



Máster Universitario en Dirección de Empresas

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

“ESTADO DE LA CUESTIÓN DE LA
RESPONSABILIDAD SOCIAL
EN EL CONTEXTO SANITARIO”.

11/10/2014

Tutor: Dr. D. Manuel Larrán Jorge

Alumno: Juan José Lucena-Muñoz

Agradecimientos:

A mi pareja, Yoe, por su apoyo e infinita paciencia.

A mi maestro, D. Manuel, por sus siempre esclarecedores comentarios y sabia dirección. Perpetuamente agradecido.

A mis compañeras y compañeros de máster por ser mi “válvula de oxígeno” durante este laborioso año.

Notas:

Cuidemos nuestro medio ambiente. Por favor, no imprima este documento, salvo que le sea indispensable, en su caso hágalo de manera combinada y a dos caras.

Think Green & please print this paper only if necessary.

Toda referencia a personas o colectivos, cuyo género sea masculino, estará haciendo referencia al género gramatical neutro, incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como a hombres.

**ESTADO DE LA CUESTIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL
EN EL CONTEXTO SANITARIO.**

| | |
|---|----|
| 1. Resumen/Abstract. | 5 |
| 2. Marco conceptual. | 7 |
| 2.1. Antecedentes teóricos de la responsabilidad social corporativa. | 7 |
| 2.2. Evolución del concepto de la responsabilidad social corporativa. | 11 |
| 3. Justificación. | 16 |
| 4. Conceptualización de la responsabilidad social en el contexto sanitario. | 18 |
| 5. Objetivos. | 27 |
| 6. Método. | 28 |
| 7. Resultados y análisis. | 36 |
| 7.1. Tipo de referencia publicada. | 37 |
| 7.2. Análisis de las referencias publicadas. | 37 |
| 7.3. Características de las fuentes bibliográficas. | 39 |
| 7.4. Análisis de citas recibidas. | 41 |
| 7.5. Análisis de autoría. | 44 |
| 7.6. Ámbito de salud abordado en las referencias. | 48 |
| 7.7. Metodología de investigación. | 49 |
| 7.8. Tópicos en RS en el contexto sanitario. | 52 |
| 7.9. Dimensiones de la RS, adaptado de Andrades (2013). | 53 |
| 7.10. Dimensión/público objetivo, adaptado de Larrán et al (2014). | 54 |
| 7.11. Principales idiomas de publicación. | 55 |
| 8. Conclusiones. | 56 |
| 9. Limitaciones del estudio. | 58 |
| 10. Líneas futuras de investigación. | 59 |
| 11. Referencias bibliográficas. | 60 |
| 12. Anexos. | 68 |

1.-Resumen.

El objetivo de este estudio es describir el desarrollo científico en el ámbito de la Responsabilidad Social (RS) en el contexto sanitario.

Este estudio se desarrolla inicialmente con un análisis del marco conceptual a través de los antecedentes teóricos de la RS y la evolución del concepto de la RS.

Por medio de un estudio de corte bibliométrico de la producción científica de los últimos veinte años (1994-2014, primer cuatrimestre) se muestra una imagen próxima del estado real de la cuestión, lo que supone un análisis del nivel de difusión y desarrollo científico en esta materia.

Así mismo se realiza por medio de un análisis cuali-cuantitativo de las referencias bibliográficas que permite describir la situación general de la producción científica en este tema para finalmente resumir los principales resultados y conclusiones.

La escasa presencia de estudios de corte bibliométrico y de análisis de citas de RS en el contexto sanitario, en general, avalan la necesidad de realizar investigaciones de este tipo que faciliten el análisis de la producción científica en este elemento. Lo cual ayudará a concretar, en su caso, una definición de RS en el contexto sanitario, identificación de los principales stakeholders o grupos de interés, así como delimitar las estrategias de gestión sanitaria en materia de RS y el impacto de éstas en estos grupos de interés, que facilitaría una mayor integración de la RS en la gestión sanitaria.

La ausencia de referencias alusivas a la RS en el contexto sanitario desde una perspectiva global e integradora que permita la inserción de la RS en los procesos operacionales de los centros sanitarios, hace inferir que la RS en este contexto no es tratada a un nivel estratégico y menos aún en la operativa multidimensional de los centros sanitarios, sino más bien a través de acciones aisladas, en su mayoría inconexas con una estrategia clara y definida.

Los resultados avalan la necesidad de incrementar la producción científica en torno a la RS en el contexto sanitario, tanto desde el punto de vista empírico como trabajos de corte teórico y conceptual con objeto de facilitar la comprensión e integración de la RS sanitaria.

Abstract:

The aim of this study is to describe the scientific development in the field of Social Responsibility (SR) in the healthcare context.

This study was initially developed with an analysis of the conceptual framework through the theoretical background of the SR and the evolution of the concept of SR.

By means of a bibliometric study of scientific production of the last twenty years (1994-2014, until firsts four months) a forthcoming image of the real state of the matter is shown, which is an analysis of the level of scientific development and diffusion this matter.

Likewise, is conducted a qualitative and quantitative analysis of the references for describing the general situation of the scientific production in this topic and finally summarize the main results and conclusions.

The limited presence of studies bibliometrics and citation analysis of SR in the health context, in general, support the need for such researches to facilitate the analysis of scientific production in this element. Which will help identify, if necessary, a definition of SR in the healthcare context, identification of main stakeholders, as well as defining health management strategies on SR and its impact on these stakeholders, it would facilitate greater integration of SR in health management.

The absence of studies about the SR in the health context from a global and inclusive perspective that allows the insertion of the RS in the operational processes of the health centers, it does infer that the SR in this context is not treated at a strategic level and even less in the multidimensional operational health centers, but rather to through isolated actions, mostly unconnected with a clearly defined strategy.

The results support the need to increase scientific production around the SR in the health context, both from an empirical point of view as theoretical and conceptual work to facilitate the understanding and integration of health SR.

2.- Marco conceptual.

2.1.- Antecedentes teóricos de la responsabilidad social corporativa.

Diferentes teorías sobre el objetivo de las organizaciones definen las relaciones y responsabilidades que una empresa tiene con los participantes en sus actividades económicas y con su regulador. El antecedente teórico de la responsabilidad corporativa se puede subdividir en los primeros puntos de vista teóricos, modelos iniciales de responsabilidad corporativa y la dimensión social de la gestión estratégica.

En 1916, JM Clark hizo énfasis en la importancia de la transparencia en los negocios afirmando que: "si los hombres son responsables de los resultados conocidos de sus acciones, las responsabilidades empresariales deben incluir los resultados conocidos de las relaciones comerciales, ya sean éstos reconocidos por la ley o no".

A principios de la década de 1930, T Kreps, introdujo el tema de Negocios y Bienestar Social y utiliza el término "auditoría social" por primera vez en relación con las empresas que informan sobre sus responsabilidades sociales (Hess, 2008).

Peter Drucker argumentó en 1942 que las empresas tienen una dimensión social, así como un objetivo económico, abordando primeramente la responsabilidad y la preservación de la libertad.

La responsabilidad social corporativa fue definida en 1953 por HR Bowen como "las obligaciones de los empresarios para perseguir estas políticas, para tomar esas decisiones, o para seguir las líneas de actuación que son deseables en términos de los objetivos y valores de nuestra sociedad".

En ese momento, la obligación social de la empresa estaba vinculada al poder que el negocio sostiene en la sociedad. Este punto fue subrayado por K Davis (1960) describe la responsabilidad social empresarial como "las decisiones del empresario y las medidas adoptadas por razones de, al menos parcialmente más allá de un interés económico o técnico directo de la empresa... que deben ser acordes con el poder social de la empresa".

El abordaje de la auditoría social se produce alrededor de la década de 1960, G Goyder sugirió que la auditoría social podría proporcionar una herramienta de gestión y podría ofrecer a los grupos de interés una plataforma para las empresas influyentes.

No obstante, la oposición a la idea de que las empresas tienen responsabilidad social ha sido frecuente en los terrenos que va a desviar la atención a los objetivos económicos como principales. En 1962 Milton Friedman afirmó que "pocas tendencias podrían socavar tan profundamente los cimientos mismos de nuestra sociedad libre como la aceptación por parte de responsables corporativos de una responsabilidad social que no sea para hacer tanto dinero para sus accionistas como sea posible".

Una visión más equilibrada de la responsabilidad social corporativa (RSC) es abordada por D Vogel (2005), sugiriendo que la RSC no es una condición previa para el éxito del negocio, sino una dimensión de la estrategia de la empresa: "Así como las empresas que gastan más en

marketing no son necesariamente más rentables que los que gastan menos, no hay ninguna razón para esperar que las empresas sean más responsables para superar a los menos responsables. En otras palabras, los riesgos asociados a la RSC no son diferentes de los asociados con cualquier otra estrategia de negocio, a veces las inversiones en RSC tienen sentido comercial y otras veces no". Vogel también destaca que "Las encuestas de las mejores marcas del mundo raramente citan la RSC como un problema asociado a una marca determinada. Y las empresas que hacen las listas más admiradas lo hacen en virtud de otros factores - los resultados financieros, la satisfacción del cliente, la innovación, y así sucesivamente".

Otros trabajos teóricos que abordan específicamente la responsabilidad social de las empresas es el descrito por Sethi (1975), quien desarrolló un modelo de tres niveles para clasificar la conducta corporativa que él llamó "el desempeño social de las empresas". Los tres estados de comportamiento de las empresas se basan en:

- a) La obligación social (respuesta a las restricciones legales y de mercado);
- b) La responsabilidad social (abordar las normas sociales, los valores y expectativas de rendimiento);
- c) La sensibilidad social (adaptación anticipatoria y preventiva a las necesidades sociales).

La segunda división de Sethi requiere que una compañía vaya más allá del cumplimiento legal y reconoce y aborda las expectativas sociales. El tercer nivel requiere que una empresa desarrolle la competencia para participar de manera efectiva con las partes interesadas o grupos de interés y tomar medidas proactivas en sus problemas y preocupaciones. Sethi también hizo énfasis en las dependencias culturales y temporales de las responsabilidades empresariales y la importancia de los sistemas de gestión estables y clasificaciones estándar para facilitar la medición del progreso y el análisis comparativo.

Basándose en el modelo de Sethi, Carroll (1979) propuso un modelo que contiene las siguientes cuatro categorías de la responsabilidad corporativa en orden decreciente de importancia:

- a) Económico - ser rentable;
- b) Legal - cumplir la ley;
- c) Ética - hacer lo que es correcto y justo y evitar el daño;
- d) Discrecional / filantrópica - ser un buen ciudadano corporativo.

Las cuatro clases de responsabilidad son consideradas para reflejar la evolución de los negocios y la interacción social en las organizaciones.

Según Carroll (1979) "la historia de los negocios sugiere un énfasis inicial en los aspectos jurídicos y económicos y, a continuación, una preocupación de los aspectos éticos y discrecionales". Por lo tanto, las obligaciones económicas son vistas a ser moderadas por las responsabilidades éticas o expectativas y normas sociales. Las responsabilidades discrecionales

van más allá de las responsabilidades éticas y filantrópicas e incluyen medidas tales como los programas patrocinados por las empresas para los trabajadores desfavorecidos.

Aupperle, Hatfield & Carroll (1985, 1983) llevaron a cabo la primera prueba empírica del modelo de RSC de cuatro niveles encuestando a 241 directores ejecutivos de Forbes 500 enumerados utilizando 171 declaraciones sobre la RSC. El análisis estadístico confirmó que hay cuatro componentes interrelacionados empíricamente pero conceptualmente independientes de la RSC y proporcionó respaldo a las ponderaciones relativas asignadas por Carroll a cada uno de los cuatro componentes.

En 1991, Carroll presentó su modelo de RSC como una pirámide, y sugirió que, aunque los componentes no son mutuamente excluyentes, "ayudan al gestor a ver que los diferentes tipos de obligaciones están en tensión constante con los otros". Dichos componentes son los siguientes:

- a. Responsabilidad económica: El objetivo de las empresas es generar el máximo beneficio derivado de la actividad de proporcionar a los clientes bienes o servicios que satisfagan sus necesidades a cambio, por supuesto, de un precio justo.
- b. Responsabilidad legal: La empresa debe obedecer y actuar bajo los principios, normas y leyes que regulan el funcionamiento del mercado y la Sociedad de la que forma parte.
- c. Responsabilidad ética: Agrupa las aspiraciones que los grupos de interés (accionistas, trabajadores, clientes y sociedad en general) tienen respecto a la conducta de las empresas bajo los criterios de justicia y los principios morales que rigen la Sociedad en la que opera.
- d. Responsabilidad filantrópica: Es un deseo de la Sociedad el que las empresas actúen como buenos ciudadanos, comprometiendo parte de sus recursos a mejorar el bienestar de los demás.

Pinkston & Carroll (1996) realizaron un estudio entre los principales directivos de 591 filiales de empresas químicas multinacionales con sede en Inglaterra, Francia, Alemania, Japón, Suecia, Suiza y EE.UU., los resultados confirmaron que cuatro niveles del modelo ponderado de Carroll, pero curiosamente mostraron a Alemania y Suecia como excepciones, donde las responsabilidades legales fueron clasificadas con la prioridad más alta, seguido de los aspectos económicos, éticos y filantrópicos, respectivamente. En comparación con los hallazgos de Aupperle, Hatfield y Carroll (1985) también mostraron que en los diez años de intervalo la brecha en la importancia relativa entre las responsabilidades económicas y legales había disminuido, mientras que la importancia de las responsabilidades éticas parecía ir en aumento y que las responsabilidades filantrópicas iban disminuyendo (Pinkston & Carroll, 1996).

Alrededor de la época en que Carroll publicó su modelo de RSC en 1979, la dimensión social de la gestión estratégica fue explorada por Igor Ansoff (1979) en "la forma cambiante del problema estratégico". Éste propuso que una "estrategia empresarial", describiendo la interacción de una empresa con su entorno, debe agregarse a los niveles de la empresa, los negocios y funcionales de la gestión estratégica.

Según Ansoff (1979), se necesita una estrategia empresarial con el fin de reforzar la legitimidad social de ésta y para hacer frente a las nuevas variables en la gestión estratégica como "nuevas actitudes de los consumidores, las nuevas dimensiones del control social y, sobre todo, un cuestionamiento del papel de la empresa en la sociedad". Estas ideas están en el centro de los enfoques de las partes interesadas en la gestión estratégica.

La teoría de los stakeholders o grupos de interés, haciendo hincapié en un conjunto amplio de la responsabilidad social para las empresas fue establecida por R Freeman en 1984 a través de un innovador trabajo que estableció efectivamente en el campo de los negocios y la sociedad. Freeman define los grupos de interés como "cualquier grupo o individuo que está afectado o pueden afectar a la consecución de los objetivos de una organización".

Según Freeman (1984), el uso del término de grupos de interés surgió de las ideas pioneras en Stanford Research Institute (ahora SRI International) en la década de 1960 que se desarrollaron aún más a través de la obra de Igor Ansoff y otros. El concepto básico del SRI era que "los gerentes necesitan entender las preocupaciones de los accionistas, empleados, clientes, proveedores, prestamistas y de la sociedad, con el fin de desarrollar los objetivos que los interesados apoyarían. Este apoyo era necesario para el éxito a largo plazo. Por lo tanto, la administración debería explorar activamente sus relaciones con todas las partes interesadas con el fin de desarrollar estrategias de negocio".

Los enfoques de gestión de los grupos de interés pueden ser muy diferentes en la práctica, abarcando desde aproximaciones instrumentales que utilizan relaciones con los grupos de interés estrictamente como un instrumento para maximizar los beneficios a los enfoques intrínsecos donde los principios fundamentales guían cómo una empresa hace negocios particularmente con respecto a cómo son tratadas las partes interesadas (Donaldson & Preston, 1995).

2.2.- Evolución del concepto de la responsabilidad social corporativa.

El concepto de RSC tiene una larga trayectoria, a través de una transición iniciada a principios del siglo XX y forjada por el contexto social, económico, político y ambiental de cada periodo.

Comenzando la era moderna de la RSC en torno a la obligación a la sociedad, en la década de 1950, Bowen hizo una primera definición de la responsabilidad social de los hombres de negocios, a partir de entonces el concepto ha evolucionado considerablemente.

Según Heald (1957) definió la RSC como: “el reconocimiento por parte de la gestión, de una obligación a la sociedad a la que sirve no sólo para un máximo rendimiento económico sino para políticas sociales humanas y constructivas”.

En la década de 1960, era de la ampliación de la literatura de RSC focalizada en la relación de la empresa y la sociedad. Uno de los escritores más destacados para definir RSC fue K. Davis (1960), que define la responsabilidad social con el argumento de que se refiere a las "decisiones y acciones de los empresarios adoptadas por razones al menos parcialmente más allá de un interés económico o técnico directo de la empresa". Durante este mismo período, William C. Frederick (1960), miembro influyente de las primeras definiciones de la responsabilidad social y de acuerdo con él: “Responsabilidad social significa que los empresarios deben supervisar el funcionamiento de un sistema económico que cumpla con las expectativas del público. Y esto significa a su vez que los medios de producción de la economía deben emplearse de tal manera que la producción y distribución deben mejorar el bienestar socio-económico total”.

Otro experto sobre este tema, C. Walton (1967) incluye su definición fundamental de la responsabilidad social: “En resumen, el nuevo concepto de la responsabilidad social reconoce la confianza de las relaciones entre la empresa y la sociedad y se da cuenta de que esas relaciones deben ser tenidos en cuenta por los altos directivos como la corporación y los grupos relacionados persiguen sus objetivos respectivos”.

En el comienzo de la década de 1970, época de crecimiento adicional de las definiciones de RSC orientadas a la participación de los grupos de interés, Morrell Heald (1970), describió la responsabilidad social de las empresas y expresó la relación entre empresa y comunidad. Sin embargo, el autor más notable, durante este período, el economista Premio Nobel, Milton Friedman (1970), expresó la RSC desde un ángulo diferente: “hay una y sólo una responsabilidad social de las empresas - para usar sus recursos y participar en actividades diseñadas para incrementar sus beneficios de manera siempre y cuando se mantenga dentro de las reglas del juego, es decir, se involucra en competencia libre y abierta, sin engaño o fraude”.

La década de 1980, supuso una etapa de nuevas investigaciones sobre la RSC en torno a la voluntariedad de ser socialmente responsable de las organizaciones. En esta etapa, Thomas M. Jones (1988) definió RSC: “Responsabilidad Social Corporativa es la noción de que las empresas tienen una obligación hacia otros grupos constitutivos de la sociedad que no sean accionistas y más allá de la prevista por la ley y el convenio colectivo. Dos facetas de esta definición son críticas. En primer lugar, la obligación debe ser adoptada de forma voluntaria;

comportamiento influenciado por las fuerzas coercitivas del derecho o el convenio colectivo no es voluntario. En segundo lugar, la obligación es amplia, que se extiende más allá del deber tradicional a los accionistas a otros grupos de la sociedad, como clientes, empleados, proveedores y comunidades vecinas”.

Otro influyente experto de la RSC, Carroll (1983) ofrece otra definición de la RSC: “implica la realización de un negocio para que sea económicamente rentable, respetuoso de la ley, ética y socialmente solidaria. Ser socialmente responsable... entonces significa que la rentabilidad y la obediencia a la ley son las condiciones más importantes para discutir la ética de la empresa y el grado en que se apoya a la sociedad en la que existe con contribuciones de dinero, tiempo y talento. Por lo tanto RSC está compuesta de cuatro partes: económica, legal, ética y voluntaria o filantrópica”.

Freeman (1984) creó su famosa teoría de los grupos de interés y trajo una nueva dimensión a la literatura de la RSC. Según él, las partes interesadas incluyen a los clientes, competidores, asociaciones profesionales, medios de comunicación, ambientalistas, proveedores, gobierno, defensores de los consumidores, las comunidades locales y la comunidad empresarial, que necesitan la participación activa para la implementación exitosa de la RSC.

Durante esta década de 1980, Epstein (1987) ofrece una definición de la RSC en su búsqueda de relacionar la responsabilidad social, la sensibilidad y la ética empresarial. Señaló que estos tres conceptos tratan temas y preocupaciones íntimamente relacionados, incluso superpuestas. Él define la RSC como sigue: “se refiere principalmente a la consecución de los resultados de decisiones organizacionales relativos a temas o problemas específicos (por algún estándar normativo) tienen beneficio en lugar de los efectos adversos sobre los actores empresariales pertinentes. La corrección normativa de los productos de la acción empresarial ha sido el principal foco de la responsabilidad social corporativa”.

Durante la década de 1990, surgió una nueva etapa productiva de más definiciones de RSC, donde se enfatiza la participación de los grupos de interés y el contrato empresa-sociedad. Hopkins (1998), define la RSC, donde destacó sobre el tratamiento éticamente o responsablemente de grupos de interés tanto internos como externos, como a continuación sigue: “la responsabilidad social de las empresas tiene que ver con el tratamiento de los grupos de interés de la empresa de forma ética o de una manera socialmente responsable. Existen grupos de interés, tanto dentro como en el exterior de una empresa. En consecuencia, comportándose con responsabilidad social se incrementará el desarrollo humano de las partes interesadas, tanto dentro como fuera de la corporación”.

Continuando en la década de 1990, Woodward-Clyde (1999) define la RSC como un contrato entre las empresas y la sociedad: “un contrato entre la sociedad y los negocios en el que una comunidad otorga a la empresa una licencia para operar y a cambio ésta cumple con ciertas obligaciones y se comporta de una manera aceptable”.

Por un lado, la participación de las partes interesadas es uno de los principales componentes de la Responsabilidad Social de las Empresas, por otro lado, los empleados, así como el apoyo de la comunidad también es una de las partes muy integrales de la RSC. En esta

línea, Khoury, G. et al. (1999), los promotores de los roles de las partes interesadas, los empleados y el apoyo de la comunidad, describen la RSC como: “la responsabilidad social de las empresas es la relación global de la empresa con todos sus grupos de interés. Estos incluyen los clientes, empleados, comunidades, propietarios / inversores, gobiernos, proveedores y competidores. Los elementos de la responsabilidad social incluyen la inversión en extensión a la comunidad, relaciones con los empleados, la creación y mantenimiento del empleo, la gestión ambiental y el desempeño financiero”.

Elkington (1997), presentó su famoso concepto Triple Bottom Line, éste se enfoca en tres cuestiones, a saber, la responsabilidad social (personas), la responsabilidad ambiental (Planeta), y la responsabilidad económica (beneficio). Así, una empresa socialmente responsable puede ser considerada como una institución para la prosperidad económica, la equidad social y la protección del medio ambiente.

El inicio del siglo XXI supuso una nueva dimensión de la RSC con la integración de la preocupación social y ambiental por parte de las empresas. En esta nueva etapa, la Comisión Europea (2002) describe la RSC como una estrecha relación entre las empresas y las sociedades para hacer frente a las preocupaciones sociales y medioambientales. Esta Comisión define la RSC como: “un concepto por el cual las empresas integran las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores sobre una base voluntaria”.

Según Lantos (2001), hay tres tipos de RSC, altruista, ética y estratégica. La RSC ética es la demanda para las empresas a ser moralmente responsable de prevenir lesiones y daños que podrían ser causados por sus actividades. La RSC altruista es el verdadero cuidado voluntario, incluso en posible sacrificio personal o de la organización. Lantos (2002) afirma que la RSC estratégica se exhibe cuando una empresa se compromete a ciertas actividades de servicio comunitario corporativo de cuidado que cumplen las metas estratégicas de negocio.

En 2004, la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas, define RSC como: “un compromiso voluntario de las empresas con el desarrollo de la Sociedad y la preservación del medio ambiente, desde su composición social y un comportamiento responsable hacia las personas y grupos sociales con quienes interactúa”.

El Foro de Expertos de RSE del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2005) concluye que “la RSC de las empresas implica, además del cumplimiento estricto de las obligaciones legales vigentes, la integración voluntaria en su gobierno, gestión y estrategia de políticas y procedimientos, de las preocupaciones sociales, laborales, medioambientales y de respeto de los derechos humanos que surgen de la relación y el diálogo transparentes con sus grupos de interés, responsabilizándose así de las consecuencias y los impactos que se derivan de sus acciones”.

Otra importante institución como la Organización Internacional del Trabajo (2007) considera que la RSC “es el reflejo de la manera en que las empresas toman en consideración las repercusiones que tienen sus actividades sobre la sociedad, y en la que afirman los principios y valores por los que se rigen, tanto en sus propios métodos y procesos internos como en su relación con los demás actores. La RSC es una iniciativa de carácter voluntario y

que sólo depende de la empresa, y se refiere a actividades que se considera rebasan el mero cumplimiento de la legislación".

En esta misma línea, Idowu (2008), reflexiona que "una entidad corporativa socialmente responsable toma conciencia de los efectos de sus acciones en sus comunidades, sus grupos de interés y el medio ambiente en la formulación de sus objetivos corporativos y en su proceso de toma de decisiones. Se esfuerza en todo momento a, o bien minimizar o eliminar totalmente los efectos negativos de sus actividades sobre el medio ambiente, los empleados, el grupo contactos de negocios, los proveedores de fondos y créditos, gobiernos y otros miembros de la sociedad afectados".

La Comisión Europea (2011) propone una nueva definición de la RSC como "la responsabilidad de las empresas por sus impactos en la sociedad". El respeto de la legislación aplicable, y de los convenios colectivos entre los interlocutores sociales, es un requisito previo para el cumplimiento de esa responsabilidad. Para cumplir plenamente su responsabilidad social corporativa, las empresas deben tener en marcha un proceso para integrar las preocupaciones sociales, éticas, derechos humanos, ambientales y de los consumidores en sus operaciones comerciales y estrategia central en estrecha colaboración con sus grupos de interés, con el objetivo de:

- Maximizar la creación de valor compartido para sus propietarios / accionistas y por su otras partes interesadas y la sociedad en general;
- Identificar, prevenir y mitigar sus posibles efectos adversos.

Por RSC se entiende que las organizaciones pueden cumplir con sus objetivos fundamentales de llevar a cabo una tarea de especial interés público o de aumentar los beneficios de sus accionistas, pero al mismo tiempo el cumplimiento de otros importantes objetivos en cuanto la satisfacción de los intereses de las partes interesadas. A veces también se asocia con las preocupaciones ambientales y la protección de la vida de la ciudadanía (Brandão, C. et al., 2013).

Mira, L. et al. (2013) consideran que el concepto de RSC procura conciliar "los intereses empresariales con los valores y las demandas de la sociedad. Se relaciona con el «buen gobierno» y toma en consideración el impacto económico, ambiental y social de las decisiones de las organizaciones, siempre desde una perspectiva voluntaria y más allá de las exigencias legales."

En resumen, la RSC ha generado un importante debate en los círculos académicos y empresariales en los últimos tiempos, como concluye Jimali & Miurshak (2007). Este debate reconoce la importancia de la RSC en el primer mundo, pero plantea preguntas acerca de la medida en que las empresas que operan en los países en desarrollo tienen obligaciones en materia de RSC. Agregaron, que debido a la falta de conocimiento y experiencia en el campo de la RSC, muchas empresas de los países en desarrollo no pueden sentir ninguna obligación de la sociedad.

La evolución del concepto de RSC a lo largo de las últimas décadas permite concluir que se trata de un concepto dinámico y permeable, que ha evolucionado bajo la influencia del

contexto social, económico y ambiental de cada momento histórico. Esta característica moldeable le ha facilitado integrar en su etiología diferentes dimensiones que han caracterizado cada periodo histórico como pueden ser, entre otras, la obligación empresarial con la sociedad, la participación de los grupos de interés, la voluntariedad de la RSC, el límite inferior del cumplimiento legal, el contrato empresa-sociedad y finalmente la integración por parte de las empresas de las preocupaciones sociales y medioambientales.

En este sentido, Rahman (2011) identifica diez dimensiones en las definiciones de RSC producidas en las últimas seis décadas, tales como: La obligación con la sociedad, la participación de las partes interesadas; la mejora de la calidad de vida; el desarrollo económico; la práctica y ética empresarial; el respeto por la ley; la voluntariedad de la RSC; los derechos humanos; la protección del medio ambiente; la transparencia y la rendición de cuentas.

3.- Justificación.

Existen muchas definiciones sobre el término de salud, no obstante, aquella que de manera más destacada es empleada por el mundo académico y profesional de la salud es la promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) en el Preámbulo de la Constitución de esta organización:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Tal como establece la OMS en su carta de constitución “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2006). Ello supone la obligación estatal de reconocer y garantizar un mínimo de oportunidades para mantenerla o recuperarla si esta se pierde.

Partiendo de esta definición de salud, es de interés abordar la cuestión de la responsabilidad social corporativa en el cuidado de la salud, es decir, en el ámbito sanitario ya que la responsabilidad social implica una visión compartida de este bien común como es la salud, universalmente aceptada entre los profesionales de la salud, grupos de interés y la sociedad en general.

La ciudadanía era, y sigue siendo hoy en día, cada vez más exigente a un sistema que es más sensible a las necesidades regionales y de la comunidad.

La tendencia actual es hacia la atención “socialmente responsable” de la salud, lo que significa que la RS en el contexto sanitario debe incluir los aspectos personales, sociales, y políticas de atención de la salud y por ello, implican una ampliación de la rendición de cuentas a los pacientes, a la comunidad, directivos y formuladores de políticas (Fleet et al., 2008).

En este nuevo escenario, los ciudadanos como los profesionales y las instituciones sanitarias juegan su papel en cuanto al desarrollo de capacidades en el ámbito de la salud. Tales capacidades se refieren a estilos de vida saludables, información accesible y transparente, promoción de autocuidados, adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas, liderazgo basado en valores y co-responsabilidad para alcanzar los objetivos establecidos de modo razonable (Costa-Alcaraz et al., 2013).

La Organización Mundial de la Salud define al sector sanitario o sistema de salud como aquel sistema que engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. Este sistema sanitario estaría integrado por el personal de salud disponible, los procedimientos de formación de este tipo de personal, las instalaciones sanitarias, las asociaciones profesionales, los recursos económicos que por cualquier motivo u origen se pongan al servicio de la salud y el dispositivo oficial y no oficial existente. Todo este conjunto debe armonizarse en un sistema homogéneo que, respetando las actitudes y preferencias de la población sobre las modalidades asistenciales,

permita utilizar los recursos habilitados para el logro de la máxima satisfacción de los objetivos prefijados.

Siguiendo la ley 2/1998 de Salud de Andalucía (Junta de Andalucía, 1998) definimos el contexto sanitario como aquel sistema que asume la atención a la salud desde diversos enfoques como son: atención primaria, atención especializada y hospitalaria, salud pública y educación superior en salud.

La RS en el contexto sanitario facilitará a los sistemas de salud poder ir más allá de la atención clínica para abordar los determinantes sociales de la salud. Para ello los servicios sanitarios deben aplicar el concepto de la responsabilidad social a través de intervenciones explícitas en las decisiones de gestión, partiendo de una clara definición estratégica.

Para lograr este ideal, los centros sanitarios deben definir objetivos estratégicos y programas que integren los principios éticos no sólo en la planificación estratégica, sino también en su actividad diaria, es decir, tanto en la forma en que una organización sanitaria en particular gestiona sus operaciones internas, como el impacto de sus actividades en el entorno social (Brandão et al., 2013).

Uno de los aspectos claves es la integración de estos principios éticos en la gobernanza corporativa, que atraigan valores y prioridades de los gerentes y ejecutivos de las organizaciones sanitarias con objeto de componer una identidad organizacional única, distintiva y duradera basada en criterios de RS.

Como resultado, existe una necesidad de más educación profesional en todas las etapas del proceso continuo de educación - de pregrado, posgrado y desarrollo profesional continuo - que cumpla con las necesidades de salud y sociales de las poblaciones que se sirven (Fleet et al., 2008).

4.- Conceptualización de la responsabilidad social en el contexto sanitario.

Seguidamente se detallan diversos conceptos relacionados con la Responsabilidad Social (RS) en el contexto sanitario. Esta gran diversidad de abordaje del concepto nos permite afirmar que, al igual que con el concepto de RSC, se ha generado un significativo debate entre los agentes sociales, políticos, académicos y proveedores de servicios de atención a la salud.

RS y la salud:

En su Preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos y Bioética promulgada por Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2005) expresa la conveniencia de que "el desarrollo de nuevos enfoques para la responsabilidad social para garantizar, siempre que sea posible, que el progreso en la ciencia y la tecnología contribuye a la justicia, la equidad y el interés de la humanidad" y dedica un artículo entero - Artículo 14 - a la cuestión de la responsabilidad social y la salud. Seguidamente se detalla el articulado:

1. *La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de gobiernos que todos los sectores de la sociedad comparten.*
2. *Teniendo en cuenta que el disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, económica o condición social, el progreso en la ciencia y la tecnología deberían fomentar:*
 - (a) *acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, porque la salud es esencial para la vida misma y debe ser considerada como un bien social y humano;*
 - (b) *el acceso a una nutrición adecuada y el agua;*
 - (c) *la mejora de las condiciones de vida y el medio ambiente;*
 - (d) *la eliminación de la marginación y la exclusión de las personas sobre la base de motivos;*
 - (e) *la reducción de la pobreza y el analfabetismo.*

Sin lugar a dudas, en la actualidad, se acepta que la asignación de los recursos es un elemento importante a respetar en la responsabilidad social en el cuidado de la salud.

Para ello el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (2010) estima que se deben establecer criterios para una asignación igualitaria de los recursos, en primer lugar, un intenso programa educativo y consultivo que incluya a todos los miembros de la sociedad, seguido de un proceso de deliberación amplio que debe ser dirigido a:

- la definición de los conceptos de salud y la enfermedad, la comprensión de los límites de la aplicación de la tecnología;
- estableciendo estrategias para la definición de las necesidades de salud en la atención de salud, así como los criterios para el establecimiento de un mínimo decente en el cuidado de la salud;
- discutir los criterios aceptables para el racionamiento, y la aclaración de los límites de los derechos de los pacientes en relación con el uso de las nuevas tecnologías;
- observando y evaluando la tensión entre la eficiencia de la atención de la salud y la equidad de acceso a la salud.

Este Comité Internacional de Bioética vincula la noción de responsabilidad social para la salud a tres conceptos básicos en filosofía moral y política: la justicia, solidaridad y equidad. En base a estos conceptos básicos, este Comité defiende, la responsabilidad social como “un principio según el cual define y celebra nuestra humanidad común y nuestro compromiso mutuo para mejorar la salud de los individuos y las comunidades.” (International Bioethics Committee, 2010).

RS individual en salud:

La responsabilidad social en salud es el momento de estar en condiciones de ser de confianza, digno de confianza y fiable para la mejora de la salud de la sociedad y de sus miembros. Por lo tanto, un individuo socialmente responsable es una persona que promueve una sociedad sana (Faulkner & McCurdy, 2000).

Responsabilidad social corporativa en salud:

Para Brandão et al. (2013) en el cuidado de la salud, la responsabilidad social corporativa significa que: “hay una obligación ética que requiere a los hospitales y otras organizaciones hacer algo beneficioso en cuestiones tales como la prestación de atención de salud de calidad a todo aquel que esté legitimado a ello. Los hospitales deben definir objetivos (la misión) y los programas sociales que integran los principios éticos no sólo en la planificación estratégica, sino también en su actividad diaria. Por lo tanto, la responsabilidad social tiene que ver con la forma en que una organización sanitaria en particular gestiona sus operaciones internas, así como el impacto de sus actividades en el entorno social”.

Desde esta perspectiva, Brandão et al. (2013) distingue entre responsabilidad social pasiva y activa de los hospitales:

En el caso de responsabilidad social pasiva, el hospital se caracteriza por:

1. Creación de riqueza y promoción del empleo.
2. Protección de la inversión de los accionistas (es decir, el gobierno en los hospitales públicos).
3. Proteger los intereses de todas las partes interesadas.
4. Respetar los derechos humanos.
5. Abstenerse de daños ambientales (es decir, en el tratamiento de residuos tóxicos).
6. Cumplir con la ley.

El hospital que gestiona sus operaciones bajo criterios de responsabilidad social activa:

1. Implementar códigos de conducta ética.
2. Promover políticas de discriminación inversa (acción positiva).
3. Rendición pública de cuentas de las decisiones de gestión e indicadores de desempeño.
4. Proteger los intereses de los animales (es decir, en investigación).
5. Contribuir activamente para la protección del medio ambiente.
6. Involucrarse en programas nacionales o internacionales de solidaridad.

Promoción de la RS por la salud:

La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo 21 (WHO, 1997) establece por primera vez en una alta prioridad a la promoción de la responsabilidad social por la salud, y se identificó la evaluación del impacto de la salud centrado en la equidad como una alta prioridad para la acción.

Esta Declaración recomienda a las instancias decisorias que deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social. Es preciso que los sectores públicos y privados promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- eviten perjudicar la salud de otras personas,
- protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos,
- restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud,
- protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo,
- incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte integrante de la formulación de políticas.

Responsabilidad social en la salud mundial:

González & Sicuri (2010) sugieren que “la RS en la salud mundial es una mezcla de altruismo hacia los países más pobres y de interés propio para control de la propagación de muchas enfermedades que amenazan también más áreas desarrolladas del mundo. De hecho, para controlar la propagación del VIH, la tuberculosis, la malaria, la gripe y otras enfermedades infecciosas se puede considerar como un deber moral, sino otros dirían que se acaba invirtiendo en la auto-protección ya que los microbios no reconocen fronteras. En otras palabras, la responsabilidad social puede ser vista como el resultado de la agregación de diferentes incentivos: el altruismo de las personas y el interés de las instituciones en controlar la propagación mundial de las enfermedades”.

Promoción de salud y RS:Promoción de salud en el lugar de trabajo:

Según Holmqvist (2009) la promoción de la salud en el lugar de trabajo consiste en “técnicas de recopilación de información sobre comportamiento de los empleados, así como los programas de cambio de comportamiento de acuerdo con ciertas normas e ideas como en poder de la corporación.”

Hospitales promotores de salud:

Hospitales Promotores de la Salud son aquellos que dirigen la salud de las personas (personal, pacientes y locales población de la comunidad), también promueven la salud de su organización, así, mediante la creación de una organización sostenible, capaz de enfrentar los desafíos de hoy (Tountas, Pavi, Tsamandouraki, Arkadopoulos, & Triantafyllou, 2004).

Sensibilidad social y rendición de cuentas a la sociedad en salud:

Adaptando las definiciones realizadas por Boelen (1999), en el contexto de educación superior en salud a los conceptos de sensibilidad social (“social responsiveness”) y rendición de cuentas a la sociedad (“social accountability”), razonamos la primera como el grado en que un servicio de atención a la salud responde a las necesidades sociales, examina el grado en que los resultados de la investigación afectan los problemas de salud prioritarios, o puede cuestionar la validez de los servicios de salud que entrega como proveedor de atención de la salud. En definitiva, un servicio de atención a la salud socialmente sensible percibe las necesidades de la sociedad y reacciona en consecuencia. Por otro lado, el concepto de rendición de cuentas a la sociedad va más allá de sensibilidad social. Esto implica que el servicio de atención a la salud consulta a la sociedad e identifica de forma conjunta los problemas y expectativas de salud prioritarios, y que provee evidencia de que se dirige a ellos con el fin de obtener beneficios a corto y largo plazo, en parte para la comunidad local y en parte para el país en su conjunto o de la comunidad internacional.

Brandão et al. (2013) afirma que esta sensibilidad social “implica cambios organizativos en los mecanismos, procedimientos y patrones de comportamiento que, en conjunto conforman las organizaciones de atención de la salud capaces de responder a las presiones sociales.”

Dimensiones de la RS en salud:

Siguiendo a Gamm (1996) son cuatro las dimensiones de la rendición de cuentas en hospitales sin fines de lucro y sistemas de salud:

- 1.- Responsabilidad política, en particular en relación con el mantenimiento de la condición de exención de impuestos.
- 2.- La rendición de cuentas comercial asociada con el papel del hospital sin fines de lucro de la venta de bajo costo y servicios de salud de alto valor a una variedad de pagadores comerciales.
- 3.- La rendición de cuentas a la comunidad en términos de abordar la salud de la comunidad y otras necesidades sociales.
- 4.- La responsabilidad clínica / paciente en términos de acceso y calidad de los resultados.

Auditoría social en salud:

Hill et al. (1998) defiende el modelo de auditoría social, en el que incorpora el diálogo y participación de los usuarios. Afirman que estas características están diseñadas para lograr un cambio democratizador hacia el modelo de perspectiva ciudadanía polivocal (Zadek, 1993; Pearce et al., 1997), de la participación directa, la información y la comunicación abierta, y en última instancia facultar al grupo de pacientes interesados para convertirse en coproductores en materia de salud (Tudor-Hart, 1995). En este análisis Hill, WY et al realizan la integración de la contabilidad social y el ciclo de auditoría social, donde los mecanismos de los consejos grupos de interés (Turnbull, 1995) o foros de pacientes pueden poner en práctica los ideales de participación o compromiso de los grupos de interés.

Sostenibilidad:

Sostenibilidad en términos generales significa la renovación de los recursos a un ritmo igual o mayor que la velocidad a la que se consumen (Çakir et al., 2012).

Sostenibilidad ambiental:

En términos ambientales, la sostenibilidad implica que una acción se puede continuar indefinidamente, con poco o manejable, impacto sobre el medio ambiente. Debido a que la salud del medio ambiente está estrechamente relacionada con la salud de la sociedad en general, las prácticas sostenibles asegura que los recursos de la Tierra estarán disponibles para el disfrute de generaciones futuras (Çakir et al., 2012).

Sostenibilidad socio-ecológica en salud:

La sociedad global sólo puede seguir funcionando en el largo plazo si no destruye las condiciones naturales que sostienen la vida humana, de una manera tal que seguirán estando disponibles para asegurar el bienestar de las generaciones futuras (Weisz et al., 2011).

En consecuencia, el desarrollo de la sociedad debe ser compatible con la preservación de los sistemas naturales, o la naturaleza. "La sostenibilidad, por lo tanto, es una noción antropocéntrica: significa que, los cambios por actividad humana en los ecosistemas no deben poner en peligro los procesos de intercambio entre la sociedad y su entorno natural de manera que afecte la supervivencia de la sociedad o de bienestar" (Haberl et al., 2004).

El concepto de sostenibilidad socio-ecológica mueve cuestiones ambientales y sociales en la actividad principal de los hospitales, es decir, en las decisiones sobre el cuidado de la salud y la promoción de la salud (Weisz et al., 2011).

Sostenibilidad en salud:

Según Lafond (1995) la sostenibilidad se define como la "capacidad del sistema de salud para funcionar de manera efectiva en el tiempo con la entrada externa mínima." Así pues podemos añadir que este concepto asume especial relevancia con la dimensión económica de la RS.

Eficiencia:

Un término relacionado con la sostenibilidad es la eficiencia, que Costa-Alcaraz et al. (2013) definen como la relación entre los servicios prestados y los recursos consumidos. Su objetivo es alcanzar los mismos servicios con la utilización de menos recursos o más servicios con los mismos recursos.

RS en educación superior en salud:

Bruhn (1971) afirma que "la RS debe permear nuestro sistema de educación médica. La enseñanza de la responsabilidad social está concebida de manera restringida y fortuita o se ignora en las escuelas de medicina", y continua "las Facultad de Medicina no puede esperar verbalmente a refrendar la importancia de las necesidades y demandas de la sociedad en la práctica médica mientras se retiran a un mundo profesional aislado de la acción social." Este mismo autor interrelacionaba la RS con valores sociales al afirmar que la responsabilidad social

de la medicina también lleva consigo la obligación de proporcionar orientación en la transformación de los valores sociales (Bruhn, 1971).

Esta afirmación nos lleva a reflexionar sobre la interdependencia entre la RS en educación médica y la RS en el contexto sanitario.

A colación con la necesidad de evitar la pasividad por parte de las facultades de medicina, Boelen (1999) plantea nuevos retos defendiendo que “las escuelas de medicina socialmente responsables perciben las necesidades de la sociedad y reaccionan en consecuencia, así mismo consultan a la sociedad acerca de las prioridades y proporcionan evidencia del impacto de sus acciones.”

El principio y el final de este complejo proceso, de identificación de las necesidades de la sociedad, tal como sugieren Boelen & Woollard (2009) están conectados a través de una tres dominios específicos e interdependientes, concernientes a la producción de los profesionales de la salud: conceptualización, producción y utilidad.

En este sentido merece destacar, como afirma Bruhn (1971) que el reto de la educación médica es determinar si sus objetivos y procesos pueden asistir a estudiantes-médicos en el desarrollo de un sentido amplio de la responsabilidad social, ya que el contenido de la educación médica ha cambiado, y los estudiantes de medicina y los profesores son más conscientes de los problemas sociales.

La conceptualización de la RS en educación médica ha evolucionado notablemente desde la afirmación de Butler (1992) que vaticinaba que la “medicina académica ha entrado en una nueva y tormentosa "temporada" de la rendición de cuentas y la responsabilidad social, debido a las preocupaciones públicas sobre el sistema general de atención de la salud.”

Una de las definiciones más relevantes de la responsabilidad social de las escuelas de educación superior en salud es la aportada por la Organización Mundial de Salud OMS (Boelen C; Heck JE., 1995):

“La obligación para dirigir sus actividades de educación, investigación y servicio hacia la solución de los problemas de salud prioritarios de la comunidad, región, o nación y tienen el mandato de servir. Los problemas de salud prioritarios deben ser identificados de forma conjunta por los gobiernos, organizaciones de salud, profesionales de la salud, y el público.”

Un modelo sostenible y sensible para la entrega de servicios de salud, de acuerdo con la OMS, requiere la participación activa de los cinco socios principales: los responsables políticos, administradores de salud, profesionales de la salud, instituciones académicas, y comunidades (Boelen, 2000; Woollard, 2006; Ramsden, McKay, & Crowe, 2010; Schofield & Bourgeois, 2010; Meili et al., 2011).

Cabe reseñar que esta definición de RS de las escuelas de educación superior es aplicada de igual manera a médicos e instituciones médicas (Sandhu, Garcha, Sleeth, Yeates, & Walker, 2013).

Gobierno corporativo en salud:

La responsabilidad social corporativa en el contexto sanitario, según asume Brandão et al. (2013) “se logra sólo si se implementa un nuevo modelo de gobierno corporativo. Nuevos acuerdos de gobierno significan que existen mecanismos internos de control que tengan en cuenta los intereses y expectativas de todos los grupos de interés”. Estos autores apuestan por que la rendición de cuentas pública de los grupos de interés sea un imperativo de buen gobierno corporativo para que cualquier decisión, que va más allá del contrato de gerentes / accionistas, no sea arbitraria, sino que se toma de acuerdo con las expectativas sociales. Para ello, abogan por una junta dual con una autoridad de supervisión formal de la junta directiva como un paso fundamental para el buen desempeño social.

De acuerdo con McSherry & Pearce (2011) la gobernanza de la salud debe unir tres elementos diferentes de gobierno del servicio de salud: el gobierno corporativo (gestión), la gobernanza clínica (práctica clínica) y servicios de apoyo no clínicos (controles de aseguramiento).

En este sentido Brandão et al. (2013) destaca que “el buen gobierno corporativo en las organizaciones de atención de la salud es fundamental para la gobernanza clínica y los controles de aseguramiento para tener éxito”.

Principios de gobierno corporativo de hospitales:

Continuando con Brandão et al. (2013) seguidamente se especifican lo que consideran son los principios del gobierno corporativo de hospitales:

1. Objetivos de gobierno corporativo del hospital: aumentar su rendimiento, para asegurar su responsabilidad social, en concreto en relación con la búsqueda del bien común, y para promover la conformidad con las disposiciones respecto de rendición de cuentas de manera justa y transparente.

2. Controles externos:

(a) Rendición de cuentas pública: procedimientos explícitos, detallados y públicos para evaluar el desempeño de los hospitales con informe público completo (informes de uso, informes de rendimiento, informes de cumplimiento, consultores), presupuesto global, procedimientos justos de quejas o reclamaciones (legal, no legal), y protección adecuada de la privacidad.

(b) Rendición de cuentas de grupos de interés: los mecanismos externos de reporting (informes), divulgación pública de los procesos y principios adoptados en la gestión, auditoría externa, cuenta financiera e informe anual (publicado en Internet).

3. Controles internos:

(a) La autorregulación: Auditorías internas, códigos éticos y la divulgación de los resultados y la retribución de los consejeros.

(b) Junta o Consejo: Unitaria frente a doble junta, los mecanismos de nombramiento a la junta directiva, la evaluación del desempeño.

Gobernanza clínica:

Siguiendo a Phillips et al. (2010) podemos afirmar que gobernanza clínica es un enfoque sistemático e integrado para garantizar que los servicios son responsables de la prestación de atención de salud de calidad. Su administración se realiza a través de una combinación de estrategias que incluyen: asegurar la competencia clínica, auditoría clínica, la participación del paciente, la educación y la formación, la gestión del riesgo, el uso de la información y la gestión del personal.

Ambientalismo corporativo:

Banerjee (2002) contextualiza lo que denomina ambientalismo corporativo como "los procesos por los cuales las empresas integran las consideraciones medioambientales en sus decisiones" y se define como "el reconocimiento de toda la organización de la legitimidad y la importancia del medio ambiente biofísico en la formulación de la estrategia de la organización, y la integración de las cuestiones ambientales en el proceso de planificación estratégica". Según Banerjee (2002), "la integración de las consideraciones medioambientales en las decisiones de gestión - es decir, el ambientalismo corporativo - requiere gerentes que consideren simultáneamente tres perspectivas: el medio ambiente, los grupos de interés, y la ventaja competitiva de la organización".

Cherrier, Russell, & Fielding, (2012), en su estudio sobre ambientalismo corporativo en hospitales, tratan de explicitar qué representa para una organización la integración del ambientalismo corporativo:

- Cambio de paradigma, llamando a un cambio de mentalidad empresarial hacia las preocupaciones medioambientales;
- Cuestión de los grupos de interés, por el cual los gerentes deben responder a las diversas necesidades de empleados, clientes, accionistas, los intereses públicos y el medio ambiente natural; y
- Cuestión estratégica, donde la integración de consideraciones ambientales en las decisiones de negocios proporciona ventajas competitivas a la empresa.

Gobernanza sanitaria compartida:

Ruger, (2011) aboga por explicitar los valores que subyacen a las decisiones tomadas y ajustarlos a valores compartidos por el conjunto de la sociedad, lo que viene a denominar la gobernanza sanitaria compartida. Así mismo establece seis premisas de esta gobernanza sanitaria compartida (extraído de Costa-Alcaraz et al., 2013):

- Implicar a todos los actores sociales en la búsqueda de condiciones saludables.
- Explicitar un compromiso, tanto individual como colectivo, sobre justicia en salud.
- Implicar a los subsistemas de autogobierno (financiación, organización, provisión de servicios) en los objetivos de justicia.
- Compartir los recursos individuales y sociales con criterios de equidad en el reparto de recursos (los sanos contribuyen en mayor medida) y de responsabilidad (uso prudente y no abusivo).
- Normas socialmente internalizadas que promuevan la responsabilidad.

- Formalización explícita de deberes y derechos.

Rendición de cuentas por razonabilidad:

Daniels et al. (2000) propone crear puntos de referencia en equidad (bechmarks of fairness) y ajustarse a ellos. Diseña cuatro principios de rendición de cuentas por la razonabilidad (accountability for reasonableness) para considerar en la toma de decisiones.

- Publicitar todo lo que se hace (transparencia).
- Considerar la relevancia de las decisiones tomadas.
- Revisar lo decidido, dando la posibilidad de apelaciones.
- Regular los procedimientos desde instancias públicas.

Principios éticos en hospitales y otras organizaciones de atención de salud:

Para Brandão et al. (2013), los hospitales y otras organizaciones de atención de salud deben cumplir unos principios éticos comunes que incluyan aspectos como:

1. Evitar precariedad laboral y el apoyo a las políticas laborales flexibles, es decir, aquellas referidas a las mujeres durante el período de lactancia;
2. Creación de servicios de asistencia para las personas discapacitadas;
3. Creación de servicios de asistencia para satisfacer las necesidades espirituales o religiosas;
4. Apoyar los programas de bienestar social y solidaridad;
5. La aplicación de estrategias de marketing que se rijan a normas éticas;
6. Tratar con precaución residuos tóxicos y venenosos, potencialmente peligrosos para seres humanos y animales;
7. Protección de los derechos de los animales;
8. Preservar el medio ambiente;
9. Promover políticas que se inscriban en el proceso de toma de decisiones a grupos específicos de pacientes y organizaciones no gubernamentales (ONG).

La reciente conceptualización de la RS en el contexto sanitario, aunque no presenta el histórico propio de la RSC, si dispone de denominadores comunes como son la riqueza y diversidad en su conceptualización y definición y la evolución bajo la influencia del contexto social, económico y ambiental.

A diferencia del concepto de RS en el entorno empresarial, se observa un amplio apoyo institucional desde el surgimiento de la RS en salud, donde entidades internacionales de reconocido prestigio relacionadas con la salud han integrado la RS en sus declaraciones y recomendaciones.

En la literatura consultada se observa una evolución del concepto de RS en salud que integra en su etiología, entre otros, aspectos como son: promoción de la salud, auditoría social en salud, sostenibilidad, educación superior en salud y gobierno corporativo en salud.

5.- Objetivos.

Objetivo General:

Describir el desarrollo científico en el ámbito de la Responsabilidad Social dentro del contexto sanitario.

Objetivos específicos:

1. Identificar los factores que permitan explicar el estado de la RS dentro del contexto sanitario.
2. Estudiar las aportaciones de estudios bibliométricos y análisis de citas sobre RS dentro del contexto sanitario.
3. Construir una base de datos con las publicaciones relativas al estado de la RS dentro del contexto sanitario.
4. Analizar cuali-cuantitativamente la producción científica dentro del contexto sanitario de la RS.

6.- Método.

Para el cumplimiento de los objetivos se realiza un diseño de estudio tipo bibliométrico de la producción científica, éste estudio se desagrega en dos estrategias metodológicas, por lo que se dividirá el estudio en dos fases: Fase 1: Metodología Cualitativa y Fase 2: Metodología Cuantitativa.

La bibliometría, según concluye Carrizo (2000) es el “conjunto de conocimientos metodológicos para la aplicación de técnicas cuantitativas, destinadas al estudio de los procesos de producción, comunicación y uso de la información científica, con el objeto de contribuir al análisis y evaluación de la Ciencia y la investigación”.

En este sentido, Okubo, (1997) afirma que el propósito de un estudio bibliométrico es “medir la producción de la investigación científica y tecnológica a través de los datos derivados no sólo de la literatura científica, también a partir de las patentes”.

Por tanto, el análisis bibliométrico se aplica para estudiar el estado de la ciencia en nuestro campo de estudio a través de la producción global de la literatura científica (Leite et al., 2012).

Diseño:

Estudio cuali-cuantitativo de corte transversal retrospectivo.

Fase 1: Metodología cualitativa.

Procedimiento:

Con objeto de identificar los descriptores de búsqueda más adecuados, se formalizó una revisión inicial de los términos tesauro o descriptores por medio del diccionario de vocabulario estructurado y trilingüe “Descriptores en Ciencias de la Salud” (DeCS) (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, 2014). Seguidamente los resultados de esta búsqueda se tradujeron al inglés y se realizó una nueva exploración a partir del “Medical Subject Headings” (MeSH), con objeto de permitir el uso de terminología común para búsqueda en tres idiomas, proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de información independientemente del idioma (U.S. National Library of Medicine, 2014).

El resultado de la identificación de descriptores, primeramente en DeCS y posteriormente en MeSH se puede visualizar en el Anexo nº 1.

Con ayuda de los descriptores se realizó la búsqueda de estudios bibliométricos relacionados con nuestro objeto de estudio, para ello se analizaron las bases de datos ABI/inform complete (ProQuest Inc., 2014) y Web of Science (WOS) (Thomson Reuters, 2014). Las estrategias de búsquedas estaban relacionadas con estudios bibliométricos y análisis de citas sobre RS en el contexto sanitario (Anexo nº 2).

Una vez obtenido estos descriptores y tras la búsqueda de estudios bibliométricos relacionados con nuestro objeto de estudio, seguidamente se ejecutó la estrategia de búsqueda en una base de datos de revistas de impacto indexadas. La utilización de estos descriptores de búsqueda obedece a la necesidad de encontrar artículos relacionados con la responsabilidad social en el contexto sanitario (Anexo nº 3).

Los criterios de búsqueda adicionales se describen en el cuadro nº 1.

La búsqueda de producción científica en revistas indexadas de impacto de este trabajo proceden de documentos en la colección principal de Web of Science (WOS), que es publicado por el Institute for Scientific Information (ISI). ISI es una fuente internacional de información bibliográfica, que permite descargar los datos, transformar formatos de datos, y realizar análisis (Institute for Scientific Information, 2014). Al igual que este estudio, recientes investigaciones bibliométricas en el campo de la RS, aunque con diferentes objetivos y alcance temporal, como los llevados a cabo por Leite et al. (2012) y Lu & Liu (2014) centraron su búsqueda en Web of Science, así mismo en el caso del estudio de Andrades (2013) la gran mayoría de revistas seleccionadas estaban indexadas en WOS.

Cuadro nº 6.1: Criterios de búsqueda adicionales.

| | |
|---------------------|--|
| Idioma | Todos |
| Tipo de publicación | Las contempladas en Colección principal de WOS. |
| Alcance temporal | Últimos 20 años. De 1994 a 2014 (1er cuatrimestre) |

Las referencias bibliográficas resultantes de cada búsqueda se importaron a una aplicación gestor de referencias bibliográficas llamado Mendeley (Mendeley Ltd, 2014). Mediante esta herramienta se realizó un análisis de duplicidades.

Tras el análisis de duplicidades, el proceso de selección de la producción científica seguido para su inclusión en el estudio, comprendió un análisis cualitativo de contenido, donde se analizaron los siguientes aspectos de cada referencia: título, palabras claves, resumen y conclusiones, en su caso. Este primer análisis cualitativo se realizó por medio de una revisión por pares, por parte del tutor y alumno, con objeto de garantizar la homogeneización en la inclusión de las referencias en el estudio bibliométrico.

Tomando como referencia el marco teórico del apartado 2 y 3 del presente trabajo, se establecieron los siguientes criterios de tipo científico de inclusión y exclusión que figuran en el cuadro nº 2.

Cuadro nº 6.2: Criterios de inclusión y exclusión.

| | |
|--|----------------------|
| Criterios de inclusión: | |
| Idioma | Todos |
| Número de veces citado: | De cero en adelante. |
| Categorías WOS | Todas las categorías |
| Áreas de investigación | Todas las áreas |
| Criterios de exclusión: | |
| Documentos no relacionados con la salud, educación superior en salud, gestión sanitaria y el sector sanitario. | |

| |
|---|
| Documentos que no tratan sobre la responsabilidad social, sostenibilidad y rendición de cuentas. |
| Documentos que tratan sobre la responsabilidad social o sostenibilidad en términos de estados o países. |
| Documentos sobre empresas del sector público o privado no dedicadas al cuidado de la salud. |

Cada referencia bibliográfica que finalmente se incluyó en el estudio fue transcrita a dos bases de datos réplica; una creada por medio del software Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, 2010) y la segunda base de datos se creó con la herramienta online Google Drive (Google, 2014).

Posteriormente, con objeto de categorizar cada referencia bibliográfica, se realizó un nuevo análisis de contenido a través de las siguientes variables.

Variables de estudio:

Siguiendo las propuestas de otros estudios bibliométricos (Pérez Andrés, Estrada Lorenzo, Villar Álvarez, & Rebollo Rodríguez, 2002; Lechuga Sancho, 2012; Leite et al., 2012 y Andrades, 2013) las variables o índices más relevantes en este tipo de estudios son las siguientes:

- Títulos de las revistas.
- Autores más productivos.
- Contribución por países.
- Índice de colaboración de los autores/as.
- Contenidos, temáticas o tópicos más relevantes tratados.
- Metodología del estudio.
- Principales idiomas de publicación.

En nuestro estudio se emplearon como índices o variables de estudio, el siguiente conjunto de factores que permitirán explicar el estado de la cuestión en esta temática.

1. TIPO DE PUBLICACIÓN.
2. AUTORES/AS MÁS PRODUCTIVOS.
3. FUENTE BIBLIOGRÁFICA.
4. AÑO PUBLICACIÓN.
5. Nº VECES CITADO EN WOS.
6. TEMÁTICA O TÓPICO DE ESTUDIO.
7. AMBITO SALUD siguiendo la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía (Junta de Andalucía, 1998):

7.1. *Atención primaria.* Se trata del primer nivel de acceso de los ciudadanos al Sistema Sanitario y entre sus elementos caracterizadores están, el ofrecer una atención integral de salud a través de una asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora; promoción de la salud, la educación en materia sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente.

- 7.2. *Atención especializada y hospitalaria.* Trabajos relacionados con el segundo nivel de atención sanitaria. Ésta ofrece a la población los medios técnicos y humanos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación apropiados, que no pueden solventarse en el nivel de atención primaria. Ésta suele ser programada y urgente, desarrollando además funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia curativa y rehabilitación, así como docencia e investigación.
- 7.3. *Salud Pública.* Estudios que hacen referencia a aspecto de la atención al medio en cuanto a su repercusión sobre la salud humana individual y colectiva, incluyendo medidas de control y promoción de mejoras sobre todas aquellas actividades con posibles repercusiones sobre la salud. Tales como control sanitario y prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimenticios, promoción y mejora de la salud mental, vigilancia e intervención epidemiológica, farmacovigilancia y control de las reacciones adversas a los medicamentos, educación para la salud de la población, promoción de la salud y prevención de enfermedades en los grupos de mayor riesgo y fomento de la formación e investigación científica en materia de salud pública.
- 7.4. *Educación superior en salud.* Trabajos relacionados con actividades y estrategias de centros de educación superior universitaria en ciencias de la salud.
8. AREAS DE INVESTIGACIÓN. Los términos de áreas de investigación se basan en las referencias bibliográficas de Web of Science. Esta base de datos asigna los términos de áreas de investigación a un registro (Institute for Scientific Information, 2014).
9. CATEGORÍAS DE WOS. Las categorías se basan en las revistas indexadas de Web of Science. Las categorías de Web of Science son términos tradicionales asignados a un registro (Institute for Scientific Information, 2014).
10. AFILIACIÓN INSTITUCIONAL AUTORES/AS.
- 10.1. Distribución de la afiliación institucional de los primeros autores/as.
- Universidad.
 - Centro de investigación, donde se incluyen además fundaciones para la investigación e institutos de investigación en salud.
 - Hospital, independientemente de que sea universitario o no.
 - Ministerio, bien sea de educación o de salud.
 - Centro médico y sanitario.
 - Escuela de negocios.
 - Empresa farmacéutica.
 - Organización Mundial de la Salud.

11. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN: Según Dendaluze, (2001).

11.1. Según el carácter de la medida y de los análisis:

- Investigación Cuantitativa: Estudia fenómenos susceptibles de cuantificación y utiliza pruebas estadísticas para el análisis de datos.
- Investigación Cualitativa: Estudia los fenómenos recurriendo sobre todo a datos y análisis cualitativos.

11.2. Investigaciones cuantitativas: Según el nivel de asociación de las variables principales:

- *Exploratoria*: Es un estudio inicial de un fenómeno, normalmente buscando un primer conocimiento del mismo; por ejemplo, cuáles son los aspectos y variables más significativos del fenómeno; y los resultados se consideran provisionales y base para investigaciones posteriores.
- *Descriptiva*: Busca describir (frecuencias, porcentajes, medias, etc.), sin relacionarlas inferencialmente, las variables del fenómeno que se estudia.
- *Asociativa (Correlacional)*: Busca determinar qué cambios de unas variables están asociados (correlacionados) con cambios en otras variables, normalmente sin establecer relaciones de causalidad, como sí es el caso en los análisis estructurales.
- *Cuasiexperimental*: Busca demostrar relaciones de causalidad entre el tratamiento y sus efectos, recurriendo para ello a la manipulación activa y a tanto control de las variables extrañas como sea posible, fallando más significativamente la asignación al azar de los sujetos a los grupos experimental y control.
- *Experimental*: Busca demostrar relaciones de causalidad entre el tratamiento y sus efectos, recurriendo para ello a la manipulación activa y al control sistemático.

11.3. Investigaciones cualitativas. Según Creswell, (2007):

- *Biografía*: Estudia los relatos orales y/ o escritos que junto con otras fuentes documentales constituyen el itinerario de la vida de una persona.
- *Fenomenología*: Toma como base del conocimiento la experiencia subjetiva inmediata de los hechos tal como se perciben.
- *Teoría fundamentada*: Estudia los procesos sociales de forma que generan teorías sustantivas que ayudan a comprender la realidad.
- *Etnografía*: Estudia los grupos étnicos y/ o culturales.

- *Estudio de casos*: Se describen y analizan exhaustivamente personas, unidades sociales o entidades singulares.

12. DIMENSION RS adaptado de Andrades (2013):

- 12.1. *Dimensión medioambiental*. Referencias bibliográficas relativas a estudios del desarrollo sostenible, sostenibilidad ambiental, declaraciones medioambientales, sistemas de gestión ambiental, educación medioambiental...
- 12.2. *Dimensión social*. Estudios del compromiso o preocupación de servicios de atención a la salud hacia los grupos de interés, diálogo y participación de los grupos de interés, igualdad y accesibilidad a la atención de la salud, promoción de la salud, desarrollo profesional y formación en aspectos de RS, la multiculturalidad, la diversidad de orientación sexual, racial o étnica, voluntariado y cooperación...
- 12.3. *Dimensión económica*. Estudios relacionados con el impacto económico de la actividad de los servicios de salud, sostenibilidad e inversión socialmente responsable en salud, evaluación económica de servicios sanitarios, mejora de la asistencia sanitaria, gestión de calidad e indicadores clínicos y financieros, evaluación de tecnologías sanitarias, gobierno corporativo...
- 12.4. *Dimensión ética*. Análisis de la perspectiva ética organizacional, códigos éticos, conocimiento de la percepción de usuarios, profesionales y directivos sobre la sensibilidad social y ética organizacional, privacidad de información en salud, ética profesional, gobernanza y rendición de cuentas en política sanitaria e investigación médica, valor ético de los hospitales....
- 12.5. *Responsabilidad social*. Dimensiones de RS en salud, solidaridad y RS, acreditación y evaluación de RS en salud, cultura de RS en salud y educación médica, desarrollo curricular, la práctica profesional y la investigación en la educación y práctica médica, en general estudios con una visión multidisciplinar y global, sin focalizar claramente en una dimensión de la RS en salud..

13. DIMENSIÓN/PÚBLICO OBJETIVO adaptado de Larran et al (2014):

- 13.1. *Gobierno corporativo*. Referencias bibliográficas que analizan aspectos relacionadas con gobernanza sanitaria, gobernanza en investigación médica, códigos de buen gobierno, códigos de conducta / ética profesional, declaraciones internacionales sobre cuestiones sociales y ambientales, rendición de cuentas, evaluación comparativa, presencia de la responsabilidad política, transparencia con las partes interesadas, sostenibilidad en salud, gestión responsable de los recursos, eficacia y eficiencia...
- 13.2. *Usuarios/pacientes (estudiantes en el caso de educación superior en salud)*. En este caso, los trabajos estudian factores relacionados la accesibilidad a la atención sanitaria, la eliminación de las barreras arquitectónicas, la mejora de la multiculturalidad y reducción de discriminación, capacitación para la sostenibilidad, de satisfacción de los usuarios, acreditación de la calidad de los servicios y centros

sanitarios, de protección de datos de carácter personal, proceso estructurado para registrar quejas usuarios, suministro de información adecuada y precisa, participación de los usuarios en equipos de gestión sanitaria, apoyo a los usuarios extranjeros...

13.3. *Personal.* Análisis de acciones de Formación para la sostenibilidad, formación general de los profesionales, políticas de los planes de carrera, conciliación de la vida laboral y familiar, criterios de sostenibilidad en la contratación de personal, mejora de la acción social, evaluación y mejora de clima laboral, mejora de la salud laboral, mejora de las actividades de investigación, fomento de la contratación discapacitados, políticas dirigidas a la igualdad de oportunidades / carreras profesionales, cumplimiento de las normas de prevención de riesgos laborales, promoción de salud en el lugar de trabajo, evaluación del desempeño y desarrollo profesional, comunicación interna, proceso estructurado para registrar quejas, participación del personal en los equipos de gestión...

13.4. *Sociedad.* En esta dimensión se estudian trabajos relacionados con las donaciones a las asociaciones, participación en las organizaciones no gubernamentales, mejora de los programas de voluntariado y trabajo social, programas de migración e interculturalidad, fomento de la investigación sobre la sostenibilidad, apoyo a las actividades de cooperación y desarrollo, satisfacción de la sociedad, inversión financiera en base a criterios de sostenibilidad, mejora en el diálogo con las partes interesadas, el voluntariado y las iniciativas solidarias realizadas por el personal, promoción y educación para la salud ...

13.5. *Medio ambiente.* Aspectos relacionados con las políticas ambientales a largo plazo, sistemas de gestión ambiental, auditorías energéticas, reducción del consumo de energía, rediseño de los edificios (energía), gestión de residuos, mapa de ruido para cada edificio, emisiones significativas, aumento de la conciencia ambiental, incorporación de las normas ISO en la gestión ambiental, declaraciones formales sobre el calentamiento global y el cambio climático, suministro de información sobre la cantidad de materiales peligrosos generados...

13.6. *Empresas.* Acciones relativas a criterios de sostenibilidad en la contratación y selección de proveedores, contratación con empresas con la integración de colectivos en riesgo de exclusión social, compras socialmente responsables (reputación de marca sociales), procedimientos de contratación externa, productos ecológicos comprados a proveedores locales, compra de productos que reducen el impacto ambiental...

13.7. *Mejora continua.* Estrategias relacionadas con sistemas de atención a quejas y sugerencias por categorías por los diferentes grupos de interés, incidentes de discriminación y las medidas adoptadas, quejas en materia de privacidad y protección de datos, mejora continua en la gestión y el servicio, evaluación periódica de la contratación de los servicios de restauración, con criterios de sostenibilidad...

14. INDICE DE COLABORACIÓN.

15. AFILIACIÓN GEOGRÁFICA.

16. PRINCIPALES IDIOMAS DE PUBLICACIÓN.

Análisis:

Para el análisis de la información cualitativa se realiza un análisis de contenido. El análisis de contenido es una “técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto” (Krippendorff & Wolfson, 1990).

El análisis de contenido se lleva a cabo por medio de la codificación, proceso por el cual las características del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis (Hernández Sampieri et al., 2003).

Fase 2: Metodología cuantitativa.

Procedimiento:

Una vez creada la base de datos global con las referencias bibliográficas incluidas en el estudio, se realiza una revisión por el conjunto de los factores previamente descrito, contabilizando el número de referencias incluidas por nivel en cada factor.

Análisis:

Para el análisis de la información cuantitativa se realizó un análisis descriptivo univariante y bivariante, por frecuencias y porcentajes. Para ello se utilizaron las siguientes aplicaciones:

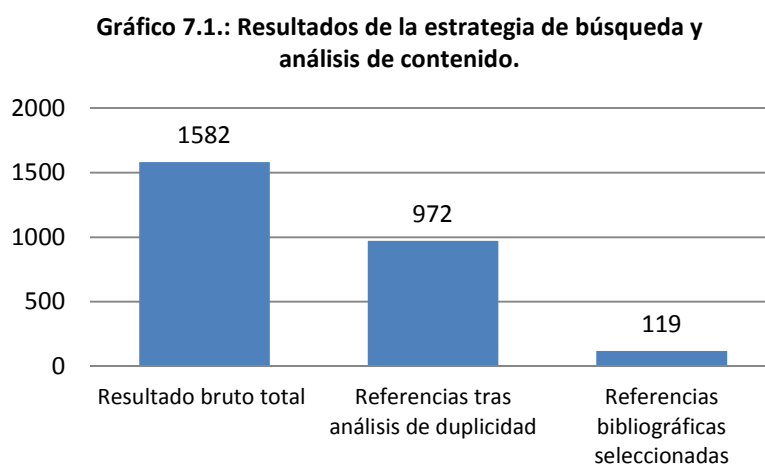
- Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, 2010).
- SPSS para Windows (SPSS Inc., 2002).
- Web of Science (Institute for Scientific Information, 2014).

7.- Resultados y análisis.

El despliegue de la estrategia de búsqueda relacionada con estudios bibliométricos y análisis de citas sobre RS en el contexto sanitario no obtuvo resultados (Anexo nº 2).

La estrategia de búsqueda de la Fase 1 de Metodología Cualitativa arrojó en un total de 1582 referencias bibliográficas. Los descriptores de búsquedas que dieron mayores resultados de referencias bibliográficas fueron: Sustainability + hospital (35%); social responsibility + health (34%); Sustainability + primary health care (7%); Sustainability + Health Care Institutions (5%) y Social Accountability + hospital (5%) (Anexo nº 3).

Seguidamente tras un análisis de duplicidad resultó en 972 referencias a las que se realizó el análisis de contenido (Gráfico 7.1.).

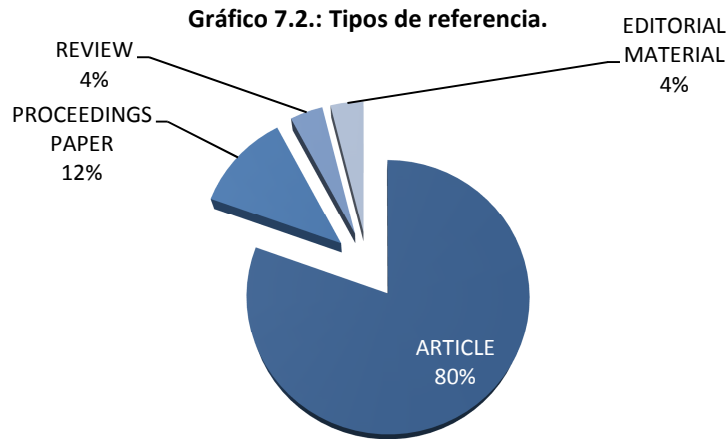


Elaboración propia.

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos se realizó el análisis de contenido por el que se incluyeron en el estudio 119 referencias, ello supone un 12% de las referencias analizadas (Gráfico 7.1.).

7.1.- Tipo de referencia publicada.

Como se observa en el Gráfico 7.2. la tipología de documento que más se ha publicado en los últimos 20 años en las referencias objeto de estudio es la de artículo de revistas (80%).



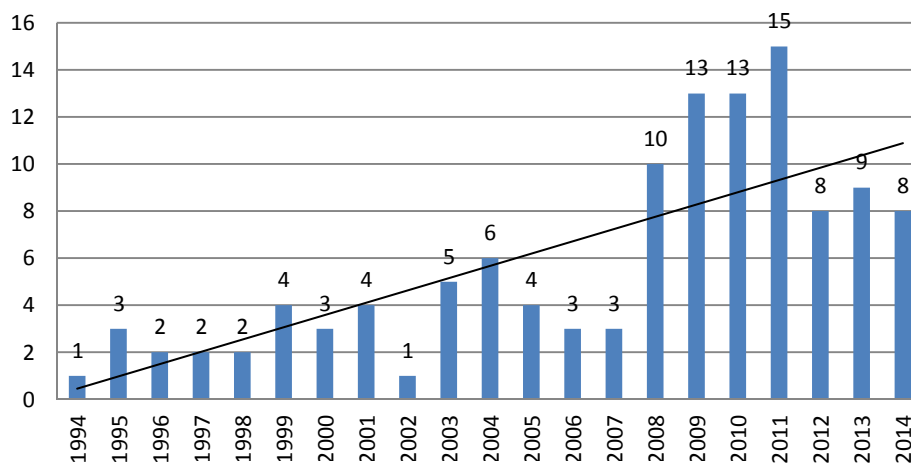
Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

7.2.- Análisis de las referencias publicadas.

7.2.1.-Evolución de referencias publicadas por año.

El Gráfico 7.3. nos muestra en términos absolutos la tendencia positiva por años de publicaciones relacionadas con la RS en el contexto sanitario de nuestra base de datos, de manera coincidente con otros estudios bibliométricos entorno a la RS (De Bakker, 2005; Leite et al., 2012; Lechuga Sancho, 2012; Andrades, 2013; Lu & Liu, 2014).

Gráfico 7.3.: Evolución de referencias publicadas por año 1994-2014*.



Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.
*Primer cuatrimestre de 2014.

7.2.2.-Áreas de investigación de las referencias seleccionadas.

Coincidente con el contexto de nuestro objeto de estudio, la Tabla nº 7.1. nos revela que las áreas de investigación con mayor proporción encontradas por WOS son por este orden: Servicios de Ciencias de la Salud (34%), Educación investigación educativa (18%), Salud pública del medio ambiente y ocupacional (14%) y Medicina general interna (13).

Tabla nº 7.1.: Áreas de Investigación con mayor volumen encontradas en las referencias.

| Áreas de investigación | Referencias | Porcentaje |
|--|-------------|------------|
| SERVICIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD | 41 | 34 |
| EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA | 21 | 18 |
| SALUD PUBLICA DEL MEDIO AMBIENTE Y OCUPACIONAL | 17 | 14 |
| MEDICINA GENERAL INTERNA | 16 | 13 |
| ECONOMÍA DE LA EMPRESA | 12 | 10 |
| OTROS TEMAS DE CIENCIAS SOCIALES | 11 | 9 |
| CIENCIAS AMBIENTALES ECOLOGÍA | 6 | 5 |
| CIENCIAS SOCIALES BIOMÉDICA | 6 | 5 |
| ENFERMERÍA | 5 | 4 |
| PSICOLOGÍA | 4 | 3 |
| INGENIERÍA | 4 | 3 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

La relación completa de áreas de investigación localizadas en todas las referencias de nuestra base de datos puede visualizarse en el Anexo nº 4.

7.3.- Características de las fuentes bibliográficas.

7.3.1.- Distribución de la producción científica por fuentes bibliográficas.

El conjunto de referencias bibliográficas seleccionadas se encuentran publicadas en un total de 85 revistas.

En la tabla nº 7.2., encontramos que la revista *Academic Medicine* es la que presenta mayor número de aportaciones en el área de RS en el contexto sanitario (9,24%), le sigue *Medical teacher* (4,2%), *Medicine health care and philosophy*, *Medical education*, *Journal of interprofessional care*, *Journal of dental education*, *Journal of business ethics* y *Health policy and planning* (estas últimas con un 2,52%).

Estos resultados de dispersión de las fuentes bibliográficas son equiparables a los encontrados por otros autores (De Bakker, 2005; Leite et al., 2012; Lechuga Sancho, 2012; Andrades, 2013; Lu & Liu, 2014). Ello que nos indica que la temática de la RS se encuentra muy dispersa en las revistas o fuentes bibliográficas, escaseando revistas enfocadas al área de estudio de la RS, más concretamente en el contexto sanitario.

Por tanto, coincidimos con Lechuga Sancho (2012) al afirmar que existe un amplio espectro de revistas que no se limitan a publicaciones específicas en este campo de estudio. En este sentido entendemos que el ámbito y objeto de estudio delimita la revista donde se publica el estudio, como se observa en otros estudios bibliométricos (De Bakker, 2005; Leite et al., 2012; Lechuga Sancho, 2012; Andrades, 2013; Lu & Liu, 2014).

Tabla nº 7.2.: Relación de fuentes bibliográficas con mayor volumen de referencias seleccionadas.

| Título de fuente bibliográfica | Referencias | Porcentaje |
|--|-------------|------------|
| ACADEMIC MEDICINE | 11 | 9,24 |
| MEDICAL TEACHER | 5 | 4,20 |
| MEDICINE HEALTH CARE AND PHILOSOPHY | 3 | 2,52 |
| MEDICAL EDUCATION | 3 | 2,52 |
| JOURNAL OF INTERPROFESSIONAL CARE | 3 | 2,52 |
| JOURNAL OF DENTAL EDUCATION | 3 | 2,52 |
| JOURNAL OF BUSINESS ETHICS | 3 | 2,52 |
| HEALTH POLICY AND PLANNING | 3 | 2,52 |
| WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT | 2 | 1,68 |
| REVISTA LATINO AMERICANA DE ENFERMAGEM | 2 | 1,68 |
| MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA | 2 | 1,68 |
| JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE | 2 | 1,68 |
| INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE | 2 | 1,68 |
| HEALTH SERVICES RESEARCH | 2 | 1,68 |
| HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL | 2 | 1,68 |
| HEALTH CARE MANAGEMENT REVIEW | 2 | 1,68 |
| HEALTH CARE ANALYSIS | 2 | 1,68 |
| BMC HEALTH SERVICES RESEARCH | 2 | 1,68 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

7.3.2.- Categorías de las revistas.

Analizando las categorías de las fuentes bibliográficas según WOS (Leite et al., 2012) encontramos en la Tabla nº 7.3. que las revistas que más publican sobre RS y salud están categorizadas en: Servicios de Ciencias del cuidado de la Salud (29%), Disciplinas científicas de la educación (16%), Salud pública del medio ambiente y ocupacional (14%), Servicios de política de salud (14%) y Medicina general interna (13%).

Es destacable que las revistas de categorías *Servicios de ciencias de la salud* sean las que publican más sobre la temática, ya que versan sobre centros y servicios de atención a la salud. En esta línea, cabe reseñar la aportación de las revistas de categorías *Disciplinas científicas de la educación*, ya que en la actualidad se ha ligado la RS y educación médica al potencial impacto que genera en sus grupos de interés y en los futuros profesionales de la sanidad.

Tabla nº 7.3.: Categorías de las revistas según Web of Science.

| Categorías WOS | Referencias | Porcentaje |
|---|-------------|------------|
| SERVICIOS DE CIENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD | 35 | 29 |
| DISCIPLINAS CIENTÍFICAS DE LA EDUCACIÓN | 19 | 16 |
| SALUD PUBLICA MEDIOAMBIENTAL Y OCUPACIONAL | 17 | 14 |
| SERVICIOS DE POLÍTICA DE SALUD | 17 | 14 |
| MEDICINA GENERAL INTERNA | 16 | 13 |
| ÉTICA | 10 | 8 |
| GESTIÓN | 7 | 6 |
| CIENCIAS SOCIALES BIOMÉDICA | 6 | 5 |
| CIENCIAS AMBIENTALES | 6 | 5 |
| ENFERMERÍA | 5 | 4 |
| NEGOCIO | 5 | 4 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

La relación completa de categorías de las revistas de WOS localizadas en todas las referencias de nuestra base de datos puede visualizarse en el Anexo nº 5.

7.4.- Análisis de citaciones recibidas.

7.4.1.- Indicadores globales de citaciones.

Seguidamente se analizan indicadores globales de citaciones. Así pues, en la Tabla nº 7.4. encontramos que el conjunto de las referencias bibliográficas que componen nuestra base de datos han recibido un total de 932 citaciones (a septiembre de 2014). En este sentido, se calcula un promedio de citas por cada elemento de 7,83 citas. El índice "h" de este conjunto de referencias se sitúa en 17, lo que indica que del total de referencias bibliográficas, 17 referencias han recibido 17 o más citaciones.

Tabla nº 7.4.: Indicadores globales de citaciones. 1994-2014.

| | |
|---|------|
| Total de veces citado ¹ : | 932 |
| Total de veces citado sin citas propias ² : | 898 |
| Artículos en que se cita ³ : | 874 |
| Artículos totales en que se cita sin citas propias ⁴ : | 856 |
| Promedio de citas por elemento ⁵ : | 7,83 |
| h-index ⁶ : | 17 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

¹ Número de citas totales (referencias citadas) es decir, muestra el número total de artículos en que se cita para todos los años.

² Número de citas totales (referencias citadas) en todos los elementos encontrados en el conjunto de resultados menos cualquier cita de los artículos del conjunto.

³ Los registros duplicados en todas las bases de datos de productos solo se cuentan una vez.

⁴ Número total de artículos en que se cita menos cualquier artículo que aparezca en el conjunto.

⁵ Promedio de artículos en que se cita para todos los elementos de un conjunto. Es el total del número de veces citado dividido entre el número de resultados encontrado.

⁶ Se basa en una lista de publicaciones clasificadas en orden descendente por el número de veces citado. El número de elementos que se encuentran por encima de esta línea, que es "h", tienen al menos "h" citas (Hirsch, 2005).

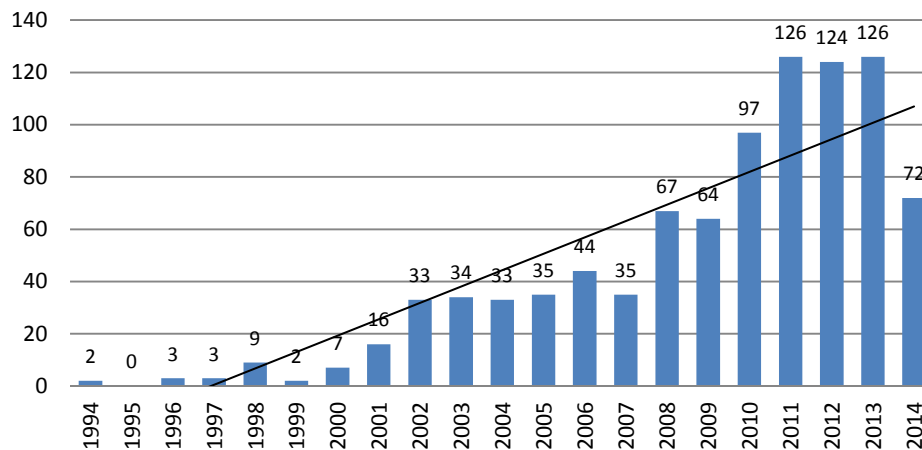
7.4.2.- Evolución de citas recibidas anualmente.

Entre 1994 y 2000, como revela el Gráfico 7.4. las citas recibidas de las referencias seleccionadas es prácticamente nula, en consonancia con el número de referencias publicadas.

Sin embargo, entre el año 2001 y 2007, a pesar de mantener un nivel bajo de referencias publicadas se incrementa el número de citas recibidas en el conjunto de nuestra base de datos.

Finalmente, se identifica un incremento de las citas recibidas de las referencias seleccionadas a partir del año 2008, tal como encontró Leite et al. (2012) en su estudio bibliométrico sobre sostenibilidad. Esto nos puede indicar un incremento en el interés de los investigadores/as por el estudio de la RS y la salud.

Gráfico 7.4.: Evolución de citas cada año. 1994-2014*.



Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

*Primer cuatrimestre de 2014.

7.4.3.- Referencias citadas con mayor frecuencia.

El análisis de las referencias citadas con mayor frecuencia nos ayuda a analizar los temas más valorados por la comunidad científica o frentes de estudios actuales, así como describir el enfoque de la producción científica (Leite et al., 2012).

El enfoque de estos artículos abordan diversos aspectos de la RS principalmente la accesibilidad e igualdad en la atención de salud, responsabilidad social en escuelas de ciencias de la salud (medicina, odontología, salud pública...), promoción de la RS en salud y voluntariado del alumnado de ciencias de la salud... Esto supone una visión amplia de la RS en salud, donde el foco de estudio es la accesibilidad a la atención sanitaria y la RS en la educación sanitaria.

Tabla nº 7.5.: Referencias citadas con mayor frecuencia. 1994-2014. Basado en h-index.

| Referencias | Autores | Año | Total de citas | Promedio por año |
|---|--|------|----------------|------------------|
| Access to health care and community social capital | Hendryx, MS; Ahern, MM; Lovrich, NP; McCurdy, AH. | 2002 | 60 | 4.62 |
| National health information privacy - Regulations under the Health Insurance Portability and Accountability Act | Gostin, LO. | 2001 | 59 | 4.21 |
| Antibacterial drug discovery in the 21st century | Bush, K. | 2004 | 46 | 4.18 |
| Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions | Boelen, Charles; Woollard, Bob | 2009 | 43 | 7.17 |
| Caring for a common future: medical schools' social accountability | Woollard, RF. | 2006 | 38 | 4.22 |
| Primary Care Specialty Choices of United States Medical Graduates, 1997-2006 | Jeffre, Donna B.; Whelan, Alison J.; Andriole, Dorothy A. | 2010 | 35 | 7.00 |
| Experiences and attitudes of residents and students influence voluntary service with homeless populations | O'Toole, TP; Hanusa, BH; Gibbon, JL; Boyles, SH. | 1999 | 34 | 2.12 |
| SOCIAL-RESPONSIBILITY AND THE ACADEMIC-MEDICAL-CENTER - BUILDING COMMUNITY-BASED SYSTEMS FOR THE NATIONS HEALTH | FOREMAN, S | 1994 | 33 | 1.57 |
| School-based health centers: Accessibility and accountability | Brindis, CD; Klein, J; Schlitt, J; Santelli, J; Juszczak, L; Nystrom, RJ. | 2003 | 31 | 2.58 |
| Homelessness: Care, prevention, and public policy | Plumb, JD. | 1997 | 26 | 1.44 |
| Perspective: Physician Advocacy: What Is It and How Do We Do It? | Earnest, Mark A.; Wong, Shale L.; Federico, Steven G. | 2010 | 24 | 4.80 |
| The expectation(s) of solidarity: Matters of justice, responsibility and identity in the reconstruction of the health care system | Houtepen, R; ter Meulen, R. | 2000 | 22 | 1.47 |
| Improving the quality of investment in health: Lessons on sustainability | Lafond, AK. | 1995 | 21 | 1.05 |
| Teaching medical students social responsibility: The right thing to do | Faulkner, LR; McCurdy, RL. | 2000 | 19 | 1.27 |
| Helping Smokers Quit: Understanding the Barriers to Utilization of Smoking Cessation Services | Gollust, Sarah E.; Schroeder, Steven A.; Warner, Kenneth E. | 2008 | 18 | 2.57 |
| How dentists account for social responsibility: Economic imperatives and professional obligations | Dharamsi, Shafik; Pratt, Daniel D.; MacEntee, Michael I. | 2007 | 17 | 2.12 |
| Serving the public good: Challenges of dental education in the twenty-first century | Davis, Elaine L.; Stewart, Denise C. L.; Guelmann, Marcio; Wee, Alvin G.; Beach, Josette L.; Crews, Karen M.; Callan, Richard S. | 2007 | 17 | 2.12 |
| Science and social responsibility in public health | Weed, DL; McKeown, RE. | 2003 | 17 | 1.42 |
| Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level | Mittelmark, MB. | 2001 | 17 | 1.21 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

7.5.- Análisis de autoría.

7.5.1.- Distribución de la producción científica por autores/as.

Siguiendo la clasificación de productividad de autoría elaborada por Crane (1969), en nuestra base de datos de un total de 247 autores/as, el 97% son autores/as transeúntes (con un único trabajo publicado) y el 3% son considerados autores/as aspirantes (entre dos y cuatro publicaciones), no se encuentran autores/as para las clasificaciones de grandes productores (más de diez artículos) y autores/as moderados (entre cinco y nueve trabajos).

Estos resultados difieren muy levemente de los encontrados por Lechuga Sancho (2012) en el contexto de pequeñas y medianas empresas, ello nos indica que el estudio de la RS es relativamente reciente dentro del mundo académico y más concretamente en el contexto sanitario y no existiendo autores/as claramente predominantes sobre el resto en esta materia.

Tabla nº 7.6.: Relación de autores/as más productivos en el periodo 1994-2014.

| Autores/as | Referencias | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------------|------------|
| WOOLLARD R, WOOLLARD RF, WOOLLARD B | 4 | 1,55 |
| DHARAMSI S | 3 | 1,16 |
| SEMPlici S | 2 | 0,78 |
| NASMITH L | 2 | 0,78 |
| LAFOND AK | 2 | 0,78 |
| BOELEN C | 2 | 0,78 |
| BERRY S | 2 | 0,78 |
| STRASSER RP, STRASSER R | 2 | 0,78 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

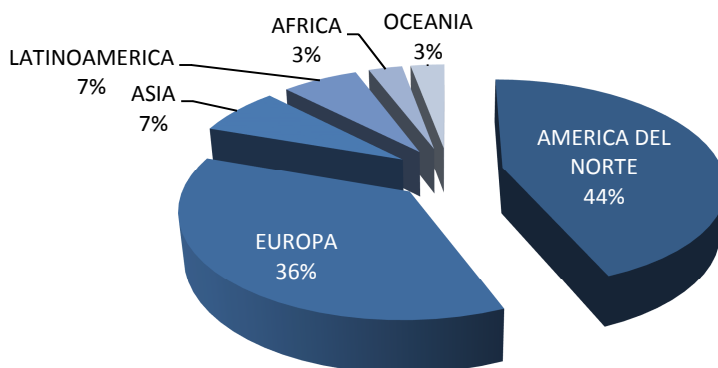
7.5.2.- Afiliación geográfica de los autores/as.

Los resultados que se presentan en el Gráfico 7.5. permiten evidenciar la mayor proporción de autores/as afiliados geográficamente a América con un 50% sobre el total, más específicamente América del Norte concentra un 44% por un 7% de Latinoamérica. Por otra parte, el continente europeo se sitúa con un 36%.

Estos resultados contrastan con los encontrados por Andrades (2013) donde predominan más acentuadamente la afiliación de los autores/as a América (60%), sin embargo la afiliación europea es menor (27%).

El resto de la afiliación geográfica de los autores/as se distribuye casi testimonialmente entre los continentes de Asia, África y Oceanía.

Gráfico 7.5.: Afiliación geográfica de los autores/as.



N=137

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la afiliación geográfica de los autores/as por países, reseñar que se han identificado 39 nacionalidades distintas. Por otro parte, tal y como encontró Andrades (2013), la mayor proporción se sitúa en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, aunque a diferencia de éste en nuestra base de datos destaca la irrupción de países como Brasil, Suiza, España, Italia y Francia.

Con todo ello, se puede considerar que el tema de investigación de la RS dentro del entorno sanitario es mayormente estudiado en países desarrollados. Parecen necesarios esfuerzos hacia la divulgación, sensibilización y promoción de la RS en el contexto sanitario por parte de gobiernos de países desarrollados y empresas, a través de programas de redes de colaboración y cooperación entre países de altos y bajos ingresos para fortalecer enlaces internacionales y promover la creación de capacidades (González & Sicuri, 2010), ello requiere de un seguimiento para evaluar la sostenibilidad de las mejoras en la salud de estas sociedades (Bradley et al., 2008).

Tabla nº 7.7.: Países con mayor afiliación geográfica de autores/as.

| Países/Territorios | Autores/as participantes | Porcentaje |
|--------------------|--------------------------|------------|
| ESTADOS UNIDOS | 41 | 30 |
| CANADA | 19 | 14 |
| INGLATERRA | 10 | 7 |
| BRASIL | 5 | 4 |
| SUIZA | 4 | 3 |
| ESPAÑA | 4 | 3 |
| PAÍSES BAJOS | 4 | 3 |
| ITALIA | 4 | 3 |
| FRANCIA | 4 | 3 |
| ALEMANIA | 3 | 2 |
| INDIA | 3 | 2 |
| AUSTRALIA | 3 | 2 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

La relación completa de la afiliación geográfica de autores/as de nuestra base de datos se muestra en el Anexo nº 6.

7.5.3.- Afiliación institucional de autores/as.

La gran diversidad de la afiliación departamental y/o división de los autores/as hace inviable un análisis más pormenorizado. Lo que nos demuestra de nuevo la gran heterogeneidad de la afiliación institucional y el carácter multidisciplinar de la RS.

A nivel institucional, la Tabla nº 7.8. muestra las universidades como las instituciones con mayor afiliación de primeros autores/as de las referencias de la muestra. Lo que indica la gran relevancia que los estudios de esta área de conocimiento está incitando en la comunidad académica (Lechuga Sancho, 2012; Andrades, 2013).

Tabla nº 7.8.: Distribución de la afiliación institucional de los primeros autores/as.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| Universidad | 95 | 80 |
| Centro de investigación | 7 | 6 |
| Hospital | 6 | 5 |
| Ministerio | 5 | 4 |
| Centro médico | 2 | 2 |
| Escuela de negocios | 2 | 2 |
| Empresa farmacéutica | 1 | 1 |
| Organización Mundial de Salud | 1 | 1 |
| Total | 119 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Si nos centramos en las instituciones según la afiliación de autores/as, la Tabla nº 7.9. revela dos universidades canadienses, *University of British Columbia* y *University of Toronto* aglutinan cerca del 10% del total de instituciones de nuestra base de datos. Aunque en el conjunto de la base de datos son las universidades estadounidenses las más numerosas.

En definitiva podemos afirmar, en términos absolutos, que las instituciones donde más se está estudiando la temática de RS en salud son en universidades estadounidenses y canadienses, similares deducciones fueron realizadas por Andrades (2013) en el campo de la RS universitaria.

Tabla nº 7.9.: Instituciones con mayor producción científica según la afiliación de autores/as.

| Organizaciones | Registros | % |
|--|-----------|------|
| UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA | 7 | 5,88 |
| UNIVERSITY OF TORONTO | 4 | 3,36 |
| UNIVERSITY OF CALIFORNIA SYSTEM | 4 | 3,36 |
| UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA | 3 | 2,52 |
| UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO | 3 | 2,52 |
| UNIVERSIDADE DE SAO PAULO | 3 | 2,52 |
| JOHNS HOPKINS UNIVERSITY | 3 | 2,52 |
| HARVARD UNIVERSITY | 3 | 2,52 |
| FLORIDA STATE UNIVERSITY SYSTEM | 3 | 2,52 |
| YESHIVA UNIVERSITY | 2 | 1,68 |
| WORLD HEALTH ORGANIZATION | 2 | 1,68 |
| WESTERN UNIVERSITY UNIVERSITY OF WESTERN ONTARIO | 2 | 1,68 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

7.5.4.- Índice de colaboración de autores/as.

Siguiendo las propuestas de otros estudios bibliométricos (Pérez et al., 2002; Lechuga Sancho, 2012; Leite et al., 2012 y Andrades, 2013) en cuanto al índice de colaboración de las publicaciones seleccionadas en la Tabla nº 7.10. se observa unas proporciones equilibradas entre los niveles de colaboración establecidos. El 25% están firmados por un solo autor/a, 22% por dos autores, 18,5% por tres autores, 12,6% por cuatro.

A diferencia de otros estudios con metodología similar (Lechuga Sancho, 2012; Andrades, 2013) la proporción de colaboración de 5 o más autores es bastante representativa con casi el 22% del total de referencias. En esta línea, al igual que Andrades (2013) afirmamos que un mayor grado de coautoría lleva implícito un menor grado de especulación.

Este elevado porcentaje de coautoría de cinco o más autores puede estar indicándonos que aun tratándose la RS sanitaria una disciplina científica novedosa, está siendo asociada o incorporada a otros tópicos del contexto sanitario.

Tabla nº 7.10.: Índice de colaboración de autores/as.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| 1 autor | 30 | 25,2 |
| 2 autores | 26 | 21,8 |
| 3 autores | 22 | 18,5 |
| 4 autores | 15 | 12,6 |
| 5 o más autores | 26 | 21,8 |

Fuente: Elaboración propia.

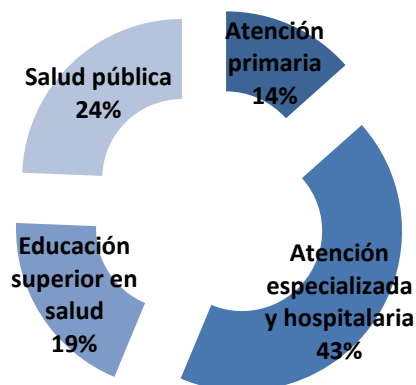
7.6.- Ámbito de salud abordado en las referencias.

Desde nuestro punto de vista consideramos relevante analizar el alcance de los estudios publicados en RS desde los ámbitos del contexto sanitario. Estos ámbitos se han detallado en el apartado “5. Método”, más concretamente en el epígrafe “Variables de estudio”.

En el Gráfico 7.6. presentamos la distribución de las referencias bibliográficas según el ámbito de salud en el que se enmarca o aborda.

En este sentido, destaca que casi un 45% de los trabajos incluidos en la muestra se enmarcan en el ámbito de la atención especializada y hospitalaria, seguido de aquellos estudios enfocados en salud pública (24%). En menor medida, el 19% de los artículos científicos analizados abordan aspectos de educación superior en salud, mientras que el restante 14% corresponde a publicaciones enmarcadas en atención primaria.

Gráfico 7.6.: Estudios según ámbito de salud.



Fuente: Elaboración propia.

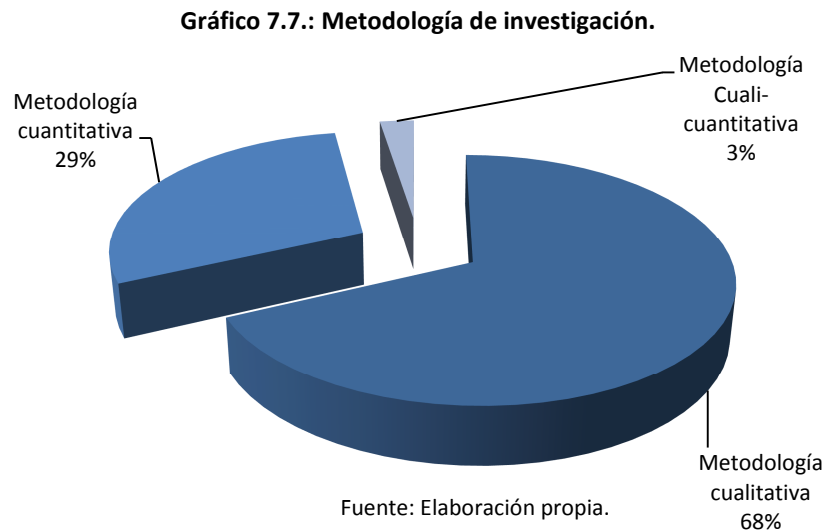
Estos resultados podrían estar indicando que la RS en el contexto sanitario es una disciplina más significativa en hospitales.

Por otra parte, esta distribución puede obedecer a las características de estos ámbitos. En el caso de la atención especializada y hospitalaria exige más recursos tanto técnicos como humanos, así mismo atiende una amplia diversidad de patologías médicas y con una estancia mayor, lo que implica la probabilidad de impactos significativos de sus actividades en los grupos de interés, en comparación con la atención primaria. En el caso de salud pública, su enfoque al medio y repercusión en la salud humana tanto individual como colectiva define la naturaleza e impacto en sus grupos de interés. Finalmente, el impacto de la docencia en la sociedad donde opera y en los futuros profesionales concreta orienta la educación superior en salud.

7.7.- Metodología de investigación.

Tras analizar el ámbito de salud que se aborda en cada referencia, se considera de relevancia el estudio de la metodología de investigación, según el carácter de la medida y de los análisis: Metodología de investigación cuantitativa y metodología de investigación cualitativa.

Tal como se muestra en el Gráfico 7.7. de la totalidad de las referencias integradas en el estudio, el 68% de ellas se identifican como metodología cualitativa, siendo por tanto la metodología de investigación más utilizada por los autores/as de las referencias integradas en nuestro estudio.



7.7.1.- Investigaciones cuantitativas: Según el nivel de asociación de las variables principales.

La tabla nº 7.11. muestra la distribución de tipología de investigación empleada en la metodología de investigación cuantitativa.

En este sentido el 80% de las referencias identificadas como metodología cuantitativa se concentra en la tipología de investigación descriptiva.

En el análisis de las referencias realizado no se identifican tipologías de investigación cuantitativa del tipo: Exploratoria y experimental.

Tabla nº 7.11.: Distribución de tipos de investigación cuantitativa.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Asociativa (Correlacional) | 1 | 3 |
| Cuasiexperimental | 6 | 17 |
| Descriptiva | 28 | 80 |
| Total | 35 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa por estos datos, la investigación actual en el ámbito de la RS en el contexto sanitario en aquellos estudios que usan metodología cuantitativa, en mayor proporción, busca describir el fenómeno que estudia (frecuencias, porcentajes, medias, etc.) sin inferir relaciones.

7.7.2.- Investigaciones cualitativas:

En el caso de la tipología de investigación utilizada en los estudios con metodología de investigación cualitativa, la tabla nº 7.12. muestra el *estudio de casos* como la tipología de investigación empleada en exclusiva en las referencias identificadas como metodología cualitativa.

Tabla nº 7.12.: Distribución de tipos de investigación cualitativa.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Estudio de casos | 81 | 100 |
| Total | 81 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

En el análisis realizado no se identifican tipologías de investigación cualitativa como biografía, fenomenología, teoría fundamentada y etnografía.

En estos estudios con metodología cualitativa de nuestra base de datos pretenden describir y analizar exhaustivamente unidades sociales o entidades singulares.

7.7.3.- Investigaciones cualitativas-cuantitativas:

Merece especial atención, los estudios con metodología mixta cualitativa-cuantitativa donde se refleja la mayor concentración de tipología de investigación identificada en investigaciones cuantitativas y cualitativas previamente. En este caso, el 100% de la tipología de investigación cuali-cuantitativa corresponde a estudio de casos y descriptiva (tabla nº 7.13.).

Tabla nº 7.13.: Distribución de tipos de investigación cualitativa-cuantitativa.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------------|------------|------------|
| Estudio de casos + descriptiva | 3 | 100 |
| Total | 3 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

En conclusión, los estudios analizados en este estudio bibliométrico describen y analizan cuantitativa y cualitativamente aspectos de la RS en unidades sociales o entidades singulares, sin inferir relaciones. Esto indica que la RS en el contexto sanitario es un fenómeno incipiente que requiere más profundidad en su estudio y análisis.

7.8.- Tópicos en RS en el contexto sanitario.

Siguiendo las propuestas de otros estudios bibliométricos (Pérez et al., 2002; Lechuga Sancho, 2012; Leite et al., 2012 y Andrades, 2013) seguidamente se analiza el tópico o temática analizada como cuantificador de la producción científica.

La propuesta de clasificación de temáticas, tras el análisis de las referencias bibliográficas, se presenta en la tabla nº 7.14. Se puede comprobar que la mayor parte de los estudios seleccionados analizan la RS a través de estudios relacionados con el gobierno corporativo de centros sanitarios (33,6%), artículos que manifiestan acciones orientadas a los grupos de interés del sistema sanitario (16%), estudios donde se analizan aspectos de desarrollo sostenible y medioambiente (10,9%), trabajos que estudian aspectos relacionados con la mejora de la asistencia sanitaria (8,4%), estudios que analizan las percepciones hacia la RS en salud (5%) y artículos relacionados con la promoción de salud como criterio de RS en el contexto sanitario (4,2%), estos tópicos representan casi el 80% de la producción científica sobre RS en salud incluida en nuestro estudio bibliométrico.

Al igual que los resultados encontrados por Andrades (2013), podemos inferir que la mayor parte de la producción científica analizada bajo criterios de RS en el contexto sanitario se sitúa en las dimensiones social y ética, aunque ésta última con resultados muy próximos a otras dimensiones (económica y medioambiental).

Tabla nº 7.14.: Distribución de referencias según tópicos/temáticas.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Gobierno corporativo | 40 | 33,6 |
| Stakeholders | 19 | 16,0 |
| Desarrollo sostenible | 13 | 10,9 |
| Mejora de la asistencia sanitaria | 10 | 8,4 |
| Percepción en salud | 6 | 5,0 |
| Promoción de salud | 5 | 4,2 |
| Sostenibilidad en salud | 5 | 4,2 |
| Accesibilidad en salud | 4 | 3,4 |
| Igualdad en salud | 4 | 3,4 |
| Voluntariado y cooperación | 4 | 3,4 |
| Evaluación económica | 3 | 2,5 |
| Investigación en salud | 2 | 1,7 |
| Códigos de conducta | 1 | 0,8 |
| Evaluación del impacto en salud | 1 | 0,8 |
| Formación en RS | 1 | 0,8 |
| Protección de datos | 1 | 0,8 |
| Total | 119 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, a diferencia del estudio de Andrades (2013) sobre RS universitaria, la distribución de referencias según los tópicos de RS diverge del presente estudio, en éste último la temática mayoritaria versa sobre gobierno corporativo (33,6%) y stakeholders (16%), cuando

en el estudio de Andrades se sitúan respectivamente en quinto (10,45%) y noveno lugar (2,24%).

7.9.- Dimensiones de la RS, adaptado de Andrades (2013).

En este apartado se ha seguido la clasificación de dimensiones de RS propuesta por Andrades (2013).

La tabla nº 7.15. muestra que el 46% de las referencias bibliográficas relativas a RS en el contexto sanitario se centran en la dimensión social, dato idéntico al encontrado por Andrades (2013). En segundo lugar, con un 17,6% de las referencias se situarían estudios enfocados a dos dimensiones diferentes: Dimensión económica y dimensión ética.

Por otra parte, con un porcentaje ocho puntos superior a los resultados de Andrades (2013), la dimensión medioambiental, con un 11,8%, muestra una escasa cantidad de referencias publicadas en el ámbito de la RS en el contexto sanitario.

Finalmente, y de manera similar a la dimensión medioambiental, existe escasa presencia de referencias orientadas al estudio de la RS desde una perspectiva global e integradora. Concretamente un 6,7% de las referencias seleccionadas, lo que supone aproximadamente tres puntos porcentuales superior a los resultados de Andrades (2013).

Tabla nº 7.15.: Distribución de referencias según dimensiones de RS.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Social | 55 | 46,2 |
| Económica | 21 | 17,6 |
| Ética | 21 | 17,6 |
| Medioambiental | 14 | 11,8 |
| Responsabilidad social | 8 | 6,7 |
| Total | 119 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

A la vista de estos resultados podemos concluir la preponderancia de estudios enfocados en analizar la RS en el contexto sanitario desde la relevancia del compromiso o preocupación de servicios de atención a la salud hacia los grupos de interés, diálogo y participación de los grupos de interés, igualdad y accesibilidad a la atención de la salud, promoción de la salud, desarrollo profesional y formación en aspectos de RS, la multiculturalidad, la diversidad de orientación sexual, racial o étnica, voluntariado y cooperación.

De igual manera que concluye Andrades (2013) en su estudio de RS en el contexto universitario, dado que la mayor parte de los estudios analizan de manera parcial la RS en el contexto sanitario y la escasez de estudios orientados a validar o proponer medidas y/o indicadores sobre el nivel de desarrollo de la RS en este contexto, entendemos que estos

resultados indican que el desarrollo o avance científico de la RS en el contexto sanitario es reciente y se encuentra en un estado incipiente.

7.10.- Dimensión/público objetivo adaptado de Larrán et al (2014).

Seguidamente se analiza la producción científica de RS en el contexto sanitario desde la perspectiva de dimensión o público objetivo, clasificación propuesta por Larrán et al (2014).

Tal como muestra la tabla nº 7.16., la dimensión/público objetivo con mayor proporción de referencias es la de gobierno corporativo con un 26,9% y acciones orientadas a la sociedad con un 25,2%.

En tercer y cuarto lugar se encuentran el público objetivo usuarios/as y medioambiente con un 16,8% y 12,6% respectivamente.

Con escasa presencia en la producción científica de referencias bibliográficas se identifican dimensiones o público objetivo con acciones orientadas a personal (9,2%), mejora continua (5,9%) y empresas (3,4%).

Tabla nº 7.16.: Distribución de referencias según dimensión/público objetivo.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Gobierno corporativo | 32 | 26,9 |
| Sociedad | 30 | 25,2 |
| Usuarios/as | 20 | 16,8 |
| Medio ambiente | 15 | 12,6 |
| Personal | 11 | 9,2 |
| Mejora continua | 7 | 5,9 |
| Empresas | 4 | 3,4 |
| Total | 119 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

Estos datos nos permiten inferir que la producción científica principalmente, por un lado, analiza aspectos relacionadas con gobernanza sanitaria, gobernanza en investigación médica, códigos de buen gobierno, códigos de conducta / ética profesional, declaraciones internacionales sobre cuestiones sociales y ambientales, rendición de cuentas, evaluación comparativa, presencia de la responsabilidad política, transparencia con las partes interesadas, sostenibilidad en salud, gestión responsable de los recursos, eficacia y eficiencia...

Y por otro lado, estudian trabajos relacionados con la participación de organizaciones no gubernamentales, mejora de los programas de voluntariado y trabajo social, programas de migración e interculturalidad, fomento de la investigación sobre la sostenibilidad, apoyo a las actividades de cooperación y desarrollo, satisfacción de la sociedad, inversión financiera en base a criterios de sostenibilidad, mejora en el diálogo con las partes interesadas, promoción y educación para la salud...

7.11.- Principales idiomas de publicación.

Otro relevante índice propuesto en estudios bibliométricos versa sobre los principales idiomas de publicación (Pérez et al., 2002; Lechuga Sancho, 2012; Leite et al., 2012 y Andrades, 2013).

El idioma inglés se erige como el idioma más frecuentemente empleado por la comunidad científica de nuestra base de datos, tal como se observa en la tabla nº 7.17. Casi de manera testimonial se situarían el idioma español, portugués, polaco y alemán, por este orden.

Tabla nº 7.17.: Principales idiomas de publicación.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| INGLES | 111 | 93,3 |
| ESPAÑOL | 4 | 3,36 |
| PORTUGUES | 2 | 1,68 |
| POLACO | 1 | 0,84 |
| ALEMAN | 1 | 0,84 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

8.- Conclusiones.

Junto a otros estudios bibliométricos, ante una tendencia anual positiva de publicaciones relacionadas con la RS así como de las citas recibidas, inferimos que el campo de la RS, y más concretamente en el contexto sanitario, se ha incrustado en la gestión sanitaria, con un importante y potencial, aunque incipiente, crecimiento en este campo de investigación (De Bakker, 2005; Leite et al., 2012; Lechuga Sancho, 2012; Andrades, 2013).

Tal como muestra la herramienta Essential Science Indicators (Thomson Reuters, 2014) la temática de la responsabilidad social es un frente candente de la investigación actual.

El tema de investigación de la RS dentro del entorno sanitario es mayormente estudiado en países desarrollados, aunque muestra una elevada dispersión geográfica, es especialmente relevante su estudio en países de América del Norte y Europa, y más significativamente en el ámbito de salud hospitalario.

A nivel de afiliación institucional, las universidades son las instituciones con mayor afiliación de primeros autores/as, lo que indica la gran relevancia que los estudios de esta área de conocimiento está incitando en la comunidad académica (Lechuga Sancho, 2012; Andrades, 2013). Destacan universidades estadounidenses y canadienses (Andrades, 2013).

La temática de la RS se encuentra muy dispersa en las revistas o fuentes bibliográficas, escaseando las revistas enfocadas al área de estudio de la RS, más concretamente en el contexto sanitario. (De Bakker, 2005; Leite et al., 2012; Lechuga Sancho, 2012; Andrades, 2013; Lu & Liu, 2014).

Es destacable que las revistas de categorías y las áreas de investigación de los artículos Servicios de ciencias de la salud sean las relevantes en esta temática. Cabe reseñar la aportación de las Disciplinas científicas de la educación, por el vínculo de la RS y educación médica al potencial impacto que genera en sus grupos de interés y en los futuros profesionales de la sanidad.

Los estudios analizados describen y analizan cuantitativa y cualitativamente aspectos de la RS en unidades sociales o entidades singulares, sin inferir relaciones. Esto indica que la RS en el contexto sanitario es un fenómeno incipiente que requiere más profundidad en su estudio y análisis.

En cuanto a los tópicos de estudio, la mayor parte de las referencias seleccionadas analizan la RS a través de estudios relacionados con el gobierno corporativo de centros sanitarios y artículos que manifiestan acciones orientadas a los grupos de interés del sistema sanitario.

Al igual que los resultados encontrados por Andrades (2013), podemos inferir que la RS en el contexto sanitario se sitúa en las dimensiones social y ética, aunque ésta última con resultados muy próximos a otras dimensiones (económica y medioambiental).

La dimensión/público objetivo con mayor proporción de referencias es la de gobierno corporativo y acciones orientadas a la sociedad.

El idioma inglés se erige como el idioma más frecuentemente empleado por la comunidad científica autora de nuestra base de datos. Casi de manera testimonial se situaría el idioma español, en segundo lugar.

Independientemente de que la RS sea una oportunidad para ganar una ventaja competitiva (Leite et al., 2012), las escasas referencias alusivas a la RS en el contexto sanitario desde una perspectiva global e integradora (Andrades, 2013) que permita la práctica de la RS en los procesos operacionales del núcleo de los centros sanitarios, hace inferir que la RS en este contexto no es tratada a un nivel estratégico y menos aún en la operativa multidimensional de los centros sanitarios, sino más bien a través de acciones aisladas, en su mayoría inconexas con una estrategia clara y definida.

Se muestra “gobierno corporativo”, como el tópico de RS en el contexto sanitario con mayor proporción y la dimensión o público objetivo identificado.

Parecen necesarios esfuerzos hacia la divulgación, sensibilización y promoción de la RS en el contexto sanitario por parte de gobiernos de países desarrollados y empresas, a través de programas de redes de colaboración y cooperación entre países de altos y bajos ingresos para fortalecer enlaces internacionales y promover la creación de capacidades (González & Sicuri, 2010), ello requiere de un seguimiento para evaluar la sostenibilidad de las mejoras en la salud de estas sociedades (Bradley et al., 2008).

Es decir, estos resultados avalan la necesidad de incrementar la producción científica en torno a la RS en el contexto sanitario, tanto desde el punto de vista empírico como trabajos de corte teórico y conceptual (Lechuga Sancho, 2012), con objeto de facilitar la comprensión del concepto de RS sanitaria.

9.- Limitaciones del estudio.

Coincidimos con otros estudios al afirmar que el uso de una sola base de datos, en nuestro caso Web of Science, a pesar de contener revistas con factor de impacto, es una limitación de este estudio bibliométrico de la literatura científica. Ya que es posible que haya artículos relevantes publicados en revistas que no están indexados en Web of Science, y no se incluyeron en este estudio (Leite et al., 2012).

El alcance del estudio, que oscila entre 1994 a primer cuatrimestre de 2014, hace suponer que no se hayan incorporado nuevos artículos o referencias (Andrades, 2013).

El análisis de los datos de la afiliación geográfica de los autores/as debe ser tratado con cautela por razones obvias de proporcionalidad poblacional.

Se han localizado datos de autores con errores, ya que cada autor/a a lo largo de su producción científica como investigador modifica la manera de firmar los artículos, en nuestro estudio en dos ocasiones WOS los considera como si de autores/as diferentes se tratase.

Existe una limitación en el cálculo del h-index ya que su obtención está supeditado a las base de datos de revistas a las que esté suscrita la organización, en nuestro caso la Universidad de Cádiz.

Así, esta investigación representa un trabajo preliminar. Es pertinente un análisis bibliométrico más completo con objeto de evaluar si estos resultados son replicables.

10.- Líneas futuras de investigación.

Seguidamente se aportan algunas posibles líneas futuras de investigación.

Se entiende como necesario la actualización del alcance del estudio bibliométrico hasta el momento presente, con objeto de integrar estudios recientes.

Con objeto de determinar la productividad científica según departamentos, se considera de interés analizar la afiliación departamental de los autores/as.

Tomando en consideración que gobierno corporativo es el tópico de RS en el contexto sanitario con mayor proporción y la dimensión o público objetivo identificado, se recomienda incluir en futuros estudios el análisis de la productividad del tópico "Corporate governance" en el contexto sanitario.

Profundizar en el sistema de recogida de información y análisis utilizado en las referencias como por ejemplo la realización de mapas conceptuales y redes de citaciones entre autores/as, con objeto de conocer la estructura de la creación del conocimiento del tema de estudio.

Para ahondar en la temática es evidente la importancia de realizar un análisis cualitativo de la producción científica de este objeto de estudio.

Desplegar estudios orientados a validar o proponer medidas y/o indicadores sobre el nivel de desarrollo de la RS en el contexto sanitario por medio de estudios empíricos.

Podría ser de interés considerar la ampliación del estudio al ámbito sociosanitario.

11.- Referencias.

- Andrades, F. J. (2013). *La responsabilidad social en las estrategias y oferta formativa de las universidades españolas: Evaluación y factores explicativos*. Universidad de Cádiz.
- Ansoff, H. I. (1979). *The changing shape of the strategic problem*. (C. W. Schendel, D.E. , Hofer, Ed.) (pp. 30–47). Boston: Strategic Management: A New View of Business Policy and Planning.
- Asociación Española de Contabilidad y Administración de empresas. (2004). *El marco conceptual de la RSC Corporativa*. (J. M. Lizcaino, J.L. y Moneva, Ed.).
- Aupperle, K. E., Carroll, A. B., & Hatfield, J. D. (1985). An Empirical Examination of the Relationship between Corporate Social Responsibility and Profitability. *The Academy of Management Journal*, 28(2), 446–463. doi:10.2307/256210
- Aupperle, K. E., Hatfield, J. D. & Carroll, A. B. (1983). Instrument Development and Application in Corporate Social Responsibility. *Academy of Management Proceedings*, 369–373.
- Banerjee, S. B. (2002). Corporate environmentalism: the construct and its measurement. *Journal of Business Research*, 55(3), 177–191. doi:10.1016/S0148-2963(00)00135-1
- Boelen, C. (1999). Adapting health care institutions and medical schools to societies needs. *Academic Medicine*, 74(8), S11–20. doi:10.1097/00001888-199908000-00024
- Boelen, C. (2000). *Towards unity for health: Challenges and opportunities for partnership in health development – A working paper*. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/hrh/documents/en/TUFH_challenges.pdf
- Boelen, C., & Woollard, B. (2009). Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Medical Education*, 43(9), 887–94. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x
- Boelen C; Heck JE. (1995). *Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools*. (p. 19). Geneva.
- Bowen, H. R. (1953). *Social responsibilities of the businessman*. New York: Harper and Row.
- Bradley, E., Hartwig, K. A., Rowe, L. A., Cherlin, E. J., Pashman, J., Wong, R., ... Abebe, Y. (2008). Hospital quality improvement in Ethiopia: a partnership-mentoring model. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 20(6), 392–9. doi:10.1093/intqhc/mzn042
- Brandão, C., Rego, G., Duarte, I., & Nunes, R. (2013). Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Health Care Analysis : HCA : Journal of Health Philosophy and Policy*, 21(4), 390–402. doi:10.1007/s10728-012-0206-3
- Bruhn, J. G. (1971). On social responsibility. *JOURNAL OF MEDICAL EDUCATION*, 46(2), 166–168.

- Butler, W. T. (1992). Academic medicine's season of accountability and social responsibility. *Academic Medicine*, 67(2), 68–73. doi:10.1097/00001888-199202000-00002
- Çakir, U., Çomaklı, K., & Yüksel, F. (2012). The role of cogeneration systems in sustainability of energy. *Energy Conversion and Management*, 63(SI), 196–202. doi:10.1016/j.enconman.2012.01.041
- Carrizo Sainero, G. (2000). Toward a concept of Bibliometrics. *Revista de Investigación Iberoamericana En Ciencia de La Información Y Documentación.*, 1(2). Retrieved from <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/multidoc/publicaciones/journal/>
- Carroll, A. B. (1979). A Three-Dimensional Conceptual Model of Corporate Performance. *The Academy of Management Review*, 4(4), 497–505. doi:10.2307/257850
- Carroll, A. B. (1983). Corporate social responsibility: Will industry respond to cutbacks in social program funding? *Vital Speeches of the Day.*, 49, 604–608.
- Carroll, A. B. (1991). The pyramid of corporate social responsibility: toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons*, 34(4), 39–48.
- Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. (2014). DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud. *Biblioteca Virtual de Salud*. Retrieved July 19, 2014, from <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- Cherrier, H. H., Russell, S. V., & Fielding, K. (2012). Corporate environmentalism and top management identity negotiation. *JOURNAL OF ORGANIZATIONAL CHANGE MANAGEMENT*, 25(4), 518–534. doi:10.1108/09534811211239209
- Clark, J. M. (1916). *The Changing Basis of Economic Responsibility*. *Journal of Political Economy* (Vol. 24, pp. 209–229). The University of Chicago Press. doi:10.2307/1819437
- Costa-Alcaraz, A. M., Calvo-Rigual, F., & Siurana-Aparisi, J. C. (2013). La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 137–47. doi:10.4321/S1135-57272013000200004
- Crane, D. (1969). Social structures in a group of scientist: a test of the “invisible college” hypothesis. *American Sociological Review*, 34(3), 335–352.
- Creswell, J. V. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. (2nd ed.). California: SAGE PUBLICATIONS, INC.
- Daniels, N., Bryant, J., Castano, R. A., Dantes, O. G., Khan, K. S., & Pannarunothai, S. (2000). Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 740–50. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2560780>
- Davis, K. (1960). Can Business Afford to Ignore Social Responsibilities? *California Management Review*.

- De Bakker, F. G. A. (2005). A Bibliometric Analysis of 30 Years of Research and Theory on Corporate Social Responsibility and Corporate Social Performance. *Business & Society*, 44(3), 283–317. doi:10.1177/0007650305278086
- Dendaluze, I. (2001). Ciencias sociales e investigación. In *XV Congreso de Estudios Vascos: Ciencia y cultura vasca, y redes telemáticas*. Donostia: Sociedad de Estudios Vascos.
- Donaldson, T., & Preston, L. E. (1995). The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications. *The Academy of Management Review*, 20(1), 65–91. doi:10.2307/258887
- Drucker, P. F. (1942). *The future of industrial man: a conservative approach*. London: Heinemann.
- Elkington, J. (1997). *Cannibals with Forks: Triple Bottom Line of 21st Century Business*. Capstone Publishing Limited. Oxford: Capstone Publishing Limited.
- Epstein, E. (1987). The corporate social policy process: Beyond business ethics, corporate social responsibility, and corporate social responsiveness. *California Management Review*, 29, 99–114.
- European Commission. (2002). Corporate Social Responsibility. In *Main Issue*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2011). *A renewed EU strategy 2011-14 for Corporate Social Responsibility*. *Zhurnal Eksperimental'noi i Teoreticheskoi Fiziki*. Brussels: European Commission. Retrieved from <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0681:FIN:EN:PDF>
- Faulkner, L. R., & McCurdy, R. L. (2000). Teaching Medical Students Social Responsibility: The Right Thing to Do. *Academic Medicine*, 75(4), 346–350. doi:10.1097/00001888-200004000-00010
- Fleet, L. J., Kirby, F., Cutler, S., Dunikowski, L., Nasmith, L., & Shaughnessy, R. (2008). Continuing professional development and social accountability: a review of the literature. *Journal of Interprofessional Care*, 22 Suppl 1, 15–29. doi:10.1080/13561820802028360
- Foro de Expertos de Responsabilidad Social Empresarial. (2005). Sesión de trabajo I, II y III: Definición y ámbito de la RSE. Retrieved July 06, 2014, from http://www.empleo.gob.es/es/sec_trabajo/autonomos/economia-soc/resposocempresas/foro_expertos/contenidos/INFORME_FOROEXPERTOS_RSE.pdf
- Frederick, W. (1960). The growing concern over business responsibility. *California Management Review*, 2, 54–61.
- Freeman, E. R. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.
- Friedman, M. (1962). *Capitalism and freedom*. Chicago: University of Chicago Press.
- Friedman, M. (1970). The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits. *New York Times Magazine*, 32–33, 122, 126. doi:10.1007/978-3-540-70818-6_14

- Gamm, L. D. (1996). Dimensions of accountability for not-for-profit hospitals and health systems. *Health Care Management Review*, 21(2), 74–86. doi:10.1097/00004010-199605000-00009
- González, R., & Sicuri, E. (2010). Insights into social responsibility in global health. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122(3-4), 59–61. doi:10.1007/s00508-009-1294-4
- Google. (2014). Google Drive. Retrieved July 19, 2014, from <https://www.google.com/intl/es/drive/>
- Goyder, G. (1961). *The responsible company*. Oxford: Basil Blackwell.
- Haberl, Helmut, Marina Fischer-Kowalski, Fridolin Krausmann, Helga Weisz, V. W. (2004). Progress towards sustainability? What the conceptual framework of material and energy flow accounting (MEFA) can offer. *Land Use Policy*, 21(3), 199–213. doi:10.1016/j.landusepol.2003.10.013
- Heald, M. (1957). Management's responsibility to society: The growth of an idea. *The Business History Review*, 31(4), 375–384.
- Heald, M. (1970). *The social responsibilities of business: Company and community, 1900-1960*. Cleveland, Ohio: Case Western Reserve University Press.
- Hernández Sampieri, R; Fernandez Collado, C & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Mexico, D.F.: Mc Graw Hill – Interamericana.
- Hess, D. (2008). The three pillars of corporate social reporting as new governance regulation: Disclosure, dialogue, and development. *Business Ethics Quarterly*, 18(4), 447–482.
- Hill, W Y; Fraser, I., & Cotton, P. (1998). Patients' voices, rights and responsibilities: On implementing social audit in primary health care. *JOURNAL OF BUSINESS ETHICS*, 17(13), 1481–1497. doi:10.1023/A:1006064118810
- Hirsch, J. E. (2005). An index to quantify an individual's scientific research output. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(46), 16569–72. doi:10.1073/pnas.0507655102
- Holmqvist, M. (2009). Corporate social responsibility as corporate social control: The case of work-site health promotion. *Scandinavian Journal of Management*, 25(1), 68–72. doi:10.1016/j.scaman.2008.08.001
- Hopkins, M. (1998). *The Planetary Bargain: Corporate Social Responsibility Comes of Age*. London: Macmillan.
- Idowu, S. O. (2008). An empirical study of what institutions of higher education in the UK consider to be their corporate social responsibility. In N. Aravossis, K and Brebbia, CA and Gomez (Ed.), *Environmental Economics and Investment Assessment II* (Vol. I, pp. 263–273). Southampton, UK: WIT Press. doi:10.2495/EEIA080261
- Institute for Scientific Information. (2014). Web of Science - WOS. Retrieved July 19, 2014, from <http://apps.webofknowledge.com/>

- International Bioethics Committee. (2010). *On social responsibility and health*. (p. 30). Paris. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001878/187899E.pdf>
- Jimali & Miurshak. (2007). Corporate Social Responsibility (CSR): Theory and Practice in a Developing Country Context. *Journal of Business Ethics*, 72(3), 243–262.
- Junta de Andalucía. Ley 2/98 de Salud de Andalucía (1998). Retrieved from <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/74/d1.pdf>
- Khoury G, R. J. & T. J. (1999). Corporate Social Responsibility: Turning Words into Action. In *Conference Board of Canada*. Ottawa.
- Krippendorff, K., & Wolfson, L. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. (p. 28). Paidós. Retrieved from <http://books.google.es/books?id=LLxY6i9P5SOC>
- Lafond, A. K. (1995). Sustainability in the health sector: The research study. *Health Policy and Planning*, 10(S), 1–5.
- Lantos, G. (2001). The boundaries of strategic corporate social responsibility. *Journal of Consumer Marketing*, 18(2), 595–630.
- Lantos, G. (2002). The ethicality of altruistic corporate social responsibility. *Journal of Consumer Marketing*, 19(3), 205–230.
- Larran, M. et al. (2014). *Análisis del nivel de implantación de políticas de responsabilidad social en las universidades españolas*. (1st ed.). Las Palmas de Gran Canaria: Conferencia de Consejos Sociales de las Universidades Públicas Españolas.
- Lechuga Sancho, M. P. (2012). *Diseño y validación de un instrumento de medida de las prácticas de responsabilidad social en la pequeñas y mediana empresa*. Universidad de Cádiz.
- Leite, L. R., Yagasaki, C. A., Van Aken, E., & Martins, R. A. (2012). Bibliometric Analysis of Literature on Performance Measurement Systems and Sustainability. *IIE Annual Conference. Proceedings*, 1–10. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1151083725?accountid=14495>
- Lu, L. Y. Y., & Liu, J. S. (2014). The Knowledge Diffusion Paths of Corporate Social Responsibility - From 1970 to 2011. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 21(2), 113–128. doi:10.1002/csr.1309
- McSherry, R., & Pearce, P. (2011). *Clinical Governance: A Guide to Implementation for Healthcare Professionals* (3rd ed.). London: John Wiley & Sons. Retrieved from <http://books.google.es/books?id=a6SzTJNEvQC>
- Meili, R., Ganem-Cuenca, A., Leung, J. W., & Zaleschuk, D. (2011). The CARE model of social accountability: promoting cultural change. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(9), 1114–9. doi:10.1097/ACM.0b013e318226adf6
- Mendeley Ltd. (2014). Mendeley. London. Retrieved from <http://www.mendeley.com/>

- Microsoft Corporation. (2010). Microsoft Excel 2010. Retrieved from <http://office.microsoft.com/es-es/microsoft-office-2010-FX100996036.aspx>
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Navarro, I., Pérez-Jover, V., & Vitaller, J. (2013). Diseño y validación de la escala RSC-HospitalES para medir responsabilidad social corporativa. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 27(6), 529–32. doi:10.1016/j.gaceta.2012.11.010
- Okubo, Y. (1997). *Bibliometric Indicators and Analysis of Research Systems: Methods and Examples*. (No. 1997/01). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/208277770603>
- OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2006).
- Organización Internacional del Trabajo. (2007). Guía de recursos sobre responsabilidad social de la empresa. Retrieved June 06, 2014, from <http://www.ilo.org/public/spanish/support/lib/resource/subject/csr.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Sistemas de salud. Retrieved November 11, 2014, from http://www.who.int/topics/health_systems/es/
- Pearce, J., P. R. and S. Z. (1997). *Social Auditing for Small Organisations*. New Economics Foundation. London: New Economics Foundation.
- Pérez Andrés, C., Estrada Lorenzo, J. M., Villar Álvarez, F., & Rebollo Rodríguez, M. J. (2002). Estudio bibliométrico de los artículos originales de la Revista Española de Salud Pública (1991-2000). Parte Primera: indicadores generales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 659–672. doi:10.1590/S1135-57272002000600003
- Phillips, C. B., Pearce, C. M., Hall, S., Travaglia, J., de Lusignan, S., Love, T., & Kljakovic, M. (2010). Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA*, 193(10), 602–607.
- Pinkston, T., & Carroll, A. (1996). A retrospective examination of CSR orientations: Have they changed? *Journal of Business Ethics*, 15(2), 199–206. doi:10.1007/BF00705587
- ProQuest Inc. (2014). ABI/INFORM Complete. Retrieved July 06, 2014, from http://www.proquest.com/products-services/abi_inform_complete.html
- Rahman, S. (2011). Evaluation of Definitions : Ten Dimensions of Corporate Social Responsibility. *World Review of Business Research*, 1(1), 166–176.
- Ramsden, V. R., McKay, S., & Crowe, J. (2010). The pursuit of excellence: engaging the community in participatory health research. *Global Health Promotion*, 17(4), 32–42. doi:10.1177/1757975910383929
- Ruger, J. P. (2011). Shared health governance. *The American Journal of Bioethics : AJOB*, 11(7), 32–45. doi:10.1080/15265161.2011.568577
- Sandhu, G., Garcha, I., Sleeth, J., Yeates, K., & Walker, G. R. (2013). AIDER: a model for social accountability in medical education and practice. *Medical Teacher*, 35(8), e1403–8. doi:10.3109/0142159X.2013.770134

- Schofield, A., & Bourgeois, D. (2010). Socially responsible medical education: innovations and challenges in a minority setting. *Medical Education*, 44(3), 263–71. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03573.x
- Sethi, S. P. (1975). Dimensions of corporate social performance: An analytic framework. *California Management Review*, 17, 58–64.
- SPSS Inc. (2002). SPSS para windows.
- Thomson Reuters. (2014). Web of Science. Retrieved July 06, 2014, from <http://wokinfo.com>
- Tountas, Y., Pavi, E., Tsamandouraki, K., Arkadopoulos, N., & Triantafyllou, D. (2004). Evaluation of the participation of Aretaieion Hospital, Greece in the WHO Pilot Project of Health Promoting Hospitals. *Health Promotion International*, 19(4), 453–62. doi:10.1093/heapro/dah407
- Tudor-Hart, J. (1995). Clinical and Economic Consequences of Patients as Producers. *Journal of Public Health Medicine*, 17(4), 383–386.
- Turnbull, S. (1995). The Need For stakeholder Councils In Social Audits. *Social and Environmental Accounting*, 15(2), 10–13.
- U.S. National Library of Medicine. (2014). Medical Subject Headings - MeSH. Retrieved July 19, 2014, from <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MeSHonDemand.html>
- UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. In *Actas de la Conferencia General 33ª reunión - volumen 1* (pp. 80–86). Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001428/142825s.pdf#page=85>
- Vogel, D. (2005). *The Market for Virtue. The Potential and Limits of Corporate Social Responsibility*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Walton, C. (1967). *Corporate social responsibilities*. Belmont, California.: Wadsworth.
- Weisz, U., Haas, W., Pelikan, J. M., & Schmied, H. (2011). Sustainable Hospitals: A Socio-Ecological Approach. *GAIA-ECOLOGICAL PERSPECTIVES FOR SCIENCE AND SOCIETY*, 20(3), 191–198.
- WHO. (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. In *Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Yakarta,: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
- Woodward-Clyde. (1999). Key Opportunities and Risks to New Zealand's Export Trade from Green Market Signals". In *Sustainable Management Fund Project 6117*. Auckland: New Zealand Trade and Development Board.
- Woollard, R. F. (2006). Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Medical Education*, 40(4), 301–13. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02416.x

Zadek, S. (1993). "The Social Audit of Traidcraft plc." *Social and Environmental Accounting*, 13(2), 5–6.

12.- ANEXOS.

ANEXO Nº 1: Resultados del análisis de descriptores en Ciencias de la Salud.

Búsqueda en DECS:

Sostenibilidad: no encontrada.

GOBIERNO:

- **Gobierno corporativo:** no encontrado.
- **Gobierno:** Government.
- **Corporativo:** no encontrado.

ÉTICA:

- **Ética:** Ethics
- **Ética institucional:** Ethics, Institutional

Sinónimos en español:

Ética en Instituciones de Salud

Ética en las Instituciones de Salud

Ética de las Instituciones de Salud: **Ethics in Health Care Institutions**

Ética de Hospital: **Hospital Ethics**

Ética en Hospitales

Ética de los Hospitales

Ética de Institución de Salud: **Ethics of Health Institution**

Ética en los Hospitales: **Ethics in Hospitals**

Ética Organizacional

Ética en las Organizaciones

- **Ética clínica:** Ethics, Medical.
- **Comités de ética:** Ethics Committees.

Sinónimos en español:

Comités de ética institucionales

- **Consultoría ética:** Ethics Consultation
- **Ética en los Negocios:** Ética Corporativa.

GOBERNANZA:

- **Gestión clínica:** Clinical Governance

RESPONSABILIDAD:

- **Responsabilidad Social:**
 - Social Responsibility.
 - Social Accountability:
 - Sustainability

Búsqueda en MeSH:

Ethics in Health Care Institutions

Hospital Ethics

Ethics of Health Institution

Ethics in Hospitals

Ethics, Medical.

social responsibility + health

social responsibility + Clinical Governance

social responsibility + hospitals

social responsibility + Health Care Institutions

social responsibility + primary health care

social responsibility + specialized health care

corporate social responsibility + Health Care Institutions

corporate social responsibility + Clinical Governance

corporate social responsibility + hospitals

corporate social responsibility + primary health care

corporate social responsibility + specialized health care

Social Accountability + Clinical Governance

Social Accountability + hospital

Social Accountability + Health Care Institutions

Social Accountability + primary health care

Social Accountability + specialized health care

Sustainability + Clinical Governance

Sustainability + hospital

Sustainability + Health Care Institutions

Sustainability + primary health care

Sustainability + specialized health care

ANEXO Nº 2: Resultados búsqueda de estudios bibliométricos ProQuest ABI/INFORM Complete / WOS.

| | Descriptores de la búsqueda | Resultados |
|---|---|------------|
| 1 | ("Social Responsibility") AND all(Bibliometric) AND all(Study) AND all(Health) AND all("Social Accountability") | 0 |
| 2 | ("Social Accountability") AND all(Bibliometric) AND all(Study) AND all(Health) | 0 |
| 3 | all("Social Responsibility") AND all(health) AND all("Citation analysis") | 0 |
| 4 | all("Social Responsibility") AND all("Citation analysis") | 8 |
| 5 | ("Social Responsibility") AND all(Bibliometric) AND all(Study) | 13 |
| 6 | ("Social Accountability") AND all(Bibliometric) AND all(Study) | 0 |

Fuente: ProQuest ABI/INFORM Complete y Web of Science WOS. Elaboración propia.

ANEXO Nº 3: Resultados de la estrategia de búsqueda en la colección principal del metabuscador Web of Science (WOS).

Colección principal de WOS

Alcance
1994-2014
(1er Cuatr)

| | Descriptores de la búsqueda | Referencias brutas |
|--|--|-----------------------|
| 1 | "social responsibility" + Clinical Governance | 1 |
| 2 | "social responsibility" + hospital | 41 |
| 3 | "social responsibility" + Health Care Institutions | 20 |
| 4 | "social responsibility" + primary health care | 18 |
| 5 | "social responsibility" + specialized health care | 2 |
| 6 | "corporate social responsibility" + Health Care Institutions | 3 |
| 7 | "corporate social responsibility" + Clinical Governance | 1 |
| 8 | "corporate social responsibility" + hospital | 11 |
| 9 | "corporate social responsibility" + primary health care | 3 |
| 10 | "corporate social responsibility" + specialized health care | 0 |
| 11 | Social Accountability + Clinical Governance | 7 |
| 12 | Social Accountability + hospital | 72 |
| 13 | Social Accountability + Health Care Institutions | 36 |
| 14 | Social Accountability + primary health care | 55 |
| 15 | Social Accountability + specialized health care | 5 |
| 16 | Sustainability + "Clinical Governance" | 21 |
| 17 | Sustainability + hospital | 548 |
| 18 | Sustainability + Health Care Institutions | 84 |
| 19 | Sustainability + "primary health care" | 116 |
| 20 | Sustainability + "specialized health care" | 2 |
| 21 | social responsibility + health | 538 |
| Fuente: Web of Science. Elaboración propia | | 1.582 |

ANEXO Nº 4: Áreas de investigación de las referencias seleccionadas.

| Áreas de investigación | registros | % |
|---|-----------|----|
| SERVICIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD | 41 | 34 |
| EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA | 21 | 18 |
| SALUD PUBLICA DEL MEDIO AMBIENTE Y OCUPACIONAL | 17 | 14 |
| MEDICINA INTERNA GENERAL | 16 | 13 |
| ECONOMÍA DE LA EMPRESA | 12 | 10 |
| OTROS TEMAS DE CIENCIAS SOCIALES | 11 | 9 |
| CIENCIAS AMBIENTALES ECOLOGÍA | 6 | 5 |
| CIENCIAS SOCIALES BIOMÉDICA | 6 | 5 |
| ENFERMERÍA | 5 | 4 |
| PSICOLOGÍA | 4 | 3 |
| INGENIERÍA | 4 | 3 |
| NUTRICIÓN DIETÉTICA | 3 | 3 |
| HISTORIA DE LA FILOSOFÍA DE LA CIENCIA | 3 | 3 |
| COMBUSTIBLES | 3 | 3 |
| ODONTOLOGÍA CIRUGÍA ORAL MEDICINA | 3 | 3 |
| SOCIOLOGIA | 2 | 2 |
| PEDIATRÍA | 2 | 2 |
| GINECO-OBSTETRICIA | 2 | 2 |
| MICROBIOLOGÍA | 2 | 2 |
| ÉTICA MÉDICA | 2 | 2 |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | 2 | 2 |
| LEY DE GOBIERNO | 2 | 2 |
| GERONTOLOGÍA GERIATRICA | 2 | 2 |
| UROLOGÍA NEFROLOGÍA | 1 | 1 |
| MEDICINA TROPICAL | 1 | 1 |
| TOXICOLOGÍA | 1 | 1 |
| TERMODINÁMICA | 1 | 1 |
| CIRUGÍA | 1 | 1 |
| TEMAS SOCIALES | 1 | 1 |
| REHABILITACIÓN | 1 | 1 |
| FÍSICA | 1 | 1 |
| ORTOPEDIA | 1 | 1 |
| INVESTIGACIÓN DE OPERACIONES EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN | 1 | 1 |
| NEUROCIENCIAS NEUROLOGÍA | 1 | 1 |
| INFORMÁTICA MÉDICA | 1 | 1 |
| MECÁNICA | 1 | 1 |
| MEDICINA LEGAL | 1 | 1 |
| MEDICINA INTEGRATIVA Y COMPLEMENTARIA | 1 | 1 |
| INMUNOLOGÍA | 1 | 1 |
| GEOLOGÍA | 1 | 1 |
| TECNOLOGÍA CIENCIAS DE LOS ALIMENTOS | 1 | 1 |

| | | |
|--|---|---|
| CRIMINOLOGÍA PENAL | 1 | 1 |
| TECNOLOGÍA DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS | 1 | 1 |
| AGRICULTURA | 1 | 1 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

ANEXO Nº 5: Categorías de las revistas.

| Categorías WOS | Referencias | % |
|---|--------------------|----------|
| SERVICIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD | 35 | 29 |
| DISCIPLINAS CIENTÍFICAS DE LA EDUCACIÓN | 19 | 16 |
| SALUD PUBLICA DEL MEDIO AMBIENTE Y OCUPACIONAL | 17 | 14 |
| SERVICIOS DE POLÍTICA DE SALUD | 17 | 14 |
| MEDICINA GENERAL INTERNA | 16 | 13 |
| ÉTICA | 10 | 8 |
| GESTIÓN | 7 | 6 |
| CIENCIAS SOCIALES BIOMÉDICA | 6 | 5 |
| CIENCIAS AMBIENTALES | 6 | 5 |
| ENFERMERÍA | 5 | 4 |
| NEGOCIO | 5 | 4 |
| NUTRICIÓN DIETÉTICA | 3 | 3 |
| HISTORIA DE LA FILOSOFÍA DE LA CIENCIA | 3 | 3 |
| COMBUSTIBLES | 3 | 3 |
| ODONTOLOGÍA CIRUGÍA ORAL MEDICINA | 3 | 3 |
| SOCIOLOGIA | 2 | 2 |
| PSICOLOGÍA CLÍNICA | 2 | 2 |
| PEDIATRÍA | 2 | 2 |
| GINECO-OBSTETRICIA | 2 | 2 |
| MICROBIOLOGÍA | 2 | 2 |
| ÉTICA MÉDICA | 2 | 2 |
| LEYES | 2 | 2 |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS | 2 | 2 |
| INGENIERÍA AMBIENTAL | 2 | 2 |
| EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA | 2 | 2 |
| UROLOGÍA NEFROLOGÍA | 1 | 1 |
| MEDICINA TROPICAL | 1 | 1 |
| TOXICOLOGÍA | 1 | 1 |
| TERMODINÁMICA | 1 | 1 |
| CIRUGÍA | 1 | 1 |
| CIENCIAS SOCIALES INTERDISCIPLINARIA | 1 | 1 |
| TEMAS SOCIALES | 1 | 1 |
| REHABILITACIÓN | 1 | 1 |
| PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO | 1 | 1 |
| PSICOLOGÍA APLICADA | 1 | 1 |
| PSICOLOGÍA | 1 | 1 |
| ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD | 1 | 1 |
| FÍSICA NUCLEAR | 1 | 1 |
| ORTOPEDIA | 1 | 1 |
| INVESTIGACIÓN DE OPERACIONES EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN | 1 | 1 |
| MEDICINA LEGAL | 1 | 1 |
| INFORMÁTICA MÉDICA | 1 | 1 |

| | | |
|--|---|---|
| MECÁNICA | 1 | 1 |
| MEDICINA INTEGRATIVA Y COMPLEMENTARIA | 1 | 1 |
| INMUNOLOGÍA | 1 | 1 |
| GERONTOLOGÍA | 1 | 1 |
| GERONTOLOGÍA GERIATRICA | 1 | 1 |
| GEOCIENCIAS MULTIDISPLINARIA | 1 | 1 |
| TECNOLOGÍA CIENCIAS DE LOS ALIMENTOS | 1 | 1 |
| ESTUIDOS AMBIENTALES | 1 | 1 |
| INGENIERÍA INDUSTRIAL | 1 | 1 |
| INGENIERÍA CIVIL | 1 | 1 |
| ECONÓMICAS | 1 | 1 |
| CRIMINOLOGÍA PENAL | 1 | 1 |
| TECNOLOGÍA DE LA CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS | 1 | 1 |
| NEUROLOGÍA CLÍNICA | 1 | 1 |
| FINANZAS EMPRESARIALES | 1 | 1 |
| POLÍTICA DE LA ECONOMÍA AGRÍCOLA | 1 | 1 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

ANEXO Nº 6: Afiliación geográfica de autores/as según países.

| Países/Territorios | Autores/as participantes | % |
|--------------------|--------------------------|----|
| USA | 41 | 30 |
| CANADA | 19 | 14 |
| INGLATERRA | 10 | 7 |
| BRASIL | 5 | 4 |
| SUIZA | 4 | 3 |
| ESPAÑA | 4 | 3 |
| PAÍSES BAJOS | 4 | 3 |
| ITALIA | 4 | 3 |
| FRANCIA | 4 | 3 |
| ALEMANIA | 3 | 2 |
| INDIA | 3 | 2 |
| AUSTRALIA | 3 | 2 |
| GALES | 2 | 1 |
| SUECIA | 2 | 1 |
| DINAMARCA | 2 | 1 |
| AUSTRIA | 2 | 1 |
| MEXICO | 2 | 1 |
| TURQUIA | 2 | 1 |
| ESLOVENIA | 1 | 1 |
| ESCOCIA | 1 | 1 |
| RUMANIA | 1 | 1 |
| PORTUGAL | 1 | 1 |
| POLONIA | 1 | 1 |
| NORUEGA | 1 | 1 |
| IRLANDA | 1 | 1 |
| GRECIA | 1 | 1 |
| BELGICA | 1 | 1 |
| COSTA RICA | 1 | 1 |
| COLOMBIA | 1 | 1 |
| TAIWAN | 1 | 1 |
| KOREA DEL SUR | 1 | 1 |
| CHINA | 1 | 1 |
| NEPAL | 1 | 1 |
| MALASIA | 1 | 1 |
| UGANDA | 1 | 1 |
| SUDAFRICA | 1 | 1 |
| NIGERIA | 1 | 1 |
| ETIOPIA | 1 | 1 |
| NUEVA ZELANDA | 1 | 1 |

Fuente: Web of Science WOS. Elaboración propia.

