



ORIGINAL

Gestión del cuidado en Chile: percepciones y significados desde una mirada gerencial

Care management in Chile: perceptions and meanings from a managerial perspective

Cibeles González Nahuelquin^{1*}

Lorena Bettancourt Ortega²

Emanuel Arredondo González³

Víctor González Chordá⁴

¹Dra. en Ciencias de la Enfermería. Universidad de Valparaíso, Chile. ID: <https://orcid.org/0000-0002-7136-397>

²Dra. en Ciencias de la Salud. Universidad de Valparaíso, Chile. ID: <https://orcid.org/0000-0001-7157-830X>

³Dr. En Educación. Universidad de Valparaíso, Chile. ID: <https://orcid.org/0000-0003-4818-9888>

⁴PhD en Enfermería⁴. Universidad de Jaume I, Castellón – España. ID: <https://orcid.org/0000-0001-7426-6686>

* Autor de correspondencia. E-mail: cibeles.gonzalez@uv.cl

<https://doi.org/10.6018/eglobal.640611>

eolocation-id: e640611

Recibido: 04/12/2024

Aceptado: 04/04/2026

RESUMEN:

Introducción: Las enfermeras en cargos gerenciales desempeñan un papel clave para los hospitales.

Objetivo: Develar los significados que le otorgan las enfermeras en cargos gerenciales a las implicancias de la gestión del cuidado en la estructura hospitalaria chilena.

Material y método: investigación cualitativa, enfoque interpretativo, diseño basado en estudio de caso, tipo embebido. La selección fue intencionada, teniendo como criterio de inclusión: enfermeras subdirectoradas de gestión del cuidado con más de un año de experiencia en el cargo. Se realizó análisis de contenido descrito por Bardin obteniendo un análisis de las unidades de significado (descomposición del texto) con la posterior concreción de las categorías (clasificación). Para optimizar el análisis se utiliza programa N-Vivo® V14. Estudio evaluado positivamente por Comité Deontológico (Referencia: CD 392022) y Comité Ético Científico SSVSA (Memo 062019). **Resultados:** las entrevistadas fueron tres enfermeras. Se desprendió una gran categoría la cual se denominó “*Implicancias del constructo gestión del cuidado en la estructura hospitalaria*”, siendo la que responde al propósito de investigación. De esta, nacieron 6 subcategorías que mostraron de diversas formas como se aborda la gestión del cuidado, los desafíos, los procesos reflexivos y el riesgo de la “*pérdida de lo ganado*” hasta como se puede medir la implementación de este constructo a través de indicadores y estandarización de los cuidados.

Conclusiones: el ordenamiento chileno sobre la gestión del cuidado ha generado una huella importante en la estructura hospitalaria chilena, sin embargo, aún es considerado un constructo lábil que precisa mayor reconocimiento profesional, social y legal.

Palabras Claves: Atención de Enfermería; Gestión en Salud; Empoderamiento; Administración de los Servicios de Salud; Investigación cualitativa.

ABSTRACT:

Introduction: Nurses in managerial positions play a key role within hospitals.

Objective: To explore the meanings that nurses in managerial roles attribute to the implications of care management within the Chilean hospital context.

Material and method: Qualitative research with an interpretative approach, employing an embedded case study design. Participants were purposively selected with inclusion criteria being nurse deputy directors of care management with over one year of experience in the role. Content analysis as described by Bardin was conducted, focusing on units of meaning (text decomposition) followed by category development (classification). NVivo® V14 software was used to optimize analysis. The study was positively reviewed by the Deontological Committee (Reference: CD 392022) and the Scientific Ethical Committee of SSVSA (Memo 062019).

Results: Three nurses were interviewed. One main category emerged: "Implications of the care management construct within the hospital structure," which addressed the research purpose. From this, six subcategories surfaced, illustrating various ways care management is approached, the challenges faced, reflective processes, risks of "losing ground," and how implementation can be measured through indicators and care standardization.

Conclusions: Chilean regulation on care management has left a significant mark on the hospital structure; however, it remains a fluid construct requiring greater professional, social, and legal recognition.

Keywords: Nursing Care; Health Management; Empowerment; Health Services Administration; Qualitative research.

INTRODUCCIÓN

Las personas que ocupan cargos gerenciales en Enfermería desempeñan un papel clave para las instituciones de salud, puesto que, no solo deben poseer un liderazgo efectivo para llevar a cabo los objetivos de la entidad, sino que deben operacionalizar estos objetivos en las acciones clínicas, todo ello sin perder la visión estratégica y los valores de la macroestructura organizacional^(1,2). Estas competencias hacen que las enfermeras gerenciales posean una gran responsabilidad, puesto que son quienes deben gestionar los recursos, coordinar las acciones de cuidado, planificar y participar en los procesos de evaluación, fortalecer y fomentar el trabajo en equipo y, además, ser capaces de implementar prácticas innovadoras que mejoren la atención de salud y los cuidados de Enfermería^(1, 3).

Ante este escenario, es necesario que los gobiernos puedan fortalecer las estructuras de gobernanza y liderazgo de Enfermería a niveles estratégicos de las instituciones de salud, debido a que se debe promover la inclusión de la Enfermería en los procesos de formulación de políticas y toma de decisiones, junto con el aumento de la inversión en la misma, ya sea en aumento de contratos y plazas de Enfermería como en la mejora de los salarios⁽⁴⁾.

Durante los últimos años, la necesidad de establecer gerencias de Enfermería ha aumentado debido a la incorporación de los sistemas de evaluación de la calidad en los sistemas de salud, lo que ha justificado la incorporación de enfermeras en niveles estratégicos, destacando la capacidad que poseen como herramienta clave para el éxito de las organizaciones de salud⁽⁵⁾. No obstante, según el Informe sobre la situación de la Enfermería en el mundo del año 2020, el 70% de los países tienen un puesto de jefe de los servicios públicos de Enfermería en la estructura de gobierno^(6,7). Así mismo, el Consejo Internacional de Enfermeras reveló que aún menos países tienen enfermeras en posiciones de autoridad apropiada o programas de desarrollo de Enfermería⁽⁸⁾ y el 79% de los Estados miembros de la Región de las Américas

informaron tener un puesto de jefe de los servicios públicos de Enfermería, de los cuales el 46% tenía programas de liderazgo de Enfermería^(7,8).

En Chile, las enfermeras lograron incorporarse a puestos de liderazgo estratégicos en los centros hospitalarios cuando, en 1997, se reconoció su autonomía en el Código Sanitario como Gestora de los Cuidados⁽⁹⁾. Esto permitió que desde inicios de la década del 2000 la nueva Autoridad Sanitaria y Gestión, entregase una estructura para la función de la Enfermería profesional en Chile. Además, los Reglamentos de los Servicios de Salud y la Norma Técnica Administrativa N° 19 del Ministerio de Salud, establecieron las bases orgánicas y funcionales de las Unidades de Gestión del Cuidado en los hospitales públicos, bajo una Subdirección de Enfermería⁽⁹⁻¹²⁾.

Estos antecedentes han permitido la legitimidad social y el reconocimiento legal de la enfermera en Chile como una profesión autónoma con acceso a puestos estratégicos de liderazgo. Sin embargo, actualmente no existe evidencia suficiente sobre las implicancias de este ordenamiento en la estructura hospitalaria, razón por la cual esta investigación pretende indagar, desde la visión de sus propias protagonistas, los significados que para ellas generó la incorporación de este constructo en la estructura hospitalaria y como ello ha generado cambios en el quehacer de los servicios hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Paradigma y diseño

Se realizó una investigación cualitativa⁽¹³⁾, puesto que, se buscó interpretar y comprender de manera inductiva los significados del fenómeno de estudio, en concreto, el constructo gestión del cuidado y su impacto en la estructura hospitalaria chilena. Para poder comprender la naturaleza de los discursos, la investigación se enmarcó bajo el paradigma interpretativo, puesto que, se buscaba indagar en el nivel de la conciencia individual y la subjetividad de las participantes, considerando de esta manera, su visión del mundo y su realidad como un proceso social emergente, donde los supuestos y significados se encuentran compartidos intersubjetivamente⁽¹⁴⁾. Se utilizó el diseño basado en estudio de caso, el cual es considerado como la exploración de un sistema, limitado en el tiempo y en profundidad, lo que se logra a través de la recopilación de información desde distintas fuentes, pero ricas en contexto⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Este diseño tiene una mirada global del proceso donde se recoge la evidencia, por lo tanto, el fenómeno es la secuencia lógica que conecta los datos empíricos durante toda la investigación y es de tipo embebido o múltiple, puesto que las inferencias e interpretaciones son diseñadas desde un grupo^(16,17), que, en este caso, son enfermeras subdirectoras de hospitales.

Selección de participantes

La selección de las participantes se realizó por medio de un muestreo intencionado, debido a la accesibilidad, facilidad, rapidez y bajo costo para acceder a ellas^(18, 19). Las participantes cumplieron con un conjunto de criterios que las hacen informantes claves, los cuales fueron: i) ser enfermeras que desempeñaban su labor en cargo gerencial en la estructura hospitalaria en Chile (Subdirección de Enfermería y/o subdirección de gestión del cuidado) y ii) que llevasen más de un año en el cargo.

El proceso se inició con el contacto de enfermeras de las distintas regiones de Chile que poseían cargos gerenciales en hospitales públicos, en esta etapa solo hubo una respuesta. Ya contactada la primera interesada, se le solicitó a la misma el contacto de enfermeras de otras regiones que estuviesen ejerciendo en el mismo cargo (subdirectora de Enfermería), logrando de esta forma que solo dos informantes más quisieran participar en el estudio.

Recolección de la información

Para la recolección de la información, se utilizó una entrevista cualitativa semiestructurada. Se optó por esta debido a que es un tipo de entrevista no directiva, no estandarizada, más abierta y flexible⁽¹³⁾, lo que permitió la expansión del discurso. Esta entrevista estuvo compuesta por preguntas generales semiestructuradas, las cuales fueron derivando preguntas que nacen de los antecedentes teóricos del estudio, y se fueron estableciendo de acuerdo con cómo se gestó el encuentro. Las entrevistas fueron realizadas en línea en plataforma Zoom®, puesto que las informantes residen en diversas regiones de Chile y tuvieron una duración que fluctuó de 30 a 60 minutos. Al momento de la realización de las entrevistas, a cada una de las participantes se les entregó información sobre los objetivos y metodología de la investigación, así como sobre su forma de participación. El consentimiento informado fue enviado por mail previo al inicio de la entrevista y se revisó para su firma antes de su inicio de la misma. Cada entrevista se grabó en audio y video. Una vez finalizada, la entrevista se transcribió de manera rigurosa en su totalidad. Para mantener la fiabilidad de lo transcrito, la entrevista se envió a cada informante y no se recibieron comentarios, asumiendo que las informantes se encontraban de acuerdo con ella.

Análisis cualitativo

Se realiza análisis de contenido según lo descrito por Bardin⁽²⁰⁾. Este análisis se considera como *“el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (sic).*

Con el fin de realizar una codificación pertinente, se siguió el siguiente proceso. Primero, se analizaron las unidades de significado (la descomposición del texto) y la concreción de las categorías (la clasificación), para ello se utilizaron las unidades de registro, de manera que existiera una complementariedad entre ambas. Una vez codificada la información, se establecieron categorías de una manera inductiva, dónde la construcción se realizó a partir del registro y la codificación de las unidades de registro y contexto. Posteriormente se realizó una clasificación analógica y progresiva, definiendo la categoría al final del procedimiento. Cabe destacar que, si bien se inició el proceso de la manera descrita, con el correr del análisis se fue transformando en bidireccional, desde las unidades de significado a la teoría y de la teoría hacia las unidades de significado, en un sentido circular progresivo, es decir, deductiva e inductivamente. Para optimizar el análisis se utilizó programa N-Vivo® V14, con el cual se realizó la codificación y la matriz de códigos, lo que permitió una comprensión más clara del fenómeno de estudio.

Aspectos éticos

El estudio cumplió con la legislación chilena en materia de investigación con seres humanos, por lo que este estudio fue evaluado positivamente por Comité Ético Científico SSVSA (Memo 062019) y además contó con la autorización del Comité Deontológico de la institución educativa que avala la investigación (Referencia: CD 392022). Junto con lo anterior, en esta investigación se resguardan los criterios de rigor de relevancia, credibilidad y adecuación epistemológica⁽²¹⁾, los que permiten entregar consistencia a la investigación realizada.

RESULTADOS

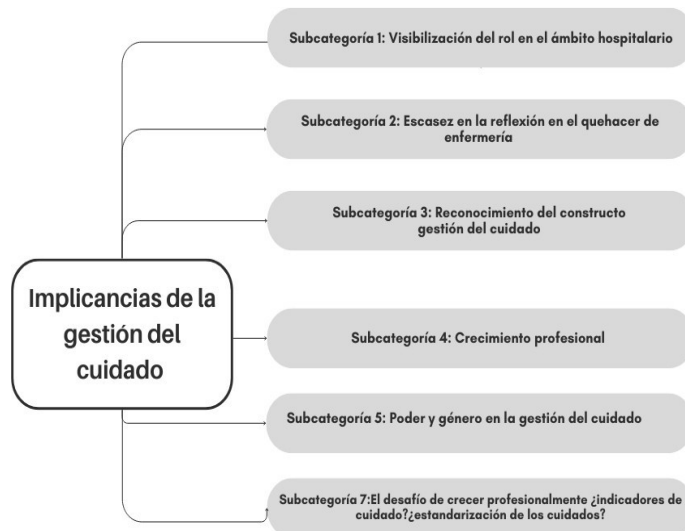
Descripción de las informantes

Las tres entrevistadas eran mujeres, con edades entre los 37 y 53 años. Las trayectorias profesionales van desde los 15 a 34 años. Todas las entrevistadas ocupaban el cargo de subdirección de Enfermería y/o subdirección de gestión del cuidado de hospitales públicos de Chile durante más de dos años. Con respecto a la distribución geográfica, una de las entrevistadas ejercía su cargo en hospital tipo 2 de macrozona Norte, una en hospital tipo 1 en macrozona centro y una en hospital tipo 1 en macrozona Sur. Dos de las entrevistadas poseían grado magíster y todas contaban con más de dos títulos de postgrado asociados a gestión o administración en salud.

Categorías y unidades de significados

Del análisis realizado se desprendió principalmente una gran categoría que hace referencia a las implicancias del constructo gestión del cuidado en la estructura hospitalaria, la cual se vincula a los alcances estratégicos y operativos que ha tenido la implementación de la gestión del cuidado en los hospitales de Chile desde la mirada de enfermeras en cargos gerenciales⁽²²⁾. De esta categoría emanaron seis subcategorías que se irán describiendo de acuerdo con las referencias codificadas, lo que se puede apreciar en la Figura 1.

Figura 1. Esquema categoría y subcategorías del constructo Gestión del Cuidado según enfermeras subdirectoras



Fuente: Elaboración propia

Subcategoría 1: Visibilización del rol en el ámbito hospitalario

Las informantes describen aspectos que son de importancia para visibilizar el rol gestor de las enfermeras en Chile como un reto permanente de las subdirecciones de Enfermería, los cuales deben iniciar desde los niveles operativos y clínicos hasta nivel gerencial y estratégico. En este análisis se destaca la importancia que se le brinda a conceptos como empoderamiento, cohesión e implementación de indicadores de Enfermería como aspectos relevantes y de soporte a los equipos directivos de los centros hospitalarios para la visualización del rol de Enfermería:

“el aporte yo creo de la Enfermería en sí, es muy relevante, o sea uno en un equipo directivo es un soporte tremendamente importante, porque finalmente la gestión de las camas y todo lo que tiene que ver con la administración de recursos, está centrada en la enfermera” (EG14)

“Yo creo que seguir empoderando a la Enfermería...de la potencia que tiene en crear nuevos líderes y líderes realmente empoderados que yo diga tienen la esencia de la Florence Nightingale, que se nota, se nota cuando alguien realmente siente y vibra con la esencia de la Enfermería y que no lo estudió solo por estudiarlo, sino que se pudo dar cuenta de lo que significa ser enfermero y ser enfermera, de los objetivos, del para qué y por qué” (EG9)

Junto con ello, cabe destacar que el concepto de autonomía (en Enfermería) lo relevan como un término que no posee una adecuada interpretación tanto en las mismas enfermeras como en el equipo de salud, lo que impide una mejor visibilidad del rol. Para las entrevistadas este concepto se asocia principalmente a la comprensión de lo que significa ser arte, ciencia, disciplina y profesión.

“...ellos piensan [médicos] que autonomía es ‘me mando sola’ entonces hay una interpretación equivocada de lo que es la autonomía, esta tiene que ver con la satisfacción de las necesidades derivadas de la enfermedad, entonces ahí hay un tema (...), de entendimiento o de que a lo mejor no hemos sabido mostrar a nivel digamos público, qué es lo que significa realmente la gestión del cuidado en la práctica” (EG14)

Subcategoría 2: Escasez en la reflexión en el quehacer de Enfermería

Según las entrevistadas, esta dimensión se encuentra relacionada con el escaso tiempo que poseen las enfermeras en cargos directivos para poder reflexionar del propio quehacer disciplinar y cómo este se interpreta y traspasa a nivel operativo (clínico), puesto que, la mayor parte del tiempo deben trabajar temas de contingencia que muchas veces no se relacionan con el cuidado de Enfermería:

*“Creo que la debilidad de estos sistemas es que [nos] absorbe tanto esta cosa de **apagar incendios**¹ que lo que tu planificas a veces no logras controlarlo y no es porque tú hayas planificado mal, sino porque el tiempo te resta un sinnúmero de*

¹ Apagar incendios: Término utilizado en Chile, que se refiere a dedicarse solo a actividades urgentes, dejando de lado actividades importantes o el trabajo sistemático para la toma de decisiones

actividades hospitalarias o de quehaceres o de incendios hospitalarios que tienes que ir atendiendo y apagando” (EG9)

“... los tiempos te comen porque en realidad uno (...) termina apagando muchos incendios y a veces no tienes tiempo para darte a pensar, a discutir, a planificar” (EG14).

Subcategoría 3: Reconocimiento del constructo gestión del cuidado

Para las participantes, esta subcategoría se refiere a cómo – desde su visión de mundo disciplinar y profesional- el concepto “gestión del cuidado” es reconocido por las enfermeras, el equipo de salud y la sociedad en general. No obstante, impresiona que existe una dicotomía en esta interpretación, indicando que muchas veces el rol es reconocido de manera clara mientras que otras veces no. Destaca en este análisis, la importancia que otorgan las informantes a la preparación (teórica), a la competencia clínica/administrativa y al reconocimiento económico que deben poseer para el cargo directivo en el que se encuentran, lo que influye de manera directa en el desarrollo de la autoestima profesional:

“...yo siento que una buena gestora de cuidados [debe ser] competente, conocedora de su disciplina,[de esta manera] es un tremendo aporte al equipo directivo, con la mirada también más humana, pero sí siento que aún a nivel de nuestro país, el terreno no está firme, yo creo que aún falta ser más llano a explicar y a hacer entender al resto de sobre todo al gremio médico” (EG14)

“alguien me dijo por ahí que revisa diferentes subdirecciones y diferentes entes hospitalarios me dice ‘ustedes lograron el posicionamiento, la gente ya los conoce y las conoce’ yo creo que ya lo logramos” (EG10)

Subcategoría 4: Crecimiento profesional

Las entrevistadas consideran que la implementación de las subdirecciones de Enfermería se relaciona con el desarrollo profesional principalmente a través del liderazgo. En este sentido, las informantes asocian este con: el conocimiento que deben poseer para el rol gerencial, el reconocimiento y el apoyo de las enfermeras a su gestión, la importancia de saber equivocarse y aprender de los errores y la pasión que se debe sentir para ejercer la Enfermería en diversos ámbitos (incluyendo la gestión). Destaca el sentido de trascendencia en este punto, donde las participantes refieren la importancia de formar nuevos liderazgos y como esta “*posta*” se va entregando a las nuevas generaciones con el fin de que permitan mantener y seguir en la senda del fortalecimiento de la Enfermería en cargos estratégicos, puesto que, siempre existe el temor intrínseco que este logro puede ser cuestionado o incluso eliminado:

“...yo me he sentido bastante apoyada por las colegas que tienen mayor experiencia en los hospitales grandes, ya que una eso siempre busca, tratar de apoyarse con ellas y sobre todo cuando una crea nuevas unidades como es el caso nuestro que creamos una UCI” (EG10)

“(...) yo digo ‘nosotros también podemos’, no porque no seamos de Europa no vamos a poder, (...) somos latinoamericanos, pero también tenemos garra, tenemos mente y tenemos pasión...” (EG9)

“...seguir formando líderes, encontrar nuevos líderes motivados con estas nuevas formas de gestionar el cuidado” (EG14)

Subcategoría 5: Poder y género en la gestión del cuidado

Esta subcategoría hace referencia al derecho ganado en lo que se refiere a obtención de un cargo a nivel gerencial, pero que aún es débil tanto en el reconocimiento social como legal. Consideran que este poder adquirido genera distanciamiento de las otras disciplinas, especialmente de la médica, por el modelo biomédico patriarcal que aún es tangible en el sistema de salud en Chile. Cabe destacar que en esta reflexión las entrevistadas hicieron hincapié en el factor de género, donde solo por el hecho de ser mujer, solo se les tiende a considerar en labores operativas y no de toma de decisiones estratégicas, donde han luchado por generar estos espacios:

“yo he logrado sentir de que si bien es cierto que los hospitales públicos, en su mayoría la han implementado[la subdirección de gestión del cuidado] , muchas veces los colegios médicos tienen todavía la resistencia” (EG14)

“creo que ha tenido impacto[la subdirección de gestión del cuidado]... aun así nos falta avanzar, un poco de romper parte de la cultura que se produce con este modelo biomédico, que el médico es el jefe cabeza de equipo” (EG9)

“...muchas veces también se cruza con un tema (...) de género, en que el hombre generalmente [está] en estos roles y por ser la Enfermería predominantemente femenina aún...estos modelos machistas...” (EG9)

“...a veces a las mujeres se nos relega de algunas definiciones[operativas], y una tiene que estar permanentemente ahí ‘oye, pero inclúyanme, inclúyanme’, insisto, no por un tema de ego de la subdirectora quiere estar, sino porque yo me creo este discurso” (EG14)

Subcategoría 6: El desafío de crecer profesionalmente ¿indicadores de cuidado? ¿estandarización de los cuidados?

Esta subcategoría es considerada por las informantes como el desafío de crear herramientas propias que permitan medir o demostrar el quehacer de Enfermería- como lo son los indicadores de cuidado- lo cual, de implementarse de manera sistemática, impactaría de manera positiva la gestión de las instituciones de salud. A pesar de ello, las enfermeras son categóricas en declarar que, si bien hasta el momento hay algunos que son sensibles a Enfermería, no son (todos) propios de la disciplina, reflexionando que es necesario el establecimiento de un modelo que pueda medir de manera clara y sistemática el cuidado otorgado por enfermeras. Las entrevistadas indican que, a través de la medición de indicadores, se visualiza no solo el rol gerencial, sino que también el rol de gestión clínica de las enfermeras. No obstante, dan cuenta que Chile no posee este tipo de herramientas, asociándose a la inexistencia de destinación de tiempo para poder desarrollarlas. Declaran la necesidad de este modelo, pero no describen indicadores que deberían ser considerados propios de la Enfermería:

“Ha habido mucha prevención de errores y eso a la larga igual ha mejorado la calidad de atención que nosotros brindamos en nuestros pacientes y ha

disminuido el tiempo de estadía hospitalaria, a lo mejor anteriormente había muchas infecciones o muchos errores que no se podían subsanar, en cambio ahora [...]se ha mejorado bastante” (EG10).

“Mira, yo creo que ahí todavía estamos un poco al debe, yo diría que en este minuto no hay aún a nivel de país un cuadro de mando integral, por decirlo así, que dé cuenta de los cuidados...” (EG14)

“...creo que nos falta avanzar en eso, pero hay un montón de indicadores [...] uno a veces piensa que los indicadores tienen que ser super sofisticados para dar respuestas a temas de gestión del cuidado, y a veces son bastantes simples, pero que son potentes...” (EG9)

*“(...) entonces nos cuesta, tenemos el conocimiento, tenemos la cabeza para hacerlo, pero nos cuesta darnos ese tiempo porque para planificar y para seguir ojalá hubiera un grupo que estuviese relacionado a eso y no haciendo como **circo de chamorro**² que terminamos haciendo mil cosas” (EG9)*

Con respecto a la estandarización de los cuidados, las informantes declaran esta estrategia como un anhelo, ya que actualmente no se poseen herramientas donde se normalice el lenguaje enfermero y los cuidados asociados a necesidades insatisfechas. En los discursos dan cuenta de la importancia que ha tenido la implementación de la categorización de pacientes, sin embargo, esta no cubre todo el espectro de cuidados entregados por las enfermeras y los equipos de Enfermería, poniendo énfasis en que lo que más se ha estandarizado y medido, son aquellas acciones derivadas de los procesos de acreditación, reflexionando que aún es una tarea pendiente.

“...se han estandarizado los cuidados, al poder nosotros realizar categorización riesgo-dependencia podemos visualizar los tipos de pacientes que tenemos y en base a eso poder entregar los cuidados necesarios, en pacientes de cuidados críticos, cuidados medios o cuidados básicos con el personal necesario y con el equipamiento necesario” (EG10)

“Yo creo que eso tiene que emanar de alguna organización centralizada [estandarización de los cuidados] que haga que podamos entre todos digamos ir trabajando de la misma manera” (EG14)

“(...) yo sueño en que podamos hacer el proceso enfermero en el país, en que uno diga independiente de la institución de la cual se trate, pública o privada, ingreso de Enfermería es uno, el egreso (epicrisis de Enfermería) es una, uno le puede poner el logo, le puede poner otras cositas pero como que todo fuese uno, que nos pudiésemos los enfermeros ponernos de acuerdo en el país de algunos procesos enfermeros transversales que no importa el paciente ni donde se mueva...” (EG9)

² Circo de chamorro: Término utilizado en Chile que significa que todas las actividades de un lugar son realizadas solo por una persona, haciendo referencia a la Película Chilena “El gran circo de Chamorro” del año 1965, donde el personaje principal vendía los tiquetes del circo, acomodaba al público, presentaba el show, entre otros.

DISCUSIÓN

Los resultados descritos desvelan una serie de reflexiones que han permitido construir un imaginario de cómo ha sido interpretado la gestión del cuidado en la estructura hospitalaria chilena, desde la mirada de informantes claves, como lo son las enfermeras en cargos gerenciales. Los discursos revelan la constante defensa hacia lo ganado (la autonomía profesional interpretada como gestión del cuidado), la lucha de poder (especialmente frente al estamento médico), el demostrar constantemente que la implementación de la gestión del cuidado cumple un rol de importancia en la estructura hospitalaria (a través de indicadores que **no** son propios de la disciplina) y la reflexión permanente de lo que “soy” como enfermera, siempre asociado a las competencias que se deben poseer para lograr un cargo gerencial.

Actualmente y con el crecimiento sustancial del feminismo, resulta difícil comprender cómo – en base a lo que se interpreta de los discursos de la investigación- se complejiza para las mujeres y más aún para las enfermeras, alcanzar posiciones de poder en las instituciones de salud, aspecto que se perpetua en el tiempo⁽²³⁻²⁵⁾.

Para Foucault⁽²⁶⁾ y Gastaldo⁽²⁷⁾ el concepto de poder en el ámbito de la Enfermería se refiere a como la influencia positiva ejerce un efecto influyente en el equipo de trabajo⁽²⁵⁻²⁸⁾. Este poder, según el primer autor, se relaciona de manera directa con el saber enfermero el cual – desde una mirada crítica – es considerado como un saber silenciado, sometido e incluso sepultado ante el saber biomédico, el cual considerado superior y hegemónico, que somete a la disciplina enfermera⁽²⁹⁻³¹⁾. Aspecto que se puede apreciar en lo referido por las enfermeras entrevistadas, quienes hacen hincapié de manera permanente sobre las dificultades para poder ser reconocidas en su rol, especialmente por el estamento médico, donde se aprecia esta “lucha” eterna – y a veces estéril - para relevar y diferenciar que el conocimiento de Enfermería es distinto al conocimiento médico, los cuales en su conjunto permiten la mejora de la salud de las personas.

En este sentido, es interesante analizar como las enfermeras se logran empoderar ante estos hechos, los cuales son complejos de soslayar. Diversos estudios señalan que las mujeres enfermeras que se desempeñan en el ámbito de salud, no se encuentran lo suficientemente empoderadas, lo que se debe principalmente a las relaciones jerárquicas entre “médico-enfermera” que tienden a inclinar la balanza hacia el poder que ejerce el estamento médico⁽³²⁻³⁴⁾ y más aún cuando se asocia a los sesgos de género y normas sociales, los cuales perpetúan esta estructura en los sistemas de salud, generando no solo dificultades para que las enfermeras logren un lugar de poder en el trabajo, sino también provoca desigualdades como ejemplo: comentarios negativos hacia la función que realizan, acoso y diferencias salariales^(33,35-38), lo que se puede identificar claramente en los discursos analizados, en los cuales las enfermeras subdirectoras reflexionan sobre empoderamiento de las enfermeras a nivel estratégico de las instituciones de salud, donde este se ve coartado solo al ser consideradas en los círculos de poder para consultas técnicas y operativas y no para consultas políticas y/o estratégicas.

Lo anterior se asocia con lo descrito por MacMillan y Perron⁽³²⁾, quienes refieren que el fuerte componente médico en los niveles gerenciales de las organizaciones de salud, no solo fomenta la invisibilidad de las enfermeras, sino que también anula la participación que estas puedan tener en las políticas de salud⁽³²⁾, realidad que lamentablemente es confirmada por diversos estudios^(23, 39-42).

A pesar de poseer este componente sociohistórico poco favorable para la disciplina, se hace necesario – nuevamente- reivindicar el rol en esta área y empoderar desde los niveles más noveles a las enfermeras, considerando que una enfermera empoderada puede no solo mejorar la calidad de los cuidados y de la atención de salud, sino que puede usar ese poder para ir en defensa de los pacientes y sus familias^(32,33, 43).

Según diversos estudios, las enfermeras en cargos gerenciales, que comprenden el poder que poseen y reconocen el poder de su autonomía pueden mejorar los procesos organizacionales de manera sustancial, por lo que no solo se hacen indispensables en las estructuras hospitalarias, sino que se hacen esenciales para generar planes de mejora propios de la profesión^(33, 44). En este sentido, las enfermeras entrevistadas identificaron la necesidad de establecer procesos propios de la disciplina, como por ejemplo indicadores de Enfermería. Si bien reconocen que existen muchos indicadores que miden, de manera indirecta el cuidado en el ámbito intrahospitalario, no son propios de la profesión reflexionando en sus discursos sobre este “anhelo-necesidad”, que si se analiza desde la mirada foucaultniana, generaría el desarrollo de este saber propio y, por ende, un poder que es fruto de las posiciones estratégicas (enfermera gerente) y que es legitimado por los propios dominados (enfermeras clínicas), pero que tienen la finalidad de ser un poder que se posee y que se ejerce. En este sentido, este saber propio – y por ende este poder – se transforma en una capacidad de acción que las enfermeras gerentes deben poseer y asumir, es decir, en esa agencia que les permite llevar adelante acciones que producen cambios^(45,46), que representan la habilidad para actuar y que reflejan la autonomía para ejercer su rol. De ahí el interés de las enfermeras entrevistadas por generar acciones propias que reflejen esa libertad en la ciencia del cuidado como lo son el establecimiento de indicadores de cuidado o la estandarización de los mismos, puesto que serían estos, los que le entreguen el reconocimiento a esa agencia que ya se ejerce, pero que debe fortalecerse con las oportunidades que entrega el entorno, tal como se detalla en lo declarado por las enfermeras.

Los discursos analizados invitan a reflexionar sobre las implicancias de la gestión del cuidado en la estructura hospitalaria chilena, sin embargo, una de las limitaciones para poder tener una comprensión más amplia de este fenómeno, fue la cantidad de informantes, lo cual no permitió la saturación del objeto de estudio. A pesar de ello, los resultados obtenidos permiten tener un acercamiento a las interpretaciones que poseen las enfermeras en posiciones de poder, respecto a su rol y la influencia de este en las entidades de salud en el ámbito hospitalario y como la agencia que se ejerce debe ser fortalecida.

CONCLUSIONES

La investigación permitió interpretar la concepción que las enfermeras gerentes poseen sobre el constructo gestión del cuidado y sus implicancias en la estructura y el funcionamiento de los servicios hospitalarios en Chile. Este análisis se llevó a cabo desde la perspectiva del poder y la agencia en la disciplina, donde se reconoce la necesidad de ampliar la visión y avanzar en la construcción de un nuevo paradigma (comprensión del poder y agencia) en Enfermería en lo que respecta al rol de gestión. Para ello, resulta fundamental superar los condicionamientos sociohistóricos de subordinación e invisibilización en relación con otras disciplinas y profesiones, lo cual puede materializarse mediante la implementación de estrategias concretas, tales como

el desarrollo de indicadores específicos para la Enfermería y el avance en la estandarización de los cuidados. Asimismo, se destaca la importancia de fomentar la investigación disciplinar y clínica desde diversos enfoques epistemológicos, dado que la generación de conocimiento contribuirá al fortalecimiento de la agencia y el poder de las enfermeras en todos los niveles del ejercicio profesional.

REFERENCIAS

1. González-García A, Pinto-Carral A, Pérez-González S, Marqués-Sánchez P. Nurse managers' competencies: A scoping review. *J Nurs Manag*. 2021;29(6):1410-1419. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13380>
2. Ansah MA, Paarima Y, Barnes T. Exploring the management competencies of nurse managers in the Greater Accra Region, Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020; (13). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100248>.
3. Chase L. Nurse Manager Competencies. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 1994. 24(4S). URL: https://journals.lww.com/jonajournal/citation/1994/04011/nurse_manager_competencies.9.aspx
4. International Council of Nurses. International Nurses Day 2024 Report. Ginebra. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_IND_2023_Report_SP.pdf
5. Warshawsky NE, Caramanica L, Cramer E. Organizational Support for Nurse Manager Role Transition and Onboarding: Strategies for Success. *J Nurs Adm*. 2020;50(5):254-260. DOI: <https://doi.org/10.1097/nnn.0000000000000880>
6. World Health Organization. State of the world's nursing 2020. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>
7. Pan American Health Organization (PAHO). The strategic importance of national investment in nursing professionals in the Americas region. OPS; 2022. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56055/OPSHSSHR220012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. International Council of Nurses. Government chief nursing officer (GCNO) positions. Ginebra: ICN; 2020. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-01/ICN%20briefing_GCNO_ENG.pdf.
9. Milos P, Larrain A. Care management in Chile: from function to structure. *Cienc. enferm*. 2013; 19(2): 7-10. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200001>
10. Ministerio de Salud. Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red, Decreto N°38. 2005. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=247591>
11. Ministry of health. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud N° 140. 2004. Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/237231.pdf>
12. Ministry of health. Norma Técnica Administrativa N°19. 2007. Disponible en: http://www.minsal.cl/juridico/RESOLUCION_1127_07.doc
13. Taylor SJ, Bodgan R. Introduction to qualitative research methods. 1ª Ed. Barcelona: Ed. Paidós; 1992.
14. Guba E, Lincoln Y. Competing Paradigms in Qualitative Research: Handbook of Qualitative Research. 1st ed. California, USA: SAGE. 1994.

15. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto MC, Gómez P. Qualitative Research in Nursing: Methodology and Didactics. 1ª Ed. Washington DC. Ed. PALTEX; 2013.
16. Yin RK. Case study research: Design and methods. 4a. ed. Thousands Oaks, CA; Sage. 2009.
17. Urra E, Núñez R, Retamal C, Jure L. Case study approaches in nursing RESEARCH Cienc. Enferm. 2014;20(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100012>.
18. Martínez-Salgado C. Sampling in qualitative research: Basic principles and some controversies. Ciência & Saúde Coletiva, 2012. 17(3):613-619,. URL: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?format=pdf&lang=es>
19. Berndt AE. Sampling Methods. Journal of Human Lactation. 2020;36(2):224-226. DOI:10.1177/0890334420906850
20. Bardin L. Content analysis. 3a Ed. Madrid – España. Ed. Akal.2002
21. Macia Soler ML. Qualitative Research. 1ª Ed. Barcelona – España. Ed. Elsevier. 2015
22. Ma H, Chihava TN, Fu J, Zhang S, Lei L, Tan J, Lin L, Luo Y. Competencies of military nurse managers: A scoping review and unifying framework. J Nurs Manag. 2020 Sep;28(6):1166-1176. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13068>
23. Paynton T. "The Informal Power of Nurses for Promoting Patient Care", OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2008;14 (1). DOI: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol14No1PPT01>
24. Rutz A, Buss M. The political empowerment of nurses in hospital practice. Index Enferm. 2015; 24(1-2): 20-24. URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100005&lng=es
25. Katriina P, Sari V, Anja R, Christina S, Paula A, Tarja S. Nursing power as viewed by nursing professionals. Scand J Caring Sci. 2013;27(3):580-8. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2012.01069.x
26. Foucault, M. Microfísica do poder. 9. ed. Rio de Janeiro. 1990.
27. Gastaldo D, Holmes, D. Foucault & Nursing: a history of the present. Nursing Inquiry. 1999; 6 (4): 231-240. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00042.x>
28. Landman C. Sociopolitical role of nurses linked to leadership and professional autonomy. 2021; 32(2):103-107. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100005>
29. Amezcua M. Foucault and nurses: gauging the power every day. Index Enferm. 2009; 18(2): 77-79. URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200001&lng=en
30. Foucoult M. Discipline and Punish. 2ª Ed. Argentina. 2013.
31. Foucoult M. Aesthetics, Ethics, and Hermeneutics. Ed. PAIDOS.
32. McMillan K, Perron, A. Nurses' engagement with power, voice and politics amidst restructuring efforts. Nursing Inquiry. 2020; 27(3), e12345. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12345>
33. George KC, Lyman B, Pilarte Alcantara A, Stephenson M. Women's power in hospital-based nursing: A critical qualitative study. J Adv Nurs. 2023;79(2):798-810. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.15550>
34. Fewster-Thuente L, Velsor-Friedrich B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. Nursing Administration Quarterly. 2008; 32(1), 40–48. <https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1097/01.naq.00003>

35. Hay, K. Disrupting gender norms in health systems: Making the case for change. *The Lancet*. 2019; 393(10190), 2535–2549. [https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1016/s0140-6736\(19\)30648-8](https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1016/s0140-6736(19)30648-8)
36. Galvin L, Parlier B, Martino E, Scott R, Buys E. Gender bias in nurse evaluations of residents in obstetrics and gynecology. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; 126(Supplement 4), 7 S–12 S. <https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1097/aog.0000000>
37. Kahsay W, Negarandeh R, Dehghan N, Hasanpour M. Sexual harassment against female nurses: A systematic review. *BMC Nursing*. 2020; 19(1), 58. <https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1186/s12912-020-00450-w>
38. Muench, U., Sindelar, J., Busch, S. H., & Buerhaus, P. I. Salary differences between male and female registered nurses in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 2015; 313(12), 1265. <https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1001/jama.2015.1487>
39. Elrod, PD, Tippett, DD. The “valley of death” of change. *Revista de Gestión del Cambio Organizacional*, 15, 273–291. <https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1108/095348102104>
40. Fulop L. Mark A. Relational leadership, decision-making, and contextual disorder in health care. *Liderazgo*. 2013; 9 (2), 254–277. <https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1177/1742715012468>
41. Rankin J, Campbell M. *Managing to nurse: Inside Canada's health care reform*. Toronto, ON 2006; University of Toronto Press
42. Fletcher K. Beyond Dualism: Leading the Way Out of Oppression. *Foro de Enfermería*. 2006; 41 (2), 50–59. <https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1111/j.1744-6198.2006.00039.x>
43. Smith Y, Cleveland K, Kleman C. "Understanding Nurses' Experiences and Contributions to Governing Boards" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2021; 27 (1). DOI: <https://www.doi.org/10.3912/OJIN.Vol27No01PPT32>
44. Lyman B, Parchment J, George K. Diversity, equity, and inclusion: crucial for organizational learning and health equity. *Nurse Leader*. 2022. 20 (2), 193 – 196. <https://doi-org.bibliotecadigital.uv.cl/10.1016/j.mnl.2021.10.012>
45. Belvedresi R. Women's history and female agency: some epistemological considerations. *Epistemología E Historia De La Ciencia*. 2028; 3(1), 5-17. URL: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/article/view/19865>
46. Caro P, Román H, Armijo L. Women in senior mining positions in Chile. Agency and gender tensions. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. 2021; 28: 1-29. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10565827003>