

Liderazgo, poder y cuidado: de Florence Nightingale al siglo XXI

Carmen Domínguez Alcón

PhD Sociology, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris. Universidad de Barcelona, España

Correspondencia: cda.dominguez@ub.edu



La relación *liderazgo, poder y cuidado* es un tema especialmente atractivo en el que profundizar, y puede ser objeto de estudio desde distintas aproximaciones. En mi caso, en el proyecto que voy desarrollando acerca de la evolución y dimensiones del cuidado,¹ al explorar, investigar y escribir sobre múltiples aspectos del cuidado, surge el interés por cómo se ha enfocado y cómo ha evolucionado la relación liderazgo, poder y cuidado. Para una mejor comprensión, desde la perspectiva enfermera, parecía buena idea explorar si el tema estaba presente y cómo se abordaba desde el inicio de la enfermería como profesión. La información disponible muestra que la pionera Florence Nightingale ya planteó varios rasgos de esa relación. El objetivo, en el siglo XIX y al comienzo de la tercera década del siglo XXI, en 2021, sigue siendo firme, es proporcionar “buen cuidado”. El mejor cuidado posible y mostrar que en esa relación, antes, ahora y en el futuro, la práctica enfermera es esencial, logra resultados medibles y evidentes, debe tomar iniciativas, decisiones y hacer propuestas innovadoras como parte ineludible de la responsabilidad profesional.

Nightingale (1820-1910) escribió sobre liderazgo y dirección en varios de sus libros, informes y cartas. En las biografías y en escritos de distintos autores acerca de su obra se da cuenta de ello. Explorando en esa documentación, por ejemplo, Ulrich (1996) muestra las habilidades administrativas y organizativas de Nightingale e identifica en su obra *10 principios* en cuanto a liderazgo y dirección². Los concreta en los siguientes: cambio, comunicación, hospitales, liderazgo, negociación, estructura organizativa, cuestiones de personal, médicos, poder, y administración del tiempo.

Me pareció una oportunidad de interés escribir algunas reflexiones sobre ello y pensé en explorar el tema. Acababa de leer el libro de Atul Gawande (2011) que decididamente captó mi interés acerca del *check list*³ y me pregunté si era posible considerar los 10 principios de Nightingale desde una perspectiva del *check list*. Aunque tratando de ir más allá en la consideración de los aspectos técnicos y procedimentales, Gawande se refiere también a una “filosofía de vuelo”.^{3:108} Y en nuestro caso se trata de una “filosofía del cuidado” y una “filosofía de equipo”. Puesto que, en aviación, finanzas, cirugía o cuidado, cada ámbito incluye situaciones complejas y acciones de distinta índole que superponen complejidades y requieren conocimiento especializado y consumen tiempo experto para la aplicación de los saberes que se precisan. Para que

esas acciones sean tenidas en cuenta tiene que haber presencia y constancia de ellas, estar escritas, identificables claramente, para determinar qué componentes incluyen, qué aspectos de las mismas pueden suponer una alerta vital/una cuestión de vida o muerte, y cómo puede ser tenida en cuenta la pericia, el tiempo experto que consumen, las características de relación que implican, a fin de evidenciar cual es la contribución que realizan a la calidad y resultado de cada acción de cuidado que cada actor/agente de cuidado pone en práctica.

En el presente editorial no es posible extenderse en las alertas a tener en cuenta acerca de cada uno de los 10 principios de Nightingale, pero sí puede ser una invitación a tratar de hacerlo, y quizá plantear el interés de seguir con esa reflexión en algún espacio que permita intercambio de opiniones de mayor extensión argumental. Mi propuesta, a partir de la investigación de Ulrich, se concretaría por el momento en identificar algunos rasgos en cada uno de los principios. Enunciarlos permite identificarlos, tomarlos en consideración, posibilita conectarlos y a partir de ahí se puede imaginar como tejer el hilo de conexión, que nos lleve a una reflexión crítica de mayor alcance, vinculada a la práctica cotidiana y a la trayectoria experiencial, de conocimiento experto y tácito.

Para centrar el tema, incluyo a continuación los 10 puntos sobre liderazgo a partir del estudio de Ulrich antes citado,^{2:15ss} en los que, a modo de punto de partida, destaco algunos de los rasgos que esa autora encuentra en la obra de Nightingale.

(1) *Cambio*. Ser agente de cambio eficaz, tener en cuenta la necesidad de producir cambios y la capacidad de ser flexible.

(2) *Comunicación*. Nightingale dio ejemplo escribiendo más de 200 libros y alrededor de 12.000 cartas. Se reconoce su diplomacia y tacto para ejercer influencia.

(3) *Hospitales*. Aunque parecía innecesario establecer el principio de “no hacer daño al paciente”, Nightingale establece reglas. Une la idea de buen cuidado a la defensa del paciente. Señala la importancia de no medicalizar todos los procesos, y de la participación enfermera en decisiones que afectan a los espacios de asistencia y cuidado. Se adelanta en la consideración y uso de la estadística, en relación con los resultados y calidad del cuidado. Confecciona tablas, gráficos diagramas, compara resultados y utiliza la palabra eficacia al tratar de reformas sanitarias. Hace propuestas para mejorar el sistema hospitalario.

(4) *Liderazgo*. Hay pocas dudas acerca del liderazgo de Nightingale en relación con la profesión enfermera y en múltiples as-

EDITORIAL

pectos del cuidado y de la asistencia. Ulrich señala, entre otros varios aspectos valiosos a considerar, que en un periodo de “poca voz” de las mujeres en todos los ámbitos, Nightingale con sutileza, y actitud de calmada dignidad, inspiraba confianza y respeto.^{2:39ss} Sabía definir bien los objetivos y no desfallecía hasta conseguirlos. Es de especial interés la importancia que concedía al liderazgo para lograr que los resultados de la acción enfermera no se vieran dañados o invalidados por las condiciones del entorno y prestaba atención a la necesidad de conseguir que las cosas se hicieran bien en cualquier circunstancia. En 1867, a sus alumnas en el St. Thomas ya les hablaba en profundidad de la autoridad, de conocer los componentes que otorgan autoridad. Y de estar alerta cuando se está en posición de autoridad, no hacer un uso inadecuado de ella. Su convicción era que “encargarse de” no es hacer todo uno mismo, sino asegurarse de que cada uno realiza la tarea asignada.

(5) *Negociación*. Nightingale creía en el poder de negociar antes de emprender una tarea, y se le reconoce que era una excelente negociadora. Intervino en distintos aspectos de reforma del sistema sanitario. Por ejemplo, en la disposición de espacios, instalación de tuberías de agua caliente para evitar que las enfermeras tuvieran que transportar el agua. Introdujo cambios en normas de ingresos, intervino en la selección de personal médico y aconsejaba a sus colegas, enfermeras que insistieran también en hacerlo al negociar sus cargos.

(6) *Estructura organizativa*. El enfoque de Nightingale ha tenido gran impacto. Lo desarrolló en ocho principios: (a) Ciertos objetivos y tareas requieren el esfuerzo de un grupo organizado. (b) Cada organización tiene un propósito primario. (c) El control económico proporciona control administrativo. (d) El liderazgo de un área requiere experiencia en ella. (e) Son precisos roles de liderazgo jerárquico con líneas claras de autoridad y responsabilidad. (f) Los grupos requieren reglas y normativas claramente definidas para funcionar juntos como organización. (g) La toma de decisiones debe estar basada en el uso de datos exactos. (h) El uso eficiente del poder humano es esencial para una organización.

(7) *Cuestiones de personal*. Nightingale prestaba especial atención a las cuestiones relacionadas con el reclutamiento, contratación, colocación y entrenamiento. Era consciente de que disponer de más personal no siempre suponía realizar más trabajo, y así lo muestra Ulrich con los comentarios en este punto.

(8) *Médicos*. Es bien conocida la resistencia que encontró Nightingale para que los médicos aceptasen a las enfermeras, les dejaron bien claro que no eran bien recibidas. Sin embargo, ellas actuaron con tacto realizando múltiples actividades que mejoraron las condiciones en que se realizaba el cuidado, y esperaron a que los médicos les pidieran algo. Ese momento llegó, con una elevada afluencia de pacientes (1854) y el buen trabajo realizado por las enfermeras, desde que llegaron, consiguió la confianza de los médicos, aunque hubo algunos intentos para que Nightingale regresara a Reino Unido.

(9) *Poder*. Gobernar su propio poder y el de los demás para favorecer sus causas, es una habilidad que se le reconoce a Nightingale. Se dirigía a personas poderosas y les solicitaba que hablasen en su favor para lograr avances en los objetivos de mejora del cuidado. Destacan sus esfuerzos y capacidad en promover la reforma sanitaria. Formó una comisión y consiguió que se encargase la confección de un informe confidencial. Elaboró un documento de 830 páginas, detallado, con múltiples datos, tablas y gráficos acerca de la situación de la sanidad militar. Propuso un sistema nuevo con asignación detallada de responsabilidades. Añadió comentarios y sugerencias a nivel individual para cada persona a quien se envió el informe. Una copia del mismo llegó antes a los

periodistas. Parte del poder de Nightingale era su habilidad para identificar a poderosos, así como sus deseos y necesidades.

(10) *Administración del tiempo*. Sin duda Nightingale supo administrar muy bien el tiempo. Ulrich pone como ejemplo el enfoque que dio a los fondos que el público entregaba a la *Nightingale Fund* como reconocimiento a su labor. En vez de utilizarlos de inmediato, escribió a varios de sus contactos influyentes explicando bien sus planes, a fin de mostrar en qué era más valioso emplear los recursos, aunque hubiera que demorar algo la decisión.

La preocupación e interés expresado por Nightingale en el siglo XIX, parece cercano a enfoques actuales, en el aspecto del logro de buen cuidado como resultado de la práctica enfermera y de prestar atención a las condiciones que lo hacen posible. En esa línea de reflexión, hace unas semanas, en el primer capítulo de la obra *Ética del cuidado, innovación inclusiva y calidad asistencial*, yo misma escribía junto con otras colegas, algunas ideas sobre el liderazgo ético, y la reflexión se centraba en los diferentes posicionamientos respecto al liderazgo ético de las enfermeras.⁴ En mi opinión, suponen rasgos y un punto de partida firme y práctico, al sostener la importancia en la forma de participar en los diferentes niveles de liderazgo ético: *micro* en el trabajo con las personas y equipos, *meso* para contribuir en los debates de la organización y el desarrollo de políticas en el seno de las instituciones; y *macro* a fin de participar en políticas generales para garantizar la presencia del cuidado en los foros nacionales e internacionales. El liderazgo ético mantiene el enfoque de la profesión enfermera y los valores profesionales.⁵ El interés de esa autora en el tema lo manifiesta también en una publicación con Verena Tschudin sobre “Educar para el liderazgo ético” en el que defienden que todos los miembros de la fuerza laboral enfermera son líderes éticos, en la medida en que evidencian un compromiso con la práctica ética en su trabajo diario, y actúan también como modelos.⁶

La noción de liderazgo ético, en la promoción y mantenimiento de culturas éticas de cuidado, ha sido puesta de manifiesto en trabajos que profundizan en cuestiones relacionadas con el cuidado de la salud.⁷⁻⁹ El enfoque en la presente reflexión fija la atención del liderazgo ético en la práctica enfermera vinculado a la calidad del cuidado. Por ejemplo, en la perspectiva de promover un estilo de liderazgo que plantean Barkhordari et al.,¹⁰ que implica el desarrollo de un comportamiento apropiado a través de acciones personales e interacciones interpersonales, la promoción de tales comportamientos en los miembros del equipo a través de intercambios bilaterales o grupales, y el fortalecimiento de la participación en la toma de decisiones. Los líderes éticos se esfuerzan en modelar y apoyar el desempeño ético. Al mismo tiempo son sensibles a problemas morales y a la mejora en el desempeño y desarrollo de la práctica enfermera fomentando el respeto por la dignidad humana. Esa forma de hacer promueve la seguridad de la persona atendida, favoreciendo aspectos de la calidad, aumentando la capacidad de debatir y actuar en las actividades diarias, reforzando la competencia ética enfermera.

En esa idea de la influencia en los comportamientos del liderazgo ético enfermero, Gallagher aporta elementos fruto de un encuentro entre expertos, que permite llamar la atención acerca de aspectos que considera esenciales, como valorar la individualidad y la contribución de las personas.¹¹ Un líder que sea respetuoso y valore a los demás es accesible y confiable, ayuda a otros a sentirse seguros y da un buen ejemplo. La lealtad y el compromiso con las personas y la organización pueden ayudar a engendrar una fuerza de trabajo cohesionada con personas que desarrollen una comprensión, objetivos y aspiraciones compartidos. Los líderes éticos son solidarios, al tiempo que permiten el crecimiento en

EDITORIAL

aquellos que lideran.¹¹ El liderazgo para un cambio sostenido significa una "visión de todo el sistema", en alianza con las personas, las familias y las comunidades para mantener un cuidado de calidad como un derecho humano. Son perspectivas que llevan a Gallagher a afirmar que "en el liderazgo ético se trata de establecer una cultura que marque la pauta: una cultura donde hay amabilidad, pero también buen juicio, y donde todos se sienten comprometidos con el trabajo diario compartido de brindar una atención excelente, segura y compasiva".¹¹ También trata de asegurarse de que todos disfruten de su trabajo, porque si no es así, no lo harán bien.

El tema es amplio y de alcance, sin embargo, a menudo es necesaria una cierta forma de ida y venida entre visiones macro, meso y micro, y prestar atención a la evolución del concepto, del tema, del cambio o permanencia en la percepción de algunos aspectos, en el transcurso del tiempo. De manera que podríamos preguntarnos ¿Siguen teniendo validez los principios de Nightingale en la actualidad? ¿Pueden inspirar iniciativas útiles en la práctica cotidiana en 2021? La visión positiva, solidaria y ética, es un punto de partida y una buena línea de reflexión para establecer formas de avance, a fin de conseguir que se mantenga presente y consolide la ética del cuidado, formando parte de la calidad de la asistencia. Y que desde el liderazgo enfermero, se siga investigando y profundizando en ello para aportar nuevos elementos a considerar y líneas en las que fijar la atención.

Bibliografía

1. Domínguez-Alcón, Carmen; Busquets, Montserrat; Cuxart, Núria; Ramió, Anna (coord). Ética de cuidado, innovación inclusiva y calidad asistencial. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, 2020. Disponible en: <https://www.coib.cat/ca-es/sala-de-premsa/noticies-del-col-legi/el-coib-edita-el-llibre-etica-del-cuidado-innovacion-inclusiva-calidad-asistencial-que-reclama-flexibilitzar-les-estructures-sanitaries-per-incloure-etica-de-la-cura-assistencia.html> [acceso: 12/03/2021].
2. Ulrich, Beth T. Liderazgo y dirección según Florence Nightingale Barcelona: Masson, 1996.
3. Gawande, Atul. El efecto check list. Barcelona: Bosch, 2011.
4. Domínguez-Alcón, Carmen; Busquets, Montserrat; Cuxart, Núria; Ramió, Anna. Prácticas y resultados del cuidado: Criterios de sensibilidad y respuesta ética. En Domínguez-Alcón, Carmen; Busquets, Montserrat; Cuxart, Núria; Ramió, Anna (coord). Ética de cuidado, innovación inclusiva y calidad asistencial. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona 2020: pp. 27-62. Disponible en: <https://www.coib.cat/ca-es/sala-de-premsa/noticies-del-col-legi/el-coib-edita-el-llibre-etica-del-cuidado-innovacion-inclusiva-calidad-asistencial-que-reclama-flexibilitzar-les-estructures-sanitaries-per-incloure-etica-de-la-cura-assistencia.html> [acceso: 12/03/2021].
5. Gallagher, Ann. Whistleblowing: what influences nurses' decisions on whether to report poor practice? Nurs Times. 2010; 106(4):22-25.
6. Gallagher, Ann; Tschudin, Verena. Educating for ethical leadership. Nurse Educ Today 2010; 30(3): 224-227.
7. Mannix J, Wilkes L, Daly J. Attributes of clinical leadership in contemporary nursing: An integrative review. Contemp Nurse. 2013; 45(1):10-21.
8. Mannix J, Wilkes L, Daly J. Good ethics and moral standing: a qualitative study of aesthetic leadership in clinical nursing practice. J Clin Nurs. 2015; 24:1603-10.
9. Storch J, Makaroff KS, Pauly B, Newton L. Take me to my leader: the importance of ethical leadership among formal nurse leaders. Nurs Ethics. 2013; 20(2): 150-157.
10. Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Obstacles and problems of ethical leadership from the perspective of nursing leaders: a qualitative content analysis. J Med Ethics Hist Med. 2017; 10:1.
11. Gallagher, Ann. Ethical leadership revisited: The value of sharing diverse perspectives. Nursing Ethics 2017; 24(5): 515-516.