

INVERTIR EN EL PODER DE LIDERAZGO DE LAS ENFERMERAS.

¿QUÉ CONLLEVARÍA?

IntraHealth INTERNATIONAL
Because Health Workers Save Lives.

Nursing now

Johnson & Johnson

Nota: Traducción realizada por Alda Recas y Leticia Bernués para el grupo local NursingNowMadrid (traducción no profesional)

INDICE DE CONTENIDOS

Prólogo ... 3
Agradecimientos ... 4
Acrónimos ... 5
Resumen ... 6
- **Resultados Clave** ... 6
- **Recomendaciones Clave** ... 8

Introducción ... 12
Metodología ... 15
- **Fases de la investigación** ... 15
- **Objetivos y Preguntas** ... 16
- **Métodos y estrategias de recogida de datos** ... 16
- **Limitaciones** ... 18

Resultados ... 20
- **Características de los encuestados** ... 20
  - Encuesta Online ... 20
  - Entrevistas a las enfermeras líderes ... 22
- **Factores que Influyen en la Segregación en los Puestos de Enfermería y Liderazgo** ... 23
  - Creencias de género, estereotipos e ideologías ... 23
  - Sesgos de Género y discriminación institucional y de los contratadores ... 26
  - Intersección entre el género y otros ejes de exclusión ... 29
  - Trabajo profesional y familia ... 29
  - Acoso sexual ... 31
  - Percepción de las acciones positivas ... 31
  - Limitaciones en la capacidad de decisión y la percepción amable la Enfermería ... 32
  - Barreras y facilitadores del liderazgo ... 35
  - Redes formales e informales ... 39
- **¿Qué tienen que liderar las enfermeras?** ... 41
- **Éxito en el liderazgo enfermero en el contexto de los sesgos de género y la discriminación…** 44

Conclusiones y recomendaciones ... 47
- **Mecanismos culturales** ... 47
- **Consecuencias de violar las expectativas de la masculinidad y la feminidad** ... 49
- **Discriminación institucional y de los contratadores** ... 50
- **Procesos internos** ... 50
- **Tensiones entre el mercado laboral y las responsabilidades familiares** ... 51
- **Factores Económicos** ... 52
- **Acceso a redes informales** ... 52
- **Referencias y revisión de literatura** ... 54

Definiciones ... 56
Continuación de los agradecimientos ... 57

Traducido por: Nursing now Local Group Madrid

PRÓLOGO



Barbara Stilwell
Directora Ejecutiva, Nursing Now

Me complace ver que, gracias a la campaña Nursing Now, las enfermeras de todo el mundo hablan de las barreras y facilitadores del liderazgo enfermero relacionadas con el género. Doy las gracias a los muchos socios y colaboradores por este esfuerzo.

Mientras nos preparamos para 2020, año que los estados miembros de las Naciones Unidas declararon, durante la 72 Asamblea Mundial de la Salud, como el Año de la Enfermera y la Matrona, en honor al 200 aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, el foco de atención finalmente ha empezado a brillar a través de las grietas, resaltando la dedicación, perseverancia y lucha interminable de las enfermeras y matronas de todo el mundo. Con este foco, se publicará el primer informe sobre el Estado de la Enfermería en el Mundo, que proporcionará una imagen crucial de la enfermería a nivel mundial y su contribución vital a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cobertura universal de salud (CUS)) y a los objetivos "triple billón" de la organización Mundial de la Salud (OMS).

Las enfermeras y matronas representan la mitad de trabajadores de la salud, así que este foco de atención es más que merecido, y las enfermeras y matronas han estado trabajando sin el reconocimiento que merecen por demasiado tiempo.

La campaña Nursing Now, lanzada en 2018, se basa en los años de dedicación de grupos profesionales de enfermería para mejorar la salud, que han elevado el perfil de la enfermería a nivel mundial. Llevado a cabo en colaboración con la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería, Nursing Now busca empoderar a las enfermeras para que ocupen su lugar en el corazón los desafíos de salud del siglo XXI y maximizar su contribución en el logro de la CUS. El desarrollo de Nursing Now, junto con reciente compromiso con la enfermería del Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director de la OMS, incluyendo el nombramiento de Elizabeth Iro para el puesto de Directora de Enfermería, muestra a la comunidad internacional que las enfermeras son una parte integral del sistema de salud y contribuyen de manera significativa a la CUS, y este mensaje es llevado a 2020 con el pleno apoyo de la OMS.

Sabemos que invertir en enfermeras y matronas trae más mujeres a la fuerza laboral y, por lo tanto, contribuye a un mayor empoderamiento económico de las mujeres y a la igualdad de género en general. Sin embargo, con demasiada frecuencia las contribuciones no se reconocen y sus voces no se escuchan. A nivel mundial, el trabajo de las mujeres aporta $ 3 billones a sanidad, de la cual, aproximadamente la mitad, no se paga. Es momento de que la invisibilización del trabajo de las mujeres termine.

Este informe es un gran paso para descubrir cómo se desarrollan estas inequidades en la enfermería. La investigación aquí presentada nos permite escuchar directamente de las enfermeras los desafíos que enfrentan y lo que necesitan para tener éxito. Con un gran número de encuestados de entornos geográficamente diversos, los datos recopilados en este informe son de gran valor en nuestro esfuerzo para potenciar el liderazgo de las enfermeras y el estado de la Enfermería.

La inversión en enfermeras y el abordaje de las barreras al liderazgo relacionadas con el género mejorarán la salud de todos, y estoy deseando ver el cambio que provocará este proyecto.

Barbara Stilwell
Directora Ejecutiva, Nursing Now

Traducido por:
Nursing now
Local Group Madrid

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen su contribución a las 2,537 enfermeras , en activo y retiradas, de los 117 países de siete diferentes regiones que respondieron a la encuesta y a las ocho enfermeras líderes que accedieron a compartir con nosotros sus experiencias personales y de liderazgo.

Estamos agradecidos a Johnson & Johnson por la subvención que apoyó este informe, y especialmente a Chunmei Li y Alexandra Zoueva, por su orientación estratégica y revisión técnica y metodológica en puntos clave del camino.

Estamos en deuda con todos aquellos que contribuyeron al diseño de esta investigación, desde la concepción hasta la revisión de los resultados, a través de consultas directas y virtuales en Nueva York y Londres. Se puede encontrar una lista completa de reconocimientos al final de este informe. Entre estos colaboradores, merece un reconocimiento especial la Dra Jane Salvage, ex directora de enfermería de la Organización Mundial de la Salud y actualmente miembro del equipo de redacción de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Kingston y de la Universidad de St George's en Londres, por su asesoramiento técnico y su perspectiva visionaria sobre el rol y las necesidades de los líderes de enfermería. También estamos agradecidos por la ayuda de la Dra. Gina Higginbottom, profesora emérita de Salud y grupos étnicos de la Universidad de Nottingham, que revisó las herramientas de recopilación de datos y el informe preliminar y contribuyó a ponernos en contacto con las líderes enfermeras para las entrevistas.

Nuestro agradecimiento a la Junta Directiva de Nursing Now y a las partes interesadas por su asesoramiento y comentarios sobre los resultados preliminares. También nos gustaría agradecer a Nursing Now, Johnson & Johnson Global Health, la Facultad de Enfermería de África Oriental, Central y del Sur (ECSACON), las asociaciones nacionales de enfermería y las afiliadas del Consejo Internacional de Enfermeras (ICN) y a la Frontline Health Workers Coalition por facilitar el acceso multirregional a las encuestas. También agradecemos a Susan Papp del Women Deliver, a Vanessa Kerry del Seed Global Health, y a Roopa Dhatt del Women in Global Health por realizar una revisión del informe.

Finalmente, deseamos agradecer a Vince Blaser de IntraHealth International por su incansable defensa de esta iniciativa.

Constance Newman, IntraHealth International
Barbara Stilwell, Nursing Now Global
Samantha Rick, IntraHealth International
Katia Peterson, In Situ Research, LLC

Mayo, 2019

ACRÓNIMOS

APPG United Kingdom All-Party Parliamentary Group on Global Health. Grupo parlamentario pluripartidista del Reino Unido sobre la salud mundial.

CEDAW Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women.Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

CSA Central and South Asia. Asia Central y del Sur.

ECSACON East, Central, and Southern Africa College of Nursing. Colegio de Enfermería de África Oriental, Central y Meridional.

EAP East Asia and Pacific.Asia Oriental y el Pacífico .

EUR Europe. Europa.

ICN International Council of Nurses. Consejo Internacional de Enfermería.

ILO International Labour Organization. Organización Internacional del Trabajo.

LAC Latin America and the Caribbean. América Latina y el Caribe.

MENA Middle East/North Africa.Oriente Medio y África del Norte.

NGO Non-governmental organization. Organización no gubernamental.

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

SSA Sub-Saharan Africa. África subsahariana.

STEM Science, Technology, Engineering, Math and Medicine. Ciencia, Tecnología, Ingeniería, Matemáticas y Medicina.

THET Tropical Health and Education Trust.Fundación de Salud Tropical y Educación.

UHC Universal health coverage. Cobertura universal de salud.

UN United Nations. Naciones Unidas.

UNESCO The United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

WHO World Health Organization. Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN

Alcanzar el Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible para 2030, el cual incluye lograr la cobertura universal de la salud (CUS) y el acceso a unos servicios sanitarios básicos de calidad para todos, requiere abordar urgentemente el déficit proyectado de 18 millones de trabajadores de la salud para el año 2030, principalmente en los países con ingresos bajos y medios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que las enfermeras y matronas representan el 50% de esta escasez proyectada, por lo que es imprescindible que se eliminen las barreras para que las enfermeras y las matronas alcancen todo su potencial.

Las mujeres solo representan el 25% de los roles de liderazgo del sistema de salud. Abordar las barreras al liderazgo relacionadas con el género que existen tanto dentro de la Enfermería como fuera de ella es fundamental para garantizar a todas las comunidades la prestación sostenible de los servicios sanitarios básicos y de la atención primaria de salud.

Este informe es producto de una colaboración entre IntraHealth International, la campaña Nursing Now y Johnson & Johnson. Se basa en una revisión de la literatura existente, una encuesta a 2.537 enfermeras y matronas de 117 países, y ocho entrevistas a líderes enfermeras clave, para proporcionar un análisis en profundidad de las barreras relacionadas con el género y los facilitadores del liderazgo de las enfermeras. El informe derivado de ese análisis contiene un conjunto de recomendaciones para los legisladores y responsables del desarrollo de políticas a nivel mundial, nacional e institucional para acelerar el fortalecimiento del liderazgo de las enfermeras y la igualdad de género. Los datos de las entrevistas en profundidad se analizaron temáticamente utilizando Nvivo 12, en función de temas clave que incluían: normas socioculturales, barreras estructurales (por ejemplo, falta de cuidado infantil, oportunidades de capacitación), equilibrio entre la vida familiar y laboral, discriminación y acoso sexual.

RESULTADOS CLAVE

Este informe confirma los hallazgos realizados por otras investigaciones: existe una constelación de barreras para el liderazgo enfermero que margina y excluye, especialmente a las mujeres, de los roles de toma de decisiones y la progresión profesional. La discriminación de género, los prejuicios y los estereotipos limitan las oportunidades para que las enfermeras desarrollen sus habilidades, perpetúan la brecha salarial y dan como resultado un trato desigual entre mujeres y hombres.

Las percepciones sociales y culturales sobre los roles específicos de mujeres y hombres son una barrera importante para el liderazgo de las mujeres.

La percepción de la enfermería como una profesión “femenina” y de “crianza”, y la devaluación del trabajo asociado a las mujeres, se mencionaron como barreras para el avance de las mujeres en la profesión y el estado de la enfermería dentro de la sanidad en general. Las enfermeras tienen que enfrentarse a dos tipos de estereotipos: los que se refieren a las mujeres y los que se refieren a la enfermería. Se desconfía de la competencia y la autoridad de las enfermeras.

Los efectos de "techo de cristal" y "escalera de cristal" coexisten en la enfermería

Las expectativas sobre las responsabilidades domésticas de las enfermeras contribuyen en gran medida a que las enfermeras experimenten un “techo de cristal”, que inhibe su avance con respecto a sus colegas masculinos. Los encuestados también notaron un efecto de "escalera de cristal", que

resulta en un rápido avance de los enfermeros varones con menos experiencia debido a su capacidad para "hablar con confianza". Algo más de la mitad de los encuestados (52%) declararon como una barrera importante para la promoción de las mujeres a puestos de liderazgo en enfermería que se prefiera a los hombres para estos puestos. Los encuestados percibieron que había menos "aros que saltar" para los hombres, lo que les da más oportunidades para ascender rápidamente por la escalera.

Las enfermeras tienen que hacer malabarismos con el trabajo remunerado y el no remunerado.

Aunque los encuestados dijeron que tanto los hombres como las mujeres enfrentan desafíos para conciliar el trabajo y las tareas del hogar, los encuestados indicaron de manera abrumadora que esos desafíos afectaban más a las mujeres que a los hombres. Las encuestadas y las entrevistadas citaron los "dos trabajos de tiempo completo" de las mujeres, ya que se espera de ellas que mantengan una carga completa de responsabilidades tanto en el trabajo como en el hogar.

Las enfermeras perciben una autoridad limitada para la toma de decisiones independientemente del género

Tanto los hombres como las mujeres encuestados sienten que carecen de la autoridad necesaria para tomar decisiones desde sus roles de enfermeras en los servicios clínicos. Se observan sesgos entre las enfermeras y los enfermeros una vez que se trasladaron a una posición de liderazgo. Algunas mujeres enfermeras tuvieron que enfrentarse a desafíos para establecer la autoridad, tanto por ser mujeres en una posición de liderazgo, tanto como enfermera en relación con los médicos. En algunos servicios, existe la percepción de que las enfermeras están allí para servir a los médicos y no como profesionales por derecho propio.

Los encuestados citaron la falta de confianza en sí mismos como una barrera para asumir puestos de liderazgo

La falta de confianza fue uno de los obstáculos citados a la hora de asumir roles de liderazgo. Los encuestados también indicaron que, cuando tuvieron éxito, se debió a que ganaron confianza con el tiempo y a través de experiencia. Los encuestados también indicaron un fuerte deseo de obtener más preparación para el liderazgo, mediante tutorización, y para hablar bien en grandes reuniones para aumentar su confianza y participación.

Los factores facilitadores para el éxito del liderazgo en la mujer incluyen el apoyo de su pareja y su familia, la formación en liderazgo, acceso a redes de trabajo y tutorización.

Los entrevistados que habían ascendido a posiciones de liderazgo en sus organizaciones citaron el apoyo de los miembros de su familia (pareja u otros familiares) compartiendo las tareas de cuidado doméstico, como un factor muy importante en su éxito. Los encuestados también indicaron que fueron capaces de asumir más responsabilidades de liderazgo una vez que sus hijos habían crecido y ya no necesitaban tanto cuidado. Los encuestados citaron la formación en liderazgo (92%) y la tutorización (86%) como factores muy importantes para el éxito al asumir puestos de liderazgo.

ÁREAS QUE NECESITAN MAYOR ATENCIÓN E INVESTIGACIÓN

La intersección del género con otros ejes de estratificación y exclusión pueden limitar las oportunidades de las mujeres en liderazgo de la enfermería.

Las respuestas de las encuestas y entrevistas a las preguntas sobre género y otros posibles ejes de exclusión del liderazgo sugirieron que en América del Norte, la raza es una barrera muy importante en el camino de las enfermeras hacia liderazgo, mientras que en Oriente Medio, algunos encuestados dijeron que la discapacidad era un factor muy importante. Es necesaria más investigación dirigida a la intersecciones del género con la raza, edad, etnia, religión, discapacidad y afiliación tribal en la búsqueda de liderazgo entre los trabajadores de enfermería para desarrollar políticas que aborden estos problemas específicos.

El acoso sexual en profesiones dominadas por mujeres necesita mayor estudio

El acoso sexual no apareció como un factor relevante para el liderazgo de las enfermeras en este estudio. Sin embargo, en algunas encuestas los encuestados y entrevistados aludieron a experiencias propias o de sus colegas. Un entrevistado describió haber presenciado casos de acoso sexual en áreas rurales o al viajar y otro describió incidentes que fueron más implícitos que evidentes, como la sugerencia de un superior de que se le "debía algo" por conseguirle a alguien su trabajo. Otra entrevistada expreso haber experimentado acoso sexual, pero no lo había reconocido como tal en ese momento. Se necesita más investigación cualitativa para evaluar las formas y los efectos del acoso sexual en entornos educativos y laborales, en el transcurso de la carrera de una enfermera.

RECOMENDACIONES CLAVE

Trabajar para cambiar la percepción de la enfermería como "ciencia blanda" y elevar el estatus y el perfil de enfermería en el sector de la salud:

- La OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) deberían reunirse con otras agencias multilaterales pertinentes y con asociaciones sanitarias internacionales para generar conocimiento y aplicarlo, y para decidir una programación conjunta para mejorar el entorno regulatorio de la enfermería, reformar la educación profesional, y desarrollar el liderazgo enfermero.
- Organizaciones multilaterales como la OMS, la OIT, el Fondo de Financiación Mundial para Mujeres y Niños y Adolescentes, la UNESCO y todas las instituciones interesadas deberían colaborar para implementar campañas, incluyendo el Plan de Acción quinquenal "Trabajando por la Salud" de la OMS-OIT-OCDE, para desafiar las normas de género en la enfermería y para desarrollar materiales y mensajes que enfaticen el conocimiento necesario para el éxito de la profesión y la naturaleza rigurosa del trabajo y promoviendo la enfermería como una categoría de educación científica y técnica, dentro de las profesiones de ciencia, tecnología, ingeniería, matemáticas y medicina (STEM).
- Los actores globales deben abogar por que al menos el 75% de los países tengan una Directora General de enfermería o Directora Gubernamental de Enfermería como parte de su equipo directivo superior en salud (senior management team in health) con capacidad

de supervisión y autoridad en la administración de presupuestos, crear programas de capacitación de líderes de enfermería, promover la contratación de enfermeras y regular la educación en Enfermería, lo cual remarcaría la importancia de la Enfermería. Esta posición debería tener protocolos concretas para la coordinación de los programas de capacitación de líderes de enfermería con los Ministerios de Educación, Trabajo, Género, Economía y otras agencias nacionales y locales relevantes.

- Los gobiernos deben garantizar la elegibilidad de las enfermeras al puesto de Ministra de Sanidad y todas las posiciones de liderazgo en el gobierno.
- Los formación en Ciencias de la Salud, tanto pública como privada, debe introducir la gestión institucional, realizar las reformas educativas necesarias y adaptar las mejores prácticas educativas (por ejemplo, la educación transprofesional) a los contextos locales, para reducir la estratificación de género, romper las cadenas de mando jerárquicas, mejorar el trabajo en equipo y ampliar la capacidad de toma de decisiones de las enfermeras.
- Las clínicas, hospitales y otras instalaciones, tanto públicas como privadas, deben incluir una enfermera en su junta directiva y/o personal directivo en el mismo nivel que otros directores/gerentes.
- Los empleadores deben establecer un plan estándar para garantizar que el embarazo no supone una desventaja para las enfermeras y otros empleadas sanitarios.

Abordar la segregación laboral por género y eliminar la percepción de la enfermería como "trabajo de mujeres"

- Las campañas internacionales, los grupos de apoyo y las coaliciones deberían desarrollar materiales y mensajes que normalicen a los hombres como enfermeras, así como a las mujeres en los estructuras de poder sanitarias dominadas por hombres.
- Los socios de investigación global (como Health Systems Global) deberían trabajar con la OMS, el ICN y la OIT para tomar decisiones y continuar aprendiendo sobre la portabilidad intercultural de la "escalera de cristal" y para identificar los factores que son importantes en relación a la enfermería y el liderazgo en el contexto de cada país, incluidos los que conducen a la segregación de género, la confluencia de otras variables sociales con el género, las razones por las cuales las mujeres entran y salen de los puestos de liderazgo, y las formas de acoso sexual y de género en el liderazgo enfermero. Deberían probarse formas de contrarrestar el sesgo de género (como los "interruptores de sesgo basados en métricas") y abordar el sesgo de género en las prácticas de contratación, evaluación y promoción de las profesionales.
- Los gobiernos deben ratificar las revisiones del Convenio 149 y la Recomendación 157 de la OIT, y poner en práctica el Convenio sobre la política de enfermería del sector de la salud y garantizar que las enfermeras reciban un pago adecuado y equitativo como actores clave en la prestación y expansión del acceso a servicios de salud básicos, tanto desde la enfermería como desde los puestos de liderazgo.
- Los gobiernos deben desarrollar estrategias de recolección y análisis de datos factibles y eficientes para generar información nacional sobre la segregación horizontal y vertical de la enfermería utilizando datos desglosados por género.
- Los hospitales, clínicas y escuelas de salud deben auditar sus prácticas de promoción y contratación para asegurarse de que no están favoreciendo el ascenso de los hombres a roles de liderazgo y la contratación de mujeres en puestos relacionados con prestación de servicios.
- Las escuelas deben implementar políticas educativas que transformen el género de las profesiones "de género", incluyendo enfermería y medicina.

Eliminar la discriminación del empleador en base al género o la maternidad.

- Los Ministerios de Sanidad deben estandarizar las descripciones y requisitos de los puestos de trabajo de las enfermeras y de todos los líderes sanitarios para eliminar los criterios discriminatorios inconscientes de las prácticas de contratación o promoción.
- Los gobiernos deben garantizar una cantidad suficiente de enfermeras y el acceso geográfico equitativo a las mismas, así como establecer condiciones favorables para que las enfermeras puedan tomarse un tiempo libre cuando sea necesario sin temor a desventajas profesionales o a la sobrecarga de otro personal (por ejemplo, cobertura de la baja maternal, políticas de protección de la maternidad, horarios flexibles).
- Los gobiernos deben instituir políticas nacionales de licencia con sueldo que permitan a los cuidadores atender a niños, ancianos y otras personas dependientes.

Construir la confianza de las enfermeras en su preparación para asumir posiciones de liderazgo.

- Las organizaciones de apoyo global, campañas y coaliciones deben mapear el desarrollo de programas de liderazgo enfermero y evaluarlos en relación con las habilidades y competencias que las enfermeras necesitan para liderar los sistemas que puedan estar influenciados por el género.
- Las escuelas de Enfermería deben trabajar para conectar a los alumnos y graduados con programas y redes de desarrollo de liderazgo en enfermería.
- Los lugares de trabajo deben garantizar que los puestos de gestión incluyen flexibilidad y horarios de trabajo estables, así como tener la expectativa de continuar trabajando para fomentar un equilibrio que permita a las mujeres incorporarse a los puestos de gestión a la vez que se ocupan de sus responsabilidades familiares.

Asegurar ambientes de trabajo seguros y sensibles al equilibrio trabajo/vida y permitir flexibilidad a los empleados para cumplir tanto con el trabajo formal como con el cuidado no remunerado

- Las agencias multilaterales que trabajan para promover el liderazgo de la Enfermería deben abogar por la revisión de Convenio de la OIT sobre el personal de enfermería núm. 149, la recomendación núm. 157 e integrar otras normas laborales de la OIT que promueven la igualdad de género, abordando explícitamente el sesgo y la discriminación de género con respecto a: protección contra la discriminación, directa e indirecta, debida al embarazo; las responsabilidades familiares y de cuidado infantil; igual salario por trabajo de igual valor; logrando una mejor relación trabajo-vida mediante la integración de las horas de trabajo y el trabajo a turnos y la mejora de la seguridad laboral y la salud (incluyendo la prevención de la violencia y acoso sexual en los lugares de trabajo).
- Los gobiernos deberían ratificar la revisión del Convenio 149 de la OIT e integrarlo en las normas nacionales sobre política enfermera.
- Lugares de trabajo, especialmente aquellos que emplean enfermeras, deben fomentar un ambiente que no solo respete la imperante necesidad del equilibrio trabajo/vida, sino que también lo promueva, a través de políticas que permitan a los trabajadores satisfacer las necesidades de sus familias y una cultura que reconozca la importancia de las obligaciones familiares para todos los trabajadores, independientemente de sexo.

Asegurar oportunidades para que las enfermeras accedan financiación para el desarrollo del liderazgo, a educación superior o a cualquier otro tipo de desarrollo profesional.

- Los organismos multilaterales y agencias de donaciones internacionales deberían invertir de forma fiable y a largo plazo en financiar y proporcionar becas para estudiantes de enfermería o enfermeras desfavorecidas económicamente que quieran acceder a educación de niveles superiores en otros países.
- Los gobiernos deberían invertir a largo plazo programas de becas para las enfermeras que deseen realizar cursos de capacitación y desarrollo de liderazgo.

Fomentar un mayor acceso a los profesionales. Redes y esquemas de mentoría para Enfermeras

- La OMS, la OIT y otras agencias multilaterales deben comprometer fondos para ampliar el alcance del Instituto de Liderazgo de Enfermería Global del CIE y otras redes similares.
- El CIE debe seguir fomentando conexiones entre programas de alumnos, instituciones docentes y redes juveniles y proporcionar plataformas que posibiliten el intercambio de conocimiento y el debate.
- Los gobiernos deben desarrollar y fortalecer asociaciones profesionales de enfermería y garantizar la representación geográfica, socioeconómica y cultural de todas las áreas geográficas, grupos étnicos, tribales u otros similares, de forma equitativa.
- Las instituciones sanitarias de enfermería, obstetricia, médicas y demás escuelas de sanidad públicas deben promover la adhesión de Asociaciones nacionales de enfermería.
- Las instituciones deben identificar regularmente a las enfermeras que puedan optar al Instituto de Liderazgo Global de Enfermería u otras formaciones nacionales en liderazgo y garantizar que su personal pueda participar en ellas sin impacto adverso en su trabajo.

INTRODUCCIÓN

La literatura reciente ha destacado la desigualdad de género entre los trabajadores de la sanidad, donde las mujeres representan el 70% del total de los trabajadores de la salud y del trabajo social, pero solo representan el 25% de los roles de liderazgo del sistema de salud.[85] Este informe pretende revisar la literatura existente para enfatizar la contribución de la enfermería a la fuerza laboral de salud, una profesión típicamente dominada por mujeres. Explorando la segregación de género en el liderazgo de la enfermería, el informe sugiere nuevas formas de abordar las inequidades sistémicas de género en la fuerza laboral de la salud.

Los cambios en las políticas y las inversiones en igualdad de género junto al empoderamiento las trabajadoras de salud global, están ahora firmemente integrados en las recomendaciones de los informes multilaterales. Estos incluyen a la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre el Empleo Sanitario y el Crecimiento Económico; el informe del Consejo Consultivo para la Igualdad de Género de 2018 a la Presidencia del G7; la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019 / Red Mundial de la Fuerza Laboral de la Salud / Mujeres en la Salud Global: Dispensada por Mujeres, Dirigida por Hombres [85]; La equidad de género en la sanidad, OMS: informe sobre el análisis de 104 países; Informe de Triple Impacto, 2016: cómo el desarrollo de la enfermería mejorará la salud, promoverá la igualdad de género y apoyará el crecimiento económico [2], encargado por el Parlamento del Reino Unido sobre la Salud Mundial (APPG). En conjunto, estos informes llaman la atención sobre el potencial masivo que tendrían mayores inversiones en la fuerza laboral sanitaria para el crecimiento económico y el empoderamiento económico de las mujeres, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, así como las barreras de género arraigadas que impiden el máximo impacto de dicha inversión.

Como destaca el informe Triple Impacto, las acciones para fortalecer la enfermería a nivel mundial son fundamentales para lograr la cobertura universal de salud (CUS). El informe identifica preocupaciones particulares sobre el estado y el perfil de las enfermeras y las líderes enfermeras. Las enfermeras, demasiado a menudo:

- No tienen permitido ni están autorizadas para trabajar al máximo potencial que permiten sus competencias.
- Están subordinadas y sujetas únicamente a la dirección de los médicos.
- Son invisibles, y sus contribuciones, subestimadas.
- No tienen oportunidades de desarrollar liderazgo, ocupar roles de liderazgo o influir en políticas más amplias.
- Se enfrentan a una capacitación y desarrollo profesional inadecuados o no pueden compartir su aprendizaje.[2]

El informe de Triple Impacto señala que si bien la enfermería "no es ni debe considerarse como una profesión exclusivamente femenina, la gran mayoría de las enfermeras son mujeres y es probable que esto continúe en el futuro inmediato". Además, el informe señala que la forma en la que las enfermeras son tratadas en una sociedad determinada, a menudo es un reflejo de cómo ésta trata a las mujeres[2]. La Dra. Jane Salvage, asesora de APPG y ex Directora de Enfermería de la OMS, dijo: "Si los líderes de enfermería pudieran resolver [estos problemas], ya lo habrían hecho"; pero estas profundas y amplias realidades y



actitudes sociales y culturales son demasiado difíciles para ser abordadas sólo por parte de las enfermeras. Tenemos que ayudar a los líderes de opinión y a los responsables de la formulación de políticas, dentro y fuera de la salud y el trabajo social, para que comprendan estos problemas, aprecien su gravedad y se esfuercen por solucionarlos "[2].

Sobre la base del informe de Triple Impacto, IntraHealth International, Nursing Now, y Johnson & Johnson se asociaron en 2018 para explorar el género como sistema de desigualdad en la enfermería y en el liderazgo enfermero, y proponer un conjunto de acciones para catalizar una serie de cambios para elevar el estatus y el perfil de las enfermeras y fortalecer el liderazgo enfermero. Basándose directamente en las experiencias de enfermeras y de líderes enfermeras, este informe analiza los desafíos relacionados con el género que enfrentan las enfermeras y, de este análisis, deriva un conjunto de recomendaciones para los encargados de desarrollar e implementar políticas a nivel mundial, nacional e institucional, para acelerar el fortalecimiento del liderazgo de las enfermeras y la igualdad de género en la fuerza laboral mundial de enfermería.

Las enfermeras y matronas representan una proporción muy significativa de la fuerza laboral femenina, con 20.7 millones de empleos en todo el mundo[86]. La discriminación y las desigualdades derivadas del embarazo, las responsabilidades familiares y la edad, el acoso sexual, los estereotipos de género y la segregación ocupacional, coexisten en constelaciones que impiden a las mujeres la asunción del liderazgo del sector de la salud y la desarrollo del trabajo necesario para alcanzar la CUS [55, 56]. El análisis producido por este informe fue realizado para estimular nuevas ideas y para ampliar las acciones necesarias para abordar estos problemas, reconociendo que tales acciones requerirán acciones desarrolladas de forma colectiva y también individual por parte de líderes de enfermería de alto nivel, así como cambios en los sistemas de género que los limitan (Salvage 2019, Comunicación personal).

Tal esfuerzo supuso la identificación de las barreras para el liderazgo de las enfermeras a nivel mundial y la de los facilitadores y vías del liderazgo enfermero dentro de las estrategias políticas, la promoción, los servicios clínicos, la educación y la investigación en enfermería. La evaluación

se acercó al liderazgo de enfermería en términos de un problema particular de la fuerza laboral –segregación ocupacional- y partió del marco conceptual de Charles y Grusky sobre los precursores de la segregación ocupacional para formular otras preguntas importantes, incluyendo factores culturales, sistémicos y económicos.

FIGURA 1: PRECURSORES DE LA SEGREGACIÓN POR GENERO EN EL LIDERAZGO ENFERMERO (ADAPTADO DE CHARLES Y GRUSKY, 2005):

Mecanismos culturales:

- Las creencias sobre el género, los estereotipos e ideologías, como por ejemplo, la primacía masculina (los hombres son más merecedores de estatus debido a una mayor competencia) para dar cuenta de la segregación vertical; el esencialismo de género (creencia en la existencia de rasgos innatos en hombres y en mujeres, las cuales estarían más capacitadas para la crianza) para dar cuenta de la segregación horizontal: los médicos y los líderes son hombres; enfermeras y cuidadoras son mujeres.
- Discriminación por genero debida al empleador (sesgos individuales)

Discriminación por género institucional ((por ejemplo, incrustada en políticas o impacto dispar debido a la falta de respuesta a roles de género "femeninos" de los empleados, organizaciones y procesos generadores de desigualdad debida al género)

- Procesos internos: Preferencias, autoevaluación o evaluación de la probabilidad de la capacidad conseguir determinado empleo
- Sanciones esperadas: Cumplimiento de las expectativas de rol de género o sanciones por violar las expectativas de la feminidad o masculinidad
- Compromiso con el trabajo: la inversión del empleado en el trabajo remunerado, existencia de otras prioridades/objetivos como formar una familia, desarrollarse como artista, etc.

Factores económicos: La necesidad de conseguir un empleo o los medios para prepararse para los exámenes de ingreso y, en última instancia, clasificarse (tutores, costo de los exámenes) o pagar la educación

Acceso a redes: informales o formales, como los "chicos mayores", redes profesionales o personales, incluidas las familiares y de amigos y colegas cercanos

METODOLOGÍA

Esta investigación, diseñada como una rápida evaluación y análisis de género, tuvo lugar desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2019.

Para este informe, definimos a un "líder de enfermería" como una enfermera registrada que ejerce una influencia estratégica, política o de pensamiento y/o es líder de un servicio.

Influencias estratégicas, políticas, educativas y políticas tales como:

• Directores de enfermería del gobierno y otros responsables de políticas de enfermería

• Directores de organismos reguladores nacionales de enfermería.

• Encargados principales de organizaciones regionales e internacionales influyentes, incluida la OMS, otras organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales (ONG)

• Altos cargos políticos

•Altos ejecutivos en programas de alto nivel para proteger al público y mejorar la calidad de la enfermería.

• Presidentes y jefes ejecutivos de asociaciones nacionales de enfermería y grandes asociaciones de enfermería especializada en todo el mundo; y decanos de facultades de enfermería o líderes en educación e investigación.

Líderes clínicos / de servicios tales como:

• Directores ejecutivos y directores de enfermería en organizaciones de proveedores de servicios de salud sin y con fines de lucro, incluidos los principales hospitales, servicios de salud primaria y de salud pública, incluyendo:

- CEOs
- Jefes de servicios de enfermería.
- Administradores principales

El estudio fue diseñado para generar hipótesis en lugar de probarlas. Fue intencionalmente amplio en su alcance con el objetivo de identificar las barreras clave y los facilitadores del liderazgo enfermero que merecen una investigación más profunda. Esta investigación se basó en una perspectiva de género relacional, la cual da un lugar central a las relaciones modeladas entre mujeres y hombres -y entre mujeres y hombres de diferentes razas, etnias y edades- que constituyen el género como una estructura social de desigualdad [68].

FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño del estudio: los objetivos de la fase de diseño fueron identificar, organizar e involucrar a los usuarios principales; identificar las políticas clave, los apoyos y el uso de los resultados; enfocar las preguntas prioritarias; e identificar y desarrollar métodos apropiados y viables para generar resultados fiables. Las actividades incluyeron: una reunión de medio día de las enfermeras y matronas de alto nivel interesadas, en el contexto de la 73ª Asamblea General de la ONU en septiembre de 2018; una reunión de dos días de líderes y profesores de enfermería, en octubre de 2018; y una consulta de seguimiento en noviembre 2018.

Recopilación de datos: se realizó una encuesta global a enfermeras que obtuvo opiniones y percepciones relacionadas con la influencia del género en el liderazgo enfermero y las enfermeras, la experiencia de las enfermeras en la discriminación basada en el género y el acoso en el trabajo de enfermería, facilitadores y barreras para el avance de las enfermeras como líderes, y recomendaciones de las enfermeras para fortalecer

el liderazgo enfermero. Una serie de entrevistas a informantes clave obtuvo información sobre el camino hacia el liderazgo de diez enfermeras líderes recomendadas por Nursing Now. Los investigadores revisaron y sintetizaron la literatura relevante para proporcionar el contexto de investigación, enmarcar la evaluación de género e interpretar los resultados.

Interpretación de los resultados: los investigadores realizaron una teleconferencia en marzo de 2019 con las mismas enfermeras que habían participado en las consultas de octubre de 2018 para revisar los hallazgos; revisar, validar o ampliar conclusiones; y orientar la formulación y relevancia de las recomendaciones. Después de revisar los resultados preliminares, un grupo más grande de enfermeras preparó un segundo borrador para una ronda de comentarios externos.

MÉTODOS Y ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta global a las enfermeras: los investigadores administraron la encuesta a través de la plataforma Monkey. La colaboración de los participantes se solicitó mediante convocatoria abierta. Los enlaces a la encuesta fueron publicados las páginas web de Nursing Now, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y el Fondo de Salud y Educación Tropical (THET) para invitar a las enfermeras a participar en la encuesta. Si los participantes indicaban que no estaban formalmente certificados como enfermeras según la definición del CIE, eran excluidos de la encuesta. La encuesta fue publicada en Twitter por IntraHealth International, Nursing Now, y Johnson & Johnson y retuiteada por las organizaciones afiliadas (por ejemplo, East, la Escuela

OBJETIVOS Y PREGUNTAS

Los siguientes objetivos y preguntas orientaron la evaluación:

1. Identificar factores que hacen que los trabajos de enfermería y liderazgo estén segregadas por género

a. ¿Cuáles son los causantes de la segregación de género en el liderazgo de enfermería?

b. . ¿Cómo operan para restringir el liderazgo de enfermería?

2. Identificar las vías hacia el liderazgo de enfermería y lo que las enfermeras deben liderar en los sistemas influenciados por el género

a. ¿Cuáles son los facilitadores del liderazgo de enfermería? ¿Qué capacidades son necesarias?

b. ¿Qué han sido capaces de hacer las enfermeras en términos de liderazgo sectorial o profesional, influencia y toma de decisiones?

3. Identificar formas para mejorar el estado y el perfil del liderazgo de enfermería.

a. ¿Qué acciones específicas y alcanzables pueden fortalecer el liderazgo de enfermería?

b. ¿Qué acciones alcanzables y específicas pueden corregir las diferencias de género del liderazgo de enfermería?

4. Identificar la agenda de aprendizaje del liderazgo en enfermería.

de Enfermería de África Central y del Sur [ECSACON]) y particulares). Se enviaron correos electrónicos pidiendo a reenviar la encuesta a las asociaciones nacionales de enfermería que tenían su correo electrónico publicado en sus sitios web o en el listado de afiliados del CIE. Con la convocatoria abierta se consiguieron un total de 3,706 encuestas y, después del cribado de datos, se obtuvieron 2,537 encuestas aptas para el estudio. Las encuestas se consideraron aptas cuando el encuestado contestó al menos el 30% de las preguntas, además de las preguntas relacionadas con datos demográficos. Los encuestados pasaron una promedio de 25 minutos respondiendo a la encuesta. La versión en inglés de la encuesta fue publicada del 9 de enero al 8 de febrero de 2019 y las versiones en español y francés, del 23 de enero al 11 de febrero de 2019. Se utilizó la estadística descriptiva para el tratamiento de los datos cuantitativos, incluyendo tablas cruzadas, con género y región, para cada pregunta. Para la triangulación de los datos cuantitativos y de las entrevistas en profundidad, se utilizaron preguntas abiertas.

Entrevistas a las enfermeras líderes: los investigadores realizaron entrevistas a enfermeras líderes para arrojar luz sobre el camino que habían seguido hasta conseguir sus posiciones de liderazgo. Los participantes en las entrevistas fueron recomendados por miembros de alto nivel de Nursing Now, basándose en su reputación de éxito en el liderazgo, y de forma que se consiguieran participantes de diverso género y localización geográfica. Los entrevistados dieron su consentimiento informado y las entrevistas se realizaron por teleconferencia online. Cada entrevista duró una media de 60 minutos y todas fueron grabadas para facilitar su transcripción. En un principio la muestra era de 10 enfermeras líderes, pero, al final, la muestra incluyó ocho líderes enfermeros, con siete mujeres y un hombre.

Los datos de la entrevista fueron analizados temáticamente usando Nvivo 12. Para el análisis se utilizaron los enfoques inductivo deductivo. El análisis fue lo suficientemente estructurado como para asegurar que no se perdieran los temas importantes, pero lo suficientemente flexible como para permitir la exploración de temas clave derivados de las entrevistas sobre las barreras (y facilitadores) de liderazgo enfermero que se identificaron antes del análisis; estos incluyen: estereotipos, normas socioculturales, barreras estructurales (por ejemplo, falta de guarderías, de oportunidades de desarrollo), equilibrio entre la vida familiar y laboral, sesgos, discriminación y acoso sexual.

ACCESO AL CONJUNTO DE DATOS DE LAS RESPUESTAS DE LA ENCUESTA

A lo largo de este informe, hay referencias al Apéndice A. Este apéndice está disponible en la versión online del informe, disponible en: **www.intrahealth.org/investing-in-nurse-leadership**.

Síntesis de la literatura: los investigadores llevaron a cabo una síntesis de la literatura para enmarcar las preguntas de la investigación, describir formas de sesgo y discriminación ya documentadas en investigaciones previas de ciencias sociales o del trabajo y para comparar los hallazgos en busca de (in) coherencia durante la triangulación de los datos. Los investigadores sintetizaron literatura e información en las siguientes áreas (por favor, consulte la literatura revisada y las referencias):

- Género y fuerza laboral.
- Liderazgo y liderazgo femenino.

- Segregación de género en enfermería, incluyendo el techo de cristal y la escalera mecánica de cristal.
- Los prejuicios de género y estereotipos.
- Violencia y hostigamiento contra trabajadores de la salud.
- Formación en liderazgo en enfermería.
- Tutorización.
- Normas de trabajo en enfermería, incluida la revisión de la Norma Nº. 149 y la Recomendación Nº. 157 sobre el personal de Enfermería de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); documentación sobre el nuevo convenio de la OIT sobre el acoso sexual; y otras normas de la OIT relacionadas con la igualdad de género (igualdad de oportunidades, protección de la maternidad, trabajadores con responsabilidades familiares, igualdad de remuneración y normas relacionadas con las horas de trabajo, el trabajo por turnos y la protección social).

Protección de los participantes: cuatro expertos en metodología de la investigación revisaron las encuestas y entrevistas y se realizó una revisión interna sobre la protección de sujetos humanos en IntraHealth. Ni la encuesta ni las entrevistas involucraron ningún riesgo físico o psicológico. La realización de la encuesta online fue, por definición, un consentimiento por escrito y los encuestados no proporcionaron sus nombres. La encuesta protegió los derechos del encuestado y la confidencialidad de la información proporcionada e información de contacto para que los encuestados pudieran obtener más información o expresar sus inquietudes. Todos los participantes fueron informados en términos claros, su participación fue completamente voluntaria y fueron libres de negarse a responder cualquier pregunta, tomarse un descanso o irse en cualquier momento durante la sesión sin temor a consecuencias negativas.

En las entrevistas con las enfermeras líderes, el consentimiento se otorgó de forma oral. El formulario de consentimiento se envió antes de la entrevista y el consentimiento oral para participar se confirmó en el momento de la entrevista por Skype.

LIMITACIONES

La encuesta global solo pudo llegar a las enfermeras con un adecuado acceso a Internet. Esto probablemente limitó las respuestas de las enfermeras que desempeñan funciones de líder en servicios de primera línea.

La naturaleza global de la evaluación, el corto período de tiempo y el presupuesto limitado descartaron el mapeo de los programas existentes de capacitación y desarrollo del liderazgo y los enfoques y redes de tutorización que podrían ampliarse y crearse para fortalecer el liderazgo de las enfermeras. Tal mapeo habría hecho para una evaluación más completa.

Igualmente, el marco de tiempo y el presupuesto, descartaron utilizar una amplia gama de métodos potenciales, como grupos de enfoque basados en el país y entrevistas en profundidad con enfermeras recién graduadas y estudiantes de enfermería (que probablemente tengan diferentes experiencias de discriminación de género, incluido el acoso sexual y de género), la revisión de datos administrativos y entrevistas con informantes clave de campos distintos a la

enfermería. Para superar estas limitaciones, triangulamos los datos (por ejemplo, aceptando las respuestas de las encuestas cerradas si eran coherentes con las respuestas a las preguntas abiertas de las entrevistas y de la literatura).

Los resultados relacionados con la interrelación del género con otras variables sociodemográficas, como raza, etnia, discapacidad y religión, no fueron evidentes en este estudio. Si bien la encuesta preguntó a los entrevistados acerca de sus percepciones sobre la importancia de la raza, el origen étnico, la discapacidad y la religión como barreras para el liderazgo, no pidió a los encuestados que identificaran su propia raza, origen étnico, discapacidad o religión, por lo que no fue posible estadísticamente probar asociaciones entre estas variables y las respuestas. Este análisis se limitó a utilizar las percepciones de los encuestados acerca de cómo creían que la raza, el origen étnico, la discapacidad y la religión afectan a la promoción en el liderazgo. La encuesta no investigó, por ejemplo, la afiliación tribal, que probablemente habría sido una variable más destacada en algunos entornos.

RESULTADOS

En esta sección presentamos los hallazgos y los resultados de la encuesta (respuestas a las preguntas tanto abiertas como cerradas), las cuales fueron respaldadas por datos recogidos en las entrevistas a las enfermeras líderes y los hallazgos de la síntesis de literatura. Las tablas con todos los resultados se encuentran en el Apéndice A (con tabulaciones cruzadas regionales que comienzan en Tabla 41).

CARACTERISTICAS DE LOS ENCUESTADOS

Encuesta online

Un total de 2.537 enfermeras, en activo o retiradas, de 117 países cumplieron con los criterios de inclusión al responder a la encuesta. Se utilizó una adaptación de las regiones del Banco Mundial para categorizar las respuestas [84]; aproximadamente un tercio de las respuestas se obtuvo de Europa (EUR), con el Reino Unido y España aportando el mayor número; seguido de Asia oriental y el Pacífico (EAP) (19%); y América Latina y El Caribe (ALC) (17%). Para una lista de países por regiones ver tabla 80 en el Apéndice A.

El porcentaje de respuestas por género en cada región (Figura 3) ilustra que las mujeres representan la mayoría de los encuestados de cada región. El porcentaje de hombres encuestados se obtuvo en África subsahariana (SSA), con casi el 40%, seguido por Europa, -EUR- con un 17%.

La mayoría de los encuestados (57%) afirmaron estar casados (no se observaron diferencias por género o región). El doble de mujeres que de hombres reportaron estar divorciadas o separadas. Cuando se les preguntó sobre sus hijos y dependientes a su cargo, la mayoría informó que tenía al menos una persona dependiente. Un mayor porcentaje de encuestados informó que no tenía hijos / dependientes (36%), seguido de un solo hijo / dependiente (16%). Dado el predominio de las respuestas de EUR, este hallazgo es probablemente un reflejo de la situación demográfica actual, con la disminución de las tasas de natalidad en el continente. Cuando los datos son analizados por región hay mucha variabilidad. El SSA tuvo el mayor porcentaje enfermeras con cuatro o más hijos / dependientes, con un 30%, seguido por los encuestados en la región de Oriente Medio / África del Norte (MENA) con un 9%. Los encuestados en EUR y la región de LAC representaron el mayor porcentaje de encuestados sin hijos / dependientes (42%) (ver Tabla 4.2 en Apéndice A).

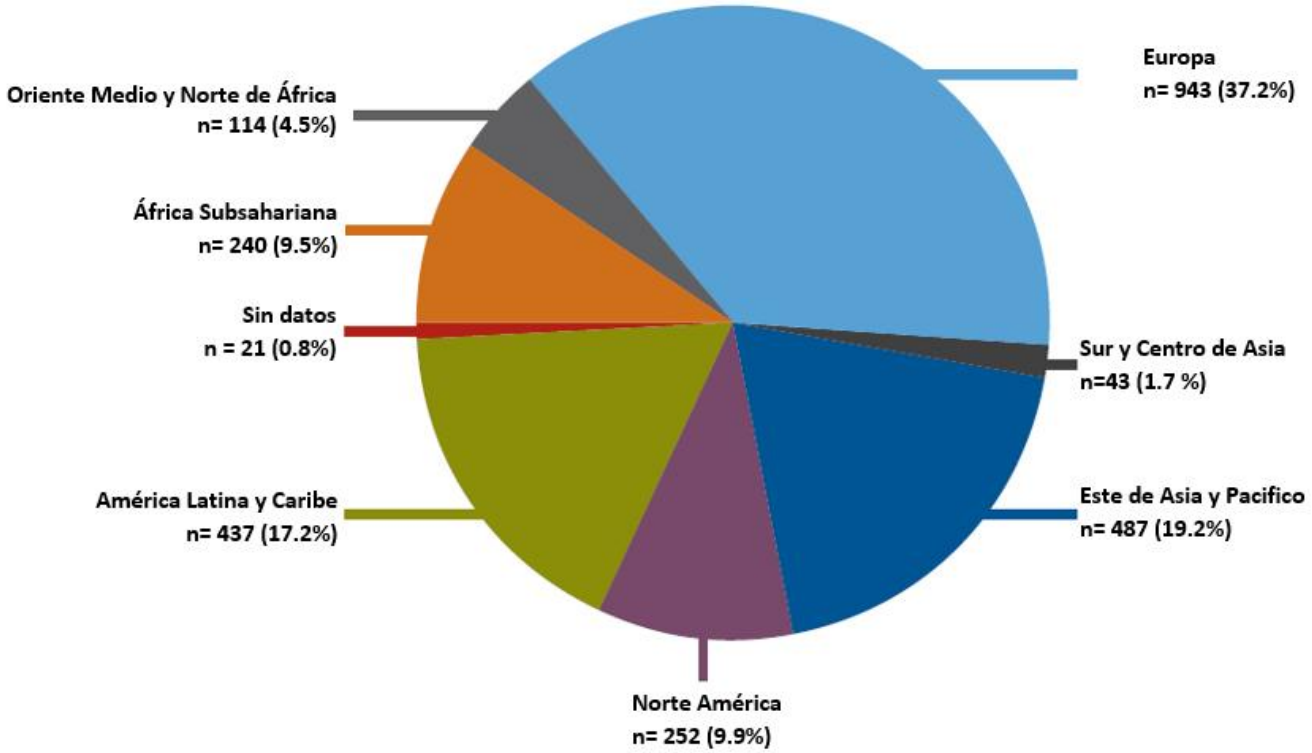
Aproximadamente dos tercios de los encuestados reportaron que su nivel educativo era el de graduado en enfermería (31%) o máster (35%). Hay alguna variación regional en relación a los títulos educativos. El mayor porcentaje doctorados se encontró en América del Norte (34%) y la menor cantidad, en las regiones de MENA y SSA, con un 3% y un 6% respectivamente. No se encontró diferencia por género (ver Tabla 5.2 en el Apéndice A para un desglose más detallado).

La mayoría de los encuestados trabajan o trabajaron como proveedores de servicios clínicos (67%), seguidos por los profesores o investigadores (21%) y, en tercer lugar, ejercían su trabajo en puestos con influencia política (11%). No se encontraron diferencias entre género o región.

La mayoría de encuestados han trabajado como enfermeros entre 15 y 20 años (14%). Aunque había más enfermeras mujeres, los enfermeros varones comprendieron el mayor porcentaje de los que tienen menos de 15 años experiencia (33% hombres vs. 21% mujeres).

A los encuestados se les ofreció una definición de "Enfermera líder" y se les preguntó si se identificaban con esa definición. Poco más de la mitad de los encuestados dijo "sí" (56%). La figura 4 describe el porcentaje de líderes enfermeras por región. Existen algunas diferencias notables en las respuestas: el 82% de los encuestados de SSA se consideraban líderes de enfermería, siendo el segundo mayor porcentaje el de ALC (79%). El porcentaje más bajo se dio en las regiones de EUR y EAP (44%). Aproximadamente, un cuarto de los encuestados de la región de MENA no se consideró como líder de enfermería, lo cual representa un porcentaje significativamente mayor al segundo porcentaje más grande (Asia Central y Meridional, 15%) que no está seguro de su estado. No hubo diferencia por género.

Figura 2: Número y porcentaje de respondientes por región:



Traducido por:
Nursing now
Local Group Madrid

Figura 3. Género de los respondientes por región

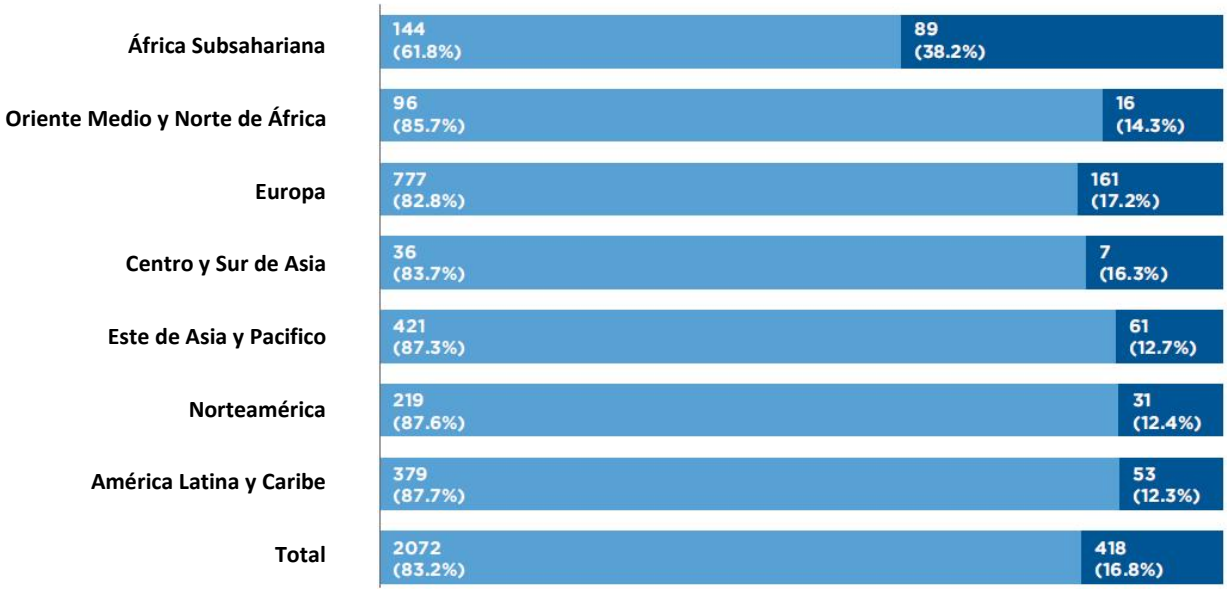
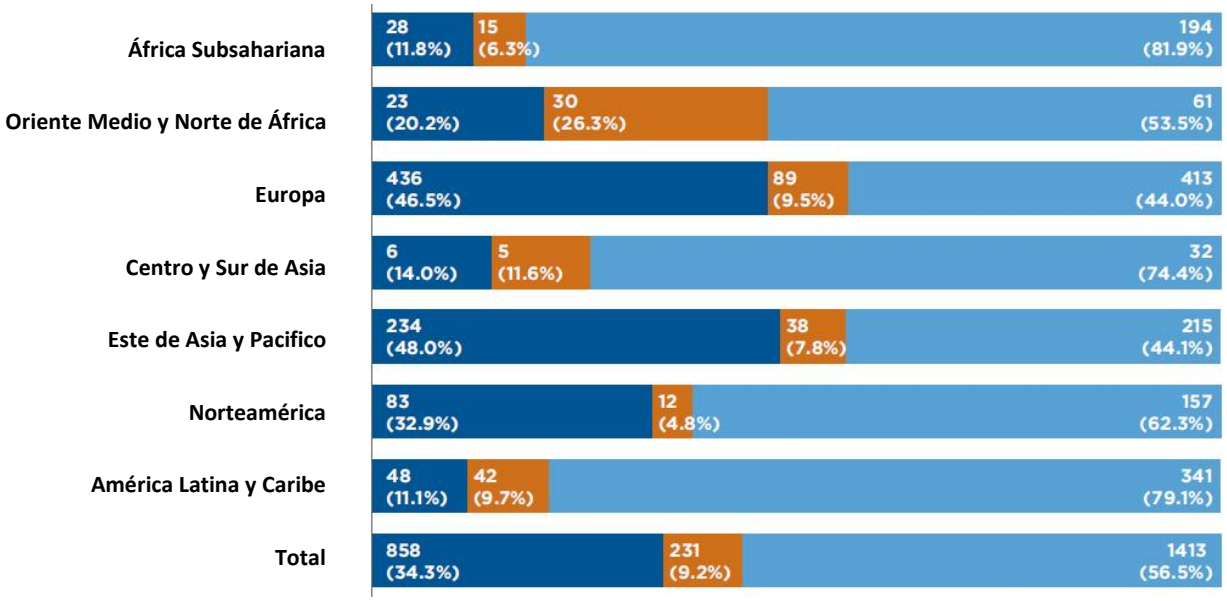


Figure 4. Líderes enfermeras por región



Entrevistas a las enfermeras líderes

La tabla 1 resume las características de los entrevistados. Los criterios de reclutamiento fueron: enfermeras registradas que hubieran tenido un impacto el campo de la enfermería o en la CUS. Las categorías de enfermera líder fueron: líder estratégico / político; líder educativo / de investigación; o líder clínico / de servicio.

Tabla 1. Características de las líderes enfermeras entrevistadas (n=8)

Región	Tipo de enfermera líder	Género	Años aproximados de experiencia en enfermería	Nivel de académico
Este asiático-Pacifico	Educación/Investigación	Mujer	>20-25	Doctorado
Europa/Asia Central	Líder en estrategia/política	Mujer	>20-25	Graduada en Enfermería
Oriente Medio	Educación/investigación y estrategia/política	Mujer	>40	Doctorado
África Subsahariana	Servicios clínicos	Mujer	>30-35	Doctorado
Este asiático-Pacifico	Líder en estrategia/política	Hombre	>25-30	Doctorado
África Subsahariana	Educación/Investigación	Mujer	>30-35	Doctorado
África Subsahariana	Líder en estrategia/política y servicios clínicos	Mujer	>40	Doctorado
Europa/Asia Central	Educación/Investigación y técnico	Mujer	>40	Enfermera registrada, Máster

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA SEGREGACIÓN DE LA ENFERMERIA Y LAS POSICIONES DE LIDERAZGO

Creencias de género, estereotipos e ideologías

Con diferencia, la categoría más grande en el marco de Charles y Grusky sobre los mecanismos culturales que impulsan la segregación ocupacional, pertenece a las normas socio-culturales, creencias y estereotipos que rodean el papel de las mujeres y los hombres; por ejemplo, los atributos que debe tener un buen hombre o una buena mujer, los roles que se consideran apropiados y qué trabajos deberían desempeñar. Existen estereotipos de género que refuerzan la segregación ocupacional; por ejemplo, que las mujeres y hombres, por naturaleza, no están capacitados para los mismos trabajos. De esta forma, vemos que las mujeres son mayoría en la enfermería debido a la creencia de que las mujeres están, de forma natural, más capacitadas para el cuidado; y que los hombres se concentran en las cimas de las jerarquías porque se les presupone más competentes para ello[55]. Diferentes investigaciones han demostrado la asociación entre el liderazgo y los rasgos que se consideran típicamente masculinos, tales como voluntad, asertividad o decisión [26, 55, 69], lo cual desafía el liderazgo de las mujeres.

Los estereotipos de género son tan fuertes que, incluso cuando las mujeres alcanzan el poder, son percibidas como líderes ilegítimas[69]. Esta percepción de ilegitimidad hace que las mujeres no sean escuchadas cuando están en posiciones de liderazgo[69]. La primacía masculina y el esencialismo de género son términos que describen los estereotipos clave que impulsan la segregación ocupacional. "El esencialismo de género" se refiere a las creencias sobre naturaleza o rasgos innatos de hombres y mujeres, y la "primacía masculina" a las creencias que confieren al hombre mayor valor o estatus [17, 55]. La percepción del liderazgo como una característica masculina comienza a edades tempranas, siendo los niños mucho más propensos que las niñas a obtener experiencia en liderazgo durante la infancia[11]. Los sesgos y estereotipos de género funcionan de manera similar en las carreras de ciencia, tecnología, ingeniería, matemáticas y medicina (STEM)[45, 68, 81].



Resultados: La evaluación encontró varias creencias y estereotipos socioculturales que impactan en el papel de las enfermeras líderes, además de la percepción de la enfermería como profesión. Aproximadamente el 65% de los encuestados indicó que la creencia de que los hombres y las mujeres tienen roles específicos en la sociedad y en el cuidado de la salud es una barrera "muy importante" o "importante" para que las mujeres obtengan puestos de liderazgo. Cuando este resultado fue analizado por género, el 67% de las mujeres afirmaron que esta percepción actúa como una barrera para el liderazgo de las mujeres, en comparación con el 54% de los hombres (ver Tabla 36.1.2 en el Apéndice A). La percepción de la enfermería como una profesión dedicada a la "crianza" y "femenina" fue un hallazgo consistente, tanto en hombres como en mujeres, y en todas las regiones. Este hallazgo fue confirmado durante las entrevistas a las líderes de enfermería.

Incluso cuando hemos tenido estudiantes varones en las escuelas de enfermería, todos ellos dejaron la profesión. Casi el 99% dejó [la] profesión de enfermería porque se considera una profesión muy [femenina]. No es para hombres. —**Profesora de enfermería, Europa / Asia Central.**

En Sudán del Sur la mayoría percibe la enfermería como profesión de mujeres. Los hombres que entran en esta profesión se consideran extraños. Muchos sienten que un hombre no pertenece a una profesión femenina. – **Encuestado.**

A los hombres se les llama médicos y a las mujeres, enfermeras, incluso cuando ellas son médicas. Esto lo hacen sobre todo los pacientes. **Encuestado**

Creo que la sociedad ha considerado a la enfermería como una profesión de "género" durante años, y si un hombre ocupaba un puesto de enfermería se consideraba que había "algo malo" en él, lo cual creo que es ridículo. En estos tiempos modernos a los hombres se les "permite" ser

más cariñosos y es aceptable que se dediquen al cuidado. La gente tiene que entender que la enfermería es una carrera increíble para cualquier género! **Encuestado**

Los altos niveles de segregación en el mercado laboral se asocian con una fuerte tendencia a devaluar el trabajo de las mujeres. Reskin (1988) observó que la brecha salarial se asocia con la segregación de hombres y mujeres en diferentes trabajos, y que en las ocupaciones tradicionalmente dominadas por las mujeres los sueldos son inferiores, al menos en parte porque la fuerza laboral es mayoritariamente femenina. Esta devaluación está vinculada a sistemas de diferenciación sociales, y, si bien la feminidad no siempre es devaluada, sus diferencias con la masculinidad en una cultura que reserva las virtudes para los hombres, conlleva la devaluación de mujer. Siguiendo esto, las características diferentes a las consideradas masculinas, son percibidas como inferiores, y, como resultado, las actividades realizadas por los hombres son valoradas, como norma general, como superiores a las que realizan las mujeres, independientemente del tipo de actividad del que se trate.

Resultados: aproximadamente el 75% de los encuestados dijeron que no creen que haya aspectos de la enfermería que la hagan más adecuada para un género determinado. Sin embargo, cuando se les preguntó a los encuestados sobre las barreras al liderazgo y a su avance, surgieron un gran número de sesgos, estereotipos y experiencias de discriminación que resultaron en segregación de género.

Que el trabajo clínico es para mujeres, y los hombres son profesores de enfermería. Que los hombres no deben ser matronas- **Encuestado.**

Una escuela de enfermería aceptó a dos hombres en un programa de matronas. Pero no se les concedió un permiso para realizarlo ya que se consideró que la obstetricia es para mujeres y que nuestra población no está acostumbrada a esto. **Encuestado.**

Los enfermeros se dedican a la salud mental y las enfermeras a la maternidad o la pediatría. - **Encuestado**.

En mi experiencia, los hombres son discriminados en la enfermería y la obstetricia. En Australia, el 10% de las enfermeras son hombres Comprende el 10% y el 2%. matronas. Los hombres son vistos como menos competentes [que] las mujeres y con menos capacidad de cuidar. No hay programas para abordar la falta de hombres en la profesión, como sí habría si el equilibrio de género al contrario. Como matronas, particularmente, los hombres tienen que demostrar que son capaces, e incluso entonces, se les permite participar, a regañadientes, en lo que se considera un trabajo de mujeres, aunque esto nunca se afirma. - **Encuestado**.

Resultados: Los resultados sugieren que, aunque puede no ser una creencia consciente, la realidad sugiere que sí se considera que algunos de los aspectos de la enfermería son más adecuados para las mujeres que para los hombres. Esto sugiere que la división del trabajo según el género en la sociedad se reproduce en las creencias sobre la enfermería. Los enfermeros compartieron experiencias sobre lo que supone trabajar en una profesión considerada femenina y cómo se tipifican las tareas según el sexo.

En 1985, cuando comencé enfermería ... En general en enfermería, se me reservaban muchos de los trabajos manuales solo porque soy hombre y, en enfermería de la salud mental, se esperaba que los hombres lideraran las restricciones físicas y las prácticas restrictivas. Creo firmemente que todavía existen algunas de estas opiniones, y que las decisiones basadas en el género son involuntarias, pero ,en la práctica, las barreras de género se están erosionando - **Encuestado**.

Otro encuestado compartió la creencia de que la la división del trabajo según el género realiza según " trabajo limpio" y "trabajo sucio". Este sentimiento refleja la primacía masculina en la evitación del trabajo "sucio" y la norma sociocultural de que las mujeres deben realizar las tareas de limpieza se da en muchos países.

Siento que las enfermeras tienen que hacer el trabajo "sucio": las relacionadas con el aseo y el baño, mientras que los enfermeros varones se hacen cargo del trabajo "limpio": procedimientos, curas y papeleo. - **Encuestado.**

Que más hombres entraran a la profesión de enfermería podría ayudar a abordar la escasez de enfermeras. Sin embargo, hay retos y posibles consecuencias. Mientras que existen múltiples ventajas en la disminución de la segregación por género en la enfermería para lograr la CUS, esto puede suponer que las enfermeras se enfrenten a competiciones mayores e injustas por los roles de liderazgo y las ofertas de trabajo[4], especialmente en las sociedades que no están avanzando en integrar a las mujeres en las profesiones dominadas por los hombres, y donde las mujeres dependen de puestos de trabajo femeninos para ganarse la vida y mantener a sus familias. A pesar del gran mercado laboral y las desventajas individuales de la segregación de género, esto puede proteger a las mujeres de la competencia y mantener la demanda en una de las pocas ocupaciones donde las mujeres tienen ventaja.

Sesgo de Género y Discriminación Institucional y Empresarial

El sesgo de los empleadores y la discriminación institucional contra las mujeres en la fuerza laboral y en la progresión del liderazgo han sido ampliamente documentados.[1,.14,.26,.55,.57,.59,.70,.80,.81,.89] También se han estudiado las sanciones por transgredir los roles de género, incluyendo el trabajo de identidad que realizan los hombres para pasar a un trabajo identificado con las mujeres, como la enfermería.[47,.48,.51,.51,.73]

La ventaja masculina en la fuerza laboral[12, 17, 55] se ve más claramente en la "escaleras mecánicas de cristal", un efecto documentado en varios estudios en los que los hombres llevan consigo su estatus privilegiado en la cultura más amplia cuando se incorporan a ocupaciones predominantemente femeninas.[75]
La investigación sobre las escaleras mecánicas de cristal, hasta ahora concentrada en el norte del planeta, [50, 53, 64, 66, 73, 75, 76 y 82], sugiere que los hombres, en virtud de su pertenencia a la cultura dominante, experimentan un trato preferencial y ascienden a posiciones de liderazgo a un ritmo más rápido que sus contrapartes femeninas en la profesión.
Mientras que los hombres reportan la experiencia de la discriminación en el ingreso a profesiones femeninas estereotipadas, esto parece provenir de fuera de la profesión, mientras que dentro de la profesión, los hombres han sido aceptados en gran medida y han sido capaces de avanzar relativamente rápido. En las profesiones predominantemente femeninas, es probable que los hombres sean percibidos como más competentes y estén más preparados para el liderazgo, [55] y reciban una compensación más alta.[66]

Las percepciones del liderazgo de tipo masculino empieza a edades tempranas, los chicos tienen muchas más probabilidades que las chicas de adquirir experiencia de liderazgo infantil con una mayor participación en los equipos de debate y en el gobierno estudiantil.[15, 28.] Una vez de adultos, los hombres en el sector de la salud y en las carreras STEM tienen caminos más fáciles hacia el liderazgo que las mujeres.[45, 46]

Por ejemplo, casi la mitad de todos los médicos en el Reino Unido son mujeres, pero están mal representadas en el nivel de liderazgo médico.[47] Estas disparidades se mantienen incluso cuando

se tienen en cuenta las habilidades relacionadas con el trabajo, los requisitos educativos y los niveles de experiencia.[40]

Las evaluaciones sesgadas son un obstáculo importante para la contratación, promoción, evaluación del desempeño y compensación de las mujeres. A menudo, las mujeres solicitantes son evaluadas de manera más deficiente que los hombres.
En un estudio, se pidió a los miembros de la facultad de ciencias que evaluaran las solicitudes de dos estudiantes ficticios. Tanto los hombres como las mujeres de la facultad evaluaron al candidato hombre mejor que la candidata mujer, a pesar de que no existían diferencias objetivas en las solicitudes. Hay una investigación similar que demuestra tasas más altas de rechazo de los CVs cuya única diferencia fue la palabra "madre".

Resultados: El hecho de que el 35% de los encuestados afirmaron que la creencia de que los hombres son, o deberían ser, dominantes, es una barrera para que las enfermeras obtengan posiciones de liderazgo. Varias de las enfermeras líderes entrevistadas declararon que los hombres tienen la autoridad final para tomar decisiones.
Pero en las respuestas de las entrevistas, junto con las respuestas abiertas de la encuesta, es posible ver cómo los estereotipos de la primacía masculina [17] y la forma en que las candidatas con más experiencia son omitidas ((y cómo el embarazo parece desencadenar la marginación) contribuyen a los efectos del "techo de cristal"/"escaleras mecánicas de cristal" en una profesión dominada por las mujeres):

Porque en mi país... en mi cultura, creo, tenemos que respetar a las personas mayores y a las personas con experiencia y algo por el estilo. Y para las mujeres, las mujeres tienen que respetar a los hombres. Y los hombres, en mi país, tienen más poder que las mujeres. Y esto tiene un impacto en el sector de la salud. -Líder de enfermería, Asia Oriental y el Pacífico.

En el campo de enfermería en el que el 90% son mujeres, a menudo veo un 50% o menos en posiciones de liderazgo superior. No es representativa del resto de la población de enfermería en su conjunto. He escuchado muchas veces el comentario de la alta dirección de que necesitan un "poco de testosterona" añadido al grupo a la hora de decidir sobre los líderes. ... También he experimentado el escrutinio de los líderes ejecutivos por contratar a una enfermera o empleada que está embarazada. - Respuesta encuestada.

Siempre que hay un hombre que solicita un puesto de responsabilidad, él es el candidato con éxito. Esto se debe a que los miembros femeninos del panel son socializados para creer que el hombre es un mejor líder y es superior a ellas. - Respuesta encuestado.
Mientras que los hombres con experiencia limitada en enfermería que pueden `hablar el idioma' son promovidos rápidamente, las enfermeras con muchos años de experiencia a menudo no son tenidas en cuenta para los puestos de liderazgo. -Respuesta encuestado.
Así que, este asunto del que estás hablando, mi proyecto nunca será perfecto como el de mi contraparte masculino. Así que por lo general, a continuación, el comité de revisión también encontrará que los candidatos son hombres. Si te invitan a ir allí, te darás cuenta de que eres la única mujer que está allí y que todos son hombres. Así que es obvio que cuando vean una solicitud femenina la dejarán de lado, independientemente de que lean la propuesta o intenten interrogarla, elegirán a un hombre y eso es un hecho. Si vamos a esta reunión de la alta dirección, el resultado de la selección de las subvenciones es que la mayoría de ellas se entregan a los hombres. Habrá una mujer contra cinco hombres. Así que estas son las cosas de las que están hablando en el techo de cristal. Estas son las barreras invisibles y hacen descarrilar nuestra promoción a niveles más altos en los roles de liderazgo de enfermería. -Enfermera jefe, África subsahariana.

Resultados: Poco más de la mitad de los encuestados (52%) afirmaron que creían que los hombres son más favorecidos para los ascensos que las mujeres como una barrera significativa para que las mujeres obtengan puestos de liderazgo en enfermería.

Las contrapartes masculinas parecen pasar rápidamente por los puestos y recibir ascensos a pesar de carecer de las habilidades, el conocimiento y la competencia necesarios. - Respuesta encuestado.

Sigo pensando que existe la idea equivocada de que los hombres son líderes. Por eso las mujeres en las solicitudes, en los currículums que vamos a examinar, nos encontramos con que todos los candidatos son hombres. ¿No aplican las mujeres a esos puestos, o no son elegidas en esos puestos? Esa es la pregunta que tenemos que interrogar. -Líder de enfermería, África subsahariana.

En mi experiencia, los hombres son promovidos fácilmente; recientemente estuve en un puesto temporal de NUM[Jefe de la Unidad de Enfermería] durante 18 meses. Tengo una maestría en gestión de la salud y perdí el puesto permanente a manos de un enfermero graduado con cero experiencia clínica o de gestión... eso es así. Sigo solicitando puestos de liderazgo y me dicen que necesito más experiencia, ¡pero los enfermeros graduados obtienen los puestos! ¿Cómo es esto equitativo? - Respuesta encuestado.

Se citaron diferentes razones para explicar por qué los hombres progresan más rápido que las mujeres. Las preguntas abiertas de la encuesta sugieren que las mujeres avanzan más lentamente porque si están casadas, deben manejar un trabajo, las responsabilidades del hogar y el cuidado de los niños, niñas y adolescentes. Una enfermera líder entrevistada compartió su propia experiencia, que las responsabilidades en su hogar limitan su tiempo para solicitar fondos que podrían hacer avanzar su carrera:

Soy líder de enfermería y mi problema se presenta cuando tenemos que solicitar financiación, como he indicado en alguna parte de esta entrevista, se dará cuenta de que los solicitantes son hombres. Una cosa que hace que más solicitantes sean hombres es que no hacen nada en casa. Cuando me vaya de aquí voy a seguir cocinando, voy a seguir ocupándome de la casa, pero para el hombre, puede quedarse aquí después del trabajo e irse a casa a dormir. Se acuestan y duermen, comen y duermen. Así que la aplicación, estos hombres de los que estoy hablando, pueden ser blancos o negros no importa, cuando llegan a nosotros no suelen tener nada que ver con lo que hacen, todos seguirán esperando en el trabajo y terminarán la propuesta. Para mí ahora, mientras estamos hablando, voy a estar aquí la próxima hora tratando de finalizar una beca. Ten en cuenta que debo ir a casa y cocinar, limpiar y hacer lo que sea. -Líder de enfermería, África subsahariana.

Otras mujeres líderes en enfermería citaron la falta de tiempo para aprovechar las redes formales e informales como una forma de acelerar el avance. Una de las entrevistadas compartió su propia experiencia que, incluso cuando logró una posición de alto liderazgo , su poder se vio erosionado por la creación de redes informales de hombres después de horas de trabajo de las que no formaba parte.

Solía ver la cultura en la que se hacía mucho trabajo informal a altas horas de la noche en el pub. Y eso serían los médicos y las administraciones, y los hombres predominantemente. Y las mujeres con o sin hijos elegirían irse a casa. Recuerdo que una de mis colegas directoras de enfermería tenía una reunión formal de gestión, se acordaban varias cosas, los hombres se iban al pub y ella

se iba a casa, y al día siguiente se daba cuenta de que la mitad de las decisiones habían sido cambiadas. -Enfermera jefe, Europa.

Intersección de género y otros ejes de exclusión

La investigación interseccional de género en los EE.UU ha demostrado que los hombres negros, las mujeres negras y las mujeres blancas esperaron más tiempo que los hombres blancos para obtener ascensos gerenciales en campos dominados por mujeres [76,] lo que indica la importancia de la rendición de cuentas para las mujeres.Es posible que exista un efecto de "escalera mecánica de cristal" para cualquier grupo de hombres que pertenezcan a un grupo cultural dominante que trabajen en ocupaciones tipificadas para minorías culturales.

Wingfield señaló que el estatus racial compartido es importante para determinar "quién sube a la escalera mecánica de cristal" (en los EE.UU.) y que las experiencias de los enfermeros de género masculino negros podrían parecerse más a las de los enfermeros de sexo masculino de raza blanca. Esta observación sugiere la necesidad de poner a prueba la portabilidad intercultural del concepto e identificar las especificidades interculturales en el contexto de las mayorías culturales y las minorías.

Los hallazgos relacionados con las identidades interseccionales y su relación con el liderazgo de las enfermeras no fueron destacados en las partes cualitativas de este estudio y requieren más investigación.

Resultados: En respuesta a una pregunta de la encuesta sobre la importancia de otras variables sociodemográficas (raza, etnia, impedimento, religión) se encontraban en el camino de las enfermeras para alcanzar posiciones de liderazgo, analizadas por región, América del Norte se clasificó la raza como lo más importante o muy importante (48% de los encuestados de EE.UU. y Canadá) (ver Tabla 36.4 en el Anexo A).
El Medio Oriente y el Norte de África ocuparon los primeros lugares en cuanto a impedimento, con un 53% de los encuestados diciendo que fue muy importante para el camino de las enfermeras hacia el liderazgo (Ver.Tabla.36.6. en el Anexo.A).

Trabajo profesional y familiar

Los estudios han encontrado que las mujeres a menudo se enfrentan a la discriminación relacionada con la maternidad y las responsabilidades familiares en materia de salud, incluyendo STEM carreras,[5, 7, 10]. Se encontraron fuertes políticas que apoyan las permisos pagados, las pausas/espacios para la lactancia y los servicios de cuidado infantil para, al menos, retener a las mujeres en la fuerza laboral [11], pero estas políticas no están en vigor en todas las organizaciones.

Resultados: Las exigencias a las mujeres de hacer malabarismos con las responsabilidades para administrar el hogar y el cuidado de los niños, niñas y adolescentes actúan como una barrera abrumadora para el avance en el liderazgo. Aunque los encuestados creían que tanto los hombres como las mujeres enfrentan desafíos en la gestión del trabajo y los compromisos de la vida familiar, el 65% de los encuestados afirmaron que las mujeres están más afectadas que los hombres.

Los hombres cuentan con apoyo en el hogar, lo que les permite participar más en las actividades no obligatorias de desarrollo profesional que se ofrecen en el trabajo. Con menos responsabilidades de cuidado de niños en casa y rara vez son padres solteros que trabajan para mantener a sus familias. -Respuesta encuestado.

Las mujeres tienen por lo menos dos trabajos de tiempo completo, el hogar y el trabajo, mientras que los hombres tienen responsabilidades limitadas en el hogar y el trabajo. - Respuesta encuestado.

En mi organización, aproximadamente el 25%[del] personal de enfermería son hombres, pero sólo el 30% de los puestos de educación, gestión o ejecutivos están ocupados por mujeres. Una vez me pasaron por alto para un trabajo de gerencia intermedia, ya que estaba en edad fértil, aunque era soltera y los médicos me consideraban "infértil". El candidato exitoso era un hombre casado de edad similar que se estaba sometiendo a tratamientos de FIV con su esposa! Dejé la organización en lugar de desafiarla. Recientemente he sido rechazada en algunas posiciones ya que son horas de tiempo completo o puestos rotativas, lo cual es imposible para mí como madre soltera. El padre de mi hijo ha seguido su carrera durante el embarazo, la lactancia y cuidado infantil y nunca le preguntaron sobre las responsabilidades de crianza de los hijos por parte de un empleador. Tengo la suerte de encontrar una organización que valora la vida familiar y mis habilidades, pero eso ha significado dar un paso atrás en el liderazgo clínico, que es lo que más disfruto. -Respuesta encuestado.

Aunque la mayoría de los encuestados y entrevistados declararon que su lugar de trabajo tenía políticas para prevenir la discriminación en el lugar de trabajo y promover la inclusión y el equilibrio entre el trabajo y la vida privada, los encuestados y los entrevistados no siempre creyeron que esas políticas podrían contrarrestar las desventajas. Las respuestas abiertas a las preguntas de la encuesta demuestran que un número de mujeres creen que fueron pasadas por alto para avanzar o que no fueron consideradas debido a la suposición de que eventualmente se tomarán tiempo libre del trabajo debido al embarazo o al cuidado de los niños, niñas y adolescentes (sesgo del "muro materno").Los datos de la encuesta corroboran esto, con un 65% de los encuestados afirmando que la exclusión de la consideración de liderazgo basada en el embarazo, la maternidad y las responsabilidades familiares era una barrera "muy importante" o "algo importante" para avanzar hacia el liderazgo.

Mis colegas masculinos y femeninos comenzaron a subestimar mis habilidades profesionales y a disminuir automáticamente mi responsabilidad desde que anuncié que estaba embarazada. - ***Respuesta encuestado.***

He oído decir a los directivos de alto nivel que prefieren a los enfermeros cuando solicitan puestos de más alto nivel porque no disfrutan de la licencia de maternidad. ***-Respuesta encuestado.***

*Solía llevar a mis hijos al trabajo, así que cuando iba de viaje de trabajo, se notaba que algunas personas pensaban que estaba demasiado ocupada con mi familia. Y mi otra hija ha tenido una salud muy mala en algún momento, así que diría que no puedo ir a ninguna parte porque mi hija no está bien, la gente no lo aprecia. Era casi como si pensaran que no quería ir. Pero no saben que es importante. Así que pensé que la gente pensaba: "Bueno, ella tiene que hacerlo de todos modos, así que ignoremosla". En lugar de apreciar el equilibrio. -****Líder de enfermería, África subsahariana.***

Existe la percepción entre los encuestados y los entrevistados de que los enfermeros varones pueden progresar más rápidamente hacia posiciones de liderazgo y avanzar más rápido una vez que estén en esas posiciones. Algunos encuestados afirmaron que creen que los hombres progresan más rápidamente hacia posiciones de liderazgo y avanzan a través de esas posiciones porque no tienen que cuidar a los hijos. Además, después del nacimiento de un niño, los hombres tienen más probabilidades de trabajar a tiempo completo, lo que les da más tiempo para adquirir experiencia y prepararse para los roles de liderazgo (en la encuesta, casi el doble de los hombres que las mujeres que reportaron trabajar).Finalmente, unos pocos encuestados

compartieron su creencia de que los hombres son capaces de obtener posiciones de liderazgo y avanzar más rápidamente porque son la minoría y son seleccionados y promovidos más rápidamente que las mujeres ("escaleras mecánicas de cristal").

Parece que los enfermeros varones progresan más rápidamente que las enfermeras en algunas áreas debido a su capacidad para trabajar a tiempo completo; mientras que algunas enfermeras optan por trabajar a tiempo parcial debido a los niños y a los requisitos de cuidado. ***-Respuesta encuestado.***

Dado que los hombres son una minoría en la enfermería, a menudo se les considera para el ascenso antes que las mujeres con la misma educación/capacitación. ***-Respuesta encuestado****.*

Un encuestado compartió una experiencia ligeramente diferente en la educación de enfermería, lo que sugiere que la "escalera mecánica de cristal" puede estar confinada a la movilidad en trabajos mejor pagados:

*A lo largo de mi carrera he escuchado más discusiones dentro de los grupos de enfermería sobre lo fácil que es para un enfermero ascender. No hay tantos aros por los que los hombres hayan tenido que pasar. En el campo de la educación no he visto que esto prevalezca en los roles de liderazgo. De hecho, ha sido difícil conseguir que los hombres se incorporen a los roles de la educación, muchos me han dicho que no hay dinero en la educación. -****Respuesta encuestado.***

Acoso sexual

Resultados: El acoso sexual no fue un factor sobresaliente que afectará el liderazgo de la enfermería en este estudio. El patrón de respuestas de la encuesta a preguntas cerradas reflejó la respuesta más frecuente fue "No lo sé", sugiriendo que se necesitan métodos de estudio adicionales o diferentes para obtener datos sobre el funcionamiento del acoso sexual en las ocupaciones de salud dominadas por mujeres. Esto se debe a que algunos encuestados y entrevistados aludieron a experiencias que les afectaron a ellos mismos o a sus colegas. Un entrevistado describió casos de acoso sexual en áreas rurales o cuando viajaba por tierra. y otros incidentes descritos que eran más implícitos que evidentes, como la sugerencia de que a un superior se le "debe algo" a cambio de conseguirle trabajo.
Otra entrevistada sugirió que había experimentado acoso sexual, pero no lo reconoció como tal en ese momento. Se necesita más investigación cualitativa para evaluar las formas y los efectos del acoso sexual tanto en el ámbito educativo como en el laboral, a lo largo del curso de la educación y la carrera de enfermera.

Percepción de la discriminación positiva

Resultados: Los resultados del estudio indican que las políticas de discriminación positiva o bien no desempeñaron un papel en el avance o bien no fueron percibidas como útiles.
El 60% de los encuestados, hombres y mujeres líderes en enfermería, indicaron que el tratamiento preferencial no facilitaba sus posiciones de liderazgo.Las políticas de acción para ayudar a las mujeres a asumir roles de liderazgo no siempre son tan útiles y podrían socavar los esfuerzos de las mujeres. Esto último puede deberse al estigma asociado a la discriminación positiva.

Creo que las políticas son necesarias para facilitarlo. Como por ejemplo, usted dio dos ejemplos de sesgo de género, especialmente las políticas de equidad o de discriminación positiva. Nos benefician y nos perjudican, porque cuando estamos en este espacio, la gente piensa que sólo

estamos aquí por discriminación positiva, a pesar de estar cualificados, a pesar de tener esas cualificaciones y de haber adquirido esas habilidades y competencias para trabajar de la misma manera que los hombres. Así que esas políticas están ahí, a veces nos sirven de ayuda, y a veces se nos ve como un cuerpo, como un cuerpo cálido que fue puesto ahí por esta política. -Líder de enfermería, África subsahariana.

Limitaciones en la toma de decisiones de los enfermeros y percepción amable de la enfermería

Las investigaciones recientes han demostrado que los hombres pueden estar excesivamente representados en los puestos directivos superiores de enfermería. El Reino Unido demostró que mientras que los hombres representaban sólo el 11,3% de la fuerza laboral de enfermería, ocupaban el 17% de los puestos directivos superiores [14].
La investigación también ha demostrado la asociación entre el liderazgo y supuestos rasgos masculinos como la autoridad, la asertividad o la decisión significan que el liderazgo en sí mismo se considera masculino[5,.16,.17]. Estos estereotipos impiden que las mujeres y enfermeras asciendan en su carrera porque el liderazgo en sí es percibido como masculino.[15] La discriminación de género y las percepciones son tales que incluso cuando las mujeres tienen el poder, son percibidas como líderes ilegítimas.[15]. La percepción de la ilegitimidad de las mujeres hace que no se escuchen sus voces cuando ocupan puestos de liderazgo.[15]
Las mujeres superan ampliamente en número a los hombres en la enfermería, y los hombres sólo representan el 8.9% de la fuerza de trabajo.[9] Esto puede crear el marco para la atribución de las "habilidades blandas" y el menor estatus asociado con la enfermería. Además, las profesiones dominadas por mujeres han sido históricamente infravaloradas y sub-recompensadas, lo que las hace menos prestigiosas y menos atractivas para los candidatos masculinos potenciales.

Muchos hombres encuentran que las expectativas de la sociedad de encarnar la masculinidad son incompatibles con el trabajo en una profesión tradicionalmente femenina. Los hombres que se dedican a la enfermería pueden experimentar un desajuste de sus identidades de género y ocupacionales y gastar una gran cantidad de energía en el "trabajo de la identidad" para resolverlo. [31]

Los hombres que trabajan en trabajos "femeninos" a menudo usan varias estrategias, tales como el uso de títulos más precisos cuando se refieren a lo que hacen, por ejemplo: "Enfermera de planta con una función de gestión", para alinear las identidades sociales y ocupacionales. [32] Esta priorización de los elementos de trabajo de tipo masculino también empuja a los hombres en campos dominados por las mujeres a ejercer el liderazgo, un rol de tipo masculino.

Resultados: Este estudio exploró el grado en el que los líderes de enfermería tienen autoridad para tomar decisiones. En el nivel de liderazgo de los servicios clínicos, tanto hombres como mujeres reportaron grados similares de autoridad en la toma de decisiones. El 50% de los líderes de los servicios clínicos masculinos y femeninos declararon que tenían autoridad para tomar decisiones sobre la atención de los pacientes, pero poco más de la mitad de los hombres y mujeres declararon que no tenían autoridad para tomar decisiones con respecto a los horarios de trabajo o las políticas que rigen la atención de los pacientes. Además, el 80% de los hombres y las mujeres declararon que no tenían autoridad para tomar decisiones sobre las asignaciones presupuestarias. El 50% de los hombres y las mujeres declararon que no tienen autoridad para tomar decisiones con respecto al desarrollo profesional para sí mismos o para otros. Los resultados indican que tanto los líderes de los servicios clínicos femeninos como los masculinos tienen un grado similar y limitado de autoridad para tomar decisiones en el ámbito de la atención clínica de salud.

Dado que la encuesta no preguntó a los encuestados sobre cómo se toman las decisiones en el contexto de sus servicios clínicos es difícil determinar si a los líderes de los servicios clínicos se les está usurpando o restringiendo su autoridad para tomar decisiones porque a las enfermeras se les está privando del derecho al voto como una profesión completa, o si todos los cuadros de los servicios clínicos (p. ej.médicos,farmacéuticos) tienen límites similares en su toma de decisiones.

En los niveles más altos de enfermería, los prejuicios contra el liderazgo femenino de las enfermeras se hacen evidentes.Los encuestados informaron que la enfermería se percibe como secundaria en el campo de la medicina y que las enfermeras desempeñan una función de apoyo a los médicos.

La enfermería se percibe como una profesión de "ciencia blanda", mientras que la medicina se percibe como la profesión de "ciencia dura"; por lo tanto, atribuye a los médicos una superioridad sobre las enfermeras y, en consecuencia, una mayor autoridad en la toma de decisiones. En segundo lugar, las normas socioculturales expresan expectativas de que las mujeres tienen menos autoridad en la toma de decisiones que los hombres. En muchas partes del mundo donde más hombres que mujeres son doctores, la dinámica-doctora-enfermera está aún más sesgada a favor de los doctores.

*Hay algo en la enfermería que tiene el estigma de ser secundaria, terciaria, incluso hacia la medicina... hacia cualquier otra cosa. Es una posición de servicio. -**Líder de enfermería, África subsahariana.***

*Reconocer que las enfermeras necesitan tener educación universitaria y que pueden tomar decisiones fue un gran desafío. Pero ellas no están tomando decisiones, son los médicos. -**Respuesta encuestado.***

*Pero en mi país, hay una falta de apoyo político en la profesión de enfermería. En la actualidad, existen algunas leyes o reglamentos que se refieren a la profesión de enfermería. Pero todavía hay un límite cuando se compara con otros. Esta profesión en[país] es una profesión baja. Tenemos una imagen baja. -**Respuesta encuestado.***

En particular, varios de los encuestados aludieron o afirmaron que la enfermería como profesión no será tomada en serio hasta que más hombres se unan a las filas, casi como si la situación de inferioridad de las enfermeras fuera mejorada por la asociación con el poder social percibido como superior de los hombres.

*He sido enfermera durante 43 años; soy feminista; creo sinceramente que las enfermeras jóvenes tienen más respeto y reconocimiento de sus habilidades y habilidades de liderazgo hoy en día.... También siento que los hombres en enfermería han aportado a los profesionales de la salud reconocimiento para todos los profesionales de la salud, de modo que ahora se considera que las enfermeras son importantes en el papel de la atención general del paciente. Todavía queda un largo camino por recorrer y es esencial capacitar a las enfermeras y enfermeros durante su formación. -**Respuesta de encuestado**.*

*Porque en nuestro país, y en la mayoría de los países africanos, la enfermería es una profesión predominantemente femenina. Así que, hemos estado tratando de seguir adelante. Por lo general, cuando hay más mujeres en la profesión, la gente no se lo toma en serio. -**Líder de enfermería, África subsahariana.***

El 77% de los encuestados, sin importar el género o la región, declararon que las imágenes estereotipadas de los médicos como dominantes y las enfermeras subordinadas son "muy importantes" o “algo importantes". Por eso, las enfermeras luchan por avanzar a puestos de

liderazgo. Estos estereotipos, que apuntalan la segregación de género de las funciones de enfermería y liderazgo, como la toma de decisiones, tienden a ser estereotipos esencialistas de género [4] o de primacía masculina:

Algunas personas piensan que las enfermeras son sirvientas. - ***Respuesta encuestado.***

En[país], las enfermeras son vistas como esclavas de los médicos. Es una vergüenza, la mentalidad de los médicos debería cambiar. Las enfermeras necesitan ser líderes, no médicos. - ***Respuesta encuestado.***

Un poco más del 50% de los encuestados afirmaron que las percepciones de la enfermería como un elemento esencial o unas características innatas, y no como una ciencia, es "muy importante" o "algo importante", por lo que las enfermeras no avanzan hacia el liderazgo.

*Ellos[la sociedad] podrían pensar que las mujeres son adecuadas para ser enfermeras porque las enfermeras son como un ángel. En mi país, la gente ve a las enfermeras como ángeles. -****Líder de enfermería, Asia Oriental y el Pacífico.***

La mayoría de las enfermeras líderes entrevistadas describieron experiencias de deferencia hacia los médicos, o médicos que no compartían sus decisiones; estos casos no se limitaban a posiciones de liderazgo de nivel inferior en un entorno local o a experiencias de hace mucho tiempo. Más bien, un número de estas experiencias ocurrieron en posiciones de liderazgo de alto nivel en organizaciones globales y en las últimas dos décadas:

*Como profesión, piensan que la profesión de enfermera es sólo un asistente de los médicos. Hablé con una de las personas clave de la[organización] sobre qué hacer con el personal de enfermería y luego esta persona le pidió a los médicos que comprobaran qué hacer. ¿Cómo puede el médico evaluar si el personal de enfermería está funcionando bien en los centros de salud? No entienden el concepto de la profesión de enfermera. Ellos no entienden el estándar de la práctica de enfermería, así que ¿cómo podrían verificar cómo pueden evaluar eficazmente? -****Líder de enfermería, Asia Oriental y el Pacífico***

*Para que la enfermería tenga voz en el público nacional es muy difícil porque está siendo ignorada. Y en toda nuestra planificación de recursos humanos, tendríamos que sentarnos junto con la asociación médica, y la asociación de enfermería y los demás y ver cuáles son las necesidades cambiantes de atención de salud con la población cambiante y tomar decisiones juntos. Pero... los médicos no están de acuerdo. Así que eso es problemático....como profesión no tiene la gloria que tiene la medicina. -****Enfermera jefe, Oriente Medio.***

Una de las encuestadas compartió su propia experiencia con el alto grado de poder de toma de decisiones que los médicos tenían sobre su nombramiento en un puesto de liderazgo de alto nivel en un sistema de salud europeo:

*Conseguí el trabajo, pero el personal médico, que no me conocía, se reunió y dijo que no iban a tener una enfermera y una mujer, y aparentemente según un amigo mío que estaba en esa reunión, había referencias al "poder de las enaguas". Así que me quitaron el trabajo a pesar de que en realidad había sido nombrada, porque las personas de mayor antigüedad en los servicios de salud dijeron que no se podía empezar un trabajo sin el apoyo del personal médico. No puedes separarlos (enfermería y género), ¿verdad? Creo que fue porque yo era enfermera. Pero no se puede separar[los dos]... están integrados uno en otro. -****Enfermera jefe, Europa.***

Resultados: Tanto las enfermeras como los enfermeros enfrentan prejuicios y discriminación por parte de los médicos; sin embargo, los resultados de la encuesta y las entrevistas indican que las mujeres sienten esos prejuicios y discriminación de manera más aguda. El 57% de los encuestados afirmaron que es más probable que las enfermeras no sean vistas como líderes en comparación con el 33% de los hombres. Las enfermeras mujeres son más propensas a estar al servicio de los médicos que los enfermeros varones (67% vs. 45%).

Los resultados de las encuestas y entrevistas indican que los prejuicios y la discriminación contra el liderazgo de las enfermeras, y en particular la toma de decisiones, ocurren en todos los niveles de la enfermería, desde la atención hasta la educación superior.

*No puedo ser profesora asociada siendo una mujer dentro de mi trabajo, así que necesito trabajar más duro y demostrarles a ellos, a la dirección de la universidad, que ser mujer no significa que no trabaje duro. Trabajé duro durante los últimos cuatro años y luego, dentro de ese período, que es un largo período para algunos, lo conseguí. Porque creo que si fuera un hombre, seguro que me podrían haber dado el puesto de inmediato, pero por mi género es por eso que me dieron otro año, otros dos, tres, cuatro años, para demostrarle a esta gente que puedo tener una posición de liderazgo. -**Líder de enfermería, África subsahariana.***

*Creo que un médico escuchará a un enfermero antes que a una enfermera. -**Respuesta encuestado.***

No puedo decir que culpo al género o lo que sea, culpo al sistema como un todo. Porque el departamento está dirigido por mujeres, pero el decano toma la decisión. He estado aquí durante cinco años, y en esos cinco años he visto a dos decanos varones.
*Ni siquiera creo que estén pensando en tener una decana. Así que esas son las cosas que se pueden ver que la sociedad todavía nos ve como inferiores a pesar de estar en la educación o en la academia. Y otra cosa que habla de eso es la investigación, por lo general hacemos una solicitud para pedir financiación para la investigación y, básicamente, cuando examinamos los resultados de la financiación en la mayoría de los casos, vemos que los hombres la reciben. -**Líder de enfermería, África subsahariana.***

Obstáculos y facilitadores del liderazgo

Las intervenciones propuestas para abordar las barreras que impiden las mujeres se conviertan en líderes son la igualdad de oportunidades y las políticas de igualdad de género, los sistemas para informar sobre la discriminación o el acoso, la formación específica en género y liderazgo y la tutorización por pares[43]. Existen varios programas para promover el liderazgo de mujeres: en Australia se crearon dos programas para promover a las mujeres en los campos de STEM y liderazgo, por ejemplo, el Programa de Equidad de Género en la Ciencia desarrollado junto a universidades para promover la equidad de género y el liderazgo femenino en los campos de STEM, ha conseguido que el 83% de las universidades participen en este programa. Otro programa, el Impulsor Masculino del Cambio, intenta impulsar el cambio en los hombres y enseñarles a ser responsables de sus acciones. Ambos programas se evaluarán en 2019[45]. La Fundación Nacional de Ciencia de los Estados Unidos tiene un programa llamado Avance orientado a otorgar subvenciones a instituciones que promuevan la equidad de género en los campos de STEM y el ámbito académico. Este programa busca mejorar la estructura institucional (es decir, las políticas de contratación, promoción y permanencia) y el apoyo a la conciliación de la vida laboral (por ejemplo, las políticas de transición de la vida, las carreras de doble

contratación) y proporcionar apoyo profesional equitativo (tutoría) y formación en empoderamiento (por ejemplo, promoción comités de búsqueda)[56].

Muchas enfermeras asumen roles de liderazgo sin formación formal en liderazgo y, a veces, sin una orientación formal[65]. Las habilidades de liderazgo de las enfermeras asistenciales se asocian con una mejor retención del personal y mejores resultados para los pacientes (reducción de la mortalidad y de eventos adversos)[65]. La formación en enfermería a menudo se centra en las competencias clínicas y descuida elementos tales como finanzas y costos[65]. Hay muy pocas publicaciones sobre programas de formación de líderes en enfermería. Un ejemplo es la formación del Instituto Global de Liderazgo en Enfermería, de cinco meses de duración, del Consejo Internacional de Enfermeras, que se centra en la enseñanza de políticas y habilidades políticas en enfermería, centrado en cómo las enfermeras pueden moldear, influir e implementar decisiones políticas[66]. La International nursing honors fraternity Sigma Theta Tau también tiene varios programas de liderazgo centrados en las enfermeras que desarrollan habilidades de liderazgo personales y académicas en gran variedad de especialidades de enfermería. La Fundación Florence Nightingale tiene varios programas de liderazgo en el Reino Unido dirigidos a diferentes grupos, incluidos los líderes de enfermeras del ejército, líderes de enfermeras de la comunidad, programas de liderazgo del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) y programas de liderazgo para enfermeras con impedimentos de aprendizaje[67].

La mentoría tradicional está enfocada solo en la carrera y, a menudo, se da una relación personal de desequilibrio entre el mentor y el aprendiz [69,70]. La mentoría feminista se diferencia de la mentoría tradicional en que ofrece un enfoque centrado en el fomento de las relaciones a través de la franqueza, las necesidades personales y emocionales, el trabajo hacia el cambio social, y la reflexión acerca de los problemas de poder, mientras que, por lo general, mantiene la relación personal cercana[70]. Un estudio encontró que los mentores masculinos a menudo solo se enfocaban en objetivos profesionales, mientras que las mentoras también se enfocaban en el apoyo psicosocial[71]. Los modelos feministas de mentoría se basan en las experiencias vividas por las mujeres y se dan mediante una relación recíproca entre mentora y aprendiz, basada en el empoderamiento y la solidaridad[72]. Esta relación personal puede ayudar a conectar experiencias personales y políticas[69] y centrarse en el empoderamiento, la autoestima y la construcción de conocimiento[73]. Diferentes investigaciones han destacado la importancia de estas relaciones feministas en la enfermería, específicamente al ser un campo mayoritariamente femenino[72]. Se ha demostrado que estas relaciones de mentoría ayudan a las mujeres a adquirir permanencia en su puesto y diferentes títulos administrativos[73]. Además, las mentoras pueden ayudar directamente a las mujeres a acceder a los roles de gestión, y aquellas que tuvieron mentoras en sus puestos de gestión tenían mayor satisfacción laboral.

Resultados: las respuestas más destacadas de la encuesta cualitativa a una pregunta sobre los obstáculos para asumir roles de liderazgo fueron: falta de confianza en sí mismos, falta de guarderías, planillas rígidas y horarios de trabajo a tiempo completo, conflictos en la conciliación de trabajo y vida personal, y discriminación de género. Las enfermeras también mencionaron la falta de acceso a la educación superior o a la educación necesaria.

La cultura y las prácticas de la organización mostraron otro conjunto de obstáculos, aunque no necesariamente relacionados con el género, incluida la política y el acoso, y la falta de apoyo de la administración, como sentirse poco apreciado / no reconocido / no apoyado por los supervisores.

De las respuestas de la encuesta a una pregunta sobre cómo se habían superado los obstáculos en el camino al liderazgo, varias respuestas de la encuesta cualitativa sugirieron que los obstáculos, realmente, no se han superado, pero que en los casos en los que sí se han superado, ha sido porque sus hijos crecieron, eran más independientes y ya no necesitaban tanta atención, o porque habían desarrollado confianza suficiente con la experiencia.

Los resultados de la encuesta muestran que los tres principales facilitadores del liderazgo de enfermería, indicados como "muy importantes" o "importantes" para el avance del liderazgo de enfermería, son: apoyo de la familia y/o la pareja (92%), formación en liderazgo (92%) y recibir tareas que los prepararon para el liderazgo (91%).

El apoyo de la familia y la pareja fue citado como un factor importante para el avance del liderazgo de enfermería.

Entonces, todo lo que realmente necesitas es apoyo ... apoyo de tu pareja, apoyo de tus padres, de lo contrario puede ser difícil. Mi difunta madre y mi suegra vinieron muchas veces para apoyarme y cuidar a los bebés cuando estaba estudiando y tuve que viajar al extranjero. — ***Profesora de enfermería, África Subsahariana.***

*Cambiar las responsabilidades en la familia, por ejemplo, que los hombres puedan cuidar a los niños, o ayudar a su esposa, o ayudar a su esposa a hacer las tareas de la casa... como por ejemplo, lavar la ropa o limpiar la casa, o poner lavaplatos tal vez sería de ayuda. Cuando la esposa es ayudada, puede tener más tiempo y no estará demasiado cansada. Y así puede dedicar tiempo a su trabajo. —****Profesora de enfermería, sudeste asiático.***

Tuve la suerte de tener apoyo, especialmente durante la maternidad. Recuerdo una vez que me necesitaron en [país] y yo estaba amamantando a mi hijo. Y mi marido dijo: "Voy a comprar un billete de avión para la niñera [para ir contigo] ". Así que tuve a alguien cuidando al bebé mientras yo asistía a talleres y todo eso. Así que ellos [familia] me facilitaron el trabajo, porque realmente se necesita el apoyo, de lo contrario, puedes encontrarte verdaderas barreras. - ***Enfermera Líder, África subsahariana.***

Existen algunas diferencias notables entre los informes sobre los facilitadores del liderazgo recogidos en la encuesta y en las entrevistas a enfermeras líderes. Aunque el 92% de los encuestados creen que la formación es importante para el avance, y aproximadamente el 40% de los encuestados quieren formación en liderazgo, los entrevistados mostraron menos entusiasmo respecto al valor añadido del liderazgo formal. Un entrevistado elogió el entrenamiento, pero la mayoría expresaron la creencia de que el entrenamiento no es una panacea, más bien, la clave para desarrollar habilidades de liderazgo consiste en aplicar las habilidades y los conocimientos aprendidos en la formación:

*Creo que la formación y los cursos sobre liderazgo son importantes. En mi carrera y en mi avance hacia el liderazgo en enfermería, tuve esa variable. Tengo el título en gestión de enfermería de [país] y realicé el curso de liderazgo africano. Creo que no podemos sólo avanzar hacia delante, deberíamos desconstruir el mito de que los líderes nacen. Los líderes necesitan formación, nosotros necesitamos entrenamiento para ser unas líderes. —****Profesora de enfermería, África Subsahariana***

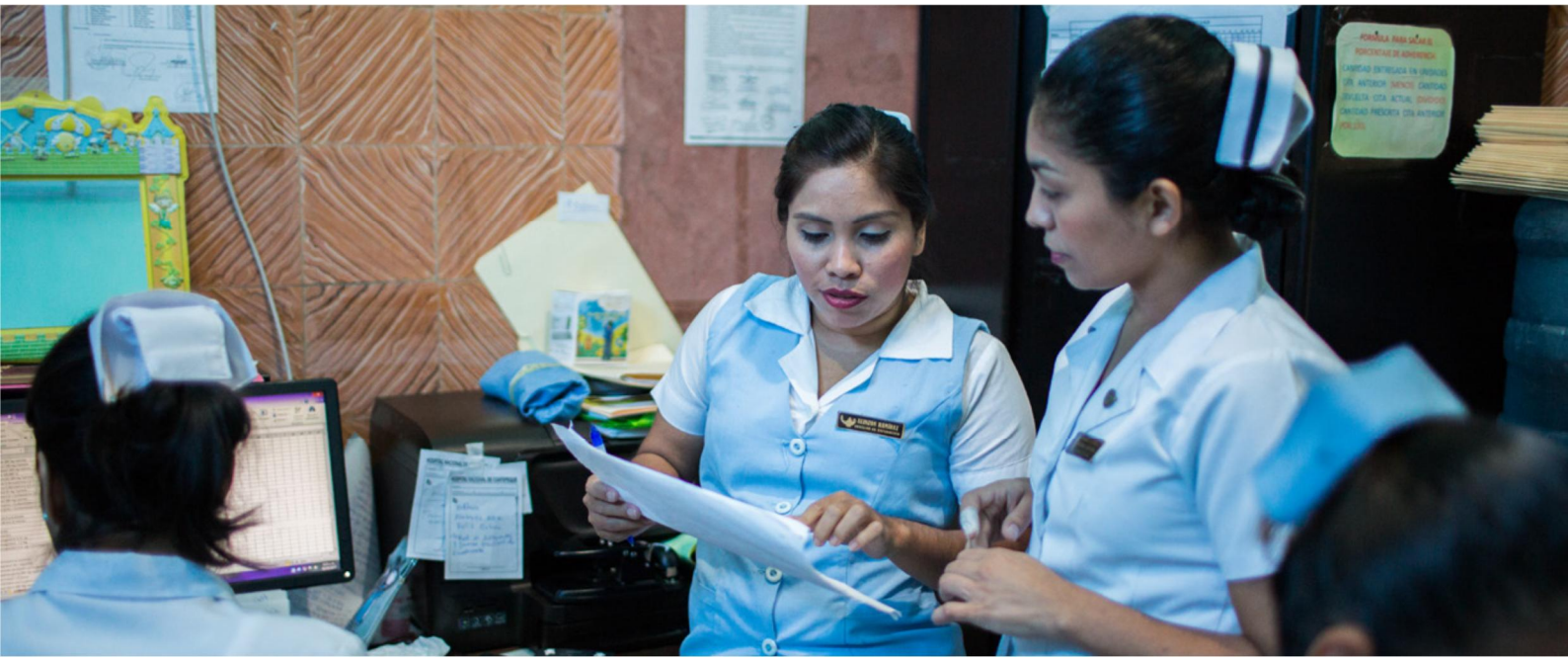
Sí, creo que conseguí práctica. Ya sabes, puedes ser entrenado en la teoría, pero si no aplicas esa información no estás adquiriendo ninguna habilidad. Así que, el hecho de que ahora mismo esté

trabajando en [organización] en una posición de liderazgo superior ha hecho posible que ponga en práctica las teorías que he aprendido durante la formación en liderazgo. Así que una de las claves es aplicar lo que hemos aprendido. ***—Profesora de enfermería, África subsahariana.***

Un hallazgo consistente y fuerte en las entrevistas fue el papel beneficioso de contar con un mentor o entrenador: 86% de los encuestados declararon que esto era "muy importante" o "importante."

Cuando comencé mi doctorado en Enfermería, la admiraba y quería ser como la primera señora que conocí. Pero, para ser relatora en enfermería fue una ginecóloga de Noruega quien me orientó. Me dijo: "mira, quiero que seas profesora de enfermería un día. Y quiero trabajar contigo. Hagamos esta investigación juntas, yo te llevaré de la mano ". Y lo hizo. Entonces pude graduarme y construir mi reputación **—Profesora de enfermería, África subsahariana.**

Para mi doctorado tenía una directora particular que fue muy buen mentor. Ella ya había revisado mi CV y dijo que necesitaría un acuerdo privado conmigo para cada tarea que hiciera. Quería estar segura de que obtuviera calificación para presentarlo en una conferencia



internacional. Y eso era como "¿pagarías por eso?" Y ella respondió: "Hay financiación, si se acepta incluso para un poster". Así que lo publiqué de inmediato. Ella fue muy, muy buena al decir "uh uh no es publicable", "Eso no es presentable" o "Hazlo de nuevo". Y me encontré, antes de terminar mi doctorado con que me pidieran asistir y presentar conferencias. Sobre todo porque yo estaba interesado en el VIH, que en ese momento era un nuevo área, pude publicar. ***—Profesora de enfermería, África subsahariana***

Otro importante facilitador de liderazgo que surgió en las entrevistas es el papel de la educación superior como base para construir competencias, credibilidad, reconocimiento y confianza. Esto fue un hallazgo consistente en todos los tipos de enfermería y países. Los encuestados y los entrevistados declararon que la competencia, la credibilidad y la confianza son aspectos críticos del liderazgo de enfermería.

*Debo decir ... uno de los desafíos que enfrentamos en el liderazgo es el reconocimiento. Recuerdo lo que me empujó a hacer un doctorado. Fui a una reunión después de mi máster. Uno de mis colegas tenía un doctorado y cada vez que ella hablaba, todos escuchaban. Y yo, con mi máster, podía decir lo mismo, y nadie me reconocería. Así que me dije a mi misma: este es un problema de estatus. Entonces, decidí que debía obtener mi doctorado. También sabía que era por ser mujer. Porque los hombres, si hablan, incluso sin un doctorado, muchas veces reciben reconocimiento. —**Profesora de enfermería, África subsahariana .***

Sin embargo, la preponderancia de doctorados en la muestra de las enfermeras líderes entrevistadas contrasta notablemente con que solamente el 11,4% de los encuestados había realizado un doctorado. Una mayor proporción de los encuestados en la muestra tenían títulos de master (35%), lo que sugiere un grupo mayor de potenciales líderes de enfermería. Estos hallazgos nos llevan a reconsiderar el valor de un doctorado como elemento esencial para el liderazgo. Dado que solo es posible para unos pocos en términos de responsabilidades y costos familiares, puede ser que la búsqueda de un estatus académico por parte de los profesionales de la enfermería haya ido en detrimento de otras rutas hacia el desarrollo del liderazgo (Salvage 2019, Comunicación personal).

Resultados: Las enfermeras líderes entrevistadas declararon que deben trabajar para demostrar su competencia y construir credibilidad, normalmente ante los médicos, como paso importante en el establecimiento de su liderazgo. Esta puede ser una manifestación de una forma de sesgo referida como "prueba otra vez" en relación con enfermeras individuales.

*Creo que era importante mostrar [competencia] en mi liderazgo, así que tuve que trabajar más duro y demostrar a la dirección de la universidad que ser mujer no significa no trabajar duro. He trabajado duro durante los últimos cuatro años y después de este periodo, el cual es un periodo largo para algunos, lo he conseguido. Porque creo que si yo fuera un hombre, seguro que podrían haberme dado esa posición de inmediato, pero debido a mi género me llevo otro año, otros dos, tres, cuatro años, para demostrar a estas personas que puedo tener una posición de liderazgo. —**Profesora de enfermería, África Subsahariana.***

La experiencia y la educación consiguen superar los problemas de confianza en sí mismos. - ***Respuesta encuestado.***

Otro entrevistado argumentó que la competencia y la credibilidad no se ganan únicamente mediante la educación, sino siendo capaces de articular lo que la enfermería contribuye al cuidado de la salud. La necesidad de establecer la contribución de la enfermería puede indicar un sesgo de "prueba otra vez" para la profesión.

*Creo que tenemos que asegurarnos de que buscamos un lugar en la mesa, buscamos un lugar igual, un lugar equitativo y un lugar igual en la mesa de las políticas de salud. Pero tenemos que ser capaces de estar seguras de saber en lo que contribuimos. No basta con decir que somos líderes y queremos hacer política. Quiero decir, que tenemos que ser claros y capaces de definir en lo que realmente contribuimos. —**Profesora de enfermería, Oriente Medio.***

Redes formales e informales

El acceso a redes formales puede disminuir la segregación ocupacional a través del acceso a contactos profesionales, mentores y personas influyentes.

Las redes informales de amigos que tienen información sobre empleo y oportunidades de liderazgo, y las redes familiares, que ayudan a las enfermeras a equilibrar el trabajo y las obligaciones familiares, también pueden disminuir los desafíos a la hora de asumir posiciones de liderazgo.

Resultados: El papel de las redes profesionales informales y formales surgió en las entrevistas como un importante facilitador porque las redes pueden proporcionar acceso al conocimiento, las perspectivas, el asesoramiento, la experiencia, el apoyo y el peso añadido de la autoridad para ayudar a superar los desafíos y alcanzar los objetivos de liderazgo.

Creo que el componente más importante del curso del ICN que recibí fue que, como enfermeras líderes, necesitamos ser políticamente astutas, necesitamos involucrarnos con gente de alto nivel y necesitamos tener redes. Esas redes son importantes porque no lo son... porque no lo sabes todo. Desde las redes, usted puede pedir ayuda a las personas que han pasado por eso o que pueden compartir algunos desafíos. -**Líder de enfermería, África subsahariana.**

Creo que lo más importante que necesitaba para tener éxito era la red. Y por la red, me refiero a conocer gente de fuera del país. Porque dentro del país, no podemos encontrar a las mismas personas que tienen la misma perspectiva. Es tan difícil. Así que necesitamos conseguir a los extranjeros porque tienen la educación superior, tienen perspectiva... así que necesitamos consultar con ellos y crear redes. Así que a veces tenemos que invitarlos a hablar con las autoridades de[país]. Este también es mi éxito. Y el segundo punto es que tenemos que trabajar con los nuestros. Así que aunque no tenemos un equipo grande, necesitamos tener un equipo pequeño... necesitamos discutir regularmente, queremos seguir adelante. Así que tomamos[un] tema y lo discutimos juntos, y si no podemos encontrar ninguna solución, entonces podemos consultar con nuestra red. -**Líder de enfermería, Asia Oriental y el Pacífico.**

Parte de ello[el trabajo en red] es tener buenos amigos profesionales cercanos que nos apoyen y que nos apoyen durante toda la vida. Tengo.... bastantes buenos amigos, internacionales, amigos de diferentes países, que son enfermeras. Y supongo que por ahora, todos en posiciones de liderazgo. Y tienes que cultivar esa amistad. Y eso es una gran ayuda. Eso no sólo va para el liderazgo o para la enfermería, eso iría para cualquier cosa. -**Enfermera jefe, Oriente Medio.**

El aprovechamiento de organizaciones altamente visibles, percibidas como altamente influyentes, puede añadir peso a los esfuerzos de los líderes de enfermería para abordar las brechas en el sistema de salud que las enfermeras sienten que no podrían hacer de otra manera por sí mismas. Un líder de enfermería entrevistado compartió su experiencia que, al aprovechar sus redes en la OMS, fue capaz de llamar la atención sobre el entorno de la práctica de enfermería en su país:

Hablé con la OMS sobre el entorno de la práctica de enfermería en[país] y las cuestiones relativas a la dotación de personal de enfermería, que están relacionadas con la calidad de la atención de enfermería. Así que hablé con ellos[OMS]....para ser mi intermediario. Así que creo que la gente de la OMS tiene el poder de influir en mis líderes para que puedan proponer[evaluación] de la fuerza de trabajo de enfermería en[país]. Así que le pidieron al ministro[Ministro de Salud] que me invitara a formar parte del equipo[de evaluación]. **-Líder de enfermería, Asia Oriental y el Pacífico.**

Este mismo enfermero líder compartió otra historia sobre cómo aprovechar su red extranjera para influir en la política después de que no tuvo éxito en su presión a favor de un código de ética de la enfermería:

No estoy seguro de que en otros países, pero en[país], necesitamos gente extranjera en nuestra red. Así, por ejemplo, creé un código de ética para la enfermería en[país]. Uno de los médicos de la sala me puso en mi lugar cuando hablé sobre el cuidado compasivo... no pudo aceptarlo. Así que invité a dos enfermeras de los Estados Unidos para que le explicaran el código de ética porque no me escuchó. **-Líder de enfermería, Asia Oriental y el Pacífico.**

QUÉ ES NECESARIO QUE LIDEREN LAS ENFERMERAS

Hasta cierto punto, los impulsores culturales de la estratificación de género pueden abordarse a través de una educación transformadora de género[30] y de políticas de enfermería y recursos humanos transformadoras de género. El término "transformador de género" se refiere a las políticas y programas que promueven la posición relativa de mujeres, niñas y grupos marginados e intentan transformar las estructuras sociales subyacentes, políticas y normas sociales generalizadas que perpetúan las desigualdades de género[59, 83]. Por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo clasificó el Convenio de 1977 sobre el personal de enfermería (C 149) como un instrumento actualizado en el año 2005.[39] Sin embargo, el Convenio núm. 149 y la Recomendación 157 podría ser revisado para ser transformador, integrando otras normas laborales de la OIT que promueven la igualdad de género, para abordar explícitamente el sesgo de género y la discriminación con respecto a: la protección contra la discriminación, directa e indirecta, basada en el embarazo, la familia y las responsabilidades del cuidado infantil; el logro de una mejor integración de la vida personal con las horas de trabajo y el trabajo por turnos; y



mejorando la seguridad y salud en el trabajo, incluyendo la prevención de la violencia en el trabajo / el acoso sexual.

Diversas investigaciones sugieren que las mujeres experimentan una serie de discriminaciones en el sector de la salud que las margina y las aleja de los centros de poder [55, 56, 57, 72], que sugiere

que deben abordarse juntas en enfermería, salud y la política y programación de recursos humanos.

Los sistemas de educación transformadores de género [30, 59] también pueden abordar los factores impulsores de la segregación ocupacional y elevar el estatus y el perfil de las enfermeras durante la socialización inicial de enfermeras y médicos, especialmente en países donde existen fuertes jerarquías profesionales entre hombres y mujeres, médicos y enfermeras. En 2010, la Comisión Independiente de Educación de Profesionales de la Salud para el Siglo XXI publicó un informe exhaustivo sobre la educación de los profesionales de la salud, [30] y solicitó reformas institucionales y de instrucción en la educación de estos profesionales para abordar varias deficiencias sistémicas, incluida la estratificación de la condición profesional por género. Propuso como una de sus reformas prestar atención para garantizar la igualdad de oportunidades a través de un trabajo más flexible, acuerdos y trayectorias profesionales que se adapten a la posibilidad de solicitar excedencias temporales, y abordar activamente la discriminación y la subordinación de género como parte de las reformas políticas educativa e institucionales. Las oportunidades para fomentar el trabajo en equipo, la reducción de silos profesionales y de los patrones jerárquicos en la interacción y toma de decisiones, la devaluación de la enfermería, su contribución y el valor en la toma de decisiones frente a médicos y hombres, son factores que podrían abordarse mediante la educación de los profesionales de la salud si se realizaran reformas políticas institucionales y de formación que prepararan a las enfermeras y los médicos para equilibrar sus vidas profesionales y personales, y para trabajar juntos de forma cooperativa como compañeros iguales, con el mismo estatus y con el interés mutuo de servir a la población [2, 30, 59]. Los modelos de buenas prácticas deben ser identificados a partir de las lecciones aprendidas de los modelos de formación trans e interprofesional.

Las reformas reguladoras, políticas y educativas, combinadas con el desarrollo del liderazgo, pueden desafiar los estereotipos y las jerarquías de género y profesionales que restringen la capacidad de las enfermeras para desarrollar completamente su potencial y eficacia en múltiples roles de liderazgo asistenciales y políticos. Los factores económicos también pueden influir en el acceso a la educación y al desarrollo del liderazgo: los niveles salariales, las condiciones del trabajo (como las jornadas parciales), los acuerdos contractuales y el acceso al apoyo institucional para el liderazgo de enfermería.

Resultados: Se pidió a los encuestados que seleccionaran entre 12 ítems los 5 que más les interesaría en un trabajo de enfermería de nivel superior. Los 5 ítems que se seleccionaron con más frecuencia fueron: Tener equipamiento y recursos para realizar el trabajo (47%), formación en liderazgo (45.3%), salario bueno y justo (45%), tener pautas claras para la toma de decisiones (38%), y apoyo en la toma de decisiones por parte de sus superiores (35%). La Figura 5 de la siguiente página muestra la clasificación de los 12 ítems. Los porcentajes indican la proporción con la que cada ítem fue clasificado entre los cinco primeros. Por ejemplo, el 45% de los encuestados calificó “formación en liderazgo” como número uno, dos, tres, cuatro, o cinco.

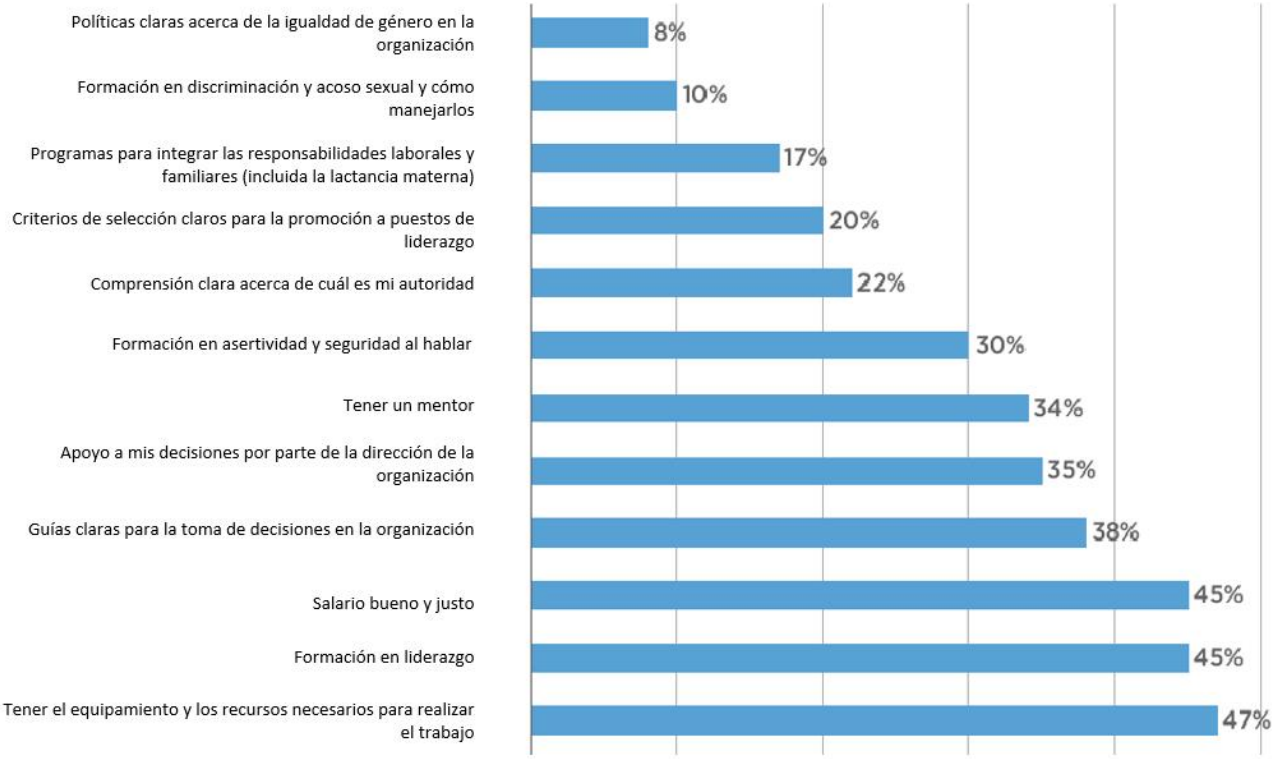
En particular, entre los encuestados que calificaron "formación en liderazgo” como uno de sus cinco elementos más importantes, el 44.6% calificó la formación como número uno (ver Tabla 40.1- 12 en el apéndice A). Llama la atención que “políticas claras sobre la igualdad de género en la organización/trabajo ” ocupa el puesto más bajo, dadas las percepciones de desigualdad de género y desventaja femenina presentadas anteriormente. No está claro si esto es porque la desigualdad de género está normalizada o si es porque los encuestados no creen que las políticas de igualdad de oportunidades o de no discriminación sean eficaces para facilitar el avance en liderazgo.

Resultados: la tabla 2 sugiere que estar cómodo diciendo lo que uno piensa (67%), saber cómo formular políticas (67%), ser capaz efectivamente de optar por una posición (66%), tener habilidades para hablar en público (62%), ser capaz de identificar o hacer frente a los diferentes tipos de discriminación de género (59%), tener confianza en el ejercicio del poder (58%) y saber contrarrestar el acoso sexual (55%) son capacidades importantes para los líderes de enfermería.

Tabla 2. Capacidades de liderazgo:

P42: Asumiendo que tienes la formación, entrenamiento y experiencia apropiadas, si quisieras convertirte en un líder dentro del mundo de la enfermería, ¿Cómo de importantes crees que serían las siguientes características? Muy importantes, algo importantes, no importantes.					
	No importante	Muy importante	Algo importante	Total	Sin respuesta
Tener seguridad en el ejercicio del poder	2.4%	58.1%	17.5%	78%	22.0%
Tener habilidades para hablar en publico	0.9%	62.3%	15.0%	78.2%	21.8%
Sentirse cómodo diciendo lo que se piensa en un grupo de dirigentes de alto rango	1.1%	66.9%	10.3%	78.3%	21.7%
Saber cómo denunciar el acoso sexual	5.6%	55.3%	17.2%	78.0%	22.0%
Ser capaz de identificar y manejar los diferentes tipos de discriminación de género que estés sufriendo o que estén sufriendo otros	3.5%	59.4%	15.2%	78.0%	22.0%
Saber participar en la formulación de políticas	1.2%	66.8%	10.1%	78.1%	21.9%
Saber cómo optar efectivamente a un puesto de trabajo	1.7%	66.4%	9.8%	77.9%	22.1%
Tener conexiones políticas	18.8%	28.4%	30.6%	77.8%	22.2%

Figura 5. ¿Qué haría que te interesaras por un puesto de alto nivel de enfermería? Selecciona 5 de las cosas más importante: Siendo 1 la puntuación más alta y 5 la más baja (n=2537



ÉXITOS EN EL LIDERAZGO DE ENFERMERÍA FRENTE A LOS PREJUICIOS DE GÉNERO Y LA DISCRIMINACIÓN

Las enfermeras líderes que fueron entrevistadas jugaron varios roles y lograron hacer significativas contribuciones a la educación pública a lo largo de sus largas carreras, elevando el perfil y el estado de la profesión enfermera, realizando investigación educativa, haciendo mejoras políticas y prácticas, proporcionando servicios de liderazgo y tutoría, siendo modelos a seguir y mejorando la salud de las poblaciones, a pesar enfrentar muchos sesgos y discriminaciones de género y de la dominación médica que desafiaron sus decisiones y competencia.

Historia de éxito n. ° 1: enfermera del Sur Global, líder de la asociación mundial de enfermería profesional.

Una enfermera líder compartió su éxito en su carrera, incluyendo su servicio como presidenta de un Sigma Theta Tau y como líder senior dentro La confederación Internacional de Matronas. Su experiencia y reconocimiento como enfermera líder no pasó desapercibida; ha sido invitada a hablar reuniones en todo el mundo como experta en recursos humanos para mejorar la salud materna y neonatal, lo cual ha elevado la visibilidad de la enfermería como una profesión que puede causar gran impacto en los sistemas de salud.

Historia de éxito n. ° 2: Elevando la profesión de enfermería a la vez que un programa de radio.



Una enfermera líder explicó que los desafíos de las enfermeras para ganar reconocimiento por su contribución y la importancia del liderazgo de enfermería no se dan solo dentro del sistema de salud, sino también en la sociedad en general. Ella inició un programa de radio para educar al público sobre la enfermería para cambiar actitudes y elevar el estado y perfil de la enfermería: “El desafío de reconocer la importancia de las enfermeras y de las enfermeras líderes era doble [reconocimiento por parte de los médicos y del público]. Primero, el obtener reconocimiento

sobre la necesidad de que las enfermeras obtengan formación universitaria y sobre que son capaces de tomar decisiones fue un gran desafío... también por las actitudes de la población. Cuando comencé mi línea habitual de llamadas de radio, invité a las enfermeras a compartir su práctica, compartir poesía y cantar canciones. Mostramos muchas cosas sobre las enfermeras porque era habitual que las personas que escuchaban el programa pudieran llamar para hacer preguntas. Yo creo que esto cambió las actitudes de la población sobre la enfermería".

Continuó con otro ejemplo del programa de radio: "Al principio invité a mis estudiantes de enfermería para hablar y responder preguntas en la línea directa. Creo que para un par de meses a todos los que llamaban a esta línea directa, todos se quejaban de enfermeras que habían matado o hecho algo malo a sus familiares. Y cuando empezamos a compartir información sobre lo que enfermeras hacen, entonces más y más personas comenzaron a llamar para decir que las enfermeras son fantásticas. Y les gustaría enviar un saludo a la enfermera que estaba cuidando al hijo de alguien. Creo que la influencia pública fue muy importante culturalmente. Y, para el desarrollo de posiciones de liderazgo, creo que ..., por supuesto, es importante para las enfermeras tener formación ... pero también es muy importante comunicarse con [el] público, y mostrar lo que pueden hacer las enfermeras, mostrar progreso ".

Historia de éxito nº 3: Educación para la próxima generación

Durante la permanencia de esta enfermera líder como directora en una escuela de enfermería, quería asegurarse de que las enfermeras no tuvieran que salir del país para graduarse, como ella había hecho, por lo que ella y su equipo crearon los primeros títulos de posgrado en enfermería en su universidad y mejoraron el programa de licenciatura existente: “A través de mi equipo, del liderazgo de nuestro equipo, se desarrollaron cuatro programas de postgrado. Entonces, comenzamos un un máster con seis de ellos y luego tres programas de doctorado. La idea era que no todas las enfermeras tuvieran que salir del país, porque por muchos problemas se quedaban en casa. Así que ahora estos programas están en marcha. También diversificamos los programas de licenciatura. Cuando empecé mi liderazgo eran solo cuatro y para cuando salí de la universidad en [país], había casi 20 estudiantes de programas de pregrado. También empujamos a la facultad de enfermería a convertirse en un centro de la OMS, y [ser] una líder en la profesión de enfermería realmente puso a la escuela en una buena posición. "Estos programas elevaron el estado de Enfermería a través de una mayor competencia”.

Historia de éxito nº4: Uso del poder político para abordar la violencia contra las mujeres

Otra enfermera líder compartió la historia de cómo usó su influencia como ministra en un país africano para abordar la violencia de género y el abuso mediante el desarrollo de leyes sobre violencia doméstica y leyes matrimoniales. Reconociendo que la violencia doméstica y el poder masculino dentro del matrimonio eran problemas de salud, esta enfermera líder colaboró con otros ministros, a menudo enfrentándose a la oposición, y trabajaron para cambiar las leyes que tenían un impacto negativo sobre las mujeres y sobre la salud de la mujer: "Me encontré colaborando ... para cambiar las leyes del país iban bien para las mujeres. Por ejemplo, desarrollamos un proyecto de ley de violencia doméstica. Las parejas que experimentan la violencia a veces no tienen padres ni nadie que les aconseje [a la pareja], así que desarrollamos un proyecto de ley de violencia doméstica. Tuvimos que asegurarnos de que las comunidades conocían el proyecto de ley y podían impleméntarlo."

"Cuando me convertí en una líder, hice una serie de políticas sobre el acoso sexual. Porque estaba entrando en un situación, por ejemplo, aquí mismo, en [una organización multilateral],

por ejemplo, donde tienes gente en posiciones realmente altas, y son directores en su país, y ... a veces conoces a alguien que te dice "ya sabes, yo te he contratado, así que me debes esto a cambio". Así que tuve que sentarme y desarrollar una política sobre acoso sexual, sobre diversidad cultural y eso. Y, de hecho, había personas obligadas a someterse a formación sobre eso online... Y dije: "Si estás en mi región, tendrás que realizarlo '. Y, ¿adivina qué? Como resultado, mi región llegó a ser la única región donde había menos intimidación, y hubo menos casos de hostigamiento, ya fuera sexual o por poder ".

Historia de éxito n. ° 5: Investigación sobre líderes de enfermería, defensa e impacto de la primera línea, a nivel nacional e internacional.

Una enfermera líder describió cómo su investigación y su apoyo movilizó a las comunidades y tuvo un impacto en la salud a nivel nacional: “Creo que determinados aspectos de la salud pública fueron los que me catapultaron hacia el liderazgo. Yo fuí la primera persona en documentar el impacto del VIH y el SIDA en las mujeres en [país]. Fui una de las cofundadores de la asociación de mujeres con SIDA en África, que era una ONG. Así que aquí había una enfermera, que tenía alumnos, quien también dirigía una ONG, y fue realmente genial. Y ahí es donde comenzó el liderazgo, y me las arreglé para conseguir que las personas que estaban viviendo con VIH formaran también sus propias organizaciones para darles ese apoyo".

Esta enfermera líder amplió el perfil de enfermería y el alcance de la práctica de las enfermeras: “Mi mayor logro es realmente el liderazgo en la respuesta al SIDA. Pude mostrarles a las enfermeras que ellas pueden ser grandes líderes. Porque, ya sabes, cuando llegó el VIH, en muchos países los médicos pensaron que su trabajo era al único que afectaba la epidemia pero yo les mostré que no, que en realidad éramos nosotras. Nosotras estamos más con las comunidades, podemos hacer bastante más por ellos. Somos sus educadores, confían en nuestros resultados, y todo eso, así que fue un verdadero logro conseguir que las enfermeras se implicaran en ello y que pudieran prescribir para nuestros pacientes, y, ¿ que paso? Que se redujeron las transmisiones de madre a hijo, que ahora es menos del 1%. Siento que esto ha sido un gran logro ".

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El liderazgo de enfermería opera en sistemas de salud con sesgos de género que a menudo están dominados por hombres y profesiones mayoritariamente masculinas, convirtiendo a la enfermería y al liderazgo enfermero en roles segregados por género. En esta sección, nos dedicaremos a los factores impulsores de la segregación ocupacional.

MECANISMOS CULTURALES

Las normas de género, expectativas, creencias y estereotipos sobre los roles apropiados de las mujeres y los hombres en sociedad afectan a la Enfermería y a los puestos de liderazgo de diferentes maneras. Están implicados en varios sesgos de género y discriminación documentados en este estudio: la barrera de la maternidad, el techo de cristal y escalera de cristal, “pruebalo otra vez”, discriminación directa contra las mujeres embarazadas y discriminación indirecta relacionada con las responsabilidades familiares y, posiblemente, titulación académica. El liderazgo enfermero femenino también se ve obstaculizado por dos significativos desafíos: 1) La percepción de la enfermería como una “ciencia blanda" y, por lo tanto, menos rigurosa e inferior a medicina o cirugía; y 2) el esencialismo de género y los estereotipos de primacía masculina, que en combinación son responsables de que la enfermería se perciba como una profesión inferior, al estar formada predominantemente por mujeres.

Los gobiernos que han ratificado el Convenio Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) tienen la obligación de eliminar los estereotipos nocivos. El artículo 5 de la CEDAW (a) requiere que los firmantes “modifiquen los patrones culturales de conducta de hombres y mujeres ”en un esfuerzo por eliminar prácticas que “se basan en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno u otro de los sexos o en roles estereotipados para hombres y mujeres ”. La CEDAW parece requerir la adopción de medidas, incluyendo medidas especiales de carácter temporal, como las acción y discriminaciones positivas, para eliminar segregación basada en estereotipos de género. Promover la enfermería como una carrera STEM podría ser una estrategia eficaz elevar su estatus, complementada con esfuerzos para abordar los sesgos de género dentro de las STEM mismas.

El que los enfermeros varones asciendan más rápidamente a puestos de liderazgo en una profesión dominada por mujeres, es una evidencia de la existencia del efecto de la “escalera de cristal” que, según estos datos, se ve afectada, en parte, por la barrera de la maternidad. El sesgo pro-masculino, o ventaja masculina, es evidente cuando los hombres son elegidos para puestos de liderazgo cuando "se necesita un poco de testosterona". La presunción de que los hombres son naturalmente más competentes se manifiesta en el sesgo de "pruébalo otra vez", según el cual las mujeres deben demostrar constantemente que son competentes, mientras que se percibe que los hombres no tienen que “saltar a través de tantos aros ". El efecto "escalera de cristal" también se pone en juego cuando se contratan o promocionan enfermeros masculinos porque, a diferencia de las enfermeras, no requerirán baja por embarazo. Además, se piensa que ellos son menos propensos a tomarse un tiempo libre del trabajo para cuidar de los hijos y de la casa.

Para elevar el estatus del liderazgo de las enfermeras en la Cobertura de Salud Universal, recomendamos:

Globalmente:

- La OMS, la OIT y el CIE deberían promover la discusión con otras agencias multilaterales relevantes y con asociaciones de personal sanitario internacionales para generar y aplicar conocimiento, y discutir una programación conjunta para mejorar el entorno regulador de la enfermería, reformar la formación profesional de la salud, y desarrollar el liderazgo de enfermería.
- Las organizaciones multilaterales como la OMS, la OIT, el Mecanismo de Financiación Mundial para Mujeres y Niños y Adolescentes, la UNESCO, y todos los organismos institucionales multilaterales deberían implementar campañas con todas las múltiples partes interesadas, incluyendo el Plan de Trabajando por la Salud de 5 Años de Duración de la OMS-OIT-OCDE, para desafiar las normas de género en la enfermería y desarrollar materiales y mensajes que enfaticen el conocimiento necesario para éxito en la profesión y el carácter riguroso del trabajo, promover la enfermería como científica y su categoría de educación técnica, es decir, clasificada como una profesión STEM.
- Los actores globales deben abogar por que, al menos, el 75% de países tengan una Directora de Enfermería o Directora gubernamental de Enfermería como parte de su equipo de gestión de la salud de más alto nivel, con capacidad de supervisión y autoridad para administrar presupuestos, crear programas de formación de liderazgo enfermero, promover la contratación de enfermeras y regular la formación en enfermería, señalando así la importancia de la enfermería como profesión. Esta posición debe tener vías concretas para coordinar programas de formación de líderes de enfermería con los ministerios de educación, trabajo, género, finanzas, y otras agencias nacionales y locales.

A nivel nacional:

- Los gobiernos deben garantizar la elegibilidad de las enfermeras para puestos en el Ministerio de Sanidad y para todas las posiciones de liderazgo en gobierno.
- Los sistemas académicos sanitarios, tanto públicos como privados, deben introducir la gestión institucional y reformas de instrucción, y adaptar los modelos educativos a las mejores prácticas (por ejemplo, la educación transprofesional) a contextos locales. Para reducir la estratificación de género, se deben descomponer las cadenas jerárquicas de mando, mejorar el trabajo en equipo y ampliar el alcance de la toma de decisiones de las enfermeras.

Institucional:

- Las clínicas, los hospitales y el resto de instalaciones, tanto públicas y privadas, debe incluir una enfermera en su Junta directiva y/o entre su personal directivo al mismo nivel que sus otros directores/gerentes.

  Los empleadores deben establecer un plan estándar para asegurar que las enfermeras y otros trabajadores de la salud no se enfrentan desventajas profesionales si se quedan embarazadas.

SANCIONES POR EL INCUMPLIMINETO DE LAS EXPECTATIVAS DE LA MASCULINIDAD O LA FEMINIDAD

Como se evidencia en los resultados, existen percepciones erróneas y sanciones relacionadas con la transgresión de las normas de género. Los pacientes a veces perciben los enfermeros varones como médicos o se preguntan si “hay algo malo en el enfermero" por haber elegido una profesión dominada por mujeres. Esto es confirmado por diversas investigaciones que concluyen que el que los hombres accedan a profesiones dominadas por mujeres a menudo se percibe como descender a un estatus inferior, lo cual puede explicar la baja representación masculina en enfermería. Una barrera importante identificada por las investigaciones sobre el ingreso de los hombres en la enfermería tiene menos que ver con el tratamiento de la profesión que con la sanciones sociales y culturales a las que se enfrentan los hombres que deciden dedicarse a “el trabajo de las mujeres”.

Nosotros recomendamos:

Globalmente:

- Las campañas internacionales, los grupos de defensa y las coaliciones deben desarrollar materiales y mensajes que normalizan a los hombres como enfermeros tanto como las mujeres dentro de los ámbitos sanitarios dominados por hombres.
- Los socios de investigación globales, tales como Health Systems Global, debería trabajar con la OMS, el CIE y la OIT y llegar a acuerdos y seguir aprendiendo sobre la interculturalidad y portabilidad de la “escalera de cristal” e identificar los factores que sobresalen tanto en la enfermería como en el liderazgo en el contexto de un país determinado, incluidos los factores impulsores de la segregación por género, la intersección de otras variables sociales con el género, las razones para la entrada y salida de las mujeres de las posiciones de liderazgo y formas de acoso sexual y de género en el liderazgo de enfermería. Ellos deberían probar medidas para contrarrestar el sesgo de género, tales como "interruptores de sesgo basados en métricas" para abordar el sesgo de género en la contratación, evaluación y promoción.

Nacional:

- Los gobiernos deberían ratificar las revisiones del Convenio 149 y la Recomendación 157 de la OIT y asegurar que las enfermeras reciben una remuneración adecuada y justa como actores clave en la Administración y expansión del acceso a los servicios básicos de salud, dentro de la enfermería y también en relación con otros profesionales sanitarios.
- Los gobiernos deberían desarrollar métodos de recogida y análisis de datos viables y eficientes para generar información nacional sobre la segregación horizontal y vertical entre los profesionales de enfermería utilizando datos desglosados por sexo.

Institucional:

- Los hospitales, clínicas y universidades deben auditar sus prácticas de promoción y contratación para asegurarse de que no están promocionando a los hombres hacia los roles de liderazgo y a las mujeres hacia la prestación de servicios.
- Las universidades deben implementar políticas de educación transformadora de género para eliminar los sesgos de género, incluyendo las profesiones de enfermería y medicina.

DISCRIMINACIÓN INSTITUCIONAL O POR PARTE DEL EMPLEADOR

La discriminación puede ser directa, como la evidencia de discriminación relacionada con el embarazo, o indirecta. Los resultados revelan una evidencia considerable sobre el impacto de las condiciones de vida de la mujer, las cuales limitan su capacidad de acceder a ciertas oportunidades (por ejemplo, responsabilidades familiares no compartidas y falta ayuda en el cuidado de los hijos, lo que resulta en pobreza, pérdida de oportunidades para acceder a la formación y la educación o en la incapacidad para cumplir otros criterios explícitos o implícitos para el liderazgo, tales como una certificación de nivel superior o tiempo para presentar una propuesta de financiación).

Nosotros recomendamos:

Nacional

- Los ministerios de sanidad deben estandarizar las descripciones y requisitos de los puestos de trabajo, incluyendo requisitos de liderazgo, de enfermería y de todos los ámbitos sanitarios para eliminar criterios discriminatorios inconscientes que puedan operar en la determinación de prácticas de contratación o promoción.
- Los gobiernos deben garantizar un número suficiente de accesos geográficos equitativos a las enfermeras y disponer de condiciones favorables para permitir que las enfermeras puedan tomarse un descanso cuando sea necesario, sin miedo a la desventaja profesional o a la sobrecarga del resto del personal (por ejemplo, cobertura en el embarazo, políticas de protección a la maternidad, horarios flexibles).
- Los gobiernos deberían instituir políticas de pago nacional de las excedencias para el cuidado de niños, ancianos y otros dependientes.

PROCESOS INTERNOS

De los datos extraídos de las encuestas cualitativas se extrae la evidencia de que las enfermeras tienen preferencia por la atención clínica directa y se autoevalúan como faltas de competencia y de confianza en sí mismas. Los encuestados indicaron un fuerte deseo de obtener más formación y educación en liderazgo y política, como así como una orientación sobre cómo mejorar su capacidad para hablar con los superiores y aumentar sus redes de contactos.

Nosotros recomendamos:

Globalmente

- Las organizaciones globales de defensa, las campañas y las coaliciones deben mapear el desarrollo de programas de liderazgo enfermero y evaluarlos en relación con las habilidades y competencias que los enfermeros líderes deben de desarrollar en los sistemas influenciados por el género.

Nacional

- Las universidades de enfermería deben trabajar para conectar a los alumnos y egresados con los programas de desarrollo de liderazgo en enfermería y con las redes de empleo.

Institucional

- Los lugares de trabajo deben garantizar que los puesto directivos incluyen flexibilidad, un número de horas de trabajo fijadas y la expectativa de continuar realizando algunos trabajos clínicos para abrir oportunidades para que las mujeres puedan seguir su camino hacia la gestión mientras lo equilibran con las responsabilidades familiares.

TENSIONES ENTRE MERCADO LABORAL Y EL COMPROMISO FAMILIAR

No solo son los sesgos los que facilitan el avance de los hombres, en general, las normas socioculturales todavía parecen dictar que las mujeres deben ser responsables de los niños y las tareas domésticas. Como dijo un encuestado, las mujeres tienen "dos empleos". Dado que habitualmente no se espera de los hombres que administren el hogar y cuiden de los niños, tienen más tiempo para dedicarse a sus carreras y para emprender actividades que puedan conducir a su avance. Las restricciones que sobre el avance de las carreras de las mujeres enfermeras producen el tiempo que dedican al compromiso con el hogar y la familia se reflejan en este estudio en el hecho de que los encuestados y entrevistados declararon que el apoyo de la familia y la pareja para ayudar a administrar el hogar y el cuidado de los niños, es un factor muy significativo en el avance en el liderazgo enfermero. Para muchos encuestados, las enfermeras mujeres pudieron asumir posiciones de liderazgo únicamente después de que sus hijos hubieran crecido y necesitaran menos cuidados.

Nosotros recomendamos:

Globalmente:

- Las agencias multilaterales que trabajan para promover el liderazgo de las enfermeras deben abogar por la revisión de Convenio 149 de la OIT sobre el personal de enfermería y la Recomendación 157, e integrar otras normas laborales de la OIT que promueven la igualdad de género para abordar explícitamente el sesgo de género y la discriminación respecto a: protección frente a la discriminación directa e indirecta generada por el embarazo, las responsabilidades de la familia y el cuidado de los hijos; igual remuneración por trabajo de igual valor, logrando una mejor integración trabajo-vida mejorando las horas de trabajo y el trabajo por turnos y la mejora de la seguridad y la salud laboral, incluyendo la prevención de la violencia / acoso sexual en el trabajo.

Nacional

- Los gobiernos deberían ratificar la revisión del Convenio 149 de la OIT y hacerlo operativo en las políticas de enfermería nacionales.

Institucional

- Los lugares de trabajo, especialmente aquellos que emplean enfermeras, deben fomentar un ambiente en el que no solo se respete, sino que también promueva el equilibrio trabajo / vida a través de políticas que capaciten a los trabajadores para satisfacer las necesidades de

sus familias y una cultura que reconozca la importancia de las obligaciones familiares para todos los trabajadores, independientemente de sexo o género.

FACTORES ECONÓMICOS

Las barreras financieras estaban implicadas en la capacidad de algunas enfermeras líderes para acceder a fondos para obtener formación en liderazgo o educación superior, incluidos los viajes en el extranjero para los títulos de posgrado.

Nosotros recomendamos:

Global

- Las organizaciones multilaterales y las agencias de donantes internacionales deberían invertir en mecanismos financieros fiables a largo plazo para proporcionar becas para el acceso a la educación de nivel superior en otros países para las personas desfavorecidas económicamente, estudiantes de enfermería y / o enfermeras.

Nacional

- Los gobiernos deberían invertir a largo plazo en programas y becas para cursos de formación y desarrollo del liderazgo a largo fiables.

ACCESO A REDES INFORMALES

La puesta en marcha de programas de desarrollo de liderazgo, la tutorización, las redes profesionales informales y formales y la planificación de la carrera profesional pueden contribuir a fortalecer el liderazgo de la enfermería. Hay muchos tipos de programas de desarrollo de liderazgo, tanto internos como externos al ámbito de la enfermería. Por ejemplo, el ICN Global Leadership Institute es un curso residencial de una semana con módulos pre y post-online a los que asisten 30 personas al año. Sin embargo, la necesidad expresada por los encuestados en este informe supera con creces la disponibilidad programas de desarrollo de liderazgo regionales accesibles para satisfacer esta necesidad.

Nosotros recomendamos:

Global

- La OMS, la OIT, los socios del sector privado y otras agencias multilaterales deberían comprometerse a destinar fondos para ampliar el alcance del curso del CIE, Global Nursing Leadership, y de otras redes similares.
- El CIE debe continuar fomentando fuertes conexiones entre egresados del programa, docentes. instituciones y redes juveniles y proporcionar plataformas de intercambio de conocimiento y discusión.

Nacional

- Los gobiernos deben desarrollar y fortalecer asociaciones profesionales de enfermería y garantizar representación equitativa, socioeconómica y cultural de todas las áreas geográficas y grupos étnicos, tribales u otros similares.

Institucional

- Las instalaciones sanitarias, de enfermería, obstetricia, médicas, las escuelas de salud pública y otras instituciones de formación deben promover la pertenencia de Asociaciones Nacionales de Enfermería.
- Las instituciones deben identificar regularmente a enfermeras para su asistencia Global Nursing Leadership Institute u otras formaciones de liderazgo nacional de enfermería y garantizar que su personal pueda participar sin impacto adverso en su trabajo.

DEFINICIONES

Discriminación directa e indirecta: la discriminación puede ser directa, cuando se utilizan factores no relacionados con el mérito, la capacidad o el potencial como motivo de exclusión; o puede ser indirecta y causar un impacto desigual cuando una ley, un criterio, una política o una práctica aparentemente neutrales tienen un impacto negativo desproporcionado en un grupo en particular. Dicha ley, criterio, política o práctica pueden parecer justos y neutrales porque se aplican a cualquiera/a todos, pero solo pueden cumplirlas quienes no tienen cierto atributo o característica personal. Por ejemplo, cuando el criterio de selección para un trabajo de liderazgo superior es tener un Master.

Género: sistema de relaciones sociales con mayor o menor estatus y ventajas, con creencias culturales y distribución de recursos en el nivel macro (organizativo y social), patrones de comportamiento y prácticas organizacionales en el nivel de interacción, e identidad y naturaleza en el nivel individual.[2, 6]

Sesgo de género: una inclinación o prejuicio a favor o en contra de personas que pertenecen a géneros particulares, el cual impide el juicio imparcial, de una manera considerada injusta, que a menudo resulta en discriminación.

Discriminación de género: cualquier distinción, exclusión o restricción basada en los roles y normas de género socialmente construidos que impiden que una persona goce de los derechos humanos. Prácticas que colocan a las personas en una posición subordinada o desfavorecida en la escuela, el lugar de trabajo o en el mercado laboral en función de las características (por ejemplo, raza, sexo, edad u otro atributo) que no tienen relación con las competencias de la persona o los requisitos inherentes de la trabajo. La discriminación se produce cuando el sesgo se lleva a la práctica.

El esencialismo de género y la primacía masculina: se refiere a las creencias sobre la naturaleza de los hombres y las mujeres. La "primacía masculina" se refiere a las creencias sobre el mayor valor o estatus de los hombres.[1]

Hegemonía de género: creencias y normas culturales dominantes relacionadas con las relaciones ideales entre hombres y mujeres, masculinidad y feminidad.[7] [En este informe, "hegemonía médica" se refiere a las creencias culturalmente dominantes sobre la enfermería frente a la medicina].

Orden de género / régimen de género: la estructura y los patrones de las relaciones de género en la sociedad en general y en las instituciones, respectivamente, que tienen estructuras típicamente masculinizadas de trabajo y recompensas, creencias, valores, lenguaje, significados e imágenes, relacionadas con la masculinidad y feminidad[2]. La estructura y los patrones de relaciones de género en una institución son su "régimen de género". Las instituciones a través de las cuales se brinda atención de salud (por ejemplo, hospitales, clínicas, prácticas privadas) tienen regímenes de género bien definidos.[2]

Segregación por género: una forma generalizada y ampliamente documentada de desigualdad social y rigidez en el mercado laboral en la que se espera que las mujeres y los hombres trabajen en roles ocupacionales definidos culturalmente, dominados por su género. En la segregación horizontal, las mujeres se concentran en grupos ocupacionales y sectores económicos similares,

independientemente del país o la cultura en cuestión; mientras que los hombres se distribuyen en una amplia gama de ocupaciones. Las mujeres a menudo ocupan puestos de cuidados y crianza, como los de enfermería, trabajadoras sociales y maestras, y permanecen segregadas horizontalmente de los hombres que normalmente se concentran en trabajos técnicos, de diagnóstico, gerenciales o basados en la fuerza: científicos, médicos, gerentes, policías, etc. En la segregación vertical, las mujeres se concentran en los niveles inferiores o intermedios de jerarquías y profesiones, y están representadas significativamente menos que los hombres en el nivel superior.[4]

Prácticas de techo de cristal: estas prácticas incluyen el empleo inicial de mujeres en empleos que no tienen salida; no obtienen asignaciones de trabajo que conduzcan al avance de su carrera; no ser promovidas o que su desempeño sea evaluado con más detenimiento en el caso de las mujeres que en los hombres antes de ser promovido; y la falta de acceso a redes informales y oportunidades de tutoría. Lo cual actúa de barrera invisible para alcanzar altos cargos de liderazgo y gestión.

Escalera mecánica de cristal: un efecto documentado en varios estudios, consistente en que los hombres tienen un estatus privilegiado cuando ingresan en ocupaciones predominantemente femeninas. Los hombres a menudo son aceptados y están bien integrados en las profesiones y las culturas laborales dominadas por las mujeres, recibiendo un trato justo, si no preferente, en la contratación y promoción, a pesar de estar en minoría.[8,9]

Masculinidad hegemónica: la posición masculina que es dominante entre las múltiples configuraciones de masculinidad organizadas jerárquicamente a lo largo de líneas de dominación (de hombres sobre mujeres, de hombres poderosos sobre menos poderosos, de hombres adultos sobre hombres más jóvenes). Generalmente asociado a la subordinación y opresión de la mujer. Se ha postulado una forma (o formas) de “feminidad acentuada”, caracterizada por acomodarse a los intereses y deseos de los hombres (es decir, el cumplimiento de la estructura desigual de género que resulta en la distribución desigual del poder). Pueden existir otras formas de masculinidad y feminidad, en torno a estrategias de resistencia o cooperación. En un orden u organización de dominada por el género masculino, la masculinidad se define a través de una diferencia con la feminidad, y la feminidad esta en una posición de subordinación en relación con la masculinidad. Las características específicas de la masculinidad y la feminidad que aseguran el dominio de los hombres sobre las mujeres como grupo varían según el contexto y deben analizarse en cada entorno cultural.

Barrera de la maternidad: se refiere a las prácticas que utilizan la maternidad, las responsabilidades familiares o el cuidado infantil como una excusa para no ofrecer oportunidades a las madres. Por ejemplo, saltarse a las madres en la promoción de puestos de trabajo; despedir o degradar a las trabajadoras durante la baja por maternidad u ofrecer tareas menos deseables al regresar al trabajo después del parto; el "horario de ejecutivo" que requiere horas extras; marginación de los trabajadores a tiempo parcial; y las expectativas de que los trabajadores que tienen "madera de ejecutivos" serán capaces de mudarse con sus familias para obtener un trabajo mejor. A menudo se manifiesta como discriminación en el embarazo y durante la etapa de responsabilidades familiares [10].

Pruébalo otra vez: las mujeres a menudo tienen que proporcionar más pruebas de competencia que los hombres para que se las considere igualmente capaces, un problema documentado en decenas de estudios de ciencias sociales sobre estándares dobles, sesgos de atribución, sesgos de indulgencia, sesgos de recuerdo y evaluaciones polarizadas.

Estereotipos: creencias generalizadas o preconcepciones acerca de los atributos, características o roles que son, o deberían ser, desempeñados por miembros de un grupo social particular[3]. Los estereotipos de género son los que sustentan la segregación ocupacional y sostienen, por ejemplo, que las mujeres por naturaleza no son adecuadas para realizar los mismos trabajos o tareas que los hombres, y/o que los hombres no son adecuados para hacer los mismos trabajos o tareas que las mujeres (es decir, la concentración de mujeres en la enfermería porque se cree que las mujeres son naturalmente más adecuadas para el cuidado); o que los hombres se concentren en la cima de las jerarquías debido a una presunta mayor competencia.

REFERENCIAS

1. Charles, Maria, & Grusky, David B. (2005). *Occupational ghettos: The worldwide segregation of women and men* (Vol. 71): LIT Verlag Münster.
2. Connell R. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science and Medicine*; 74: 1675–1683.
3. Cusack S. Gender Stereotyping as a Human Rights Violation. Report submitted to the Office of the High Commissioner for Human Rights. (http://www.esem.org.mk/pdf/Najznachajni%20vesti/2014/3/Cusack.pdf). 14 October 2013.
4. International Labour Organization. International Training Center. Gender Equitable Labour Standards. 2006.
5. Newman, C, Chama, PK, Mugisha, M, Matsiko, CW, & Oketcho, V. (2017). Reasons behind current gender imbalances in senior global health roles and the practice and policy changes that can catalyze organizational change. *Global Health, Epidemiology and Genomics, 2*.
6. Ridgeway CL, Correll SJ. (2004). Unpacking the gender system: a theoretical perspective on gender beliefs and social relations. *Gender & Society*; 18: 510–531.
7. Schippers M. (2007). Recovering the feminine other: masculinity, femininity, and gender hegemony. *Theory and Society*; 36: 85–102.
8. Williams, Christine L. (1992). The glass escalator: Hidden advantages for men in the "female" professions. *Social Problems, 39*(3), 253-267.
9. Williams, Christine L. (2013). The glass escalator, revisited: Gender inequality in neoliberal times, sws feminist lecturer. *Gender & Society, 27*(5), 609-629.
10. Williams, Joan C. (2015). The 5 Biases Pushing Women Out of STEM. *Harvard Business Review. 93*(6):22-23
11. Williams JC, Dempsey R. (2014). What Works for Women at Work: Four Patterns Working Women Need to Know. New York: New York University Press.

AGRADECIMIENTOS EXTENDIDOS

Nos gustaría expresar nuestra gratitud a las siguientes personas que han contribuido con tiempo e ideas a este informe:

Consulta a las partes interesadas, Nueva York, 24 de septiembre, 2018

Jim Campbell, World Health Organization
Franka Cadée, International Confederation of Midwives
Sally Pairman, International Confederation of Midwives
Lisa Meadowcroft, ALIMA
Kate McHugh, American College of Nurse-Midwives
Bjorg Palsdottir, Training for Health Equity Network
Catherine Connor, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
Irene Koek, United States Agency for International Development
Roopa Dhatt, Women in Global Health
Erin Owens, Chemonics International
Madeleine Ballard, CHW Impact Coalition
Maura McCarthy, Jhpiego
Peter Johnson, Jhpiego
Betsy McCallon, White Ribbon Alliance
Vanessa Kerry, Seed Global Health
Paula England, New York University
Laura Addati, International Labour Organisation
Joy Marini, Johnson & Johnson
Mei Li, Johnson & Johnson
Sheila Tlou, Nursing Now
Susan Papp, Women Deliver
Angeli Achrekar, Office of the United States Global AIDS Coordinator
Rebecca Kohler, IntraHealth International
Aaron Emmel, American Academy of Pediatrics
Sarah Kashef, IntraHealth International

Consulta sobre el diseño, 15-16 de octubre, 2018

Jane Salvage, Nursing Now (Consultant)
Caroline Stanger, Bupa
Ursula Ward, Florence Nightingale Foundation
Christine Hancock, c3Health
Catherine Hannaway, Nursing Now
Shirley Baines, Rathbones/Nursing Now Board of Directors
Catherine Gamble, Royal College of Nursing
Sally Kendall, University of Kent

12 de marzo, 2019 Revisión de los resultados preliminares

Jane Salvage, Nursing Now (Consultant)
Caroline Stanger, Bupa
Kathryn Irwin, Nursing Now
Tony Butterworth, Lincoln University, Emeritus
Judy Khanyola, Nursing Now/Kenya
Paul Marsden, World Health Organization
Christine Hancock, c3Health
Aisha Holloway, University of Edinburgh

Abril 2019 Revisión externa del informe

Roopa Dhatt, Women in Global Health
Vanessa Kerry, Seed Global Health
Susan Papp, Women Deliver

Finally, we are very grateful to the following people who provided technical advice and instrumental support for this report:
Karen Hardee, IntraHealth International (Consultant)
Gill Adynski, University of North Carolina School of Nursing
Mandy Watson, Royal College of Nursing
Carolina Mejia, IntraHealth International
Sujata Bijou, IntraHealth International
Jean Nguessan, IntraHealth International
Jennifer Wesson IntraHealth International
Pamela McQuide, IntraHealth International
David Nelson, IntraHealth International
Stembile Mugore, IntraHealth International
Sarah Kashef, IntraHealth International
Vincent Oketcho, IntraHealth International
Yvonne Mwiza, Nursing Now
Nik Payne, Nursing Now
Louise McGrath, THET
Karen Melton, IntraHealth International
Corinne Mahoney, IntraHealth International

Traducido por:
Nursing now
Local Group Madrid









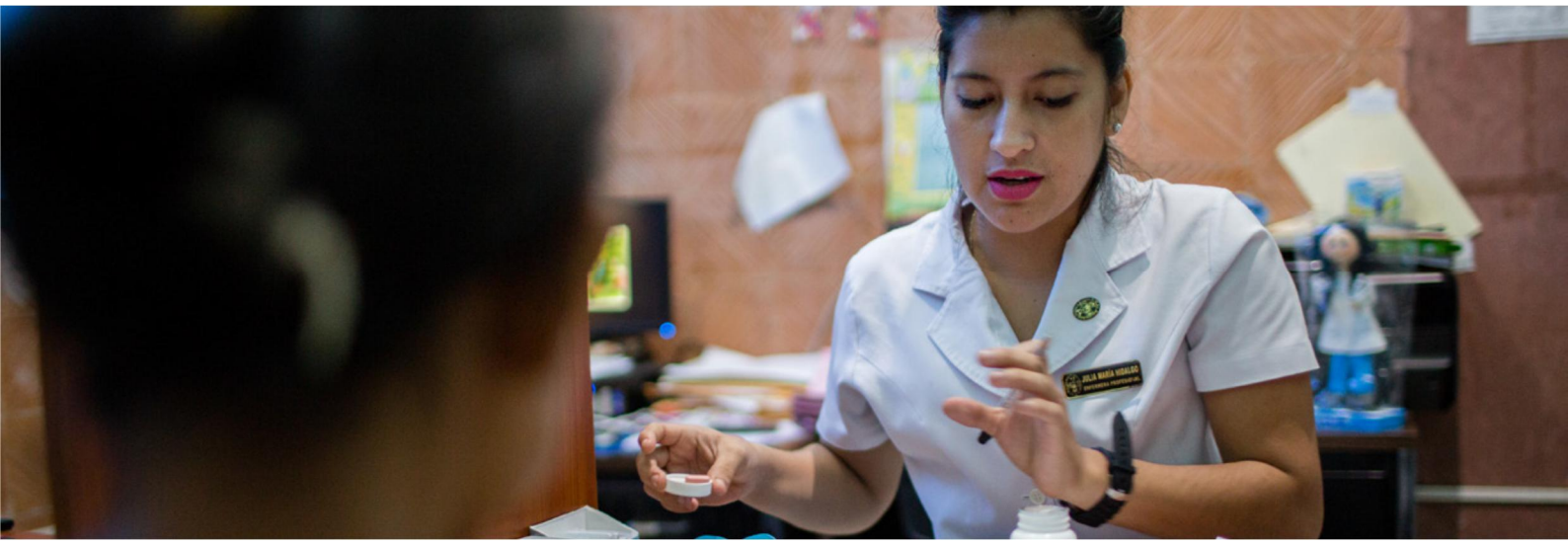


el poder de las líderes enfermeras ¿Qué conllevaría?

Traducido por:
Nursing now
Local Group Madrid











Traducido por:
Nursing now
Local Group Madrid

el poder de las líderes enfermeras ¿Qué conllevaría?

Photo credits: Tim Bekir for THET, Georgina Goodwin for IntraHealth International, Guy's and St. Thomas' NHS Foundation Trust, Johnson & Johnson, the Royal College of Nursing, Tommy Trenchard for IntraHealth International, Anna Watts for IntraHealth International, and Morgana Wingard for IntraHealth International

Publicado en Junio 2019

Acceso al informe y a la documentación relacionada online: **www.intrahealth.org/investing-in-nurse-leadership**

Traducido por:
Nursing now
Local Group Madrid