

HABLANDO DE LIDERAZGO ENFERMERO DESDE LA EXPERIENCIA (2) EL CAMINO DEL LIDERAZGO ENFERMERO DESDE LA DÉCADA DE LOS 90

Núria Cuxart Ainaud

(Fragmento de la participación en el Congreso Virtual de Liderazgo en Enfermería, 22 marzo 2021, mesa redonda con Mari Paz Mompart, moderada por Carmen Ferrer)

Agradeciendo la oportunidad de estos momentos de reflexión extraordinaria que suponen estas iniciativas de revisión a pesar del vértigo que produce compartir espacio con enfermeras como Mari Paz Mompart y Carmen Ferrer, para mí referentes indiscutibles, a las que respeto, tanto he aprendido y tanto tengo que agradecer, ruego al posible lector/a de este escrito lo entienda como una reflexión sin ningún propósito de análisis riguroso de situación. Es una reflexión muy personal, escrita en primera persona, fruto de recuerdos, vivencias y percepciones del transitar por el liderazgo enfermero desde la década de los 90 hasta la actualidad.

La década de los 90, o al menos así la recuerdo, fue un periodo de propuestas concretas en clave de futuro y de gran actividad en muchos ámbitos de la profesión enfermera. A mi modo de ver, dos muy importantes: la Atención Primaria de Salud (APS) y la Calidad asistencial, ambas objeto de rigurosos análisis y de numerosas publicaciones por lo que no incidiré.

Sucedieron acontecimientos importantes para el desarrollo de la profesión enfermera en España. Dos ejemplos bien distintos: la creación de [Investén-isciii](#) en 1996 con el objetivo de fomentar la investigación en cuidados enfermeros y posibilitar la implantación de cuidados seguros y de calidad para la mejora de la salud o el desarrollo de trabajos de gran calado como los del «Grupo de Análisis y Evaluación del sistema sanitario», conocido como Informe Abril, donde se evaluó el sistema sanitario público español y se formularon recomendaciones para su posterior planificación, con la participación de varias enfermeras.

La Declaración de la Sorbona (1998) y de la Declaración de Bolonia (1999), establecieron las bases del proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), que posibilitaba un sistema de titulaciones más o menos comparable y que posteriormente establecería la estructura en tres ciclos: Grado, Master y Doctorado. A la vez, una numerosísima oferta títulos de posgrado animaba a las enfermeras a formarse, aún más, en el contexto universitario. Otras muchas también obtuvieron licenciaturas en otras disciplinas como vía para doctorarse, con lo que tuvo de bueno y de no tan bueno. Es decir, hubo quien puso los nuevos conocimientos al servicio del objetivo del cuidado, mientras otras lo abandonaron y optaron por la nueva titulación alcanzada.

Me parece importante destacarlo porque estoy convencida que el “cuidado del cuidado” es una cuestión fundamental para el desarrollo del liderazgo enfermero.

Una década que acabó con los borradores de la [Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias \(LOPS\)](#), que reconocería a las enfermeras la dirección y evaluación de su desempeño profesional. Ley que en mi opinión nació corta, pero que ciertamente supuso un avance al reconocer, por ejemplo, la participación de las enfermeras en el liderazgo de la gestión clínica. Otra cosa es que, aún hoy mismo, en algunos centros sanitarios españoles se habla de gestión clínica sin reconocer el liderazgo de las enfermeras en líneas específicas vinculadas con sus conocimientos.

Lo que parecía que era un camino de visibilidad, de pronto se convirtió en elemento de amenaza y de pérdida

Efectivamente, porqué también fue el inicio de largas demoras de iniciativas de gran relevancia que entraron en un letargo inconcebible que retrasaron excesivamente su implementación. Demoras constantes de grave impacto en el desarrollo de los servicios enfermeros.

La Circular 5/1990 (18 de junio) del Insalud sobre organización de las actividades del personal de Enfermería de los Equipos de Atención Primaria (AP) fue un ejemplo en este sentido. Una circular que ponía en valor la enfermería comunitaria y, a través de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP), parecía que se aseguraba una homogeneidad de los servicios enfermeros. Regulaba la organización de la actividad de las enfermeras de AP de manera independiente y la asignación de población a la enfermera, que suponía la libre elección de enfermera. Pero una circular desaprovechada porque no se desarrolló adecuadamente.

La LOPS ahí se quedó, insuficiente e imprecisa, en el sueño de los justos. Sobre la participación de las enfermeras en cuestiones macro como el rediseño del sistema sanitario, que tanto tiene que ver con el liderazgo enfermero, destacar que la historia ha evidenciado que, si bien «oficialmente» las enfermeras disfrutamos de las mismas oportunidades, siempre se nos sitúa en una desesperante segunda posición.

Sobre la situación real del liderazgo profesional e institucional

Desde la idea de que el liderazgo es la *capacidad de una persona para inspirar la confianza y el reconocimiento del grupo por la responsabilidad ejercida* (Mari Paz Mompert y Marta Duran, 2001), entiendo como liderazgo enfermero aquel que, en situaciones o en condiciones para el mismo, las enfermeras estamos o podemos estar a la cabeza, influyendo para hacer posible aquello que nos es propio porqué constituye nuestro objetivo profesional.

Liderar es visión, ideas guía, marcar camino. Si bien es cierto que las enfermeras no hemos conseguido la transformación deseada, los avances han sido muchos e importantísimos. Especialmente en aquel liderazgo que se ejerce más cercano a la práctica, muchas veces invisible por razones como, y entre otras, la naturaleza del propio cuidado o la dificultad de las propias enfermeras para ponerlo en valor, pero que las personas que atendemos valoran como una respuesta profesional de forma directa y personal, reconociendo en cada momento su auténtica importancia. Avalan estos avances las aportaciones de las

enfermeras en los ámbitos sanitarios, sociales, y/o educativos, la alta consideración de las enfermeras españolas en el mundo, la sólida producción científica, y un larguísimo etcétera.

Pero cuando aludimos al liderazgo institucional, deberíamos preguntarnos a qué nos referimos. Si nos referimos al liderazgo de las instituciones enfermeras la situación real no es buena. En mi opinión nuestra profesión adolece de una fragilidad en su estructura que afecta a los personajes que aloja –las enfermeras y los enfermeros- que, también hay que decirlo, no tenemos como fortaleza la facilidad de alcanzar consensos.

Si nos referimos al liderazgo de las enfermeras en las instituciones, la situación es, por un lado, la que ha derivado en la más que conocida reivindicación de muchas enfermeras respecto a las dificultades que tenemos individualmente y / o colectivamente para acceder a aquellos lugares, organismos o instancias donde se toman las decisiones. Esta situación tiene como consecuencia la imposibilidad de poder intervenir en el diseño de iniciativas, proyectos o programas. Somos siempre invitadas a participar (que no decidir), a enmendar (que no construir) o a asesorar (que no dirigir) el proyecto, el programa o la iniciativa en cuestión. Es decir, cuando podemos acceder, ya ha sido diseñado y ya tiene una orientación determinada difícil de modificar.

Por otro lado, la situación derivada de que el cuidado, base del liderazgo enfermero, está en la cola de las prioridades de nuestro sistema de salud. Eso es así y no hay más que utilizarlo para poner en valor el impacto que tiene en la salud de las personas. Impacto concreto, medible, comparable y comprobable, si de verdad pretendemos que se integre como parte irrenunciable de la cartera de servicios a personas, familias y comunidades.

Sin olvidar que si el cuidado es nuestra razón de ser, debemos saber utilizarlo también como nexo de unión. A más consenso alrededor de cuidado, más influencia y más fuerza.

Quizás esta es la razón por la que nunca se ha querido disponer de un/a líder enfermero/a en el mundo macro

El cuidado enfermero es una auténtica revolución porque capacita a las personas para tomar decisiones, porque habla tanto de salud tanto como de enfermedad y porque pone contra las cuerdas la actual priorización de los objetivos y de los recursos destinados a la atención para la salud. Y aquí tenemos una grandísima dificultad que a la vez conforma nuestro gran reto. La gestión desde el cuidado cambia las prioridades del sistema de salud. Con toda la contundencia que seamos capaces, hay que girar este enfoque a favor del cuidado profesional.

Giro en el enfoque que genera muchos miedos. Miedo a la pérdida del enfoque biologicista, al quebranto de una estructura monopolista por complicada que sea de romper y miedo a la merma de los intereses por el mantenimiento de un poder que difícilmente persistiría en un modelo de verdad centrado en las personas, de liderazgo compartido, donde la toma de decisiones pivotase sobre la propia persona y la responsabilidad sobre quien puede hacer mejor cada cosa en cada situación. Y esto despierta temores y celos. Prueba de ello es la persistente y maquillada desvalorización del cuidado profesional y las circunstancias que lo rodean, cuando en realidad es SU miedo. Un “su” en mayúsculas, en negrilla y subrayado.

Cabe esperar que la deseada post pandemia nos abra nuevas oportunidades. La situación vivida ha evidenciado las fortalezas y las debilidades de nuestro sistema de salud a la vez

que se ha convertido en una oportunidad única para transformarlo. Si algo se ha hecho más evidente que nunca ha sido la necesidad de un enfoque comunitario de la atención a la salud centrado en las necesidades de cuidados. Buenos cuidados facilitadores en un contexto de atención que prioriza y se organiza en torno a las necesidades para la vida cotidiana, sitúa a la persona y al grupo en primer lugar, se preocupa por las capacidades, experiencias y relaciones de las personas como de todo aquello esencial para la vida.

Va a ser difícil, muy difícil. Pero hay margen para ir avanzando hacia esta transformación. Aunque sin enfermeras, imposible.

¿Qué se requiere hoy de los directivos enfermeros?

Un compromiso ineludible con el cuidado. Con visión estratégica, capacidad para la creación y mantenimiento de estructuras flexibles y eficientes, capacidad para la gestión de equipos, de liderazgo colaborativo y para el desarrollo profesional de las personas a su cargo. Expertísimas en cuidados, muy bien formadas, con visión, ilusión y pasión. Lo que Carmen Ferrer Arnedo define siempre como “un equilibrio entre la tarea y las personas”. Líderes como los que [Xavier Marcet mencionaba en un reciente artículo en La Vanguardia](#): “Necesitamos líderes que no se sustenten en cadenas de mando exclusivamente, necesitamos líderes que encabezan verdaderas cadenas de aprendizaje e inspiración”.

Las enfermeras y los cuidados enfermeros necesitan líderes transformadores. Ana García Pozo, Subdirectora enfermera del Hospital Gregorio Marañón lo resumió de modo sencillamente genial en su intervención en el Encuentro organizado por el [Grupo 40](#) celebró en 2017 con motivo del 40 aniversario integración de la Enfermería española en la Universidad. Tomo prestadas sus palabras: “necesitamos líderes, directoras enfermeras, que los gerentes se aparten a su paso”.