

La gobernanza en la práctica profesional del enfermero en el ámbito hospitalario: estudio de métodos mixtos¹

José Luís Guedes dos Santos²
Alacoque Lorenzini Erdmann³

Objetivo: elaborar un modelo interpretativo sobre la gobernanza en la práctica profesional del enfermero en ámbito hospitalario. **Método:** estudio de método mixto de estrategia de triangulación con datos de un estudio transversal con 106 enfermeros y de la teoría fundamentada con 63 participantes. Los datos cuantitativos fueron obtenidos a través del Brazilian Nursing Work Index Revised y analizados con estadística descriptiva. Los datos cualitativos fueron obtenidos mediante entrevistas y analizados a través de codificación inicial, selectiva y enfocada. **Resultados:** a través del Brazilian Nursing Work Index Revised los resultados mostraron que los enfermeros creen que tienen autonomía, control sobre el ambiente, se llevan bien con los médicos y tienen soporte organizacional para la gobernanza en enfermería. La gobernanza en la práctica profesional del enfermero tiene como base su actuación en la gestión del cuidado y de los servicios de enfermería. Para la ejecución de las actividades, estos profesionales se esfuerzan en resolver las limitaciones del soporte organizacional y en desarrollar conocimientos y aptitudes de gestión. **Conclusión:** es importante reorganizar las estructuras y los procesos de gobernanza profesional de enfermería, en especial el soporte que se presta a la organización de la práctica de gestión.

Descriptor: Supervisión de Enfermería; Administración Hospitalaria; Gerencia; Gestión Clínica.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Gobernanza de la práctica profesional de Enfermería en el ambiente hospitalario", presentada en la Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 474644/2012-0.

² PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Introducción

Los modelos de gestión están determinados por estructuras organizacionales que suponen la distribución del poder, de la autonomía, de la comunicación y de la toma de decisiones. En el contexto contemporáneo, la complejidad hospitalaria está marcada por intereses en conflicto y, así, muestra la necesidad de buscar nuevos marcos teóricos para pensar la micropolítica hospitalaria, así como para experimentar diferentes estrategias de gestión⁽¹⁾.

Esta necesidad se da por la evolución de la construcción del conocimiento en el ámbito de gestión organizacional. La nueva situación social, económica, política y cultural le causa a la gestión un cambio rápido llevándola a la descentralización de los niveles organizacionales, a la valoración de la flexibilidad y a la ampliación de la autonomía de gestión⁽¹⁾. Este cambio caracteriza la transición de una lógica sistémica y controladora a una lógica procesal y relacional⁽²⁾.

Mientras la gestión en la lógica sistémica y controladora corresponde con el enfoque clásico de la administración, basado en el control de las operaciones, en la jerarquía y en la centralidad del proceso de decisiones⁽¹⁾, la lógica procesal y relacional busca la reorganización de las estructuras de los modelos de gestión bajo la perspectiva de la complejidad, que considera lo incierto, lo imprevisible, lo nuevo y los cambios como un continuum y permanente en las organizaciones⁽²⁻⁴⁾.

En este contexto, crece la discusión sobre los modelos de gobernanza en el campo de la gestión en salud y en enfermería. El término "gobernanza" representa el proceso de acción colectiva en el que una sociedad u organización define los mecanismos en la toma de decisiones y estructuras institucionales formales e informales de funcionamiento⁽⁵⁾. En el campo de la salud se utiliza este término en especial en el contexto de estudios sobre las buenas prácticas de gestión para potenciar la prestación de servicios de salud y articular los recursos disponibles ante la creciente demanda de la población por cuidados en salud⁽⁶⁾.

En el ámbito del campo de enfermería, la gobernanza profesional corresponde los procesos y las estructuras que les dan a los enfermeros autonomía, control y autoridad acerca de la práctica de enfermería en una organización⁽⁷⁾. El primer modelo de gobernanza en la práctica de enfermería fue diseñado en los 1980 en Estados Unidos, fue llamado "gobernanza compartida de enfermería", cuyos principios están difundidos por el

mundo⁽⁸⁻⁹⁾. Este modelo está basado en la premisa de que los enfermeros, como los principales profesionales de "primera línea" de los servicios de salud, tienen mayores condiciones de evaluar y decidir cuáles son las necesidades de cuidado a los pacientes, basándose en los parámetros de las buenas prácticas clínicas⁽⁷⁻⁸⁾.

En Brasil, hay una discusión continua y creciente acerca de la dimensión de gestión del trabajo del enfermero, en especial en lo de las contradicciones y ambigüedades que hacen presencia en la autonomía, en el liderazgo y en la toma de decisiones de los enfermeros en los servicios de salud^(1,10-11). A pesar de relacionarlos al concepto de gobernanza, en una revisión sobre el tema mostró que no hay evidencias de uso de modelos de gobernanza en la práctica de enfermería, así como de la ejecución del marco teórico-conceptual de gobernanza en la administración de enfermería en el contexto latinoamericano⁽⁹⁾.

Se considera que los enfermeros brasileños desarrollan estrategias y mecanismos propios para obtener gobernanza en la práctica profesional de enfermería, que se configura como un proceso dinámico con fuerte relación/interacción/asociación con el contexto organizacional y con las propias especificidades del ejercicio profesional de enfermería en ese país. De esta manera, ¿cómo se configura la gobernanza en la práctica profesional del enfermero en el ámbito hospitalario? ¿Cuáles significados y experiencias se vinculan a ese proceso?

En este estudio se elaboró un modelo interpretativo sobre la gobernanza en la práctica profesional del enfermero en el ámbito hospitalario.

Método

Se trata de un estudio de métodos mixtos de estrategia de triangulación simultánea, en lo cual se recolectan al mismo tiempo datos cuantitativos y cualitativos con el fin de comparar y determinar las convergencias, las diferencias o las mezclas entre ellos⁽¹²⁾. Así, se llevó a cabo un estudio cuantitativo de enfoque transversal y cualitativo de principios constructivistas de la teoría fundamentada en los datos (TFD)⁽¹³⁾.

Se realizó este estudio en un hospital universitario público y de porte mayor (268 camas) ubicado en la ciudad de Florianópolis, Brasil. Su servicio de enfermería se organiza y se estructura bajo cuatro áreas asistenciales: Emergencia y ambulatorio; Clínica médica; Clínica quirúrgica y Salud de la mujer, del niño y del adolescente.

En el estudio cuantitativo participaron 162 enfermeros. Los criterios de inclusión fueron el ejercicio de actividades asistenciales y el tiempo de experiencia igual o mayor que tres meses en el actual local de trabajo. A los sujetos ausentes a causa de vacaciones o licencia de cualquier naturaleza se les excluyeron. De los 132 enfermeros aptos para participar del estudio, 9 no quisieron participar y 17 no devolvieron los instrumentos, por lo tanto, 106 (un 80,3%) fueron los confirmados.

En el estudio se aplicaron dos instrumentos: el cuestionario sociodemográfico y el Brazilian Nursing Work Index Revised (B-NWI-R). Este fue traducido, adaptado y validado para utilizarse en Brasil, ya que mide características favorables del ambiente de trabajo para la práctica profesional del enfermero⁽¹⁴⁾. En la recolección de datos se consideró 15 ítems que componen las cuatro subescalas: autonomía (cinco ítems), control sobre el ambiente (siete ítems), relación profesional entre enfermero y médico (tres ítems) y soporte organizacional (diez ítems derivados de las tres primeras subescalas)⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Se utilizó el B-NWI-R, ya que a través de una revisión de literatura se comprobó que este instrumento tiene en cuenta los aspectos relacionados a la gobernanza en la práctica profesional del enfermero en el ámbito hospitalario⁽⁷⁻⁹⁾ y también porque Brasil no posee instrumentos específicos para medir dicha gobernanza.

En el B-NWI-R se utiliza una escala de tipo Likert, cuya puntuación oscila entre 1 y 4 puntos. En este contexto, el participante es invitado a contestar si está de acuerdo o no con la afirmativa: "Está presente este factor en mi trabajo a diario", siguiendo las opciones: totalmente de acuerdo (1 punto), parcialmente de acuerdo (2 puntos), parcialmente en desacuerdo (3 puntos) y totalmente en desacuerdo (4 puntos), así, cuanto menor es la puntuación mayor será la presencia de características favorables. Los valores abajo de 2,5 representan ambientes favorables a la práctica profesional, mientras que los encima de 2,5 son indicativos de ambientes desfavorables⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Los datos cuantitativos fueron recolectados, puestos en hoja de cálculo de Microsoft Excel y analizados desde el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 19.0, para Windows. En la presentación de los datos se utilizó una estadística descriptiva con cálculo de medición de la posición y de la dispersión (media, mediana, desviación estándar, valores mínimo y máximo).

En el estudio cualitativo se obtuvo la muestra teórica de la TFD a través de tres grupos de la muestra

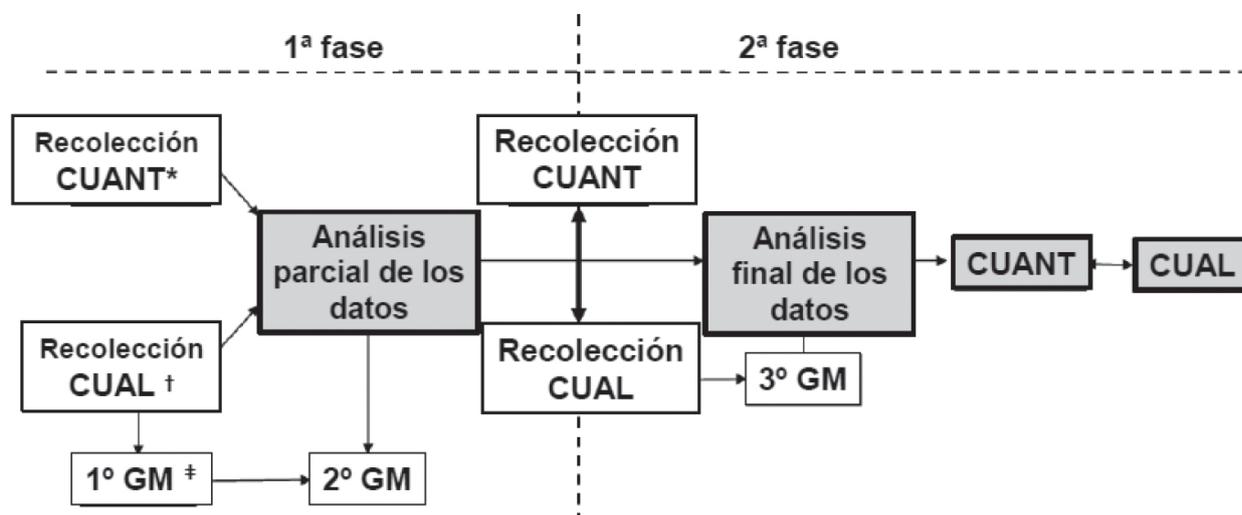
(GM), con un total de 63 participantes (P): 1º (GM) 32 enfermeros asistenciales (P1 hasta P32), 2º (GM) 13 enfermeros gestores (P33 hasta P45) y 3º (GM) 18 profesionales del equipo de salud (P46 hasta P63). En el 1º y el 2º GM se incluyeron a los representantes de las cuatros áreas de enfermería de la institución. Del 3º GM participaron nueve técnicos/ auxiliares de enfermería, cinco médicos, dos psicólogos, uno nutricionista y uno fonoaudiólogo. Algunos enfermeros que participaron de la etapa cuantitativa también compusieron el 1º GM, aunque esta participación no haya sido un criterio para la composición.

La definición de los grupos de la muestra se llevó a cabo desde la recolección de datos con los enfermeros asistenciales. Basándose en entrevistas con estos participantes se elaboró la hipótesis de que la gobernanza en la práctica profesional de enfermería es un proceso vinculado intrínsecamente a la forma de gestión de los enfermeros gestores y a las relaciones sociales profesionales junto al equipo de enfermería y de salud. De esta manera, los dos grupos de la muestra siguiente fueron conformados para que se encuentren datos que comprobasen y/o reorientasen dicha hipótesis.

Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas intensivas⁽¹³⁾, realizadas individualmente en el local de trabajo u otro ambiente elegido por los participantes y grabadas en un aparato electrónico de audio con duración entre 10 min y 1h05 min. Las grabaciones fueron transcritas e insertas en el *software* NVIVO, versión 10, para codificación y organización de los datos. El análisis de datos se llevó a cabo a través de una fase inicial, en que se nombró cada segmento de datos, enseguida una fase selectiva y enfocada, en que se clasificaron los códigos más significativos o frecuentes, integrados, sintetizados y organizados en categorías y subcategorías⁽¹³⁾.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética (bajo el CAEE: 09885612.1.0000.0121), en el que los participantes firmaron el consentimiento informado (CI). Los relatos de los entrevistados fueron señalados por códigos formados por la letra "P" (participante) y por un número que les asignaron, según las entrevistas: P1 hasta P63.

La recolección de datos cuantitativos y cualitativos simultáneamente se llevó a cabo de noviembre de 2012 hasta noviembre de 2013 en dos fases, según se muestra en la Figura 1. Estos datos fueron combinados para determinarse las convergencias, las diferencias y las mezclas.



* CUAN = Cuantitativa
 † CUAL = Cualitativa
 ‡ GM = Grupo de la muestra

Figura 1 – Diagrama que representa el esquema del estudio. Florianópolis, SC, Brasil, 2012-2013

Resultados

En la fase cuantitativa, el análisis del perfil sociodemográfico de los participantes mostró que oscilaba la edad entre 23 y 61 años con una mediana de 48 años, teniendo la franja etaria de 41 a 50 años. De los 106 enfermeros, estaban casados 53 (50%) y 98 (92,5%) eran mujeres.

El tiempo medio de experiencia profesional en enfermería fue 13 años y 6 meses (mín.=6,96 años;

máx.=35 años y desviación estándar= $sd\pm 9,46$), y el tiempo de trabajo en la institución tuvo la media de 12 años (mín.=6,96 meses; máx.=33,42 y $sd\pm 9,69$). Estos profesionales tenían en media 19,51 pacientes bajo su responsabilidad (mín.=4; máx.=70 y $sd\pm 13,06$), trabajaban cerca de 37,41 horas semanales (mín.=30; máx.=74 y $sd\pm 11,8$) y 89 de ellos (84%) no tenían otro empleo.

Los datos que se obtuvieron a través del NWI-R están presentados en la Tabla 1.

Tabla 1 - Media, desviación estándar, mediana y variación de las subescalas del B-NWI-R* (n=106). Florianópolis, Brasil, 2012-2013

	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Autonomía	2,07	0,50	2	1,00	3,40
Control sobre el ambiente	2,48	0,54	2,42	1,14	3,86
Relación profesional entre enfermero y médico	2,14	0,54	2	1,00	3,67
Soporte organizacional	2,20	0,41	2,2	1,00	3,00
Total B-NWI-R*	2,21	0,39	2,2	1,30	3,11

*Brazilian Nursing Work Index - Revised

Según los resultados obtenidos a través del B-NWI-R, fue favorable el ambiente de la práctica profesional de los enfermeros. Lo que se puede afirmar que los enfermeros creen que tienen autonomía, control sobre el ambiente, se llevan bien con médicos y tienen soporte organizacional para la gobernanza en la práctica de enfermería.

En la fase cualitativa, desde el análisis de datos de la TFD, se mostró el fenómeno: ejecución de la gobernanza en la práctica profesional de enfermería en un hospital universitario, el cual tiene como base cuatro categorías y sus respectivas subcategorías, según se muestra en la Figura 2.

Categorías	Subcategorías
Resolución de las ambigüedades de soporte organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Destacan las condiciones de trabajo de la institución - Destacan la importancia del apoyo y del asesoramiento del directorio de enfermería - Enfrentan las dificultades en la gestión de personas en los servicios públicos - Se enfrentan la burocracia y la lentitud de los servicios de apoyo
Administración de los servicios de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Asumen el cargo de administración por la influencia de los compañeros y/o superiores - Tienen en cuenta que el trabajo de administración es una oportunidad de nuevos aprendizajes - Buscan articularse los enfermeros asistenciales con el directorio de enfermería - Se dan cuenta de que la carga es más grande que el bono
Gestión del cuidado de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Establecen y mantienen control sobre el ambiente de cuidado - Se ocupan de una posición central en el contexto de organización y de las prácticas de cuidado
Desarrollo de conocimientos y aptitudes de gestión	<ul style="list-style-type: none"> - Aprenden la gestión a lo largo de la trayectoria profesional - Eligen buenos ejemplos profesionales a seguir - Destacan la necesidad de una capacitación sobre la gestión de enfermería

Figura 2 – Cuadro de categorías y sus respectivas subcategorías. Florianópolis, Brasil, 2012-2013

El soporte organizacional corresponde al apoyo de la institución en la ejecución de la gobernanza de los enfermeros. En la categoría “resolución de las ambigüedades de soporte organizacional” los participantes señalaron aspectos positivos y negativos en cuanto a la gobernanza en la práctica de enfermería, lo que explica la media en la subescala “control sobre el ambiente” del B-NWI-R.

Las condiciones de trabajo, la cantidad de personal y la disponibilidad de recursos materiales fueron consideradas adecuadas para la realización del cuidado de enfermería. Además, el hospital cuenta con un directorio de enfermería en el mismo nivel de importancia que los demás órganos directivos, y el puesto de director de enfermería es ocupado por un enfermero elegido por los profesionales de enfermería. Se relacionan las dificultades del soporte organizacional con la gestión de personas y con las trabas burocráticas de los servicios de apoyo.

El hospital cuenta con una excelente estructura, [...] tenemos libertad para hacer la escala como la consideramos más adecuada y tenemos más técnicos y enfermeros que otros hospitales (P8). Tenemos la posibilidad de elegir nuestro director, eso es un punto muy importante pues nuestro jefe no es impuesto o indicado por un director general (P34). [...] las personas ven que, por ejemplo, un minibar está estropeado hace un mes y piensan que el jefe no hace nada para mejorarlo, pero son los trámites burocráticos que le impiden [...] (P6). [...] la estabilidad del empleado público hace que las personas piensen que no necesitan demostrar sus habilidades ni compromiso [...] (P11).

La categoría “administración de los servicios de enfermería” hace referencia al proceso de gestión de enfermería en la institución. Además del director de enfermería, los enfermeros también comparten la gestión de enfermería en dicho hospital al ejercer los puestos de jefe de la división y de jefe del servicio de enfermería. En el hospital hay cuatro divisiones

de enfermería organizadas bajo las principales áreas asistenciales: emergencia y ambulatorio, clínica médica, clínica quirúrgica y materna infantil. Tales divisiones abarcan 17 unidades asistenciales.

Los enfermeros jefes del servicio son responsables tanto por la gestión de una unidad cuanto por la articulación entre los enfermeros asistenciales y el directorio de enfermería. Los que ejercen el puesto de jefes de división coordinan el proceso de gestión de un grupo de unidades afines. Para auxiliar la gestión de enfermería, el directorio de enfermería cuenta con un Centro de Educación y de Investigación en Enfermería (CEPEN) y un Comité Permanente de Materiales de Asistencia (CPMA) como órganos de asesoramiento responsables por la gestión de acciones educativas de enfermería y por la coordinación del proceso de planificación, organización y control de materiales asistenciales.

La jefatura de unidad comparte trabajo con la dirección de enfermería (P43). La jefatura de la división es el eslabón entre las unidades [...] así que cuando la jefatura de unidad tiene algún problema se comunica con la jefatura de la división (P5). [...] recibimos mucho auxilio, en especial de CEPEN y de CPMA (P35).

A través de esta estructura organizativa es que se propaga la autonomía de los enfermeros, según muestran los resultados cuantitativos que señalaron la media favorable de la subescala “autonomía”.

Los puestos de jefatura de la división y del servicio de enfermería también son elegidos de la misma manera que el del director de enfermería. Cuando los datos fueron recolectados, el hospital estaba en dificultades en la sucesión y preparación de sus nuevos líderes para los puestos de gestión. Muchos enfermeros, en especial los que poseían mayor tiempo de experiencia en la institución, contaron que estaban sin interés en estos puestos, debido al estrés de la ejecución de la gestión y a la desvaloración financiera.

Es muy intenso, muy estresante, cuando ocupas el puesto de jefe de un sector (P13). En cuanto a la remuneración, el valor es muy bajo y no vale la pena que uno tenga muchas asignaciones (P33).

De esta forma, los puestos de jefatura del servicio eran ocupados en especial por los enfermeros con menor tiempo de trabajo en la institución, teniendo como causa la influencia de los compañeros y/o superiores y la búsqueda por nuevos aprendizajes y nuevos desafíos profesionales. Así, a veces no estaban preparados para ocuparse el puesto de gestión.

Nadie quería asumir la dirección [...] charlamos y nos pusimos de acuerdo sobre quién debería presentarse como candidato (P5). Pero nadie quería presentárselo. Así que mi jefa me dijo: "tienes el perfil para el puesto" (P39). [...] estaba con ganas de buscar nuevas experiencias y de conocer otras cosas, porque en la asistencia te acostumbras a una rutina [...] (P43). Las personas que asumen la gestión no están preparadas para esto. Así que es necesario la capacidad de liderazgo y de relaciones interpersonales, del conocimiento, de la forma como te presentas ante el equipo multidisciplinario y médico (P38).

Como resultado, la categoría "desarrollo de conocimientos y aptitudes de gestión" mostró que el aprendizaje de la práctica de gestión en la institución ocurre principalmente a lo largo de la experiencia laboral y desde la elección de enfermeros considerados como buenos ejemplos a seguir. De esta manera, los enfermeros recomiendan la realización de una capacitación y/o curso sobre la gestión y el liderazgo de enfermería.

Empecé a trabajar aquí a los 26 años, muy insegura. La vida y el propio hospital me han enseñado [...] hoy en día estoy consciente de lo que puedo y debo hacer y de lo que no debo

hacer. Antes creía que podría arreglar el mundo (P34). Seguimos a la gente que admiramos (P20). [...]a los jefes les hice una recomendación de capacitación, pues tenemos que ocupar los puestos cuando nadie más los quiere. Esto ocurre en 90% de las situaciones (P44).

La gestión de cuidado es otro punto importante de la gobernanza de enfermería. Esta es la principal atribución de los enfermeros asistenciales, como mostró la categoría "gestión del cuidado de enfermería". Los enfermeros ocupan una posición central en el contexto de organización y ejecución del cuidado, lo que es referencia para el equipo de salud y de enfermería. Para ello, buscan desarrollar un panorama general sobre el ambiente asistencial y mantienen actualizados sobre las informaciones de los pacientes hospitalizados, para ofertarles una asistencia calificada.

Tenemos un buen panorama sobre todo, el control sobre todo lo que ocurre allí (P19). Siempre busco conocer lo que está ocurriendo [...] a veces no estoy cerca, pero "atenta" en la situación (P29). El enfermero es el que aclara mis dudas, me auxilia en las tareas y en los procedimientos [...] es imprescindible en la unidad (P60). Los enfermeros tienen un panorama general de la unidad, saben cómo están los pacientes, y si se deben hacer examen, marcar ambulancia, hacer esto o aquello[...] (P55).

El desempeño de los enfermeros en la gestión de cuidado se explica por la media positiva de la subescala "relación profesional entre enfermero y médico" de B-NWI-R. La Figura 3 muestra la articulación entre las subescalas de B-NWI-R, las subcategorías presentadas y el fenómeno del estudio.



Figura 3 - Diagrama representativo en la articulación entre las subescalas de B-NWI-R, las categorías y el fenómeno. Florianópolis, Brasil, 2012-2013

Discusión

En la fase cuantitativa, la puntuación total de B-NWI-R se acercó a los resultados de las anteriores investigaciones brasileñas realizadas con el mismo instrumento⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Sin embargo, en este estudio los resultados obtenidos están inferiores a las medias encontradas en los estudios desarrollados en hospitales que utilizan los modelos de gestión con principios de gobernanza compartida⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Los resultados cualitativos muestran que la gobernanza en la práctica de los enfermeros tiene como base la gestión de cuidado y de los servicios de enfermería. Para ejecutar estas actividades, los enfermeros se esfuerzan en resolver las limitaciones del soporte organizacional y de desarrollar conocimientos y aptitudes de gestión.

El término gestión de cuidado de enfermería expresa la complementación de las esferas de gestión y de asistencia del trabajo de los enfermeros. Es muy utilizado frecuentemente en la literatura de enfermería en Brasil para caracterizar sus actividades en la planificación de las acciones de cuidado, en la previsión y provisión de recursos para la asistencia, en la articulación de las interacciones entre los profesionales del equipo de salud y en la búsqueda por mejores prácticas de cuidado⁽¹⁹⁾.

Las actividades de los enfermeros en la gestión de cuidado pueden compararse a la función de Clinical Nurse Leader (CNL) en Estados Unidos. El enfermero desarrolla acciones para minimizar los huecos de comunicación e información entre el paciente, la familia y el equipo de salud y de enfermería, con el objetivo de mejora de la calidad de cuidado y seguridad de los resultados asistenciales. De sus actividades se destacan: abogar a favor del paciente, coordinar y planear intervenciones y/o cuidados de salud y enfermería, supervisar y orientar a los enfermeros sin experiencia⁽²⁰⁻²¹⁾.

En los relatos se destacó el desempeño de los enfermeros en establecer y mantener el control sobre el ambiente asistencial para la gestión del cuidado. Este control se vincula especialmente a la lógica sistémica y controladora, en que desconsidera el potencial de autoorganización de las personas y organizaciones. En este sentido, al administrador le compete prestar atención a las redes de relación que compone el conjunto organizacional como un todo y desarrollar habilidades para fomentarlas, en vez de enfocarse su actuación en partes localizadas e individualizadas⁽²⁾.

La valoración del control del ambiente de cuidado por los enfermeros puede relacionarse al carácter

polivalente y articulador de su trabajo. Los enfermeros son responsables por articular y por mediar las demandas de los pacientes, del equipo de enfermería y de la organización. Así, la pérdida de ese control puede representar el incumplimiento de estas responsabilidades además de la incompetencia. Sin embargo, es necesario considerar que las desordenes e incertidumbres promueven la creatividad, la innovación y la evolución, lo que puede impulsar positivos cambios en la práctica de enfermería. Además, la autoorganización dinámica y viva también puede impulsarse desde una interacción permanente entre individuos, ya que recibe interferencia de las características individuales y es influida por el todo social⁽³⁻⁴⁾.

En cuanto al puesto de jefe del servicio de enfermería se comprobó la dificultad de la institución en la preparación de líderes dispuestos a asumir dicha función, ya que los enfermeros se presentan como candidatos a este puesto debido a presiones externas de compañeros y/o superiores. En un estudio sueco se obtuvo resultados semejantes, en que pocos enfermeros elegían conscientemente ser líderes y para esto se cualificaban⁽²²⁾. También en un estudio en Estados Unidos encontró similarmente el desinterés de enfermeros sin experiencia en los puestos de liderazgo y la dificultad de organizaciones de salud en encontrar a los profesionales cualificados para los puestos⁽²³⁾.

Una de las razones a que desestimula la búsqueda por el puesto de gestión es el estrés generado por la función de responsabilidades asumidas, de dificultades en la gestión de personas y de la lentitud de los servicios de apoyo. Esta situación promueve una reflexión sobre la motivación en el trabajo. Las organizaciones adoptan tradicionalmente un sistema racional de normas y de procedimientos que garantizan el cumplimiento de las tareas a fin de alcanzar los objetivos y las metas, sin que tengan en cuenta que son relevantes los sentimientos de los trabajadores en la búsqueda racional de intereses materiales en el contexto corporativo⁽²⁾. De esta forma, es importante el análisis sobre cómo el ambiente de trabajo contribuye a la motivación de los empleados, lo que les promueve expresar sus potencialidades para que se sientan integrantes e importantes para la organización además de prestar un servicio de mejor calidad.

En el desarrollo de competencias y habilidades administrativas, los enfermeros destacaron la necesidad de la capacitación sobre la gestión de enfermería, que puede ser una relevante estrategia, ya que ocurre empíricamente el aprendizaje administrativo en la institución. En la literatura nacional e internacional

es recurrente la importancia del desarrollo, de la implementación y de la evaluación y modelos para suceder y formar liderazgos en enfermería^(10-11,23-25).

En estudio relata, por ejemplo, el desarrollo de un modelo de planificación de sucesión de enfermeros gestores de hospitales norteamericanos. Este modelo se compone por seis etapas, incluyendo planificación estratégica, preselección de participantes, desarrollo curricular, implementación, evaluación y asignación de profesionales. Las actividades consisten en la realización de cursos presenciales y a la distancia, en la elaboración de portafolios profesionales y en las estrategias de tutores y *coaching*. De esta manera, el programa aumentó de hecho la autopercepción de liderazgo y la competencia de gestión de los enfermeros además de impulsar el desarrollo personal y profesional⁽²⁵⁾.

Un estudio suizo de manera semejante tuvo resultados positivos provenientes de un Programa de Desarrollo de Liderazgo Clínico, en el cual tuvo duración de 147 horas, durante 12 meses, a través de conferencias, *coaching* y talleres⁽²⁴⁾. Son importantes iniciativas iguales a estas, ya que la falta de orientación y de educación formal para la gestión de enfermería se vinculan al estrés en la práctica administrativa, a los resultados negativos en cuanto a la calidad asistencial y a la alta rotación de los profesionales^(23,25).

Se necesita que los programas de educación profesional para la gestión de enfermería tengan enfoque en el aprendizaje de comprensión y en la lucidez de la complejidad de los procesos relacionales, a través de la movilización de todas las habilidades humanas. La educación que privilegia la racionalidad no promueve el "aprender a convivir y a ser", que involucran aspectos éticos, morales y relacionales⁽⁴⁻⁵⁾ y son inherentes a las prácticas administrativas.

Conclusión

La gobernanza en la práctica profesional del enfermero está basada en la gestión de cuidado y de los servicios de enfermería en el ámbito hospitalario. Para obtener éxito en el desempeño de esas actividades, los enfermeros se esfuerzan en resolver las dificultades en cuanto a la gestión de personas en los servicios públicos y a la lentitud de los servicios de apoyo. Los conocimientos administrativos en la práctica de la gobernanza provienen de la experiencia profesional y de la elección de los buenos ejemplos profesionales a seguir.

Los resultados presentados en este estudio pueden contribuir a la reorganización de las

estructuras y de los procesos de gobernanza profesional en enfermería, en especial lo que se refiere al soporte fornecido por la organización de la práctica administrativa de los enfermeros. Asimismo se destaca la importancia de fomentar los programas de capacitación y de actualización de conocimientos y habilidades administrativas para los enfermeros. La articulación y el acercamiento de los saberes del campo de la administración y de la enfermería, bajo el punto de vista de la complejidad organizacional, pueden promover la práctica de la gobernanza profesional de los enfermeros.

Este estudio presenta limitaciones en cuanto a la muestra cuantitativa ya que el número fue pequeño (n=106). Además, los datos fueron recolectados en un solo hospital. Las investigaciones que incluirán un número más grande de participantes y otros escenarios hospitalarios pueden generar informaciones más representativas para el fenómeno investigado. Se busca fortalecer la consistencia de los resultados y alcanzar el objetivo desde la articulación de datos cuantitativos con los resultados de la TFD con diferentes actores en el ámbito hospitalario.

Agradecimientos

A la Dra. Mary K. Anthony de la Kent State University's College of Nursing por las sugerencias que permitieron mejorar la parte teórica de la tesis de doctorado a partir de la cual se originó este artículo.

Referencias

1. Hayashida KY, Bernardes A, Maziero VG, Gabriel CS. A tomada de decisão da equipe de enfermagem após revitalização do modelo compartilhado de gestão. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(2):286-93.
2. Watson TJ. Organização e trabalho em transição: da lógica "sistêmico-controladora" à lógica "processual-relacional". *Rev Adm Empres.* 2005;45(1):14-23.
3. Serva M, Dias T, Alperstedt GD. Paradigma da complexidade e teoria das organizações: uma reflexão epistemológica. *Rev Adm Empres.* 2010;50(3):276-87.
4. Caveião C, Hey AP, Montezeli JH. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento. *Rev Enferm UFSM* 2013;3(1):79-85.
5. Lange P, Driessen PPJ, Sauer A, Bornemann B, Burger P. Governing towards sustainability – conceptualizing modes of governance. *J Environ Pol Plan.* 2013;15(3):403-25.

6. Dieleman M, Shaw DMP, Zwanikken P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Hum Resour Health* 2011;9:10.
7. Barden AM, Griffin MTQ, Donahue M, Fitzpatrick JJ. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a Hospital Setting. *Nurs Adm Q* 2011;35(3):212-8.
8. Hess RG, Swihart D. Shared Governance: what it can mean for nurses. *Nursing Spectrum* 2013;25(1):38-43.
9. Santos JLG, Andrade SR, Mello ALSF, Lima SBS, Pestana AL. Governança em enfermagem: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(6):1417-25.
10. Dall'Agnol CM, Moura GMSS, Magalhães AMM, Falk MLR, Riboldi CO, Oliveira AP. Motivations, contradictions and ambiguities in the leadership of nurses in management positions in a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(5):1172-8.
11. Amestoy SC, Backes VMS, Thofehrn MB, Martini JG, Meirelles BHS, Trindade LL. Nurses' perception of the teaching-learning process of leadership. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):468-75.
12. Feters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. *Health Serv Res* 2013;48(6 pt2):2134-56.
13. Higginbottom G, Lauridsen EI. The roots and development of constructivist grounded theory. *Nurse Res*. 2014;21(5):8-13.
14. Gasparino RC, Guirardello EB. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do "Nursing Work index - Revised". *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):281-7.
15. Gasparino RC, Guirardello EB, Aiken LH. Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised (B-NWI-R). *J Clin Nurs* 2011;20(23-24):3494-501.
16. Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(3):765-72.
17. Dewaelheyns N, Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. Do non-profit nursing homes separate governance roles? The impact of size and ownership characteristics. *Health Policy*. 2009;90(2-3):188-95.
18. Clavelle JT, O'grady TP, Drenkard K. Structural empowerment and the nursing practice environment in Magnet® organizations. *J Nurs Adm*. 2013;43(11):566-73.
19. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):734-41.
20. Tornabeni J, Miller JF. The power of partnership to shape the future of nursing: the evolution of the clinical nurse leader. *J Nurs Manag*. 2008;16(5):608-13.
21. Tomey AM. Nursing leadership and management effects work environments. *J Nurs Manag*. 2009;17(1):15-25.
22. Bondas T. Paths to nursing leadership. *J Nurs Manag* 2006;14(5):332-39.
23. Collins SK, Collin KS. Changing workforce demographics necessitates succession planning in health care. *Health Care Manage*. 2007;26(4):318-25.
24. Martins JS, McCormack B, Fitzsimons D, Spirig R. Evaluation of a clinical leadership programme for nurse leaders. *J Nurs Manage*. 2012;20(1):72-80.
25. Titzer JL, Shirey MR, Hauck S. A nurse manager succession planning model with associated empirical outcomes. *J Nurs Adm*. 2014;44(1):37-46.

Recibido: 30.9.2014

Aceptado: 30.5.2015