

COMO PODEMOS OPTIMIZAR NUESTRAS RELACIONES EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS? VIAJANDO A TRAVÉS DE LAS REDES

Pilar Marqués Sánchez

Doutor Organización de Empresas/Grado en Enfermería/Licenciada en Humanidades/Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud/Universidad de León
pilar.marques@unileon.es

Maria F. Muñoz-Doyague

Doutor Organización de Empresas/Licenciada en Administración de Empresas/Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales/Universidad de León
s.munoz@unileon.es

RESÚMEN

El objetivo del presente estudio es demostrar empíricamente, que las redes sociales de los centros sanitarios influyen en la percepción que el trabajador tiene sobre el rendimiento. El marco utilizado fue el denominado Análisis de Redes Sociales (ARS), con el que se analizaron los constructos, utilizando medidas cuantitativas con los datos relacionales. El estudio incluyó una muestra de 177 profesionales sanitarios de un hospital y un centro de salud público, de España. La Metodología del ARS se utilizó para analizar la posición de los individuos en la Red de la Motivación. Las redes son distintas entre los médicos y el personal de Enfermería. Para la Enfermería, la Red Social de la Motivación influye en una mejor percepción del rendimiento. El rol que desempeña la Enfermera en el equipo puede utilizarse para mejorar el clima laboral, evitar conflictos y, por tanto, aumentar el rendimiento grupal.

Palabras-clave: Red social, enfermería, relaciones, rendimiento, organización sanitaria.

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo es una contribución científica que demuestra cómo la red social es una estructura que puede ser optimizada en las organizaciones sanitarias. A través de esta exposición, daremos respuestas a preguntas como qué es una red social, cuáles son los componentes que la integran, y qué tipo de aplicaciones resultan útiles para los centros sanitarios, los usuarios o incluso para la salud de la comunidad.

Existe consenso, en la literatura, en otorgar a Barnes (1954) el reconocimiento de haber sido el primero en utilizar explícitamente el término de red social. Su contribución tuvo lugar cuando analizó la dinámica de las relaciones que se establecían entre los habitantes de una aldea noruega de pescadores. En su estudio constató la existencia de una estructura social conformada por el parentesco, la amistad y las relaciones de vecindad, y caracterizada por la existencia de vínculos cambiantes. De la observación de esta estructura social surge la primera definición de red entendida como “un conjunto de puntos, algunos de los cuales están unidos por líneas. Los puntos son personas o grupos, y las líneas indican que los individuos interactúan mutuamente. Así, se podría pensar que el conjunto de la vida social genera una red de este tipo” (Barnes, 1954:43). Por lo tanto los elementos de la red social son los actores y las relaciones, a través de las cuales se pueden transmitir recursos como la motivación, implicando compromiso y optimismo, entre otros valores.

En esa misma década Nadel (1957) aplicó la Teoría de Grafos a la Sociología y a la Antropología concluyendo que una estructura social consiste en la articulación de elementos en la formación de una totalidad. En este sentido, tanto Barnes (1954) como Nadel (1957) definieron red como el conjunto de conexiones que vinculan a los individuos más allá de las categorías o de los atributos sociales. Ésta es la premisa más importante del concepto de red social y que, posteriormente, sería desarrollada por el profesor Harrinsson White y sus alumnos de la escuela de Harvard. Ellos definieron el constructo de “rol” en la estructura social, lo que viene a significar tener un determinado comportamiento definido por el patrón de relaciones que rodean al actor. Lograron traducir este término y otros relacionados con el comportamiento en la red, en términos matemáticos, creando un método denominado Análisis de Redes Sociales (ARS). El método recogía términos, análisis e interpretaciones procedentes de distintas disciplinas como las matemáticas, sociología y antropología, entre otras. Este hecho implicó la colaboración multisicisciplinar de distintos investigadores, convirtiendo al ARS en una metodología sólida y de gran reconocimiento en el mundo académico. Posteriormente, y en el sentido de profundizar en el concepto de rol social, Lorrain y White (1971) definieron la equivalencia estructural como el conjunto de individuos que tienen el mismo patrón de relaciones en la red, tanto de procedencia como de destino. Es decir, los comportamientos de los actores son el resultado de las relaciones que le rodean y, a su vez, ellos influyen en el mismo sentido. De esta forma, por ejemplo, si un patrón de relaciones desarrolla un comportamiento proactivo en un trabajador, podríamos conseguir que más trabajadores tuvieran ese mismo comportamiento si consiguiéramos los mismos patrones de relaciones.

Esta constatación es realmente relevante para nuestras organizaciones sanitarias e incluso para trasladarlo a los hábitos de salud en la comunidad. Nos puede facilitar información sobre cómo son las relaciones en una unidad hospitalaria, qué profesionales influyen más sobre los compañeros, por qué colaboran más unos compañeros que otros, por qué algunos ciudadanos están más obesos que otros, por qué algunos adolescentes consumen drogas, cuales son sus hobbies, etc.

Realmente, hay un núcleo importante de contribuciones empíricas y teóricas de **redes y organizaciones** aunque con una carencia importante en cuanto a las organizaciones sanitarias. Sin embargo, muchos de los estudios sobre liderazgo (Barric et al., 2007; Mehra et al., 2006), rendimiento (Barric et al., 2007) o relaciones entre la organización y los agentes externos (Birkinshaw et al., 2008; Fleming et al., 2007), pueden ser adaptados a nuestros intereses, especialmente aquellos cuyos resultados procedan de organizaciones con estructuras más interdependientes, puesto que esta característica está presente en las relaciones de los profesionales sanitarios (Marqués, 2010).

En cuanto a las investigaciones aplicadas a **redes y hábitos de salud** o salud en general, podemos señalar los estudios en tópicos como las enfermedades contagiosas a través de las relaciones heterosexuales (Ogilvie et al., 2005), las redes de adolescentes y la obesidad (Koehly y Loscalzo, 2009; Christakis y Fowler, 2007) o las redes y el apoyo social (Fernández, 2005). Son líneas relevantes especialmente para hacer aumentar la eficiencia y conseguir un sistema sanitario más sostenible.

Evidentemente, para llevar a cabo este tipo de estudios, se necesita aplicar una metodología que incluye una serie de programas informáticos especializados. Estos traducen los datos relacionales en los conceptos específicos del Análisis de Redes Sociales, y que sean de interés para la investigación. Se puede calcular y analizar, por ejemplo, qué distancia hay entre las relaciones de los adolescentes, qué grado de cohesión hay en el grupo de trabajo, qué grado de influencia existe sobre los profesionales con los que no se contacta directamente, etc. Cada una de estas cuestiones tiene su denominación o constructo propio. Uno de los programas con más visibilidad, y el cual ha sido utilizado para esta investigación, es UCINET (Borgatti, Everett, Freeman, 2002). Con

UCINET se cuantifican las relaciones y se pueden graficar, lo cual nos facilita una visión rápida de cómo se comporta una red entre los pacientes o entre los profesionales.

A continuación, se presenta un estudio llevado a cabo en un hospital y en un centro de salud, analizando los equipos de trabajo, y relacionando su comportamiento en la red con la percepción que ellos mismos tenían del rendimiento. Los **objetivos** establecidos fueron:

1. Estudiar la posición en la red de los profesionales sanitarios.
2. Analizar si existen diferencias entre los estamentos.
3. Determinar si la red de motivación está relacionada con el rendimiento.

2. METODOLOGIA

2.1. Situación

La investigación se llevó a cabo con médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería en un hospital y en un centro de salud de la Región de Castilla y León, en España. El proyecto fue presentado a los gerentes y a sus correspondientes Comités Éticos. Se firmó un consentimiento informado en el cual se reflejaba que todos los datos serían utilizados sólo con fines investigadores. Para mantener el anonimato, se denominó con otros nombres a las organizaciones: Saluda y Cuide.

2.2. Questionario de redes

La investigadora principal de este trabajo, entregó el cuestionario personalmente, a cada uno de los trabajadores, explicándoles su cumplimentación y motivándoles a participar. Para confeccionar el cuestionario de redes, se tomaron las siguientes decisiones con el objeto de mantener el rigor en la recogida y el tratamiento de los datos, y atendiendo a la literatura más relevante sobre este tópico. Las cuestiones más importantes fueron:

- La población para el análisis de redes estaba limitada; su número era todos los miembros de cada equipo de trabajo.
- Las redes con las que trabajamos son las denominadas “Tipo 1”, donde los actores que aparecen en las filas y columnas son los mismos, traduciéndose los datos a matrices cuadradas.
- Las relaciones se midieron según una escala tipo Likert en el cual 1 fue “no nunca” y 5 “siempre”
- Los atributos fueron: el estamento, la unidad sanitaria (o equipo de trabajo), la antigüedad en el servicio y el género.
- El programa informático utilizado para medir las relaciones fue UCINET compatible con SPSS y Excell.
- Todos los cuestionarios incluyeron una cláusula de confidencialidad.
- Este cuestionario fue revisado en el Gatton College (University of Kentucky), con la colaboración de los profesores Borgatti (co-autor de UCINET), Mehra y Labianca.

2.3. Plan de trabajo

Después de finalizar el trabajo de campo, los datos fueron leídos por medio de lectura óptica para evitar errores en el procesamiento. Hubo dos tipos de datos: los que recogía los datos de redes y los atributos de los trabajadores, y los que recogía los datos sobre rendimiento.

Los datos relacionales se transformaron en matrices, usando excell. Estas matrices se transportaron a UCINET (versión 6.128) para analizar la variable “liderazgo” en la red. Este cálculo

se llevó a cabo usando dos conceptos del Análisis de Redes Sociales: indegree y eigenvector. Los resultados se exportaron a SPSS (Statistical Program for Social Science, version 16.0) para realizar los análisis de correlaciones y regresiones.

Los datos del rendimiento, se recogieron por cada individuo y fueron también exportados al SPSS.

3. DESAROLLO

Bajo este epígrafe, vamos a justificar las variables dependientes e independientes de esta investigación: el rendimiento como variable dependiente y el liderazgo en la red como variable independiente.

3.1. Variable dependiente: El rendimiento

Para definir el rendimiento en este estudio, hemos propuesto una medida próxima a los aspectos relacionales (de red), de tal forma que un individuo evaluara al equipo del cual él mismo es parte. Para justificar este enfoque, nos basamos en el concepto de identidad explicado por Brickson (2000). La medida de rendimiento propuesta la hemos denominado Identificación Individual del Rendimiento Colectivo (IIRC) y se define como: la capacidad del individuo para evaluar a un conjunto de personas en cuanto a criterios de competencia, ejecución de procesos, y actitud de responsabilidad y de predisposición en su entorno laboral, de tal forma que la suma entre el número de personas y el individuo resulta el conjunto total a evaluar” (Marqués, 2010). La idea fue buscar una forma de evaluar el rendimiento que involucrara al propio trabajador y no al supervisor o a agentes externos.

Con este planteamiento, analizamos si la persona más líder dentro de una red, percibe realmente que su equipo rinde más, dando respuestas a las siguientes cuestiones:

1. Si un médico o enfermera es líder por estar en una posición central de la red debido a que comparte recursos, ¿percibe un mayor rendimiento?. Si la respuesta fuera positiva, parece lógico pensar que el profesional tiene un nivel de compromiso con su equipo y por eso comparte y percibe el rendimiento mayor. Si no se estableciera la relación, podríamos pensar que todo su liderazgo no lo percibe como útil en su grupo, lo que podría desembocar en temas de desmotivación.
2. ¿Qué diferencias existen entre médicos y enfermeras en cuanto a considerar si el compromiso y el entusiasmo (motivación) son útiles para aumentar el rendimiento?.
3. En consecuencia, el compromiso generado entre enfermeras y médicos en cuanto a optimizar sus relaciones para aumentar el rendimiento, ¿es el mismo?.

La medida de rendimiento se calculó desde un ítem profundamente estudiado desde la literatura de redes y de tópicos específicos de rendimiento en centros sanitarios (Sparrowe et al. 2001, Oh et al. 2004, Filipe & Dyson 2008; Patel et al. 2008, Lyroudi 2006; Filipe & Dyson 2008). Para materializar esta medida, los encuestados debían responder a este ítem que recogía 5 indicadores para explicar lo que era un buen rendimiento. El ítem era:

- Indique si considera que su equipo tiene un buen rendimiento. Un buen rendimiento es:
 - No hay errores en la medicación.
 - Los pacientes no se caen de las camas.
 - No se pierden pruebas diagnósticas.
 - No se gasta innecesariamente.

- El servicio está organizado.

El encuestado debía responder indicando una escala donde 5 era “completamente” y 1 “nada en absoluto”.

3.2. Variable independiente: liderazgo en la red social

El liderazgo lo definimos como la reputación de un actor en la red. Se analizó con dos constructos del Análisis de Redes Sociales. Uno el indegree (Mehra et al., 2006), que es el grado de relaciones que recibe un actor, es decir el número de personas que acude a él. El otro constructo es el grado de influencia que el profesional ejerce sobre otros compañeros con los cuales no está en contacto directo, denominado eigenvector centrality (Bonachich 1987 y Borgatti 2005). Este grado de liderazgo fue estudiado en la Red Social de la Motivación. La medida se llevó a cabo con el siguiente ítem:

Red Social de la Motivación

- Esta persona siempre me motiva
- *Breve explicación: siempre ve lo positivo, me da energía y me anima, es divertido.*

Es importante que los ítems vayan acompañados de una breve explicación con lenguaje cercano al encuestado y para disminuir el sesgo en las respuestas.

4. CONSIDERACIONES FINAL

4.1. La muestra

El cuestionario estaba dirigido a una población de 196 trabajadores. La tasa de respuesta efectiva del 84, 74%. En cuanto a la distribución por estamentos, en la organización Salúa el 27,85% era personal médico y el resto enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos de laboratorio. Con respecto a la organización Cuide, el 47,37% eran médicos y el porcentaje restante, personal de enfermería. Según la antigüedad, la media fue entre 11 y 20 años. La distribución por sexos, demostró que en Salúa (hospital) la mayor parte de los profesionales pertenecen al estamento de enfermería, con un 76,58%, mientras que esta diferencia no es tan manifiesta en el centro de salud, donde médicos y enfermeras representan un 50%, respectivamente.

4.2. Análisis exploratorio

En un análisis descriptivo, la media de respuesta en cuanto a la valoración del rendimiento fue de 3, 9930 (entre 1 y 5) con una desviación típica de 0,64455. Nadie puntuó a su servicio por debajo de 3. Este resultado podría reflejar que, en general los profesionales consideran que trabajan de forma satisfactoria y consiguen buenos resultados.

Tal y como ya se ha expuesto, el presente trabajo pretende analizar el liderazgo del profesional de enfermería dentro de su servicio. Sin embargo, para contextualizar su comportamiento relacional hubo que incluir a los demás estamentos porque de una forma u otra estaban presentes en el equipo. De todas formas, aunque esta decisión se llevó a cabo, los propios resultados de la investigación demostraron que ambos estamentos, personal médico y personal de enfermería estaban en un mismo equipo pero no se consideraban como miembros del mismo equipo. Tal conclusión puede extraerse con la representación de la red, donde puede observarse que la separación de los estamentos era manifiesta, tal y como aparece en la figura 1.

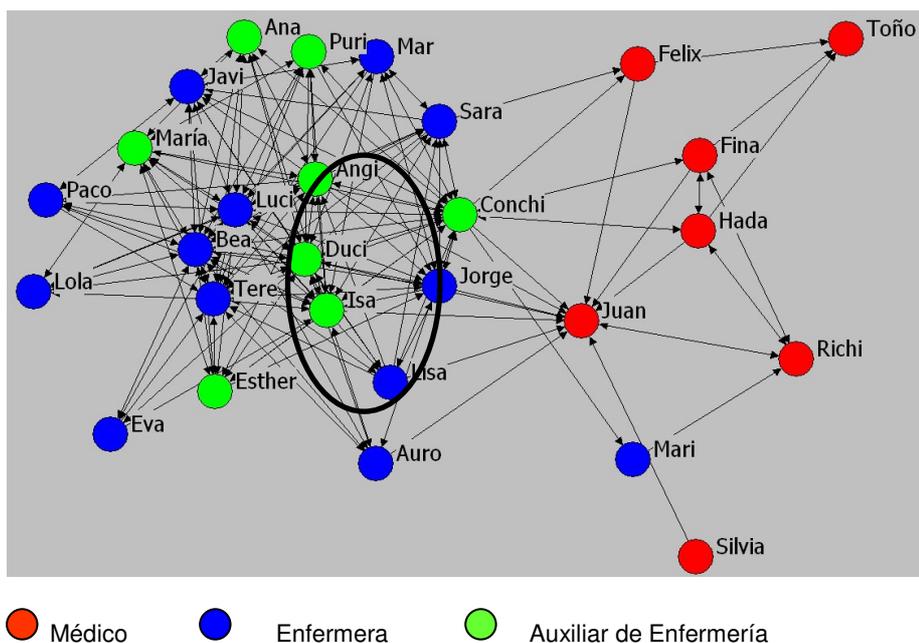


Figura 1: Red Social de Medicina Interna (nombres ficticios)

4.3. Análisis de fiabilidad

Las variables objeto de estudio fueron representadas por varios ítems, cuyo coeficiente de Alfa de Cronbach le otorgó la fiabilidad de 0,889.

4.4. Análisis explicativo

En el personal médico, el liderazgo en la Red Social de la Motivación, no ha sido estadísticamente significativos, mientras que sí lo ha sido para el personal de enfermería, donde esta variable es explicativa y predictiva del rendimiento (IIRC), con una bondad de ajuste R^2 de 0,118, cifra apta para las investigaciones en redes sociales, atendiendo a las recomendaciones de Klein et al. (2004) .

A la vista de los resultados, se ha demostrado que el liderazgo se puede obtener a través de las redes sociales presentes en los equipos de salud (servicios o departamentos). Para el personal de enfermería son realmente importantes los aspectos emocionales.

Por otra parte, es conveniente analizar los gráficos y observar cómo en la red de cualquier servicio, el personal de enfermería tiene un rol de liderazgo especial, capaz de servir de intermediario en las relaciones con el personal médico. Tal y como se ven en la figura 1 (Sara, Conchi y Jorge).

4.5. Discusión y conclusión

Los resultados demuestran que el liderazgo del personal de Enfermería se refleja de forma manifiesta en las redes de los equipos sanitarios. Además, estos profesionales consideran que ayudarse y motivarse son los aspectos más relevantes para que un servicio funcione correctamente. Esta conclusión se encuentra en la línea de otros estudios llevados a cabo en ámbitos no sanitarios, pero donde sí están presentes procesos de interdependencia en las tareas diarias (Barric et al., 2007). Este dato permite pensar que las enfermeras y las auxiliares trabajan, entre sí, de forma más coordinada en los procesos de atención al paciente, que con otros estamentos. Efectivamente, en la práctica diaria ésta es la dinámica habitual porque así están organizadas las actuaciones de los

profesionales, y porque las enfermeras y las auxiliares se necesitan más para llevar a cabo los cuidados de los pacientes.

Por otra parte, este liderazgo se concentra en un pequeño número de personas que son capaces de dar y pedir ayuda y motivación, traducándose en un desarrollo más eficaz del trabajo. Esta cuestión implica que se materializan dos valores importantes: la confianza y el optimismo o energía.

A la vista de los resultados, el Análisis de Redes Sociales (ARS) se perfila como una nueva herramienta para la gestión enfermera. Esta metodología podría ser útil para una re-definición de la cultura organizativa, difundiendo y contagiando valores, nuevas prácticas y elementos que propicien buenas actuaciones en beneficio de los pacientes y de la satisfacción de los trabajadores. Otra cuestión relevante sería utilizar el ARS para interpretar el rendimiento, de forma que se premie a aquellas enfermeras capaces de dar información, consejo, ayuda o motivación, aspectos importantes en la consecución de los objetivos para cualquier organización. Por último, parece que el personal de enfermería tiene un rol central en los equipos, y quizá esta posición esté poco optimizada por los directivos. En esta línea, se podrían diseñar nuevas fórmulas de actuación para eliminar la creación de subredes dentro de los servicios (redes de médicos y redes de enfermeras), de forma que se definan procesos de intervención y actuación más multidisciplinares.

A modo de conclusión final, este trabajo ha demostrado empíricamente que las redes sociales existen en los equipos sanitarios, y que los profesionales de enfermería desempeñan un rol de liderazgo al estar posicionados en el centro de la red. En este sentido, también se ha obtenido evidencia sobre que los aspectos colaborativos son interpretados como útiles por los propios profesionales, a la hora de desempeñar eficazmente su trabajo. De todo lo cual, puede extraerse que el ARS será una herramienta útil para los directivos, con la cual pueden observar como a través de una lupa, a su organización, metafóricamente hablando. Esta práctica les dará numerosa información sobre los aspectos relacionales positivos y negativos presentes y, por tanto, sobre las estrategias posibles para poner en práctica.

5. REFERENCIAS

BARNES, J.A. (1954): Class and committees in a Norwegian island parish. **Human Relations**, Vol 7, n 1, p. 39-58, 1954.

BARRICK, M.; BRADLEY, B.; KRISTOF-BROWN, A. & COLBERT, A. The moderating role of top management team interdependence: Implications for real teams and working groups. **Academy of Management Journal**. Vol 50, n 3, p. 544-557, 2007.

BIRKINSHAW, J.; HAMEL, G. & MOL, M.J. Management innovation. **Academy of Management Review**. Vol 33, n 4, p. 825-845, 2008,

BONACICH, S.P. Power and centrality: A family of measures. **American Journal of Sociology**. Vol, 92, p.1170-1182, 1987.

BORGATTI, S.P. Centrality and network flow. **Social Networks**. Vol 27, n 1, p. 55-75, 2005.

BORGATTI, S.P.; EVERETT, M.G. & FREEMAN, L.C. **Ucinet for Windows**: Software for Social Network Analysis, Harvard: Analytic Technologies, 2002.

BRICKSON, S. (2000): "The impact of identity orientation on individual and organizational outcomes in demographically diverse settings", **Academy of Management Review**. Vol 25, n 1, p. 82-101, 2000.

CHRISTAKIS, NA., FOWLWER, J.H. The spread of obesity in a large social network over 32 years. **The new England and Journal of Medicine**. Vol 9, p. 357-370, 2007.

FERNANDEZ, R. **Redes sociales, apoyo social y salud**. Perifèria. Vol 3. www.periferia.name. 2005.

FILIFE, C.A. & DYSON, R.G. On comparing the performance of primary care providers. **European Journal of Operational Research**. Vol 185, p. 915-932, 2008.

FLEMING, L; MINGO, S & CHEN D. Collaborative brokerage, generative creativity and creative success. **Administrative Science Quarterly**. Vol, 52, n 3, p. 443-474, 2007.

KLEIN, K.; LIM., B.C.; SALTZ, J. & MAYER, D. How do they get there?. An examination of the antecedents of centrality in team networks. **Academy of Management Journal**. Vol 47, n 6, p. 952-963, 2004.

KOEHLI, L. & LOSCALZO, A. Adolescent obesity and social networks. **Prev. Chronic Dis**. Vol 6, n 3, A99 , 2009.

LORRAIN, F. & WHITE, H.C. Structural equivalence of individuals in social networks. **Journal of Mathematical Sociology**. Vol 1, p. 49-80, 1971.

LYROUDI, K.; GLAVELI, N.; KOULAKIOTIS, A. & ANGELIDIS, D. The productive performance of public hospital clinics in Greece: A case study. **Health Services Management Research**. Vol 19, p. 67-72, 2006.

MARQUÉS P. **Redes Sociales y rendimiento en las organizaciones**: un estudio en el sector sanitario. Tesis Doctoral. Universidad de León, 2010. <https://buleria.unileon.es/handle/10612/17>

MOLINA, J.L.; QUIROGA, A.; MARTÍ, J.; JARIEGO, I y FEDERICO, A. **Autoformación con programas informáticos de análisis de redes sociales**, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2006.

NADEL, S.F. The theory of social structure, New York: Free Press, 1957 en WASSERMAN, S. & FAUST, K. **Social network analysis**: Methods and applications, Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

OGILVIE, G., KNOWLES, L., WONG, E. TAYLOR, D. TIGCHELAAR, J., BRUNT, C., JAMES, L. MAGINLEY, J., JONES, H., & REKART, M.L. Incorporating a social networking approach to enhance contact tracing in a heterosexual outbreak of syphilis. **Sex Transm Infect**. Vol. 81, p. 124-127, 2005.

OH, H.; CHUNG, M.H. & LABIANCA, G. Group social capital and group effectiveness: The role of informal socializing ties. **Academy of Management Journal**. Vol 47, n 6, p. 860-875, 2004.

PATEL, B.; CHAUSSALET, T. & MILLARD, P. Balancing the NHS balanced scorecard. **European Journal of Operational Research**. Vol 185, p. 905-914, 2008.

SPARROWE, R.; LIDEN, R.; WAYNE. S. & KRAIMER, M. Social networks and the performance of individuals and groups. **Academy of Management Journal**. Vol 44, n 2, p 316-325, 2001.