

# UNA NUEVA MIRADA A LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y OPERACIONAL EN ENFERMERÍA

*Dora Lucía Gaviria Noreña\**

## **Resumen**

*En este artículo se presentan las nuevas tendencias que, en materia de gestión, deben enfrentar las organizaciones, para la satisfacción de las necesidades de los usuarios y la importancia que tiene su implementación en enfermería, para propiciar un cuidado integral de calidad y con equidad a todos los que demandan sus servicios. Es, a la vez, un punto de referencia y reflexión de lo que podría ser enfermería en un mundo cambiante y con profundas crisis, basando su actuación en el trabajo en equipo, la investigación y el desarrollo humano como ejes fundamentales de todo cambio y transformación efectiva.*

## **Palabras clave**

*Administración en enfermería*

*Cuidado de enfermería*

*Liderazgo*

*Administración de hospitales*

# TOWARDS A NEW LOOK AT THE OPERATIVE AND MANAGEMENTSTRUTURE IN NURSING

## **Summary**

*In this paper, the new approaches in management that organizations may face in order to fulfill user's needs are presented as well as the importance in their implementation in*

---

\* Enfermera especialista en Epidemiología. Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

*nursing. In this way, an integral care with quality and equality to all users. At the same time, this is a point of reference and reflection on what nursing may be in a changing world with deep crises, based on their role in teamwork, research, and human development as basic axes of effective change.*

## **Key words**

*Nursing administration*

*Nursing care*

*Leadership*

*Hospital administration*

La definición y puesta en marcha de nuevos modelos administrativos, para el logro de una gestión exitosa del cuidado de enfermería en las instituciones hospitalarias, implica una gran responsabilidad (de todos los actores involucrados en esta actividad), liderazgo efectivo, aprendizaje y desarrollo del talento humano, donde el trabajo en equipo, la autoevaluación y el autocontrol se conviertan en garantía ética y social del ejercicio profesional.

Acorde con los últimos decretos y resoluciones, que en materia de prestación de servicios de salud se han reglamentado en nuestro medio, el tercer nivel de atención se define por el grado de complejidad en la identificación de las necesidades y su actuación en el cuidado personalizado del usuario y su familia, donde el profesional de enfermería se convierte en un integrante vital del equipo interdisciplinario de salud en la medida en que participa de forma permanente y activa en el cuidado integral del usuario. Es así como los decretos reglamentarios de la ley 100 de seguridad social en salud y la legislación en enfermería en Colombia dirigen la prestación de los servicios desde su definición hasta las medidas de control y seguimiento.

Los desafíos y oportunidades en el siglo XXI como la biotecnología, la información y todo lo relacionado con el medio ambiente hacen enfrentarse a resolver la pregunta que planteó Peplau HE en su discurso al recibir el premio Chistiane Reimann en 1997 *¿qué saben las enfermeras y cómo usan este conocimiento para el bienestar de las personas?*<sup>1</sup>

La respuesta a este interrogante exige de los profesionales de enfermería del mundo una mayor disponibilidad y liderazgo para asumir nuevos papeles en las organizaciones de salud y en la sociedad, con el único fin de mejorar la calidad de vida de los colectivos e individuos, así como a desarrollar acciones en otros escenarios según los cambios demográficos y epidemiológicos de las regiones. La prestación de servicios en geriatría y gerontología, atención al paciente crítico, rehabilitación y atención domiciliaria son, entre otros, los desafíos en la formación y entrenamiento del talento humano en un tercer nivel de complejidad. Por ello se amerita un nuevo pensar de la organización de

enfermería y una implementación donde la premisa de un trabajo democrático, participativo y con responsabilidades compartidas sea imperativo permanente para el éxito de la gestión del cuidado de enfermería.

Este proyecto tendrá como lineamientos generales aspectos conceptuales sobre el cuidado de enfermería, las últimas teorías administrativas relacionadas con el liderazgo, empoderamiento a todos los niveles y la gestión del cambio en pro de un desarrollo integral del ser humano desde las organizaciones, para recrear la vida y luchar por niveles de óptimo bienestar.

### ***Marco de referencia de la propuesta***

Entre muchos de los aportes que han realizado los diferentes teóricos de enfermería; definiéndola como una profesión orientada a cuidar, en contraste con otras disciplinas de salud orientadas a curar; el cuidado se constituye en el objeto de estudio de la práctica de enfermería, como lo define Grinspun D: *enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera(o) junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.*<sup>2</sup>

Por ello, la coherencia y pertinencia de un marco conceptual relacionado con cuidado, ambiente, persona y proceso salud-enfermedad son indispensables para el conocimiento de las necesidades en salud de las personas y los grupos.

La relación entre enfermería y gestión está íntimamente ligada por diferentes aspectos conceptuales y metodológicos en la organización de los servicios de salud, el impacto en el perfil de morbilidad y mortalidad, y los costos.

Los últimos avances sobre este aspecto a escala internacional dan cuenta de una nueva visión en la organización de los servicios, con énfasis en el manejo autónomo y especializado del cuidado de enfermería, lo cual ha revolucionado la contratación y gerencia del talento humano, pasando de una estructura vertical a una horizontal con una dirección facilitadora de procesos e innovaciones.

En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU. y Canadá sobre *hospitales magnéticos*, llamados así por su gran demanda (no sólo de usuarios sino también del personal de salud en petición de empleo) se analizaron aspectos relacionados con el modelo de gestión y su impacto en los indicadores de salud, obteniéndose las siguientes conclusiones:

- Disminución de la tasa de mortalidad por el desarrollo de una complicación en un 5%.
- Aumento de la relación profesional de enfermería-usuario.
- Mayor tiempo para la formación y actualización del profesional de enfermería.

- Disminución del ausentismo laboral.
- Conformación del equipo técnico de enfermería representado por un profesional especializado en enfermería por cada diez diplomados y un auxiliar por cada doce diplomados.

Experiencias recogidas de visitas realizadas a instituciones hospitalarias de España; específicamente los hospitales General Virgen de la Salud, Geriátrico Virgen del Valle y Puerta de Hierro de Madrid, y el Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo; se rescatan aspectos de la organización de los servicios como los siguientes:

- Manejo de unidosis para 24 h.
- Gestión, dotación y facturación de suministros de medicamentos e insumos por áreas de apoyo a enfermería.
- Entregas de turno y debate diario de pacientes por el equipo interdisciplinario.
- Existencia de la enfermera coadyuvante.
- Planeación y sistemas de información unificados para el Instituto Nacional de Salud (INSALUD).
- Por cada enfermera diplomada una auxiliar.

Estas experiencias permiten la construcción y homologación de modelos de gestión en Colombia como elemento de la globalización en enfermería para el beneficio de las personas, la familia y la sociedad.

En la Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta el ejercicio del profesional de enfermería, se determina, como acciones del cuidado de enfermería, las de promover la salud; prevenir la enfermedad; intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud; aliviar el dolor y proporcionar medidas de bienestar para contribuir a una vida digna de las personas y comunidades. Estas finalidades permiten enmarcar y ahondar más en la relación de enfermería y administración, por ser servicios de carácter social que ameritan el monitoreo permanente de las necesidades de los usuarios para satisfacerlas en forma pertinente, equitativa y de calidad.

En este sentido el *proceso de enfermería*, como un método ordenado y sistemático para la toma de decisiones e identificación de las necesidades del usuario, es indispensable en cualquier ámbito del accionar y se constituye en la herramienta fundamental de la práctica de enfermería.

En la fase de diagnóstico, la unificación de los sistemas de información como elemento fundamental para la toma de decisiones y la planeación de los servicios de salud, requie-

ren unificación y validación en contexto actual. En este sentido, los desarrollos de la North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA) respecto a los diagnósticos y de OVNA en el ámbito comunitario, son de utilidad para la homologación con los pares, la determinación de los costos reales, la definición de estándares de calidad y el avance en la investigación.

### ***Empoderamiento y liderazgo otro reto en enfermería***

*El buen liderazgo consiste en hacer menos y ser más*  
Lao Tse

El concepto de *empowerment*, traducido al castellano como empoderamiento, no es una moda más. Realmente cambiará las organizaciones, pues basa sus postulados en el desarrollo humano; algunos de los aportes como el de Freire P, toman como eje la utilización de la educación informal en el proceso de autoconciencia y de autoformación.

Stein afirma que empoderamiento es otorgar poder a la gente, es el aprendizaje de nuevos roles, el cambio de valores actitudes y comportamientos adecuados a la solución de necesidades personales y grupales; en el área de la administración consiste en eliminar las dependencias rígidas para considerar y valorar al ser humano con su experiencia y aprendizaje como la mayor riqueza en las organizaciones. También significa dar opciones, buscar más los roles que la descripción de cargos, que las normas se reemplacen por criterios y se creen espacios para lograr el crecimiento humano y la productividad de las organizaciones. Sólo las personas que conforman una institución pueden contribuir y agregar valor a los servicios. El empoderamiento debe ejercerse a todos los niveles, pues requiere, en cada uno de los integrantes de una organización, voluntad y habilidad para asumir responsabilidades mediante los conocimientos técnicos y el crecimiento personal.

Todo lo anterior se podría materializar en enfermería si se logra una transformación cultural que posibilite una resignificación, reconocimiento y valor al cuidado, interactuando con el entorno, monitoreando los resultados y centrando la atención en el usuario.

McFarland L, en su libro *Liderazgo para el siglo XXI*, plantea, entre otras, las siguientes premisas:<sup>3</sup>

- El liderazgo se logra a través de la influencia basada en la credibilidad que genera la integridad y congruencia a lo largo de la vida.
- Los líderes se forman con conocimiento y entrenamiento creando hábitos y actitudes para potencializar un liderazgo efectivo.
- Todos son agentes de transformación y deben crear estructuras basadas en la confianza en el ser humano.

- El liderazgo visionario tiene en cuenta el cambio como una herramienta para crear nuevas alternativas y el pensamiento sistémico para comprender las interrelaciones en la solución de problemas complejos.

### ***Propuesta estructura organizativa de la gestión del cuidado de enfermería en un tercer nivel de atención***

#### **Objetivo**

Definir la estructura organizativa y operacional de una unidad funcional en un tercer nivel de atención, que facilite la prestación del cuidado de enfermería y el desarrollo del talento humano en una forma integral.

#### **Fases de la organización**

##### *Estructuración*

- ***Estructura orgánica orientada a los usuarios.*** La propuesta establece una estructura orgánicamatricial orientada al usuario que demanda los servicios, quien finalmente dará la valoración al servicio y será el primer protagonista de la estructura. El segundo protagonista será el talento humano a cargo, pues éste dará el valor agregado al servicio y la sobrevivencia a largo plazo. Y, por último, un tercer actor lo constituyen los gerentes y representantes de las juntas directivas como accionistas y dueños de las empresas hospitalarias.

Esta estructura se basará en la definición de procesos y proyectos con grupos autodirigidos que logren el autocontrol y aprendizaje permanente de nuevas formas de cuidar a los usuarios, familias y comunidades.

Para avanzar en cada escenario en una estructura matricial se requiere formación, educación, entrenamiento, descentralización autonomía y flexibilidad. Se cambia a un pensamiento colectivo donde todos los actores de enfermería piensan y todos hacen.

- ***Pensamiento estratégico a todos los niveles***

*Pocas fuerzas, si acaso las hubiera, en la actividad humana son tan poderosas  
como una visión compartida*  
Peter Senge<sup>4</sup>

El proceso de la gerencia estratégica a todos los niveles permite que los objetivos y planes sean responsabilidad del equipo para el cumplimiento de estrategias, ejecu-

ción de proyectos y monitoreo de los costos, aprovechando las opciones que se presentan y gestionando el cambio. La visión estratégica en todos los niveles de enfermería debe estar encaminada a la educación continuada, la investigación y la comunicación.

La formulación de *la visión y la misión* debe convertirse en un proyecto común de futuro donde la reflexión individual de los modelos y procesos, mediatizados por la participación masiva, la discusión racional y la cooperación, permitan la apropiación para el desempeño exitoso de funciones.

La construcción de escenarios, como herramienta para planear el futuro, permite tener imágenes alternativas combinadas con variables aclaratorias, donde la integración de predicciones cuantitativas con las apreciaciones cualitativas del escenario presente, proporcione elementos para lograr mayor creatividad y participación en la formulación de nuevos modelos en un futuro incierto y cambiante.

En este orden de ideas, la propuesta plantea la aplicación de escenarios futuros para la planificación de la gestión del cuidado en enfermería. Para lo cual se requieren los siguientes pasos: 1) selección del tema, 2) análisis del ambiente, 3) identificación de tendencias, 4) definición de variables y escenarios estratégicos y 5) comprobación y validación.

Se determinan las variables de cuidado, talento humano y gestión para analizarlas en cuatro posibles escenarios como método ideal para la construcción de una visión y misión, como los principios rectores de la organización en enfermería (véase tabla 1).

- **Conformación de unidades funcionales.** Es necesaria la organización de unidades funcionales, autónomas y autocontroladas, integradas por: profesional de enfermería especializado en procesos de cuidado de alta complejidad, profesional de enfermería cuidador, auxiliar en enfermería, secretaria de sala y todo el equipo de salud que integre un servicio de una institución de tercer nivel.

El profesional de enfermería cuidador toma decisiones y asume responsabilidades sobre el cuidado, tiene conocimiento global de las necesidades del usuario, planifica su alta y comunica a todos los cuidadores del usuario sus cambios o necesidades.

El liderazgo es del equipo y se rota entre sus miembros la coordinación según las actividades que se desarrollen. El equipo es responsable de actividades administrativas como: desarrollo humano, gerencia del desempeño, definición de roles, compensaciones, establecimiento de horarios de atención, mantenimiento y presupuesto.

Tabla 1. Pensando el futuro en enfermería

Escenario Variables	Eclipse del cuidado	Control del cuidado	Aprendizaje del cuidado	Autonomía en el cuidado
<b>Cuidado</b>	El cuidado monitorizado, sensores, monitores, equipos activados por la voz, máquinas monitorizadas ajustadas al cuidado	El cuidado gira alrededor de programas, centralizadas las actividades para su control y medición. Cuidado individualizado con grandes avances en la genética y tecnología	Retorno al cuidado del profesional de enfermería. Análisis periódico de costo efectividad de las actividades de cuidados tangibles, explicados y evaluables. Participación de la familia como principal grupo primario. Administrados por los principios éticos de enfermería	Cuidado integral, integrados y oportunos. Brindado por profesional y especialista. Verdadera monitorización tecnológica y de calidad del cuidado. Globalización del cuidado, para la homologación con pares. Investigación integral del cuidado y aplicación del proceso de enfermería en la planeación. Basados en la evidencia científica. Administrados por los principios éticos de enfermería
<b>Talento humano</b>	Especialista en comunicación de salud. Desaparece el profesional de enfermería por falta de conocimiento. Se evalúan sólo logros individuales	Disminución en el número de profesionales por aumento de los costos en el cuidado. Se evalúan logros individuales, con planes de mejoramiento concertados	Enfermería contribuye a mejorar el nivel de vida de sus usuarios. Verdadero impacto de las acciones educativas de enfermería. Aumento en la cantidad y calidad del equipo de enfermería. Implementación de la evaluación	Verdadera transformación en enfermería. Profesionales con liderazgo efectivo. Fortalecimiento de las especialidades en enfermería y en la de relación de profesionales de enfermería. Creación de redes virtuales para el intercambio de experiencias con enfermeras del mundo. Autoevaluación autoseguimiento
<b>Gestión</b>	Estructura vertical con formulación de planes y objetivos centralizados. Se realiza el control día tras día y se toman decisiones verticales	Planeación por objetivos, monitorizando día tras día. Las decisiones las toma el jefe aunque con explicación al grupo	Establecimiento de visión y principios con la participación de todos los integrantes. Revisados periódicamente los resultados y la toma de decisiones es en consenso	Gestión del aprendizaje con asesoría y soporte al grupo permanente, con total autocontrol por parte del grupo de los resultados. Equipos autodirigidos, autónomos. Sólido sistema de información en enfermería. Estrategia de mercado para el monitoreo de las necesidades del usuario

## *Sistematización*

En esta fase el establecimiento de las normas, protocolos, guías de atención y procedimientos son directrices claras que cada funcionario del equipo de enfermería debe desarrollar para el cumplimiento del plan que debe estar orientado a los valores y principios organizacionales.

La definición de los instrumentos de trabajo, como el proceso de enfermería y los sistemas de información, que son elementos fundamentales en esta fase por su interés para la investigación, planeación y toma de decisiones.

- **Planes de cuidado estandarizados.** Son pautas o guías que se formulan en consenso para el logro de un objetivo y la orientación de los cuidados e intervenciones en enfermería. Este proceso de estandarización es una forma de homogeneizar y unificar criterios en información y ejecución de los cuidados de enfermería a una necesidad específica del usuario. En ningún momento limita la individualización, por el contrario facilita la organización del trabajo y el establecimiento de un sistema de costos ponderado.
- **Protocolos y procedimientos.** Para efectos de la propuesta se definieron estos dos términos como sinónimos, entendiéndose como la descripción exacta de una actividad, con las especificaciones y recursos requeridos para su ejecución; además contempla los resultados y posibles complicaciones. De aquellas actividades que son relevantes para el cuidado se deben realizar protocolos.
- **Estándar técnico de procesos.** Es la descripción de los principales procesos realizados en la unidad funcional y la actuación de cada integrante del equipo con el fin de alcanzar las metas propuestas, simplifica la forma de trabajo. Para su elaboración se debe seguir estas etapas: 1) sistematizar el método y 2) elaborar un flujograma y un formato estándar.
- **Estándar de calidad.** Consiste en convertir las expectativas del usuario en especificaciones de la unidad funcional de enfermería. El formato debe incluir: necesidad del usuario, característica de la calidad, especificación en la unidad y el indicador de gestión.

## *Implementación*

- **Gestión del talento humano**

*Un buen líder busca colaboradores fuertes, los estimula, los empuja, se enorgullece de ellos*  
Peter Drucker<sup>5</sup>

La gestión exitosa del talento humano en enfermería requiere cooperación y colaboradores creativos y responsables que se autorrenuevan y aprendan continuamente.

El reto está en atraer, desarrollar y mantener el talento emocional del grupo; considerando las valoraciones, intenciones, sentimientos, emociones y motivaciones.

- **Perfil del profesional de enfermería según niveles de actuación**

1. Nivel de alta gerencia

- ◆ **Mínimo perfil psicosocial**

Disposición y amor por la vida y su cuidado.

Capacidad de solidaridad y cooperación.

Respeto a la diferencia, con espíritu dialógico.

Capacidad para establecer relaciones sólidas que posibiliten el trabajo en equipo.

Líder efectivo con grandes habilidades en la comunicación, la reflexión e indagación.

Gran autoestima y coherencia entre lo que piensa y hace.

- ◆ **Competencias**

En lectura y escritura y, sobre todo, en solución de problemas.

Capacidad para describir, analizar y criticar el entorno organizacional y del usuario que demanda sus servicios.

Creativo con gran iniciativa, flexibilidad y capacidad de adaptación a las contingencias.

Polifuncional. Capacidad para la utilización crítica de los medios de informática y comunicación.

Capacidad para trabajar y decidir en equipo.

Gran dominio técnico-científico.

- ◆ **Responsabilidades**

En este nivel tendrá las siguientes responsabilidades: 1) formular la visión, valores directrices y criterios cualitativos para la práctica de enfermería, con el concurso de todo el equipo técnico, para ofrecer un cuidado de alta calidad

que genera valor agregado; 2) comunicar la información necesaria para el desarrollo de las políticas y planes relacionados con la atención de enfermería en un tercer nivel de complejidad; 3) educar y capacitar al equipo técnico creando espacios de automotivación y potencializando la creatividad e imaginación para el logro de objetivos comunes; 4) acompañar al equipo técnico de enfermería y corroborar que todos tengan un principio ordenador (el líder en enfermería es creador de futuros, despierta la capacidad de observación y reflexión en el desarrollo de las acciones de cuidar); 5) mantener la integridad y la ética; 6) defender los principios y valores en enfermería como integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad (esto facilitaría la toma de decisiones); 7) establecer una estructura investigativa que permita la participación de los profesionales de enfermería de servicio y sea la base para conceptualizar sobre el cuidado de enfermería; 8) desarrollar un sistema de información técnico científico en enfermería en un tercer nivel de atención en el ámbito clínico y ambulatorio con las características integralidad y permanencia y 9) crear espacios de trabajo que estimulen la reflexión y el repensar la práctica diaria en enfermería el bienestar y la autorrealización humana.

## 2. Nivel de equipos autodirigidos

### ◆ Mínimo perfil psicosocial

Disposición y amor por la vida y su cuidado.

Capacidad de solidaridad y cooperación.

Flexibilidad y capacidad de adaptación.

Disciplina de trabajo y apertura para el trabajo en equipo.

Grandes relaciones humanas, basadas en el respeto y consideración a los demás.

### ◆ Competencias

Conocimientos técnicos y científicos fundamentados en criterios sólidos.

Habilidad y destreza para la ejecución del cuidado y los procedimientos tecnológicos.

Excelente utilización de los métodos para la organización del trabajo.

Evaluación permanente y dinámica.

## ◆ Responsabilidades

En este nivel se tendrán las siguientes: 1) compartir la visión, valores y principios de la organización hospitalaria, con énfasis en el porqué y para qué; 2) definir criterios de atención en enfermería asumiendo responsabilidades y buscando permanentemente convertir las expectativas de los usuarios en especificaciones del cuidado; 3) planear y organizar el cuidado de enfermería mediante el diseño de procesos y estándares basados en el usuario, la familia y el entorno; 4) ejecutar las actividades interdependientes, independientes y colaborativas del cuidado de enfermería velando por la calidad, cambiando los modelos de atención e innovando tecnológicamente para beneficio de los usuarios; 5) evaluar los resultados de su labor y monitorear permanentemente las necesidades de los usuarios; 6) gestionar los insumos, presupuesto y talento humano esenciales para la prestación de servicios de óptima calidad y 7) establecer sistemas de costos según diagnósticos y procedimientos de enfermería.

- **Mecanismos de seguimiento.** La organización de áreas o grupos de mejoramiento tendrán un carácter de trabajo con una orientación específica en la formulación de las políticas, planes y visiones compartidas de enfermería en la institución, a la vez que realimentarán los niveles de alta dirección y de equipos autodirigidos de las unidades funcionales. La conformación y organización de éstos partirá de las premisas de convencimiento, fortalezas y motivación del talento humano. Se plantean tres grupos con las siguientes funciones.

1. **Investigación:** vela por el establecimiento de investigaciones operativas a nivel de los servicios de enfermería, la búsqueda de recursos y financiaciones con asociaciones locales e internacionales. La herramienta será el método de investigación bajo los criterios de bioética y respeto profesional.
2. **Educación y comunicación:** enfrentara la capacitación continuada del equipo de salud en los aspectos relacionados con el cuidado de enfermería, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la familia del usuario hospitalizado. También garantizará que la información fluya en todos los niveles oportunamente.
3. **Gestión analítica:** realizará la evaluación de los problemas y el monitoreo permanente para la toma de decisiones pertinentes. Las herramientas para visualizar los mejoramientos continuos son: diagramas causa-efecto; análisis de pareto; auditoría en enfermería mediante la creación de instrumentos de evaluación sistematizados, y el diseño, interpretación y análisis de indicadores positivos en enfermería.

## Referencias bibliográficas

1. Peplau, HE: cuesta B,C (trad). Palabras de aceptación al premio Christiane Reimann. XXI congreso cuatrienal del CIE. Vancouver; *Investigación y educación en enfermería*, 1998; 16(1):105-106.
2. Grinspun D. *Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico: oportunidades y desafíos para enfermería*. presentación magistral VII jornadas de enfermería Instituto de cardiología. México DF; 1994.
3. McFarland LJ, Sepp LE, Childress JR. *Liderazgo en el siglo XXI*. New York. Los Ángeles; McGraw-Hill; 1996; 365-370.
4. Senge P. *La quinta disciplina*. Barcelona: Ediciones granica S.A.: 1993.
5. Drucker P. Management and the world s work *Harvard Business Review*; 1988; sep.-oct.

## Bibliografía

1. Barrow CW. La estrategia de excelencia selectiva. *Perfiles educativos*, 1997 XIX (76/77.)
2. Castrillón MC. *La dimensión social de la práctica de enfermería*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1997.
3. Colliere MF. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. New York: Interamericana. McGraw-Hill; 1993.
4. Donavedian A. Estándares de acreditación de Hospitales de Joint commission accreditation of healthen organización, prensa médica mexicana; 1984.
5. El Espectador Magazin Dominical. El reglamento y las normas de la Escuela André Vernot Santamaría; 1999.
6. Garfield Ch. *Los empleados son primero*. New York: McGraw-Hill; 1992.
7. González G. *Liderazgo y cambio. Cómo gerenciar un proceso de transformación cultural*: conferencia dictada en el foro nacional de información y direccionamiento estratégico Centro de Gestión hospitalaria. Santafé de Bogotá; 1998.
8. Gutiérrez R. *Direccionamiento estratégico: una visión integral*: conferencia dictada en el foro nacional de información y direccionamiento estratégico Centro de Gestión Hospitalaria. Santa Fe de Bogotá; 1998.
9. Hulshof J. *Empleo de los escenarios en el diseño de políticas de salud a largo plazo*. OPS, OMS Informe técnico. Enero, 1995.
10. Kume H. Herramientas estadísticas para el mejoramiento de la calidad. Editorial Norma S.A. 1995.
11. McCloskey CJ, MAAS M. Interdisciplinary Team: The nursing perspective is essential. *Nursing Outlook*; 46(4):154. Julio, agosto, 1998.
12. Mompert MP. *Enfermería, administración de servicios de enfermería*. Barcelona: Masson Salvat; 1994.
13. Naranjo D. Organizaciones que aprenden. Foro Nacional sobre Gestión humana. Cali; 1995.
14. Paiva V. *Paulo Freire y el nacionalismo desarrollista*, México: Extemporáneos, 1992; 15.
15. Pesut JD. Matters of the Mind, Heart, and Soul. *Nursing Outlook*. 46(4):154. 1998.
16. Sánchez C, Maya MC, Obregón P. *Guía de intervención en enfermería basada en evidencia científica*. 1ª. ed. Santafé de Bogotá: Seguro Social Acofaen; 1998.
17. Senge P. *La quinta disciplina*. Barcelona Ediciones Granica S.A; 1993.
18. Stein J. *The Relationship Between Empowerment and Health of woman*. Chapell Hill, The University of North Carolina, 1992; 6-12.
19. Vargas GE, Vélez S. Planes de beneficio en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Dirección Seccional de Salud de Antioquia (documento). 1997.
20. Wrisinger H. La inteligencia emocional en el trabajo. Grupo Zeta.

Fecha de recepción: mayo de 1999