



# Enfermería, liderazgo y relaciones de poder, una mirada desde lo cualitativo

Daniela Montecinos-Guñez<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-4946-1428>)

Alfredo Lorca Nachar<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-1185-0302>)

Roxana Lara Jaque<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-3902-3643>)

Gloria García Vallejos<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-7173-6179>)

Denisse Quijada Sánchez<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-4719-2738>)

## Resumen Abstract

**Objetivo:** Conocer la percepción del liderazgo de enfermería desde las relaciones de poder, a partir de la opinión de las enfermeras, enfermeros recién titulados e integrantes del equipo de salud. **Método:** Investigación cualitativa, de tipo estudio de caso, con enfoque fenomenológico. Desarrollada en dos fases, aprobado por un comité de ética. Los participantes fueron enfermeras y enfermeros recién titulados e integrantes del equipo de salud. Se realizó muestreo por conveniencia, aplicación de entrevistas semiestructuradas, análisis de contenido y aplicación de pauta COREQ-32. **Resultados:** La categoría relaciones de poder da cuenta de una evolución histórica del liderazgo de enfermería y la existencia de relaciones de poder dentro del equipo de salud relacionado con profesión, género, diferencias generacionales y jerarquías administrativas. **Conclusión:** Se devela la existencia de relaciones de poder que influyen el ejercicio del liderazgo de enfermería, lo que ha obstaculizado la participación de enfermería en cargos directivos, precisando fortalecer las capacidades de liderazgo de enfermería.

**Palabras clave:** Enfermería. Liderazgo. Capacidad de liderazgo y gobernanza. Sexismo. Relaciones interpersonales.

## Nursing, leadership and power relationships, a qualitative perspective

**Objective:** Knowing the nursing leadership perception from power relationships, based on nurses, recently graduated nurses and the healthcare team's opinions. **Methods:** Qualitative research, case study type, with a phenomenological approach. It was developed in two phases, with the ethics committee's approval. A convenience sample was used, considering nurses, newly qualified nurses and health care providers. Semi-structured interviews were applied. Content analysis and application of the COREQ-32 guideline were performed. **Results:** The power relationships category shows a historical evolution of nursing leadership and power dynamics within the healthcare team related to profession, gender, generational differences and administrative hierarchies. **Conclusions:** It reveals the existence of power relationship that influence the exercise of nursing leadership, which has hindered the participation of nursing in managerial positions, requiring the strengthening of nursing leadership capacities.

**Keywords:** Nursing. Leadership. Nurses on boards Governance. Sexism. Interpersonal Relations.

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

CORRESPONDENCIA: [alfredolorca@uchile.cl](mailto:alfredolorca@uchile.cl)  
(Alfredo Lorca Nachar)

Manuscrito recibido el 19.10.2022  
Manuscrito aceptado el 14.03.2023

Index Enferm 2023; 32(2):  
e14293  
<https://doi.org/10.58807/indexenferm20235794>

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), anunció en su último informe “Situación de enfermería en el mundo 2020”, que las enfermeras son fundamentales para responder al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).<sup>1</sup> Es así como se declara que la contribución del equipo de enfermería es crucial para lograr, entre otras, las metas nacionales e internacionales vinculadas con prioridades como “la cobertura sanitaria universal, la salud mental y las enfermedades no transmisibles, la preparación y respuesta ante emergencias, la seguridad del paciente y la prestación de atención integrada centrada en la persona”,<sup>1</sup> donde el liderazgo de enfermería (LE) resulta crucial.

Las enfermeras, durante su historia, han tenido que sortear retos sociales y de salud para situarse en espacios de toma de decisión, donde influencias multifactoriales y contextuales se entrelazan de manera transversal en la forma en cómo asumen un liderazgo en el sistema de salud.<sup>2</sup> Por lo que proyectar una mirada crítica a lo cotidiano, como lo describe la noción foucaultiana de poder, toma relevancia en el entendido que las relaciones de poder determinan la forma como las personas interactúan en los espacios sociales.<sup>3</sup> Foucault, plantea que el poder incluye, desde la coerción y manipulación, hasta el ejercicio de la autoridad e influencia, como algo relacional y productor de subjetividades.<sup>3,4</sup>

Para comprender las relaciones de poder en la enfermería y cómo es vivenciado el liderazgo, resulta necesario considerar la relación existente entre control, subordinación y género.<sup>5</sup> El género es uno de los articuladores de las relaciones de poder, entendiéndose como una construcción social que configura lo masculino y femenino, mediante roles y estereotipos. Es así como el poder que pueden tener las mujeres se ve disminuido respecto al poder de los hombres, por el solo hecho de asignarles a estos un mayor prestigio social.<sup>3</sup>

Foucault se refirió al saber enfermero como uno de los muchos saberes sometidos, en función de la hegemonía del saber biomédico,<sup>6</sup> el que produce un marco de dominación y sometimiento.<sup>7,8</sup> En la actualidad, aún se observa cómo las enfermeras ocupan un lugar subvalorado

en el nombramiento de puestos directivos, donde imperan administradores hombres y médicos, tendencia acorde a los roles sociales y culturalmente asignados.<sup>8,9</sup> Es así como la OMS documenta que en la profesión de enfermería aproximadamente el 90% son mujeres, pese a ello, pocas ocupan puestos directivos en el sector salud.<sup>1</sup>

Vinculado a lo expuesto, toma relevancia el conocer cómo este fenómeno es vivenciado en general por las enfermeras en sus distintos ámbitos laborales y de manera particular por enfermeros recientemente titulados, quienes han experimentado la aplicación de los aprendizajes incorporados en su contemporánea formación. Asimismo, cobra preeminencia indagar cómo esta experiencia del LE es vivida por el equipo interprofesional, en el entendido que los cuidados proporcionados dependen de múltiples factores, donde destaca el trabajo con otros miembros del equipo de salud.

Por lo consiguiente, el objetivo del artículo es conocer la percepción del LE desde las relaciones de poder, a partir de la opinión de enfermeros recién titulados e integrantes del equipo de salud.

## Método

Investigación cualitativa de tipo estudio de caso, con enfoque fenomenológico, la cual se desarrolló en dos fases. Para la primera fase (años 2018 al 2019) la exploración del fenómeno se realizó a través de las percepciones y experiencias, considerando en su universo enfermeras de la atención primaria de salud (APS) y hospitales, seguido de la fase dos (2020-2021), la cual fue desarrollada con enfermeros recientemente egresados de un currículum basado en competencias de la Universidad de Chile y a miembros de distintos equipos de salud, entre ellos, profesionales y técnicos de enfermería de nivel superior, que trabajan en hospitales y centros de salud de APS de la ciudad de Santiago de Chile.

El equipo investigador estuvo conformado por cuatro enfermeras, un psicólogo y una socióloga, todos presentan formación en investigación y participan en cada etapa.

Esta investigación fue evaluada con el “Consolidated Criteria or Reporting Qualitative Research COREQ 32”,<sup>10</sup> cumpliendo con los aspectos considera-

dos, lo que se detalla en la matriz con aspectos metodológicos (Tabla 1).

## Resultados

Los participantes de la fase I correspondieron a once enfermeras con predominio de sexo femenino, edad entre 35 y 60 años. En la fase II participaron tres egresados, cuatro profesionales de la salud, tres técnicos de enfermería y una secretaria; predominó el sexo femenino y las edades se distribuyeron entre 20 a 68 años. En ambas fases hubo una procedencia equitativa entre hospital y atención primaria (ver Tabla 2).

Los resultados se organizaron en base a la categoría “Relaciones de poder en el ejercicio de liderazgo” y sus dos subcategorías: “Evolución del liderazgo de enfermería” y “Relaciones de poder en las relaciones interpersonales”.

*Evolución del liderazgo de enfermería (LE).* El LE ha evolucionado desde la perspectiva de los participantes, quienes describen cambios históricos en su quehacer y diferencias generacionales. Se reconoce que el LE históricamente ha estado subyugado a la profesión médica, tanto en atención hospitalaria como ambulatoria. Se les ha encasillado a labores técnico-administrativas, influenciado por la formación recibida, mientras que los cargos directivos han sido ocupados por médicos. Así también, últimamente ha existido una tendencia a cambiar este patrón, cuando las enfermeras se han capacitado y demandado reconocimiento, accediendo paulatinamente a puestos de mayor influencia: “Puedo distinguir etapas, desde cuándo estábamos siempre muy sometidas bajo el amparo de los médicos y enfermería haciendo la pega, pero para que los demás se luzcan y aparezcan, y hasta que llega un minuto en que las enfermeras empezamos a creernos un poquito el cuento, a capacitarnos y poner presión para que se nos reconozca como líderes” (F1-APS-E3).

La creación de unidades de gestión del cuidado (GC) para la atención hospitalaria resulta un hecho histórico en el desarrollo del LE. Pero quienes se desempeñan en APS, reconocen como desventaja, no disponer de un marco legal que reserve la GC a enfermería. Aquello lo relacionan con la pérdida de espacios de gestión administrativa que

Tabla 1. Matriz de aspectos metodológicos

Aspectos metodológicos	Fase 1	Fase 2
<i>Criterios de inclusión</i>	Enfermeras y enfermeros con al menos cinco años de experiencia laboral, incluyendo profesionales con y sin cargo directivo.	-Enfermeras y enfermeros titulados el año 2018 de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile. -Integrantes del equipo de salud, con relación laboral directa con la enfermería.
<i>Criterios de exclusión</i>	Enfermeras y enfermeros con licencia médica en el momento de la recogida de datos.	-Titulados el año 2018 con menos de 6 meses en el ejercicio profesional o desempleados. -Personas con licencia médica al momento del estudio.
<i>Tipo de muestreo</i>	Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia.	
<i>Técnicas de recolección de información</i>	<p>-Entrevistas semiestructuradas realizadas por los investigadores durante el año 2018 (fase 1) y 2020 (fase 2). No se realizaron entrevistas repetidas.</p> <p>-Luego de realizar la primera entrevista, en ambas fases, se analizó la aplicación de la pauta y se hicieron los ajustes pertinentes.</p> <p>-El primer contacto con los entrevistados fue vía correo electrónico o telefónico, donde se dio a conocer la formación profesional, disciplinar e investigativa del equipo investigador, objetivos del estudio y consentimiento informado, además del interés en generar conocimiento en relación al LE.</p> <p>-Durante la entrevista solo estaba el participante e investigador.</p> <p>-Las entrevistas fueron grabadas con audio (fase 1 y 2) y audio/video en las realizadas a distancia debido a las restricciones sanitarias por la pandemia Covid-19 (fase 2), para luego ser transcritas respetando el anonimato. Además, se toman notas de campo y se priorizan las percepciones, por lo que no se solicitaron comentarios posteriores.</p>	
	Se realizaron once entrevistas presenciales (60 minutos). Seis fueron de enfermeras de hospitales y cinco de APS.	Se realizaron once entrevistas (25-45 minutos). Siete fueron presenciales y las últimas cuatro, por videollamada.
	Se logra la saturación de la información Nadie abandonó el estudio y tres personas rechazaron participar por limitaciones de tiempo.	
<i>Análisis de la información</i>	Los datos fueron analizados mediante la técnica cualitativa de análisis de contenido, cuyo procedimiento se realizó con el establecimiento y definición de categorías previas, además de la incorporación de categorías emergentes de acuerdo con la información recolectada. No se utilizó software para administrar datos y dos personas en conjunto realizaron la codificación. Posteriormente se realizó triangulación de la información entre el equipo investigador, desarrollando ajustes mínimos vinculados con la unificación de algunas subcategorías generadas en ambas etapas.	
<i>Aspectos éticos</i>	Para ambas fases se contó con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y se basó en los siete requisitos éticos en investigación clínica establecidos por Emanuel (Rodríguez, 2004). La participación de los entrevistados fue de manera voluntaria y firmaron consentimiento informado. Los resultados fueron compartidos a los participantes y se conservarán los documentos primarios hasta 6 meses después de terminado el análisis de resultados de ambas fases.	

Tabla 2. Características de los participantes

Fase	Ocupación	Sexo	Edad	Lugar de trabajo
1	11 enfermeros	Mujeres (10) Hombre (1)	35-60 años	Hospital (6) APS (5)
2	3 enfermeros egresados Universidad de Chile	Mujer (1) Hombre (2)	20-25 años	Hospital (3)
	4 profesionales de la salud	Mujeres (3) Hombre (1)	30-50 años	Hospital (1) APS (3)
	3 técnicos de enfermería de nivel superior	Mujeres (2) Hombre (1)	30-50 años	Hospital (1) APS (2)
	1 secretaria	Mujer	68 años	Hospital

han ocupado otras profesiones de salud, mermando su protagonismo característico.

Además, reconocen cambios en el ejercicio de la enfermería por las nuevas generaciones, vinculado a un perfil cuestionador de las indicaciones de la jefatura y un marcado interés por objetivos personales sobre los institucionales, lo que es percibido como desinterés, menor compromiso y una amenaza al LE y la GC, relacionándolos a cambios en la formación universitaria.

Las enfermeras narran que en generaciones más experimentadas predomina un perfil paternalista. Reconocen la necesidad de generar prácticas más participativas y entregar herramientas a las generaciones noveles, para fortalecer el LE en contextos socioculturales desafiantes.

Un técnico de enfermería reafirma las diferencias generacionales debido a cómo ven e interactúan en el mundo las nuevas enfermeras, reconociendo en jóvenes una mayor flexibilidad y capacidad adaptativa.

*Relaciones de poder en las relaciones interpersonales.* Desde el LE y las relaciones de poder (RP), describen distintos tipos de vínculos dentro del equipo de salud, donde destacan la existencia de RP entre médicos y enfermeras, enfermeras y enfermeros, enfermeras experimentadas y egresados, técnicos de enfermería experimentados y egresados en APS y hospital.

Aseveran que la relación entre médicos y enfermeras ha estado marcada por la subordinación de la enfermería, a causa del poder imperante que han tenido los médicos en los cargos directivos. Las limitaciones que han experimentado las enfermeras para acceder a puestos de toma de decisión no tendrían relación con sus capacidades, sino más bien, a la existencia de un acuerdo socialmente validado que las jefaturas sean de exclusividad de médicos: “*Los médicos decían, pero cómo van a tomar esto las enfermeras, le dieron el poder*” (F1-E3-Hosp).

Aquello genera percepción de baja valoración profesional y frustración, pues las jefaturas ejercidas por médicos reconocen el aporte de enfermería al desarrollo de tareas directivas, sin embargo, las contribuciones de enfermeras líderes son invisibilizadas o atribuidas al equipo, lo que genera cuestionamientos sobre por qué la enfermería ha tenido que históricamente estar validándose con el equipo médico: “*Yo creo que no tenemos el rol protagónico, porque no nos vemos, pero sí por debajo está la enfermera metida en todo. Entonces, creo que sí tenemos mucho que ver [con el LE], pero no públicamente, como un rol más oculto*” (F1-E5-APS).

A su vez, se describe una tendencia a perpetuar este patrón de subordinación desde las mismas enfermeras, al posicionarse con un menor nivel de conocimientos frente al equipo médico o al no vali-

darse entre las enfermeras en los entornos de trabajo.

También se reflexiona sobre la necesidad de atreverse a tomar cargos de mayor influencia, a trabajar de manera interprofesional e intersectorial y a participar en políticas públicas, mencionando la necesidad de conquistar estos espacios. Igualmente, se destaca el rol que juegan las Escuelas de Enfermería en la formación de las enfermeras empoderadas y con herramientas para trabajar de manera horizontal con otras profesiones: *“En mi universidad me dijeron: cuando tú salgas tienes que posicionarte de tú a tú con él, tú no eres un médico chico, tú eres la enfermera, él es el médico. Son profesiones de colaboración, no de superposición”* (F1-E5-Hosp).

Al mismo tiempo, se devela la percepción que ser mujer es un obstáculo para el desarrollo del LE, lo que emana de manera transversal en participantes enfermeras, titulados e integrantes del equipo de salud, y se adiciona a las barreras descritas por ser una profesión no médica. Relacionan esta dificultad, a que la enfermera socialmente carga con estereotipos negativos y debe convivir con prácticas machistas, situación que no ocurriría con enfermeros.

Aquella situación se refleja en las relaciones interpersonales dentro del equipo al momento de ejercer el liderazgo, narrando que varones presentan mayores habilidades comunicacionales, de adaptación y para resolver conflictos, reciben un trato más afable y comprensivo por parte del equipo de salud e incluso, experimentan un juicio social diferente frente a errores cometidos, lo que contribuye a su validación como líderes. Esta percepción emana de manera transversal en los participantes: *“Tenemos una colega mujer, y el trato que recibe es totalmente distinto, si ella comete un error la crucifican, mientras que yo lo puedo arreglar, entonces, en enfermería es un poco machista, como que las mujeres reciben un trato totalmente...”* (F2-E6-Enfermero egresado).

Asimismo, perciben que la presencia de enfermeros ayuda a mejorar las relaciones y el clima laboral, pues consideran más compleja la interacción cuando predominan las integrantes mujeres: *“Creo que la mezcla con varones permite nivelar, como que el hombre las neutraliza”* (F1-E4-APS).

Resulta importante destacar ciertos resultados que son significativos a la hora de comprender los vínculos intergeneracionales desde las relaciones de poder y su influencia en el ejercicio del LE. Es así como una secretaria resalta el aporte de las nuevas generaciones de enfermeras, ya que nutren con nuevas ideas y vitalidad a los equipos, sin embargo, describe que el recambio de enfermeras es lento, pues las enfermeras experimentadas sobrepasan el tiempo de jubilación a la espera de acceder a la ley de incentivo al retiro<sup>11</sup> y mejorar sus pensiones.

Igualmente, una enfermera narra que a las profesionales mayores les resulta dificultoso mantenerse actualizadas y prefieren replicar la manera tradicional de ejercer la enfermería, lo que se percibe como una barrera para implementar ajustes que demandan los actuales desafíos en salud. Así también, una egresada describe cómo los médicos añosos tienen una concepción equivocada de la enfermería y los más jóvenes resaltan el trabajo en equipo: *“Espero que haya un cambio generacional, sobre todo los cirujanos más viejos, para ellos la enfermera es la secretaria, la de los mandados. En cambio, para las generaciones más jóvenes, es el equipo, es muy diferente”* (F2-E5-egresada).

Se devela como los técnicos de enfermería añosos disponen del poder que les da la experiencia, situación que los egresados noveles deben aprender a abordar, para actualizar las prácticas laborales.

## Discusión

El reconocimiento que durante el ejercicio de liderazgo de enfermería existe una concatenación de categorías como profesión, género, diferencias generacionales y jerarquías administrativas, las que interactúan provocando privilegios de una sobre otras, permite develar las RP existentes en los equipos de salud.

Escuchar los relatos posibilita reconocer los marcos conceptuales que contribuyen a que el LE haya sido subordinado a fuerzas hegemónicas. Y tal como Foucault invita a observar de manera crítica las prácticas diarias, las que develan el poder en las relaciones cotidianas,<sup>12</sup> resulta un primer paso para un

proceso emancipatorio de enfermería en la medida que se tome conciencia de las RP existentes en los entornos laborales.<sup>7,13</sup>

Esta investigación ha coincidido con estudios previos que han narrado como a la enfermería se le ha limitado participar en cargos directivos, los que han recaído tradicionalmente en los médicos,<sup>7,9</sup> evidenciando que el poder, en este caso biomédico, es un conglomerado de prácticas sociales históricamente construidas que operan estratégicamente y se reproducen desde las subjetividades, lo que tiene la capacidad limitar la gestión eficiente y autónoma de la enfermería.<sup>3,13</sup>

Siguiendo con esta idea, la ley chilena N°19.378 establece seis categorías de trabajadores de APS, donde las dos primeras corresponden a trabajadores con título profesional, clasificando a medicina en clase A y enfermería en clase B.<sup>14</sup> Lo que grafica la imposición del modelo biomédico sobre las relaciones y prácticas laborales,<sup>3</sup> develando que “el poder no se posee, se ejerce” como lo plantea Foucault.<sup>15</sup>

A su vez, cuando el Ministerio de Salud Chileno comunica la implementación de las Unidades de GC en los hospitales públicos del país bajo una Subdirección de Enfermeras, el gremio médico reiteró su preocupación por la separación organizacional de las funciones médicas y de enfermería, solicitando que las unidades dependieran de las Subdirecciones Médicas.<sup>16</sup> No obstante, para la enfermería la creación de las unidades es un hecho histórico, que es mirado con desventaja desde las enfermeras de APS, que no disponen de una ley que encargue a estas la GC.

El control social que ejercen los médicos sobre las enfermeras ha sido ampliamente descrito en el libro “La pedagogía del cuidado” donde se documenta que la enfermería moderna se ha desarrollado en un contexto sociocultural en que la mujer no tenía ningún rol aceptado fuera de la crianza y labores domésticas, e históricamente, la estructura y relaciones del modelo familiar patriarcal se ha transferido a centros de salud y escuelas de enfermería, donde el padre es la autoridad y el rol de la enfermera fue inicialmente concebido como la cuidadora de la familia hospitalaria.<sup>15</sup> Dicha segregación de género aún existente en los entornos laborales, con enfermas subrepresentadas

en los cargos directivos, desafío a abordar mediante políticas que promuevan equidad de género.<sup>1,3</sup>

El escaso reconocimiento del LE devela cómo el sistema de salud concibe a la enfermería como una profesión de servicio, subordinada y obediente, lo que se relaciona con la infravaloración del trabajo femenino, práctico y del cuidado de la sociedad.<sup>15</sup> Dichos elementos se configuran como un universo simbólico capaz de construir mapas de significado compartidos por los conglomerados sociales y que se expresan en los discursos, los que tienen la capacidad de generar efectos políticos y establecer un marco dentro del cual la enfermería forma su identidad.<sup>3,15,17</sup> En consecuencia, debe ser revertido por quienes educan a las futuras generaciones de enfermeras con la finalidad de fortalecer sus capacidades de liderazgo y gobernanza.

Asimismo, se revela la existencia de RP intergeneracionales dentro del equipo de enfermeras, que tensionan el LE, en la medida que obstaculizan el buen uso de las fortalezas del colectivo y el potencial que aporta cada generación. Por lo que resulta prioritario aplanar el gradiente de poder, reconsiderar las diferencias y transformarlas en una oportunidad para desarrollar liderazgos en cada generación, para de esa manera, contribuir a que las enfermeras participen de los espacios organizativos decisionales, y abogue por la calidad de los cuidados en pos de la salud y bienestar de las personas y los equipos de enfermería.<sup>17</sup>

Por este motivo, resulta imperativo transformar los discursos y prácticas en los entornos laborales, utilizando la reflexión, el autoconocimiento y el lenguaje como herramientas políticas de poder y cambio.<sup>13</sup> Así como también, se necesita resaltar la especialización del cuidado basado en el conocimiento disciplinar, que sostiene su autonomía, y reconocer cómo la enfermería contemporánea descoloniza la profesión, para de esa manera fortalecer el LE.<sup>7</sup>

La pandemia del Covid-19 ha permitido visibilizar el rol que juegan las enfermeras dentro de los equipos de salud, lo que debe ser aprovechado para pro-

mover dinámicas de trabajo homogéneas entre las diferentes profesiones, en lo que a poder respecta, superando los intereses y fronteras de cada profesión, en beneficio de una mirada sistémica de las personas, familias y comunidades.<sup>18</sup> Más aún, se precisa invertir en el fortalecimiento del LE, a fin que potenciar su influencia en la formulación de políticas públicas que contribuyan a la eficacia de los sistemas sociosanitarios.

## Conclusiones

Se devela la existencia de relaciones de poder asociadas a categorías como profesión, género, diferencias generacionales y jerarquías administrativas, las que influyen el ejercicio del LE. Aquello ha limitado la participación de las enfermeras en cargos directivos, precisando fortalecer las capacidades de LE, mediante la toma de conciencia de las RP existentes en los equipos de salud, el desarrollo de herramientas políticas de poder y transformación, realzar la especialización de la GC basado en el conocimiento disciplinar, y potenciar espacios de discusión y trabajo colaborativo entre integrantes del equipo de enfermería, para planificar el futuro de la profesión, la que requiere de liderazgos que contribuyan al cumplimiento de los ODS.

Se requiere que la formación de pregrado incluya aprendizajes vinculados al ejercicio del LE, consolidando este concepto en los currículums, planes de estudio y perfiles de egreso. Creando una progresión de contenidos que entreguen herramientas para su desarrollo, considerando los hallazgos en torno a las RP y LE.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>.
2. Aguirre D. Retos y desafíos de la Enfermería en el mundo moderno. *Rev haban cienc méd* 2020;19(3):e3229. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/artic/view/3229>.
3. Sundean L, Carol E. A Feminist Framework for Nurses on Boards. *Journal of Professional Nursing*

- 2016;32(6):396-400. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.03.007>.
4. Holmes D, Gastaldo D. Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing* 2002;38(6):557-565. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02222.x>.
5. Lewis R. The evolution of advanced nursing practice: Gender, identity, power and patriarchy. *Nursing Inquiry* 2022;e12489. <https://doi.org/10.1111/nin.12489>.
6. Irigibel-Uriz X. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index de Enfermería* 2008;17(4). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-1296200800400012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200800400012).
7. Redondo-Sáen D, Espinoza-Méndez T, López-Aguilar S. Enfermería de Práctica Avanzada: ¿símbolo del poder de la biomedicina? *Index de Enfermería* 2022; 31(3):1-2. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20225142>.
8. Kappes C, Mella R. El ejercicio del poder y su relación con el rol profesional de un grupo de enfermeras en la gestión de los cuidados. *Cuidados de Enfermería y Educación en Salud* 2014;1(1):52-68. <https://doi.org/10.15443/ceyes.v1i1.276>.
9. Valencia-Contrera M, Orellana-Yañez A. Fenómeno techo de cristal en enfermería: revisión integrativa. *Revista Cuidarte* 2022;13(1):e2261. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2261>.
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19(6):349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
11. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 20.948, Ministerio de Hacienda. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1094439&idParte=9727112&idVersion=2021-12-22>.
12. Amezcua, Manuel. Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. *Index de Enfermería* 2009;18(2). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200001).
13. Moura A, Lara K. Cuidado de si e relações de poder: enfermeira cuidando de outras mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2016; 69(6):1204-2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0021>.
14. Biblioteca Congreso Nacional de Chile. Ley 19.378. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30745&idVersion=2016-01-22&idParte=>
15. Medina J. Pedagogía del Cuidado: Saberes y prácticas en la formación profesional de enfermería. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2017.
16. Milos P, Larrain A. La gestión del cuidado en Chile: de la función a la estructura. *Ciencia y Enfermería* 2013; XIX(2):7-10. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200001>.
17. Salmon M, Walji S. Alianzas intergeneracionales en enfermería. *International nursing review en español* 2019; 66(3):327-330. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7589669>.
18. Souza I, Spinelli C. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2017; 70(3):580-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0171>.