

La gestión de conflictos en la enfermería institucional, ¿riesgo u oportunidad?

Manuel AMEZCUA

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España
Correspondencia: mamezcuam@ugr.es

Se trataba de comunicar una mala noticia y lo hacía el propio Director de Enfermería. Intentaba notificar a las enfermeras del bloque quirúrgico una serie de medidas extraordinarias como consecuencia de la aplicación del recién aprobado decreto de recortes en el ámbito de la administración pública (reducciones salariales, aumento de jornada laboral, suspensión y reajuste de extras, incentivos, etc.). El malestar entre las asistentes crecía conforme se exponían, con la precisión del cirujano, las insidiosas medidas, que iban a tener un impacto determinante en la vida de cada uno. Semblantes de perplejidad e indignación al comprobar que en la lógica del directivo las personas eran solo números fáciles de cuadrar con un rudimentario balance entre operarios y horas laborales, hasta incluso hacer ver que podían sobrar algunos. Cualquier intento de razonamiento era de inmediato cercenado con un solo argumento, monótono y pesado como una losa, como el manojito de folios que blandía puño en alto en una mezcla de indignación y gozo soterrado: “yo no he hecho este decreto, lo que tengáis que decir al respecto, ya sabéis los responsables”. El impertinente argumento de las cifras frustraba todo intento de diálogo (Julián Marías decía que la razón es siempre narrativa). Todo terminó con una airada negativa a dar más explicaciones. Entre las enfermeras no hubo más reacciones que las conversaciones durante los cambios de turno y la negativa a colaborar con las supervisoras en algunas actividades que entrañaban voluntariedad.

Esta es la escena de un conflicto entre profesionales y su estructura de mando, tan común en las organizaciones sanitarias que seguramente podía ser fácilmente reconocible, con independencia de dónde sitúe cada cual su desempeño. La cuestión es si las enfermeras clínicas, además de padecerlo, son conscientes del origen del problema, si tienen capacidad de analizarlo y discernir una explicación razonable. Y la respuesta es que sí, aunque raramente lo verbalicen en foros públicos. A mi pregunta, esta es la respuesta dada por una enfermera clínica: “En nuestro sistema sanitario coexisten dos modelos de gestión, que generan conflictos de orden interno (con uno mismo) y externo (con otros profesionales) a la hora de entender el trabajo, sobre todo entre las enfermeras. Ello se debe, probablemente, a que jugamos con las reglas y requerimientos de un modelo y las convicciones de otro, lo que hace que el trabajo esté mermando en calidad. Trabajar por objetivos, tal y como propone el modelo de gestión clínica, puede ser una fuente de seguridad para los pacientes, de motivación para los profesionales y de efectividad para la organización sanitaria, pero es un arma de doble filo cuando no se cree en ellos, cuando se trabaja por objetivos impuestos y, sobre todo, cuando los objetivos, lejos de convertirse en fuente de motivación, se convierten en un baile de cifras. Para trabajar por objetivos hay que creerse los objetivos

y confiar en ellos. Y para poder creer en los objetivos se necesitan directivos que sepan negociarlos, exponerlos y transmitirlos de forma coherente” (María Gálvez González, en correo electrónico de fecha 16.08.2012).

En una época en que la ingeniería organizacional aboga por nuevas fórmulas en la gestión de personas, en la que cada vez cobra mayor protagonismo la toma de decisiones compartida, la participación responsable de los profesionales cualificados ¿es posible que pervivan directivos de enfermería anclados en modelos administrativos caducos? ¿Cómo logran perpetuarse en unos puestos que están pensados para la sana alternancia? ¿Cómo directivos enfermeros que ejercen como capataces de su empresa consiguen encajar en estilos gerenciales que representan valores contrarios? ¿Es coherente que responsables que fueron designados en base al modelo organizacional de otras épocas, transiten por las distintas reformas sin adaptar su estilo de gestión? ¿Cómo se logra marginar en la esfera de toma de decisiones a profesionales emergentes, altamente cualificados, que han accedido a ciclos de formación superior e incluso a programas de gestión especializada, y que optarían por un desempeño más coherente con el tiempo que nos ha tocado vivir? ¿Por qué el saber y la cultura tienen tan mala prensa en algunos estilos de gestión?

Aunque tímidamente, la literatura científica está aportando algunas claves para responder a estos y otros interrogantes. Este número de *Index de Enfermería* incorpora dos trabajos sobre la gestión de conflictos en el contexto de la enfermería institucional.^{1,2} El tema no es nuevo en la revista, que en los últimos años viene favoreciendo miradas alternativas sobre la gestión enfermera, una parcela tan innovadora como necesaria. Intentaré sistematizar algunos de los últimos trabajos publicados con el ánimo de despertar el interés por esta sugerente línea de investigación.

Y parece obligado comenzar haciendo una mención a la crisis económica, que afecta sobre todo a los países occidentales. Ante las espeluznantes cifras que la ingeniería económica proporciona cotidianamente, algunos gobiernos legítimamente democráticos están siendo suplantados por gobernantes tecnocráticos, sustentados en las supuestas capacidades redentoras de los superdirectivos, que acaparan poderes inusitados y una capacidad de control poco común. Estas concesiones a la democracia no se harían sin el convencimiento de que las organizaciones son entidades complejas que están altamente condicionadas por el modelo de gobierno que adopten. Mintzberg, que tiene una posición crítica hacia fórmulas sustentadas en el “directivo que todo lo puede”, ha identificado hasta cinco posibilidades de gestión administrativa (control como máquina, control de desempeño, gobierno como red, gobierno virtual y control normativo), reconociendo que ninguno

de estos modelos es mejor que los demás y que actualmente funcionamos con todos ellos.³ De hecho, es frecuente que en las instituciones de salud se yuxtapongan modelos gerenciales teóricamente antagónicos, que a menudo son fuente de conflictos. El caso español puede resultar emblemático: aunque el sistema sanitario opta desde hace más de una década por un nuevo modelo de gestión de naturaleza participativa y descentralizada a través de las Unidades de Gestión Clínica, que dota de autonomía y responsabilidad a los profesionales clínicos,⁴ lo que predomina en las instituciones sanitarias es un estilo compartimental y jerárquico, con relaciones de poder verticales y excesiva dependencia de los miembros de la organización hacia los directivos, impuestos casi siempre por la propia organización.

¿Y en el caso de las enfermeras? Se ha destacado que el sistema sanitario, sus recursos y la distribución de los mismos, el carácter de las instituciones sanitarias y el tipo de gestión de las organizaciones tienen una influencia directa en la práctica de enfermería, que impactará en el paciente y su familia como objeto de cuidado.⁵ En un análisis de la producción brasileña, se constató que es el hospital el foco de atención de los estudios relacionados con la gestión de los conflictos por enfermeras, que aludirían a cuestiones como las condiciones físicas institucionales, la organización del trabajo, la logística y la definición de las directrices de acción.⁶ En su propuesta de utilización edificante del conflicto en el trabajo enfermero, Machado y cols. identifican como fuentes de desigualdad que llevan a los profesionales a expresar sus diferencias, la presencia de disparidades en la ejecución técnica, en la posición y valoración social, y en la autonomía en las decisiones.²

En el primer aspecto, la ejecución técnica del cuidado, se inscribe el trabajo de Beltrán Salazar sobre el significado para los pacientes del rechazo al cuidado enfermero, en el que muestra cómo la ausencia de las enfermeras al lado de la cama de los pacientes (o sea, el des-cuidado) y la falta de interacción en el cuidado lleva a la desconfianza y al rechazo.⁷

Respecto a la posición de las enfermeras en la organización y su valoración social, resulta esclarecedora la mirada foucaultiana propuesta por Irigibel Uriz, donde reflexiona sobre la docilidad enfermera, su poder ante los individuos y colectividades y el peso que ostenta en los sistemas sanitarios hegemónicos. Una enfermería disciplinada, que muestra su utilidad como instrumento de gobierno al servicio de la ideología del Estado, centrada en la construcción de la subjetividad heterónoma en salud de las personas y colectividades, distanciando a la disciplina de sus principios éticos fundamentales y de su fin ideal.⁸

Y los medios de comunicación colaborando. Heierle Valero ha observado que las enfermeras no se identifican en los periódicos como individuos, sino que se perciben como grupo dentro del equipo de trabajo. La imagen que a cada enfermera le devuelve la representación del colectivo social en los medios no ayuda a comprender las habilidades que poseen ni el trabajo que realizan las enfermeras.⁹ Esta discordancia entre identidad e imagen, según Calvo Calvo, se debe en parte a que las propias enfermeras no se han preocupado suficientemente, de modo individual y colectivo, por comunicar eficazmente su verdadera identidad a la sociedad.¹⁰ Otros autores achacan la falta de reconocimiento social de la enfermería a la influencia del género en la profesión enfermera, al estar asociados de forma simbólica los cuidados enfermeros a las cualidades intrínsecamente femeninas.¹¹

La tercera cuestión que es fuente de conflictos organizacionales (la autonomía de las decisiones) ha arrojado artículos como el de Yáñez Gallardo y cols. sobre las consecuencias emocionales de

desconfiar en las jefaturas de enfermería, identificando la rabia ante la percepción de injusticia como la principal emoción y la que desencadena situaciones de silencio organizacional cuando se asocia a estilos de gestión no participativos.¹ Un silencio que si a nivel individual disminuye la autoestima y provoca sentimientos de frustración o rabia, a nivel grupal puede producir mayor cohesión al evitar discusiones de ningún tipo.¹²

Por último, también encontramos propuestas que buscan equilibrar el desempeño enfermero en el seno de la organización, como la que aboga por la competencia informacional (sostén de las prácticas basadas en evidencias) por las probadas repercusiones que tiene en la calidad asistencial.¹³ Aunque, sin duda, una de las más atrevidas es la que propone vivir reflexivamente la profesión enfermera desde la dominación de los otros como riesgo y como reto a la vez.¹⁴ Desde la teoría de la práctica de Bourdieu, Acebedo-Urdiales y cols. defienden la necesidad de trabajar más allá de las descripciones de tareas autónomas y de colaboración, para situar las prácticas enfermeras en una cultura de compromiso con capacidad de promover contextos capaces de ofrecer conocimiento y reconocimiento de cuidados intencionales.¹⁴

Siendo así, a las enfermeras del bloque quirúrgico de aquel hospital les convendría reflexionar sobre el capital simbólico que constituye la experiencia acumulada en su campo profesional, que les capacita y otorga autoridad, y les abre la posibilidad de cultivar la co-responsabilidad respecto a sus jefes, a otras profesiones y a las personas que atienden. El "oficio" y la sabiduría práctica permiten seguir las normas con autoridad y autonomía. Pero esto hay que probarlo con valentía y certificar sus consecuencias.

Bibliografía

1. Yáñez Gallardo, Rodrigo; Valenzuela Suazo, Sandra; Dagnino Rivera, Paulina; Cuadra Olmos, Rossana. Las consecuencias emocionales de desconfiar en las jefaturas de enfermería. *Index de Enfermería* 2012; 21(1-2):28-32.
2. Machado, Bruna Parnov; Paes, Lucilene Gama; Diaz, Paola da Silva; Santos, Tanise Martins dos; Lima, Suzinara Beatriz Soares de; Prochnow, Adelina Giacometti. Conflictos en las instituciones de salud: desafío necesario al trabajo del enfermero. *Index de Enfermería* 2012; 21(1-2):58-61.
3. Mintzberg, Henry. Gestionar el gobierno, gobernar la gestión. En Losada i Maddorán, Carlos (ed.). *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de gestión aplicadas a la administración del Estado*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, DC: 1999. Cap. VII: 197-211.
4. Matesanz, Rafael. Gestión clínica: ¿por qué y para qué? *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 222-226.
5. Molina Mula, Jesús. El sistema sanitario: efecto sobre la práctica clínica de las enfermeras. *Index de Enfermería* 2011; 20(4): 238-242.
6. Guerra, Soeli Teresinha; Prochnow, Adelina Giacometti; Cartana, Maria do Horto Fontoura; Santos, José Luís Guedes dos. El conflicto en la gerencia de enfermería: un análisis de la producción científica brasileña. *Index de Enfermería* 2010; 19(2-3): 147-151.
7. Beltrán Salazar, Óscar. Cuando las enfermeras están ausentes. *Index de Enfermería* 2010; 19(4):240-244.
8. Irigibel Uriz, Xabier. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index de Enfermería* 2008; 17(4): 276-279.
9. Heierle Valero, Cristina. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index de Enfermería* 2009; 18(2):95-98.
10. Calvo Calvo, Manuel Ángel. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index de Enfermería* 2011; 20(3):184-88.
11. Arroyo Rodríguez, Almudena; Lancharro Taverro, Inmaculada; Romero Serrano, Rocío; Morillo Martín, M^a Socorro. La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería* 2011; 20(4): 248-251.
12. Leyva-Moral, Juan M. El silencio entre los profesionales de la salud, un arma de doble filo. *Index de Enfermería* 2008; 17(1): 34-8.
13. García-Martínez, Montserrat; Lleixà-Fortuño, María del Mar; Nieto-de la Fuente, Carmen; Albarac-Ribó, Nùria. Competencia informacional en enfermería y otros profesionales de la salud. *Index de Enfermería* 2011; 20(4):257-261.
14. Acebedo Urdiales, Sagrario; Jiménez Herrera, María Fca.; Rodero Sánchez, Virtudes; Vives Relats, Carme. Re-Pensando las complejidades del rol profesional desde la teoría de Bourdieu. *Index de Enfermería* 2011; 20(1-2):86-90.