



Escuela de Administración Pública  
MAGÍSTER EN GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA  
TFG 2022

## **Desafíos en la Implementación de Dirección Nacional de Enfermería Chile entre los años 2019 al 2021**

PATRICIA PINO CHACÓN

Tesis para optar al Grado de Magíster

Profesor Guía Mg. Eduardo Muñoz Inchausti

Santiago de Chile

2022

*“Prefiero diez veces morir en el mar, nadando hacia un nuevo mundo que quedarme quieta en la playa  
con los brazos cruzados.”*

Florence Nightingale, 1860. enfermera, escritora y estadística británica

Dedicada a mi familia, a Anita María San Martín V.

y a toda la comunidad de enfermería en cada rincón de Chile.

## TABLA DE CONTENIDOS

1. Dedicatoria .....	2
2. Resumen .....	4
3. Abstract .....	5
4. Planteamiento del problema .....	6
5. Marco Teórico .....	7
6. Marco Metodológico .....	27
7. Objetivos .....	28
8. Metodología .....	29
9. Resultados Esperados .....	30
10. Desarrollo .....	31
11. Discusión .....	42
12. Referencias Bibliográficas .....	48
13. Anexos .....	51

## RESUMEN

Dirección Nacional de Enfermería es un departamento técnico del Ministerio de Salud Chile, responsable de dirigir, normar, conducir y controlar la Gestión del Cuidado y la continuidad de la atención integral de enfermería; creada el año 2019 en nivel Central (Resolución Exenta N° 1443). La Orientación estratégica de OPS para enfermería promueve avanzar y fortalecer enfermería en líneas de acción que apuntan a consolidar el liderazgo y la gestión en el contexto de la formulación y monitoreo de políticas, a fin de fomentar un modelo de atención centrado en las personas, la familia y las comunidades. El artículo 113 del Código Sanitario, establece la Gestión del cuidado como requisito mínimo en el ordenamiento orgánico funcional para el modelo de atención de salud. El 2007 la Norma General Administrativa N° 19 indica implementación de las Subdirecciones de Enfermería (SDGC) en los establecimientos hospitalarios.

A pesar de tener el respaldo legal y jurídico del nivel central la creación de las mencionadas unidades no ha estado libre de dificultades. En este estudio, aparecen otros actores más allá de la Autoridad, que juegan un rol obstaculizador de la implementación de DNE y SDGC.

De manera implícita aparece la oposición de otros estamentos profesionales, como el estamento médico en su nivel Directivo. Se menciona un nudo potente en la gestión, evidenciado por retraso de los concursos de cargo y nombramientos; falta de autonomía en jefaturas de enfermería subrogantes que no cuentan confianza de la Autoridad. Hoy solo 65 de 226 centros de salud cuentan con Resolución de cargo SDGC y 6 de 29 Servicios de Salud. Destacar que, DNE MINSAL, a siete meses del cambio de Autoridades, momento en que se realiza este análisis, aún permanece acéfala.

**Metodología:** Estudio cualitativo, para identificar actores involucrados y los elementos facilitadores y obstaculizadores para la implementación de DNE. Se entrevistaron diferentes actores nacionales e internacionales, jefaturas de enfermería y Directores de enfermería; realizando un análisis basado en lineamientos de Dirección Pública e Instrumentos de Gerencia.

**Discusión:** Existen positivos resultados en cuanto a costos beneficios de las jefaturas de enfermería en la gestión de los cuidados, demostrados en diversas publicaciones. Destaca que tanto DNE como SDGC, favorecen al usuario, su familia, al talento humano de los funcionarios y funcionarias, mejora de standard de calidad, procesos e impacto, así como financieramente a las Instituciones. No obstante, enfermería sigue enfrentando importantes

desafíos para otorgar servicios de salud seguros y de calidad.

La Gobernanza en enfermería consiste en la toma de decisiones del jefe de enfermería en la organización sanitaria y apunta al liderazgo con autoridad y autonomía, en favor de la salud de las personas, familias y comunidades. La implementación tanto DNE como SDGC requieren de aprobación y confianza de la Autoridad, ya sea en el nivel Ministerial como en Direcciones de Hospitales.

Las Autoridades deben conocer y comprender la importancia de la Gestión del Cuidado de Enfermería como elemento favorecedor de excelencia y calidad en el quehacer diario de las atenciones en salud.

El rol de los y las enfermeros como colectivo, enfocado principalmente en las agrupaciones y gremios de enfermería potencian el desarrollo de la disciplina en el ámbito de políticas públicas, pero también debe fomentarse desde la academia en formación de reales y potentes líderes de toma de decisiones no sólo jefaturas en el ámbito clínico.

## **ABSTRACT**

The National Nursing Directorate (DNE) is a technical department of the Chilean Ministry of Health, responsible for directing, regulating, conducting and controlling Care Management and the continuity of comprehensive nursing care, created in 2019 at the Central level (Exempt Resolution No. 1443). PAHO Strategic Orientation for Nursing promotes advancing and strengthening nursing in lines of action aiming to consolidate leadership and management in the context of policy formulation and monitoring, in order to foment a people-centered care model, family and communities. Article 113 of the Health Code establishes care management as a minimum requirement in the functional organic order for the health care model. In 2007, the General Administrative Standard No. 19 indicates the implementation of Nursing Deputy-Directions (SDGC) in hospital establishments. Despite having the legal and juridical support of the central level, the creation of the above-mentioned units has not been free of difficulties. In this study, other actors appear, beyond the Authority, playing an obstructing role in the implementation of the DNE and the SDGC. In an implicit way, the opposition of other professional sectors appears, such as the medical level at its Directive layer. A powerful obstacle in management is mentioned, evidenced by the delay in job competitions and appointments, and by the lack of autonomy in surrogate nursing heads that do not have the trust of the Authority. Today, out of 65 health centers, only 226 have SDGC Charge Resolution, in addition to 6 of 29 Health Services. It should be noted that the DNE MINSAL, seven months

after the change of authorities, when this analysis was carried out, still remains headless.

**Methodology:** Qualitative study, to identify actors involved and the facilitating and hindering elements for the implementation of the DNE. Different national and international actors, nursing heads and nursing directors were interviewed, performing an analysis based on Public Management guidelines and Management Instruments.

**Discussion:** There are positive results in terms of cost benefits of nursing heads in care management, demonstrated in various publications. It stands out that both DNE and SDGC favor the user, his family, the human talent of civil servants, improvement of quality standards, processes and impact, as well as financially to the Institutions. Nevertheless, nursing continues to face important challenges to provide safe and quality health services.

**Governance** in nursing consists of decision-making by the head of nursing in the health organization and points to leadership with authority and autonomy, in favor of the health of individuals, families and communities. The implementation of both DNE and SDGC require the approval and trust of the Authority, either at the Ministerial level or in Hospital Principals. Authorities must know and understand the importance of Nursing Care Management as an element promoting excellence and quality in the daily work of health care. The role of nurses as a group, focused mainly on nursing groups and unions, enhances the development of the discipline in the field of public policies, but should also be promoted from the academy in the formation of real and powerful decision-making leaders not only leadership in the clinical scope.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Chile contamos desde el año 2019 con políticas públicas destinadas a promover un cambio de paradigma en la articulación y liderazgo de enfermería. DNE es un Departamento técnico del Ministerio de Salud, por la Resolución Exenta N° 1443.

La Orientación estratégica de OPS para enfermería promueve avanzar y fortalecer la enfermería en los sistemas y servicios de salud, en líneas de acción que apuntan a consolidar el liderazgo y la gestión estratégica en la formulación y monitoreo de políticas; a fin de fomentar un modelo de atención centrado en las personas, la familia y las comunidades por medio de las acciones de enfermería.

En el marco legal de enfermería, artículo 113 del Código Sanitario, se establece la Gestión del Cuidado como requisito mínimo e indispensable en el nuevo ordenamiento orgánico funcional para el modelo de atención de salud. El 2007 la Norma General Administrativa N° 19 indica

implementación de las Subdirecciones de Enfermería (SDGC) en los establecimientos hospitalarios, sin embargo, la creación de las mencionadas unidades no ha estado exenta de dificultades, a pesar de tener el respaldo legal y jurídico.

La implementación tanto DNE como de Subdirecciones de Gestión del Cuidado de Enfermería (SDGC) requieren de la aprobación de la Autoridad, más allá de la venia en implementación dentro de la orgánica institucional y cumplimiento de los requisitos, necesita confianza política del proyecto como Estructura de enfermería. Las Autoridades deben conocer, comprender e incluso impregnarse de la importancia de la Gestión del Cuidado de Enfermería como elemento de excelencia y calidad en el quehacer diario de las atenciones en salud.

Existen actores con un rol obstaculizador de la implementación de DNE, hay un nudo evidente con la dilatación de algunos procesos, se retrasan concursos de cargo y nombramientos, perdiendo autonomía en jefaturas de enfermería; lo que genera gran incertidumbre en el gremio. Hoy solo 65 de 226 centros de salud cuentan con Resolución de cargo SDGC y 6 de 29 Servicios de Salud y al momento en que se realiza este análisis DNE aún permanece acéfala.

Esta realidad se palpa día a día en los hospitales, generando tensión que se manifiesta por jefaturas de enfermería y gremios como el Colegio de enfermeras de Chile AG, Federación nacional de enfermeros de Chile, Sociedades científicas de enfermería, entre otros. Hoy evidentemente los enfermeros y enfermeras no son el gremio más potente a ojos de las Autoridades, mayoritariamente cargos ocupados por médicos/as, evidenciado en omisión en la participación de espacios de toma de decisión, en guías y orientaciones técnicas de convocatorias, donde sí asiste el Colegio médico y organizaciones científicas biomédicas.

Algunas de estas dimensiones son parte del desafío de la implementación de Dirección nacional de enfermería, donde requiere espacios de gobernanza y apoyo político, para poder expresar su capacidad; su gran potencialidad en políticas sanitarias y sociales que tiendan a una justicia-social con enfoque integral.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Situación general del liderazgo en Enfermería**

Recientemente el Ministerio de Salud ha anunciado que se ha impuesto como meta –para este año– completar la implementación de las Unidades de Gestión del Cuidado en los hospitales públicos, bajo una Subdirección de Enfermería, tal como lo establece la Norma Administrativa

Nº 19, antes mencionada. Se espera que el impacto de las Unidades de Gestión del Cuidado sea relevante, en especial en el ámbito de la seguridad del paciente. (Milos, 2013)

Los profesionales de enfermería están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multidisciplinarios, y proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud.

El liderazgo es un tema relevante en el escenario de los diferentes grupos de personas y para la enfermería, su ejercicio en las organizaciones, es de alta trascendencia en la toma de decisiones para el desarrollo de la profesión en todos los ámbitos de la vida social, económica y política. (Cardoso, 2011)

El líder es la persona capaz de canalizar la atención de los involucrados y dirigirlos hacia ideales comunes. Para ello, él se empeña en el sentido de aproximar y ajustar intereses grupales e individuales en consonancia con los objetivos de la organización. Al invertir en el poder existente en los liderados, el líder re articula ese poder en sintonía con el suyo propio para conseguir una alianza grupal en relación a objetivos comunes, manteniendo su influencia a través del refuerzo del compromiso con ideales comunes. (Ribeiro,2006)

Es a través del liderazgo que el enfermero intenta conciliar los objetivos organizacionales con los objetivos del grupo de enfermería, buscando el perfeccionamiento de la práctica profesional y principalmente el alcance de una asistencia de enfermería adecuada. (Silva, 2007)

Ribeiro, indica que, inevitablemente el enfermero desarrollará la habilidad de liderazgo, independiente de sus características personales; pues la enfermería requiere de un profesional competente, capaz de lidiar con la gran diversidad humana, además de mostrarse apto para resolver problemas y proponer cambios. Señalando soluciones para lo que no satisface a las necesidades de la población y del equipo. El enfermero, como profesional y coordinador del equipo de enfermería, necesita ejercer liderazgo y para eso es imprescindible que desarrolle esa habilidad. (Ribeiro, 2006)

Por los principios de su formación, el enfermero tiene la tendencia a desarrollar, casi de forma inevitable, habilidades de liderazgo, principalmente en virtud de las tareas que le son exigidas. Es necesario que el enfermero desempeñe, sea en instituciones hospitalarias o en actividades



de salud comunitaria, la función de líder una vez que está directamente involucrado con el análisis crítico, identificación de problemas, toma de decisiones, planificación e implementación de cuidados, designación de otros profesionales del equipo de enfermería y motivación de los profesionales del equipo de salud, por ejemplo (Sousa, 2009)

En el informe Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo, publicado el mismo año por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que hay en el mundo cerca de 28 millones de profesionales de la enfermería, un número que representa más de la mitad de los profesionales de la salud. También se destaca, que sigue existiendo un déficit mundial de 5,9 millones de profesionales de la enfermería, la mayoría en países de África, Asia Sudoriental y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, así como en algunos países de América Latina.

Las acciones necesarias para disminuir el déficit de estos profesionales son aumentar la inversión nacional para evitar una situación de escasez mundial, incrementar el número de graduados en enfermería, mejorar las opciones de empleo y retener a los profesionales en el sistema de salud.

La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos.

El liderazgo es una habilidad esencial en la vida profesional del enfermero, pues le capacita para comunicarse claramente con el grupo, ser capaz de señalar soluciones para los conflictos y tener iniciativa en la toma de decisiones, atributos que garantizan un desempeño satisfactorio en su trabajo; lo que demuestra la estrecha relación entre liderazgo y enfermería. A pesar que existan dificultades para ejercer el liderazgo dentro de un equipo, el enfermero necesita estar preparado para asumir el papel de líder, influyente, independiente del área de actuación. Siendo así, se entiende que es de fundamental importancia la preparación de los profesionales de enfermería en lo concerniente a las habilidades de liderazgo, para que las acciones de enfermería vinculadas al liderazgo sean encaradas de forma natural y alentadora. Ante lo expuesto, se concluye que es de suma importancia para el profesional enfermero desarrollar las habilidades de liderazgo. (Sousa, 2013)

La literatura indica que, a nivel internacional, la cuestión del reconocimiento político y social de la Enfermería requiere la comprensión de las nociones de "poder", "dominio", "hegemonía", etc., todas implícitas en los discursos políticos que resultan en resoluciones, legislaciones y regulaciones por parte de los organismos internacionales.

En el discurso internacional estos términos son parte del análisis que describe el lenguaje de la comunidad internacional y, en general, refleja el grado de influencia que un determinado grupo puede ejercer en estas instituciones. En este sentido, el liderazgo internacional de Enfermería ha sido el principal actor de la promoción para el reconocimiento de su importancia como grupo y profesión. (OPS, 1997)

A nivel Internacional existe el Consejo internacional de enfermeras (CIE) es una federación de más de 130 asociaciones nacionales de enfermeras en representación de los más de 27 millones de enfermeras en todo el mundo. Dirigido por enfermeras y liderando a las enfermeras en el ámbito internacional, el CIE trabaja para garantizar cuidados de enfermería de calidad para todos, así como políticas de salud sólidas, el avance de los conocimientos de enfermería y la presencia en todo el mundo de una profesión de enfermería respetada y una fuerza laboral de enfermería competente y satisfecha.

La construcción de relaciones positivas a nivel internacional contribuye al posicionamiento de las enfermeras y la enfermería tanto en el momento actual como de cara al futuro. La comunidad global reconoce, apoya e invierte en las enfermeras y la enfermería para liderar y dispensar salud para todos; se requiere generar un impacto global, para esto informar e influir en el diseño y la implementación de políticas sanitarias, sociales, educativas y económicas en los niveles global y regional al objeto de promover la salud para todos.

Posicionar a las enfermeras como esenciales para lograr la buena salud y el bienestar de las personas y las poblaciones, aportar tanto evidencia como conocimiento y experiencia al desarrollo de una planificación y políticas eficaces de personal sanitario; en particular a la expansión de una fuerza laboral de enfermería cualificada y sostenida mediante un entorno de trabajo/práctica saludable.

Trabajar en el empoderamiento de los miembros, proporcionar liderazgo estratégico para promover el avance de la profesión de enfermería al objeto de satisfacer las necesidades actuales y futuras de la población, los sistemas de salud (en particular, la atención sociosanitaria) y las enfermeras. Construir relaciones colaborativas interprofesionales e intersectoriales y promover el avance de actividades conjuntas con organizaciones globales clave. (CIE, 2020)

Un punto importante es el desarrollo de liderazgo estratégico, para ello identificar tendencias de salud, enfermería, sociales, económicas, tecnológicas y otras relacionadas y pertinentes para la orientación actual y futura de la formación, la práctica, la regulación, el bienestar socioeconómico y la investigación en enfermería. Fomentar compartir modelos de cuidados

basados en la evidencia, exitosos e innovadores, así como mejores prácticas e investigación, sobre la aportación de la enfermería. Establecer la futura orientación política para la profesión de enfermería, incorporar activamente la voz de la enfermería y las opiniones de las enfermeras estudiantes y de las nuevas generaciones de enfermeras.

En Chile a partir de la legislación que consagra la "gestión del cuidado", como función propia y exclusiva de la enfermera, son actos propios de la enfermera, relacionados con esta función; la gestión del cuidado propiamente tal y todas aquellas acciones que de ella derivan, en los diferentes niveles en que se brinde atención de enfermería. Tal es así, que reconocidos legalmente estos actos propios se podría llegar a configurar el delito de ejercicio ilegal de la profesión enfermera. (Milos, 2010)

Desde OMS (OMS 2020) la cooperación en el tema de enfermería se enmarca en se entrega el lineamiento en base a la Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Washington, D.C. del 2017), que define tres líneas de acción:

- Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud.
- Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad.
- Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

La Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas para avanzar y fortalecer la enfermería en los sistemas y servicios de salud siguen las siguientes líneas de acción (OPS, 2017)

- Fortalecer y consolidar el liderazgo y la gestión estratégica de la enfermería en el contexto de los sistemas de salud y en la formulación y monitoreo de políticas.
- Abordar las condiciones de trabajo y las capacidades de los enfermeros y enfermeras para expandir el acceso y la cobertura con equidad y calidad, a fin de promover un modelo de atención centrado en las personas, la familia y las comunidades y el fortalecimiento tanto del primer nivel de atención como de las redes integradas de servicios de salud.

- Fortalecer la calidad de la educación en enfermería para responder las necesidades de los sistemas de salud orientados al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y los ODS.

Las enfermeras están en la línea de acción en la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en la persona. En varios países, son líderes o actores clave en los equipos de salud multidisciplinarios e interdisciplinarios, proporcionan una amplia gama de servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud.

Para que los países logren la meta de Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, también denominada Salud universal, se debe garantizar la calidad, cantidad y relevancia de la fuerza laboral de enfermería. (OMS, 2022)

En Chile se asigna la responsabilidad legal, ética y social al profesional de enfermería en relación a la gestión del cuidado; esto obliga a asumir un compromiso y una responsabilidad: asegurar la continuidad y calidad de los cuidados.

Si bien a través de la historia en el profesional de enfermería siempre ha estado presente el otorgar cuidados de calidad, ahora existe un reconocimiento legal a la profesión y como tal debemos evidenciar el rol de gestora de los cuidados. (Esteño, 2010)

A pesar del desarrollo legislativo, en la práctica, determinar el sentido y alcance de la "gestión del cuidado" ha presentado dificultades interpretativas. Esta situación ha incidido en una confusa socialización del término, que se ha traducido en algunos casos, en una equívoca delimitación del ámbito profesional de la enfermera (función); como también en un cuestionamiento de la organización de sus servicios (estructura). Así se ha sostenido, en el Informe de ética sobre la Gestión del Cuidado de Enfermería, agosto 2009, del Colegio Médico de Chile A.G., que la Norma Administrativa N° 19 viene a escindir una actividad única, cual es la gestión clínica, ello con repercusiones negativas: éticas y jurídicas. (Milos, 2010)

### **Dirección nacional de enfermería Chile dentro del Sistema político administrativo**

En análisis de las políticas públicas de Subirats se afirma que en la actualidad no hay una visión uniforme de los intereses públicos y las decisiones de las administraciones suelen responder a criterios de compromiso. En el debate público, lo más importante es la capacidad de persuasión.

Desde el punto de vista del análisis de políticas públicas, la definición del problema que

desencadena la política es crucial: lo que se acaba decidiendo no es más que la definición de problema que ha resultado triunfante en el debate público entre distintos actores y sus definiciones de problema.

La gestión profesional de la administración pública y sus recursos (sobre todo en temas como recursos humanos, finanzas u organización) es innegablemente necesaria. "...Pero, conviene recordar que la mejora del funcionamiento intrínseco del sector público no constituye un fin en sí mismo, sino uno de los medios que han de acabar permitiendo brindar servicios públicos de calidad." (Subirats, 2000)

Desde el año 2019, Dirección Nacional de Enfermería es el departamento técnico del Ministerio de Salud, responsable de dirigir, normar, conducir y controlar la gestión del cuidado y la continuidad de la atención integral de enfermería a objeto que esta sea entregada a la persona, familia y comunidad, con conocimiento, calidad, seguridad, calidez, equidad y oportunidad; a través de las acciones de promoción, prevención, curación, recuperación, rehabilitación de su salud y cuidados paliativos, en los diferentes niveles de la red asistencial, incluyendo el intersector, las organizaciones no Gubernamentales y los pueblos indígenas. (Pino,2022)

Los ejes estratégicos de Dirección Nacional de Enfermería MINSAL, indicados en su Informe anual 2021 tienen relación con áreas de gerencia o dirección de cuidados de enfermería, organización de la estructura de las subdirecciones de enfermería, estandarizar los modelos de cuidados de enfermería y desarrollo de especialidades de enfermeras.

En este sentido, se trabaja para conducir y evaluar la gestión del cuidado de enfermería en las áreas promocional, preventiva, recuperativa y paliativa que se le brinda a la persona, familia y comunidad a través del sector salud, para esto se elabora el Plan Estratégico sectorial de Enfermería, autorizado por la Autoridad de la época. (Pino,2022)

Se han cumplido tres años de Dirección Nacional de Enfermería, con el liderazgo de Ana María San Martín Venegas. La primera Directora de enfermería del Ministerio de Salud fue nombrada por Resolución el 20 de agosto del 2019, Luego desde el 2021 forman parte del equipo de Dirección Nacional de Enfermería Patricia Pino Ch. y Roberto García J. El departamento forma parte de Gabinete de Subsecretaría de redes asistenciales por resolución.

La importancia de liderazgos femeninos en espacios tradicionalmente privados a los hombres, es decir, roles de gestión y toma de decisiones, hoy en día están siendo disputados por un impulso hacia la mayor representación de mujeres en cargos de poder.

Enfermería desarrolla de manera potente esta visión, con mujeres en distintos puestos de decisión y gestión. (Pino, 2022)

Existen tres elementos: actores, recursos e instituciones, que permiten comprender las conductas, individuales y colectivas, así como los resultados que ellas puedan derivarse, tanto en términos de influencia sobre la sociedad civil como a nivel institucional, es decir, en lo referente a la organización del sistema político administrativo.

Se menciona la aplicación del modelo analítico resulta pertinente y políticamente significativa para evaluar procesos de reorganización administrativa desde una lógica más política. Al analizar una institución pública en función de sus productos, de su coordinación con otras actividades públicas (coordinación interna y entre políticas) y de sus efectos en los grupos sociales implicados en el problema público a resolver; el análisis de políticas públicas permite inscribir toda reforma organizacional en la perspectiva de una mayor eficacia de la acción pública. (Subirats, 2008)

La práctica social horizontal transpone las ciencias en dos sentidos: genera relaciones transdisciplinarias que obligan al análisis del intercambio de problemas, y produce problemas comunes, inherentes a la misma práctica, que solo distingue problemas y no ciencias.

En este segundo punto se concentra la teoría de la práctica, puesto que la forma de gestionar esos problemas implica nuevos retos: “apreciar situaciones y procesar problemas, hacer apuestas bajo incertidumbre, lidiar con las sorpresas, manejar crisis, hacer análisis estratégico, formular y evaluar planes, estudiar los actores del juego social.

En la teoría del Juego, la denominada lógica de un juego “conjunto de fuerzas y criterios que determinan su funcionamiento de acuerdo a sus reglas específicas.” (Matus, 2007)

Cada lógica tiene una estructura: una fuerza dominante, un modo de explicación, un criterio de validación, problema dominante y criterio de éxito. Esto aplicable a la oposición de actores en la implementación de políticas, muy acorde con la toma de decisiones de la Autoridad en la Implementación de DNE.

En relación a la disciplina de las Políticas Públicas, el curso de acción determinado es de naturaleza gubernamental, el cual se pone en marcha o implementa a través de la operacionalización de distintos instrumentos de poder concentrados en el Estado.

Los programas de acción gubernamental que se desarrollan en los diversos sectores de la sociedad, a través de la operacionalización de instrumentos estatales, persiguen la solución de problemas en dichos sectores. La problemática que se buscan resolver posee una

especificidad propia, ya que se trata de problemas políticos y no de otro tipo de problemas, ni organizacional, ni personal, ni de ninguna otra naturaleza. (González, 2007)

## **Gobernanza en Enfermería**

Es importante revisar el concepto de Gobernanza en salud, con su definición como el conjunto de reglas, instituciones y políticas a través de las cuales se dirige su funcionamiento, se regula la participación de los diversos actores y se utilizan los recursos disponibles para garantizar a toda la población cuidados de salud de calidad. (Figueras, 2020)

Josep Figueras, plantea un marco conceptual para evaluar y fortalecer la calidad de la gobernanza de los sistemas de salud en base a 5 atributos clave:

1. **Transparencia.** Se refiere a cómo y cuánto los organismos públicos informan las decisiones, fundamentos y resultados obtenidos a quienes están fuera de la organización.

La transparencia legitima las decisiones públicas, contrarresta la presión de los grupos de interés y ayuda a crear confianza en la ciudadanía. En América Latina y el Caribe existe un gran margen para mejorar la transparencia y la publicidad de las decisiones sobre los tratamientos de salud que se financian.

2. **Participación.** Significa que existen espacios en los que las personas interesadas pueden plantear sus preocupaciones, compartir puntos de vista y participar de manera auténtica.

3. **Rendición de Cuentas.** Establece una relación en la que una institución debe informar y explicar a otros actores las decisiones adoptadas y puede, inclusive, ser sancionada según el caso.

En Chile los proveedores de salud deben dar cuenta a la Superintendencia de Salud del cumplimiento de las garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera consagradas por el Plan AUGE-GES para evitar ser penalizados. Uruguay, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, dispuso que el Ministerio de Salud tenga participación en el directorio del Seguro Nacional de Salud para garantizar la coherencia de la estrategia de financiamiento con los objetivos definidos por el ente rector.

4. **Integridad.** Representa las dimensiones éticas del sistema de salud como la prevalencia de las normas y la lucha contra la corrupción, un problema presente en mayor o menor medida en todos los países.

La integridad significa también que las instituciones de salud deben crear expectativas razonables y predecibles frente a la sociedad. Si un sistema de salud interrumpe abruptamente sus políticas de cobertura de servicios o incumple la promesa de garantizar determinadas intervenciones, verá afectada seriamente su integridad y legitimidad.

5. Capacidad política. Es la capacidad de los órganos de gobierno de transformar las ideas en políticas viables y bien diseñadas que estén coherentemente alineadas con los objetivos y recursos disponibles.

Las habilidades en áreas como la planificación estratégica, la evaluación de desempeños, la conformación de sólidos equipos técnicos y la gestión de alianzas estratégicas son determinantes de la real capacidad de desarrollo de políticas sanitarias eficaces. (Sabignoso 2018)

La organización de enfermería en cuanto a gobernanza y liderazgo experto comienza en la Segunda Asamblea Mundial de Salud en 1949. En la Asamblea se aprueba una resolución para crear un comité de expertos en Enfermería.

Este primer comité tuvo como términos de referencia asesorar a la Asamblea Mundial de la Salud sobre medidas para asegurar la incorporación de enfermeras en los sistemas de salud en los países, así como garantizar la formación de las enfermeras. (WHO, 2010)

Europa ha realizado, desde 1996, reuniones con enfermeras jefes de los Ministerios de Salud de los países europeos. La Gobernanza enfermera consiste en la toma de decisiones de la líder de enfermería en la organización sanitaria y responde a las necesidades de los grupos de interés. (Rodó, 2017)

La Gobernanza en enfermería consiste en el desarrollo equilibrado de dimensiones que, en manos de la líder de enfermería, interactúan y complementan entre sí y son el estilo de liderazgo, cultura transformacional, transparencia y rendimiento de cuentas, el poder y autoridad, el compromiso y sostenibilidad, ética y el equipo multidisciplinar, para satisfacer las necesidades que los grupos de interés tienen sobre ella.

Los grupos de interés de la líder enfermera son los pacientes, las enfermeras, autoridad sanitaria y aseguradora, proveedores, universidades, sociedades científicas, la dirección y el gobierno de la organización, una amplia gama de vínculos y articulaciones, que requieren la confianza de las Autoridades, habilidades blandas y proactividad. (Hess,1998).



Se trata de que las decisiones que toma la enfermera líder combinen inclusivamente las necesidades de los grupos de interés con la misión y los valores de su organización, de manera que aporte la mayor calidad de decisión posible, autónoma y competencialmente. (Giltinane,2013)

La reciente evolución de las democracias occidentales ha implicado e implica retos enormes para el conjunto de actores del sector público: reducir tanto los déficit presupuestarios como las deudas estructurales, mantener a pesar de los procesos de globalización una cierta capacidad de control político de la economía; satisfacer las cada vez mayores y heterogéneas exigencias de los ciudadanos respecto a las prestaciones vinculadas a los poderes públicos; enfrentar la creciente competencia entre las administraciones públicas tanto a nivel local como regional o internacional, solucionar los conflictos de redistribución vinculados a los fenómenos de exclusión padecidos durante largos períodos por determinados grupos sociales; responder a la creciente necesidad de una profesionalización en la gestión de unos recursos públicos que tienden a restringirse; atender a la obligación de una evaluación sistemática de los efectos de las leyes, reglamentos y otras normas; encontrar fórmulas para la integración política de las minorías y para la solución consensual de los conflictos que las oponen a la mayoría, etc. Actualmente, la mayoría de los regímenes democráticos occidentales experimenta un gran número de respuestas institucionales a estos retos. (Subirats, 2008).

A esta situación Chile no queda exento, evidenciándose en políticas de salud.

Sin espacios de Gobernanza, enfermería no podrá expresar jamás su capacidad y su gran potencialidad en políticas sanitarias y sociales que tiendan a una justicia-social con enfoque holístico. Los enfermeros están formados para comprender las necesidades humanas desde las más básicas a las más complejas, los entornos, las epidemias, las catástrofes y desastres, la bioética y mucho más. La Gobernanza en Enfermería no es más que liderazgo con autoridad, con voz y con voto para tomar decisiones significativas para las comunidades. (Mustafa, 2021)

El desarrollo futuro de la profesión de enfermería requiere liderazgo y gobernanza sólidos. Según datos de CIE, Consejo Internacional de Enfermeras, en su informe “Situación de la enfermería en el mundo 2020”, tanto la presencia de un puesto de funcionario jefe de los servicios públicos de enfermería como la existencia de programas de desarrollo del liderazgo en la enfermería están relacionados con un entorno regulatorio más fuerte en esta profesión. De 191 países, el 71% declaró contar con un puesto de funcionario Jefe de los servicios

públicos de enfermería y de ellos el 53%, programas de desarrollo del liderazgo en la enfermería (Consejo Internacional de Enfermeras, 2020)

El análisis de políticas públicas proporciona elementos de comprensión, e incluso de respuesta, a los interrogantes fundamentales acerca de la legitimidad, la eficacia y la continuidad o sostenibilidad de las acciones públicas. (Subirats, 2008) Especialmente, en salud debe ir un poco más allá en pro de las personas y centrado en las personas, su evolución en el curso de vida y el desarrollo en comunidad, por tanto, políticas acorde a las diversas dimensiones y particularidades.

### **El rol de los actores gremiales en la implementación de Jefaturas de enfermería**

En relación a los gremios y su participación como grupo de presión en favor de la instalación de la DNE, se menciona en la literatura que los conflictos de interés no son necesariamente conflictos abiertos, pero pueden potencialmente derivar incluso en acciones violentas por parte de ciertos actores. Por ejemplo, la población de una comunidad puede tomarse por la fuerza una instalación el gobierno puede ordenar la presencia de la fuerza pública para desvanecer una protesta social.

Desde la sociología y el análisis del conflicto se mira al conflicto no tanto como un problema que resolver sino como una oportunidad para propiciar un cambio positivo en el relacionamiento de los actores, entendiendo que los conflictos son connaturales al funcionamiento y a la esencia de las sociedades (Ramos, 2017). Incluso los conflictos pueden ser fuente de creatividad y de innovación en las formas de gestión y gobernanza.

El conflicto social se entiende como un proceso de interacción contenciosa entre actores sociales, movilizados con diversos grados de organización y que actúan de manera colectiva de acuerdo con expectativas de mejora, de defensa de la situación preexistente o proponiendo un contraproyecto social.

Resulta relevante, por ende, distinguir entre conflicto y conflictividad. Un conflicto social surge cuando un grupo, actor o movimiento social expresa un malestar colectivo a través de demandas y medidas de presión (León, 2019)

## **Marco legal de Dirección Nacional de Enfermería Chile**

En Chile, el marco de la Reforma de la salud, la organización de la atención de enfermería conforme a su definición en el artículo 113 del Código Sanitario, establece la Gestión del cuidado como requisito mínimo e indispensable en el nuevo ordenamiento orgánico funcional para el modelo de atención de salud.

Desde el 2007 la implementación de las Subdirecciones de Enfermería en los establecimientos hospitalarios (Norma General Administrativa N° 19) y culminando el año 2019 con la creación a nivel del MINSAL de la Dirección Nacional de Enfermería (Resolución Exenta N° 1443).

El 2021 en Chile existen en Chile 65 Subdirecciones de Gestión del Cuidado con nombramiento o en curso. 127 coordinaciones de enfermería, hospitales mediana, alta y baja complejidad. 29 Servicio de salud del país, 7 poseen SDGC con Resolución de cargo o en formación.

Para esto se reunió un equipo Asesor experto, quienes tuvieron excelentes resultados en indicadores desde su implementación como SDGC, tanto a nivel de Hospitales como de Dirección de Servicio de Salud.

Sabido es que, los servicios de enfermería en un hospital significan más del 70% de las intervenciones y una parte significativa del presupuesto hospitalario. Sólo así se justifica que el legislador en la Ley N° 19.937, orgánica de los Servicios de Salud, otorgue a la "gestión del cuidado" una ubicación relevante dentro de la estructura hospitalaria.

Todo indica que el legislador con el término "gestión del cuidado" lo que ha querido señalar es una función y una estructura que compete a las enfermeras y a la enfermería. (Milos,2010)

Al establecer, La Ley de Autoridad y Gestión, la "gestión del cuidado" como requisito a cumplir por los establecimientos de salud autogestionados y de menor complejidad, no puede, sino que estar pensando en los servicios de enfermería intrahospitalarios.

Si bien coincidimos con el Dictamen de la Contraloría, en cuanto a que la expresión "gestión del cuidado" es un concepto que en su concepción literal tiene una amplitud mayor al del ejercicio de las funciones y estructuras de enfermería; diferimos en su interpretación en el caso concreto, por no corresponder al espíritu del legislador ni a la naturaleza de la función y estructura que consagra la ley.

La interpretación, eminentemente literal, que afirma que la "gestión del cuidado" abarca un ámbito mayor de acciones que la de las enfermeras, por lo cual también pueden intervenir en

ella profesionales de otras especialidades, como las matronas, no se condice con la finalidad de las disposiciones que insertan la "gestión del cuidado" en la estructura de los Servicios de Salud. La dimensión del quehacer de la matrona, a que alude, a diferencia del de las enfermeras, es particularmente individual o sectorial, sin alcanzar a la organización en su totalidad, desde una visión institucional que es a lo que apunta la Ley N° 19.937.

La falta de adecuación de la legislación a la normativa administrativa y a la realidad sanitaria podría tener tanto efectos inmediatos como a mediano y largo plazo, entre los cuales se puede visualizar una baja en la producción, calidad y seguridad de los servicios de enfermería un impacto sobre la eficacia de los equipos de salud y de la red asistencial y un aumento de costos de la atención de salud.

A esto se puede sumar una distorsión del modelo de atención de enfermería: indicaciones que importan un criterio profesional radicadas en personas sin formación; socialización inadecuada de la profesión; y prestación de servicios de enfermería no basados en la evidencia científica. (Milos, 2010)

### **La gobernanza de Enfermería versus Gobernanza Médica**

No obstante los beneficios esperados, ante el anuncio ministerial la autoridad representativa del gremio médico ha reiterado su preocupación por la puesta en marcha de estas unidades. Sostiene que una separación organizacional de las funciones médicas y de enfermería, sin una jefatura clínica que entregue coherencia podría afectar la atención de los pacientes. (Milos, 2013)

La objeción que se hace no es a la creación e implementación de estas unidades sino a su Dirección. No se discute su necesidad ni la idoneidad de las enfermeras para gestionar el cuidado. Lo que preocupa es la estructura de enfermería propuesta que respalda la autodeterminación de las enfermeras en la toma de decisiones de enfermería en la organización. Resulta difícil entender tal aprensión ya que la atención en salud es concebida de un modo integral bajo la figura de un equipo, al que concurren coordinadamente diversos profesionales, aportando cada cual un bien esencial, con autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la normativa ética y la legislación vigente. (Milos, 2013)

La gobernanza y la gestión tienen su impacto sobre cada aspecto de la práctica asistencial, incluida la actividad de la enfermería. Los gestores de los centros asistenciales, tanto de los hospitales como de los centros de atención primaria, necesitan el apoyo de los profesionales y su conocimiento clínico para diseñar, planificar, implementar y evaluar la eficacia de los programas asistenciales. Esta necesidad supone una oportunidad para aumentar la participación de la enfermería en los órganos de gobierno y en la toma de decisiones asistenciales.

El actual enfoque biomédico ha inhibido la participación activa de la enfermería en la política sanitaria. El modelo médico hegemónico, se caracteriza por ser biologicista, ahistórico, asocial, individualista, de eficacia pragmática.

En él, el concepto de salud – enfermedad está asociado al de mercancía: existe una asimetría entre el profesional y el “paciente”. Como consecuencia, existe una percepción generalizada dentro de nuestro colectivo de que la voz de la enfermería no está siendo escuchada. Corresponde a los enfermeros cambiar la realidad para que esa impresión deje de sustentarse. Las enfermeras, enfermeros y los médicos están llamados a participar plenamente y colaborar activamente en todos los foros de gobierno y gestión de nuestras instituciones. (Menéndez, 2008)

o

Por qué la implementación de las unidades de gestión del cuidado no acarrearía un aumento de la responsabilidad jurídica para los médicos. Se ha señalado como fundamento, en contra de la implementación de las unidades de gestión del cuidado, la ruptura de una unidad de mando en el equipo de salud, con consecuencias jurídicas para los médicos.

Se fundamenta dicha afirmación en que son los médicos los que responden, en primer término, en cuanto líderes del equipo, a pesar que la responsabilidad directa pudiera corresponder a otro integrante de dicho equipo.

Ante este planteamiento, se hace necesario distinguir entre:

1. la realización de actos propios de la respectiva profesión (enfermera, matrona u otra profesión no médica)
2. la ejecución de acciones encargadas, en colaboración, por los médicos a un profesional no médico del equipo de salud. (Milos, 2010)

Una persona normal puede esperar confiadamente que los demás actúen de acuerdo con los mandatos legales, dentro de su competencia. En virtud de este principio, cada cual se eximirá de responsabilidad cuando el resultado dañoso sea consecuencia de la intervención de otro

integrante del equipo. Esto porque en un equipo multidisciplinario de salud cada profesional tiene asignadas por ley: funciones, obligaciones y responsabilidades precisas, de tal manera que el médico tendrá las propias y las enfermeras las que según sea la función -gestión del cuidado, u otra- le correspondan.

Cada cual tiene una función determinada y en caso de incumplimiento de una obligación propia o de un actuar descuidado con consecuencia de daño, cada uno será responsable de su individualizada actuación profesional. Es así porque cada quien es experto en su área y no cabe por parte de los otros más que confiar que actuará prudentemente, en conformidad a su función. (Milos, 2010)

La responsabilidad social que implica esta renovada modalidad de atención en enfermería, hace necesario que –tanto desde el ámbito de la asistencia como desde el de la docencia e investigación– se profundice en el estudio de las necesidades de cuidados, en constante evolución; en la identificación de las prestaciones y estrategias de cuidados que satisfagan del mejor modo dichas necesidades, y en la elaboración de indicadores que permitan evaluar la efectividad y la eficiencia del modelo propuesto. Tras estas tareas, de ser necesario cambios sustanciales, sólo cabría al legislador hacer las correcciones que se estimen convenientes. (Milos, 2013)

### **Oposición de actores**

Es muy trascendente identificar claramente a todos los actores involucrados que tienen intereses y/o recursos que pueden afectar o ser afectados por los cambios que la implementación de DNE promueve.

El mapa de actores permite detectar a los potenciales aliados y detractores, así como actores que comparten intereses, pero no se encuentran alineados con las propuestas de la organización, y actores que no saben mucho acerca del tema pero que apoyan las iniciativas de la organización en general. Refleja el nivel de poder de cada actor según sus recursos, y las necesidades y los intereses de los involucrados en el cambio.

Es conveniente identificar a los que tengan la capacidad real de tomar decisiones y llevar adelante los cambios, en el caso de DNE recae en la Autoridad Ministerial.

En este mapeo lo importante es ser lo más específico posible en la definición del actor, intentar identificar a personas concretas dentro de las instituciones u organismos involucrados, por ejemplo, pensaren los ministros, asesores, líderes de partidos políticos, gremios o la prensa.

En el análisis del campo de fuerzas es altamente probable que algunos actores a favor o en contra del cambio estén fuertemente vinculados con intereses y recursos de los demás actores identificados.

Este instrumento es primordial a la hora de definir estrategias de con quiénes trabajar y generar alianzas, para avanzar en los diferentes obstáculos y cómo generar el impacto deseado.

Enfermería en la gobernanza y gestión tienen su impacto sobre cada aspecto de la práctica asistencial, incluida la actividad de la enfermería.

### **Participación activa de enfermería en las políticas**

Las ineludibles reformas que necesita el cuidado de la salud para hacerlo más eficiente y sostenible sin disminuir su calidad representan una oportunidad para el impulso de la enfermería. El liderazgo de enfermería es esencial para asegurar la consecución de la mejora asistencial.

El objetivo no puede ser otro que el de participar activamente en la gobernanza de instituciones sanitarias para asegurar que los conocimientos y las habilidades del grupo de profesionales sanitarios más numeroso contribuyan a esa mejora.

La participación activa de la enfermera en cada punto de cuidado y en todas las transiciones asistenciales capacita y obliga a participar en la gobernanza. Enfermería debe mantener nuestra unidad y trabajar conjuntamente en la defensa de los pacientes, de la profesión y del colectivo. La tarea es realizar propuestas que mejoren la calidad del cuidado al paciente.

El gran reto es asumir el protagonismo participando activamente en todos aquellos órganos de gestión y gobierno multidisciplinares, junto con otros profesionales sanitarios, cuyas decisiones tengan impacto efectivo sobre el cuidado de la salud.

La creación de estructuras de participación segregada para la enfermería, independientes de las utilizadas por el colectivo médico, limitará el impacto sobre la gobernanza. Es una oportunidad para fomentar la visión del cuidado centrado en el paciente y su familia, en el marco de un proceso asistencial enfocado en la calidad, en la seguridad y la sostenibilidad del sistema sanitario. Tengo el convencimiento de que cada una de nosotras entiende este reto como una gran oportunidad para crear el futuro deseado para la enfermería. El cambio no solo es posible e inevitable, sino que es real ya que está sucediendo". (Zabalegui, 2016)

Dado que Dirección nacional de enfermería se ubica en Gabinete de Subsecretaría de redes asistenciales, cabe mencionar el desarrollo desde la mirada de Babino: “Entendemos a la Oficina del Gobernante (OG) como el ámbito en el cual la máxima autoridad de una organización pública desarrolla el proceso de toma de decisiones de gobierno. Es el ámbito de soporte a la toma de decisiones de la Política, que cumple el rol primordial de otorgar direccionalidad estratégica al proceso de gobierno.”

Como concepto en la decisión de implementar DNE en el nivel central es crucial, los procesos de toma de decisiones que ocurren al interior de este ámbito abarcan la íntima reflexión del líder sobre el rumbo estratégico de su gestión; el cálculo permanente que realiza entre las decisiones que adopta y su impacto sobre su capital político; la evaluación de los riesgos que enfrenta en la supervivencia en el poder y las conversaciones que tienen lugar en la reunión de Gabinete con su equipo de gestión para definir acciones concretas. Según esta definición, la Oficina del Gobernante no tiene límites precisos desde el punto de vista físico (como, por ejemplo, los definidos por el despacho del titular de la organización), sino que resume conceptualmente a todos los ámbitos formales e informales en los cuales el líder de una organización procesa las decisiones de gobierno.

Lo importante no son las precisiones físicas ni formales sino la calidad de los procesos que deben darse para que la decisión sea eficaz en términos de los resultados deseados. (Babino, 2008)

El propósito último de encarar el fortalecimiento de la alta dirección política es afinar la lente con la cual la Política enfoca su gestión, permitiéndole gobernar el proceso de producción de políticas públicas en función de las prioridades definidas en el proyecto de gobierno legitimado por la sociedad (babino,2009) Y es así el caso de la Gobernanza en enfermería.

Por otro lado, es de conocimiento público, en octubre de 2019 detona una crisis social en Chile. Son múltiples las problemáticas que por años afectaban directamente a los ciudadanos, motivo de reclamos y protestas, relacionadas con temas de salud, educación, pensiones, trato digno para personas mayores, protección del medio ambiente, entre otras. Muchos de estos cambios, remueven la forma de ver la salud actual, dejando espacios para nuevas ideas. Y en este punto la disciplina de enfermería tiene potentes ideas por medio de agrupaciones gremiales y científicas, para la mejora de la salud pública, pero aún no reconocidas con el valor de una sociedad médica.



En general la crisis social, no provocó mayor cambio en el proceso de implementación de Dirección Nacional de Enfermería, como ocurrió meses después con la pandemia covid19. Pero es una instancia de apertura a la participación de organizaciones de enfermería en las mesas sociales por pandemia, sin embargo, no tuvo mayor relevancia en la generación de cambios por un debilitado Colegio de enfermeras de Chile, golpeado por juicios ante Contraloría por gestión y administración. DNE no fue considerado en ninguna mesa social, por ser un departamento técnico dentro del gabinete MINSAL.

### **Modelo Biomédico y grupos de interés económico**

El modelo biomédico constituyó la perspectiva dominante desde el siglo XVIII, y hasta bien entrado el siglo XX. Se debe reconocer su contribución al avance del conocimiento sobre los factores orgánicos relacionados con la salud, los cuales son muy relevantes, aunque insuficientes para definirla integralmente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la describió, en el preámbulo de su constitución (1946), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La base epistemológica y filosófica del modelo biomédico de salud, para el cual esta se limita solo a los aspectos observables del organismo. Como consecuencia de ello, todas las enfermedades podrían ser explicadas a través de cambios anatómicos o funcionales en los tejidos, o de la acción de patógenos externos.

Su identificación se fundamentaría en signos objetivos y cuantificables, mientras que el resto de factores que pudieran mediar serían solo epifenómenos secundarios.

El modelo biomédico entiende lo orgánico como la única variable digna de considerar, orientando todos los recursos diagnósticos y terapéuticos en esta dirección. Esta forma de proceder peca de cierto reduccionismo en lo relativo al conocimiento actual sobre la salud humana.

Es eficiente a la hora de detectar una enfermedad cuando está ya se encuentra presente, incluyendo en el mejor de los supuestos una prevención terciaria (evitar empeoramientos o complicaciones físicas), pero descuidando la prevención primaria (que se extiende a toda la sociedad para reducir la prevalencia o incidencia de un problema de salud) y la secundaria (que se concentra en aquellos individuos que se encuentran en una situación de riesgo o vulnerabilidad).

El modelo biomédico entiende que cualquier patología tiene una única causa, y que al ser esta de naturaleza puramente física, la acción que se acometa para resolverla implicará una manipulación quirúrgica o farmacológica. Para alcanzar este propósito se recurriría a dos estrategias básicas: el diagnóstico médico (a través de técnicas que exploren la integridad o función de los distintos órganos y sistemas) y la intervención (mediante la modificación de la estructura anatómica o el restablecimiento del equilibrio químico).

El modelo biomédico atribuye al profesional sanitario un papel omnipotente en todo el proceso, reduciendo la participación activa de la persona enferma. Este rol pasivo contempla al paciente como un ser indefenso ante las adversidades que le han correspondido vivir, y que actuaría como simple receptáculo de los procedimientos terapéuticos que se decidan para él; es, por tanto, un prisma paternalista.

Actualmente sabemos que estimular la toma de decisiones en la persona enferma y en su familia promueve una mayor sensación de control sobre la situación de salud, lo que tiene un impacto positivo en la adherencia terapéutica y en el pronóstico de la patología. (Mateu-Mollá, 2019)

Los rasgos que caracterizan al modelo biomédico tienen demasiadas coincidencias con las costumbres y valores dominantes en nuestra sociedad: individualismo, machismo, racismo, clasismo, mercantilismo, fragmentación, etc. Por eso resulta pertinente analizar hasta qué punto las concepciones y prácticas que sostienen al modelo biomédico constituyen un factor relevante en la construcción de referentes políticos y, por consiguiente, de comportamientos relacionados con el ejercicio o el no-ejercicio del poder.

Si la profundización de la democracia está en relación directa con la socialización del poder, todas las formas y mecanismos mediante los cuales ese poder puede ser escamoteado requieren ser develados y confrontados. Son múltiples las entradas para entender las formas en que una estructura de poder se reproduce, se consolida y se sostiene.

El rol de la biomedicina ha sido tomado en cuenta desde la instrumentalización de un dispositivo burocrático o desde la implantación de un discurso académico; es decir, desde la administración pública y la institucionalización de los servicios, o desde la supremacía epistemológica. (Curvi, 2012)

La relación del ser humano con la enfermedad tiene una trascendencia y un dramatismo que superan a los de cualquier otro factor de carácter natural, social, político o económico.

No se puede desconocer que la medicina es parte integral de un subsistema que involucra a

productores de equipos e insumos, a inversionistas y grandes financistas, a burócratas y fuerzas armadas, a laboratorios y corporaciones farmacéuticas. Es decir, a actores de la economía que establecen relaciones sociales de producción muy concretas y que, en tal virtud, actúan en el nivel de la infraestructura socioeconómica del Estado.

Es evidente que el modelo biomédico fue paulatinamente construido para darle salida a los intereses, a las visiones y a los conflictos de poder de estos grupos. (Cuvi, 2012)

Según Babino, en la gestión de gobierno, la política y la técnica operan con racionalidades diferentes y el problema principal en su interacción es que la primera no logra dirigir a la segunda en función de las prioridades del plan de gobierno.

¿qué rasgos caracterizan al perfil técnico-político?

El técnico-político no da por supuestos los objetivos y, por el contrario, su ámbito de trabajo lo mueve a hacer dialogar la política y la técnica para discutir tanto la direccionalidad (objetivos) como las directivas (operaciones y medios). Su ámbito de acción es toda la sociedad.

Este enlace entre lo político y lo técnico es necesario para que ambas puedan interactuar positivamente en la acción cotidiana de gobierno. Desde este punto de vista, el técnico-político no adhiere a “soluciones únicas”, sino que es capaz de explorar posibilidades y alternativas, poniendo en juego valores, intereses y recursos de poder, en un juego en el cual los actores tienen capacidad de torcer el curso de los acontecimientos en función de un proyecto político-ideológico. (Babino, 2008)

El técnico-político es consciente de que su práctica de producción social existe en un mundo de múltiples recursos escasos, múltiples criterios de eficacia, muchas racionalidades y diversas autorreferencias explicativas. Solo así puede superar el reduccionismo a cualquier criterio único y monótono de eficacia o productividad.

Esta nueva capa político-técnica es requerida urgentemente en las estructuras gubernamentales, en los partidos políticos y en las fuerzas sociales de nuestros países para fortalecer un sistema democrático basado en la participación ciudadana. (Babino, 2008)

Dado que autores plantean, que el análisis de políticas públicas proporciona elementos de comprensión, e incluso de respuesta, a los interrogantes fundamentales acerca de la legitimidad, la eficacia y la continuidad o sostenibilidad de las acciones públicas, especialmente, salud debe ir un poco más allá en pro de las personas y centrado en las personas, su evolución en el curso de vida y el desarrollo en comunidad, por tanto; políticas acorde a las diversas dimensiones y particularidades, respetuosa del sistema de creencias y

determinantes sociales.

## **MARCO METODOLÓGICO**

Como Marco metodológico se consideró un estudio cualitativo, acorde a la definición, centrado en la comprensión de la realidad considerada desde sus aspectos particulares, fruto de un proceso construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir desde una perspectiva subjetiva (Cedeño, 2001). En este caso, los actores entrevistados sobre la implementación de DNE y sus desafíos.

Lógica y métodos de investigación del enfoque histórico-empírico, respetan, por lo tanto, la alta complejidad de la historia como suma de historias diferentes, incluso contrapuestas, es decir que las experiencias son bastante variantes según diferentes países.

Sus conceptos tratan de mantener relación con el empirismo, el método comparativo no sólo toma nota de las diferencias, sino que las utiliza conscientemente en sus estrategias de investigación, cuyo proceso es inductivo, no deductivo como en él, a nivel de las teorías normativas, sino inductivo a partir de las experiencias históricas concretas de diferentes países. (Nohlen,2012)

Fueron considerados como criterios de inclusión para la participación de este estudio: enfermeros que ejercen cargos de gerencia en instituciones hospitalarias, Subdirecciones de gestión del cuidado de enfermería y Directores nacionales de enfermería o jefaturas de enfermería internacionales.

El instrumento utilizado para recolectar datos fue un esquema de preguntas en una entrevista no estructurada. La entrevista no estructurada posibilita a los investigadores disertar sobre el tema propuesto, sin respuestas o condiciones del investigador.

La entrevista no estructurada, como técnica de colecta de datos en esta investigación, pretende alcanzar principalmente los datos subjetivos, es decir, aquellos referentes a las vivencias, sentimientos y percepción de los entrevistados.

La recolección de datos se realizó en el primer semestre de 2022. Los entrevistados fueron abordados fuera del ambiente de trabajo, por medio de formularios entregados vía email.

Los entrevistados fueron informados de los objetivos del estudio y la importancia de su participación, asegurando el carácter confidencial de las informaciones y el anonimato.

La fase exploratoria, tuvo como objetivo documentar la realidad que se va a analizar y revisión bibliográfica de toda la documentación existente y disponible sobre la gobernanza en enfermería.

Luego se traza el mapa de escenario y actores que influye como obstáculo o facilitador de la implementación de DNE. El objetivo es situarse mentalmente en el escenario en el cual va a desarrollarse el estudio, donde se tengan claramente identificados los actores o participantes, los eventos y situaciones en los que interactúan dichos actores.

El diseño se orientó en una búsqueda bibliográfica y entrevistas a jefaturas de enfermería nacionales e internacionales, durante el primer semestre del año 2022.

El principio que fundamenta esta manera de proceder es la necesidad de producir conocimiento en contacto directo con los sujetos investigados y con los escenarios en los cuales tiene lugar la producción de significados sociales, culturales y personales para poder descubrir o reconocer: los conflictos y fracturas, las divergencias y consensos, las regularidades e irregularidades, y las diferencias y homogeneidades, que caracterizan la dinámica subyacente al objeto de investigación. (Quintana, 1997)

Posteriormente, los datos fueron sometidos a un análisis de contenido. El análisis de los datos se inició con la lectura del contenido de las entrevistas. Para garantizar el anonimato, los enfermeros fueron identificados como E1, E2 y así sucesivamente.

En la discusión y análisis se busca sistematizar de manera progresiva el proceso y los resultados del trabajo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Describir la experiencia de conformación de la Dirección Nacional de Enfermería en Chile, y los elementos facilitadores y obstaculizadores para su implementación.

## Objetivo específico

Determinar mapa de actores en la implementación de DNE MINSAL.

Determinar nudos críticos en la implementación de DNE MINSAL Identificar estrategias exitosas en la Implementación de DNE MINSAL.

Reportar los elementos facilitadores y obstaculizadores para la implementación de la DNE en Chile.

## METODOLOGÍA

Para determinar los Desafíos en la implementación y desarrollo de Direcciones Nacionales de Enfermería en Latinoamérica y el Caribe se realizaron entrevistas de carácter internacional. Además de revisión de documentación nacional e internacional respecto a la pregunta de investigación. Se utilizaron dos entrevistas, una para Colegios de enfermeras o DNE internacionales y otra para SDGC de hospitales autogestionados de la red de salud nacional.

El CIE reporta en su último informe 131 jefaturas de enfermería en el mundo. 50% de ellos tiene programas de liderazgo. (CIE,2020)

Por medio de la Representante del CIE para Latino América y el Caribe, Dra. Nora Barahona, se realizó un primer contacto con 12 colegios profesionales de enfermería de Latinoamérica y el Caribe, con la pregunta de investigación:

¿Existe en su país una Dirección nacional de enfermería a nivel central?

Luego se contacta a los Directores o Directoras y Jefes de enfermería a nivel Latinoamérica y el Caribe, si es que estaban en sus cargos, así como Coordinadores con funciones equivalentes:

- ¿Conoce las Direcciones nacional de enfermería?
- ¿Puede describir su función?
- A su parecer ¿Cuál fue el aporte de DNE a la fecha? En su opinión,
- ¿Existen dificultades en la implementación de DNE en el nivel central?
- Si pudiera describir los nudos críticos en la Implementación de DNE ¿Cuáles serían?

Tercer contacto es a nivel nacional la Entrevista SDGC subdirectoradas hospitales autogestionados de Chile:

- ¿Su cargo?
- ¿En qué Institución donde trabaja actualmente?
- ¿Conoce las Direcciones nacional de enfermería?
- ¿Puede describir la función?
- A su parecer, ¿Cuál fue el aporte de DNE a la fecha?
- ¿Conoce la Gestión del Cuidado?
- ¿Existe un SDGC en su Centro de Salud?
- En su opinión, ¿existen dificultades para instalar SDGC en su centro de salud?
- En su opinión, ¿Existen dificultades en la implementación de DNE en el nivel MINSAL?
- Si pudiera describir los nudos críticos en la Implementación de DNE.

Para comprender mejor el panorama de los desafíos de la implementación se utiliza la metodología del mapa de actores a nivel nacional, una técnica que busca identificar a los actores claves de un sistema y además analizar sus intereses, su importancia e influencia en objeto de estudio.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Describir los desafíos en la implementación y proceso de generación de DNE MINSAL entre los años 2019 y 2021, con enfoque político estratégico, identificando mapa de actores, nudos críticos y estrategias exitosas del equipo gestor.

## **DESARROLLO**

Desde OMS el 2021 se realiza un llamado urgente a establecer puestos de liderazgo, en particular de funcionario de los servicios públicos de enfermería, y apoyar el fomento del liderazgo entre los profesionales jóvenes de la enfermería. De tal modo, es de conocimiento mundial que deben implementarse programas de liderazgo de enfermería en la participación de todas las políticas.

“Desde la perspectiva del análisis de políticas, se considera que la lista de problemas que figuran en la agenda de los poderes públicos no son necesariamente los más graves, sino que cada actor trata de impulsar su punto de vista.

Una tradición democrática relativamente débil ha tendido a hacer poco visibles los escenarios de decisión sobre políticas públicas, pesando mucho los elementos tecnocráticos, y menos la articulación social. La tradición jurídica y la retórica liberal tienden a presentar como contrarios a los intereses generales las actividades de lobby, cuando, en cambio, éste se ejerce constantemente por los intereses más poderosos, a través de contactos y conexiones personales y económicas. Para impulsar políticas públicas más saludables, tendrá un papel creciente el desarrollo de iniciativas de la sociedad civil y la articulación de coaliciones promotoras.” (Subirats, 2000)

La aplicación de un modelo analítico resulta también pertinente y políticamente significativa para evaluar procesos de reorganización administrativa desde una lógica más política. Al analizar una institución pública en función de sus productos, de su coordinación con otras actividades públicas (coordinación interna y entre políticas) y de sus efectos en los grupos sociales implicados en el problema público a resolver, el análisis de políticas públicas permite inscribir toda reforma organizacional en la perspectiva de una mayor eficacia de la acción pública, de quién «gana» y quién «pierde» en relación a cada alternativa planteada, y, consecuentemente, afrontarlo desde la perspectiva de la legitimidad política. (Subirats, 2000)

En el análisis de resultados se destaca la excelente disposición tanto de DNE como de los Colegios Profesionales en entrevistarse y valoran que Chile cuente con DNE. Se han realizado entrevistas a quienes ocupan el cargo de Director Nacional de Argentina, El Salvador Y República Dominicana. También analizado los estatutos de Enfermería y planes estratégicos de los distintos países latinoamericanos. Se identifican países en que no existió dejó de existir, así como se facilitó el contacto con las actuales jefaturas de enfermería a nivel central.

Los países cuentan diversas Jefaturas de enfermería a nivel central de los Ministerios en países Latinoamericanos. Algunas denominadas Direcciones de enfermería con nombramiento de una Directora o Director y otras sólo son Coordinaciones de Enfermería de América del Sur, Argentina, Chile, Paraguay y Perú cuentan con DNE a nivel central, Brasil, Bolivia, Uruguay, Colombia y Ecuador no cuentan con DNE, Por otro lado, no se obtuvo respuesta de los colegios profesionales de Guyana, Suriname ni Venezuela.



La mayoría responden a objetivos comunes dentro de su funcionamiento, no obstante, se evidencia que el nombramiento de Director permite la participación en gabinete de Ministro/a, Viceministro o Subsecretarías.

En la revisión se destacan países de América Central como Costa Rica y El Salvador, con desarrollo de enfermería en nivel central con planificación del trabajo articulado en red, con objetivos estratégicos similares al de Chile en sus etapas de implementación. En el caso del Caribe, destaca Cuba y República Dominicana con Direcciones nacionales de enfermería y una Directora designada por resolución y desarrollo de su trabajo actualmente similar en objetivos, planificación y proyección que Chile.

Se puede establecer comparativamente que existe un camino poco expedito para el logro de estas posiciones de liderazgo o dirección, independientemente que se observe la presencia de la mujer en la toma de decisiones de las organizaciones. Se evidencia en este nivel de organizaciones al momento evaluar el liderazgo femenino, juega con mayor peso la confianza en línea política que el componente técnico científico del cargo.

En países como Uruguay se crea una comisión asesora del Ministro, denominada Comisión Nacional Asesora de Enfermería, que tiene como misión asesorar sobre políticas de desarrollo de enfermería a nivel nacional e internacional, promoviendo estrategias que favorezcan el logro de la equidad y la calidad de atención.

Dado la revisión de antecedentes, se destaca que la formación de enfermería es diferente en los países de América Latina y El Caribe. También se identifican cambios en la estructura y niveles de la carrera de enfermería. No todos tiene descripción del cargo de Dirección Nacional, siendo el cargo de mayor jerarquía de la Unidad Orgánica de Enfermería en el Sector Público, en algunos países también abarca el Sector Privado, Fuerzas Armadas.

La carrera del estamento de enfermería en el sector público se estructura en base a niveles superiores, todo en base a Ley de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público. A cada nivel corresponderá un conjunto de cargos compatibles dentro de la estructura orgánica de cada entidad. En Chile no está aprobada la estructura orgánica de enfermería.

Se destacan diferencias en la planificación del trabajo, en comparación con Chile, por el tipo de formación profesional y la definición de este grado académico. Por otro lado, está el ejemplo de Costa Rica con enfermeros profesionales con similares características en la formación de licenciados de enfermería, maestrías y doctorados.

Por lo tanto, su coordinación a nivel central está planificada favoreciendo el liderazgo y evidencia científica en pro del desarrollo disciplinar, pero la figura de Director nacional de enfermería desaparece con reestructuración de políticas de salud hace algunos años. Todos los países tanto por DNE como desde sus Colegios profesionales, destacan la necesidad de un recurso humano recurso adecuado en dotaciones ya que niveles de calidad asistencial están estrechamente relacionados con estos.

A nivel nacional de SDGC subdirectoradas hospitales autogestionados de Chile: su cargo, se evidencian respuestas similares en las 12 entrevistas. Todas las mujeres con cargos directivos en la Institución y participando de la mesa de Directivos; no todas con resolución y con distintos grados de remuneraciones, lo que ya evidencia inequidades a lo largo del país.

Ante la pregunta ¿Conoce la Dirección nacional de enfermería? todas responden afirmativamente y describen su función, están en constante relación de trabajo con DNE MINSAL. Destacaban un elemento favorecedor en la implementación de DNE y SDGC el apoyo de Directivos y Autoridades, por tanto, dependiendo siempre de la mirada del Director del Hospital o Servicio de salud para la autonomía del rol.

Luego en la pregunta, ¿Cuál fue el aporte de DNE a la fecha? Destacan la organización estandarización de procesos, así como la articulación de la red.

Las jefaturas de enfermería tanto a nivel central como en los Hospitales y Servicios de salud mejoran indicadores sanitarios, evidenciados en datos propios de control de gestión de enfermería implementados por cada hospital. Trabajo por especialidades de enfermería y enfermería de practica avanzada.

En las últimas décadas Chile ha mejorado los indicadores de salud, acercándose a los de países desarrollados Estos avances demandan una participación y decidida de la gestión del cuidado de enfermería para materializar un modelo con enfoque de integralidad y centrado en el usuario. La enfermería se sustenta en fundamentos (modelos y teorías de cuidados) y posee un método (proceso de enfermería). La situación actual de salud a nivel mundial y en Chile, requiere respuestas efectivas con soluciones tangibles. (OCDE,2021) Esto último un norte de todas las planificaciones del trabajo de enfermería a nivel central y local.

Un punto clave en la mejor salud para las personas es la estandarización de procesos de enfermería, especialmente vinculados a control de gestión y mejora continua. Dirección

Nacional de Enfermería ha logrado articular la red de enfermeros y enfermeras, vinculando y conectando profesionales desde áreas clínica, sociedades científicas, hasta la academia e intersector, otorgando cuidados profesionales de alta calidad para la población. Al respecto existe trabajo colaborativo en mesas de trabajo con otros Departamentos de MINSAL, donde el equipo asesor de SDGC también participó.

¿Conoce la Gestión del Cuidado? Todas conocen y definen la gestión del cuidado acorde a lo indicado en el Código Sanitario. Se describe en 11 respuestas que SDGC son una Estructura y modelo de Enfermería autónomo.

Ante la pregunta ¿Existen dificultades en la implementación de DNE en el nivel MINSAL? las respuestas coinciden en múltiples dificultades, toma de decisiones sin autonomía, refieren es un cargo muy politizado y de confianza de la Autoridad y que no se valida la norma 19 de las SDGC.

Se preguntó si pudieran describir los nudos críticos en la Implementación de DNE y el principal factor mencionado es el estamento médico en su falta de comprensión de la función de las SDGC y DNE. En 10 de las entrevistas se repite que un desafío de DNE es Estandarizar perfiles y funciones de las SDGC, así como en el desarrollo disciplinar en todos los niveles de atención, crear las políticas de la gestión del cuidado, estandarizar grados y estructura en toda la red de salud. Otro de los nudos se atribuyó a la resistencia al cambio de parte de directivos, tanto a nivel central como local

Se destaca en las entrevistas a las jefaturas de enfermería en Chile, se destaca la perspectiva de género y el rol de enfermería.

La Superintendencia de Salud al año 2019, informa 55.536 profesionales de enfermería que ejercen su última habilitación de inscripción. 90% de estos profesionales son mujeres. De acuerdo con el Registro Nacional de Prestadores Unidad de Registro, Intendencia de Prestadores de Salud, Superintendencia de Salud, existen 48.993 médicos, de ellos 20.829, o sea, 42% son mujeres (Superintendencia de Salud, 2019). Este indicador apunta a definirlo como un grupo profesional feminizado, generando un desbalance de poder y liderazgo de un cuerpo médico masculinizado.

Acorde a indicadores OCDE y estudios de la región, el gasto en salud en Chile es ligeramente mayor que el promedio de la OCDE, aunque el número de médicos y enfermeras es bajo. (OCDE, 2021) Estos datos no son la realidad chilena, también desprendiéndose de las entrevistas internacionales, dado la diferente formación de los enfermeros profesionales en Chile, con al menos 5.500 horas académicas en carreras de 10 semestres, en comparación a otros países que definen enfermeros con títulos de 2.500 horas académicas; comparables a los técnicos en enfermería.

Este es un punto relevante en el análisis de las jefaturas de enfermería a nivel latinoamericano. Así como la mirada del rol de enfermería dentro del equipo de salud y las opciones de avanzar en grados académicos y de especialización en enfermería.

A nivel nacional solo existen 4 hospitales comunitarios con una jefatura de enfermería, con cargo de Director de Hospital, destacando que de los cuatro profesionales solo una es mujer.

La importancia de liderazgos femeninos en espacios tradicionalmente privados a los hombres, es decir roles de gestión y toma de decisiones, hoy en día están siendo disputados por un impulso hacia la mayor representación de mujeres en cargos de poder. (Antequera,2013) Enfermería debe desarrollar de manera potente esta visión, se destaca la importancia de analizar la profesión enfermera desde la perspectiva de género para lograr su adecuado desarrollo y evolución en un futuro, utilizando cuatro elementos: el concepto de género, el feminismo, la educación y el poder.

En general se afirma desde las entrevistas, que el rol de enfermería desde su esencia ligado al cuidado se ha vinculado a lo largo de los siglos en un rol femenino.

El liderazgo de las mujeres es clave para fortalecer las estructuras dentro de la salud y

desarrollo social. De hecho, la participación de la mujer en cargos directivos se asocia a un mayor compromiso social, trabajo colaborativo eficiente y flexibilidad.

Los grupos de trabajo con que se interrelacionan las jefaturas de enfermería en nivel central o local, van desde los pacientes, otros/as enfermeras, autoridades en nivel central, hospitalario y gobiernos locales, academia una amplia gama de vínculos y articulaciones, por ello se enfatiza necesidad de la mayor calidad de decisión posible, autónoma y competencialmente.

Existen expectativas entre las entrevistadas sobre los resultados de las SDGC y DNE, basadas en antecedentes que dan cuenta de la estructura técnico-administrativa de los servicios de enfermería en los hospitales estatales de nuestro país, siempre con responsabilidad directiva y líneas de dependencia del personal de enfermería, similar a la otorgada hoy a la Subdirección de Enfermería. Basto reconocimiento del soporte de enfermería durante la pandemia, dado que esta idoneidad responde a la sólida formación en gestión y administración de las enfermeras. No obstante, sigue manifestándose desde el gremio médico voces reiterando su preocupación por la puesta en marcha de estas unidades, solicitando algunos en cartas la Autoridad modificar la Norma N° 19, en el sentido de establecer que aquellas unidades dependan de la Subdirección Médica del establecimiento de salud en que sean implementadas. La objeción que realizan no es a la creación e implementación de estas unidades sino a su Dirección. Es indiscutible la necesidad y la idoneidad de las enfermeras y enfermeros para gestionar el cuidado de las personas. Lo que preocupa es la estructura de enfermería propuesta que respalda la autodeterminación de las enfermeras en la toma de decisiones de enfermería en la organización.

Se refuerza la idea de que las jefaturas de enfermería deben aportar con autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la normativa ética y la legislación vigente.

Las entrevistadas indican que el liderazgo es una habilidad que puede ser aprendida y perfeccionada, es decir, el líder se construye a lo largo de su formación como profesional y ser humano. El liderazgo es esencial en la vida profesional del enfermero y enfermera, pues le permite comunicarse con el grupo, buscar soluciones para los conflictos y tener iniciativa en la toma de decisiones. Los enfermeros necesitan estar preparados para asumir el papel de líder, influyente, independiente del área de su quehacer.

Es de fundamental que desde la academia se prepare profesionales de enfermería en las habilidades de liderazgo, para que las acciones de enfermería vinculadas al liderazgo sean encaradas de forma fluida. Al analizar facilitadores y obstaculizadores del proceso de

implementación de Dirección Nacional de Enfermería en Ministerio de Salud Chile, podemos evidenciar diversos factores. Que se mencionan a continuación los siguientes actores:

- a) Quienes padecen actualmente la situación.
  - Dirección nacional de enfermería
  - Gremio de Enfermería
  - Pacientes, personas, familias, comunidades
  
- b) Quienes causan actual o potencialmente la situación.
  - Gremio médico: colegio médico
  - Directores de Hospitales
  - Industria: Industria farmacéutica, laboratorios, ISPRES, prestadores de salud.
  
- c) Quienes tienen la capacidad actual para revertir el problema.
  - Gremio enfermería
  - Autoridades Ministeriales
  - Parlamentarios comisión salud
  - Medios de Comunicación
  - Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)

#### Respecto de la caracterización de Actores

- Participación
  - Interés (diversidad, demanda, necesidad, conflicto)
  - Potencialidad (recursos materiales, inmateriales)
1. Dirección de Enfermería: Unidad técnica de MINSAL desde el 2019. Avalada por 3 decretos previos relacionados con la implementación de Subdirecciones de enfermería en los hospitales a nivel nacional y DNE en nivel central. Son los principales afectados en las dificultades de la implementación. La potencialidad es el vínculo con la Autoridad, así como una relación armónica con los gremios de enfermería. Sin duda dependiente de confianza política de manera tácita.
  
  2. Gremio de Enfermería: Se ven muy afectados ya que no contarían con un liderazgo de enfermería en el nivel central. Se involucra enfermeros asistenciales y sindicatos enfermería. La Federación Nacional de Asociaciones de Enfermeras y Enfermeros de Chile (FENASENF)

es una organización que se ha constituido para abogar por los derechos gremiales y el desarrollo de las enfermeras y enfermeros de los hospitales del sistema público chileno mediante el perfeccionamiento, racionalización de la profesión, su protección laboral, económica y social, representándolos frente a las autoridades ejecutivas y políticas, además de respaldar el trabajo local de las asociaciones base, en cada establecimiento donde están constituidas.

Sus objetivos se orientan a reconocer el rol social de las enfermeras y enfermeros en su contribución histórica al mejoramiento continuo de la salud pública del país, Han desarrollado un trabajo conjunto con el Colegio de Enfermeras de Chile A. G., la Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN), las Sociedades Científicas y Capítulos de Especialidades de Enfermería, con la Federación Nacional de Estudiantes de Enfermería de Chile (FENEECH) y toda aquella organización que busque el mejoramiento continuo a favor de la Enfermería. La organización y funcionamiento de la Federación se rige por la Ley N° 19.296 de Asociaciones de Funcionarios.

3. Pacientes, usuarios, personas, familias y comunidades: Son afectados porque la implementación de Direcciones de enfermería a nivel mundial demuestra mejora en resultados sanitarios, demostrables con indicadores tras su implementación como figura central.

Una mirada de salud menos biomédica y más integral proporcionan mayor equidad a las personas familias y comunidades. Muchas veces es la comunidad quienes son capaces de poner en discusión pública, de colocar en la agenda pública distinta temáticas.

4. Ministerio de Salud: Participan como Autoridad impulsora de la política. Son Quienes deben autorizar, potenciar el desarrollo de la gerencia y dirección de enfermería. Por tanto, es el actor relevante y cara visible ante la comunidad y principalmente ante las familias.

En relación al Interés, Si bien no aprueban del todo potenciar el desarrollo de enfermería en puestos de jefatura centralizada, deben administrar de manera adecuada para dar el mayor bienestar a los habitantes del país y velar por su cumplimiento, respondiendo a solicitudes a nivel internacional.

La potencialidad del Ministerio de Salud se perfila como actor principal en la responsabilidad del problema, tiene la capacidad de ejercer estas facultades y generar políticas públicas en pos de un mejoramiento de la situación. Por definición la misión de este ministerio es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida,

y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera.

5. Gremio Médico: COLMED no opina de DNE. Continúa en modelo biomédico predominante. Encabezan las jefaturas dentro de MINSAL. Existen cartas de médicos de especialidades colegiados a la Autoridad en que manifiestan su descontento con la estructura de jefaturas de enfermería, relacionado con su toma de decisiones autónoma.

6. Directores de Hospitales: actualmente la gran mayoría son médicos de profesión o ingenieros comerciales. Son identificados por las SDGC como actor que dificulta la implementación. Para cada acción indican plantearlo primero en reuniones con el Subsecretario de redes asistenciales.

7. Medios de comunicación: El rol que cumplen los medios varía permite visibilizar temáticas desconocidas. Los medios de comunicación de masas tienen una gran influencia sobre el público, al determinar qué asuntos poseen interés informativo y cuánto espacio e importancia se les da, posibilitando la difusión de información tanto de individuos como de grupos de personas, en este caso, de problemática que afecta a muchas de personas. Además, con la potencialidad no sólo de generar intercambio de contenidos en plataformas y redes sociales u otros medios de comunicación, sino también la colaboración de los receptores y posibilitando la generación de cambios al instaurar temas que se transforman en públicos, y que bien podrían ser abordados en la agenda, tal como aconteció en este caso.

8. Parlamentarios: Participación: Rol en el cual pueden encauzar legítimas demandas para tener representación ante la autoridad gubernamental. Pero no participan directamente en la toma de decisiones de la implementación de DNE, no obstante, apoyaron la implementación de Dirección nacional de odontología. Parlamentarios de salud y regionales son invitados y participan de todas las mesas convocadas por los gremios de enfermería. Verbalizan apoyo al gremio.

9. Industria farmacéutica, laboratorios, ISAPRES, prestadores de salud: vínculo estrecho con los profesionales médicos. Perpetuar modelo biomédico en el sistema de salud. Hay quienes consideran aceptable que la industria ayude a financiar las actividades educativas de los médicos y que no se estaría traspasando un límite ético. Suponen que el profesional siempre mantendrá una actitud basada en el análisis crítico de la información que se le



presenta. No creen que exista conflicto de intereses.

Otros consideran que este tipo de financiamiento influye sobre la mejor o peor disposición que pueda tener un prescriptor para indicar una intervención por sobre otra, y hay varios gobiernos que están legislando para que se declaren públicamente todas las fuentes de financiamiento que médicos reciban de la industria.

10. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): potencia en que todos los niveles centrales deben contar con una jefatura de enfermería. La misión del CIE es representar a la enfermería en todo el mundo, promover el avance de la profesión de enfermería, fomentar el bienestar de las enfermeras y defender la salud en todas las políticas. La comunidad global reconoce, apoya e invierte en las enfermeras y la enfermería para liderar y dispensar salud para todos.

La política de enfermería y salud es el centro de lo que realiza el CIE, deben garantizar que las enfermeras tengan voz en el desarrollo y la implementación de la política de salud es fundamental para garantizar que estas políticas sean efectivas y satisfagan las necesidades reales de los pacientes, las familias y las comunidades de todo el mundo.

Según Babino 2008, en relación con los grupos que ejercen presión sobre el gobernante: la agenda del gobernante está cargada de “problemas de menor valor”, las urgencias dominan a las importancias, el “afuera” impone temas, reuniones eventos, etc. La agenda se vuelve “reactiva” ante demandas y presiones de los actores externos.

En relación con el procesamiento de demandas sociales, se toman decisiones sin suficiente información sobre el problema a enfrentar, no existe procesamiento técnico político sobre el impacto de las decisiones, débiles o inexistentes mecanismos de rendición de cuentas a la sociedad, débiles mecanismos de monitoreo de los problemas de la sociedad. El mismo desafío se presenta en relación a la participación de la sociedad civil en el proceso de gobierno. Pasar de una democracia “representativa”, donde la participación ciudadana se limita al acto electoral, a una democracia “participativa” donde las demandas de la sociedad cuentan con canales estables de expresión y petición de cuentas a sus gobernantes, permitiría elevar en igual sentido la calidad del proceso de producción de políticas públicas.

## DISCUSIÓN

Desde lineamientos de la Organización mundial de la salud y Consejo Internacional de enfermeras, hasta, requerimientos de los distintos Colegios de profesionales de enfermería y Academia, coinciden en la necesidad de implementar jefatura de enfermería en nivel central de cada Estado. En nuestro país avalado con marco legal dado por código sanitario basado en la Gestión del Cuidado, Normas y Resoluciones propias del departamento técnico científico, definido como Dirección nacional de enfermería.

A pesar de este potente respaldo legal, ha sido dificultoso a lo largo de los años, implementar tanto en nivel central como en nivel local las jefaturas de enfermería. La Dirección Nacional se encuentra en el organigrama dentro del gabinete de Subsecretaria de Redes Asistenciales. Las Subdirectoras de Gestión del Cuidado de enfermería, tienen ubicación técnica y administrativa en los organigramas de los centros hospitalarios en paralelo a las Subdirecciones Médicas, bajo dependencia directa del Director/a del Hospital.

Por ello ha sido sumamente importante dentro del análisis incorporar conceptos de liderazgo y gobernanza, así como políticas públicas y toma de decisiones de la autoridad.

No hay dudas respecto de los resultados de DNE y jefaturas de enfermería, basadas en antecedentes que dan cuenta de la estructura técnico-administrativa de los servicios de enfermería en los hospitales, amplio reconocimiento del soporte de enfermería durante la pandemia. No obstante, sigue manifestándose desde el gremio médico voces reiterando su preocupación por la puesta en marcha de estas unidades. La objeción que realizan no es a la creación e implementación de estas unidades sino a su dirección, les preocupa es la estructura de enfermería propuesta que respalda la autodeterminación de las enfermeras en la toma de decisiones autónoma de enfermería en la organización.

Se refuerza la idea de que las jefaturas de enfermería deben aportar con autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la normativa ética y la legislación vigente.

Entre los resultados de las entrevistas se menciona de manera frecuente la voluntad y confianza política de implementar jefaturas de enfermería, sobre todo en el nivel central, no

estando sujeto a ser un cargo elegido por alta dirección pública. Matus indica que “hay un divorcio entre lo que la sociedad y los ciudadanos demandan de la política, y lo que la política y los políticos ofrecen. Este no es sólo un divorcio causado por intereses encontrados y carencia de voluntad. (...) Es también un divorcio entre la capacidad de gobierno y la complejidad de los problemas de gobierno” (Matus, Teoría del Juego Social).

Como se mencionó, los enfermeros y enfermeras son los gestores del cuidado de los centros asistenciales, tanto de los hospitales como de los centros de atención primaria de salud o de cuidados socio-sanitarios de larga estadía (ELEAM), nivel secundario de especialidades e intersector. Estos profesionales cuentan con formación en conocimiento clínico para diseñar, planificar, implementar y evaluar la eficacia de los programas asistenciales en todo el curso de vida, con mirada individual como comunitaria. Esta formación profesional ofrece una oportunidad para aumentar la participación de la enfermería en los órganos de gobierno y en espacios para la toma de decisiones asistenciales.

En Chile, a pesar de los cambios en la Reforma de salud, actualmente prima el enfoque biomédico en la atención sanitaria, reflejado en diversos ámbitos de la toma de decisiones y la mirada de especialidad médica no integral de la persona. Dicho enfoque históricamente ha inhibido la participación activa de la enfermería en la política de salud, por diferentes visiones en la concepción de la persona y su proceso de salud - enfermedad. Se manifiesta por parte del colectivo de enfermería, diversas agrupaciones gremiales, la percepción generalizada que la voz de la enfermería no está siendo escuchada, ni incluida como un actor preponderante en la toma de decisiones.

Un punto de importancia a mencionar, es el rol de los liderazgos femeninos en espacios tradicionalmente privados a los hombres, como roles de gestión y toma de decisiones. Lo anterior, no es una realidad lejana para enfermería y es fundamental analizar la profesión enfermera desde la perspectiva de género para lograr su adecuado desarrollo y evolución en un futuro, utilizando elementos como: el concepto de género, el feminismo, la educación, gobernanza y el poder.

Al interior de los equipos, deben tomar conciencia del trabajo colaborativo y participativo de la toma de decisiones en salud, tanto en el diseño, el desarrollo y la implementación de la dinámica del cuidado diario de las personas y comunidades, respetando las diferencias disciplinares, siendo un complemento no sólo una delegación de funciones. He ahí la relevancia de la autonomía profesional.

Una gran interrogante es cómo vincular al profesional de enfermería con la gestión de gobierno, en un vínculo entre lo político y lo técnico.

Según Babino, “en la gestión de gobierno, la política y la técnica operan con racionalidades diferentes y el problema principal en su interacción es que la primera no logra dirigir a la segunda en función de las prioridades del plan de gobierno.”

En el caso de DNE es interesante analizar la mirada técnico-política del departamento. Este enlace es necesario para que ambas puedan interactuar positivamente en la acción cotidiana de gobierno. (Babino, 2008)

Enfermería sigue enfrentando importantes desafíos para otorgar servicios de salud seguros y de calidad. El déficit de personal de Enfermería es probablemente la más importante barrera para alcanzar mejores resultados para los pacientes, siendo una preocupación central de todos los niveles políticos y administrativos en el mundo.

El cambio de paradigma, reconocimiento político y social de la enfermería requiere comprender las nociones de poder y dominio que afectan el desarrollo de la profesión, todas implícitas en los discursos, resoluciones, legislaciones y regulaciones por parte de los organismos internacionales.

Esta gobernanza consta de un desarrollo equilibrado de dimensiones que, por parte del líder de enfermería de la organización, interactúan y se complementan entre sí: estilo de liderazgo, la cultura transformacional, transparencia y planificación, relación con el poder y la autoridad, ética y disposición al trabajo con el equipo multidisciplinar.

Algunas de estas dimensiones son parte del desafío de la implementación de Dirección Nacional de Enfermería, donde requiere espacios de gobernanza y apoyo político, para poder expresar su capacidad y su gran potencialidad en políticas sanitarias y sociales que tiendan a una justicia social con enfoque integral.

El Gabinete desde la mirada de Babino: “entendemos la OG como el ámbito en el cual la máxima autoridad de una organización pública desarrolla el proceso de toma de decisiones de gobierno. Es el ámbito de soporte a la toma de decisiones de la Política, que cumple el rol primordial de otorgar direccionalidad estratégica al proceso de gobierno...” Por tanto, en la implementación de DNE influyen los procesos de toma de decisiones que ocurren al interior del Gabinete que da directrices del rumbo estratégico de su gestión; “Lo importante no son las precisiones físicas ni formales sino la calidad de los procesos que deben darse para que la

decisión sea eficaz en términos de los resultados deseados". (Babino, 2008)

Una vez evidenciado el problema y nudos que retrasan o diluyen la implementación de DNE, es necesario analizar caracterización de actores, desde el punto de vista de su participación, interés en el problema y potencialidad. En este sentido se evidencian factores facilitadores y obstaculizadores del proceso de implementación de Dirección Nacional de Enfermería en Ministerio de Salud Chile. Dirección nacional de enfermería, gremio de Enfermería, pacientes, personas, familias, comunidades, padecen directamente la situación.

La potencialidad supone ser el vínculo de DNE con la Autoridad como departamento técnico, pero a tras el cambio de autoridades Ministeriales durante el 2022 se mantiene acéfala. Sin duda dependiente de confianza política de manera tácita.

El colectivo gremial de Enfermería está siendo muy afectados ya que no contarían con un liderazgo de enfermería en el nivel central y desconocimiento de la autonomía de enfermería en el ámbito de políticas públicas. Finalmente, los pacientes, personas y comunidades son afectados porque la implementación de jefaturas de enfermería da un marco de estandarización de procesos de calidad y excelencia en la atención, traducido en seguridad a las personas que viven su proceso de enfermedad.

Se refuerza la idea de que una mirada de salud menos biomédica y más integral proporciona mayor equidad a las personas familias y comunidades.

Se identifica tras las entrevistas que quienes causan actual o potencialmente la situación, es el gremio médico, representado en los Directores de Hospitales y Autoridades Ministeriales de profesión médica.

Cabe destacar que existe un actor poco mencionado que es la Industria sanitaria, que juega un rol silencioso. Ya sea la Industria farmacéutica, laboratorios, ISPRES, prestadores de salud, actores e influencias interesantes de analizar posteriormente.

La potencialidad del Ministerio de Salud se perfila como actor principal en la responsabilidad del problema, desde sus distintas atribuciones, quienes tienen la capacidad actual para revertir el problema, influyendo en mayor o menor medida. Tiene la capacidad de ejercer estas facultades y generar políticas públicas en pos de un mejoramiento de la situación.

Algunos grupos de presión son el gremio enfermería, los parlamentarios comisión salud y medios de comunicación, ya que permite visibilizar temáticas desconocidas, posibilitando la generación de cambios al instaurar temas que se transforman en públicos, y que bien podrían ser abordados en la agenda, tal como aconteció en este caso.

Un factor importante en la implementación del modelo DNE y SDGC, es la mirada de salud basada en el ser humano integral con todas sus dimensiones, desarrollando lineamientos preventivos promocionales, socio sanitario, acorde a los determinantes sociales, una constante en el desarrollo disciplinar de enfermería.

Este modelo bio-psico-social, choca de alguna manera con el antiguo modelo biomédico, que fragmenta al ser humano, por patología u órgano, enfocado en curar la enfermedad y centralizado en la medicalización. Si bien no es desarrollado por todo el gremio médico, ya que existe un potente trabajo de salubristas y médicos de familia, es un paradigma que ha sido difícil de romper.

La pandemia covid19 en el año de enfermería a nivel mundial, irónicamente llevó a destacar la imagen de la Enfermería como un trabajo heroico y disciplinado; sin embargo, sigue enfrentando los importantes desafíos para poder seguir ofreciendo servicios de salud seguros y de calidad.

La enfermería destacada en la pandemia por su quehacer en el cuidado de personas familias y comunidades, en Chile no fue mayormente considerada en el área de toma decisiones. Con la mirada de enfermería, fomentando el componente preventivo promocional y de determinantes sociales, el abordaje hubiese sido invertir en aislar y fortalecer condiciones de la vulnerabilidad, trazabilidad y aislamiento de brotes para contener contagios, en vez del enfoque en la medicalización, hospitalización de paciente crítico. En este contexto, se ha destacado la participación de enfermeras en su potente liderazgo en trazabilidad, estrategia de vacunación, gestión y reconversión de camas en centros de mayor complejidad, manejo de recursos humanos y capacitación de sus equipos, pesquisa de casos toma de muestras y seguimiento epidemiológico, por nombrar algunas. Se requería un liderazgo con validación en la toma de decisiones tanto en nivel central como en los hospitales de la red.

En este caso la Autoridad, “se encuentra expuesto a múltiples actores, con demandas diferentes. Debe conducir sus equipos de, gestión para llevar adelante su proyecto de gobierno con herramientas técnicas complejas; debe rendir cuentas a la sociedad sobre su gestión y

dar respuesta a sus demandas; debe enfrentar la presión de grupos de interés que quieren presionar sobre el proyecto.” (Babino, 2008)

Importante como sugerencia es trabajar en el plan de acción con objetivos claros, analizando en el contexto de política pública a largo plazo con foco técnico clínico, Identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y desafíos.

Otro factor que sin duda es una dificultad para el desarrollo de DNE y liderazgos en la estructura de enfermería es la brecha de dotaciones del estamento. Una dotación adecuada de profesionales enfermeras, permite el desarrollo de liderazgo en enfermería, sin que deban asumir otro tipo de roles clínicos dejando de lado las jefaturas.

Se sugiere dentro de la implementación contar con una estructura y organización de enfermería validada por la Autoridad ministerial, propuesta desde el año 2019 pero aún en trámite jurídico en ambos Gobiernos de este período . La construcción de la Organización debe ser participativa, con asesoría de expertos y base científico-técnica, esto promueve la formación de Subdirección de Gestión del Cuidado de Enfermería, así como dar continuidad a la Dirección Nacional de Enfermería, como departamentos técnicos no políticos de confianza.

Un punto fundamental del trabajo de Dirección Nacional de Enfermería, es trabajo de co-construcción, junto a los distintos niveles de atención, intersector y academia. En el informe de gestión anual 2021 se evidencia el trabajo colaborativo con la Academia y las Sociedades Científicas de Enfermería. Se destaca este punto ya que una forma de generar apertura y espacios de desarrollo profesional es la medicina basada en evidencia y ciencia de datos, en este caso llamado EBE investigación en enfermería.

## REFERENCIAS

1. Informe de Situación Dirección Nacional de Enfermería MINSAL, Patricia Pino Chacón, Diciembre 2021
2. Organización Panamericana de la Salud. La importancia del personal de enfermería: centros colaboradores de la OMS para la red de enfermería y partería. 1997
3. 63.<sup>a</sup> Asamblea mundial de la salud Ginebra, 17 mayo 2010  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/A63\\_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf)
4. Rodó Cobo Monserrat. La Gobernanza Enfermera y su impacto en la calidad en la organización sociosanitaria en Catalunya. *Enferm. glob.* 2017
5. Hess R. Measuring nursing governance. *Nurs Res.* 1998;:35-42.
6. Giltinane CL. Leadership styles and theories. *Nurs Stan*, 2013.  
<http://link.springer.com/article/10.1007/s10997-011-9201-6>. PubMed. PMID: 23905259.
7. Mustafa Cristian. Gobernanza como consolidación del Liderazgo de la Enfermería Global. 2021 *Revista ROL de enfermería*, ISSN 0210-5020, Vol. 44, N°. 5, 2021, págs. 6-7
8. Consejo Internacional de Enfermeras “Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo”, 2020
9. Milos H, Paulina, Bórquez P, Blanca, & Larraín S, Ana Isabel. (2010). LA "GESTIÓN DEL CUIDADO" EN LA LEGISLACIÓN CHILENA: INTERPRETACIÓN Y ALCANCE. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 17-29.
10. Milos Hurtado, Paulina, & Larrain Sundt, Ana Isabel (2013). LA GESTIÓN DEL CUIDADO EN CHILE: DE LA FUNCIÓN A LA ESTRUCTURA. *Ciencia y Enfermería*, XIX(2),7-10
11. Health at a Glance OECD Indicators.2021 <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>.
12. Milos P, Bórquez B, Larrain AI. La “gestión del cuidado” en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cienc. enferm.* 2010; XVI (1): 17-29.
13. Plan Nacional de Salud Ejes estratégicos, Objetivos y Metas de Impacto 2011 – 2021  
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-02-2022.pdf>
14. Superintendencia de Salud, Informe 2019  
[https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-18219\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-18219_recurso_1.pdf)
15. Antequera, Maria del Carmen “Análisis desde el punto de vista feminista del rol de la



- medicina en el modelo de salud médico hegemónico.” 2013
16. Cuevas, M., de Díaz, C. E., Alvarado, U. C. L., & Balzán, Y. R. Aliadas en Cadena: Formación en emprendimiento femenino como estrategia para salir de la pobreza, 2021
  17. Información Depto. de Estudios, Planificación y Control de Gestión Área de Personas, División de Gestión y Desarrollo de las Personas MINSAL, 2021
  18. OECD Nurses indicator. 2022 <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>
  19. Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud, Superintendencia de Salud [http://www.supersalud.gob.cl/664/articles-18219\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/664/articles-18219_recurso_1.pdf)
  20. Milos H, Paulina, Bórquez P, Blanca, & Larraín S, Ana Isabel. (2010). La Gestión del cuidado en la legislación Chilena: interpretación y alcance. Ciencia y enfermería, 16(1), 17-29.
  21. Norma general administrativa N° 19, “Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada” 14.12.2007 EXENTA N° 1117
  22. Morfi Samper, Rosa. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es&tlng=es)
  23. Gómez Siegler C. Dirección General de Enfermería Salud Publica Mex 2014 <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/3259>
  24. Propuesta de Ubicación de la Dirección Nacional de Enfermería en el nuevo Organigrama de la SESPAS Republica Dominicana Comisión Interinstitucional. Octubre 2008.
  25. El análisis de las políticas públicas. J. Subirat Departament de Ciència Política i Dret Públic. Universitat Autònoma de Barcelona.
  26. Análisis y gestión de políticas públicas, Joan Subirats, Peter Knoepfel, Corinne Larrue y Frederic Varonne, 2008
  27. Guía para la elaboración de estudios de caso sobre la gobernanza de los recursos naturales, Mauricio León y Cristina Muñoz, 2019.
  28. Quintana, A. Un Modelo de aproximación empírica a la investigación en psicología y ciencias humanas. Revista Peruana de Psicología, 1996
  29. Matus, Carlos, “Los Tres Cinturones de Gobierno”, Fundación Altadir, Caracas, 1997.
  30. González Campo, Carlos Hernán; Gómez Cárdenas, Carlos Wladimir “El proceso de toma de decisiones en políticas publicas prospectiva”. Revista de Trabajo Social e intervención social, núm. 12, 2007 Universidad del Valle Bogotá, Colombia
  31. La trilogía: sistema de gobierno, sistema electoral y sistema de partidos, Dieter Nohlen 2012

32. La Oficina del Gobernante. Aportes para fortalecer los procesos de conducción política de las organizaciones públicas, Luis Guillermo Babino, 2008
33. Babino, Luis "La planificación como función de la gestión de gobierno", en Revista de la Asociación Argentina de Presupuesto y Administración Financiera Pública, Córdoba, octubre de 2004., Buenos Aires.
34. Matus, Carlos, "Teoría del Juego Social", Fondo Editorial Altadir, Caracas, 2000.
35. Adelaida Zabalegui Participación de la enfermería en la gobernanza, 2006  
<https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-participacion-enfermeria-gobernanza-S021253821630036X>
36. Juan Cuví, Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador, Año X, No. 17, 2012
37. Martín Sabignoso 2018, Los 5 atributos clave de la buena gobernanza en los sistemas de salud
38. Cardoso MLAP, Ramos LH, D'Innocenzo M. Liderança Coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3):730-737.
39. Ribeiro M. Refletindo sobre liderança em Enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 2006; 10(1):109-115.
40. Silva MA, Galvão MC. Aplicação da liderança situacional na enfermagem de Centro Cirúrgico. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):104-112.
41. Sousa LB, Barroso MGT. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 jan-mar; 13(1): 181-187
42. Souza e Souza, Luis Paulo, Ferreira Cordeiro, Ana Lúiza, Nunes de Aguiar, Rodrigo, Veloso Dias, Orlene, Vieira, M<sup>a</sup> Aparecida, & Ramos, Laís Helena. (2013). El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. Enfermería Global, 12(30), 268-280.
43. Menéndez EL, Di Pardo RB. La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita. Salud Colectiva. 2008;4(1):9-30. doi: 10.18294/sc.2008.314.
44. Joaquín Mateu-Mollá 2019. Modelo biomédico: qué es y en qué ideas sobre la salud se basa ¿Qué es el modelo biomédico y en qué fundamentos filosóficos sobre la salud se basa? Revista <http://psicologiymente.com/clinica/modelo-biomedico>
45. Cedeño Suárez, María Agustina Aportes de la investigación cualitativa y sus alcances en el ámbito educativo. Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación", vol. 1, núm. 1, enero-junio, 2001, p. 0 Universidad de Costa Rica

## ANEXO 1

### MAPA DE ACTORES

#### Identificación de actores

- a) Quienes padecen actualmente la situación.
  - Dirección nacional de enfermería
  - Gremio de Enfermería
  - Pacientes
  
- b) Quienes causan actual o potencialmente la situación.
  - Gremio médico: colegio médico
  - Directores de Hospitales
  - Industria: Industria farmacéutica, laboratorios, isapres, prestadores de salud.
  
- c) Quienes tienen la capacidad actual para revertir el problema.
  - Gremio enfermería
  - Autoridades Ministeriales
  - Parlamentarios comisión
  - Medios de Comunicación
  - Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)

#### Caracterización de Actores

- Participación
- Interés (diversidad, demanda, necesidad, conflicto)
- Potencialidad (recursos materiales, inmateriales)

1. Dirección de Enfermería: Unidad técnica de MINSAL desde el 2019. Avalada por 3 decretos previos relacionados con la implementación de Subdirecciones de enfermería en los hospitales a nivel nacional. Son los principales afectados en las dificultades de la implementación. La potencialidad es el vínculo con la Autoridad, así como una relación armónica con los gremios de enfermería.

2. Gremio de Enfermería: Se ven muy afectados ya que no contarían con un liderazgo de enfermería.

(enfermeros asistenciales y sindicatos enfermería)

3. Pacientes: Son afectados porque la implementación de Direcciones de enfermería a nivel mundial

demuestra mejora en resultados sanitarios, demostrables con indicadores tras su implementación como figura central. Una mirada de salud menos biomédica y más integral proporcionan mayor equidad a las personas familias y comunidades. Muchas veces es la comunidad quienes son capaces de poner en discusión pública, de colocar en la agenda pública distinta temáticas.

4. Ministerio de Salud: Participan como Autoridad impulsora de la política. Son Quienes deben autorizar,

potenciar el desarrollo de la gerencia y dirección de enfermería. Por tanto, es el actor relevante y cara visible ante la comunidad y principalmente ante las familias. En relación al Interés, Si bien no aprueban del todo potenciar el desarrollo de enfermería en puestos de jefatura centralizada, deben administrar de manera adecuada para dar el mayor bienestar a los habitantes del país y velar por su cumplimiento, respondiendo a solicitudes a nivel internacional. La potencialidad del Ministerio de Salud se perfila como actor principal en la responsabilidad del problema. Tiene la capacidad de ejercer estas facultades y generar políticas públicas en pos de un mejoramiento de la situación.

5. Gremio Médico: COLMED no opina de DNE. Continúa en modelo biomédico predominante

6. Directores de Hospitales: actualmente la gran mayoría son médicos de profesión. o ingenieros comerciales. Son identificados por las SDGC como actor que dificulta la implementación

7. Medios de comunicación: El rol que cumplen los medios varía permite visibilizar temáticas desconocidas.

Los medios de comunicación de masas tienen una gran influencia sobre el público, al determinar qué asuntos poseen interés informativo y cuánto espacio e importancia se les da, posibilitando la difusión de información tanto de individuos como de grupos de personas, en este caso, de problemática que afecta a muchas de personas. Además, con la potencialidad no sólo de generar intercambio de contenidos en plataformas y redes sociales u otros medios de comunicación, sino también la colaboración de los receptores y posibilitando la generación de cambios al instaurar temas que se transforman en públicos, y que bien podrían ser abordados en la agenda, tal como aconteció en este caso.

8. Parlamentarios: Participación: Rol en el cual pueden encauzar legítimas demandas para tener representación

ante la autoridad gubernamental. Pero no participan directamente en la toma de decisiones.

9. Industria farmacéutica, laboratorios, Isapres, prestadores de salud: vínculo estrecho con los profesionales

médicos. Perpetuar modelo biomédico en el sistema de salud.

10. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE): potencia en que todos los niveles centrales deben contar con una jefatura de enfermería.

