



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión Pública

AUTOR:

Bach. Valdivia Carrasco, Carlos Francisco

ASESORA:

Mg. María Jesús, López Vega

SECCIÓN:

Ciencias empresariales

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección

LIMA - PERÚ

2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **VALDIVIA CARRASCO, CARLOS FRANCISCO**

Para obtener el Grado Académico de *Maestro en Gestión Pública*, ha sustentado la tesis titulada:

CULTURA ORGANIZACIONAL Y LA APLICACIÓN DE TELESALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS, LIMA 2018.

Fecha: 2 de setiembre de 2018

Hora: 1:00 p.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Flor de Maria Sánchez Aguirre

Firma:

SECRETARIO: Mg. Janet Cenayra Josco Mendoza

Firma:

VOCAL: Mg. Maria Jesus Lopez Vega

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobar por mayoría

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

Débil defensa en metodología

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

Revisar muestra de estudio

Revisar presentación APA

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

Dedico a mi familia esposa e hijos por brindarme su amor y mucha paciencia los cuales fueron una motivación más grande para concluir con éxito esta tesis.

A mi padre que en paz descansa, a mi madre por guiar mis pasos al éxito y a mis hermanos por apoyarme en todo momento de mi vida.

Agradecimiento

A cada uno de los catedráticos de la Universidad Cesar Vallejo que durante la maestría nos brindaron sus conocimientos y experiencias.

A las Mg. María Jesús, López Vegay Mg. Janet Cenayra Josco Mendoza por su apoyo decisivo para la culminación de mi tesis.

Declaración de Autoría

Yo, Carlos Francisco Valdivia Carrasco, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión Pública, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado "La cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018" presentada, en 145 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión Pública es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 19 de agosto del 2018



Carlos Francisco Valdivia Carrasco

DNI: 07227692

Presentación

A los Señores Miembros del Jurado de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo - Filial Los Olivos, presento la Tesis titulada: La cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018 en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para optar el grado de Maestro en Gestión Pública.

En el presente trabajo, se estudia la relación de Cultura organizacional y la aplicación de Telesalud desde la perspectiva de profesionales de la salud médicos y enfermeras subespecialistas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. El estudio comprende los siguientes capítulos: el capítulo I se refiere a la introducción; el capítulo II se refiere al Marco metodológico; El capítulo III, describe resultados; el capítulo IV se refiere a la discusión; el capítulo V a las conclusiones; el capítulo VI a las recomendaciones. Por último, el capítulo VII menciona las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

Espero la valoración que corresponda a la presente investigación, así como me dispongo a atender las observaciones y sugerencias formuladas, las mismas que permitirán su enriquecimiento, lo que redundará en beneficio del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Los Olivos, 19 de Agosto del 2018

Índice

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	xviii
Resumen	xix
Abstract	xx
I. Introducción	
1.1 Realidad problemática	22
1.2 Trabajos previos	24
1.3 Teorías relacionadas al tema	28
1.4 Formulación del Problema	55
1.5 Justificación	57
1.6 Hipótesis	59
1.7 Objetivos	60
II. Método	
2.1 Diseño de investigación	63
2.2 Variables, Operacionalización	64
2.3 Población, muestra	69
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	70
2.5 Métodos de análisis de datos	72
2.6 Aspectos éticos	73
III. Resultados	
3.1 Estadística descriptiva	75
3.2 Estadística inferencial	123
IV. Discusión	128
VI. Conclusiones	130
VI. Recomendaciones	133

VII. Referencias	135
Anexos	
Anexo 1: Revista científica	141
Anexo 2: Matriz de consistencia	156
Anexo 3: Instrumentos	158
Anexo 4. Validez de Instrumentos	163
Anexo 5: Base de datos	178

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Clasificación de dimensiones actitudinales de Hofstede (Gómez-Díaz y Rodríguez, 2001)	37
Tabla 2. Tipologías de cultura de Handy (Handy, Gods of management, 1995)	42
Tabla 3. Marco legal del Perú en cuanto a Telesalud	52
Tabla 4. Continuación de la tabla 3 Marco legal del Perú en cuanto a Telesalud	53
Tabla 5. Continuación de la tabla 3 Marco legal del Perú en cuanto a Telesalud	67
Tabla 6. Operacionalización de la Variable 2: Aplicación de Telesalud	68
Tabla 7. Estadística descriptiva del ítem 1 ¿La mayoría de los miembros de este grupo están bien comprometidos con su trabajo?	75
Tabla 8. Estadística descriptiva del ítem 2 ¿Las decisiones con frecuencia se toman en el nivel que dispone de la mejor información?	75
Tabla 9. Estadística descriptiva del ítem 3 ¿La información se comparte ampliamente y se puede conseguir la información que se necesita?	76
Tabla 10. Estadística descriptiva del ítem 4 ¿Cada miembro cree que puede tener un impacto positivo en el grupo?	76
Tabla 11. Estadística descriptiva del ítem 5 ¿La planificación de nuestro trabajo es continua e implica a todos en algún grado?	77
Tabla 12. Estadística descriptiva del ítem 6 ¿Se fomenta activamente la cooperación entre los diferentes grupos de esta organización?	77

Tabla 13. Estadística descriptiva del ítem 7 ¿Trabajar en este grupo es como formar parte de un equipo?	78
Tabla 14. Estadística descriptiva del ítem 8 ¿Acostumbramos a realizar las tareas en equipos, en vez de descargar el peso en la Dirección?	78
Tabla 15. Estadística descriptiva del ítem 9 ¿Los grupos y no los individuos son los principales pilares de organización?	79
Tabla 16. Estadística descriptiva del ítem 10 ¿El trabajo se organiza de modo que cada persona entienda la relación entre su trabajo y objetivos de la organización?	79
Tabla 17. Estadística descriptiva del ítem 11 ¿La autoridad se delega de modo que las personas puedan actuar por sí mismas?	80
Tabla 18. Estadística descriptiva del ítem 12 ¿Las capacidades del pro-líder (los futuros líderes del grupo) se mejoran constantemente?	80
Tabla 19. Estadística descriptiva del ítem 13 ¿Este grupo invierte continuamente en el desarrollo de las capacidades de los miembros?	81
Tabla 20. Estadística descriptiva del ítem 14 ¿La capacidad de las personas es vista como una fuente importante de ventaja competitiva?	81
Tabla 21. Estadística descriptiva del ítem 15 ¿A menudo surgen problemas porque no disponemos de las habilidades necesarias para hacer el trabajo?	82
Tabla 22. Estadística descriptiva del ítem 16 ¿Los líderes y directores practican lo que pregonan?	82

Tabla 23. Estadística descriptiva del ítem 17 ¿Existe un estilo de dirección característico con un conjunto de prácticas distintivas?	83
Tabla 24. Estadística descriptiva del ítem 18 ¿Existe un conjunto de valores claro y consistente que rige la forma en que nos conducimos?	83
Tabla 25. Estadística descriptiva del ítem 19 ¿Ignorar los valores esenciales de este grupo te ocasionará problemas?	84
Tabla 26. Estadística descriptiva del ítem 20 ¿Existe un código ético que guía nuestro comportamiento y nos ayuda a distinguir lo correcto?	84
Tabla 27. Estadística descriptiva del ítem 21 Cuando existen desacuerdos, trabajamos intensamente para encontrar soluciones donde todos ganen?	85
Tabla 28. Estadística descriptiva del ítem 22 ¿Este grupo tiene una cultura “fuerte”?	85
Tabla 29. Estadística descriptiva del ítem 23 ¿Nos resulta fácil lograr el consenso, aún en temas difíciles?	86
Tabla 30. Estadística descriptiva del ítem 24 ¿A menudo tenemos dificultades para alcanzar acuerdos difíciles?	86
Tabla 31. Estadística descriptiva del ítem 25 ¿Existe un claro acuerdo acerca de la forma correcta e incorrecta de hacer las cosas?	87
Tabla 32. Estadística descriptiva del ítem 26 ¿Nuestra manera de trabajar es consistente y predecible?	87
Tabla 33. Estadística descriptiva del ítem 27 ¿Las personas de diferentes grupos de esta organización tienen una perspectiva común?	88
Tabla 34. Estadística descriptiva del ítem 28 ¿Es sencillo coordinar proyectos entre los diferentes grupos de esta organización?	88

Tabla 35. Estadística descriptiva del ítem 29 ¿Trabajar con alguien de otro grupo de esta organización es como trabajar con alguien de otra organización?	89
Tabla 36. Estadística descriptiva del ítem 30 ¿Existe una buena alineación de objetivos entre los diferentes niveles jerárquicos?	89
Tabla 37. Estadística descriptiva del ítem 31 ¿La forma que tenemos de hacer las cosas es flexible y fácil realizar?	90
Tabla 38. Estadística descriptiva del ítem 32 ¿Respondemos bien a los cambios del entorno?	90
Tabla 39. Estadística descriptiva del ítem 33 ¿Adoptamos continuamente nuevas y mejores formas de hblacer?	91
Tabla 40. Estadística descriptiva del ítem 34 ¿Los intentos de realizar cambios suelen encontrar resistencias?	91
Tabla 41. Estadística descriptiva del ítem 35 ¿Los diferentes grupos de esta organización cooperan a menudo para introducir cambios?	92
Tabla 42. Estadística descriptiva del ítem 36 ¿Los comentarios y recomendaciones de nuestros clientes conducen a menudo a introducir cambios?	92
Tabla 43. Estadística descriptiva del ítem 37 ¿La información sobre nuestros clientes influye en nuestras decisiones?	93
Tabla 44. Estadística descriptiva del ítem 38 ¿Todos tenemos una comprensión profunda de los deseos y necesidades de nuestro entorno?	93
Tabla 45. Estadística descriptiva del ítem 39 ¿Nuestras decisiones ignoran con frecuencia los intereses de los clientes?	94
Tabla 46. Estadística descriptiva del ítem 40 ¿Fomentamos el contacto directo de nuestra gente con los clientes?	94

Tabla 47. Estadística descriptiva del ítem 41 ¿Consideramos el fracaso como una oportunidad para aprender y mejorar?	95
Tabla 48. Estadística descriptiva del ítem 42 ¿Tomar riesgos e innovar son fomentados y recompensados?	95
Tabla 49. Estadística descriptiva del ítem 43 ¿Muchas ideas “se pierden en el camino”?	96
Tabla 50. Estadística descriptiva del ítem 44 ¿En el aprendizaje es un objetivo importante en el trabajo?	96
Tabla 51. Estadística descriptiva del ítem 45 ¿Nos aseguramos que la mano derecha sepa lo que está haciendo la izquierda?	97
Tabla 52. Estadística descriptiva del ítem 46 ¿Esta organización tiene un proyecto y una orientación a largo plazo?	97
Tabla 53. Estadística descriptiva del ítem 47 ¿Nuestra estrategia sirve de ejemplo a otras organizaciones?	98
Tabla 54. Estadística descriptiva del ítem 48 ¿Esta organización tiene una misión clara que le otorga sentido y rumbo a nuestro trabajo?	98
Tabla 55. Estadística descriptiva del ítem 49 ¿Esta organización tiene una clara estrategia de cara al futuro?	99
Tabla 56. Estadística descriptiva del ítem 50 ¿La orientación estratégica de esta organización no me resulta clara?	99
Tabla 57. Estadística descriptiva del ítem 51 ¿Existe un amplio acuerdo sobre las metas a conseguir?	100
Tabla 58. Estadística descriptiva del ítem 52 ¿Los líderes y directores fijan metas ambiciosas pero realistas?	100
Tabla 59. Estadística descriptiva del ítem 53 ¿La Dirección nos conduce hacia los objetivos que tratamos de alcanzar?	101

Tabla 60. Estadística descriptiva del ítem 54 ¿Comparamos continuamente nuestro progreso con los objetivos fijados?	101
Tabla 61. Estadística descriptiva del ítem 55 ¿Las personas de esta organización comprenden lo que hay que hacer para tener éxito a largo plazo?	102
Tabla 62. Estadística descriptiva del ítem 56 ¿Tenemos una visión compartida de cómo será esta organización en el futuro?	102
Tabla 63. Estadística descriptiva del ítem 57 ¿Los líderes y directores tienen una perspectiva a largo plazo?	103
Tabla 64. Estadística descriptiva del ítem 58 ¿El pensamiento a corto plazo compromete a menudo a nuestra visión a largo plazo?	103
Tabla 65. Estadística descriptiva del ítem 59 ¿Nuestra visión genera entusiasmo y motivación entre nosotros?	104
Tabla 66. Estadística descriptiva del ítem 60 ¿Podemos satisfacer las demandas a corto plazo sin comprometer nuestra visión a largo plazo?	104
Tabla 67. Promedios obtenidos por cada subdimensión mediante la aplicación obtenida de la encuesta Denison Organizational Culture Survey	105
Tabla 68. Promedios obtenidos por cada subdimensión mediante la aplicación obtenida de la encuesta Denison Organizational Culture Survey	106
Tabla 69. Estadística descriptiva ítem 1 ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele prevención en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	108
Tabla 70. Estadística descriptiva ítem 2 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	109

Tabla 71. Estadística descriptiva ítem 3 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele monitoreo en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	109
Tabla 72. Estadística descriptiva ítem 4 ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele consulta en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	110
Tabla 73. Estadística descriptiva ítem 5 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	110
Tabla 74. Estadística descriptiva ítem 6 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	111
Tabla 75. Estadística descriptiva ítem 7 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	111
Tabla 76. Estadística descriptiva ítem 8 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	112
Tabla 77. Estadística descriptiva ítem 9 ¿Con que prioridad se debería implementar la Referencia y contrarreferencia virtual que cumple con sus objetivos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	112
Tabla 78. Estadística descriptiva ítem 10 ¿Con que prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	113
Tabla 79. Estadística descriptiva ítem 11 ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	113

Tabla 80. Estadística descriptiva ítem 11 ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	114
Tabla 81. Estadística descriptiva ítem 13 ¿Con que prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	114
Tabla 82. Estadística descriptiva ítem 14 ¿Con que prioridad se debería implementar intercambio científico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	115
Tabla 83. Estadística descriptiva ítem 15 ¿Con que prioridad se debería implementar información en salud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	115
Tabla 84. Estadística descriptiva dimensión Prestación de los servicios según necesidad de aplicar telesalud.	116
Tabla 85. Estadística descriptiva dimensión Telegestión de servicios de salud según necesidad de aplicar Telesalud.	117
Tabla 86. Estadística descriptiva dimensión Teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud según necesidad de aplicar Telesalud.	118
Tabla 87. Resumen de procesamiento de casos de la variable cultura organizacional	119
Tabla 88. El alpha de Cronbach del cuestionario para medir la variable cultura organizacional es 0.943 la cual indica una adecuada consistencia interna para el cuestionario empleado.	119
Tabla 89. Resumen de procesamiento de casos de la variable aplicación de Telesalud	119

Tabla 90. El alpha de Cronbach del cuestionario para medir la variable aplicación de Telesalud es de 0.774 donde indica una adecuada consistencia interna para el cuestionario empleado.	120
Tabla 91. Las Estadísticas de total de elementos de la variable cultura organizacional en general muestran que todos los ítems contribuyen adecuadamente al conjunto de la escala, es decir, presentan una correlación relativamente alta con el total del cuestionar	121
Tabla 92. Las Estadísticas de total de elementos de la variable Telemedicina muestran baja correlación en los ítems 9 y10.	122
Tabla 93. Prueba de hipótesis general	123
Tabla 94. Escala de correlación de Spearman	123
Tabla 95. Tabla Correlaciones de la variable Cultura organizacional y las dimensiones de la variable Telemedicina	126
Tabla 96. Correlaciones de la variable aplicación de telesalud y las dimensiones de la variable cultura organizacional	127

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Diagrama de McKinseybasado Fuentes originales Waterman, R.H., Peters, T.J. y Phillips, J.R. (1980) 7S	32
Figura 2. Matriz 2x2 de Deal y Kennedy	34
Figura 3. Matriz 2x2 de Deal y Kennedy Modelo de 3 capas de Schein (1992), para caracterizar la cultura organizacional	40
Figura 4. Modelo de Daniel R. Denison	46
Figura 5. Resultados Modelo de Daniel R. Denison,	107
Figura 6. Estadística porcentual dimensión Prestación de los servicios de salud según necesidad de aplicar Telesalud.	116
Figura 7. Estadística porcentual dimensión Telegestión de servicios de salud según necesidad de aplicar Telesalud.	117
Figura 8. Estadística descriptiva dimensión Teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud según necesidad de aplicar Telesalud.	118

Resumen

Los cambios son necesarios y se van a dar siempre en el transcurso del tiempo, pasar de una situación vieja a nueva ya no debe ser tan obstaculizador como lo ha sido, en una organización cuando el trabajador sabe por qué deja su labor actual o posición y pasa al estado futuro comprendiendo el por qué los cambios necesarios, saber cómo son y deben ser implementadas las nuevas tecnologías y que nuevas habilidades serán requeridas, entonces estamos frente a una cultura organizacional fuerte preparada para los cambios de su entorno.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018 especialmente las relaciones que existe entre la cultura organizacional y las diferentes dimensiones de la aplicación de Telesalud como los servicios de prestaciones de salud (telemedicina), tele gestión de los servicios de salud y Tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud, por las razones que, se está relacionando todas las aplicaciones posibles en Telesalud que si los pudiera tener un hospital general de categoría Nivel III ya que cuenta con la mayoría de las especialidades, como el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas cuya categorización es el de Nivel III 2 en la especialidad de Neurología clínica y Neurociugía por lo tanto es limitante contar con todas las aplicaciones de Telesalud, la necesidad de determinar el tipo de aplicación de Telesalud, implementación y uso es determinado exclusivamente por los profesionales de salud del Instituto.

El resultado de la investigación arrojó que existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018, encontrando sin embargo Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Palabras clave: Telesalud, cultura organizacional.

Abstract

Changes are necessary and will always happen over time, moving from an old situation to a new one should no longer be as difficult as it has been in an organization when the worker knows why he leaves his current job or position and Goes to the future state, understanding why the necessary changes, knowing how new technologies are and should be implemented and what new skills will be required, then we are facing a strong organizational culture prepared for the changes of their environment.

The objective of this research is to determine the relationship between the organizational culture and the application of telehealth at the National Institute of Neurological Sciences, Lima 2018, especially the relationships that exist between the organizational culture and the different dimensions of the telehealth application, such as services of health services (telemedicine), tele management of health services and tele information, education and communication to the population and health personnel, for the reasons that, is being related all the possible applications in telehealth that could have them a general hospital of Level III category since it has most of the specialties, such as the National Institute of Neurological Sciences whose categorization is Level III 2 in the specialty of Clinical Neurology and Neurosurgery, therefore it is limiting to have all the applications of telehealth, the need to determine the type of ap telehealth, implementation and use is determined exclusively by the health professionals of the Institute.

The result of the investigation showed that there is a significant relationship between the organizational culture and the application of telehealth at the National Institute of Neurological Sciences, Lima 2018, but there is a significant relationship between the organizational culture and the dimension of tele information, education and communication to the population and health personnel in the application of telehealth at the National Institute of Neurological Sciences, Lima 2018.

Keywords: Telehealth, organizational culture.

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

Es sin duda la Telesalud una de las innovaciones más grandes realizadas en salud, no solo en el uso de las nuevas tecnologías de la información sino más bien en la integración social y cultural de los usuarios de salud, la telemedicina a pesar de su temprano inicio a partir de 1956 a la fecha en las sociedades occidentales con sistemas altamente tecnificados y con esfuerzos permanentes de gasto sanitario no ha tenido la expectativa esperada, los proyectos de telemedicina será el resultado de la interacción de la tecnología y el entorno en que se aplica (Roig & Saigi, 2009), nuestra normativa nacional para la aplicación de la Telesalud tiene una vigencia de más de una década y los resultados es muy poco para la cantidad de uso que se podría dar para llegar a más usuarios de salud a nivel nacional, existe más probabilidades de fracaso en la implementación de la Telesalud que la viabilidad y sostenibilidad del proyecto. El Ministerio de Salud dentro de la modernización del estado peruano presenta la nueva política de salud 2018-2020 que contiene cuatro pilares fundamentales que son: 1) Gestión eficiente en el sistema de salud, 2) Cobertura y calidad de los servicios de salud, 3) Revaloración del personal de salud y 4) Infraestructura moderna e interconectada, el objetivos estratégico institucional OEI.03: Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud hace referencia a Telesalud con la acción AEI.03.03 Implementación de los procesos vinculados a Telesalud.

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) es una Unidad Ejecutora perteneciente al Ministerio de Salud y dependiente administrativamente de la Dirección General de Operaciones en Salud del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud (Decreto Supremo N° 008-2017 MINSA).

El Instituto es una Institución de Nivel III-2, encargado de brindar atención especializada y subespecializada en el campo de la neurología y la neurocirugía, desarrollando rectoría, docencia e investigación a nivel nacional contribuye en forma óptima a los logros de los objetivos provistos por el Ministerio de Salud, en cuanto a la aplicación de Telesalud el Instituto Nacional de Ciencia Neurológicas

debe integrarse a corto plazo como actor principal en el desarrollo del Plan Nacional de Telesalud, a la globalización eSalud proponiendo la integración de profesionales de la salud neurológica en forma global a nivel nacional y regional y lo más importante que el uso de la información tecnológica globalizada sea en forma sostenible en el tiempo.

Tomando en cuenta la complejidad que implica el uso de telesalud es necesario se tiene analizar en forma holística para obtener una innovación organizacional que pueda sostener una implementación tecnológica a futuro. Para ello nuestro entorno organizacional, cultura organizacional, clima organizacional, recursos humanos, infraestructura, tecnología de la información etc. deben ser las idóneas para la implementación y uso sostenible de una herramienta tecnológica, por ello es fundamental que los servidores del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas tengan una cultura organizacional equilibrada y fuerte para que se adopten al uso de nuevas tecnologías de la Información como un desarrollo sostenible y no como una barrera.

Ante las necesidades que tiene el Perú como país heterogéneo y con dificultad de accesibilidad geográfica, es necesario que se desarrollen estrategias y mecanismos en todos los niveles organizacionales a fin de mejorar el acceso. Para ello se requiere que se comparta el conocimiento sobre las mejores formas de facilitar el acceso y para la provisión de servicios considerando los aspectos de interculturalidad, equidad de género y el uso de tecnologías diversas que innoven la organización y gestión de los servicios de salud y la provisión de atenciones y cuidados de salud (Ministerio de Salud, 2017), en cuanto a recursos humanos del Ministerio de Salud existen a nivel nacional 133 médicos especialistas en neurología, 100 médicos especialistas en neurocirugía de los cuales 78 neurólogos y 66 neurocirujanos se encuentran laborando en la ciudad de Lima Metropolitana (Ministerio de Salud, 2014), observando que la mayor concentración de médicos especialistas en neurología y neurocirugía se da en la ciudad de Lima.

Las soluciones que ofrece las tecnologías de información y telecomunicaciones por medio de Telesalud en la actualidad son tan diversas que se hace muy necesario e importante según (Organización Panamericana de la

Salud, Organización Mundial de la Salud, 2016) proveer de información para la toma de decisiones sobre la priorización y selección de programa, aplicación o servicio de Telesalud.

Por lo señalado para el cumplimiento de sus funciones misionales y visionales, por la escasez de especialistas neurólogos y neurocirujanos al interior del país, la distancia de los centros de atención primaria a los centros de atención de nivel II y III es considerable teniendo en cuenta nuestra agreste geografía, existe la factibilidad de implementar el servicio de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, acogiéndose a los principios de universalidad en acceso a la salud, equidad, eficiencia, calidad, descentralización y desarrollo social (Comisión Nacional de Telesanidad, 2005) .

1.2 Trabajos previos

1.2.1 Trabajos previos Internacionales

Falcones (2014) en la investigación Estudio descriptivo de la cultura organizacional de los colaboradores de la unidad de negocio de SupplyChain Guayaquil de Nestle Ecuador, indica es un estudio descriptivo con corte transversal y como objetivo principal se centró en determinar las características de la cultura organizacional dominante en la Unidad de Negocio de SupplyChain de Nestle Ecuador, concluye “que con respecto al tipo de cultura dominante que existe en la unidad de negocio de SupplyChain, se determinó que es la “de la persona – adhocracia” ya que el personal tiene un alto grado de empoderamiento en sus funciones, son personas altamente capacitadas que de manera autónoma toman decisiones, generan e implementan mejoras, cambios positivos para la compañía. En la organización tienen una estructura bien definida, con procedimientos claros y a la mano de todo el personal”.

López (2013) en la investigación *La cultura organizativa como herramienta de gestión interna y de adaptación al entorno*. Un estudio de casos múltiple en empresas murcianas, la metodología aplicada en la investigación es la de estudio de casos, el objetivo de esta tesis es conocer el proceso por el que la organización se adapta a un entorno complejo y globalizado e integra los cambios de forma

consecuente, entre sus conclusiones indica que la “relación con el quinto objetivo (conocer el contenido y la orientación de la cultura organizativa) es, en suma, la cultura organizativa resultante en el proceso de adaptación-integración en el ámbito internacional es una “cultura de la información-comunicación”, una “cultura de la calidad”, una “cultura de la innovación”, una “cultura de la participación”, una “cultura de la cualificación-formación” y una “cultura de equipo” que establece las bases para la acumulación y gestión del conocimiento necesario, con el que hacer efectiva la actualización continua de las organizaciones ante las fuerzas externas del entorno actual. Estos atributos de la cultura organizativa corresponden al entramado o capital cultural de las empresas que aprenden a cambiar continuamente en el modelo económico dado por la globalización y la internacionalización, como capacidad para mantenerse y desarrollarse dentro del mismo”.

Avellana (2013) en su investigación *Tecnologías de la información y la comunicación (tics) en el sector salud Colombia*, esta investigación tiene como objeto, efectuar una revisión del marco conceptual normativo de la situación actual de la implementación de TICS en el Sector Salud en Colombia, caracterizando el manejo vigente de TICS, entre sus conclusiones indica que “para calificar una sociedad como innovadora no solamente se deben tener en cuenta aspectos relacionados con el desarrollo tecnológico y su capacidad de investigación; sino que además es fundamental realizar un análisis de sus aspectos sociales y culturales ya que éstos permiten impulsar las condiciones adecuadas para que interactúen todos los agentes que comparten una diversidad de conocimientos (sector educativo, entes gubernamentales, sectores de la economía y empresariales, los centros de tecnología y la población en general); teniendo en cuenta lo anterior la tecnología se debe contemplar como la herramienta y no como el fin en sí misma, en donde su aplicabilidad a la salud aplica en el hecho de que su valor está en la capacidad de construir soluciones a problemas prácticos reales haciendo llegar a los ciudadanos mejoras tangibles en la calidad y acceso a los servicios de salud del futuro”.

Montaña (2015) en la investigación, *Caracterización de la cultura organizacional y lineamientos de intervención para la implementación de procesos*

de cambio en las organizaciones, caso empresa sector financiero, Colombia, esta investigación tiene como objetivo caracterizar la Cultura Organizacional de una empresa (MEDECO) del sector financiero en Colombia con el fin de evaluar si ella es o no pertinente para el proceso de cambio que ha sido planeado para dicha organización, entre sus conclusiones indica “un cambio organizacional planeado, sólo es duradero y permanente auto gestionado cuando se trabaja con la cultura de la organización y se incide en ella para que impacte y dinamice los cambios”.

Restrepo (2015) en la investigación, *La cultura organizacional y su influencia en la implementación de los sistemas de información en instituciones de salud: revisión de la literatura* que tiene como objetivo general Identificar los elementos de la cultura organizacional y su influencia positiva o negativa (facilitadores o barreos) durante el proceso de implementación de sistemas de información en el sector salud, entre sus conclusiones indica que “para alcanzar una adecuada implementación de un SI es necesario no solo tener en cuenta la funcionalidad técnica del mismo, sino también temas organizacionales ya que un proyecto como este implica un gran cambio, no solo en la forma de hacer las cosas, sino en transformar lo que se requiere de tal forma que el proceso o actividad a impactar se realice de mejor manera. En este proceso de transformación la organización llevará a cabo diferentes estrategias para adaptarse, las cuales pueden ser efectivas resultando en una implementación exitosa del SI o por el contrario pueden ser inefectivas resultando en un fracaso”.

1.2.2 Trabajos previos Nacionales

Balcazar (2018) en la investigación, *Estrategias para la mejora de la cultura organizacional de Servicios Analíticos Generales S.A.C.* aplicando el modelo de Denison, el diseño utilizado en la investigación es pre-experimental, el objetivo de esta tesis es determinar en qué medida la implementación de las estrategias de liderazgo y motivación mejora los niveles de la cultura organizacional según el modelo de Denison, entre sus conclusiones afirma que “Como el personal ya se conocía mejor, cuando se realizó el taller de liderazgo fue más fácil formar grupos y dejar que lideren personas que usualmente no lo hacían, se concluye que en este

taller muchos colaboradores elevaron su confianza en sí mismo para realizar un trabajo”.

Coz (2014) en la investigación, *Diseño de una red de telemedicina para la automatización de los procesos en la atención de los pobladores de la comunidad de Ñaupay, Huaral y realización de un estándar para zonas rurales del Perú*, el objetivo general de esta tesis, el objetivo es el diseño de la red de telemedicina y el estándar a nivel nacional para poder interconectar todos los centros de salud a nivel Nacional, entre sus conclusiones refiere “cuando se terminó la visita y las pruebas de campo se evidencio un claro futuro para la posta médica y los habitantes de la comunidad, ya que cuentan con una gran disposición con el cambio”.

Gutiérrez (2017) en la investigación *Cultura organizacional y calidad de los servicios de salud en Tingo María Perú*, el objetivo general de la investigación es determinar si la calidad de los servicios que presta el Hospital I Tingo María ESSALUD está directamente relacionado a la Cultura Organizacional, entre sus conclusiones indica que “los factores de la Cultura Organizacional trabajo en equipo, motivación y práctica de valores, tienen una influencia positiva en el antecedente calidad de los servicios, brindada por el trabajador de salud del Hospital I Tingo María, siendo los coeficientes de correlación de 0,560 para cada factor respectivamente, con una $p = 0.000$ ($p < .05$)”.

Cahui (2015) en la investigación *Diseño de una red de telemedicina para la micro-red de Capachica – puno*, el objetivo general es diseñar una red de telemedicina para la Micro-Red del distrito de Capachica de la Provincia de Puno, entre sus conclusiones indica que “se obtuvo una buena aceptación por parte del personal encargado de los establecimientos de salud, demostrando así que es posible mejorar el servicio de atención a los pacientes del distrito de Capachica y la isla Amantaní, a través de la red de telemedicina diseñada”.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Variable cultura organizacional

La cultura organizacional es la mayor tendencia en el campo del estudio y la investigación organizacional y es posiblemente el campo individual más preponderante en la teoría organizacional. Tal es así que hoy en día existe una riqueza literaria sobre cultura organizacional, desarrollada por diversas teorías que expresan desde diferentes enfoques conceptos de cultura, su significado, su importancia y su dinámica.

El concepto de cultura organizacional forma parte de las ciencias sociales y, adquirió gran importancia en el campo de la administración entre los años 70 's y 80's después de que algunos investigadores en el área de Gestión y Estudios Organizacionales comienzan a acoger los beneficios de estudiar la cultura organizacional. Sin embargo, la cultura organizacional ya era estudiada anteriormente por la sociología, las relaciones humanas dedicaban su tiempo en dictar estudios del aspecto humano de la empresa y era precursora de la cultura organizativa. Como antecedente se tiene el modelo empresarial norteamericano, el cual tuvo un bajo rendimiento y predominó hasta el momento en que se hizo visible el éxito de las empresas orientales, especialmente las japonesas y se tomó este como nuevo referente. Debido a ello el profesor estadounidense William Ouchi (Ouchi, 1985) realizó estudios para comparar la forma en que fluctuaba la cultura organizacional en las compañías japonesas y las americanas, desarrollando así la teoría Z. La base de sus investigaciones fue la búsqueda del desempeño organizacional seleccionadas de las filosofías encontradas en las organizaciones americanas y japonesas.

A lo largo de la historia, muchos autores definieron el concepto de Cultura Organizacional y tantos otros desarrollaron modelos que permitan identificar variables organizacionales relevantes del proceso organizacional, tales como: Elliot Jaques (1951), Kroeber and Kluckhohn (1952), Phillip Selznick (1957), Pettigrew (1979), Hofstede (1980), Peters y Waterman (1982), Deal y Kennedy (1982), Caren Siehl & Joanne Martin (1984), Anzizu, J. (1985), Ansoff (1985), Koberg & Chusmir (1987), Garmendia, J.A. (1988), Gerry Johnson (1988),

Chiavenato (1989), Ed Young (1989), Handy (1986), Denison (1990), Schein (1990), O'Reilly, Chatman y Caldwell (1991), Etkin y Schvarstein (1992), Smirich (1993), Stanley G. Harris (1994), Tomei (1995), Kim Cameron & Robert Quinn (1999), Hill y Jones Han (2001), Carles Ramio (2001), Alabart (2002), Stephen McGuire (2003), Ravasi & Schultz (2006), Vargas, J.G.(2007), Bretones y Mañas (2008), Dodek (2010), Carlos E. Méndez (2006), Eric Flamholtz (2011), Robbins & Judge (2013), Roger Harrison, M. Thevenet, Robert A. Cooke, Adam Grant, entre los más representativos, cuyos aportes permitieron el desarrollo del imperativo cultural de las organizaciones. Desarrollamos a continuación, una breve reseña de los modelos más utilizados y sus postulados.

Para Schein el estudio de la cultura requiere una perspectiva evolutiva (Schein 1992, p.1) y la define como:

Un patrón de supuestos básicos compartidos que el grupo aprende en la medida que resuelve sus problemas de adaptación externa e integración interna, que los ha trabajado lo suficiente para ser considerados como válidos y, por lo tanto, dignos de ser enseñados a los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación con esos problemas. (Schein, 1992, p.12)

Araya y Orero reúne y mencionan tres de ellas: Hofstede (1999), define "cultura" como "la programación mental colectiva que distingue a los miembros de un grupo o categoría de otro". De la misma manera, define "cultura organizativa" como "la programación mental colectiva que distingue a los miembros de una organización de los de otra". Claver, Llopis y Gascó (2002) proponen la siguiente definición de cultura empresarial (organizativa): "conjunto de valores, símbolos y rituales compartidos por los miembros de una determinada empresa, que describen la forma en que se hacen las cosas en una organización, para la solución de los problemas gerenciales internos y de los relacionados con clientes, proveedores y entorno". León (2003) señala que "la cultura organizacional es el conjunto de valores y creencias que inspiran la vida de una empresa. Son los modos de pensar y de ejercer las actividades, independientemente de que se encuentren o no

formalizadas. Trata sobre aquellas cuestiones y hechos que son importantes en la vida de la institución”.

En términos del análisis organizacional, la cultura es un marco de referencia compartido, por cuanto se trata de valores aceptados por el grupo de trabajo, que indican cuál es el modo esperado de pensar y actuar frente a situaciones concretas.

Modelos de cultura organizacional

Modelo de Ansoff

Igor Ansoff (1918 – 2002) es considerado padre de la administración estratégica, y mundialmente es reconocido por su investigación en tres áreas específicas: los conceptos de turbulencia ambiental, el paradigma contingente del éxito estratégico y la administración estratégica de tiempo real. Los estudiantes de Marketing y MBA generalmente están familiarizados con su Product-MarketGrowthMatrix, una herramienta que él creó para trazar estrategias genéricas para hacer crecer un negocio a través de productos existentes o nuevos, en mercados existentes o nuevos.

Ansoff, visualiza el rol de la cultura a partir de ciertos modos de comportamientos, los cuales el autor reconoce como “clima organizacional”, “estilo organizacional” o “cultura organizacional” (Gomez-Díaz & Rodriguez, 2001), propone cinco tipos o niveles de cultura estratégica (Estable, Reactivo, de Previsión, Exploratorio, Reactivo), correlacionados con seis atributos:

1) La perspectiva temporal, 2) El conjunto de alternativas, 3) El foco de atención de la organización, 4) La propensión al cambio, 5) El grado de ruptura, 6) La propensión al riesgo en la elección de alternativas.

Modelo de Anthony G. Athos y Richard T. Pascale

El marco de trabajo de este modelo es la investigación sobre cómo la industria japonesa había logrado ser tan exitosa. La base de este modelo se basa en una mezcla de investigación científica y experiencia práctica, cuyos pilares son los siete elementos (7S) de la estructura organizativa, agrupados en elementos “duros”:

estrategia, estructura y sistemas; y en los elementos “suaves”: staff, estilo, habilidades y metas jerarquizadas, que permiten la integración y la dinámica entre ellos. El centro del modelo son las metas jerarquizadas, que, según Athos y Pascale (Richard Tanner Pascale, 1984), llevan hacia la fluidez en la distribución interna de poder y a la flexibilidad en su uso.

La investigación de Athos y Pascale (Richard Tanner Pascale, 1984) permitió ayudar a guiar el pensamiento sobre la eficacia de la organización en el sentido más amplio. El modelo 7S, mencionado por primera vez en 1981, es una excelente herramienta para juzgar la capacidad de una organización al implementar una estrategia determinada. Este modelo es utilizado como una lista de control estática para fines de análisis y también como una herramienta para evaluar conflictos potenciales cuando se implementa un programa estratégico.

Modelo de Thomas J. Peters & Robert H. Waterman

El modelo propuesto por estos autores tiene su origen en las investigaciones realizadas a las 43 empresas norteamericanas exitosas, en una época en que estaban bajo una fuerte presión competitiva de parte de las empresas japonesas. Los consultores basaron su modelo en la hipótesis de la existencia de una correlación entre el desempeño de la organización y la cultura corporativa, y que todo puede ser fortalecido por la capacidad de sus gerentes.

Las experiencias y el desarrollo de sus teorías son plasmadas en un libro muy conocido: "En busca de la excelencia" (Peters y Waterman Jr., 1986). En ella, hablan de su experiencia de consultoría en McKinley & Co., localizada en los Estados Unidos de Norteamérica, donde a partir del modelo de Pascale y Athos (Richard Tanner Pascale, 1984), desarrollaron un serie de conceptos para focalizarse en el proceso de organización. El fruto de estas investigaciones es el desarrollo del modelo estructural llamado “Framework 7-S de McKinsey”. El artículo donde originalmente aparecieron estas ideas fue titulado: “Structure is not Organization” y publicado en la revista Business Horizons (Waterman Jr., Peters y Phillips, 1980).

Lo curioso del modelo es que no hay una mención explícita a lo relacionado a la cultura organizacional ni tampoco hay una definición de ella en ninguna parte del libro ni en artículo alguno, pero si uno analiza cómo los valores compartidos es la estructura básica de la organización y del cual se edifican los demás elementos, nos permite inferir en forma implícita que la cultura organizacional articula a la organización.

La propuesta del modelo es que los *valores compartidos (shared values)* esté en un centro de ejecución y que los demás elementos se interrelacionan y equilibran unos con otros en función del rol central. Los elementos mantienen la misma clasificación en: 1) elementos “duros” (hard) o racionales que son a) estructura, b) estrategias y c) sistemas - y 2) elementos “suaves” (soft) que son a) emocionales - staff, b) estilo y c) habilidades, mencionados por Athos y Pascale (Pascale, 1984).

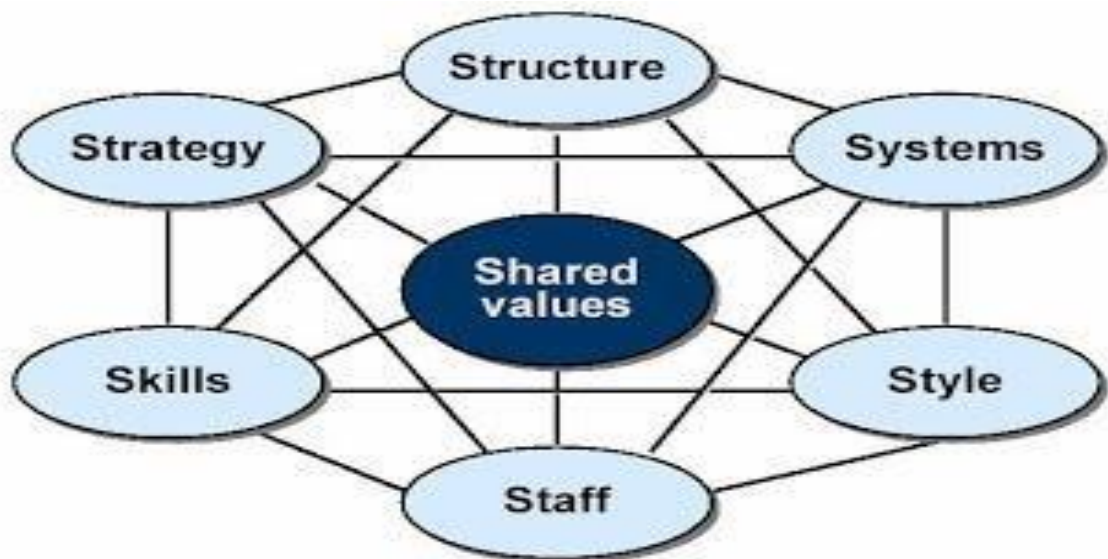


Figura 1. Diagrama de McKinsey basado en Fuentes originales Waterman, R.H., Peters, T.J. y Phillips, J.R. (1980) 7S

Peters y Waterman (1986) desarrollaron ocho principios en base a su modelo, que, en su momento, caracterizaron a las compañías excelentes e innovadoras de los Estados Unidos de Norteamérica:

- 1) Orientación a la acción: Son analíticas en la forma en que abordan la toma de decisiones (experimentación).
- 2) Cercanía al cliente: Escuchan a sus clientes de

quien obtienen muchas de sus mejores ideas sobre productos (calidad). 3) Autonomía y espíritu emprendedor: Estimulan el trabajo autónomo y emprendedor de sus empleados (innovación). 4) Productividad a través de la gente: Ofrecer buen entrenamiento, establecer expectativas claras y razonables (autonomía). 5) Orientación a los valores. 6) Apego a su negocio central: No desean convertirse en conglomerados. Se mueven principalmente a través de diversificación generada a nivel interno. 7) Formas simples, poco staff: Tienen la menor cantidad posible de capas gerenciales (flexibilidad). 8) Dirección central con libertad individual: Combinan la centralización y la descentralización (abiertas y sensibles al cambio).

El gran aporte del estudio de Peters y Waterman está primero, en la operacionalización del modelo de Pascale y Athos y segundo, en la idea de que la excelencia organizacional yace en la creación de un sistema de valores simples, claros y no sólo compartido por todos, sino internalizado como lo más importante, y complementado con una buena estructura y manejo de lo básico. (Gomez-Díaz y Rodriguez, 2001)

Modelo de Terrence A. Deal y Allan A. Kennedy

Sirve como modelo normativo en muchas organizaciones, debido a que proponen que la cultura de cualquier organización puede ser gestionada hacia el desarrollo de una mayor efectividad. A la fecha, su marco de trabajo de este modelo no es considerado como un modelo de cultura organizacional por presentar raíces antropológicas que fundamentos organizacionales propiamente dichos.

Deal y Kennedy (1982) después de llevar a cabo una exhaustiva investigación en cientos de compañías norteamericanas, sus conclusiones los llevan a postular que, en el largo plazo, las compañías llegan a ser exitosas cuando llegan a creer en algo y están presentes en la totalidad de la organización, es decir, han sido comunicadas y comprendidas por toda la organización.

En la práctica, las personas que trabajan, desarrollan y construyen compañías exitosas, invariablemente despliegan grandes esfuerzos para crear culturas sólidas en sus organizaciones.

El trabajo de estos autores Deal y Kennedy (1982) sobre el tema de la cultura, sugirieron que la base de la cultura corporativa era un conjunto entrelazado de seis elementos culturales: a) El ambiente de negocios y los factores claves de éxito. b) Los valores y creencias. c) Historias. d) Los visionarios o héroes que crean la cultura. e) Ritos y ceremonias. f) Red cultural.

La fortaleza de este modelo radica en que ayuda a comunicar la realidad de la cultura organizacional en forma práctica y utiliza categorías descriptivas que pueden resultar útiles para describir la cultura. La debilidad es que, dado que no establecen cómo se vincula la cultura con los otros elementos del sistema organización, solo algunas descripciones pueden ser útiles, pero no permite establecer relaciones causales. (Gomez-Díaz y Rodríguez, 2001)

A partir de estos elementos culturales identificados, los autores desarrollan una tipología de cultura corporativa basado en la función de dos factores de mercado: el grado de riesgo asociado con las actividades de la organización y la velocidad con que la organización y sus miembros obtienen feedback (retroalimentación) sobre el éxito de las actividades, estrategias y decisiones llevadas a cabo. Utilizando combinaciones del tipo de feedback (rápido o lento) y del grado de riesgo (alto o bajo) conceptualizaron cuatro modelos culturales, presentados en una matriz 2 x 2. (Deal y Kennedy, 1982)



Figura 2. Matriz 2x2 de Deal y Kennedy

Descripción de la matriz: a) Cultura del Tipo Duro/Macho: Contienen un mundo de individualistas, cuyas organizaciones están asociados al riesgo y a una rápida retroalimentación. b) Cultura de Trabajar Duro/Jugar Duro: Típico mundo de las ventas, donde se reconoce el trabajo en equipo. Se asocia con bajos niveles de riesgo y retroalimentación inmediata. c) Cultura de Apostar la Compañía: Las decisiones involucran grandes riesgos y hay un largo período de espera antes de que se sepa si las decisiones dieron sus frutos. Los elementos culturales evolucionan de tal manera que los valores se enfocan a largo plazo y existe una creencia colectiva en la necesidad de planificar, preparar y realizar la debida diligencia en todas las etapas de la toma de decisiones. d) Cultura de Proceso: Caracterizadas porque tanto el riesgo como la retroalimentación son escasos o inexistentes. La excelencia técnica a menudo se valora y los empleados prestarán atención para obtener el proceso y los detalles correctos sin necesariamente medir el resultado real.

A pesar de tener cuestionamientos por utilizar métodos y conceptos de Antropología, al modelo se le reconoce tres aportes: 1) La teoría de la cultura fuerte, que plantea la proposición de que las organizaciones con culturas fuertes se desempeñan mejor que aquellas con culturas débiles y que, en cualquiera de los casos, afecta prácticamente todos los aspectos organizacionales. Los miembros de organizaciones con cultura fuerte saben que se espera de ellos, distinguiendo y actuando ante cualquier situación particular, que aquellos con cultura débil que demoran en tomar decisiones. 2) Da la posibilidad de diagnosticar elementos de la cultura organizacional, a pesar que el modelo obedece más a un procedo descriptivo. 3) La identificación y descripción de los cuatro tipos de cultura organizacional, los cuales son de gran utilidad para la asociación de la cultura con factores de eficacia y rapidez.

Modelo Multicultural de Dimensiones Actitudinales de GeertHofstede

El objetivo de la investigación era encontrar variables individuales y organizacionales que puedan visualizar diferencias en actitudes o valores relacionadas a diferencias culturales. Las muestras recogidas fueron demasiado específicas y homogéneas, pues las personas encuestadas pertenecían a la misma

cultura organizacional, tenían trabajos similares y niveles educativos muy parecidos; solo había algunas diferencias de edad y género. A pesar de lo anterior, cada grupo encuestado representaba, en cierta manera, la cultura de su país.

Hofstede, Hofstede y Minkov (1991) incluyó con un modelo de cinco dimensiones. Cada una de las dimensiones refleja un hecho básico y duradero sobre la sociedad de cada país, es decir, lo que dicha sociedad responde de manera específica ante un problema general con el que cualquier sociedad humana debe enfrentarse. (Hofstede, *Motivation, leadership, and organization: Do American theories apply abroad?*, 1980 a) sostiene que, para entender las dimensiones de la cultura nacional, se puede comparar con las dimensiones de la personalidad que se utilizan para describir el comportamiento de un individuo. En este sentido, Hofstede propone las siguientes dimensiones para entender la cultura de una nación (Tarapuez, 2016): a) Distancia de poder (desigual versus igual). b) Aversión a la incertidumbre (rígido versus flexible). c) Individualismo/colectivismo (solo versus en grupo). d) Masculinidad/feminidad (rudo versus tierno). Posteriormente los países estudiados aumentaron a 50 y se adicionó una quinta dimensión e) Orientación a corto plazo/largo plazo, que describe el horizonte temporal de una cultura.

Las sociedades con una alineación de corto plazo aprecian las tradiciones, el desarrollo de relaciones entre sus integrantes y la orientación a considerar el tiempo como una variable circular. En estas culturas, el pasado y el presente forman parte de un mismo objeto. Una orientación a largo plazo, por su parte, asume que el tiempo es una dimensión lineal y se enfoca en el futuro en lugar de centrarse en el presente o en el pasado. (Tarapuez, 2016)

El análisis de cada dimensión se basa en el posicionamiento de cada cultura nacional en una escala que va de alto a bajo para cada una de las cuatro escalas, lo que lleva a perfiles culturales distintivos. A partir de esto, presentó un cuadro donde da una clasificación de los países agrupados por similitud cultural de acuerdo a la técnica estadística de análisis de grupo. Es así como las culturas estudiadas encajan en una de ocho áreas: Latina más desarrollada, Latina menos desarrollada,

asiática más desarrollada, asiática menos desarrollada, Este cercano, Germana, Anglo y Nórdica (Gomez-Díaz y Rodríguez, 2001).

Tabla 1.

Clasificación de dimensiones actitudinales de Hofstede (Gómez-Díaz y Rodríguez, 2001)

<i>Región</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Descripción</i>
<i>I</i>	Latina más desarrollada	Grado alto de poder/distancia, grado alto de evitación al riesgo, grado de individualismo medio a alto y grado medio de masculinidad. Ejemplos: Bélgica, Francia, Argentina, Brasil, España e Italia.
<i>II</i>	Latina menos desarrollada	Grado alto de poder/distancia, grado alto de evitación al riesgo, grado bajo de individualismo y todo el rango de masculinidad. Ejemplos: Colombia, México, Venezuela, Chile , Perú y Portugal.
<i>III</i>	Asiática más desarrollada	Grado medio de poder/distancia, grado alto de evitación al riesgo, grado medio de individualismo y grado alto de masculinidad. Ejemplo: Japón.
<i>IV</i>	Asiática menos desarrollada	Alto grado de poder/distancia, grado de evitación al riesgo bajo a medio, grado bajo de individualismo, grado medio de masculinidad. Ejemplos: Pakistán, Taiwan, Tailandia, Hong Kong, India, Filipinas y Singapur.
<i>V</i>	Este cercano	Alto grado de poder/distancia, alto grado de evitación del riesgo, bajo grado de individualismo y grado medio de masculinidad. Ejemplos: Grecia, Irán, Turquía y Yugoslavia.
<i>VI</i>	Germano	Grado bajo de poder/distancia, grado de evitación al riesgo medio a alto, grado medio de individualismo y grado de masculinidad medio a alto. Ejemplos: Austria, Israel, Alemania y Suiza.
<i>VII</i>	Anglo	Grado de poder/distancia bajo a medio, grado de evitación al riesgo bajo a medio, grado alto de individualismo y grado alto de masculinidad. Ejemplos: Australia, Canadá, Gran Bretaña, Irlanda, Nueva Zelanda, Estados Unidos de Norteamérica y Sudáfrica.
<i>VIII</i>	Nórdico	Grado bajo de poder/distancia, grado de evitación al riesgo bajo a medio, grado de individualismo medio a alto y grado bajo de masculinidad. Ejemplos: Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Noruega y Suecia.

Cuando se desarrolló un proyecto de investigación denominado Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness Research Program (GLOBE), concebido por Robert House y fundado en Octubre de 1993, se contempló nueve dimensiones culturales. Estas dimensiones son :a) Logro (orientación al desempeño), b) Orientación al futuro, c) Asertividad, d) Colectivismo, e)

Igualitarismo de género, f) Orientación humana, g) Poder distancia, h) Colectivismo de familia y i) Evitación de riesgo (Gomez-Díaz y Rodriguez, 2001).

Modelo de Cultura Organizacional y Liderazgo de Edgar H. Schein

Edgard H. Schein, es creador de los conceptos de cultura corporativa y ancla de desarrollo. El trabajo realizado por este eminente psicólogo social en el campo de la cultura organizacional, versa sobre los factores que influyen en el desempeño individual y organizacional, desarrollando temas como la identificación de cultura o culturas en la organización, la relación entre la cultura organizacional y los comportamientos individuales, y la importancia de la cultura organizacional para el aprendizaje organizacional.

El trabajo de Schein es una propuesta clínica resultante de una fuerte influencia de la psicología, la psicoterapia psicoanalítica, la teoría de las relaciones humanas y la antropología estructural. Schein plantea que la cultura organizacional "es ubicua y cubre todas las áreas de la vida en grupo"; comprende muchos niveles de realidad, que van desde los artefactos o cultura material de la organización hasta los supuestos subyacentes, inconscientes y compartidos por los miembros de la organización. (Gomez-Díaz y Rodriguez, 2001)

Schein, para fundamentar su modelo, considera a las organizaciones como organismos biológicos - deben de realizar diversas funciones para el éxito de la sobrevivencia -, de tal manera, que la supervivencia organizacional debe de resolver problemas externos (supervivencia y adaptación con el medio) e internos (integración de procesos).

Dentro de estas consideraciones, introduce el concepto de presunciones, supuestos básicos y creencias, para explicar de forma más amplia el significado que para la organización tiene el concepto de cultura, definiéndola como: "un patrón de supuestos básicos - inventados, descubiertos, o desarrollados por un grupo en tanto aprende a manejar sus problemas de adaptación externa e integración interna - que ha funcionado lo suficientemente bien para ser considerado válido y, por consiguiente, ser enseñado a nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación a esos problemas." (Schein, 1988)

Schein, marca tres niveles diferenciados de la cultura organizacional, perfilados en función del grado de su visualización por parte de un observador externo (Blanco, 2015), integrados por:

a) Artefactos (creaciones o normas compartidas). Representa el nivel más visible y superficial de la empresa y queda perfilado por la estructura y procesos de la organización, incluyendo el ambiente físico y las personas que lo integran. Son observables y tangibles y permiten el estudio de la cultura de la identidad. Entran en este grupo la arquitectura, mobiliario, equipos de trabajo, vestuario del personal, patrones de comportamiento, modelos de documentos y registros, lenguaje, símbolos visibles, estilo, procesos de trabajo, etc.). Muestra las manifestaciones de la cultura, pero no su esencia.

b) Valores adoptados y declarados (o valores compartidos). Quedan conformados por las creencias que son validadas por un proceso social compartido por los miembros de la organización. Predicen gran parte del comportamiento de los trabajadores, aunque en ciertas ocasiones pueden ser contradictorios entre sí (motivo de la existencia de zonas de comportamiento sin explicar). Recogen las normas y reglas de comportamiento, principios sociales, estrategias, objetivos y filosofías con un valor intrínseco. Los valores adoptados son el origen del modo en que se hacen las cosas en la empresa. Representa un mayor conocimiento de la cultura empresarial.

c) Supuestos básicos (o supuestos tácticos). Recogen las medidas que han solucionado “problemas” de adaptación externo o integración interna y que por la fuerza de repetición exitosa han sido asumidas por los trabajadores de la empresa de forma automática. Estas actuaciones se convierten de un modo inconsciente como verdaderas o “regladas” por los miembros de la empresa constituyendo ideas, creencias, pensamientos y sentimientos que “mueven” las actuaciones de la identidad y que “dan por sentado” los miembros de la organización (en cierto modo se relacionan con los intangibles de la empresa).

Los supuestos básicos constituyen la fuente última de los valores adoptados y los artefactos y generalmente son muy difíciles de cambiar introduciendo un grado mínimo de estabilidad en la empresa. Es importante resaltar los supuestos

implícitos que clasifica Schein, en: supuestos sobre el tiempo y el espacio (naturaleza del tiempo: monocrónico, policrónico; cambios en el tiempo), supuestos acerca de la naturaleza de la actividad humana (controlada y manipulada, orientación pragmática hacia la naturaleza de la realidad, creencia en la perfectibilidad humana, entre otros). (Schein, 1988)

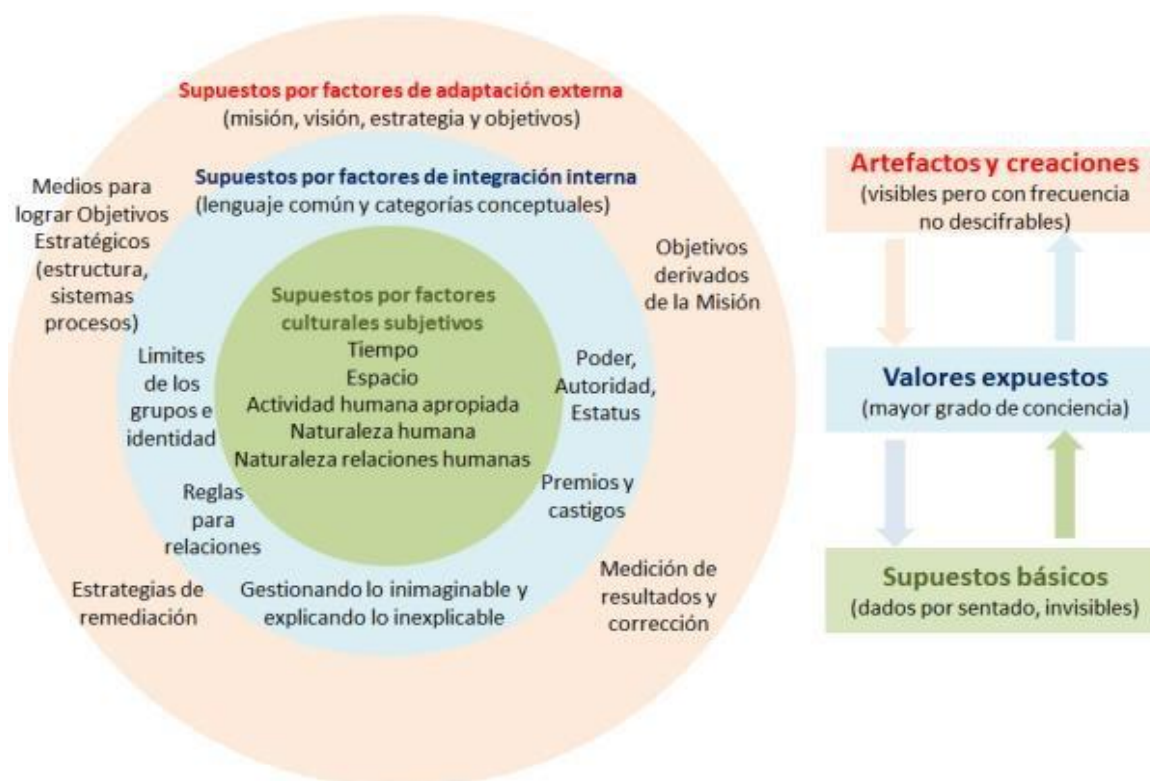


Figura 3. Matriz 2x2 de Deal y Kennedy Modelo de 3 capas de Schein (1992), para caracterizar la cultura organizacional

A su vez, las presunciones son aquellos valores que se ponen en práctica en las distintas organizaciones ante la solución de dificultades y que cuando demuestran su eficacia un número significativo de veces, llegan a asimilarse de forma tal por las personas que integran dichas organizaciones, que el individuo las arraiga como basamento de su conducta y son para él indiscutibles e incontestables. De esta manera, las presunciones se convierten en esquemas coherentes y paradigmas.

Por su parte, los valores constituyen el deber ser de los integrantes de una organización en su actuar cotidiano aceptado por esta, como la calidad en los servicios, disciplina, profesionalidad, honestidad y solidaridad, entre otros. Estos se van a actualizar en determinado contexto visible teniendo en cuenta la experiencia grupal en la solución de los problemas enfrentados. Al generalizarse se convierten en presunciones y estas, a su vez, en costumbres inconscientes y automáticas.

Para Schein, la cultura se manifiesta primariamente en: 1) lo que se evalúa y controla en la organización; 2) los cambios que ocurren en la organización como respuesta a las crisis o a las alteraciones en el medio ambiente; 3) en lo que se muestra y enseña a los nuevos miembros; 4) en el sistema de recompensas y castigo que se utiliza en la organización; y, 5) en los criterios para la contratación, promoción y retiro de las personas. (Gomez-Díaz y Rodríguez, 2001)

Modelo de Dioses o Modelo de trabajo de las 4 Tribus de Charles Handy

Charles Handy en varias de sus obras elabora una tipología de las distintas culturas organizativas, basado en postulados filosóficos, principios de administración, experiencia de su investigación empresarial y en la tipología sobre el carácter organizacional de Harrison (Harrison, 1972), según sea la direccionalidad de sus valores orientados hacia el poder, hacia la función, hacia la tarea o hacia la persona, es decir, identifica tipologías culturales sobre la base de los roles asumidos por la persona en las organizaciones.

De esta forma, Handy (1976) desarrolla su modelo en un cuadrante de cultura de dos niveles, el nivel de centralización y el nivel de formalización. Cada cuadrante está representado por tres elementos: tipos de cultura en función de las diferencias culturales, dioses griegos asociados a cada categoría y simbología.

Tabla 2.

Tipologías de cultura de Handy (Handy, Gods of management, 1995)

	Zeus	Apolo	Atenea	Dionisio
Elemento nuclear	Poder	Normas	Tareas y resultados	Personas
Orientación	Control	Función, cumplimiento normas, orden y racionalidad metódica	Eficacia, consecución de los objetivos establecidos	Satisfacer las necesidades de los miembros de la organización
Estilo directivo	Centralización del poder, que se irradia a la periferia mediante 'hombres de confianza'	Burocrático. La jerarquía y el status se adquieren en función del puesto legal que se ocupa.	Basado en la capacidad y competencia para llevar a cabo la tarea (expertos)	Se ejerce en función de la mayor aptitud y mayor dedicación para ayudar a los demás
Toma decisiones	En función del equilibrio de poder más que por su valor contenido	En función de la legalidad, la norma y los procedimientos regulados.	En función de la capacidad intelectual y la experiencia en resolución de los problemas	Por consenso buscando la solución que no perjudique a nadie
Funcionamiento	Burocracia y reglas escasas	Burocracia organizada. Cada paso respaldado y con constancia escrita. Informes de todo.	Trabajo de equipo y con proyectos, en base a objetivos organizacionales (no individuales ni de grupo)	Las funciones se asignan por preferencias personales sin obligar a nadie a tareas que no le gustan
Éxito	Depende de la orientación al poder, del talante político y negociador	En función de la antigüedad y la respuesta ajustada a la norma	En función de la consecución o no de resultados	En función de la dedicación a la satisfacción de las necesidades de los demás.
Control	Mediante la selección y colocación de figuras clave	Selección y promoción en función del adecuado cumplimiento de las funciones	Mediante la asignación de proyectos, recursos y miembros de equipo encargados.	Sin controles
Clima	Alto riesgo, infravaloración de la seguridad psicológica individual, dependencia	Relaciones reguladas por normativa. Reuniones oficiales.	Colaborativo y de autonomía.	Distendido, buscando que haya una satisfacción en el trabajo
Ejemplo	Organizaciones familiares dirigidas por miembros fundadores dominantes	Funcionariado	Agencia publicitaria	Grupo de voluntariado

Al correlacionarlos, identifica cuatro tipologías (Handy, Gods of Management, 1995): 1) La Cultura del Club o Cultura Zeus, orientada por el control del poder., 2) La Cultura del Rol o Cultura Apolo, orientada al cumplimiento de las normas, roles y procedimientos., 3) La Cultura de la Tarea o Cultura Atenas, orientada a la búsqueda de solución a problemas, logro de metas o desafíos organizacionales., 4) La Cultura Existencial o Cultura Dionisio, orientada a sus mejores esfuerzos al desarrollo y crecimiento de los miembros en su condición de personas.

Tipologías de Cultura de Handy (Handy, Gods of Management, 1995)

Cultura del Club - Cultura del Poder

La clave de este tipo de cultura es la centralización del poder, que se irradia hacia la periferia de la organización en forma de tela de araña, mediante 'hombres de confianza' del poder. Se tiene más poder mientras uno se aproxime más al centro del poder. Los miembros de la organización trabajan tratando de anticiparse a los deseos y decisiones del 'jefe'. La burocracia y las reglas son escasas. Las decisiones son tomadas desde posiciones políticas tratando de mantener el equilibrio de poder, más que en función de su valor o contenido. El éxito individual depende de la orientación al poder, del talante político y de negociación del sujeto, de la capacidad para aceptar riesgos y de la infravaloración de la seguridad psicológica individual. Se juzgan los resultados y se es tolerante con los medios empleados, si el fin es conseguido. El control es ejercido mediante la selección y 'colocación' de las figuras clave. Es una cultura apropiada en entornos amenazadores. Un ejemplo exponente de este tipo de cultura serían las organizaciones de carácter familiar, dirigidas por un miembro fundador muy dominante.

Cultura el Rol - Cultura de la Función y de las Normas

El elemento nuclear en este tipo de cultura son las normas. Estas se convierten en un fin más que en un medio. Este tipo de cultura descansa sobre la lógica y la racionalidad de su funcionamiento y de su estructura. Estabilidad y previsión son las dos claves de su mantenimiento. Sus procesos se basan en roles bien definidos,

procedimientos fijos y formalizados para la comunicación y reglas para resolver conflictos. Los miembros de la organización son seleccionados por su adecuado cumplimiento de sus funciones. Suscita lealtad y resistencia al cambio. El poder personal depende de la posición conseguida, y la influencia se ejerce a través de procedimientos y normas. Es una cultura adecuada a entornos estables. Ejemplo de ello son las organizaciones burocráticas que participan en muchos casos de esta cultura.

Cultura de la Tarea - Cultura del Logro y la Tarea

Gira en torno a las tareas y los resultados. Está orientada por entero a la resolución de problemas. La meta es la tarea realizada, los medios son reunir la gente adecuada con los recursos apropiados y dejarles que ellos resuelvan las distintas situaciones. El poder está basado en la capacidad intelectual y práctica de resolución de problemas (los expertos) más que en la posición o en el poder personal. Se trata de una cultura de equipo y de proyecto, que tiende a borrar las diferencias individuales, de status y de estilo. Los miembros del equipo poseen gran control sobre su trabajo, y la valoración del mismo se hace en función de los resultados. El control global de la organización se ejerce mediante asignación de proyectos, recursos y miembros de equipo encargados. Es una cultura adecuada en entornos flexibles, cambiantes, competitivos y poco predecibles. Una agencia publicitaria, una productora cinematográfica, podrían ser ejemplos de este tipo de cultura.

Cultura Existencial - Cultura del Desarrollo de las Personas

Son las personas, los miembros de la organización alrededor de los que gira el funcionamiento de la organización para que éstos alcancen sus objetivos. Se basa en el consenso mutuo y en un contrato psicológico cuya regla de oro, no escrita, dice: la organización está subordinada al individuo, que puede perseguir en ella sus propias metas y dejar la organización cuando desee. Es difícil en ella el control y la coordinación. Handy pone como ejemplo precisamente, el reagrupamiento de profesionales (médicos o abogados) que concentran sus talentos, principal activo de la organización.

El modelo de Handy permite la flexibilización de estas tipologías culturales, que se pueden considerar importantes: 1) La antigüedad de la organización en el mercado. 2) La propiedad de la compañía. 3) El tamaño de la organización. 4) El costo de las inversiones. 5) Las metas organizacionales. 6) Las características del entorno organizacional. 7) Las personas claves de la organización.

Modelo de Cultura Organizacional de Daniel R. Denison

El planteamiento central de Denison es lograr que la cultura organizacional sea un elemento decisivo para obtener los resultados deseados en el desempeño. A partir de esto, Denison elabora un modelo orientado a la solución de los problemas que surgen de las contradicciones dinámicas de la cultura organizacional (Denison 1990), desarrollando una combinación de procesos cualitativos y cuantitativos.

Según lo planteado por Denison, este modelo fue concebido bajo las siguientes premisas claves (Gomez-Díaz y Rodriguez, 2001): a) Es conductualmente basado. b) Fue diseñado y creado al interior del ambiente de negocios. c) Usa el lenguaje de negocios usado para explorar los asuntos al nivel de negocios. d) Está enlazado con los resultados de negocios de primera línea.

El modelo se presenta en una matriz circular, circunscrito en un eje cartesiano. El eje horizontal distingue entre una organización flexible y una estable; y el eje vertical indica los campos o focos interno y externo. Los supuestos o creencias se resumen en términos de cuatro dimensiones o enfoques culturales que tienen una fuerte influencia sobre el desempeño y efectividad organizacional: adaptabilidad y misión, ubicados en el campo externo; y participación y consistencia, relacionados al campo interno. Así mismo, este instrumento de medición contiene doce prácticas administrativas identificadas por Denison (Gillespie, Denison, Ryan Smerek, y Neale, 2008), donde seis de ellas representan la dinámica interna de la organización y las otras seis muestran la interacción de la organización con el ambiente externo.

Así tenemos, que cada dimensión cultural tiene tres prácticas administrativas, como sigue: 1) Adaptabilidad: a) Creación del cambio, b) Enfoque en el cliente y c) Aprendizaje organizacional. 2) Misión: a) Dirección estratégica, b) Metas / objetivos y c) Visión. 3) Participación: a) Facultamiento (Empowerment), b) Orientación del equipo y c) Capacidad de desarrollo. 4) Consistencia: a) Valores básicos, b) Acuerdos y c) Coordinación / integración.

ADAPTABILITY

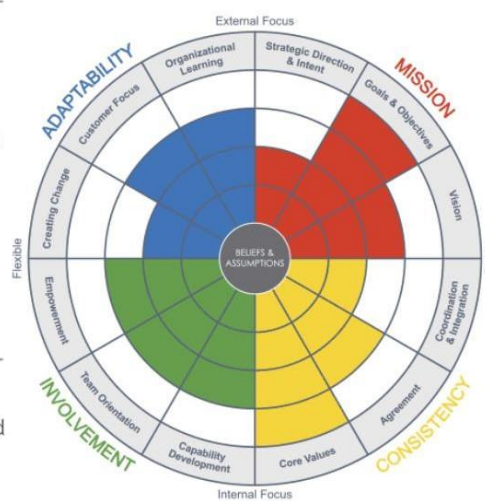
"Are we listening to the marketplace?"

High performing organizations have the ability to perceive and respond to the environment, customers, and restructure and re-institutionalize behaviors and processes that allow them to adapt.

INVOLVEMENT

"Are our people aligned and engaged?"

Highly involved organizations create a sense of ownership and responsibility. Out of this sense of ownership grows a greater commitment to the organization and an increased capacity for autonomy.



MISSION

"Do we know where we are going?"

High performing organizations have a mission that tells employees why they are doing the work they do, and how the work they do each day contributes to the why.

CONSISTENCY

"Does our system create leverage?"

Consistency provides a central source of integration, coordination and control, and helps organizations develop a set of systems that create an internal system of governance based on consensual support.

Figura 4. Modelo de Daniel R. Denison

Fuente: <https://www.denisonconsulting.com/culture-surveys/>

Dimensiones del modelo de cultura organizacional de Daniel R. Denison

Una conceptualización sobre los elementos fundamentales del modelo fue presentada por Denison en Denison y Haaland (2003), quienes describen las cuatro tipologías de cultura o dimensiones como:

Involucramiento: Según Denison involucramiento es decididamente la participación de los empleados, es crear un sentido de pertenencia y responsabilidad. Se basan en los sistemas de control informales, voluntarios e implícitas, en lugar de los sistemas formales, explícitos y burocráticos de control.

(Denison, p.2-8). Considera tres subdimensiones: a) Facultamiento (Empowerment), según Denison los integrantes de la organización tienen la autoridad, la iniciativa y la capacidad de gestionar su propio trabajo, esto crea un sentido de pertenencia y responsabilidad hacia la organización (Denison D. R., págs. 2-8), b) Orientación del equipo, según Denison orientación del equipo el valor se coloca en el trabajo cooperativo hacia objetivos comunes para el que todos los empleados se sienten mutuamente responsables, la organización confía en esfuerzo de equipo para realizar su trabajo (Denison, p. 2-9).y c) Capacidad de desarrollo según Denison la organización invierte continuamente en el desarrollo de habilidades de los empleados con el fin de seguir siendo competitivos y satisfacer las necesidades de negocio.

Consistencia: Según Denison la consistencia proporciona una fuente central de la integración, la coordinación y control, las organizaciones consistentes desarrollan una mentalidad y un conjunto de sistemas de organización que crean un sistema interno de gobierno basada en el apoyo de mutuo acuerdo (Denison, p. 2-9), considera tres subdimensiones: a) Valores básicos según Denison los miembros de la organización comparten un conjunto de valores que crean un sentido de identidad y un conjunto claro de expectativas (Denison, p. 2-11), b) Acuerdos según Denison la organización es capaz de llegar a un acuerdo sobre cuestiones fundamentales, esto incluye tanto el nivel subyacente de acuerdo y la capacidad de reconciliar las diferencias cuando se producen (Denison, p. 2-11)y c) Coordinación / integración según Denison las diferentes funciones y unidades de la organización son capaces de trabajar bien juntos para lograr objetivos comunes (Denison, p. 2-11).

Adaptabilidad: Según Denison adaptabilidad La traducción de las demandas del entorno empresarial en acción, las organizaciones tienen un sistema de normas y creencias que apoyan la capacidad de la organización para recibir, interpretar y traducir las señales de su entorno en cambios de comportamiento internas que aumentan sus posibilidades de supervivencia, el crecimiento y el desarrollo (Denison, p. 2-12). Considera tres subdimensiones: a) Enfoque en el cliente según Denison la organización entiende y reacciona a sus clientes, y se anticipa a sus necesidades futuras. Refleja el grado en que la organización es

impulsada por una preocupación para satisfacer a sus clientes (Denison, p. 2-12), b) Creación del cambio según Denison la organización es capaz de crear formas de adaptación para satisfacer las cambiantes necesidades (Denison D. R., págs. 2-13) y c) Aprendizaje organizacional según Denison la organización recibe, traduce e interpreta las señales del entorno en oportunidades para el fomento de la innovación y de adquirir conocimientos y desarrollar capacidades (Denison, p. 2-13).

Misión: Según Denison misión define como una dirección significativa a largo plazo para la organización, una misión proporciona un propósito con los objetivos externos de la organización. Proporciona una dirección y objetivos que sirven para definir un curso de acción apropiado para la organización y sus miembros (Denison, p. 2-13), considera tres subdimensiones: a) Dirección estratégica según Denison las intenciones estratégicas claras transmiten propósito de la organización quedando claro cómo todo el mundo puede contribuir, y “dejar su huella” en la industria (Denison, p. 2-13), b) Metas / objetivos según Denison un conjunto definido de metas y objetivos debe estar vinculada a la misión, la visión y la estrategia, y proporcionar a todos con una dirección clara en el desarrollo de sus labores (Denison, p. 2-14) y c) Visión según Denison la organización tiene una visión compartida de un estado futuro deseado, que encarna los valores fundamentales y captura los corazones y las mentes de las personas de la organización, al tiempo que proporciona orientación y dirección (Denison, p. 2-14).

El perfil flexible enfatiza la capacidad de la una organización para la flexibilidad y el cambio a través de la participación y la adaptabilidad. Por el contrario, el perfil estable enfatiza la capacidad de la organización de equilibrio y dirección a través de consistencia y misión. (Martínez, Montoya y Márquez, 2010)

Adicionalmente, la matriz de Denison nos permite definir el grado de equilibrio de las organizaciones. Muchas veces se presentan tensiones dinámicas entre participación y misión en donde un balance adecuado permite vincular estrategias para el sentido compartido de responsabilidad y propiedad y que responde a la pregunta ¿el personal está alineada a nuestra estrategia? Así mismo, las organizaciones responden a los desafíos duales de adaptarse al entorno

externo y mantener la integración interna y consistencia para producir productos o servicios de calidad, responden a la pregunta ¿podemos entregar a nuestros clientes las promesas que ofrecemos?

La investigación de Denison ha demostrado que la cultura de una organización efectiva debe reflejar todas estas características. Así las organizaciones altamente efectivas tienen culturas que son muy adaptables, pero además son altamente consistentes y predecibles y refuerzan la participación de todos, pero dentro de un contexto de misión compartida. (Martínez, Montoya y Marquez, 2010)

La forma en que Denison aborda la cultura es eminentemente operacional y definida por y hacia el desempeño en función de la eficiencia organizacional. El modelo es en realidad usado para presentar en forma estructurada el análisis de la efectividad organizacional, y sobre la base de otros instrumentos desarrollados por Denison para medirla. (Gomez-Díaz y Rodriguez, 2001)

Variable aplicación de Telesalud

La World Health Organization (2005) define a eSalud como “el uso coste-efectivo y seguro de las Tecnologías de la Información y Comunicación en apoyo de la salud y de los ámbitos relacionados con la salud, incluyendo los servicios de atención sanitaria, vigilancia de la salud, literatura y educación, conocimiento e investigación”. (p. 114)

En temas de salud las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TICs) son muy cambiantes pero por diferentes estudios la Organización Mundial de la Salud indica (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2016) que existe cuatro componentes primarios de eSalud: a) La Informática de la salud, b) La Telesalud y la telemedicina, c) El e-learning y c9 el comercio electrónico.

Existen diversas definiciones de Telesalud y telemedicina en el mundo, las organizaciones influyentes en Telesalud las definen como:

La Health Resources y Services Administration (HRSA) traducido al español como la Administración de Servicios de Recursos de Salud de los Estados Unidos de Norteamérica:

La Telesalud se define como el uso de tecnologías de información y telecomunicaciones electrónicas para apoyar y promover la atención médica clínica a larga distancia, la educación relacionada con la salud profesional y de pacientes, la salud pública y la administración sanitaria. Las tecnologías incluyen videoconferencia, Internet, imágenes de almacenamiento y reenvío, medios de transmisión y comunicaciones terrestres e inalámbricas.

Telemedicina: definición que adoptó la OMS fue la siguiente, World Health Organization (2010)

La prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la formación continuada de los profesionales de la salud, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades. (p. 9)

Según World Health Organization (2010) algunos distinguen la telemedicina de la Telesalud con la primera restringida a la prestación del servicio por solo médicos, y el último significa servicios proporcionados por profesionales de la salud en general, incluyendo enfermeras, farmacéuticos y otros.

Sin embargo, la modernización de la salud pública en el Perú no será posible sin la incorporación de las tecnologías de información y comunicación (TIC) de manera integral, eficiente, apropiada e implementada de manera progresiva de acuerdo a un plan estratégico que contribuya a fortalecer los sistemas de información en salud y mejorar la salud de la población. (Curioso, 2015)

La Telesalud cumple una función de inclusión social; permite mejorar el acceso a la atención médica especializada en zonas donde no hay suficientes especialistas o existen dificultades de acceso. Según Bautista, Telesalud no es un nuevo acto médico, no intenta reemplazar al acto médico presencial. Más bien representa una manera novedosa de facilitar servicios de asistencia sanitaria que pueden complementar y potencialmente ampliar la calidad y eficiencia de los métodos tradicionales. (Bautista Altamirano)

Definición de Telesalud (Ministerio de Salud, 2009) como

El servicio de salud que utiliza Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) para lograr que estos servicios y los relacionados sean más accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive; considerándose tres ejes de desarrollo de la Telesalud. (p. 12)

Considera los tres ejes o dimensiones de la Telesalud:

Eje 1 Prestación de servicios de salud, que viene a ser la Telemedicina.

Eje 2 Gestión de servicios de salud.

Eje 3 Información, Educación y Comunicación a la población y al personal de salud.

Tabla 3.

Marco legal del Perú en cuanto a Telesalud

Norma legal	Dependencia	Característica	Producto	Descripción
Resolución Suprema N° 009-2003-MTC.	Ministerio de Transportes y Comunicaciones.	Designación.	Creación de la Comisión Nacional de Telesanidad.	Elaborar el Plan Nacional de Telesanidad.
Decreto Supremo N° 028-2005-MTC.	Ministerio de Transportes y Comunicaciones.	Designación.	"Plan Nacional de Telesalud".	Contiene; i) Diagnóstico y avances de Telesalud del sector salud y telecomunicaciones, ii) Políticas para el desarrollo de la Telesalud en el Perú, iii) Estrategias para la implementación de las políticas propuestas y iiiii) Acciones concretas para la implementación de las estrategias. Conformado; i) un representante del Ministerio de Salud - MINSA, quien lo presidirá, ii) un representante del Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC), iii) un representante del Instituto Nacional de Investigación y Capacitación en Telecomunicaciones (INICTEL), iv) un representante del Seguro Social de Salud (EsSalud), y v) un representante del Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telecomunicaciones (OSIPTEL).
Decreto Supremo N° 028-2005-MTC	Ministerio de Transportes y Comunicaciones.	Designación.	Crea el Consejo Consultivo de Telesalud adscrito al Ministerio de Salud .	Regular, mediante disposiciones técnico administrativas, las aplicaciones de la Telesaluden la gestión y acciones de Información, Educación y Comunicación.
Resolución Ministerial N° 365-2008/MINSA	Ministerio de Salud.	Aprueba la NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01	"Norma Técnica de Salud en Telesalud".	Encargan al Instituto Nacional de Salud la gestión de las actividades vinculadas a la investigación del uso de las Tecnologías de las Comunicaciones en Salud.
Resolución Ministerial N° 547-2008-MINSA	Ministerio de Salud.	Designación.	Se encarga al Instituto Nacional de Salud (INS).	Estandarización de Historia Clínicas.
Resolución Ministerial N° 576-2011/MINSA	Ministerio de Salud.	Aprueba la Directiva Administrativa N° 183-MINSA/OGEI-V.01	"Directiva Administrativa que establece las especificaciones para la estandarización del registro en la Historia Clínica Electrónica".	Establece criterios técnicos para la incorporación de Tecnologías de la Información y Comunicaciones en Salud.
Resolución Ministerial N° 537-2011/MINSA	Ministerio de Salud.	Aprueba la Directiva Administrativa N° 180-MINSA/OGEI-V.01	"Directiva Administrativa que establece los criterios técnicos para la incorporación de Tecnologías de la Información y Comunicaciones en Salud". (Interoperabilidad)	

(Fuente elaboración propia)

Tabla 4.

Continuación de la tabla 3 Marco legal del Perú en cuanto a Telesalud

Norma legal	Dependencia	Característica	Producto	Descripción
Resolución Ministerial N° 297-2012/MINSA	Ministerio de Salud.	Aprueba Documento Técnico.	"Establecimiento del Marco conceptual para el Fortalecimiento en Sistemas de Información y Tecnologías de Información y de Comunicaciones en el Ministerio de Salud".	Marco conceptual para el Fortalecimiento en Sistemas de Información y Tecnologías de Información y de Comunicaciones en el Ministerio de Salud
Resolución Ministerial N° 148-2012/MINSA	Ministerio de Salud.	Aprueba la Directiva Administrativa N° 190-MINSA/OGEI.V.01	Establece el procedimiento para el registro del Certificado de Nacido Vivo en todos los Establecimientos de Salud del país.	Establece el procedimiento para el registro del Certificado de Nacido Vivo en todos los Establecimientos de Salud del país.
Ley N° 30024, de 23 de mayo de 2013	Congreso de la República	Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.	Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.	Establece los objetivos, administración, organización, implementación, confidencialidad y accesibilidad de las Historias Clínicas.
Decreto Supremo N° 039-2015-MINSA	Ministerio de Salud.	Reglamento de la Ley N° 30024.	"Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas".	Reglamento del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
Resolución Ministerial N° 120-2017/MINSA	Ministerio de Salud.	Aprueba la Directiva Administrativa N° 130-MINSA/OGTI	"Directiva Administrativa que establece los estándares y criterios técnicos para el desarrollo de los sistemas de información en salud".	Establecer estándares y criterios técnicos para el desarrollo de los sistemas de información en salud

(Fuente elaboración propia)

Experiencia internacional, los países que más han desarrollado telemedicina son Noruega, Suecia, Australia, Canadá y Estados Unidos de Norteamérica.

Entre las experiencias europeas destacan:

Proyecto MAC-NET: Programa de cooperación para la interconexión entre los centros marítimos con el que se pretendía mejorar la asistencia médica en el mar. En este programa participaron centros hospitalarios de Madrid, Toulouse, Roma, Atenas y Lisboa.

Proyecto EUROTOXNET: Como consecuencia de la libre circulación de mercancías entre los países miembros de la Unión Europea, nació la Red Toxicológica Europea. La misión de esta Red es la de compartir información sobre sustancias tóxicas entre centros hospitalarios.

Proyecto EMERALD: Convenio entre países europeos para conseguir una comunicación telemática de banda ancha entre centros hospitalarios para el envío de imágenes y documentos empleando la tecnología ATM8.

Normativas legales en nuestro país existen sean buenas o malas lo que no se ha robustecido durante décadas en las entidades de servicios de salud es en lo referente a su organización y administración ¿Qué esperan las organizaciones de sus trabajadores? y/o ¿Qué esperan los trabajadores de sus organizaciones? como estamos en diseño organizacional, comportamiento organizacional, cultura organizacional, clima organizacional, conocimiento organizativo etc. etc. todo lo nombrado se refiere al interior de una organización, las organizaciones no viven en el vacío ni son autosuficientes ni autómatas el entorno de las organizaciones están conformados por todas las fuerzas externas que influyen en la organización y en su comportamiento.

Desde un punto de vista más amplio, el entorno no está compuesto sólo por otras organizaciones, sino también por un conjunto de fuerzas y variables económicas, tecnológicas, culturales, legales, políticas y demográficas. Estos fenómenos del entorno son fuerzas que interactúan y producen efectos sistémicos

que no siempre pueden pronosticarse. Esto explica la incertidumbre del entorno. (Chiavenato, 2009)

La variable del entorno externo tecnológico telemedicina es una fuerza muy compleja para ser adoptada por una entidad de servicios de salud no preparada para tales fines.

El objetivo de esta investigación es proponer una organización preparada e innovadora para que la influencia del entorno externo tecnológico sea beneficiosa para la organización y la implementación de un servicio de telemedicina sea exitosa, accesible y sostenible.

1.4 Formulación del Problema

La implementación del servicio de Telesalud se da a una necesidad evidente de no resuelta en las prestaciones de salud, para la identificación de la necesidad de contar con el servicio es muy compleja el cual se tiene que abordar en forma holística en todo el proceso, por la elevada variabilidad de situaciones, la cantidad de interrogantes posibles según (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2016) esta identifica tres bloques de preguntas referente a:

Los usuarios ¿Qué necesidades de salud tienen los pacientes? ¿Cuál es el servicio por el que los pacientes viajan más a menudo al centro hospitalario? ¿Cuál de esas necesidades podrían ser satisfechas mediante un servicio de telemedicina? Entre los diagnósticos, ¿cuáles son los más frecuentes? ¿Pueden estos diagnósticos realizarse a distancia (mediante el uso de las TICs)? ¿Pueden estos diagnósticos ser tratados a distancia (TICs)? ¿Están los pacientes listos y dispuestos a ser tratados mediante un servicio de telemedicina? ¿Existe realmente una necesidad del servicio de telemedicina? ¿Existe realmente una demanda del servicio de telemedicina? etc., referente a la provisión de servicios ¿En qué diagnóstico no se tiene el tiempo y/o la experiencia para tratarlo con eficacia? ¿Qué otros servicios adicionales hacen los otros proveedores de salud cercanos al suyo? ¿Está su centro asistencial listo y dispuesto a brindar servicios de telemedicina? ¿Qué necesidades u oportunidades podría dar respuesta mediante el

servicio de telemedicina? (Por ejemplo, oportunidad desde formación, colaboración en red con proveedores especializados (Comunidades de Práctica), ¿Qué nivel de formación está disponible asumir? etc., referente a los aspectos organizacionales ¿Asigna la organización recursos para llevar a cabo una evaluación de las necesidades? ¿Qué servicios de especialidad son los más adecuados para el servicio de telemedicina? ¿Con qué tecnologías se dispone para proporcionar el servicio de telemedicina? ¿Qué normativa legal y de reembolso existe a nivel local y regional para llevar a cabo un servicio de telemedicina? ¿Está la iniciativa en línea con la misión o plan estratégico de la organización? ¿El centro de atención terciaria vinculado con el servicio de telemedicina tiene capacidad de tratar esos diagnósticos con eficacia? ¿Qué servicios de telemedicina sería el más idóneo a los servicios que ya están ofreciendo? ¿Existen barreras organizativas y/o tecnológicas?, etc. (p. 33)

En cuanto a la implementación de acuerdo con Hernández-Torre M en (Ho, Novak , Cordeiro, Novak Lauscher y Scott, 2012)

Para abordar los desafíos de salud que enfrenta una población, es importante entender las necesidades y creencias individuales, familiares y comunitarias que componen la sociedad. Con el fin de diseñar e implementar la innovación de la salud, se deben considerar y reconocer los factores culturales para salvaguardar la receptividad y la apertura a la implementación. (p. 362)

Con la necesidad de contar el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas con el servicio de Telesalud es indispensable conocer los factores culturales para la receptividad de dicho servicio.

Problema General

¿Cuál es la relación entre cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018?.

Problemas Específicos

Problema específico 1

¿Cuál es la relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018?

Problema específico 2

¿Cuál es la relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018?

Problema específico 3

¿Cuál es la relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018?

1.5 Justificación

1.5.1 Justificación teórica

Según la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2016) existen dificultades al introducir tecnología como la Telesalud en una organización sanitaria:

Señalan como fuentes de resistencia interna los cambios que se producen en los procesos de trabajo y las transformaciones organizativas. También, donde los estudios realizados en Estados Unidos, señalan la ausencia de modelos de reembolso de la actividad como un factor fundamental. (p. 16)

Así mismo,

En el proceso de normalización de un servicio de telemedicina se identifican un conjunto de facilitadores que favorecen una más rápida y sencilla incorporación del proyecto a la práctica clínica habitual... Que entre los facilitadores para el desarrollo de la telemedicina se menciona "Que dé respuesta a una necesidad claramente percibida como tal por los profesionales asistenciales de la organización. (p. 17)

La presente investigación tiene importancia ya que proveerá información objetiva y actualizada sobre qué tipo de la aplicación de Telesalud se requiere según la percepción de los profesionales de salud del Instituto, la aplicación de Telesalud facilita la viabilidad de propuestas innovadoras de modelos organizativos eficientes para que garanticen la continuidad del servicio centrada en el paciente aplicando conceptos de globalización e intemporalidad con los centros de salud a nivel nacional dando lugar al trabajo organizativo en red digital.

Siendo este problema holístico el Ministerio de Salud implementa políticas públicas, estrategias y acciones a seguir como necesidad de implementar Telesalud.

1.5.2 Justificación Práctica

Según (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2016) los beneficios de la Telesalud indica:

La implementación de las TICs a nivel de la atención socio asistencial nos brinda aquí la posibilidad de mejorar la atención integral y seguimiento no solo de los pacientes crónicos, sino también de las enfermedades con baja prevalencia, y facilita además su educación en medicina preventiva y salud pública. (p. 15)

En el Perú, el servicio de la Telemedicina resulta esencial para facilitar el acceso a servicios públicos de salud a grandes sectores de la población ubicados en forma dispersa en zonas rurales aisladas y con pocos recursos médicos especializados que impiden su asignación a dichas zonas. (Bautista, s/f).

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológica es una Institución de Nivel III-2, encargado de brindar atención especializada y subespecializada en el campo de la neurología y la neurocirugía, desarrollando rectoría, docencia e investigación a nivel nacional.

El Instituto cuenta con recursos humanos de alta especialización entre Profesionales Asistenciales y Administrativos con un total de 659 servidores públicos con la modalidad de Nombrados, 122 servidores públicos con la modalidad de Contratación de Administración de Servicios (CAS).

La investigación beneficiara a los servidores de salud de la Institución, para que con ello conocer su percepción de poder aplicar Telesalud de acuerdo a su cultura organizacional.

1.5.3 Justificación metodología

Según Bernal (2010, p. 107) en una investigación científica, la justificación metodológica del estudio se da “cuando el proyecto que se va a realizar propone un nuevo método o una nueva estrategia para generar conocimiento válido y confiable”.

La investigación proporciona un instrumento para cada variable que previamente a su ejecución fue validado y paso la prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach, por lo tanto, la investigación también ofrece un conocimiento vivo a través del establecimiento de la explicación de las variables gracias al Chi cuadrado para datos ordinales.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

1.6.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Hipótesis específica 2

Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Hipótesis específica 3

Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

1.7.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar la relación que existe entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Objetivo específico 2

Determinar la relación que existe entre la cultura y la dimensión tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Objetivo específico 3

Determinar la relación que existe entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

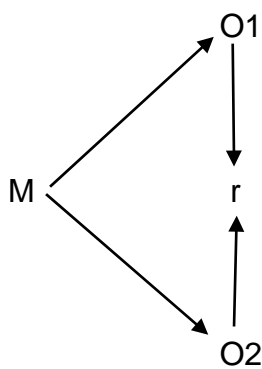
II. Método

2.1 Diseño de investigación

Es de tipo cualitativo no experimental según Hernandez, Fernandez Y Baptista (2014, p. 152) la Investigación no experimental son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos, es decir, la investigación no varía de manera intencional la variable cultura organizacional para observar su comportamiento de la variable aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Es transversal por su característica de recolección de datos realizados en un solo momento (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 127), y de tipo correlacional estudiándose básicamente la relación existente entre las dos variables establecidas (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014, p. 163).

Representación de la relación de las dos variables:



Dónde:

M = Muestra (Profesionales de la salud subespecialistas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas)

O1 = Cultura organizacional

O2 = Aplicación de telesalud

r = Relación entre las dos variables

2.2 Variables, Operacionalización

En esta investigación se ha considerado dos variables de tipo correlacional como son:

Variable 1: cultura organizacional

Variable 2: aplicación de Telesalud

Definición de la variable 1: cultura organizacional

Define como cultura organizacional según Denison (s/f) se refiere a los valores subyacentes, creencias y principios que sirven de base para el sistema de gestión de una organización, así como el conjunto de prácticas de gestión y comportamientos que ejemplifican tanto y reforzar esos principios básicos (p.1-3).

Dimensiones del modelo de cultura organizacional de Daniel R. Denison

Las dimensiones de cultura organizacional de Denison están descritas en 1.3 Teorías relacionadas al tema, 1.3.1 Variable cultura organizacional, cada dimensión está compuesto por:

Involucramiento: Considera tres subdimensiones: a) Facultamiento (Empowerment) el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 1-pregunta 5), b) Orientación del equipo, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 6-pregunta 10) y c) Capacidad de desarrollo, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 11-pregunta 15).

Consistencia: Considera tres subdimensiones: a) Valores básicos, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 16-pregunta 20), b) Acuerdos, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 21-pregunta 25), y c) Coordinación / integración, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 26-pregunta 30).

Adaptabilidad: Considera tres subdimensiones: a) Orientación al cambio, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 31-pregunta 35), b) Orientación al cliente, el número de preguntas que contiene a este índice son 5

(pregunta 36-pregunta 40), y c) Aprendizaje organizacional, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 41-pregunta 45).

Misión: Considera tres subdimensiones: a) Dirección estratégica, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 46-pregunta 50), b) Metas / objetivos, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 51-pregunta 55 y c) Visión el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 56-pregunta 60).

Variable 2: aplicación de Telesalud

Se define a la Telesalud según la Comisión Nacional de Telesanidad (2005) como el servicio de salud que utiliza Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) para lograr que estos servicios y los relacionados sean más accesibles a los usuarios en áreas rurales o con limitada capacidad resolutive. (Norma Técnica de Salud se adopta el concepto establecido en el Plan Nacional de Telesalud, aprobado Decreto Supremo N° 028-2005-MTC, en la que se considera tres ejes de desarrollo de la Telesalud)

De la aplicación de Telesalud se tiene las siguientes dimensiones:

De la prestación de servicios de salud.

La Telemedicina, aplica en todas las áreas de acción del campo de la salud y de las especialidades médicas, para la promoción, prevención, recuperación o rehabilitación y comprende Tele prevención, Tele diagnóstico, Tele monitoreo, Teleconsulta, Tele emergencia y Tele vigilancia epidemiológica.

Tele consulta médica

De la gestión de servicios de salud.

Se desarrolla actividades relacionadas a la planificación, organización, dirección y control con fines de mejorar el servicio, reportar información, capacitar al personal, intercambiar experiencias en gestión, entre otros relacionados a la Telesalud.

Solicitud de servicio administrativo**De la Teleinformación, educación y comunicación a la población y al personal de salud.**

Comprende el uso de estrategias comunicacionales para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.

Formación continua de los profesionales de salud y comunicación a la población.

Tabla 5.

Continuación de la tabla 3 Marco legal del Perú en cuanto a Telesalud

Operacionalización de la variable 1: Cultura Organizacional

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos	Categorías
1. Implicación	1.1 Involucramiento (Empowerment)	01 - 05	Completamente en desacuerdo	Completamente en desacuerdo =1	Promedio 1
	1.2 Trabajo en equipo	06 - 10		Poco de acuerdo =2	Promedio 2
	1.3 Desarrollo de capacidades	11 - 15		Ni de acuerdo ni desacuerdo =3	Promedio 3
2. Consistencia	2.1 Valores centrales.	16 - 20	Poco de acuerdo	Muy de acuerdo =4	Promedio 4
	2.2 Acuerdo.	21 - 25		Completamente de acuerdo =5	Promedio 5
	2.3 Coordinación e integración.	26 - 30		Ni de acuerdo ni desacuerdo	Promedio 6
3. Adaptabilidad	3.1 Orientacion al cambio	31 - 35	Muy de acuerdo		Promedio 7
	3.2 Orientación al cliente	36 - 40			Promedio 8
	3.3 Aprendizaje organizativo	41 - 45			Promedio 9
4. Misión	4.1 Dirección y propósitos estratégicos	46 - 50	Completamente de acuerdo		Promedio 10
	4.2 Metas y objetivos	51 - 55			Promedio 11
	4.3 Visión	56 - 60			Promedio 12

$$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n X_i$$

X (Fuente elaboración propia)

Tabla 6.

Operacionalización de la Variable 2: Aplicación de Telesalud

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos	Categorías
1. Servicios prestaciones de salud.	1.1 Tele consulta médica.	01 - 06	Prioridad baja	Prioridad baja=1	
2. Tele gestión de los servicios de salud.	2.1 Solicitud de servicio administrativo.	07 - 09	Prioridad media	Prioridad media=2	Necesidad baja [5;18.5 > Necesidad media [18.5;32 > Necesidad alta [32;45.5 >
3. Tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud.	3.1 Formación continua de los profesionales de salud y comunicación al personal de salud y a la población	10 - 15	Prioridad alta	Prioridad alta=3	

(Fuente elaboración propia)

2.3 Población, muestra

2.3.1 Población

Teniendo en cuenta a lo indicado por Hernandez, Fernandez y Baptista (2014, p. 174), la población o universo es un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones, por consiguiente, en base a los conceptos anteriores, se estableció que la población de la presente investigación está basada en profesionales de la salud con subespecialidad del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas haciendo un total de 162 profesionales de la salud.

2.3.2 Muestra

La muestra según Bernal (2010)

Es la parte o subconjunto de la población que se escoge o selecciona, de la cual se obtiene la información real para el desarrollo de la investigación y sobre la cual se realizará la medición y la observación de las variables que son objeto de estudio. (p. 161)

Por lo tanto, luego de aplicar el muestreo probabilístico aleatorio simple se obtuvo una muestra de 250 participantes del Taller de Asesoría para la Búsqueda del Empleo.

2.3.3 Muestreo

Muestra según Hernandez, Fernandez y Baptista (2014, p. 175) muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población, para la presente investigación, según el tipo de muestra (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014, p. 175) básicamente, categorizamos las muestras en dos grandes ramas: las muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas.

Según Hernández citado en Hernandez, Fernandez y Baptista (2014) “Toda investigación debe ser transparente, así como estar sujeta a crítica y réplica, y este

ejercicio solamente es posible si el investigador delimita con claridad la población estudiada y hace explícito el proceso de selección de su muestra”. (p. 170)

Para la presente investigación se utilizó el método de muestreo probabilístico aleatorio simple porque se seleccionó al azar los casos con el propósito de conocer la percepción de los 112 profesionales de la salud subespecialistas.

$$\frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N = tamaño de la población = 112 profesionales

Z = nivel de confianza = 1.96

p = probabilidad de éxito o proporción esperada = 50%

q = probabilidad de fracaso = 50%

d = error máximo admisible en términos de proporción = 5%

n = 67 profesionales

Criterios de exclusión

Se consideró como criterios de exclusión:

Servidores del área administrativa

Servidores no profesionales del área asistencial

Criterios de Inclusión

Se consideró como criterios de inclusión:

Ambos sexos.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnicas de recolección

En el presente estudio se aplica la técnica de la encuesta de la que señala Pérez (2007) que “se basa en un conjunto de preguntas que se formulan al participante, cuya información constituye la información primaria necesaria para el investigador acorde a los objetivos de su investigación.” (p. 72)

Por lo tanto, la técnica que se aplicó para el recojo de datos en la presente investigación fue la encuesta.

2.4.2 Instrumentos de recolección

El instrumento que se aplicó en la presente investigación fue el cuestionario, que según Hernandez, Fernandez y Baptista (2014, p. 217) cuestionario como el conjunto de preguntas respecto de una o más variables que se van a medir.

Los instrumentos de recolección de datos para las siguientes variables son:

Variable 1: Cultura organizacional

Instrumento: Cuestionario propuesto por Denison y colaboradores, denominado (Denison y Neale, 2000) adaptado al español en julio 2010, que consta de 60 ítems, 5 ítems para cada una de las 12 subescalas, 3 subescalas para 4 dimensiones o rasgos culturales, cada ítem está codificado en una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1=completamente en desacuerdo hasta 5=completamente de acuerdo). La validez y fiabilidad del instrumento se han demostrado satisfactoriamente. El instrumento ha sido aplicado a una gran cantidad de organizaciones de diferentes países del mundo (Bonavía, Prado Gasco, y Barberá Tomás, 2009).

Variable 2: aplicación de Telesalud

Instrumento: Cuestionario elaborado por el investigador que contiene 15 ítems, de los cuales los ítems 1-6 corresponde a la dimensión 1 servicios prestaciones de salud, los ítems 7-9 corresponde a la dimensión 2 tele gestión de los servicios de salud y los ítems 10-15 corresponde a la dimensión 3 Tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud, cada ítems está codificado en una escala tipo Likert de tres puntos (desde 1= desacuerdo hasta 3=de acuerdo), La validez y fiabilidad del instrumento se han demostrado satisfactoriamente.

Validez

Según Bernal (2010) la validez “tiene que ver con lo que mide el cuestionario y cuán bien lo hace” (p. 302). Dicho ello, para el presente estudio se utiliza el juicio de tres

expertos de la Universidad César Vallejo, para dar validez al instrumento cuestionario N° 2 Aplicación de Telesalud, considerando la validez de contenido, de criterio y de constructo. Para la validez de los jueces se utilizó un formato “Informe de opinión de expertos del instrumento de investigación”, que considera 3 aspectos: claridad, pertinencia, y relevancia, mediante este proceso los expertos consideraron que ambos instrumentos son aplicables por cuanto se podría realizar la recolección de datos.

Confiabilidad

Según Bernal (2010) se refirió “a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas, cuando se les examina en distintas ocasiones con los mismos cuestionarios.” (p. 302)

Según Grande y Abascal (2014) sostuvieron que el coeficiente Alfa de Cronbach “es una prueba muy utilizada para pronunciarse sobre la fiabilidad de una escala. Mide en un momento del tiempo y sin necesidad de hacer repeticiones, la explicación esperada entre la escala actual y otra forma alternativa”. (p. 246)

En el presente trabajo de investigación se efectuó el cálculo del índice Alfa de Cronbach a través del software estadístico SPSS en su versión 21.0, para lo cual previamente se realizó la prueba piloto de ambos instrumentos escogiendo al azar 30 trabajadores, donde se demostró que ambos instrumentos son confiables

Tabla

2.5 Métodos de análisis de datos

Se aplicó para el análisis de datos el programa estadístico Statistical Pack age for the Social Sciences conocido como SPSS en su versión 21.0, lo primero fue determinar la confiabilidad de los instrumentos para los cuales se utilizó el Alfa de Cronbach, una vez que los instrumentos fueron confiables se procedió con la validación de los instrumentos a través del juicio de expertos donde se midieron la claridad, pertenencia y relevancia de las preguntas, una vez validados los instrumentos se procedió a realizar las encuestas a los profesionales de la salud abril 2018; al término de la recolección se procedió al vaciado de las encuestas en el aplicativo Excel y posteriormente ser procesado en el programa estadístico antes

mencionado, del cual se extrajo la estadística descriptiva en base a las frecuencias de las variables y dimensiones y la tabla cruzada de las variables y de la estadística inferencial para la prueba de hipótesis a través del correlaciones bivariantes de Spearman.

2.6 Aspectos éticos

En la presente investigación se utilizarán citas bibliográficas de teóricos teniendo en cuenta las consideraciones éticas, y sin evitar el estudio de investigación ni la propiedad intelectual, los derechos de los autores y la calidad de los datos obtenidos en esta investigación ya que como profesionales en formación debemos tener siempre presente cuál es la ética que debe tener durante su formación y demostrar mediante ello el grado de profesionalismo.

Asimismo, la investigación no es sólo un acto técnico, es ante todo el ejercicio de un acto responsable, por este motivo la investigación no oculto a los colaboradores la naturaleza de la investigación, exponer a los colaboradores a actos que podrían perjudicarles, jamás invadió su intimidad, los datos consignados son reales y fieles a su naturaleza, sin manipulación por parte del investigador.

III. Resultados

3.1 Estadística descriptiva

Variable 1: Cultura Organizacional

Dimensión Implicación

Tabla 7.

Estadística descriptiva del ítem 1 ¿La mayoría de los miembros de este grupo están bien comprometidos con su trabajo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	5	7,5	7,5	7,5
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	34,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	17	25,4	25,4	59,7
	Muy de acuerdo	21	31,3	31,3	91,0
	Completamente de acuerdo	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

El 40% de los encuestados piensa que los miembros de su grupo están bien comprometidos con su trabajo a lo contrario el 59% percibe que no está comprometido.

Tabla 8.

Estadística descriptiva del ítem 2 ¿Las decisiones con frecuencia se toman en el nivel que dispone de la mejor información?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	7	10,4	10,4	10,4
	Poco de acuerdo	7	10,4	10,4	20,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	23	34,3	34,3	55,2
	Muy de acuerdo	24	35,8	35,8	91,0
	Completamente de acuerdo	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que las decisiones con frecuencia se toman en el nivel que dispone de la mejor información.

Tabla 9.

Estadística descriptiva del ítem 3 ¿La información se comparte ampliamente y se puede conseguir la información que se necesita?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	6	9,0	9,0	9,0
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	35,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	21	31,3	31,3	67,2
	Muy de acuerdo	14	20,9	20,9	88,1
	Completamente de acuerdo	8	11,9	11,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo con que la información se comparte ampliamente y se puede conseguir la información que se necesita

Tabla 10.

Estadística descriptiva del ítem 4 ¿Cada miembro cree que puede tener un impacto positivo en el grupo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	1	1,5	1,5	1,5
	Poco de acuerdo	14	20,9	20,9	22,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	22	32,8	32,8	55,2
	Muy de acuerdo	25	37,3	37,3	92,5
	Completamente de acuerdo	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

El 55% se percibe que no están de acuerdo que cada miembro cree que puede tener un impacto positivo en el grupo mientras que el 45% está de acuerdo con esta percepción, se necesita un reforzamiento en involucramiento y trabajo en equipo.

Tabla 11.

Estadística descriptiva del ítem 5 ¿La planificación de nuestro trabajo es continua e implica a todos en algún grado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	1	1,5	1,5	1,5
	Poco de acuerdo	16	23,9	23,9	25,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	14	20,9	20,9	46,3
	Muy de acuerdo	27	40,3	40,3	86,6
	Completamente de acuerdo	9	13,4	13,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está implicada en los objetivos de la Institución en la que laboran.

Tabla 12.

Estadística descriptiva del ítem 6 ¿Se fomenta activamente la cooperación entre los diferentes grupos de esta organización?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	6	9,0	9,0	9,0
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	35,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	18	26,9	26,9	62,7
	Muy de acuerdo	17	25,4	25,4	88,1
	Completamente de acuerdo	8	11,9	11,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

El 62% no está de acuerdo que se fomenta activamente la cooperación entre los diferentes grupos de esta organización, falta afianzar más las coordinaciones entre los diferentes servicios, se necesita un reforzamiento del área respectiva.

Tabla 13.

Estadística descriptiva del ítem 7 ¿Trabajar en este grupo es como formar parte de un equipo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	11	16,4	16,4	20,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	29,9	29,9	50,7
	Muy de acuerdo	24	35,8	35,8	86,6
	Completamente de acuerdo	9	13,4	13,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Existe más indecisión que decisión en formar parte de un equipo y trabajar en equipo. Se necesita un reforzamiento del área respectiva.

Tabla 14.

Estadística descriptiva del ítem 8 ¿Acostumbramos a realizar las tareas en equipos, en vez de descargar el peso en la Dirección?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	6	9,0	9,0	9,0
	Poco de acuerdo	15	22,4	22,4	31,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	18	26,9	26,9	58,2
	Muy de acuerdo	21	31,3	31,3	89,6
	Completamente de acuerdo	7	10,4	10,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está muy de acuerdo en que se acostumbren a realizar las tareas en equipos, se está descargando todo el peso en la Dirección, se necesita un reforzamiento por el área respectiva.

Tabla 15.

Estadística descriptiva del ítem 9 ¿Los grupos y no los individuos son los principales pilares de organización?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	6	9,0	9,0	9,0
	Poco de acuerdo	14	20,9	20,9	29,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	29,9	29,9	59,7
	Muy de acuerdo	22	32,8	32,8	92,5
	Completamente de acuerdo	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que los grupos y no los individuos son los principales pilares de la organización.

Tabla 16.

Estadística descriptiva del ítem 10 ¿El trabajo se organiza de modo que cada persona entiende la relación entre su trabajo y objetivos de la organización?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	10	14,9	14,9	20,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	23	34,3	34,3	55,2
	Muy de acuerdo	23	34,3	34,3	89,6
	Completamente de acuerdo	7	10,4	10,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que El trabajo se organiza de modo que cada persona entiende la relación entre su trabajo y objetivos de la organización

Tabla 17.

Estadística descriptiva del ítem 11 ¿La autoridad se delega de modo que las personas puedan actuar por sí mismas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	6	9,0	9,0	9,0
	Poco de acuerdo	10	14,9	14,9	23,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	25	37,3	37,3	61,2
	Muy de acuerdo	18	26,9	26,9	88,1
	Completamente de acuerdo	8	11,9	11,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo con que la autoridad se delega de modo que las personas puedan actuar por sí mismas

Tabla 18.

Estadística descriptiva del ítem 12 ¿Las capacidades del pro-líder (los futuros líderes del grupo) se mejoran constantemente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	16	23,9	23,9	29,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	13	19,4	19,4	49,3
	Muy de acuerdo	28	41,8	41,8	91,0
	Completamente de acuerdo	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que las capacidades del pro-líder (los futuros líderes del grupo) se mejoran constantemente.

Tabla 19.

Estadística descriptiva del ítem 13 ¿Este grupo invierte continuamente en el desarrollo de las capacidades de los miembros?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	7	10,4	10,4	10,4
	Poco de acuerdo	31	46,3	46,3	56,7
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	14	20,9	20,9	77,6
	Muy de acuerdo	11	16,4	16,4	94,0
	Completamente de acuerdo	4	6,0	6,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está poco de acuerdo en que este grupo invierte continuamente en el desarrollo de las capacidades de los miembros.

Tabla 20.

Estadística descriptiva del ítem 14 ¿La capacidad de las personas es vista como una fuente importante de ventaja competitiva?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	1	1,5	1,5	1,5
	Poco de acuerdo	16	23,9	23,9	25,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	13	19,4	19,4	44,8
	Muy de acuerdo	25	37,3	37,3	82,1
	Completamente de acuerdo	12	17,9	17,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que la capacidad de las personas es vista como una fuente importante de ventaja competitiva.

Tabla 21.

Estadística descriptiva del ítem 15 ¿A menudo surgen problemas porque no disponemos de las habilidades necesarias para hacer el trabajo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	17	25,4	25,4	31,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	16	23,9	23,9	55,2
	Muy de acuerdo	22	32,8	32,8	88,1
	Completamente de acuerdo	8	11,9	11,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que a menudo surgen problemas porque no disponemos de las habilidades necesarias para hacer el trabajo.

Dimensión Consistencia

Tabla 22.

Estadística descriptiva del ítem 16 ¿Los líderes y directores practican lo que pregonan?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	7	10,4	10,4	10,4
	Poco de acuerdo	15	22,4	22,4	32,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	23	34,3	34,3	67,2
	Muy de acuerdo	20	29,9	29,9	97,0
	Completamente de acuerdo	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo en que los líderes y directores practican lo que pregonan.

Tabla 23.

Estadística descriptiva del ítem 17 ¿Existe un estilo de dirección característico con un conjunto de prácticas distintivas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	1	1,5	1,5	1,5
	Poco de acuerdo	15	22,4	22,4	23,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	28	41,8	41,8	65,7
	Muy de acuerdo	22	32,8	32,8	98,5
	Completamente de acuerdo	1	1,5	1,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo en que existe un estilo de dirección característico con un conjunto de prácticas distintivas.

Tabla 24.

Estadística descriptiva del ítem 18 ¿Existe un conjunto de valores claro y consistente que rige la forma en que nos conducimos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	15	22,4	22,4	28,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	13	19,4	19,4	47,8
	Muy de acuerdo	26	38,8	38,8	86,6
	Completamente de acuerdo	9	13,4	13,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que existe un conjunto de valores claro y consistente que rige la forma en que los profesionales se conducen.

Tabla 25.

Estadística descriptiva del ítem 19 ¿Ignorar los valores esenciales de este grupo te ocasionará problemas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	8	11,9	11,9	16,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	13	19,4	19,4	35,8
	Muy de acuerdo	36	53,7	53,7	89,6
	Completamente de acuerdo	7	10,4	10,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que Ignorar los valores esenciales de este grupo te ocasionará problemas.

Tabla 26.

Estadística descriptiva del ítem 20 ¿Existe un código ético que guía nuestro comportamiento y nos ayuda a distinguir lo correcto?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	13	19,4	19,4	25,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	11	16,4	16,4	41,8
	Muy de acuerdo	30	44,8	44,8	86,6
	Completamente de acuerdo	9	13,4	13,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que existe un código ético que guía nuestro comportamiento y nos ayuda a distinguir lo correcto

Tabla 27.

Estadística descriptiva del ítem 21 Cuando existen desacuerdos, trabajamos intensamente para encontrar soluciones donde todos ganen?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	16	23,9	23,9	26,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	9	13,4	13,4	40,3
	Muy de acuerdo	30	44,8	44,8	85,1
	Completamente de acuerdo	10	14,9	14,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que cuando existen desacuerdos, trabajamos intensamente para encontrar soluciones donde todos ganen

Tabla 28.

Estadística descriptiva del ítem 22 ¿Este grupo tiene una cultura “fuerte”?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	19	28,4	28,4	34,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	24	35,8	35,8	70,1
	Muy de acuerdo	17	25,4	25,4	95,5
	Completamente de acuerdo	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo en que Este grupo tiene una cultura “fuerte”.

Tabla 29.

Estadística descriptiva del ítem 23 ¿Nos resulta fácil lograr el consenso, aún en temas difíciles?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	15	22,4	22,4	25,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	29,9	29,9	55,2
	Muy de acuerdo	28	41,8	41,8	97,0
	Completamente de acuerdo	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que nos resulta fácil lograr el consenso, aún en temas difíciles.

Tabla 30.

Estadística descriptiva del ítem 24 ¿A menudo tenemos dificultades para alcanzar acuerdos difíciles?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	6	9,0	9,0	9,0
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	35,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	18	26,9	26,9	62,7
	Muy de acuerdo	23	34,3	34,3	97,0
	Completamente de acuerdo	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que a menudo tenemos dificultades para alcanzar acuerdos difíciles.

Tabla 31.

Estadística descriptiva del ítem 25 ¿Existe un claro acuerdo acerca de la forma correcta e incorrecta de hacer las cosas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	20	29,9	29,9	34,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	17	25,4	25,4	59,7
	Muy de acuerdo	22	32,8	32,8	92,5
	Completamente de acuerdo	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que existe un claro acuerdo acerca de la forma correcta e incorrecta de hacer las cosas.

Tabla 32.

Estadística descriptiva del ítem 26 ¿Nuestra manera de trabajar es consistente y predecible?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	1	1,5	1,5	1,5
	Poco de acuerdo	9	13,4	13,4	14,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	15	22,4	22,4	37,3
	Muy de acuerdo	38	56,7	56,7	94,0
	Completamente de acuerdo	4	6,0	6,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que nuestra manera de trabajar es consistente y predecible.

Tabla 33.

Estadística descriptiva del ítem 27 ¿Las personas de diferentes grupos de esta organización tienen una perspectiva común?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	13	19,4	19,4	23,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	22	32,8	32,8	56,7
	Muy de acuerdo	25	37,3	37,3	94,0
	Completamente de acuerdo	4	6,0	6,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que Las personas de diferentes grupos de esta organización tienen una perspectiva común.

Tabla 34.

Estadística descriptiva del ítem 28 ¿Es sencillo coordinar proyectos entre los diferentes grupos de esta organización?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	25	37,3	37,3	43,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	26	38,8	38,8	82,1
	Muy de acuerdo	7	10,4	10,4	92,5
	Completamente de acuerdo	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo en que es sencillo coordinar proyectos entre los diferentes grupos de esta organización.

Tabla 35.

Estadística descriptiva del ítem 29 ¿Trabajar con alguien de otro grupo de esta organización es como trabajar con alguien de otra organización?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	1	1,5	1,5	1,5
	Poco de acuerdo	12	17,9	17,9	19,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	23	34,3	34,3	53,7
	Muy de acuerdo	30	44,8	44,8	98,5
	Completamente de acuerdo	1	1,5	1,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que trabajar con alguien de otro grupo de esta organización es como trabajar con alguien de otra organización

Tabla 36.

Estadística descriptiva del ítem 30 ¿Existe una buena alineación de objetivos entre los diferentes niveles jerárquicos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	24	35,8	35,8	40,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	16	23,9	23,9	64,2
	Muy de acuerdo	22	32,8	32,8	97,0
	Completamente de acuerdo	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está poco de acuerdo en que existe una buena alineación de objetivos entre los diferentes niveles jerárquicos

Dimensión Adaptabilidad

Tabla 37.

Estadística descriptiva del ítem 31 ¿La forma que tenemos de hacer las cosas es flexible y fácil realizar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	19	28,4	28,4	32,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	17,9	17,9	50,7
	Muy de acuerdo	27	40,3	40,3	91,0
	Completamente de acuerdo	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que la forma que tenemos de hacer las cosas es flexible y fácil realizar.

Tabla 38.

Estadística descriptiva del ítem 32 ¿Respondemos bien a los cambios del entorno?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	10	14,9	14,9	20,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	21	31,3	31,3	52,2
	Muy de acuerdo	32	47,8	47,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que respondemos bien a los cambios del entorno.

Tabla 39.

Estadística descriptiva del ítem 33 ¿Adoptamos continuamente nuevas y mejores formas de hacer?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	31,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	15	22,4	22,4	53,7
	Muy de acuerdo	28	41,8	41,8	95,5
	Completamente de acuerdo	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que adoptamos continuamente nuevas y mejores formas de hacer.

Tabla 40.

Estadística descriptiva del ítem 34 ¿Los intentos de realizar cambios suelen encontrar resistencias?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	11	16,4	16,4	22,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	29,9	29,9	52,2
	Muy de acuerdo	25	37,3	37,3	89,6
	Completamente de acuerdo	7	10,4	10,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que los intentos de realizar cambios suelen encontrar resistencias

Tabla 41.

Estadística descriptiva del ítem 35 ¿Los diferentes grupos de esta organización cooperan a menudo para introducir cambios?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	22	32,8	32,8	35,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	14	20,9	20,9	56,7
	Muy de acuerdo	25	37,3	37,3	94,0
	Completamente de acuerdo	4	6,0	6,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que los diferentes grupos de esta organización cooperan a menudo para introducir cambios

Tabla 42.

Estadística descriptiva del ítem 36 ¿Los comentarios y recomendaciones de nuestros clientes conducen a menudo a introducir cambios?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	19	28,4	28,4	32,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	14	20,9	20,9	53,7
	Muy de acuerdo	30	44,8	44,8	98,5
	Completamente de acuerdo	1	1,5	1,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que los comentarios y recomendaciones de nuestros clientes conducen a menudo a introducir cambios

Tabla 43.

Estadística descriptiva del ítem 37 ¿La información sobre nuestros clientes influye en nuestras decisiones?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	12	17,9	17,9	22,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	17	25,4	25,4	47,8
	Muy de acuerdo	31	46,3	46,3	94,0
	Completamente de acuerdo	4	6,0	6,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que la información sobre nuestros clientes influye en nuestras decisiones

Tabla 44.

Estadística descriptiva del ítem 38 ¿Todos tenemos una comprensión profunda de los deseos y necesidades de nuestro entorno?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	21	31,3	31,3	35,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	14	20,9	20,9	56,7
	Muy de acuerdo	27	40,3	40,3	97,0
	Completamente de acuerdo	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que todos tenemos una comprensión profunda de los deseos y necesidades de nuestro entorno

Tabla 45.

Estadística descriptiva del ítem 39 ¿Nuestras decisiones ignoran con frecuencia los intereses de los clientes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	5	7,5	7,5	7,5
	Poco de acuerdo	22	32,8	32,8	40,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	17,9	17,9	58,2
	Muy de acuerdo	23	34,3	34,3	92,5
	Completamente de acuerdo	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que nuestras decisiones ignoran con frecuencia los intereses de los clientes

Tabla 46.

Estadística descriptiva del ítem 40 ¿Fomentamos el contacto directo de nuestra gente con los clientes?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	1	1,5	1,5	1,5
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	28,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	21	31,3	31,3	59,7
	Muy de acuerdo	24	35,8	35,8	95,5
	Completamente de acuerdo	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que fomentamos el contacto directo de nuestra gente con los clientes

Tabla 47.

Estadística descriptiva del ítem 41 ¿Consideramos el fracaso como una oportunidad para aprender y mejorar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	11	16,4	16,4	20,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	14	20,9	20,9	41,8
	Muy de acuerdo	28	41,8	41,8	83,6
	Completamente de acuerdo	11	16,4	16,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que consideramos el fracaso como una oportunidad para aprender y mejorar

Tabla 48.

Estadística descriptiva del ítem 42 ¿Tomar riesgos e innovar son fomentados y recompensados?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	6	9,0	9,0	9,0
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	35,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	17	25,4	25,4	61,2
	Muy de acuerdo	21	31,3	31,3	92,5
	Completamente de acuerdo	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que tomar riesgos e innovar son fomentados y recompensados.

Tabla 49.

Estadística descriptiva del ítem 43 ¿Muchas ideas “se pierden en el camino”?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	9	13,4	13,4	17,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	14	20,9	20,9	38,8
	Muy de acuerdo	33	49,3	49,3	88,1
	Completamente de acuerdo	8	11,9	11,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que muchas ideas “se pierden en el camino”.

Tabla 50.

Estadística descriptiva del ítem 44 ¿En el aprendizaje es un objetivo importante en el trabajo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Poco de acuerdo	5	7,5	7,5	7,5
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	12	17,9	17,9	25,4
	Muy de acuerdo	35	52,2	52,2	77,6
	Completamente de acuerdo	15	22,4	22,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que el aprendizaje es un objetivo importante en el trabajo.

Tabla 51.

Estadística descriptiva del ítem 45 ¿Nos aseguramos que la mano derecha sepa lo que está haciendo la izquierda?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	13	19,4	19,4	25,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	29,9	29,9	55,2
	Muy de acuerdo	26	38,8	38,8	94,0
	Completamente de acuerdo	4	6,0	6,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Una amplia mayoría está muy de acuerdo en que nos aseguramos que la mano derecha sepa lo que está haciendo la izquierda

Dimensión Misión

Tabla 52.

Estadística descriptiva del ítem 46 ¿Esta organización tiene un proyecto y una orientación a largo plazo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	20	29,9	29,9	32,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	17	25,4	25,4	58,2
	Muy de acuerdo	22	32,8	32,8	91,0
	Completamente de acuerdo	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que Esta organización tiene un proyecto y una orientación a largo plazo.

Tabla 53.

Estadística descriptiva del ítem 47 ¿Nuestra estrategia sirve de ejemplo a otras organizaciones?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	1	1,5	1,5	1,5
	Poco de acuerdo	19	28,4	28,4	29,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	23	34,3	34,3	64,2
	Muy de acuerdo	20	29,9	29,9	94,0
	Completamente de acuerdo	4	6,0	6,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo en que nuestra estrategia sirve de ejemplo a otras organizaciones.

Tabla 54.

Estadística descriptiva del ítem 48 ¿Esta organización tiene una misión clara que le otorga sentido y rumbo a nuestro trabajo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	16	23,9	23,9	29,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	16	23,9	23,9	53,7
	Muy de acuerdo	23	34,3	34,3	88,1
	Completamente de acuerdo	8	11,9	11,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que esta organización tiene una misión clara que le otorga sentido y rumbo a nuestro trabajo.

Tabla 55.

Estadística descriptiva del ítem 49 ¿Esta organización tiene una clara estrategia de cara al futuro?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	14	20,9	20,9	23,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	28	41,8	41,8	65,7
	Muy de acuerdo	20	29,9	29,9	95,5
	Completamente de acuerdo	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que esta organización tiene una clara estrategia de cara al futuro.

Tabla 56.

Estadística descriptiva del ítem 50 ¿La orientación estratégica de esta organización no me resulta clara?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	20	29,9	29,9	32,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	29	43,3	43,3	76,1
	Muy de acuerdo	13	19,4	19,4	95,5
	Completamente de acuerdo	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo en que la orientación estratégica de esta organización no me resulta clara

Tabla 57.

Estadística descriptiva del ítem 51 ¿Existe un amplio acuerdo sobre las metas a conseguir?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	13	19,4	19,4	22,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	23	34,3	34,3	56,7
	Muy de acuerdo	26	38,8	38,8	95,5
	Completamente de acuerdo	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que existe un amplio acuerdo sobre las metas a conseguir.

Tabla 58.

Estadística descriptiva del ítem 52 ¿Los líderes y directores fijan metas ambiciosas pero realistas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	25	37,3	37,3	40,3
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	19	28,4	28,4	68,7
	Muy de acuerdo	20	29,9	29,9	98,5
	Completamente de acuerdo	1	1,5	1,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está poco de acuerdo en que los líderes y directores fijan metas ambiciosas pero realistas.

Tabla 59.

Estadística descriptiva del ítem 53 ¿La Dirección nos conduce hacia los objetivos que tratamos de alcanzar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	14	20,9	20,9	25,4
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	24	35,8	35,8	61,2
	Muy de acuerdo	24	35,8	35,8	97,0
	Completamente de acuerdo	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Existe igualdad entre los que están ni de acuerdo ni desacuerdo y los que están muy de acuerdo en que La Dirección nos conduce hacia los objetivos que tratamos de alcanzar.

Tabla 60.

Estadística descriptiva del ítem 54 ¿Comparamos continuamente nuestro progreso con los objetivos fijados?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	6	9,0	9,0	9,0
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	35,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	15	22,4	22,4	58,2
	Muy de acuerdo	24	35,8	35,8	94,0
	Completamente de acuerdo	4	6,0	6,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

muy de acuerdo en que Comparamos continuamente nuestro progreso con los objetivos fijados.

Tabla 61.

Estadística descriptiva del ítem 55 ¿Las personas de esta organización comprenden lo que hay que hacer para tener éxito a largo plazo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	3	4,5	4,5	4,5
	Poco de acuerdo	15	22,4	22,4	26,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	24	35,8	35,8	62,7
	Muy de acuerdo	23	34,3	34,3	97,0
	Completamente de acuerdo	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría no está ni de acuerdo ni desacuerdo con que, las personas de esta organización comprenden lo que hay que hacer para tener éxito a largo plazo

Tabla 62.

Estadística descriptiva del ítem 56 ¿Tenemos una visión compartida de cómo será esta organización en el futuro?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	21	31,2	31,2	37,2
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	29,9	29,9	62,7
	Muy de acuerdo	20	29,9	29,9	67,0
	Completamente de acuerdo	2	3,0	3,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está poco de acuerdo en que Las personas de esta organización

Tabla 63.

Estadística descriptiva del ítem 57 ¿Los líderes y directores tienen una perspectiva a largo plazo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	16	23,9	23,9	29,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	29,9	29,9	59,7
	Muy de acuerdo	22	32,8	32,8	92,5
	Completamente de acuerdo	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que Los líderes y directores tienen una perspectiva a largo plazo.

Tabla 64.

Estadística descriptiva del ítem 58 ¿El pensamiento a corto plazo compromete a menudo a nuestra visión a largo plazo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	2	3,0	3,0	3,0
	Poco de acuerdo	14	20,9	20,9	23,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	17	25,4	25,4	49,3
	Muy de acuerdo	31	46,3	46,3	95,5
	Completamente de acuerdo	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

La mayoría está muy de acuerdo en que el pensamiento a corto plazo compromete a menudo a nuestra visión a largo plazo.

Tabla 65.

Estadística descriptiva del ítem 59 ¿Nuestra visión genera entusiasmo y motivación entre nosotros?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	18	26,9	26,9	32,8
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	22	32,8	32,8	65,7
	Muy de acuerdo	17	25,4	25,4	91,0
	Completamente de acuerdo	6	9,0	9,0	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

El 66% no genera entusiasmo y motivación entre los miembros mientras que el 34% genera entusiasmo y motivación.

Tabla 66.

Estadística descriptiva del ítem 60 ¿Podemos satisfacer las demandas a corto plazo sin comprometer nuestra visión a largo plazo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en desacuerdo	4	6,0	6,0	6,0
	Poco de acuerdo	14	20,9	20,9	26,9
	Ni de acuerdo ni desacuerdo	20	29,9	29,9	56,7
	Muy de acuerdo	26	38,8	38,8	95,5
	Completamente de acuerdo	3	4,5	4,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

El 43% está de acuerdo en satisfacer las demandas a corto plazo mientras que el 56% no desea comprometer nuestra visión a largo plazo por satisfacer las demandas.

Tabla 67.

Promedios obtenidos por cada subdimensión mediante la aplicación obtenida de la encuesta Denison Organizational Culture Survey

Estadísticos descriptivos						
	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. típ.
Involucramiento	67	1,60	4,40	187,00	2,7910	,74136
Trabajo_en_equipo	67	1,60	4,40	194,60	2,9045	,72225
Desarrollo_de_capacidades	67	1,60	4,80	207,20	3,0925	,78186
Valores_centrales	67	1,40	4,80	216,00	3,2239	,74713
Acuerdo	67	1,20	4,60	218,20	3,2567	,73757
Coordinación_e_integración	67	1,00	4,80	214,20	3,1970	,75758
Orientación_al_cambio	67	1,00	4,80	218,20	3,2567	,71504
Orientación_al_cliente	67	1,00	4,60	214,20	3,1970	,68445
Aprendizaje_organizativo	67	1,00	4,60	208,60	3,1134	,67709
Dirección_y_propósito	67	1,00	4,60	216,80	3,2358	,73931
Metas_y_objetivos	67	1,60	4,60	213,80	3,1910	,60044
Visión	67	1,60	4,60	202,60	3,0239	,62718
GlobalCO	67	1,30	4,47	209,29	3,1237	,62300
N válido (según lista)	67					

Involucramiento (Media baja 2.8) es bajo, Trabajo en equipo (Media baja 2.9), Desarrollo de capacidades (Media baja 3.1)

Valores centrales (Media alta 3.2) El grupo comparte un alto grado de valores grupales que es difícil de alcanzar

Acuerdo (Media alta 3.3) los acuerdos altos en conjunto con los valores se forma una cultura sólida que es muy importante para la organización

Coordinación e integración (Media alta 3.2) se evidencia un alto grado de llegar a los objetivos y metas

Orientación al cambio (Media alta 3.3) Se evidencia como el grupo está dispuesto a asumir cambios, aspecto de gran importancia para una Institución que se encuentra en crecimiento

Orientación al cliente (Media alta 3.2) Otro aspecto importante es que la organización está fundamentada enfocado directamente al paciente, donde se busca constantemente su satisfacción donde se demuestra que la organización y

sus empleados están dispuestos a asumir los cambios necesarios para su desarrollo.

Aprendizaje organizativo (Media alta 3.1) es lo que soporta a la adaptabilidad, se denota alto grado de capacitación para el fomento de la innovación

Tabla 68.

Promedios obtenidos por cada subdimensión mediante la aplicación obtenida de la encuesta Denison Organizational Culture Survey

Estadísticos descriptivos						
	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. típ.
Implicación	67	1,60	4,40	196,31	2,9300	,72528
Consistencia	67	1,20	4,60	216,14	3,2260	,72086
Adaptabilidad	67	1,00	4,67	213,73	3,1900	,67350
Misión	67	1,40	4,60	211,00	3,1493	,62790
Global CO	67	1,30	4,47	209,29	3,1237	,62300
N válido (según lista)	67					

Que, las dimensiones implicación, consistencia, adaptabilidad y misión se tiene una relativa igualdad entre sus puntajes que son 2,9300, 3,2260, 3,1900, y 3,1493 indica que el perfil de cultura organizacional del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas es relativamente armónica y equilibrada lo que indica que los cambios que sucedan en su entorno serán percibidos, asimilados y manejados, además existe una predisposición cultural hacia la aplicación de la Telesalud como uso tecnológico.

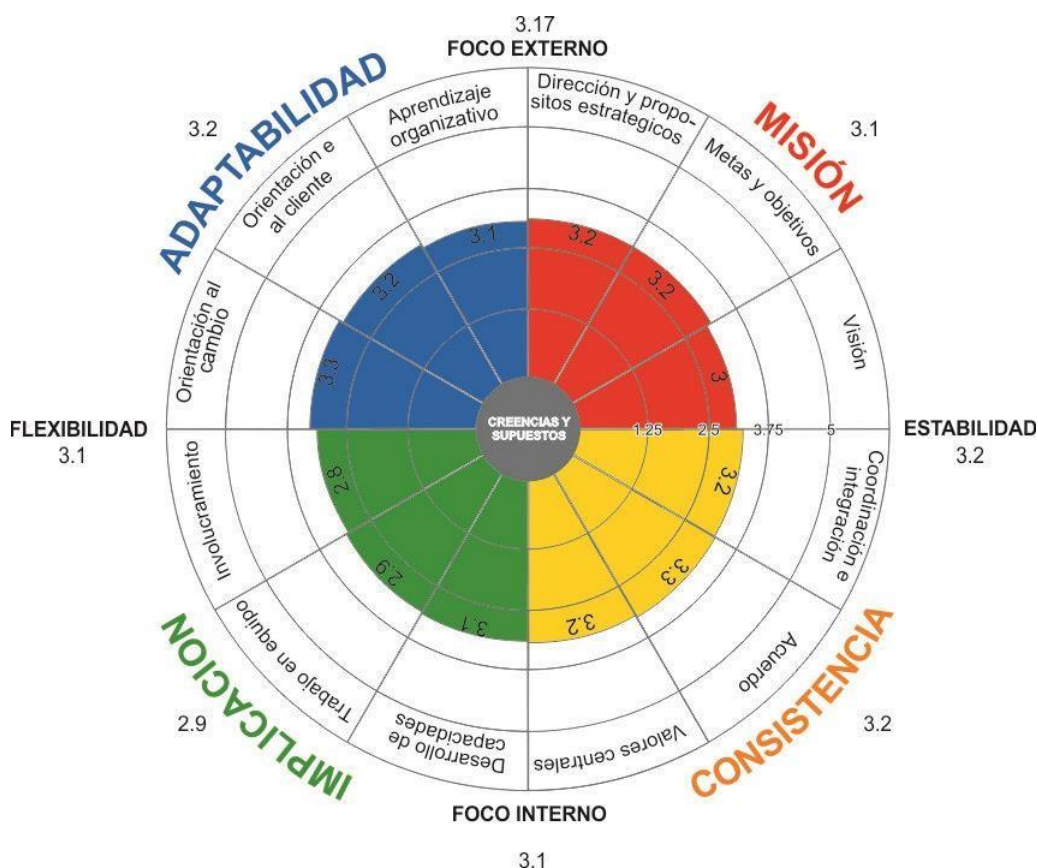


Figura 5. Resultados Modelo de Daniel R. Denison,
Elaboración propia.

Interpretación

Con un índice de confiabilidad de 0.943 se determina tanto las medias obtenidas por cada subdimensión, como las medias obtenidas por cada dimensión así como los promedios de la flexibilidad y la estabilidad y por último los promedios de los focos internos y externos en base a la percepción de los profesionales de salud subespecialistas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas obteniéndose los siguientes contrastes: El índice más alto obtenido es la de la estabilidad entre las dimensiones Misión y Consistencia (Denison, s/f) con un 3.2 lo que significa que el Instituto tiene una buena intención y dirección estratégica conociendo sus objetivos y metas a alcanzar, como lo logra? Por sus valores y comportamiento de sus integrantes con una coordinación entre servicios, se tiene que seguir afianzado esta integración y a la vez seguir compartiendo los objetivos y políticas de salud los miembros a los demás niveles jerárquicos de la Institución.

El índice de flexibilidad entre las dimensiones Implicación y Adaptabilidad (Denison D. R.) con un valor de 3.1 indicando el alto grado de flexibilidad de los profesionales de la salud para con la atención al paciente, permanente capacitación, la forma de percibir el cambio es muy positiva en este grupo de profesionales, los niveles jerárquicos tienen que comprometerse más de lo hecho, se tiene que reforzar el trabajo en equipo y el empoderamiento que sientan ser pertenecientes a su Institución.

El índice foco externo entre las dimensiones de Adaptabilidad y Misión (Denison D. R.) es de 3.17 indicando un alto grado de favorecimiento al desempeño innovador teniendo una oportunidad de dar el salto a la innovación tecnológica.

El índice foco interno entre las dimensiones Implicación y Consistencia (Denison D. R.) tiene un valor de 3.1 indicando que tiene un alto grado de

Variable 2: Telemedicina

Dimensión servicios prestaciones de salud.

Tabla 69.

Estadística descriptiva ítem 1 ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele prevención en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Prioridad baja	16	23,9	23,9
	Prioridad media	22	32,8	56,7
	Prioridad alta	29	43,3	100,0
	Total	67	100,0	100,0

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 43% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Tele prevención como promoción de la salud neurológica y neuroquirúrgico mientras que el 33% como prioridad media y 24% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 57% que indica que dichos profesionales no están totalmente de acuerdo en su implementación.

Tabla 70.

Estadística descriptiva ítem 2 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Prioridad baja	11	16,4	16,4
	Prioridad media	25	37,3	53,7
	Prioridad alta	31	46,3	100,0
	Total	67	100,0	100,0

Observamos que de los profesionales de la salud encuestados el 46% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Tele diagnóstico como ayuda en la toma de decisiones en el diagnóstico en neurológica clínica y neurocirugía mientras que el 37% como prioridad media y 16% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 54% que indica que dichos profesionales no están totalmente de acuerdo en su implementación de dicho servicio.

Tabla 71.

Estadística descriptiva ítem 3 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele monitoreo en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
	Prioridad Baja	5	7,5	7,5
	Prioridad Media	19	28,4	35,8
	Prioridad Alta	43	64,2	100,0
	Total	67	100,0	100,0

Los profesionales de la salud encuestados el 64% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Tele monitoreo como transmisión de información neurológica clínica y neuroquirúrgica (Resonancia magnética, tomografía, ECG, bioquímicos etc.) mientras que el 28% como prioridad media y 8% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 36%, por lo que en conjunto indica que dichos profesionales están totalmente de acuerdo que se implemente el servicio de Tele monitoreo.

Tabla 72.

Estadística descriptiva ítem 4 ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele consulta en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	12	17,9	17,9	17,9
Válido	Prioridad Media	27	40,3	40,3	58,2
	Prioridad Alta	28	41,8	41,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Observamos que de los profesionales de la salud encuestados el 42% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Tele consulta como tele especialista en neurológica clínica y neurocirugía (Telejunta médica, Telepresencia asistida), mientras que el 40% como prioridad media y 18% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 58% lo que indica que dichos profesionales no están bien definidos que se implemente el servicio de Tele consulta.

Tabla 73.

Estadística descriptiva ítem 5 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	19	28,4	28,4	28,4
Válido	Prioridad Media	26	38,8	38,8	67,2
	Prioridad Alta	22	32,8	32,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 33% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Tele emergencia en neurológica clínica y neurocirugía, mientras que el 39% como prioridad media y 28% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 67% de los profesionales no están bien definidos que se implemente el servicio de Tele emergencia.

Tabla 74.

Estadística descriptiva ítem 6 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	13	19,4	19,4	19,4
Válido	Prioridad Media	30	44,8	44,8	64,2
	Prioridad Alta	24	35,8	35,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 36% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Tele vigilancia epidemiológica como notificación obligatoria de daños sujeto a vigilancia en neurológica clínica y neurocirugía, mientras que el 45% como prioridad media y 19% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 64% de los profesionales no están bien definidos que se implemente el servicio de Tele vigilancia epidemiológica.

Dimensión tele gestión de los servicios de salud.

Tabla 75.

Estadística descriptiva ítem 7 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	16	23,9	23,9	23,9
Válido	Prioridad Media	31	46,3	46,3	70,1
	Prioridad Alta	20	29,9	29,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 30% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Tele reuniones ejecutivas como reuniones de trabajo de ejecutivos, jefes, especialistas y departamentos en las redes de salud, mientras que el 46% como prioridad media y 24% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 70% de los

profesionales no están bien definidos que se implemente el servicio de Tele reuniones ejecutivas.

Tabla 76.

Estadística descriptiva ítem 8 ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	16	23,9	23,9	23,9
Válido	Prioridad Media	32	47,8	47,8	71,6
	Prioridad Alta	19	28,4	28,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 28% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Tele control para medir el desarrollo de los objetivos institucionales y programas que se lleven a cabo en las redes de salud, mientras que el 48% como prioridad media y 24% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 72% de los profesionales no están bien definidos que se implemente el servicio de Tele reuniones ejecutivas.

Tabla 77.

Estadística descriptiva ítem 9 ¿Con que prioridad se debería implementar la Referencia y contrarreferencia virtual que cumple con sus objetivos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	17	25,4	25,4	25,4
Válido	Prioridad Media	26	38,8	38,8	64,2
	Prioridad Alta	24	35,8	35,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 36% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de Referencia y contrarreferencia para optimizar la continuidad de la atención de salud intrainstitucional o interinstitucionalidad, mientras que el 39% como prioridad media y 25% como

prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 64% de los profesionales que considera que no es una prioridad.

Dimensión tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud.

Tabla 78.

Estadística descriptiva ítem 10 ¿Con que prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Prioridad Baja	18	26,9	26,9	26,9
	Prioridad Media	27	40,3	40,3	67,2
	Prioridad Alta	22	32,8	32,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 33% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de programas de educación en salud a distancia, mientras que el 40% como prioridad media y 24% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 67% de los profesionales no están bien definidos que se implemente el servicio de programas de educación en salud a distancia.

Tabla 79.

Estadística descriptiva ítem 11 ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Prioridad Baja	8	11,9	11,9	11,9
	Prioridad Media	19	28,4	28,4	40,3
	Prioridad Alta	40	59,7	59,7	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 60% consideran tener una prioridad alta en implementar el servicio de programas de capacitación

especializada en neurología clínica y neurocirugía continua a distancia, mientras que el 28% como prioridad media y 12% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 40% de los profesionales, por lo que en conjunto indica que dichos profesionales están totalmente de acuerdo que se implemente el servicio de programas de capacitación especializada en neurología clínica y neurocirugía continua a distancia.

Tabla 80.

Estadística descriptiva ítem 11 ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	9	13,4	13,4	13,4
Válido	Prioridad Media	28	41,8	41,8	55,2
	Prioridad Alta	30	44,8	44,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Estadística descriptiva ítem 12 ¿Con que prioridad se debería implementar acceso a base de datos médicos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 45% consideran tener una prioridad alta en implementar acceso a base de datos médicos, mientras que el 42% como prioridad media y 13% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 55% de los profesionales, por lo que en conjunto indica que dichos profesionales están medianamente de acuerdo que se implemente el servicio de acceso a base de datos médicos.

Tabla 81.

Estadística descriptiva ítem 13 ¿Con que prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	3	4,5	4,5	4,5
Válido	Prioridad Media	29	43,3	43,3	47,8
	Prioridad Alta	35	52,2	52,2	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 52% consideran tener una prioridad alta en implementar discusión virtual de casos clínicos, mientras que el 43% como prioridad media y 5% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 48% de los profesionales, por lo que en conjunto indica que dichos profesionales están de acuerdo que se implemente el servicio de discusión virtual de casos clínicos.

Tabla 82.

Estadística descriptiva ítem 14 ¿Con que prioridad se debería implementar intercambio científico en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	8	11,9	11,9	11,9
Válido	Prioridad Media	24	35,8	35,8	47,8
	Prioridad Alta	35	52,2	52,2	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 52% consideran tener una prioridad alta en implementar discusión virtual de casos clínicos, mientras que el 43% como prioridad media y 5% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 48% de los profesionales, por lo que en conjunto indica que dichos profesionales están de acuerdo que se implemente el servicio de discusión virtual de casos clínicos.

Tabla 83.

Estadística descriptiva ítem 15 ¿Con que prioridad se debería implementar información en salud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Prioridad Baja	15	22,4	22,4	22,4
Válido	Prioridad Media	28	41,8	41,8	64,2
	Prioridad Alta	24	35,8	35,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Se observa que de los profesionales de la salud encuestados el 36% consideran tener una prioridad alta en implementar información en salud neurológica y

neuroquirúrgica, mientras que el 42% como prioridad media y 23% como prioridad baja, que en porcentaje acumulativo representa un 64% de los profesionales, por lo que en conjunto indica que dichos profesionales no es de importancia por el momento la implementación del servicio de información en salud neurológica y neuroquirúrgica.

Tabla 84.

Estadística descriptiva dimensión Prestación de los servicios según necesidad de aplicar Telesalud.

Servicios (agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Necesidad Baja	1	1,5	1,5
	Necesidad Media	34	50,7	52,2
	Necesidad Alta	32	47,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0

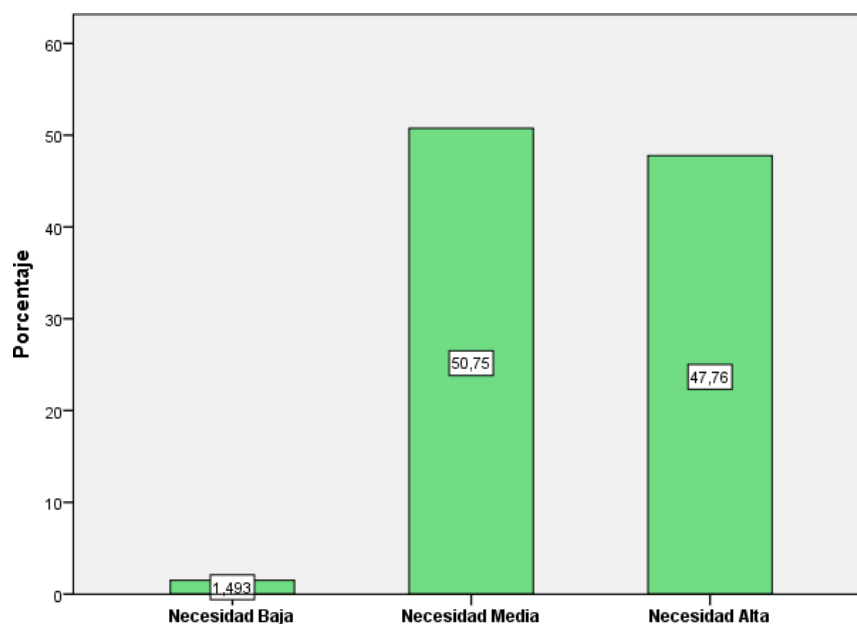


Figura 6. Estadística porcentual dimensión Prestación de los servicios de salud según necesidad de aplicar Telesalud.

Observamos que un 51% de los encuestados tienen una necesidad media de aplicar Telesalud frente a una necesidad muy alta del 47% que, si necesitan

implementar, aplicar la Telesalud como prestaciones de los servicios de salud, mientras que un 2% tiene una necesidad baja

Tabla 85.

Estadística descriptiva dimensión Telegestión de servicios de salud según necesidad de aplicar Telesalud.

Telegestion (agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Necesidad Baja	5	7,5	7,5
	Necesidad Media	41	61,2	68,7
	Necesidad Alta	21	31,3	100,0
	Total	67	100,0	100,0

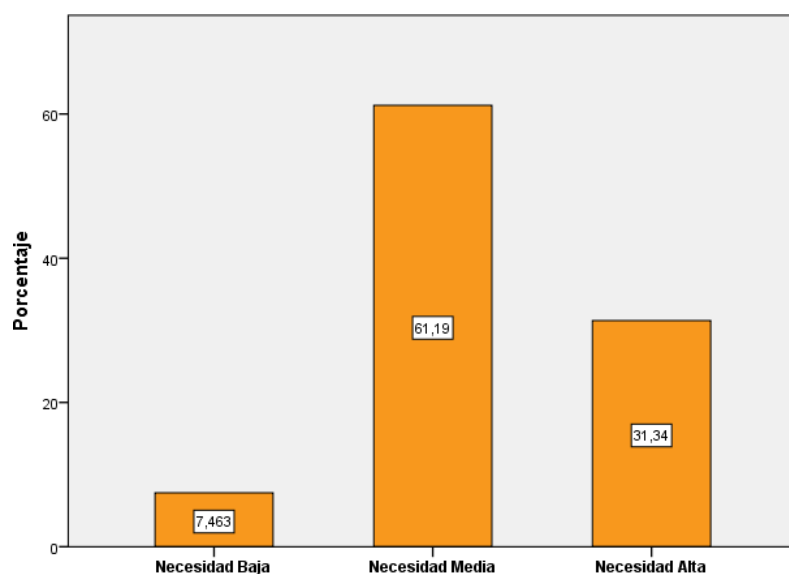


Figura 7. Estadística porcentual dimensión Telegestión de servicios de salud según necesidad de aplicar Telesalud.

Observamos que el 69% de los encuestados no tiene una necesidad inmediata de aplicar la Telegestión en su centro de labores ante un 31% que sí requiere muy necesario dicha implementación, esto puede deberse a que en la actualidad ya se están utilizando por diferentes ministerios en forma integral esta necesidad.

Tabla 86.

Estadística descriptiva dimensión Teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud según necesidad de aplicar Telesalud.

Teleinformación (agrupado)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	Necesidad Baja	5	7,5	7,5	7,5
	Necesidad Media	26	38,8	38,8	46,3
	Necesidad Alta	36	53,7	53,7	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

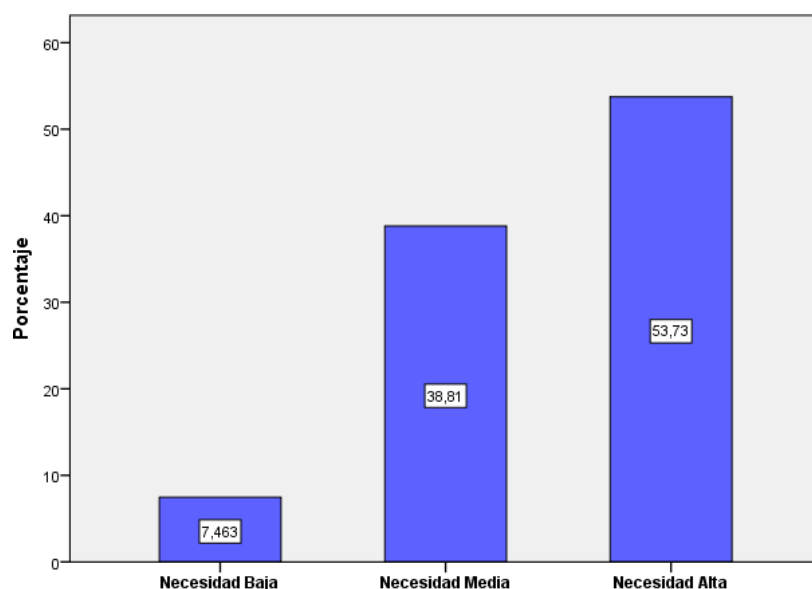


Figura 8. Estadística descriptiva dimensión Teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud según necesidad de aplicar Telesalud.

Se percibe que el 54% de los profesionales de la salud tienen una necesidad alta de implementar, aplicar y hacer uso de la telemedicina en Teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud, esta necesidad percibida por los profesionales de la salud ya es un factor facilitador para el desarrollo en esta dimensión de la Telesalud.

Evaluación de confiabilidad

La consistencia interna del instrumento fue examinada mediante el índice alpha de Cronbach. Los resultados del procedimiento se observan en las siguientes tablas:

Variable 1: Cultura organizacional

Tabla 87.

Resumen de procesamiento de casos de la variable cultura organizacional

		N	%
Casos	Válido	67	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	67	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 88.

El alpha de Cronbach del cuestionario para medir la variable cultura organizacional es 0.943 la cual indica una adecuada consistencia interna para el cuestionario empleado.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,943	60

Variable 2: Aplicación de Telesalud

Tabla 89.

Resumen de procesamiento de casos de la variable aplicación de Telesalud

		N	%
Casos	Válido	67	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	67	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 90.

El alpha de Cronbach del cuestionario para medir la variable aplicación de Telesalud es de 0.774 donde indica una adecuada consistencia interna para el cuestionario empleado.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,774	15

Tabla 91.

Las Estadísticas de total de elementos de la variable cultura organizacional en general muestran que todos los ítems contribuyen adecuadamente al conjunto de la escala, es decir, presentan una correlación relativamente alta con el total del cuestionar

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos de corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
PC01	191,09	779,537	,354	.	,944
PC02	190,96	771,437	,593	.	,942
PC03	191,33	768,648	,535	.	,943
PC04	190,96	778,286	,453	.	,943
PC05	190,57	776,825	,507	.	,943
PC06	191,10	769,095	,618	.	,942
PC07	190,73	763,957	,610	.	,942
PC08	191,19	765,522	,605	.	,942
PC09	191,24	781,882	,342	.	,944
PC10	191,03	771,332	,517	.	,943
PC11	190,90	775,034	,536	.	,943
PC12	191,09	757,386	,716	.	,941
PC13	191,63	768,177	,553	.	,942
PC14	190,66	765,199	,649	.	,942
PC15	191,25	819,889	-,290	.	,947
PC16	191,45	772,463	,488	.	,943
PC17	191,21	771,289	,709	.	,942
PC18	191,00	755,879	,728	.	,941
PC19	190,64	786,294	,383	.	,944
PC20	190,75	755,495	,775	.	,941
PC21	190,79	767,107	,606	.	,942
PC22	191,40	769,790	,553	.	,942
PC23	191,13	776,876	,511	.	,943
PC24	191,21	805,895	-,090	.	,946
PC25	191,15	763,886	,696	.	,942
PC26	190,64	770,506	,671	.	,942
PC27	191,13	769,270	,600	.	,942
PC28	191,67	776,042	,509	.	,943
PC29	190,96	805,862	-,107	.	,945
PC30	191,25	780,859	,353	.	,944
PC31	191,03	766,393	,624	.	,942
PC32	191,07	776,737	,463	.	,943
PC33	191,07	769,343	,542	.	,943
PC34	191,00	785,152	,366	.	,944
PC35	191,18	773,210	,475	.	,943
PC36	191,16	778,533	,419	.	,943
PC37	190,85	779,886	,408	.	,943
PC38	191,18	783,786	,346	.	,944
PC39	191,43	808,431	-,126	.	,946
PC40	191,15	768,977	,644	.	,942
PC41	190,55	761,039	,679	.	,942
PC42	191,45	763,615	,675	.	,942
PC43	190,61	802,787	-,034	.	,945
PC44	190,21	776,956	,589	.	,943
PC45	190,88	770,804	,637	.	,942
PC46	191,16	767,988	,564	.	,942
PC47	191,13	778,360	,363	.	,944
PC48	190,88	763,107	,607	.	,942
PC49	191,18	770,392	,651	.	,942
PC50	191,49	807,708	-,141	.	,946
PC51	191,03	767,878	,706	.	,942
PC52	191,45	771,948	,505	.	,943
PC53	191,28	787,843	,350	.	,944
PC54	191,01	775,682	,425	.	,943
PC55	191,19	770,522	,560	.	,942
PC56	191,37	769,419	,550	.	,942
PC57	191,31	774,037	,453	.	,943
PC58	190,90	790,580	,344	.	,944
PC59	191,07	786,828	,437	.	,944
PC60	191,07	777,525	,465	.	,943

Tabla 92.

Las Estadísticas de total de elementos de la variable Telemedicina muestran baja correlación en los ítems 9 y10.

Estadísticas de total de elemento variable Telemedicina

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
PT01	31,42	24,671	,417	,447	,753
PT02	31,28	23,812	,531	,408	,741
PT03	31,04	25,377	,448	,608	,752
PT04	31,37	23,692	,610	,568	,735
PT05	31,57	25,886	,266	,399	,767
PT06	31,45	25,463	,358	,348	,758
PT07	31,55	26,130	,261	,340	,767
PT08	31,57	25,219	,396	,434	,755
PT09	31,51	26,557	,182	,299	,775
PT10	31,55	26,312	,216	,325	,771
PT11	31,13	25,997	,298	,504	,763
PT12	31,30	25,000	,449	,467	,751
PT13	31,13	26,906	,228	,238	,768
PT14	31,21	24,107	,590	,515	,738
PT15	31,48	25,193	,378	,357	,757

Los ítems cuyos coeficientes ítem-total arrojan valores menores a 0.35 deben ser desechados o reformulados ya que solo las correlaciones a partir de 0.35 son estadísticamente significativas más allá del nivel del 1%.

3.2 Estadística inferencial

Contrastación de la hipótesis general

H0: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

H1: Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Tabla 93.

Prueba de hipótesis general

			Global CO	Global TL
Rho de Spearman	Global CO	Coeficiente de correlación	1,000	,133
		Sig. (bilateral)	.	,283
		N	67	67
	Global TL	Coeficiente de correlación	,133	1,000
		Sig. (bilateral)	,283	.
		N	67	67

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor < 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor > 0,05 en este caso se acepta el Ho

Tabla 94.

Escala de correlación de Spearman

Escala de correlación de Spearman	
Valor	Significado
-0.7 a 0.99	Correlación negativa alta
-0,4 a 0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a 0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a 0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0.7 a 0.99	Correlación positiva alta

Interpretación

La tabla señala un Coeficiente de Correlación de Spearman correlación no significativa entre las dos variables cultura organizacional y aplicación de Telesalud, estadísticamente no significativa ($Rho= 0,133$); y siendo el valor de $p = 0,283 > 0.05$); se confirma la hipótesis nula en el sentido siguiente: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018, y se rechaza la hipótesis alterna.

Contrastación de hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H0: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

H1: Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Interpretación

La tabla señala un Coeficiente de Correlación de Spearman correlación no significativa entre las dos variables cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud, estadísticamente no significativa ($Rho= 0,133$); y siendo el valor de $p = 0,285 > 0.05$); se confirma la hipótesis nula en el sentido siguiente: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Hipótesis específica 2

H0: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

H1: Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Interpretación

La tabla señala un Coeficiente de Correlación de Spearman correlación no significativa entre las dos variables cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud, estadísticamente no significativa ($Rho= 0,133$); y siendo el valor de $p = 0,285 > 0.01$); se confirma la hipótesis nula en el sentido siguiente: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Hipótesis específica 3

H0: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

H1: Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Interpretación:

La tabla señala un Coeficiente de Correlación de Spearman correlación poco significativa entre las dos variables cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud, estadísticamente poco significativa ($Rho= 0,252$); y siendo el valor de $p = 0,040 < 0.05$); se confirma la hipótesis nula en el sentido siguiente:

existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018

Se realizó un análisis de correlación bivariada de Spearman entre las dimensiones de las dos variables.

Tabla 95.

Tabla Correlaciones de la variable Cultura organizacional y las dimensiones de la variable Telemedicina

		Global_CO	Prestación	Telegestión	Teleinformación
Global_CO	Coeficiente de correlación	1,000	,133	-,020	,252*
	Sig. (bilateral)	.	,285	,875	,040
	N	67	67	67	67
Prestación	Coeficiente de correlación	,133	1,000	,415**	,632**
	Sig. (bilateral)	,285	.	,000	,000
	N	67	67	67	67
Telegestión	Coeficiente de correlación	-,020	,415**	1,000	,340**
	Sig. (bilateral)	,875	,000	.	,005
	N	67	67	67	67
Teleinformación	Coeficiente de correlación	,252*	,632**	,340**	1,000
	Sig. (bilateral)	,040	,000	,005	.
	N	67	67	67	67

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 96.

Correlaciones de la variable aplicación de Telesalud y las dimensiones de la variable cultura organizacional

		Global_TLM	Implicación	Consistencia	Adaptabilidad	Misión
Global_TLM	Correlación	1	,108	,217	,185	,090
	Sig. (bilateral)		,385	,078	,135	,471
	N	67	67	67	67	67
Implicación	Correlación	,108	1	,742**	,676**	,709**
	Sig. (bilateral)	,385		,000	,000	,000
	N	67	67	67	67	67
Consistencia	Correlación	,217	,742**	1	,757**	,755**
	Sig. (bilateral)	,078	,000		,000	,000
	N	67	67	67	67	67
Adaptabilidad	Correlación	,185	,676**	,757**	1	,756**
	Sig. (bilateral)	,135	,000	,000		,000
	N	67	67	67	67	67
Misión	Correlación	,090	,709**	,755**	,756**	1
	Sig. (bilateral)	,471	,000	,000	,000	
	N	67	67	67	67	67

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

IV. Discusión

Según Gloria Restrepo (2015) La selección adecuada de cualquiera de los diferentes ejes de desarrollo de Telesalud a implementar en una organización es un factor de decisión crítico la cual conlleva al éxito o al fracaso. En el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en cuanto a su cultura organizacional las características revelan una relativa igualdad entre los puntajes de cada dimensión esto implica que el perfil de cultura organizacional es relativamente armónico y adecuado para el desarrollo de las actividades de la organización, las dimensiones de adaptabilidad e implicación son de mayor puntaje con una tendencia marcada al desempeño innovador, la dimensión consistencia y la implicación refleja que el desempeño foco interno sea menos fuerte que el foco externo, la significativa correlación con la prioridad de implementación del personal de salud en Teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud refleja el alto grado de conocimiento científico que se quiere compartir mediante las tecnologías emergentes.

Por la complejidad en cuanto a la aplicación de Telesalud, se continúe con la investigación con la incorporación de variables moderadoras o variables intervinientes dentro de la organización como la capacidad tecnológica de las organizaciones, recursos humanos y registros asistenciales digitales (historia clínica) para garantizar la viabilidad de la implementación de Telesalud.

VI. Conclusiones

Primera

Hipótesis general:

No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018, la cultura organizacional solo favorece la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Segunda

Hipótesis específica 1:

No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018. No se encontró una correlación estadísticamente significativa

Tercera

Hipótesis específica 2:

No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de Telegestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018. No se encontró una correlación estadísticamente significativa

Cuarta

Hipótesis específica 3:

Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018. Se acepta esta hipótesis dado que se encontró una ligera correlación estadísticamente significativa

Quinto

Que, las dimensiones implicación, consistencia, adaptabilidad y misión se tiene una relativa igualdad entre sus puntajes que son 2,9300, 3,2260, 3,1900, y 3,1493 indica que el perfil de cultura organizacional del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas es relativamente armónica y equilibrada lo que indica que los cambios que sucedan en su entorno serán percibidos, asimilados y manejados, además existe una predisposición cultural hacia la aplicación de la Telesalud como uso tecnológico.

Sexto

Existe la necesidad clara percibida por los profesionales de la salud en la implementación y uso sostenible del servicio de Telesalud en Teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud en lo referente a capacitación continua a distancia, acceso a base de datos médicos, discusión virtual de casos clínicos e intercambio científico.

VI. Recomendaciones

Primero

Se observa que en la dimensión Tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud, el personal de salud en estudio perciben como alta prioridad la aplicación de los programas de: capacitación continua a distancia, discusión virtual de casos clínicos e intercambio científico y como prioridad media la aplicación de los programas de información en salud, educación en salud a distancia, se recomienda al Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas como Institución doblar esfuerzos para lograr la implementación de la Tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud de los programas de alta prioridad de acuerdo a los planes estratégicos del sector.

Segundo

En cuanto a la percepción de los profesionales de la salud en estudio, en la dimensión de la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina la priorización de su implementación no deja de ser estratégico para los objetivos del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, se recomienda al Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas su aplicación.

Tercero

Realizar el fortalecimiento de la dimensión cultural implicación en las tres subdimensiones Empowerment, orientación del equipo y capacidad de desarrollo.

VII. Referencias

- Ansoff, H. I. (1985). *La estrategia de la empresa*. Barcelona: Orbis.
- Bautista Altamirano, C. H. (s.f.). La Telesalud en el Perú. Diagnostico y Propuestas y mejoras.
- Blanco A., J. D. (28 de Junio de 2015). *DB Calidad, Estrategia, Liderazgo*. Obtenido de DB Calidad, estrategia, Liderazgo Web site: <http://dbcalidad.blogspot.com/2015/06/el-modelo-de-la-cultura-empresarial-de.html>
- Bonavia, T., Prado, V. J., y Barberá, D. (2009). Adaptación al castellano y estructura factorial del Denison Organizational Culture Survey. *Psicothema* , 21 (4), 633-638.
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento organizacional la dinámica del éxito en las organizaciones*. México: MacGrawHill.
- Comision nacional de Telesanidad. (2005). Plan nacional de telesalud. Lima, Lima, Perú.
- Curioso, W. H. (2015). La Telesalud y las nuevas fronteras de la informática. 217-220.
- Deal, T. E., y Kennedy, A. A. (1982). *Corporate Cultures: the rites and rituals of corporate life*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company.
- Denison, D. R. (1990). *Corporate culture and organizational effectiveness*. New York: John Wiley and Sons.
- Denison, D. R., & Neale, W. S. (2000). *Denison Organizational Culture Survey*. Ann Arbor: Denison Consulting, LLC.
- Denison, D. R., Haaland, S., y Goelzer, P. (2003). Corporate culture and organizational effectiveness: is there a similar pattern around the world? (E. G. Limited, Ed.) *Advances in Global Leadership* , 205-227.
- Denison, D., y Neale, W. (s.f.). Denison Organizational Culture Facilitator Guide. W. Washington Suite 200 Ann Arbor, MI 48104: Denison Consulting, LLC.
- Fillmore, W. J. (1990). *A Pragmatic Framework for Understanding and Managing Corporate Culture*. (5.-1. Dissertation Abstracts International, Ed.) Cincinnati: The Union Institute.

- Garcia, E. (2012). Los factores organizacionales y del entorno como moderadores de la relacion entre innovacion y desempeño empresarial: diferencias entre pequeñas y grandes empresas. Salamanca, España.
- García, s., y L., D. S. (2003). *La dirección por valores*. Madrid: S.A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- Gaviria, A. L., Zuluaga, E. F., y Joves, M. (2011). Caracterizacion de la creatividad organizacional de la gobernacion de Caldas. Manizales, Colombia.
- Gillespie, M. A., Denison, D. R., Ryan Smerek, S. H., y Neale, W. S. (2008). Linking organizational culture and customer satisfaction: Results from two companies in different industries. *European Journal of Work and Organizational Psychology* , 17, 112-132.
- Gomez-Díaz, C., y Rodriguez, J. K. (2001). Teorías de la cultura organizacional. *ResearchGate* .
- Handy, C. B. (1995). *Gods of Management*. Conwy: Arrow.
- Handy, C. B. (1976). *Understanding Organizations*. Oxford: Oxford University Press.
- Harrison, R. (1972). Understanding your organisation's character. *Harvard Business Review* , 119-129.
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ta. edición ed.). México D. F., Mexico: MCGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Ho, K., Novak , H. L., Cordeiro, J., Novak Lauscher, H., y Scott, R. (2012). *Technology Enabled Knowledge Translation for eHealth: Principles and Practice*. London: Springer New York, Heidelberg Dordrecht London.
- Hofstede, G. (1998). *Masculinity and femininity : the taboo dimension of national cultures*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Hofstede, G. (1980 a). Motivation, leadership, and organization: Do American theories apply abroad? *Organizational Dynamics* , 42-63.
- Hofstede, G., Hofstede, G., y Minkov, M. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind* , vol. 2. Londres: McGraw-Hill.

- Martínez R., P. J., Montoya A., B. E., y Marquez M., S. I. (01 de Diciembre de 2010). *Diagnóstico de la cultura organizacional como un elemento clave de la mejora organizacional: dos casos de aplicación en Chihuahua*. Obtenido de Academia de Ciencias Administrativas A.C. (ACACIA) web site: http://acacia.org.mx/busqueda/pdf/12_03_cultura_organizacional.pdf
- Ministerio de Salud. (- de Agosto de 2014). Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector Salud, Perú-2013. Lima, Lima, Perú: Serie bibliográfica Recursos humanos en salud N° 16.
- Ministerio de Salud. (7 de Marzo de 2017). Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2017-2019. *Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2017-2019* , 168. Lima, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. (24 de MAYO de 2008). Resolución Ministerial N° 365-2008/minsa. *norma tecnica de Salud en Telesalud* . Lima, Lima, Peru: MINSA.
- Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. (2016). *Marco de Implementacion de un Servicio de Telemedicina*. Washington, D.C.: David Novillo-Ortiz.
- Ostos, J. (2010). *Efecto mediador de la innovacion organizacional en la relacion entre el entorno y el desempeño organizacional en empresas de servicio*. España.
- Ouchi, W. G., y L., W. A. (1985). Organizational Culture. *Annual Reviews of Sociology* , II, 457-483.
- Peters, T. J., y Waterman Jr., R. H. (1986). *En busca de la excelencia*. Barcelona: Folio.
- Roig, F., y Saigi, F. (2009). Dificultades para incorporar la telemedicina en las organizaciones sanitarias: perspectivas analíticas. *Gac Sanit* , 147.e1-147.e4.
- Rubio, F. A. (Julio de 2009). La estructura organizacional en centros de investigacion, desarrollo e innovacion; una aproximacion a la experiencia internacional. Santiago de Queretaro, Queretaro, Mexico.

- Santana, F. (Julio de 2013). Como desarrollar una cultura organizacional que favorezca la innovacion. Santiago, Chile.
- Schein, E. H. (1988). *La Cultura Empresarial y el Liderazgo*. (C. Palma, Trad.) Barcelona: Plaza & Janes Editores S.A.
- Tarapuez, E. (2016). Las dimensiones culturales de Geert Hofstede y la intención emprendedora en estudiantes universitarios del departamento del Quindío (Colombia). *Pensamiento & Gestión* (41), 60-90.
- Tanner, A. G. (1984). *The art of japanese management*. Londres: Penguin Books.
- Universidad de Valencia, Ingenio (CSIC-UPV), Ciudad Politecnica de la Innovacion, España. (2010). Adaptacion al español del instrumento sobre cultura organizacional de Denison. *SUMMA Psicologica UST* , 15-32.
- Waterman Jr., R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not Organization. *Business Horizons* , 14-26.
- World Health Organization. (2010). *Global Observatory for eHealth Series v.2*. Geneva: WHO.
- Yamakawa, P., y Ostos, J. (2013). Influencia del entorno en la innovación organizacional en empresas de servicio en Perú. *RBGN* , 582-600.

Anexos

Anexo 1. Revista científica

ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018
Organizational culture and the application of Telehealth in the National Institute of Neurological Sciences, Lima 2018

Autor: Wilmer Miguel Huangal Espinal

miguel_w425@hotmail.com

Escuela de Postgrado

Universidad César Vallejo Filial Lima

Resumem

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018 especialmente las relaciones que existe entre la cultura organizacional y las diferentes dimensiones de la aplicación de Telesalud como los servicios de prestaciones de salud (telemedicina), tele gestión de los servicios de salud y Tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud, por las razones que, se está relacionando todas las aplicaciones posibles en Telesalud que si los pudiera tener un hospital general de categoría Nivel III ya que cuenta con la mayoría de las especialidades, como el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas cuya categorización es el de Nivel III 2 en la especialidad de Neurología clínica y Neurociugía por lo tanto es limitante contar con todas las aplicaciones de Telesalud, la necesidad de determinar el tipo de aplicación de

Telesalud, implementación y uso es determinado exclusivamente por los profesionales de salud del Instituto.

El resultado de la investigación arroja que existe relación no significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018, encontrando sin embargo Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Palabras clave: Telesalud, cultura organizacional.

Abstract

The objective of this research work is to determine the relationship between the organizational culture and the application of Telehealth in the National Institute of Neurological Sciences, Lima 2018 especially the relationships that exist between the organizational culture and the different dimensions of the Telehealth application as the services of health services (telemedicine), tele management of health services and tele-information, education and communication to the population and health personnel, for the reasons that, all the possible applications in Telehealth are being related that could have them a general hospital of Level III category since it has most of the specialties, such as the National Institute of Neurological Sciences whose categorization is Level III 2 in the specialty of Clinical Neurology and Neurosurgery, therefore it is limiting to have all the applications of Telehealth, the need to determine the type of ap Telehealth, implementation and use is determined exclusively by the health professionals of the Institute.

The result of the investigation showed that there is no significant relationship between the organizational culture and the application of Telehealth at the National Institute of Neurological Sciences, Lima 2018, but there is a significant relationship between the organizational culture and the dimension of tele-information, education and communication to the population and health personnel in the application of telehealth at the National Institute of Neurological Sciences, Lima 2018.

Keywords: Telehealth, organizational culture.

Introducción

Es sin duda la Telesalud una de las innovaciones más grandes realizadas en salud, no solo en el uso de las nuevas tecnologías de la información sino más bien en la integración social y cultural de los usuarios de salud, la telemedicina a pesar de su temprano inicio a partir de 1956 a la fecha en las sociedades occidentales con sistemas altamente tecnificados y con esfuerzos permanentes de gasto sanitario no ha tenido la expectativa esperada, los proyectos de telemedicina será el resultado de la interacción de la tecnología y el entorno en que se aplica (Roig & Saigi, 2009), nuestra normativa nacional para la aplicación de la Telesalud tiene una vigencia de más de una década y los resultados es muy poco para la cantidad de uso que se podría dar para llegar a más usuarios de salud a nivel nacional, existe más probabilidades de fracaso en la implementación de la Telesalud que la viabilidad y sostenibilidad del proyecto. El Ministerio de Salud dentro de la modernización del estado peruano presenta la nueva política de salud 2018-2020 que contiene cuatro pilares fundamentales que son: 1) Gestión eficiente en el sistema de salud, 2) Cobertura y calidad de los servicios de salud, 3) Revaloración del personal de salud y 4) Infraestructura moderna e interconectada, el objetivos estratégico institucional OEI.03: Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud hace referencia a Telesalud con la acción AEI.03.03 Implementación de los procesos vinculados a Telesalud.

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) es una Unidad Ejecutora perteneciente al Ministerio de Salud y dependiente administrativamente de la Dirección General de Operaciones en Salud del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud (Decreto Supremo N° 008-2017 MINSA).

El Instituto es una Institución de Nivel III-2, encargado de brindar atención especializada y subespecializada en el campo de la neurología y la neurocirugía, desarrollando rectoría, docencia e investigación a nivel nacional contribuye en forma óptima a los logros de los objetivos provistos por el Ministerio de Salud, en cuanto a la aplicación de Telesalud el Instituto Nacional de Ciencia Neurológicas

debe integrarse a corto plazo como actor principal en el desarrollo del Plan Nacional de Telesalud, a la globalización eSalud proponiendo la integración de profesionales de la salud neurológica en forma global a nivel nacional y regional y lo más importante que el uso de la información tecnológica globalizada sea en forma sostenible en el tiempo.

Tomando en cuenta la complejidad que implica el uso de telesalud es necesario se tiene analizar en forma holística para obtener una innovación organizacional que pueda sostener una implementación tecnológica a futuro. Para ello nuestro entorno organizacional, cultura organizacional, clima organizacional, recursos humanos, infraestructura, tecnología de la información etc. deben ser las idóneas para la implementación y uso sostenible de una herramienta tecnológica, por ello es fundamental que los servidores del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas tengan una cultura organizacional equilibrada y fuerte para que se adopten al uso de nuevas tecnologías de la Información como un desarrollo sostenible y no como una barrera.

Ante las necesidades que tiene el Perú como país heterogéneo y con dificultad de accesibilidad geográfica, es necesario que se desarrollen estrategias y mecanismos en todos los niveles organizacionales a fin de mejorar el acceso. Para ello se requiere que se comparta el conocimiento sobre las mejores formas de facilitar el acceso y para la provisión de servicios considerando los aspectos de interculturalidad, equidad de género y el uso de tecnologías diversas que innoven la organización y gestión de los servicios de salud y la provisión de atenciones y cuidados de salud (Ministerio de Salud, 2017), en cuanto a recursos humanos del Ministerio de Salud existen a nivel nacional 133 médicos especialistas en neurología, 100 médicos especialistas en neurocirugía de los cuales 78 neurólogos y 66 neurocirujanos se encuentran laborando en la ciudad de Lima Metropolitana (Ministerio de Salud, 2014), observando que la mayor concentración de médicos especialistas en neurología y neurocirugía se da en la ciudad de Lima.

Las soluciones que ofrece las tecnologías de información y telecomunicaciones por medio de Telesalud en la actualidad son tan diversas que se hace muy necesario e importante según (Organización Panamericana de la

Salud, Organización Mundial de la Salud, 2016) proveer de información para la toma de decisiones sobre la priorización y selección de programa, aplicación o servicio de Telesalud.

Por lo señalado para el cumplimiento de sus funciones misionales y visionales, por la escasez de especialistas neurólogos y neurocirujanos al interior del país, la distancia de los centros de atención primaria a los centros de atención de nivel II y III es considerable teniendo en cuenta nuestra agreste geografía, existe la factibilidad de implementar el servicio de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, acogiéndose a los principios de universalidad en acceso a la salud, equidad, eficiencia, calidad, descentralización y desarrollo social (Comisión Nacional de Telesanidad, 2005) .

Metodología

Diseño de la investigación es de tipo cualitativo no experimental según Hernandez, Fernandez Y Baptista (2014, p. 152) la Investigación no experimental son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos, es decir, la investigación no varía de manera intencional la variable cultura organizacional para observar su comportamiento de la variable aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Es transversal por su característica de recolección de datos realizados en un solo momento (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 127), y de tipo correlacional estudiándose básicamente la relación existente entre las dos variables establecidas (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014, p. 163).

Para la presente investigación se utilizó el método de muestreo probabilístico aleatorio simple porque se seleccionó al azar los casos con el propósito de conocer la percepción de los 112 profesionales de la salud subespecialistas.

$$\frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N = tamaño de la población = 112 profesionales

Z = nivel de confianza = 1.96

p = probabilidad de éxito o proporción esperada = 50%

q = probabilidad de fracaso = 50%

d = error máximo admisible en términos de proporción = 5%

n = 67 profesionales

Criterios de exclusión

Se consideró como criterios de exclusión:

Servidores del área administrativa

Servidores no profesionales del área asistencial

Criterios de Inclusión

Se consideró como criterios de inclusión:

Ambos sexos.

Instrumento: Cuestionario propuesto por Denison y colaboradores, denominado (Denison y Neale, 2000) adaptado al español en julio 2010, que consta de 60 ítems, 5 ítems para cada una de las 12 subescalas, 3 subescalas para 4 dimensiones o rasgos culturales, cada ítem está codificado en una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1=completamente en desacuerdo hasta 5=completamente de acuerdo). La validez y fiabilidad del instrumento se han demostrado satisfactoriamente. El instrumento ha sido aplicado a una gran cantidad de organizaciones de diferentes países del mundo (Bonavia, Prado Gasco, y Barberá Tomás, 2009).

Instrumento: Cuestionario elaborado por el investigador que contiene 15 ítems, de los cuales los ítems 1-6 corresponde a la dimensión 1 servicios prestaciones de salud, los ítems 7-9 corresponde a la dimensión 2 tele gestión de los servicios de salud y los ítems 10-15 corresponde a la dimensión 3 Tele información, educación

y comunicación a la población y personal de salud, cada ítems está codificado en una escala tipo Likert de tres puntos (desde 1= desacuerdo hasta 3=de acuerdo), La validez y fiabilidad del instrumento se han demostrado satisfactoriamente.

Resultados

El alpha de Cronbach del cuestionario para medir la variable cultura organizacional es 0.943 la cual indica una adecuada consistencia interna para el cuestionario empleado.

El alpha de Cronbach del cuestionario para medir la variable aplicación de Telesalud es de 0.774 donde indica una adecuada consistencia interna para el cuestionario empleado.

Hipótesis general

H0: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

H1: Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Tabla 97.

Prueba de hipótesis general

			Global CO	Global TL
Rho de Spearman	Global CO	Coeficiente de correlación	1,000	,133
		Sig. (bilateral)	.	,283
		N	67	67
	Global TL	Coeficiente de correlación	,133	1,000
		Sig. (bilateral)	,283	.
		N	67	67

Nivel de significancia = 0,05

La tabla señala un Coeficiente de Correlación de Spearman correlación no significativa entre las dos variables cultura organizacional y aplicación de Telesalud, estadísticamente no significativa (Rho= 0,133); y siendo el valor de $p = 0,283 > 0.05$); se confirma la hipótesis nula en el sentido siguiente: No existe relación

significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018, y se rechaza la hipótesis alterna.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

La tabla señala un Coeficiente de Correlación de Spearman correlación no significativa entre las dos variables cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud, estadísticamente no significativa ($Rho= 0,133$); y siendo el valor de $p = 0,285 > 0.05$); se confirma la hipótesis nula en el sentido siguiente: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Hipótesis específica 2

La tabla señala un Coeficiente de Correlación de Spearman correlación no significativa entre las dos variables cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud, estadísticamente no significativa ($Rho= 0,133$); y siendo el valor de $p = 0,285 > 0.01$); se confirma la hipótesis nula en el sentido siguiente: No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.

Hipótesis específica 3

La tabla señala un Coeficiente de Correlación de Spearman correlación poco significativa entre las dos variables cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud, estadísticamente poco significativa ($Rho= 0,252$); y siendo el valor de $p = 0,040 < 0.05$); se confirma la hipótesis nula en el sentido siguiente: existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la

aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima
2018

Tabla 98.

Tabla Correlaciones de la variable Cultura organizacional y las dimensiones de la variable Telemedicina

		Global CO	Prestación	Telegestión	Teleinformación
Global_CO	Coeficiente de correlación	1,000	,133	-,020	,252*
	Sig. (bilateral)	.	,285	,875	,040
	N	67	67	67	67
Prestación	Coeficiente de correlación	,133	1,000	,415**	,632**
	Sig. (bilateral)	,285	.	,000	,000
	N	67	67	67	67
Telegestión	Coeficiente de correlación	-,020	,415**	1,000	,340**
	Sig. (bilateral)	,875	,000	.	,005
	N	67	67	67	67
Teleinforma	Coeficiente de correlación	,252*	,632**	,340**	1,000
	Sig. (bilateral)	,040	,000	,005	.
	N	67	67	67	67

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 99.

Correlaciones de la variable aplicación de Telesalud y las dimensiones de la variable cultura organizacional

		Global TLM	Implicación	Consistencia	Adaptabilida	Misión
Global_TLM	Correlación	1	,108	,217	,185	,090
	Sig. (bilateral)		,385	,078	,135	,471
	N	67	67	67	67	67
Implicación	Correlación	,108	1	,742**	,676**	,709**
	Sig. (bilatera	,385		,000	,000	,000
	N	67	67	67	67	67
Consistencia	Correlación	,217	,742**	1	,757**	,755**
	Sig. (bilatera	,078	,000		,000	,000
	N	67	67	67	67	67
Adaptabilida	Correlación	,185	,676**	,757**	1	,756**
	Sig. (bilatera	,135	,000	,000		,000
	N	67	67	67	67	67
Misión	Correlación	,090	,709**	,755**	,756**	1
	Sig. (bilatera	,471	,000	,000	,000	
	N	67	67	67	67	67

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Discusión

Según Gloria Restrepo (2015) La selección adecuada de cualquiera de los diferentes ejes de desarrollo de Telesalud a implementar en una organización es un factor de decisión crítico la cual conlleva al éxito o al fracaso. En el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en cuanto a su cultura organizacional las características revelan una relativa igualdad entre los puntajes de cada dimensión esto implica que el perfil de cultura organizacional es relativamente armónico y adecuado para el desarrollo de las actividades de la organización, las dimensiones de adaptabilidad e implicación son de mayor puntaje con una tendencia marcada al desempeño innovador, la dimensión consistencia y la implicación refleja que el desempeño foco interno sea menos fuerte que el foco externo, la significativa correlación con la prioridad de implementación del personal de salud en Tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud refleja el alto grado de conocimiento científico que se quiere compartir mediante las tecnologías emergentes.

Por la complejidad en cuanto a la aplicación de Telesalud, se continúe con la investigación con la incorporación de variables moderadoras o variables intervinientes dentro de la organización como la capacidad tecnológica de las organizaciones, recursos humanos y registros asistenciales digitales (historia clínica) para garantizar la viabilidad de la implementación de Telesalud.

Conclusiones

1. Primera

Hipótesis general:

No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018, la cultura organizacional solo favorece la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

2. Segunda

Hipótesis específica 1:

No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018. No se encontró una correlación estadísticamente significativa

3. Tercera

Hipótesis específica 2:

No existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de Telegestión de los servicios de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018. No se encontró una correlación estadísticamente significativa

4. Cuarta

Hipótesis específica 3:

Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de Telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018. Se acepta esta hipótesis dado que se encontró una ligera correlación estadísticamente significativa

5. Quinto

Que, las dimensiones implicación, consistencia, adaptabilidad y misión se tiene una relativa igualdad entre sus puntajes que son 2,9300, 3,2260, 3,1900, y 3,1493 indica que el perfil de cultura organizacional del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas es relativamente armónica y equilibrada lo que indica que los cambios que sucedan en su entorno serán percibidos, asimilados y manejados, además existe una predisposición cultural hacia la aplicación de la Telesalud como uso tecnológico.

6. Sexto

Existe la necesidad clara percibida por los profesionales de la salud en la implementación y uso sostenible del servicio de Telesalud en Teleinformación, educación y comunicación a la población y personal de salud en lo referente a capacitación continua a distancia, acceso a base de datos médicos, discusión virtual de casos clínicos e intercambio científico.

Referencias

- Ansoff, H. I. (1985). *La estrategia de la empresa*. Barcelona: Orbis.
- Bautista Altamirano, C. H. (s.f.). La Telesalud en el Peru. Diagnostico y Propuestas y mejoras.
- Blanco A., J. D. (28 de Junio de 2015). *DB Calidad, Estrategia, Liderazgo*. Obtenido de DB Calidad, estrategia, Liderazgo Web site: <http://dbcalidad.blogspot.com/2015/06/el-modelo-de-la-cultura-empresarial-de.html>
- Bonavia, T., Prado, V. J., y Barberá, D. (2009). Adaptación al castellano y estructura factorial del Denison Organizational Culture Survey. *Psicothema* , 21 (4), 633-638.
- Chiavenato, I. (2009). *Comportamiento organizacional la dinámica del éxito en las organizaciones*. México: MacGrawHill.
- Comision nacional de Telesanidad. (2005). Plan nacional de telesalud. Lima, Lima, Perú.
- Curioso, W. H. (2015). La Telesalud y las nuevas fronteras de la informática. 217-220.
- Deal, T. E., y Kennedy, A. A. (1982). *Corporate Cultures: the rites and rituals of corporate life*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company.
- Denison, D. R. (1990). *Corporate culture and organizational effectiveness*. New York: John Wiley and Sons.
- Denison, D. R., & Neale, W. S. (2000). *Denison Organizational Culture Survey*. Ann Arbor: Denison Consulting, LLC.
- Denison, D. R., Haaland, S., y Goelzer, P. (2003). Corporate culture and organizational effectiveness: is there a similar pattern around the world? (E. G. Limited, Ed.) *Advances in Global Leadership* , 205-227.
- Denison, D., y Neale, W. (s.f.). Denison Organizational Culture Facilitator Guide. W. Washington Suite 200 Ann Arbor, MI 48104: Denison Consulting, LLC.

- Fillmore, W. J. (1990). *A Pragmatic Framework for Understanding and Managing Corporate Culture*. (5.-1. Dissertation Abstracts International, Ed.) Cincinnati: The Union Institute.
- Garcia, E. (2012). Los factores organizacionales y del entorno como moderadores de la relacion entre innovacion y desempeño empresarial: diferencias entre pequeñas y grandes empresas. Salamanca, España.
- García, s., y L., D. S. (2003). *La dirección por valores*. Madrid: S.A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- Gaviria, A. L., Zuluaga, E. F., y Joves, M. (2011). Caracterizacion de la creatividad organizacional de la gobernacion de Caldas. Manizales, Colombia.
- Gillespie, M. A., Denison, D. R., Ryan Smerek, S. H., y Neale, W. S. (2008). Linking organizational culture and customer satisfaction: Results from two companies in different industries. *European Journal of Work and Organizational Psychology* , 17, 112-132.
- Gomez-Díaz, C., y Rodriguez, J. K. (2001). Teorías de la cultura organizacional. *ResearchGate* .
- Handy, C. B. (1995). *Gods of Management*. Conwy: Arrow.
- Handy, C. B. (1976). *Understanding Organizations*. Oxford: Oxford University Press.
- Harrison, R. (1972). Understanding your organisation's character. *Harvard Business Review* , 119-129.
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ta. edición ed.). México D. F., Mexico: MCGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Ho, K., Novak , H. L., Cordeiro, J., Novak Lauscher, H., y Scott, R. (2012). *Technology Enabled Knowledge Translation for eHealth: Principles and Practice*. London: Springer New York, Heidelberg Dordrecht London.
- Hofstede, G. (1998). *Masculinity and femininity : the taboo dimension of national cultures*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Hofstede, G. (1980 a). Motivation, leadership, and organization: Do American theories apply abroad? *Organizational Dynamics* , 42-63.

- Hofstede, G., Hofstede, G., y Minkov, M. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*, vol. 2. Londres: McGraw-Hill.
- Martínez R., P. J., Montoya A., B. E., y Marquez M., S. I. (01 de Diciembre de 2010). *Diagnóstico de la cultura organizacional como un elemento clave de la mejora organizacional: dos casos de aplicación en Chihuahua*. Obtenido de Academia de Ciencias Administrativas A.C. (ACACIA) web site: http://acacia.org.mx/busqueda/pdf/12_03_cultura_organizacional.pdf
- Ministerio de Salud. (- de Agosto de 2014). Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector Salud, Perú-2013. Lima, Lima, Perú: Serie bibliográfica Recursos humanos en salud N° 16.
- Ministerio de Salud. (7 de Marzo de 2017). Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2017-2019. *Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2017-2019*, 168. Lima, Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. (24 de MAYO de 2008). Resolución Ministerial N° 365-2008/minsa. *norma tecnica de Salud en Telesalud*. Lima, Lima, Peru: MINSA.
- Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. (2016). *Marco de Implementacion de un Servicio de Telemedicina*. Washington, D.C.: David Novillo-Ortiz.
- Ostos, J. (2010). *Efecto mediador de la innovacion organizacional en la relacion entre el entorno y el desempeño organizacional en empresas de servicio*. España.
- Ouchi, W. G., y L., W. A. (1985). Organizational Culture. *Annual Reviews of Sociology*, II, 457-483.
- Peters, T. J., y Waterman Jr., R. H. (1986). *En busca de la excelencia*. Barcelona: Folio.
- Roig, F., y Saigi, F. (2009). Dificultades para incorporar la telemedicina en las organizaciones sanitarias: perspectivas analíticas. *Gac Sanit*, 147.e1-147.e4.

- Rubio, F. A. (Julio de 2009). La estructura organizacional en centros de investigacion, desarrollo e innovacion; una aproximacion a la experiencia internacional. Santiago de Queretaro, Queretaro, Mexico.
- Santana, F. (Julio de 2013). Como desarrollar una cultura organizacional que favorezca la innovacion. Santiago, Chile.
- Schein, E. H. (1988). *La Cultura Empresarial y el Liderazgo*. (C. Palma, Trad.) Barcelona: Plaza & Janes Editores S.A.
- Tarapuez, E. (2016). Las dimensiones culturales de Geert Hofstede y la intención emprendedora en estudiantes universitarios del departamento del Quindío (Colombia). *Pensamiento & Gestión* (41), 60-90.
- Tanner, A. G. (1984). *The art of japanese management*. Londres: Penguin Books.
- Universidad de Valencia, Ingenio (CSIC-UPV), Ciudad Politecnica de la Innovacion, España. (2010). Adaptacion al español del instrumento sobre cultura organizacional de Denison. *SUMMA Psicologica UST* , 15-32.
- Waterman Jr., R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not Organization. *Business Horizons* , 14-26.
- World Health Organization. (2010). *Global Observatory for eHealth Series v.2*. Geneva: WHO.
- Yamakawa, P., y Ostos, J. (2013). Influencia del entorno en la innovación organizacional en empresas de servicio en Perú. *RBGN* , 582-600.

Anexo 2. Matriz de consistencia

Matriz de consistencia lógica								
Título: Cultura organizacional y aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018								
Autor: Bach. Valdivia Carrasco, Carlos Francisco								
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores					
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la relación entre cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>-Problema específico 1:</p> <p>¿Cuál es la relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018?</p> <p>-Problema específico 2:</p> <p>¿Cuál es la relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación que existe entre la cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>-Objetivo específico 1:</p> <p>Determinar la relación que existe entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.</p> <p>-Objetivo específico 2:</p> <p>Determinar la relación que existe entre la cultura y la dimensión tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.</p> <p>-Objetivo específico 3:</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>-Hipótesis específica 1:</p> <p>Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de los servicios de prestaciones de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.</p> <p>-Hipótesis específica 2:</p> <p>Existe relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele gestión de los servicios de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.</p> <p>-Hipótesis específica 3:</p> <p>Existe relación significativa entre la cultura organizacional y</p>	Variable 1: Cultura organizacional					
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos	Categorías
			<p>1. Implicación</p> <p>2. Consistencia</p> <p>3. Adaptabilidad</p> <p>4. Misión</p>	<p>1.1 Involucramiento (Empowerment)</p> <p>1.2 Trabajo en equipo.</p> <p>1.3 Desarrollo de capacidades</p> <p>2.1 Valores centrales.</p> <p>2.2 Acuerdo.</p> <p>2.3 Coordinación e integración.</p> <p>3.1 Orientación al cambio</p> <p>3.2 Orientación al cliente</p> <p>3.3 Aprendizaje organizativo</p> <p>4.1 Dirección y propósitos estratégicos</p> <p>4.2 Metas y objetivos</p> <p>4.3 Visión</p>	<p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p> <p>5 Ítems</p>	<p>Completamente en desacuerdo</p> <p>Poco de acuerdo</p> <p>Ni de acuerdo ni desacuerdo</p> <p>Muy de acuerdo</p> <p>Completamente de acuerdo</p>	<p>Completamente en desacuerdo =1</p> <p>Poco de acuerdo =2</p> <p>Ni de acuerdo ni desacuerdo =3</p> <p>Muy de acuerdo =4</p> <p>Completamente de acuerdo =5</p>	$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n X_i$

<p>-Problema específico 3: ¿Cuál es la relación significativa entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la cultura organizacional y la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.</p>	<p>la dimensión de tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud en la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018.</p> <p>- Hipótesis específica 4: La dimensión misión, facilita la viabilidad de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2017.</p>	Variable 2: Telemedicina					
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos	Categorías
			<p>1. Servicios prestaciones de salud.</p> <p>2. Tele gestión de los servicios de salud.</p> <p>3. Tele información, educación y comunicación a la población y personal de salud-</p>	<p>1.1 Tele consulta médica.</p> <p>2.1 Solicitud de servicio administrativo.</p> <p>3.1 Formación continua de los profesionales de salud y comunicación al personal de salud y a la población</p>	<p>6 Ítems</p> <p>3 Ítems</p> <p>6 Ítems</p>	<p>Prioridad baja</p> <p>Prioridad media</p> <p>Prioridad alta</p>	<p>Prioridad baja=1</p> <p>Prioridad media=2</p> <p>Prioridad alta=3</p>	<p>Necesidad baja [5;18.5 ></p> <p>Necesidad media [18.5;32 ></p> <p>Necesidad alta [32;45.5 ></p>
Diseño Metodológico de la investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Validez y confiabilidad	Métodos Estadísticos descriptivos e inferenciales				
<p>Tipo: Cualitativo</p> <p>Diseño: No experimental, transversal Es teórico básico de nivel descriptivo correlacional</p> <p>Método: Hipotético deductivo</p>	<p>Población: Profesionales de la salud subespecialistas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en el período comprendido entre abril 2018 Total=112</p> <p>Tipo de muestreo: aleatorio simple</p> <p>Tamaño de muestra: Profesionales de la salud subespecialistas Total =67</p>	<p>Variable 1: Cultura organizacional Técnicas: encuesta Instrumentos: cuestionario estructurado Autor: Denison Organizational Culture Survey (Denison y Neale, 1994, 2000) Año: 2010 Aplicación: Mayo de 2018 Ámbito de Aplicación: Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Forma de Administración: Directa</p> <p>Variable 2: Aplicación telesalud Técnicas: encuesta Instrumentos: cuestionario estructurado Norma Técnica de Salud en Telesalud (NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01) Autor: Propio Año: 2018 Aplicación: Mayo de 2018 Ámbito de Aplicación: Profesionales de la salud subespecialistas Forma de Administración: Directa</p>	<p>Instrumento 1: Confiabilidad: se ha realizado la medida con el test Alfa de Cronbach Validez: 0,943</p> <p>Instrumento 2: Confiabilidad: se ha realizado la medida con el test Alfa de Cronbach Validez: 0,774 De contenido, juicio de Experto</p>	<p>DESCRIPTIVA: Estadística descriptiva en escala ordinal</p> <p>INFERENCIAL: Correlacional de Spearman</p>				

Anexo 3. Instrumentos

Cuestionario para medir cultura organizacional (Universidad de Valencia, Ingenio (CSIC-UPV), Ciudad Politecnica de la Innovacion, España, 2010)

El siguiente cuestionario consta de 60 ítems, 12 subescalas para 4 dimensiones o rasgos culturales, cada ítems esta codificado en una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1=completamente en desacuerdo hasta 5=completamente de acuerdo).

Involucramiento: Considera tres subdimensiones: a) Facultamiento (Empowerment) el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 1-pregunta 5), b) Orientación del equipo, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 6-pregunta 10) y c) Capacidad de desarrollo, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 11-pregunta 15).

Consistencia: Considera tres subdimensiones: a) Valores básicos, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 16-pregunta 20), b) Acuerdos, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 21-pregunta 25), y c) Coordinación / integración, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 26-pregunta 30).

Adaptabilidad: Considera tres subdimensiones: a) Orientación al cambio, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 31-pregunta 35), b) Orientación al cliente, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 36-pregunta 40), y c) Aprendizaje organizacional, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 41-pregunta 45).

Misión: Considera tres subdimensiones: a) Dirección estratégica, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 46-pregunta 50), b) Metas / objetivos, el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 51-pregunta 55) y c) Visión el número de preguntas que contiene a este índice son 5 (pregunta 56-pregunta 60).

Instrucciones:

Lea con mucha atención cada una de los ítems y las opciones de las repuestas que le siguen. Para cada ítem marque solo una respuesta con una equis (x) en la letra que considere que se aproxime más a su realidad.

TED Totalmente en desacuerdo, ED En desacuerdo, NDNED Ni de acuerdo ni en desacuerdo, DA De acuerdo, TDA Totalmente de acuerdo	TED	ED	NDNED	DA	TDA
1° La mayoría de los miembros de este grupo están bien comprometidos con su trabajo.					
2° Las decisiones con frecuencia se toman en el nivel que dispone de la mejor información.					
3° La información se comparte ampliamente y se puede conseguir la información que se necesita.					
4° Cada miembro cree que puede tener un impacto positivo en el grupo.					
5° La planificación de nuestro trabajo es continua e implica a todos en algún grado.					
6° Se fomenta activamente la cooperación entre los diferentes grupos de esta organización.					
7° Trabajar en este grupo es como formar parte de un equipo.					
8° Acostumbramos a realizar las tareas en equipos, en vez de descargar el peso en la Dirección.					
9° Los grupos y no los individuos son los principales pilares de organización.					
10° El trabajo se organiza de modo que cada persona entienda la relación entre su trabajo y objetivos de la organización.					
11° La autoridad se delega de modo que las personas puedan actuar por sí.					
12° Las capacidades del pro-líder (los futuros líderes del grupo) se mejoran constantemente.					
13° Este grupo invierte continuamente en el desarrollo de las capacidades de los miembros.					
14° La capacidad de las personas es vista como una fuente importante de ventaja competitiva.					
15° A menudo surgen problemas porque no disponemos de las habilidades necesarias para hacer el trabajo.					
16° Los líderes y directores practican lo que pregonan.					
17° Existe un estilo de dirección característico.					
18° Existe un conjunto de valores claro y consistente que rige la forma en que nos conducimos.					
19° Ignorar los valores esenciales de este grupo te ocasionará problemas.					
20° Existen un código ético que guía nuestro comportamiento y nos ayuda a distinguir lo correcto.					
21° Cuando existen desacuerdos, trabajamos intensamente para encontrar soluciones donde todos ganen.					
22° Este grupo tiene una cultura "fuerte".					
23° Nos resulta fácil lograr el consenso, aún en temas difíciles.					
24° A menudo tenemos dificultades para alcanzar acuerdos difíciles.					
25° Existe un claro acuerdo acerca de la forma correcta e incorrecta de hacer las cosas.					
26° Nuestra manera de trabajar es consistente y predecible.					
27° Las personas de diferentes grupos de esta organización tienen una perspectiva común.					
28° Es sencillo coordinar proyectos entre los diferentes grupos de esta organización.					
29° Trabajar con alguien de otro grupo de esta organización es como trabajar con alguien de otra organización.					
30° Existe una buena alineación de objetivos entre los diferentes niveles jerárquicos.					
31° La forma que tenemos de hacer las cosas es flexible y fácil realizar.					
33° Adoptamos continuamente nuevas y mejores formas de hacer.					

34° Los intentos de realizar cambios suelen encontrar resistencias.					
35° Los diferentes grupos de esta organización cooperan a menudo para introducir cambios.					
36° Los comentarios y recomendaciones de nuestros clientes conducen a menudo a introducir cambios.					
37° La información sobre nuestros clientes influye en nuestras decisiones.					
38° Todos tenemos una comprensión profunda de los deseos y necesidades de nuestro entorno.					
39° Nuestras decisiones ignoran con frecuencia los intereses de los clientes.					
40° Fomentamos el contacto directo de nuestra gente con los clientes.					
41° Consideramos el fracaso como una oportunidad para aprender y mejorar.					
42° Tomar riesgos e innovar son fomentados y recompensados.					
43° Muchas ideas "se pierden en el camino".					
44° En el aprendizaje es un objetivo importante en el trabajo.					
45° Nos aseguramos que la mano derecha sepa lo que está haciendo la izquierda.					
46° Esta organización tiene un proyecto y una orientación a largo plazo.					
47° Nuestra estrategia sirve de ejemplo a otras organizaciones.					
48° Esta organización tiene una misión clara que le otorga sentido y rumbo a nuestro trabajo.					
49° Esta organización tiene una clara estrategia de cara al futuro.					
50° La orientación estratégica de esta organización no me resulta clara.					
51° Existe un amplio acuerdo sobre las metas a conseguir.					
52° Los líderes y directores fijan metas ambiciosas pero realistas.					
53° La Dirección nos conducen hacia los objetivos que tratamos de alcanzar.					
54° Comparamos continuamente nuestro progreso con los objetivos fijados.					
55° Las personas de esta organización comprenden lo que hay que hacer para tener éxito a largo plazo.					
56° Tenemos una visión compartida de cómo será esta organización en el futuro.					
57° Los líderes y directores tienen una perspectiva a largo plazo.					
58° El pensamiento a corto plazo compromete a menudo a nuestra visión a largo plazo.					
59° Nuestra visión genera entusiasmo y motivación entre nosotros.					
60° Podemos satisfacer las demandas a corto plazo sin comprometer nuestra visión a largo plazo.					

Cuestionario para medir prioridad de aplicación de Telesalud.

El siguiente cuestionario consta de 15 ítems, para 3 dimensiones, cada ítem está codificado en una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1=prioridad baja hasta 3=prioridad alta).

Dimensiones

De la prestación de servicios de salud. Comprende los ítems 1-6

De la gestión de servicios de salud. Comprende los ítems 7-9

De la teleinformación, educación y comunicación a la población y al personal de salud. Comprende los ítems 10-15

Instrucciones:

Lea con mucha atención cada una de los ítems y las opciones de las respuestas que le siguen. Para cada ítem marque solo una respuesta con una equis (x) en la letra que considere que se aproxime más a su realidad.

CUESTIONARIO N° 02 APLICACIÓN DE TELESALUD				
INVESTIGACIÓN: LA CULTURA ORGANIZACIONAL Y LA APLICACIÓN EN TELESALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS, LIMA 2018				
INVESTIGADOR: CARLOS FRANCISCO VALDIVIA CARRASCO				
ENTIDAD: INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS				
DEPENDENCIA: MINSA				
El objetivo de la encuesta es conocer la prioridad que tiene el profesional de la salud del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en las aplicaciones de la Tele salud en la gestión y acciones de información, educación y comunicación (IEC) en los servicios de salud, así como las prestaciones de los servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina. Instrucciones: Lea con mucha atención cada una de los ítems y las opciones de las respuestas que le siguen. Para cada ítem marque solo una respuesta con una equis (x) en la letra que considere que se aproxime más a su realidad.				
Ítem	Preguntas	Prioridad baja	Prioridad media	Prioridad alta
1	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele prevención (promoción de la salud, riesgos y daños) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
2	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
3	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele monitoreo (transmisión de información ECG, imágenes etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
4	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele consulta (acceso de un especialista en caso de segundo diagnóstico) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
5	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia (recibir y/o enviar información para la toma de decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
6	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica (notificación obligatoria de daños sujetos a vigilancia) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)

7	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas (reuniones de ejecutivos, jefes clínicos, especialistas y oficinas administrativas) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
8	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control (monitoreo, evaluación y supervisión para medir los objetivos institucionales) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
9	¿En cuanto a la aplicación de Telesalud, Con que prioridad se debería implementar la Referencia y contrarreferencia virtual (continuidad en la atención) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
10	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia (dirigidos a la población general por etapas de vida) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
11	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia (dirigidos a personal de salud) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
12	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar acceso a base de datos médicos (acceso a publicaciones científicas, guías de prácticas clínicas, fármacos, toxicológicas, instructivos, manuales etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
13	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos (intercambio de experiencias) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
14	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar intercambio científico (contacto con centros especializados) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)
15	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Que se debería implementar información en salud (dirigidos a la población general derechos, deberes en salud, servicios etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	(1)	(2)	(3)

Anexo 4. Validez de Instrumentos

Gestión de servicios de salud.	Solicitud de servicio administrativo.	<p>7. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas (reuniones de ejecutivos, jefes clínicos, especialistas y oficinas administrativas) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>8. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control (monitoreo, evaluación y supervisión para medir los objetivos institucionales) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>9. ¿En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Con que prioridad se debería implementar la Referencia y contrarreferencia virtual (continuidad en la atención) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p>	<p>Prioridad baja (1)</p> <p>Prioridad media (2)</p> <p>Prioridad alta (3)</p>
Teleinformación, educación y comunicación a la población y al personal de salud.	Formación continua de los profesionales de salud y comunicación al personal de salud y a la población	<p>10. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia (dirigidos a la población general por etapas de vida) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>11. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia (dirigidos a personal de salud) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>12. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar acceso a base de datos médicos (acceso a publicaciones científicas, guías de prácticas clínicas, fármaco, toxicológicas, instructivos, manuales etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>13. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos (intercambio de experiencias) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>14. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar intercambio científico (contacto con centros especializados) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>15. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Que se debería implementar información en salud (dirigidos a la población general derechos, deberes en salud, servicios etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p>	<p>Prioridad baja (1)</p> <p>Prioridad media (2)</p> <p>Prioridad alta (3)</p>

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: APLICACIÓN DE LA TELESALUD

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSION 1: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD BAJO LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA								
1.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele prevención (promoción de la salud, riesgos y daños) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele consulta (acceso de un especialista en caso de segundo diagnóstico) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia (recibir y/o enviar información para la toma de decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica (notificación obligatoria de daños sujetos a vigilancia) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIMENSION 2: GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.								
7.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas (reuniones de ejecutivos, jefes clínicos, especialistas y oficinas administrativas) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control (monitoreo, evaluación y supervisión para medir los objetivos institucionales) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9.	¿En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Con que prioridad se debería implementar la Referencia y contra referencia virtual (continuidad de la atención) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
DIMENSION 3: TELE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION A LA POBLACION Y PERSONAL DE SALUD				SI	No	SI	No	SI	No
10	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia (dirigidos a la población general por etapas de vida) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
11	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia (dirigidos a personal de salud) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
12	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar acceso a base de datos médicos (acceso a publicaciones científicas, guías de prácticas clínicas, fármaco, toxicológicas, instructivos, manuales, etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
13	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos (intercambio de experiencias) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
14	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar intercambio científico (contacto con centros especializados) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
15	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Que se debería implementar información en salud (dirigidos a la población general derechos, deberes en salud, servicios etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. D^o/ Mg:

ANGEL SANTIAGO
HERNANDEZ
DNI: 19873533

Especialidad del validador: Psicopedagógico-Educacional De..... del 20..18.....


Firma del Experto Informante.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE: APLICACIÓN DE LA TELESALUD

Dimensiones	Indicadores	Items	Niveles o rangos
Prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina	Tele consulta médica.	1. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele prevención (promoción de la salud, riesgos y daños) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad baja (1)
		2. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad media (2)
		3. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele monitoreo (transmisión de información ECG, imágenes etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad alta (3)
		4. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele consulta (acceso de un especialista en caso de segundo diagnóstico) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	
		5. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia (recibir y/o enviar información para la toma de decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	
		6. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica (notificación obligatoria de daños sujetos a vigilancia) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	

Gestión de servicios de salud.	Solicitud de servicio administrativo.	<p>7. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas (reuniones de ejecutivos, jefes clínicos, especialistas y oficinas administrativas) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>8. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control (monitoreo, evaluación y supervisión para medir los objetivos institucionales) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>9. ¿En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Con que prioridad se debería implementar la Referencia y contrarreferencia virtual (continuidad en la atención) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p>	<p>Prioridad baja (1)</p> <p>Prioridad media (2)</p> <p>Prioridad alta (3)</p>
Teleinformación, educación y comunicación a la población y al personal de salud.	Formación continua de los profesionales de salud y comunicación al personal de salud y a la población.	<p>10. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia (dirigidos a la población general por etapas de vida) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>11. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia (dirigidos a personal de salud) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>12. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar acceso a base de datos médicos (acceso a publicaciones científicas, guías de prácticas clínicas, farmacológicas, toxicológicas, instructivos, manuales etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>13. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos (intercambio de experiencias) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>14. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar intercambio científico (contacto con centros especializados) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>15. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Que se debería implementar información en salud (dirigidos a la población general derechos, deberes en salud, servicios etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p>	<p>Prioridad baja (1)</p> <p>Prioridad media (2)</p> <p>Prioridad alta (3)</p>

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: APLICACIÓN DE LA TELESALUD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA							
1.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar la Teleprevención (promoción de la salud, riesgos y daños) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele consulta (acceso de un especialista en caso de segundo diagnóstico) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia (recibir y/o enviar información para la toma de decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica (notificación obligatoria de daños sujetos a vigilancia) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	DIMENSIÓN 2: GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD							
7.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas (reuniones de ejecutivos, jefes clínicos, especialistas y oficinas administrativas) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control (monitoreo, evaluación y supervisión para medir los objetivos institucionales) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9.	¿En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, con qué prioridad se debería implementar la Referencia y contrarreferencia virtual (continuidad en la atención) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			✓		✓		✓	
DIMENSION 3: TELE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACION A LA POBLACION Y PERSONAL DE SALUD				SI	No	SI	No	SI	No
10.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con qué prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia (dirigidos a la población general por etapas de vida) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			✓		✓		✓	
11.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con qué prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia (dirigidos a personal de salud) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			✓		✓		✓	
12.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con qué prioridad se debería implementar acceso a base de datos médicos (acceso a publicaciones científicas, guías de prácticas clínicas, farmacológicas, toxicológicas, instructivos, manuales, etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			✓		✓		✓	
13.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con qué prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos (intercambio de experiencias) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			✓		✓		✓	
14.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con qué prioridad se debería implementar intercambio científico (contacto con centros especializados) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			✓		✓		✓	
15.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Qué se debería implementar información en salud (dirigidos a la población general: derechos, deberes en salud, servicios etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?			✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

SUFICIENTE

Opinion de aplicabilidad: Aplicable Aplicable despues de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr/ Mg

LOPEZ JORGE MARIA TERESA DNI: 16022030

Especialidad del validador: MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION De / del 20/18

[Handwritten Signature]

Firma del Experto Informante.

- Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto técnico formulado.
- Relevancia:** El ítem es apropiado para representar a la competencia y dimensión específica del constructo.
- Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es claro, preciso y directo.

Nota: Suficiencia se dice si los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE: APLICACIÓN DE LA TELESALUD

Dimensiones	Indicadores	Items	Niveles o rangos
Prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina	Tele consulta médica.	1. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele prevención (promoción de la salud, riesgos y daños) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad baja (1)
		2. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad media (2)
		3. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele monitoreo (transmisión de información ECG, imágenes, etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad
		4. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele consulta (acceso de un especialista en caso de segundo diagnóstico) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	alta (3)
		5. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia (recibir y/o enviar información para la toma de decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	
		6. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica (notificación obligatoria de daños sujetos a vigilancia) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	

Gestión de servicios de salud.	Solicitud de servicio administrativo.	<p>7. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas (reuniones de ejecutivos, jefes clínicos, especialistas y oficinas administrativas) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>8. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control (monitoreo, evaluación y supervisión para medir los objetivos institucionales) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>9. ¿En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Con que prioridad se debería implementar la Referencia y contrarreferencia virtual (continuidad en la atención) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p>	<p>Prioridad baja (1)</p> <p>Prioridad media (2)</p> <p>Prioridad alta (3)</p>
Teleinformación, educación y comunicación a la población y al personal de salud.	Formación continua de los profesionales de salud y comunicación al personal de salud y a la población	<p>10. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia (dirigidos a la población general por etapas de vida) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>11. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia (dirigidos a personal de salud) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>12. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar acceso a base de datos médicos (acceso a publicaciones científicas, guías de prácticas clínicas, fármaco, toxicológicas, instructivos, manuales etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>13. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos (intercambio de experiencias) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>14. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar intercambio científico (contacto con centros especializados) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p> <p>15. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina. Cree Ud. ¿Que se debería implementar información en salud (dirigidos a la población general derechos, deberes en salud, servicios etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?</p>	<p>Prioridad baja (1)</p> <p>Prioridad media (2)</p> <p>Prioridad alta (3)</p>


CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: APLICACIÓN DE LA TELESALUD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BAJO LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA.							
1.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele prevención (promoción de la salud, riesgos y daños) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	✓		✓		✓		
2.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	✓		✓		✓		
3.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	✓		✓		✓		
4.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele consulta (acceso de un especialista en caso de segundo diagnóstico) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	✓		✓		✓		
5.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia (recibir y/o enviar información para la toma de decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	✓		✓		✓		
6.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica (notificación obligatoria de daños sujetos a vigilancia) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.							
7.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele reuniones ejecutivas (reuniones de ejecutivos, jefes clínicos, especialistas y oficinas administrativas) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	✓		✓		✓		
8.	En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele control (monitoreo, evaluación y supervisión para medir los objetivos institucionales) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	✓		✓		✓		

9.	¿En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Con que prioridad se debería implementar la Referencia y contrarreferencia virtual (continuidad en la atención) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?		✓		✓		✓	
DIMENSIÓN 3: TELE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN A LA POBLACIÓN Y PERSONAL DE SALUD			Si	No	Si	No	Si	No
10.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de educación en salud a distancia (dirigidos a la población general por etapas de vida) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?		✓		✓		✓	
11.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar programas de capacitación continua a distancia (dirigidos a personal de salud) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?		✓		✓		✓	
12.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar acceso a base de datos médicos (acceso a publicaciones científicas, guías de prácticas clínicas, farmaco, toxicológicas, instructivos, manuales, etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?		✓		✓		✓	
13.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar discusión virtual de casos clínicos (intercambio de experiencias) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?		✓		✓		✓	
14.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar intercambio científico (contacto con centros especializados) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?		✓		✓		✓	
15.	En cuanto a la aplicación de Telesalud, Cree Ud. ¿Que se debería implementar información en salud (dirigidos a la población general derechos, deberes en salud, servicios etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?		✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

Lozano Vázquez Leonel Mario DNI: 18186508

Especialidad del validador: Mg. en Dirección de Empresas De 13 del Julio 2018



Firma del Experto Informante.

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Anexo 5: Base de datos

.....

BASE DE DATOS: VARIABLE APLICACIÓN DE TELESALUD

ID	PTM01	PTM02	PTM03	PTM04	PTM05	PTM06	PTM07	PTM08	PTM09	PTM10	PTM11	PTM12	PTM13	PTM14	PTM15	PRESTACIONAL DE SERVICIOS	TELEGESTION	TELEEDUCACION
1	3	3	2	2	1	2	2	2	1	3	3	3	2	3	3	13	5	17
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	12	6	12
3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	18	7	14
4	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	16	7	18
5	3	5	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	17	7	12
6	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	7	3	11
7	3	3	2	3	1	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	15	8	17
8	3	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	3	2	3	3	16	6	17
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	18	9	18
10	1	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1	2	2	3	3	10	4	13
11	3	3	3	3	3	1	2	1	1	2	3	3	3	3	3	16	4	17
12	2	3	3	1	2	1	1	1	2	3	3	2	3	3	3	12	4	17
13	1	3	3	2	1	1	1	3	2	2	3	2	2	3	3	11	7	16
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	18	9	16
15	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	16	9	17
16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	12	6	16
17	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	12	6	13
18	1	2	3	2	2	2	1	3	2	3	1	3	2	2	2	12	6	13
19	2	3	3	3	3	1	3	1	2	2	2	1	2	2	1	14	6	10
20	2	1	3	3	3	2	1	3	3	2	3	1	3	2	1	14	7	12
21	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	1	14	6	15
22	1	2	2	2	3	3	2	2	2	1	3	2	2	3	2	13	6	13
23	3	3	3	3	2	1	1	2	3	3	3	3	1	3	3	15	6	16
24	1	3	3	1	3	2	2	1	3	1	2	1	3	1	2	13	6	10
25	3	2	3	2	1	3	2	2	2	3	1	3	2	3	3	14	7	14
26	2	3	3	2	1	2	1	2	1	2	3	2	2	3	1	13	4	13
27	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	18	7	13
28	3	3	3	3	2	2	2	2	1	3	3	2	2	2	2	16	5	16
29	3	3	3	1	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	16	6	16
30	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	16	8	18
31	3	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	17	5	18
32	2	3	2	3	2	3	1	3	1	2	3	1	2	3	1	15	5	13
33	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	13	7	12
34	3	3	3	2	3	2	1	2	1	2	3	3	3	3	2	16	5	14
35	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	17	8	16
36	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	3	3	3	2	18	4	15
37	2	2	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3	2	2	1	14	8	12
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	3	18	9	14
39	3	3	3	3	3	2	1	2	3	1	3	3	3	3	2	17	6	15
40	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	3	3	3	3	2	17	6	16
41	1	2	3	3	2	1	1	2	3	1	3	3	3	3	1	12	6	14
42	2	2	3	3	2	1	2	2	3	2	3	2	3	3	2	13	7	15
43	1	2	3	2	2	2	2	1	3	1	3	2	3	2	1	12	6	12
44	1	3	2	2	3	1	2	1	2	1	3	3	3	2	1	12	5	13
45	2	1	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	3	3	2	11	6	13
46	1	2	3	3	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	3	13	5	16
47	1	1	3	1	3	2	1	3	2	2	3	3	2	2	2	11	6	14
48	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	16	9	14
49	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	16	8	18
50	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	2	1	3	2	3	14	12	12
51	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	12	6	12
52	3	3	2	3	1	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	14	7	16
53	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	14	9	17
54	3	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1	2	10	5	10
55	2	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	3	2	1	9	6	14
56	3	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1	2	10	5	10
57	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	9	6	11
58	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	12	6	14
59	1	3	3	3	1	2	3	3	1	2	3	1	2	3	1	13	7	12
60	1	1	3	1	1	2	3	1	1	2	3	1	2	1	1	9	5	10
61	1	2	3	2	1	2	3	2	1	2	3	1	2	2	1	11	6	11
62	2	1	2	1	2	3	2	1	2	2	2	2	3	1	2	11	5	12
63	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	3	2	1	2	2	12	7	12
64	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	12	7	11
65	3	1	2	1	3	1	2	1	3	1	2	3	1	1	3	11	6	11
66	1	1	3	1	1	2	3	1	1	2	3	1	2	1	1	9	5	10
67	2	1	1	1	2	3	1	1	2	3	1	2	3	1	2	10	4	12


MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES
VARIABLE: APLICACIÓN DE LA TELESALUD

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
Prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina	Tele consulta médica.	1. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar la Tele prevención (promoción de la salud, riesgos y daños) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad baja (1)
		2. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele diagnóstico (ayuda en el proceso de tomar decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad media (2)
		3. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele monitoreo (transmisión de información ECG, imágenes etc.) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	Prioridad alta (3)
		4. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele consulta (acceso de un especialista en caso de segundo diagnóstico) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	
		5. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele emergencia (recibir y/o enviar información para la toma de decisiones) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	
		6. En cuanto a la aplicación de la Telemedicina, Cree Ud. ¿Con que prioridad se debería implementar Tele vigilancia epidemiológica (notificación obligatoria de daños sujetos a vigilancia) en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?	



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, María Jesús López Vega, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, asesora de la tesis titulada: Cultura organizacional y la aplicación de telesalud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018. Presentado por Valdivia Carrasco, Carlos Francisco, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 25% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin. La suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 24 de agosto del 2018

Mgtr. María Jesús López Vega

DNI: 16022070



Cultura organizacional y la aplicación de tele salud en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN PÚBLICA

AUTOR:

Bach. Valdivia Carrasco, Carlos Francisco

ASESORA:

Mg. María Jesús López Vega

SECCIÓN:

Ciencias empresariales

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Resumen de coincidencias

25 %

1	Entregado a Universidad	12 %
2	repositorio.usp.edu.pe	5 %
3	repositorio.edu.pe	2 %
4	Entregado a Universidad	1 %
5	Entregado a CONACYT	1 %
6	Entregado a infle	1 %
7	Entregado a Universidad	<1 %
8	148 204 210 201	<1 %
9	www.ingenio.upr.es	<1 %



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

CARLOS FRANCISCO VALDIVIA CARRASCO

INFORME TÍTULADO:

CULTURA ORGANIZACIONAL Y LA APLICACIÓN DE

TELESALUD EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS,
LIMA 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRIA EN GESTIÓN PÚBLICA

SUSTENTADO EN FECHA: 2 de setiembre de 2018

NOTA O MENCIÓN: APROBAR POR MAYORÍA



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)
VALDIVIA CARRASCO CARLOS FRANCISCO
D.N.I. : 07227692
Domicilio : Calle José Alvarez Calderón N° 410 Dpto 902 S.B.
Teléfono : Fijo : Móvil 975131240
E-mail : carvcar01@yahoo.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:
[] Tesis de Pregrado
Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :
[X] Tesis de Posgrado
[X] Maestría [] Doctorado
Grado : MAESTRO
Mención : GESTIÓN PÚBLICA

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:
VALDIVIA CARRASCO CARLOS FRANCISCO
Título de la tesis:
CULTURA ORGANIZACIONAL Y LA APLICACIÓN DE TELESALUD
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS, LIMA 2018
Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,
Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis. [X]
No autorizo a publicar en texto completo mi tesis. []

Firma : [Handwritten Signature]

Fecha : 14/12/2018