el papel de formas alternativas de investigación en el estudio de los sistemas de salud.

CONCLUSIÓN

La confianza es sin duda el elemento más importante en la relación entre pacientes y profesionales de la salud, comportándose como el medio en el que el logro de resultados positivos en términos de salud tiene lugar. La interacción enfermera-paciente se encuentra inevitablemente mediada por distintas formas de confianza que vienen determinadas por las características del entorno clínico, las habilidades de relación del profesional, la naturaleza de la enfermedad y otros factores de difícil definición. A pesar de que existen numerosos instrumentos para determinar el nivel de confianza de los usuarios en los profesionales de la salud, ninguno de ellos da respuesta específica a la naturaleza especial de la interacción enfermera-paciente. En este contexto y sobre la base de la abundante investigación conceptual existente, se hace necesario profundizar desde los métodos cualitativos en el descubrimiento de las características esenciales de esta forma de relación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Thom DH, Bloch DA, Segal ES. An intervention to increase patients' trust in their physicians. *Academic Medicine* 1999; 74(2): 195-198
- 2 Rowe R, Calnan M. Trust relations in health care: the new agenda. *European Journal of Public Health* 2006; 16(1): 4-6
- 3 Rodríguez JA, de Miguel J. *Salud y Poder*. Centro de Investigaciones Sociológicas, 1990. Madrid
- 4 Groenewegen PP. Trust and the sociology of the professions. *European Journal of Public Health* 2006; 16(1): 3-4
- 5 Kraetschner N, Sharpe N, Urowitz S, Deber RB. How does trust affect patient preferences for participation in decision making? *Health Expectations* 2004; 7: 317-326
- 6 Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *Journal of Medical Ethics* 2003; 29(2): 103-108

- 7 Wheeten K, Leserman J, Wheeten R, Ostermann J, Thielman N, Swartz M, Stangl D. Exploring lack of trust in care providers and the Government as a barrier to health service use. *American Journal of Public Health* 2006; 96(4): 716-721
- 8 Straten GFM, Friele RD, Groenewegen PP. Public trust in Dutch health care. *Social Science and Medicine* 2002; 55: 227-234
- 9 Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine* 2000; 51: 657-668
- 10 Calnan M, Stanford E. Public trust in health care: the system or the doctor? *Quality Safety Health Care* 2004; 13: 92-97
- 11 Dibben MR, Davies HTO. Trustworthy doctors in confidence building systems. *Quality Safety Health Care* 2004; 13: 88-89
- 12 Smith HL, Hood JN. Creating a favorable practice environment for nurses. *Journal of Nursing Administration* 2005; 35(12): 525-532
- 13 Rotter JB. A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality* 1967; 35(4): 651-665
- 14 Goudge J, Gilson L. How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience. *Social Science & Medicine* 2005; 61: 1439-1451
- 15 Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, Balkrishnan R. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical Care Research & Review* 2002; 59(3): 293-318
- 16 Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician Scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports* 1990; 67: 1091-1100
- 17 Kao AD, Green C, Zaslavski A, Koplan JP, Cleary PD. Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity and payment method. *Journal of General Internal Medicine* 1998; 13: 681-686
- 18 Straten GFM, Friele RD, Groenewegen PP. Public trust in Dutch health care. *Social Science and Medicine* 2002; 55: 227-234
- 19 Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine* 2003; 65: 1453-1468
- 20 Meize-Grochowski R. An analysis of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing* 1984; 9: 563-572
- 21 Johns JL. A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24: 76-83
- 22 Hupcey JE, Penrod J, Morse JM, Mitcham C. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 36(2): 282-293
- 23 Thorne SE, Robinson CA. Reciprocal trust in health care relationships. *Journal of Advanced Nursing* 1988; 13: 782-789
- 24 Lynn-McHale DJ, Deatrck JA. Trust between family and health care provider. *Journal of Family Nursing* 2000; 6: 210-230
- 25 DeRaeve L. Trust and trustworthiness in nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy* 2002; 3: 152-162
- 26 Murdock GP. Anthropology and its contribution to public health. *American Journal of Public Health* 1952; 42: 7-11
- 27 McQueen K. Anthropology and public health. En: Breslow L (Ed) *Encyclopedia of Public Health*. Gale Group Inc. 2002. Disponible en: <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/anthropology-public-health>
- 28 Atkinson SJ. Anthropology in research of the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública* 1993 ; 9(3): 283-299
- 29 Lambert H, McKeivitt C. Anthropology in health research: from qualitative methods to multidisciplinary. *British Medical Journal* 2002; 325: 210-213
- 30 Mechanic D. The role of sociology in health affairs. *Health Affairs* 1990; 9(1): 85-97