

Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería

RESUMEN

Artículo de reflexión sobre los conceptos de autonomía y liderazgo en la enfermería y cómo ellos se relacionan con el quehacer profesional, especialmente en Chile. Se analizan las limitaciones existentes y, finalmente, se hacen sugerencias, con la finalidad de orientar a las enfermeras para que lideren con autonomía el cuidado y su gestión.

PALABRAS CLAVE

Autonomía profesional, liderazgo, enfermería (Fuente: DeCS, Bireme).

Thoughts on Autonomy and Leadership in Nursing

ABSTRACT

The article reflects on the concepts of autonomy and leadership in nursing and how they relate to professional practice, especially in Chile. Existing constraints are analyzed and, ultimately, suggestions are made to guide nurses on leading care and care management in an autonomous way.

KEYWORDS

Professional autonomy, leadership, nursing (Source: MeSH, Bireme).

DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.12

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Guerrero-Núñez S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan*. 2015;15(1):129-140. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.1.12

1 Magíster en Salud Pública. Estudiante del programa Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción. Chile. Académica en Universidad de Atacama, Copiapó, Chile. saraguerrero@udec.cl, sara.guerrero@uda.cl

2 Doctora en Enfermería. Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. patcid@udec.cl

Uma reflexão sobre a autonomia e a liderança na enfermagem

RESUMO

Artigo de reflexão sobre os conceitos de autonomia e liderança na enfermagem e como eles se relacionam no fazer profissional, especialmente no Chile. Analisam-se as limitações existentes e, finalmente, fazem-se sugestões a fim de orientar os enfermeiros para que liderem com autonomia o cuidado e sua gestão.

PALAVRAS-CHAVE

Autonomia profissional, liderança, enfermagem (Fonte: DeCS, Bireme).

Introducción

La historia de la enfermería da cuenta de una evolución importante en cuanto a profesión y disciplina. Lo anterior ha permitido la incorporación de conceptos hoy imperativos, entre ellos la autonomía y el liderazgo, los cuales no siempre fueron considerados con el mismo valor. Estos cambios significaron el posicionamiento de la enfermería como profesión autónoma, satisfaciendo las necesidades de cuidados y asumiendo la responsabilidad de liderar la gestión de los mismos en las personas, las familias, los grupos y la comunidad, conforme a los fundamentos históricos, filosóficos, científicos y legislativos.

La autonomía y el liderazgo corresponden a conceptos necesarios en la enfermería, y si bien estos han sido cuestionados por poderes hegemónicos en el sistema de salud, surgen como deber ético producto de la profesionalización del cuidado.

Desde 1997, la legislación chilena reconoce la función de la enfermera, incorporándola por medio de la Ley 19.536 al Código Sanitario del país. El artículo 113 del Código señalado, da cuenta del rol social que la enfermera cumple en el país. Posteriormente, y como producto de la Reforma en la salud chilena, la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria establece la gestión del cuidado como requisito mínimo y común en la reorganización de los servicios de salud, hospitales y centros de atención ambulatoria, lo cual estructura la legalidad en la instalación de unidades responsables de dicha gestión. Sumado a lo anterior, en el año 2007, y con la finalidad de hacer operativa la implementación de las unidades de gestión del cuidado, se aprueba la Norma General Administrativa 19, que establece el Modelo de Gestión del Cuidado para la atención cerrada.

Si bien la legislación ha incorporado aspectos que fortalecen el quehacer autónomo de enfermería, esto no necesariamente ha desarrollado en las profesionales la capacidad de liderar, condición necesaria en todas las enfermeras, pues la sociedad ha demandado a estas profesionales la gestión del cuidado. Para ejercer el liderazgo se requiere la aplicación del pensamiento crítico en la toma de decisiones, resolución de conflictos y también en la gestión del cuidado con estándares de calidad. El liderazgo como habilidad humana que fortalece la dirección y la gestión, se constituirá en la condición para que la enfermera y su equipo alcancen los objetivos del sistema de cuidados.

Este documento tiene por objetivo efectuar una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería, y pretende iniciar un análisis con miradas al futuro sobre el estado del arte en el país, las limitaciones existentes y las estrategias que las enfermeras deberían considerar para potenciar un liderazgo y ejercicio autónomo del cuidado y su gestión.

De sumisión a posición autónoma

Los diferentes roles que la enfermería ha ostentado en la sociedad han sido producto de la influencia ocasionada por los contextos históricos, políticos, económicos y sociales, incluyendo la mirada de género (1-3). Por tanto, es necesario que previo a un análisis sobre el estado del arte actual, en tanto al ejercicio de la autonomía y el liderazgo, se recuerden dichas influencias para comprender el impacto que han ocasionado en el presente siglo.

Al efectuar un recorrido a través de la historia, se logra visualizar que los cuidados transitaron desde una etapa doméstica a una profesional, donde el cuidado basado en la experiencia y el conocimiento natural, se transforma en uno caracterizado por concepciones cristianas y religiosas, para pasar luego por una tecnificación de los cuidados. Finalmente, los cuidados de enfermería se convierten en una actividad profesional, momento en que se teorizó sobre este concepto (4). Lo anterior significó pasar desde un sitio de desconocimiento y sin identidad profesional, producido por la carencia de un cuerpo de conocimientos propios de la enfermería, a ubicarse en una profesión cuyo centro de estudio es el cuidado, acto de exclusiva responsabilidad de la enfermera (5, 6). En esta transición, pareciera ser que poco antes de la enfermería moderna, las características de sumisión, docilidad y carencia de cuestionamientos a las labores médicas se consideraban una impronta necesaria en la formación de las enfermeras (7). El cuidado era realizado de manera dependiente; “esta idea de cuidado va estrechamente unida a la obediencia y a la capacidad de ejecutar eficazmente las órdenes del médico” (8). En Chile, en las décadas de cuarenta y sesenta, las Escuelas de Enfermería tenían como requisito de admisibilidad la sumisión, obediencia y respeto a las estructuras de poder (1). Dado lo anterior, la práctica de la enfermería en esta época no requería de conocimientos especializados sobre el cuidado, lo que generaba así un desvalor de los conceptos de autonomía y liderazgo en la disciplina que tanto se valoran en la actualidad.

El momento histórico internacional más importante para enfermería, en cuanto a autonomía y liderazgo se refiere, concierne a la etapa profesional de los cuidados, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, periodo donde surge un fenómeno de búsqueda del cuerpo de conocimientos propios, destacando así los postulados en las filosofías, los modelos y las teorías de enfermería, convirtiéndola en una disciplina académica y en una profesión con su propio cuerpo de conocimientos (9). De esta manera, enfermería, por su concepción filosófica e histórica, se instala en una posición reconocida internacionalmente, distinguiéndola como profesión autónoma en el trabajo interdisciplinario y líder en la entrega de cuidados a las personas, familias y comunidades (10, 11).

El Consejo Internacional de Enfermeras declara que:

[...] la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (12).

Para la citada definición, es conveniente tener presente que Patricia W. Iyer clasifica las actividades de enfermería en tres áreas: independientes, interdependientes y dependientes, señalando que el ejercicio de la profesión contempla la toma de decisiones y su actuación correspondiente (13). Por tanto, la actividad de cognición en la toma de decisiones y, por consiguiente, el acto mismo que involucra, requieren de un pensamiento crítico que corresponde a un evento de permanente ejercicio en las enfermeras, con la finalidad de intervenir con decisiones asertivas y que brinden bienestar en los pacientes y las instituciones de salud. La deliberación en la toma de decisiones y la ejecución de la decisión, corresponden a un actuar autónomo de la profesión, especialmente en aquellas actividades de tipo independiente.

En Chile, el progreso autónomo de la profesión de enfermería evidencia un crecimiento y consolidación en términos de las facultades legales que respaldan el quehacer de las enfermeras. Desde el año 1997, la Ley 19.536 incorpora la profesión enfermera al Código Sanitario, definiendo su rol en sociedad y categorizando sus actividades en tres funciones principales: gestión del cuida-

do, ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente (14).

Para la implementación de la última reforma de salud, el Gobierno declaró cinco leyes como pilares para el fortalecimiento del Sistema de Salud, una de ellas corresponde a la Ley de Autoridad Sanitaria (19.937), que establece la gestión del cuidado como requisito mínimo y común en la reorganización de los servicios de salud, hospitales y centros de atención ambulatoria (15). Posteriormente, el Ministerio de Salud instauró la Norma General Administrativa 19, dirigida a la gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada, definiendo a esta gestión como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados (16). La norma establece la implementación de un Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería en los establecimientos de alta y mediana complejidad de la atención cerrada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, donde las Unidades de Gestión del Cuidado contarán con atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural, y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud (16).

Con base en lo anterior, y por medio de la gestión del cuidado, las enfermeras deberán generar un modelo de gestión que permita dar cumplimiento a los tres deberes que establece la legislación (gestión del cuidado, ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, y velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente), especialmente en la gestión del cuidado, que corresponde al acto de exclusividad para la profesión de enfermería. Por tanto en Chile, el Legislador ha otorgado a la profesión de enfermería la responsabilidad y atribución para su quehacer autónomo, pues se han definido los tres deberes en el Código Sanitario, y por medio de la Ley 19.937 y la Norma General Administrativa 19, se han precisado los alcances que la profesional puede llegar a realizar.

Es innegable que lo demandado por el legislador manifiesta el progreso autónomo en la profesión, lo cual es coherente con lo requerido a nivel internacional, pues necesariamente involucra la incorporación de conocimientos, actitudes y destrezas, las cuales antes no eran requeridas en las enfermeras. Los cambios sociales han exigido que enfermería como profesión evolucione,

de tal manera de ser relevante para la sociedad (17); por esta razón, la disciplina ha dado un salto importante desde el cuidado doméstico hasta la profesionalización del mismo. Dado lo anterior, resulta provechoso para estas profesionales aprender de su legado histórico, reconocer dicha importancia y proyectarse en esta realidad profesionalizada.

Después del análisis expuesto, y en razón de las condiciones legales que posee la enfermería en Chile, no es cuestionable que sea considerada una profesión autónoma. Lo que sí es discutible es si ella, con todos sus fundamentos históricos, filosóficos, científicos y legales, ejerce la autonomía y el liderazgo que la sociedad le ha conferido y los cuales demanda permanentemente.

Autonomía y liderazgo en enfermería: piedras angulares para la entrega de cuidados

La Real Academia Española ha definido, entre muchas otras acepciones, que autonomía es la “Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie” (18). En este sentido, y para fines del actual análisis, se entenderá por autonomía en enfermería a la toma de decisiones, y la ejecución de actos del cuidar, en que no medie la necesidad de supervisión por parte de un profesional del equipo interdisciplinario. Para ello, la enfermera fundamentará su actuar con el conocimiento de su disciplina, y también se apoyará en otras que permitan un abordaje integral de la persona, la familia, el grupo o la comunidad receptora de dicho cuidado.

La formación profesional de la enfermera debe forjar el actuar con libertad y responsabilidad, y la posesión de conocimientos, actitudes y habilidades en la toma de decisiones (19), las cuales deberán ser ejercidas con la autonomía reconocida por la legislación chilena, señalada en el Código Sanitario, Ley de Autoridad Sanitaria y Norma General Administrativa 19, brindando así una gestión del cuidado cimentada en aspectos filosóficos, históricos, científicos y también legislativos.

Si bien las condiciones legales chilenas presuponen un ejercicio autónomo de la profesión, estableciendo un ámbito de acción independiente y colaborativo, la real ejecución de una labor profesional autónoma sigue siendo aún tema de reflexión. El filósofo francés Foucault efectúa un análisis sobre el poder y cómo enfermería se relaciona y convive con él. Amezúa se refiere al filósofo y señala:

Ya el mismo Foucault, desde su cátedra del Collège de France, se refirió al saber enfermero como uno de los muchos saberes sometidos (Foucault, 2002), un saber silencioso y silenciado que según Meleis se da cuando se deja de abstraer y organizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar (Meleis, 1997) (20).

Dialogando sobre este saber silencioso que define Foucault, Meleis señala cómo este puede develarse por medio de la sistematización y publicación de dicho conocimiento.

Enfermería, como profesión autónoma, y con la finalidad de contravenir a los poderes que pudieran surgir para someter y no develar la autonomía que posee producto de su saber (poder experto), debe hacer uso del amplio conocimiento del cual dispone como disciplina. En este sentido, Ann Marriner indica que “una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan” (9). La misma autora menciona que por la incorporación de la teoría de enfermería en la profesión, esta “funciona de manera autónoma para formular estrategias profesionales y, por tanto, controlar la actividad profesional” (9). Cabe, entonces, reconocer la importancia tal del conocimiento y la aplicación de la disciplina de enfermería a los deberes del cuidar, pues de esta manera serán las mismas enfermeras quienes confeccionen las estrategias, controlen y regulen su actividad profesional, sin requerir para ello la supervisión de otro profesional.

Para que el saber silencioso mencionado por Foucault se libere de esta sumisión y sigilo, se debe no solo estudiar en el pregrado o posgrado las teorías de enfermería, sino además incorporarlas en el acto mismo del cuidar, lo cual permitirá un actuar autónomo y fundado en la ciencia. En sintonía con lo anterior, la práctica de enfermería basada en la evidencia se sitúa como una estrategia fundamental, donde gracias a la investigación en el área se transita de un paradigma del hacer rutinario y “porque siempre se hizo así” a una práctica basada en la ciencia y con demostración de evidencias que aseguren, de cierta manera, una entrega de cuidados de calidad. La práctica de enfermería basada en la evidencia enfatiza en su evaluación sistemática, no solo para verificar la calidad, sino también para evaluar su aplicabilidad (21). Lo anterior requiere de un desarrollo en la investigación, y si bien en enfermería ha existido un crecimiento científico con implicaciones en la práctica (22), este ha sido incipiente y con una

evolución lenta, lo cual ha repercutido en la atención del paciente. La investigación sigue estando muy distanciada de la realidad práctica, ocasionando que las enfermeras clínicas sigan viendo a la investigación como algo complejo, distanciado y difícil de comprender (23). En esta segregación donde la enfermería investigativa se distancia de la práctica, se genera un panorama en que la disciplina delimita parcelas de conocimiento que reserva para sí (20), lo cual repercute en el desarrollo de su autonomía y liderazgo, de su saber y su hacer. La investigación traslacional viene a resolver este problema, pues une indisolublemente la investigación y la práctica (24), generando un diálogo permanente entre ambas.

En esta reflexión del ejercicio autónomo de la profesión, en la cual se cuestiona si para ello se han tomado las medidas que conciernen a la incorporación de la disciplina de enfermería a la práctica del cuidar, con la finalidad de ahondar en la esencia profesional y proyectar al medio su actuar profesional, es inquietante razonar sobre lo referido por algunos autores (25), quienes citando a Fajardo y Germán, señalan: “Este cuidado se puede dividir en dos categorías, el cuidado técnico relacionado con la tecnología médica, reconocido social y profesionalmente; y el cuidado invisible, que acompaña al acto médico, infravalorado universalmente” (3). Producto del aumento y la incorporación de la tecnología a todas las áreas del saber humano, entre ellas también las disciplinas y profesiones de la salud, la atención en salud se ha hecho más tecnicada en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, arrastrando al cuidado a un área de completa tecnicidad, donde la calidad de los cuidados se orienta a una gestión del cuidado con breve tiempo destinado a la atención directa de las personas, otorgando mayor importancia a la administración que al cuidado mismo. En este sentido, el riesgo para enfermería consiste en que ella se pliegue a las demandas del poder hegemónico médico, sin responder a las demandas de su profesión y aquellas que emanan de la sociedad (26).

En esta clasificación del cuidado (visible e invisible), el primero de ellos ha sido comentado como el acto de mayor valor en la sociedad y entre los profesionales del equipo interdisciplinario. Por otra parte, el cuidado invisible reúne en su esencia la ciencia de la enfermería, pues permite un cuidado integral de la persona, la familia y la comunidad, para aplicar entre ellos la contención, la escucha activa, la educación, la investigación y todos aquellos cuidados propios de una asistencia directa. Es importante reflexionar que los cuidados visibles no siempre median la autonomía

profesional, pues según el Código Sanitario chileno, hacen referencia a los actos derivados del diagnóstico y tratamiento médico. Por otra parte, un aspecto menos visible en las instituciones de salud corresponde a la gestión del cuidado, es decir, actos que deben ser gobernados por el ejercicio autónomo de la profesión.

En este artículo ya se ha señalado que en Chile la enfermería dispone de las condiciones legales que podrían suponer un ejercicio autónomo de la profesión, además de los fundamentos históricos, filosóficos y científicos que respaldarían dicho ejercicio. Para ello, las enfermeras deben ejercer la gestión del cuidado en el continuo salud-enfermedad, y desde el ciclo vital individual del recién nacido hasta el adulto mayor, con la incorporación de las familias, los grupos y las comunidades a las cuales pertenecen. Conforme a lo señalado, será su desafío seguir en la búsqueda de ahondar en la consolidación de esa autonomía, por medio de la investigación y el fortalecimiento de su identidad profesional.

Dado el avance de la reflexión, es conveniente reforzar entonces que enfermería dispone de autonomía en cuanto al saber, es decir, los conocimientos que respaldan una práctica autónoma, pero lo que sigue siendo confuso es el ejercicio de la autonomía en cuanto al saber ser (actitud) y al saber hacer (habilidades), pues la adquisición de autonomía conlleva una integralidad, y no concierne solamente a la aplicación de técnicas específicas sin la supervisión de otro profesional, sino que además se refiere a la toma de decisiones, la libertad de acción y la aplicación de criterios en los cuidados otorgados. En este mismo sentido, y relacionado con la dificultad en el saber ser y saber hacer, la enfermera en su trabajo “posee dificultades en tratar con conflictos y en desempeñar el liderazgo en el ámbito hospitalario” (27). Esta dificultad en el desarrollo de habilidades para la gestión de los cuidados (liderazgo y autonomía) puede ocasionar frustración del líder y de los miembros del equipo.

El liderazgo en enfermería tiene directa relación con la iniciativa del ejercicio autónomo. El liderazgo se puede entender como la influencia para hacer que las personas se esfuercen voluntariamente hacia el logro de las metas de grupo (28). La enfermera deberá guiar al equipo de profesionales y técnicos a su cargo, utilizando el máximo de sus capacidades, y motivando al equipo que lidera (29), con la finalidad de llegar al cumplimiento no solo de las metas institucionales, sino de aquellas metas u objetivos del cuidado (30), entre ellas la promoción de salud en las personas y los grupos, la satisfacción de los usuarios y seguridad de los

pacientes (31) y, también, la administración de los recursos de asistencia. Teorizando al respecto, el liderazgo es un concepto que se ha instaurado en la administración y gestión de enfermería, pues ha resultado ser un elemento importante para la organización de los cuidados y para el devenir de las instituciones de salud (29). El liderazgo se construye a lo largo de la formación profesional y como seres humanos (30), y debe ser una característica necesaria en quien dirige. Lamentablemente, solo algunos la poseen, pues no todos la han sabido desarrollar. Esta cualidad permite obtener el reconocimiento del grupo, comunicarse efectivamente y resolver los problemas de manera oportuna.

En su deber de gestionar el cuidado, las enfermeras tienen la responsabilidad de liderar su mejor administración, usando para ello un pensamiento crítico que gobierne las capacidades cognitivas, y persuadiendo positivamente con habilidades y actitudes que orienten al logro de las metas propuestas para la ejecución del cuidado. Dada la estructura y dinámica del sistema de cuidado, las enfermeras pertenecerán a un equipo de salud y también serán responsables de liderar a profesionales, técnicos en enfermería y auxiliares. Esta forma de trabajo demanda que las enfermeras no solo asuman la dirección del sistema de cuidado, sino que además acompañen a la dirección con un adecuado liderazgo. Para ello, se debe tener presente el contexto en el cual se desenvolverán, pues se debe analizar el tipo de liderazgo que se ha de ejercer, considerando para ello la decisión por sí misma, las personas que participan en la organización, los beneficios o las consecuencias de la decisión, y la experiencia o los conocimientos necesarios para la resolución de conflictos.

Balderas hace referencia a tres tipos de liderazgo (28): el liderazgo autocrático, que pone énfasis en el enfermero líder, siendo él quien toma las decisiones, imponiendo su criterio e informando las órdenes al personal a cargo. En cuanto al liderazgo democrático, el enfermero líder es un integrante más del equipo, estimulando al personal a cargo en la elección y realización de sus funciones y tareas. Finalmente, en el liderazgo liberal, el enfermero líder limita su participación, centrando su interés en el personal y entrega a este la capacidad de decidir.

Es indudable que en la medida que se ejerza un adecuado liderazgo, los problemas en la gerencia serán más sencillos de resolver. Lamentablemente, esto no siempre sucede en la realidad, pues en un extremo se encuentran las enfermeras que en su interés de no enfrentarse a posibles conflictos, delegan al personal técnico las actividades de su responsabilidad. Este liderazgo de

tipo liberal, trae consigo una dispersión en la toma de decisiones, con una dirección acéfala y, por consiguiente, un personal con escasa identificación con los valores y compromisos laborales. Paralelo a ello, existe el riesgo de haber tomado decisiones que requirieron de la experiencia y el conocimiento de quien dirige, pero que desfavorablemente acentuaron la arbitrariedad perceptiva en la decisión. En el otro extremo, pero no menos ejercido, están quienes siempre lideran de manera autocrática, lo que lleva a una resistencia permanente en el equipo, donde probablemente se puede llegar al logro de objetivos, pero ocasionará una continua desmotivación de quienes participan en la entrega del cuidado, e impedirá estimular el pensamiento crítico del grupo. Una inadecuada elección del tipo de liderazgo podría generar lo referido por algunos autores (32), quienes citando a Tyler indican que “existe en la sociedad contemporánea una tendencia hacia la desvinculación con las instituciones sociales y una falta de deferencia hacia la autoridad” (32). La falta de vinculación con las metas institucionales, y el poco interés de las directrices entregadas por quien dirige, podrían significar que el cuidado se fragmente y mecanice, impidiendo la integralidad en el cuidado y distanciándolo cada vez más de las expectativas de los pacientes.

De acuerdo con la literatura, es sabido que el tener personas a cargo trae consigo el ejercicio del poder, que también puede entenderse como la capacidad de liderar a otros. Para ello se debe recordar la clasificación de French y Raven, quienes mencionan cinco tipos de poder (28): recompensa, como la capacidad para ofrecer un estímulo; coercitivo, como la capacidad de obligar por medio de fuerzas; experto, derivado del conocimiento y la experiencia; de referencia, obtenido por la identificación de seguidores, y, finalmente, el poder legítimo, que se obtiene conforme a lo normado o por el cargo en sí mismo. El punto clave y de discusión es el siguiente: ¿cuál es el tipo de poder por el cual está siendo reconocida la enfermería? La clasificación del poder es relevante a la hora de responder a la interrogante planteada, pues de cierta manera permite reflexionar sobre las formas en que se está liderando. Por sobre todo tipo de poder, y con la finalidad de desarrollar aún más la autonomía que enfermería posee en el país, las enfermeras deben no solo conformarse con el poder legítimo, sino bien, deben aspirar a ser reconocidas por su poder experto. En otras palabras, alcanzar la real identidad profesional y su respectiva distinción en sociedad.

El liderazgo en enfermería tiene mayor probabilidad de avanzar, en la medida que voluntariamente sea incentivado por

actitudes innovadoras en proyectos e inversiones personales y grupales, destacando en ello la necesaria unión entre las profesionales (33). El liderazgo en enfermería se constituye en una habilidad humana necesaria para la resolución de conflictos y para la mejor gestión de los cuidados. Practicar un liderazgo positivo está asociado no solo a consecuencias positivas para el paciente y la institución de salud, sino también para la enfermería (34), pues una enfermera líder deberá implementar estrategias para que en la práctica de enfermería se apliquen los conocimientos científicos (29). Es por tanto primordial que las profesionales sean formadas en estos aspectos, con una educación de pregrado basada en competencias que dirijan a la formación de líderes y gestores del cuidado, aunando esfuerzos, motivaciones y capacidades entre la atención cerrada y abierta de salud, con estrecha relación entre los sectores académicos e investigativos en enfermería. Debido al contexto sanitario chileno, con el desplegado escenario para las enfermeras, es fundamental que enfermería analice la formación de estos profesionales respecto al liderazgo, pues de no incorporarlo adecuadamente al ámbito profesional, quedará “desarticulada frente a los cambios existentes en los sistemas de salud” (35).

Si bien se ha logrado un posicionamiento del quehacer de la profesión en las subdirecciones o los departamentos de enfermería, incluyendo además la dirección de establecimientos de salud, Holmes y Gastaldo señalan que las enfermeras creen que no son tomadas en cuenta, sintiéndose víctimas de las instituciones que ellas mismas han ayudado a construir, administrar y mantener (36). Por lo anterior, es conveniente centrar el análisis en los factores de restricción intrínsecos a la enfermería y cómo a causa de ellos la imagen proyectada en sociedad ha significado la restricción a la autonomía y el liderazgo:

1. Participación de la propia opresión: se puede comprender la opresión como un “sistema de vectores de fuerzas y barreras interrelacionadas que inmovilizan, reducen y moldean a personas (el contenido de su conciencia) pertenecientes a un grupo determinado generando su subordinación a otro grupo” (37). Conforme a esta definición, ¿el concepto opresión tiene relación con el saber (conocimiento), saber ser (actitud) y saber hacer (habilidad) de la enfermería? La opresión ha surgido en las diferentes aristas del vivir en sociedad, siendo siempre atribuida a una connotación de carácter opositor a las banderas de libertad y democracia de los gobiernos o sistemas actuales. En la dinámica asistencial, las relaciones de poder son evidentes en el trabajo interdisciplinario, y también ellas se reflejan en conformidad con

los modelos imperantes en los sistemas de salud. En este sentido, enfermería como profesión establece relaciones con distintos profesionales, técnicos, auxiliares, personas receptoras del cuidado y también sus respectivos familiares, donde se manifiesta la opresión a la cual ha estado sometida por la fuerza hegemónica de la medicina (37). Gastaldo menciona que las enfermeras experimentan sentimientos contradictorios al participar activamente en su propia opresión y que, de alguna manera, no son conscientes de ejercer algún tipo de poder (38). Esto coincide con lo mencionado por Freire sobre la adherencia que experimenta el oprimido hacia el opresor (39). Para enfermería, dicha opresión corresponde a la adherencia hacia los modelos o sistemas imperantes que restringen la ejecución autónoma de su práctica.

Las enfermeras deben reconocer que el no ejercicio de su autonomía y el vivir en completa dependencia del modelo médico ahondan en la sumisión equívoca de una relación que repercute insatisfactoriamente en el cuidado de la salud de las personas y la sociedad.

Freire señala:

¿Quién sentirá mejor que ellos los efectos de la opresión? ¿Quién más que ellos para ir comprendiendo la necesidad de liberación? Liberación a la que no llegarán por casualidad, sino por la praxis de su búsqueda; por el conocimiento y reconocimiento de la necesidad de luchar por ella. Lucha que, por la finalidad que le darán los oprimidos, será un acto de amor, con el cual se opondrán al desamor contenido en la violencia del opresor (39).

De lo citado, y comprendiendo que enfermería es un grupo de profesionales que ha experimentado la opresión, cabe entonces cuestionarse si estas profesionales han comprendido la “necesidad de liberación”. Pareciera ser que el miedo a la libertad es mayor que el deseo de ejercer su autonomía y liderazgo profesional, pudiendo experimentar lo señalado por Freire, que ese miedo a la libertad puede conducirlos a pretender ser opresores (39).

El transitar de oprimido a opresor puede trastocar nocivamente las relaciones éticas que surgen con otros profesionales, técnicos, incluyendo a estudiantes y quienes reciben la atención, los cuales se verían perjudicados por la hostilidad de la relación que se establece. En este escenario, y por existir un contacto directo del actuar profesional con quienes se encuentran en formación, se pone en franco riesgo la formación de futuras generaciones, pues se podría dar una transmisión de la opresión a los

estudiantes, con una supresión de la autonomía en el saber, saber hacer y saber ser. La educación universitaria se convierte en un vehículo privilegiado para fomentar el cambio social (40), es aquí donde se deben aplicar las estrategias que empoderen a las futuras generaciones profesionales respecto al rol que deben ejercer.

2. Débil identidad profesional: actualmente existen estereotipos del rol profesional que socialmente ubican a las enfermeras en una posición de valor distinta a la de otros profesionales (41), una imagen contradictoria de lo que debería proyectar esta profesión. Entre estos estereotipos se encuentra una imagen de sumisión, pasividad, falta de control y docilidad, entre otras (42). La identidad profesional es fundamental a la hora de trabajar dentro de un equipo multidisciplinario. Para enfermería, generar y proyectar una adecuada identidad le permitirá el reconocimiento como única profesión en sus labores de asistencia, educación, administración e investigación. La identidad se construye en los espacios de trabajo, y también con el grupo profesional de referencia; dicha identidad contempla un carácter individual, es decir, una imagen creada por los mismos profesionales, y también un carácter social, que tiene relación con la interacción con los otros (43).

En muchas ocasiones, las condiciones laborales generan en las enfermeras desmotivación y falta de interés por su trabajo (44), debido a las condiciones económicas, la realización de un trabajo rutinario, el no cumplimiento de sus expectativas, etc. Lo anterior ocasiona el vivir en continua frustración, lo cual afecta el autoconcepto, y puede ocasionar falta de autoridad y reducido liderazgo. Las enfermeras sienten que deben demostrar su valor y credibilidad profesional constantemente (44), por tanto, el trabajar en instituciones con relaciones más horizontales y con roles claramente definidos, provoca en ellas un trabajo autónomo, disminuyendo el estrés y sin asumir la responsabilidad de otros.

Pero aun cuando las condiciones laborales sean propicias, en ocasiones las propias enfermeras son las que limitan los procesos de desarrollo y autonomía en la profesión, debido a una autoestima baja, disminuyendo así su valor en la sociedad. Lo anterior responde probablemente a un desconocimiento de su identidad, demostrando invisibilidad en su trabajo, y, en consecuencia, una falta de reconocimiento de su autonomía profesional en sociedad. La autoestima profesional requiere de un aporte adecuado de factores conjugados como la estima personal, la autoimagen y la imagen proyectada a la sociedad. El que enfermería no posea una

adecuada identidad y autoestima profesional, afectará el ejercicio autónomo de la profesión y el liderazgo en la gestión del cuidado.

3. Falta de interés por ejercer el rol profesional: un análisis sobre la falta de interés en liderar la gestión del cuidado y la “comodidad” de realizar solo intervenciones dependientes, responde a lo señalado por autores como anorexia del poder (38). ¿Es que enfermería no desea ser una profesión autónoma? ¿Existe aún confusión del rol autónomo en la profesión? ¿Se está transmitiendo a los estudiantes este carácter autónomo o simplemente resulta más cómodo el trabajo dependiente, puesto que libera de ciertas responsabilidades que podrían llegar a ser civiles, éticas e incluso penales?

Llama la atención que por muchos años el rol profesional de la enfermera se ha invisibilizado, sobre todo en la toma de decisiones sobre el sistema sanitario y en lo que respecta a las políticas sociales (26). De esta manera, y respondiendo al compromiso ético y legal que la sociedad ha transferido a las enfermeras, es importante que la formación por competencias desarrolle en ellas las capacidades gerenciales para un adecuado ejercicio del rol profesional, entre estas, capacidades para un adecuado razonamiento clínico, toma de decisiones, resolución de conflictos y desarrollo de las habilidades para establecer relaciones interpersonales.

Se necesita estimular el desarrollo de liderazgo (30, 45), pues de esta manera las enfermeras asumirán la responsabilidad que ha recaído en ellas, empoderándose de su rol en el ámbito hospitalario y ambulatorio, con el fin de proporcionar cuidados de calidad al paciente (46). De esta manera, para ejercer el rol profesional que le corresponde, es decir, liderar una práctica autónoma de los cuidados, la enfermera debe ser competente y tomar el control de las situaciones en las que es responsable (47). Las profesionales deben introducir su punto de vista en las políticas de salud y en la respectiva administración de los recursos; participar en discusiones sobre el tema en entidades gubernamentales, organizaciones internacionales, administradores de salud, y, entre otros, con inversionistas privados (48).

Conclusiones y sugerencias

La enfermería dispone de un recorrido histórico que da cuenta de los importantes avances para que hoy pueda ser considerada como una disciplina profesional autónoma, puesto que dispone de los fundamentos históricos, filosóficos, éticos y legales para

desenvolverse en su ámbito de experticia, esto es, el cuidado y la gestión de este. Su responsabilidad en la sociedad manifiesta la demanda que el entorno requiere y del cual debe hacerse cargo, liderando permanentemente y asumiendo con autonomía la función que solo ella puede cumplir.

La enfermería chilena cuenta con importantes avances en cuanto a la legalización de sus funciones, por tanto, son las enfermeras quienes deben asumir el desafío de ahondar en la consolidación de la autonomía y el liderazgo, esenciales para la entrega de cuidados oportunos, de calidad y con la mayor eficacia. La posesión de autonomía y liderazgo en enfermería siguen siendo condiciones hoy cuestionadas a nivel internacional. Contravenir estas posturas dependerá de la resolución de los factores intrínsecos a la profesión, y de implementar las estrategias que permitan una consolidación de dichos conceptos en el saber, saber ser y saber hacer de la enfermería.

De acuerdo con lo anterior, se proponen estrategias de solución para fortalecer la autonomía y el liderazgo en la enfermería.

Se ha de entender que existirán otras que probablemente fortalecerán lo declarado por las autoras:

- Mayor sinergia entre la enfermería de la atención de salud abierta y cerrada, aunando capacidades con instituciones académicas o de investigación en el área.
- Fortalecimiento de la administración y gestión de enfermería en pregrado, aumentando por medio de la educación continua la oferta de programas en estas áreas.
- Fortalecimiento del desarrollo de habilidades blandas en la formación profesional: inteligencia emocional, liderazgo, habilidades de comunicación y resolución de problemas, entre otros.
- Instancias de reflexión permanente entre la academia y práctica de la enfermería, sobre la identidad profesional, imagen proyectada en sociedad, autoestima, liderazgo, autonomía y responsabilidad social.
- Aumentar la publicación científica para demostrar poder experto en su área.

Referencias

1. Paredes P, Rivas E. Historia del ejercicio profesional de enfermeras hospitalarias del sur de Chile (1940-1980). *Ciencia y enfermería*. 2014;XX(1):9-21.
2. Siles J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index Enferm*. 2004;13(47):07-10.
3. Fajardo M, Germán C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm*. 2004;13(46):09-12.
4. Martínez M, Chamorro E. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.
5. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Ciencia y enfermería*. 2010;XVI(1):17-29.
6. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena (II) estado actual. *Ciencia y enfermería*. 2011;XVII(3):23-33.
7. Ayala-Valenzuela R. Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. *Educ méd*. 2008;11(3):125-129.
8. Barrio I, Molina A, Sánchez C, Ayudarte M. Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29(3):41-47.
9. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
10. Bakerjian D, Beverly C, Burger S, Carter D, Dornberger S, Eliopoulos C, et al. Gerontological nursing leadership in the advancing excellence campaign: Moving interdisciplinary collaboration forward. *Geriatric nursing*. 2014;35(6):417-422.

11. Backes DS, Erdmann AL, Buscher A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010;23(3):341-347.
12. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de Enfermería [Internet]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
13. Guillamet A, Jerez J. *Enfermería Quirúrgica. Planes de Cuidados*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.
14. Código Sanitario. Decreto con Fuerza de Ley N° 725. Actualizado a julio de 2000. Libro V, Artículo 113, inciso cuarto. Disponible en: www.bibliotecadelcongreso.cl/.../pub_leyes_mas_soli/admin/ver_archivo_codigos.php?id_codigo=68dile=1
15. Ley 19.937/2004. Modifica D.L. N° 2.763 de 1979, establece nueva concepción de Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. (*Diario Oficial Chile*, de 24/02/2004).
16. Ministerio de Salud. Norma General Administrativa N° 19. Gestión del Cuidado de Enfermería Para la Atención Cerrada, Exenta N° 1127 [Internet]. Santiago: Minsal; 2007 [Acceso 2013, abril 11]. Disponible en: <http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/norma.doc>
17. Casella E, Mills J, Usher K. Social media and nursing practice: changing the balance between the social and technical aspects of work. *Collegian*. 2014; 21(2):121-126.
18. Real Academia Española. Definición de Autonomía [Internet]. Disponible en <http://www.rae.es/rae.html>
19. Menezes S, Priel M, Pereira L. Nurses' autonomy and vulnerability in the Nursing Assistance Systematization practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(4):947-952.
20. Amezcua M. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index Enferm*. 2009;18(2):77-79.
21. Carman MJ, Wolf LA, Baker KM, Clark PR, Henderson D, Manton A, et al. Translating research to practice: bringing emergency nursing research full circle to the bedside. *Journal of emergency nursing*. 2013;39(6):657-659.
22. Yarcheski A, Mahon N. Characteristics of Quantitative Nursing Research from 1990 to 2010. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(4):405-411.
23. Ibarra T, Noreña A, Rojas J. Visibilidad de la disciplina enfermera: el factor mediático de la investigación. *Index Enferm*. 2011;20(4):252-256.
24. Christian B. Translational Research: The Interplay Between Research and Nursing Practice. *Journal of Pediatric Nursing*. 2013;28(6):613-615.
25. Arroyo A, Lancharro I, Romero R, Morillo M. La Enfermería como rol de género. *Index Enferm*. 2011;20(4):248-251.
26. Aquino V, García C, Ruvira C. Enfermería: ¿déficit de identidad? ¿Crisis entre reflexión-acción? *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2012;7(2):1-7.
27. De Lima L, Coelho S, Adyles L, Biolchi T, Pires de Pires D, Schubert V. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. *Enfermería global*. 2011;10(22).
28. Balderas M. *Administración de los servicios de enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 2009.
29. Fradique MJ, Mendes L. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013; serie III(10): 45-53.
30. Souza L, Ferreira A, Nunes R, Veloso O, Vieira M, Ramos L. El liderazgo en la visión de enfermeros líderes. *Enfermería Global*. 2013;12(30):268-280.
31. Martínez A, Hueso C, Gálvez M. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):339-345.
32. Yáñez R, Loyola G, Huennumilla F. La confiabilidad en el líder: un estudio sobre las enfermeras jefes de un hospital. *Ciencia y enfermería*. 2009;XV(3):77-89.
33. De Melo G, Schlindwein B. Liderazgo del enfermero: una revisión integradora de la literatura. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(3):651-658.

34. Read E. Workplace social capital in nursing: An evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2014;70(5):997-1007.
35. Veliz L, Paravic T. Coaching educativo como estrategia para fortalecer el liderazgo en enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2012;18(2):111-117.
36. Lunardi V, Peter E, Gastaldo D. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enferm Clin*. 2006;16(5):268-274.
37. Medina J, Schubert V, do Prado M, Sandin M. La Enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(4): 609-617.
38. Gastaldo D. Relaciones de poder en enfermería y salud mental: críticas y retos para el futuro. *XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental*. 2003.
39. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. 2ª ed. México: Siglo XXI Editores S.A. de C.V. 2005.
40. Mohammed S, Cooke C, Ezeonwu M, Stevens C. Sowing the Seeds of Change: Social Justice as Praxis in Undergraduate Nursing Education. *Journal of Nursing Education*. 2014;53(9):488-493.
41. Price S, Doucet S, Hall L. The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2014;28(2):103-109.
42. Calvo M. Sexist stereotypes and biases associated with the female nursing model in advertising communication. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(3): 530-537.
43. Alonso M, López K, Medina M, Esparza S, Alonso M, Álvarez M. El cuidado como fundamento de la identidad de enfermería: las voces del profesorado. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2009;17(9):386-391.
44. Lapeña Y, Cibanal L, Pedraz A, Macía M. Interpersonal relationships among hospital nurses and the use of communication skills. *Text Context Nursing*. 2014;23(3): 555-562.
45. Buckner E, Anderson D, Garzon N, Hafsteinsdottir T, Lai C, Roshan R. Perspectives on global nursing leadership: international experiences from the field. *International Nursing Review*. 2014;61(4):463-471.
46. Metzger R, Rivers C. Advanced Practice Nursing Organizational Leadership Model. *Journal for Nurse Practitioners*. 2014;10(5):337-343.
47. Skar R. The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(15-16):2226-2234.
48. Cano D, Correa N, Flórez W, Giraldo Y, Monsalve M, Restrepo A. Management of resources in nursing: beyond leadership. Our will to be and do. *Invest Educ Enferm*. 2013;31(2):305-314.