



Año 25 No. 3
Número especial, 2020

Revista Venezolana de Gerencia



UNIVERSIDAD DEL ZULIA (LUZ)
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Centro de Estudios de la Empresa

ISSN 1315-9984

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_ES



Gestión estratégica y prácticas saludables en instituciones prestadoras de salud en la frontera colombo-venezolana¹

Contreras-Bustamante, José Ramiro Alexander²
Gallardo-Pérez, Henry de Jesús³
Vergel-Ortega, Mawency⁴

Resumen

Las prácticas organizacionales hacen referencia a aspectos físicos, normativos, estructurales y sociales que las empresas utilizan con el fin de mejorar el compromiso del personal y a través de esta vía encontrar ventajas competitivas para la compañía. En instituciones de salud, los trabajadores desarrollan actividades que general un alto grado de estrés y agotamiento que incide en la eficiencia labora y por ende organizacional, por lo que se requiere políticas de prácticas saludables. El objetivo general de la investigación es identificar factores determinantes de la calidad de las prácticas saludables en clínicas y hospitales ubicados en la frontera colombo- venezolana Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela). La investigación se enmarca en un enfoque multimétodo que implica dos fases, una primera realizada con personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la frontera que conlleva a la caracterización de estas instituciones

Recibido: 27.11.19

Aprobado: 20.02.20

¹ Este trabajo ha recibido el apoyo financiero de la Universidad Francisco de Paula Santander, a quien agradecemos

² Doctor en Educación, Magister en Tecnología Educativa y Gestión del Conocimiento. Profesor Titular Universidad Nacional Experimental del Táchira, Venezuela. E-mail: joraal1@unet.edu.ve

³ Doctor en Educación, Magister en Economía. Profesor Titular Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: henrygallardo@ufps.edu.co

⁴ Doctora en Educación, Magister en Gerencia Educacional. Profesor Titular Universidad Francisco de Paula Santander. E-mail: mawency@ufps.edu.co

e identificación de variables relevantes, desarrollado desde el paradigma cuantitativo, con aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio y del contraste de resultados, obteniendo que las variables estrategia organizacional, prácticas saludables y stakeholders son factores determinantes de la calidad de las prácticas saludables. En una segunda fase se trabaja con información primaria y secundaria de clínicas y hospitales, enmarcado en un paradigma mixto, con un propósito confirmatorio de la relevancia de las variables explicatorias identificadas con respecto a la explicada, lo que conlleva a concluir que, tanto las componentes de cada factor como los tres factores identificados, son determinantes en la valoración de la calidad de las prácticas saludables.

Palabras clave: prácticas saludables; calidad; responsabilidad social, escalamiento óptimo.

Healthy organizational practices in institutions that provide services in border zones

Abstract

Organizational practices refer to physical, regulatory, structural and social aspects that companies use in order to improve staff commitment and through this route find competitive advantages for the company. In health institutions, workers develop activities that generate a high degree of stress and exhaustion that affects the efficiency of the work and therefore the organization. The general objective of the research is to identify determining factors of the quality of healthy practices in clinics and hospitals located in the Colombian-Venezuelan border Norte de Santander (Colombia) and Táchira (Venezuela). The research is framed within a multi-method approach that involves two phases. The first phase is carried out with personnel from the institutions that provide health services on the border, which leads to the characterization of these institutions and the identification of relevant variables, developed from the quantitative paradigm, with the application of exploratory and confirmatory factor analysis and the contrast of results, obtaining that the variables organizational strategy, healthy practices and stakeholders are determining factors of the quality of healthy practices. In a second phase, we work with primary and secondary information from clinics and hospitals, framed in a mixed paradigm, with the purpose of confirming the relevance of the identified explanatory variables with respect to the explained one, which leads to the conclusion that both the components of each factor and the three identified factors are determining factors in the assessment of the quality of healthy practices.

Keywords: Organizational strategies; healthy practices; stakeholders; optimal scaling.

1. Introducción

La estrategia organizacional consiste en un conjunto de actividades deliberada y sistémicamente establecida que sirve como guía. Es un recurso recurrente en las organizaciones y a través de ella se pretende lograr ventaja competitiva sostenible (Domínguez, 2008; Sánchez, 2017). Las prácticas saludables son los aspectos estructurales y sociales del ambiente de trabajo que las organizaciones disponen para estimular el crecimiento, desarrollo personal y profesional y reducir las demandas laborales asociadas a costos fisiológicos y/o psicosociales.

A través de estas prácticas se transforman las entidades en organizaciones saludables que propicien ambientes laborales proclives al desarrollo humano y aprendizaje continuo, con el objetivo de convertir el talento humano y las relaciones con la sociedad en factores claves para el logro de ventajas competitivas. Por otra parte, las teorías de organizaciones saludables y prácticas saludables en la actualidad cobran una especial importancia especialmente porque el entorno social y económico de las empresas es turbulento y cambiante, porque la competencia es agresiva y en este ambiente las organizaciones deben desarrollar su accionar para lograr su propósito (Vergel, Rojas y González, 2020).

Una organización saludable establece procesos que promueven y mantienen el bienestar físico, mental y social de sus trabajadores en forma tal que se convierte en un factor clave para lograr un bienestar social y una alta eficacia laboral y organizacional. Caso contrario ocurre en organizaciones con deficientes políticas de bienestar

y prácticas saludables que se enfrentan al bajo rendimiento laboral, estrés, enfermedades, accidentes e incapacidades que repercuten directamente en la productividad. Esta situación debe analizarse con carácter especial en instituciones de salud, puesto que es conocido que sus trabajadores tienen jornadas extenuantes y están sometidos a un alto grado de presión de los pacientes, que puede generar patologías físicas, mentales y sociales.

En consecuencia, resulta prioritario implementar estrategias o prácticas saludables en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), teniendo en cuenta que las actividades de los trabajadores hospitalarios generan un alto grado de estrés y agotamiento que deterioran su salud y su capacidad resolutive resulta prioritario (OPS y OMS, 2013). La gestión empresarial implica que esas estrategias y prácticas saludables deben ser establecidas como políticas, a través de los planes estratégicos, y no como acciones casuales o aisladas para resolver un caso en particular.

En ese sentido, la investigación se desarrolla con el objetivo de determinar la relación entre estrategia organizacional, adopción de prácticas saludables y stakeholders con respecto a la calidad de las prácticas saludables en clínicas y hospitales de la región fronteriza colombo-venezolana. La investigación se enmarca en un enfoque multimétodo que implica dos fases, una primera realizada con personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la frontera que conlleva a la caracterización de estas instituciones e identificación de variables relevantes, desarrollado desde el paradigma cuantitativo, con aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio y del contraste de resultados, obteniendo que

las variables estrategia organizacional, prácticas saludables y stakeholders son factores determinantes de la calidad de las prácticas saludables. En una segunda fase se trabaja con información primaria y secundaria de clínicas y hospitales, recopilada por medio de revisión documental, entrevistas a directivos y encuestas a trabajadores, enmarcado en un paradigma mixto, con un propósito confirmatorio de la relevancia de las variables explicatorias identificadas con respecto a la explicada.

La investigación considera tres variables asociadas con la calidad de las prácticas saludables, estas son: estrategia organizacional, adopción de prácticas saludables y stakeholders y trata de establecer su relación con la calidad de las prácticas saludables.

2. Estrategias organizacionales y prácticas saludables: consideraciones teóricas

El cuerpo teórico de este trabajo está conformado por un lado por estrategias organizaciones que están enmarcadas dentro del pensamiento estratégico. Por otro lado, hace parte de las bases teóricas las prácticas saludables que constituyen los aspectos estructurales y sociales del ambiente de trabajo que las organizaciones disponen con el propósito de estimular el crecimiento, el desarrollo personal y profesional. En este apartado se profundiza en cada una de ellas. También hacen parte de los fundamentos los métodos y procedimientos estadísticos utilizados para el análisis de la información, entre los cuales están las ecuaciones estructurales y el escalamiento óptimo multidimensional, estos últimos se

detallan en la presentación de resultados en aras de mantener la continuidad en la lectura.

2.1. Estrategia Organizacional

La planificación estratégica fue una herramienta de novedad en la década de 1980, se ha convertido en práctica ortodoxa y utilizada como herramienta de gestión en las organizaciones para tomar las mejores decisiones en entornos competitivos y turbulentos (David, 2013); sigue siendo una actividad popular dentro de las organizaciones (Rigby y Bilodeau, 2011; Whittington y Cailluet, 2008) y es sorprendente que haya recibido poca atención en los sistemas de salud (Athiyaman y Robertson, 1995; Soteriou y Roberts, 1998).

El concepto de estrategia en los negocios surge inicialmente orientado a ayudar a los líderes a tomar decisiones en ambientes de alta complejidad, deducir el riesgo y aumentar la probabilidad de éxito; posteriormente la estrategia se enfocó en encontrar la forma de generar una ventaja competitiva sostenible, basada en el manejo y aplicación de los recursos, el estudio del medio ambiente y la competencia actual y potencial (Castro, 2010); es entonces, el conjunto de acciones defensivas y ofensivas que realiza una empresa con el fin de lograr una posición, la estrategia como medio mediante el cual las empresas pasan de un lugar actual a un lugar deseado a través de la asignación, coordinación de recursos, toma de decisiones ante los cambios del entorno y los movimientos de los competidores Porter (1981).

En este sentido, se puede afirmar que independientemente de la motivación o la estructura conceptual, las estrategias son un vehículo que permiten a la compañía tomar decisiones con

el menor riesgo posible, concretar sus planes y lograr sus objetivos, a través de esfuerzos sistémicos e intencionales que intentan optimizar los recursos, lograr eficiencia operacional y conseguir una ventaja competitiva sostenible.

Desde este punto de vista, las estrategias pueden verse como programas que involucran esfuerzos y recursos para lograr que la misión de una empresa se ponga en práctica y dar a la organización una dirección planificada (Koontz, 1991) que, dependiendo de la actitud del líder se pueden describir desde tres enfoques: emprendedoras o proactivas, planeadas o preactivas y adaptativas o reactivas Mintzberg (2005). Pero las estrategias por sí solas no bastan, es necesario integrarlas con el conocimiento de las personas y la infraestructura de la empresa para crear una ventaja competitiva (Orozco, Chavarro y Rivera, 2007) y así generar valor agregado para los accionistas y los clientes de la empresa (Kaplan y Norton, 2004).

2.2. Prácticas Saludables

Las prácticas saludables han sido concebidas como aquellos aspectos estructurales y sociales del ambiente de trabajo que las organizaciones disponen con el propósito de estimular el crecimiento, el desarrollo personal y profesional y reducir las demandas laborales asociadas a costos fisiológicos y psicosociales; constituyen un conjunto de esfuerzos orientados a elevar el bienestar del empleado, el clima organizacional y por ende la productividad y competitividad (Wilson et al, 2004).

Así mismo, Salanova (2008) considera que las prácticas saludables son aspectos del ambiente de trabajo,

físico, estructural y social necesarios para la consecución de metas y objetivos; con base en esto, propone un modelo heurístico de organización saludable que tiene como núcleo de referencia tres componentes: a) Prácticas saludables, b) Empleados saludables y c) Organizacionales saludables.

Las prácticas saludables se encuentran representadas por los recursos estructurales dispuestos para realizar las tareas y procesos cotidianos de los trabajadores y de toda la organización, especialmente los relacionados con las prácticas directivas, gestión de recursos humanos y comunicación; y recursos sociales referentes a relaciones de confianza, camaradería y cooperación que se establecen entre los trabajadores de la compañía, las normas de conducta que establece la institución y la confianza que se genera con estas acciones; todo esto constituye el capital social de la empresa.

El segundo componente del modelo de Salanova lo conforman los empleados en un estado de confianza consigo mismo y con la organización que el autor denomina capital psicológico positivo, es decir, se enfoca en la función de tratar a las personas como capital valioso, generar influencia para que el empleado logre optimismo, perseverancia, desarrolle vinculación psicológica con el trabajo y fortalezca su carácter para soportar la adversidad.

Un tercer componente se refiere a los resultados organizacionales representados en la excelencia de los productos y servicios y la adecuada relación que las instituciones establecen con la sociedad y el Estado. El accionar de la compañía de esta manera traerá como resultado clientes y proveedores satisfechos y unas buenas relaciones

con la sociedad. Los tres componentes son esenciales en la construcción de estrategias, especialmente en entornos dinámicos, y permitirán a la compañía resolver sus dificultades, optimizar sus recursos, lograr sus objetivos y generar ventaja competitiva sostenible.

Las organizaciones saludables requieren que la cultura organizacional, las políticas y programas se articulen de manera que motiven a los individuos a realizar sus trabajos y logren alinear los objetivos personales con los de la organización (Lowe, 2010), proporcionen un aprendizaje continuo e innovación para satisfacer las necesidades del entorno, a través del empoderamiento de los empleados (Lowry y Hanges, 2008) y establezcan procesos de trabajo que promuevan y mantengan un estado de completo bienestar físico, mental y social en sus trabajadores y se logre el mejor ambiente laboral (Jáimez y Bretones, 2011).

3. Consideraciones metodológicas

La investigación se enmarca en un enfoque multimétodo (Gallardo, Vergel y Villamizar, 2017) que implica dos fases:

La primera fase se realiza con personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la frontera se desarrolla desde el paradigma cuantitativo con un enfoque de tipo descriptivo y correlacional apoyada en análisis documental y observación directa de las prácticas saludables y su relación con la estrategia organizacional de las Instituciones Prestadoras de Salud de Norte de Santander (Colombia) y el Estado Táchira (Venezuela). La información fue recopilada a través de entrevistas a la alta dirección en busca de identificar la tipología de estrategias

adoptadas por las instituciones, de la aplicación de encuesta a los empleados con el fin de conocer las prácticas saludables desarrolladas en las organizaciones y la observación estructurada en trabajo de campo, teniendo como eje central de discusión la teoría Heurística de Salanova (2008).

La población objeto de estudio está constituida por directivos y trabajadores adscritos a las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud en la frontera. El desarrollo del proceso de recolección de información implica identificar estas empresas, cada una con una misión y visión particular, constituidas por conglomerados de personas que laboran en ellas. Esto permite abarcar el propósito del estudio debido a que implica describir tanto la empresa como sus trabajadores.

De acuerdo a los datos recabados en el Ministerio de Salud de Colombia (2018), en Norte de Santander hay 487 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), 131 públicas y 356 privadas, distribuidas en todo el departamento, pero principalmente en los mayores centros poblados que son Cúcuta y su área metropolitana, Ocaña y Pamplona. En el estado Táchira en Venezuela de acuerdo a Corporación de Salud del Estado Táchira (2018), la división administrativa de la salud se divide en distritos: San Cristóbal, Rubio, San Antonio, Colon, La Grita, Pregonero, El Piñal y Coloncito.

El plan de muestreo se realizó en varias etapas. La primera consiste en un muestreo no probabilístico de instituciones prestadoras de servicios de salud, se seleccionan cincuenta instituciones, veinticinco en cada país, privilegiando las instituciones de mayor complejidad en las capitales y los centros poblados más importantes de la

zona de frontera. Una vez seleccionadas las instituciones se realiza entrevista a directivos y se aplica encuesta a muestra aleatoria estratificada de trabajadores en cada empresa seleccionada, también se realiza observación estructurada en cada institución seleccionada.

La información recolectada se sistematiza en forma tal que permita el trabajo con modelo de ecuaciones estructurales (Boomsma, 2006; Hu y Bentler, 1999; Cupani, 2012; Manzano, 2017). El modelo se desarrolla en dos fases: una primera de elección discreta que emplea la metodología de análisis desagregado por dimensiones e indicadores de sostenibilidad financiera, de compromisos y políticas; disponibilidad de recursos físicos, gastos de inversión, normatividad, planificación, desarrollo de talento y ecosistema de aprendizaje, apertura, confianza. La segunda implica un modelo desagregado probabilístico que considera el comportamiento grupal, en lugar de zonas individuos como unidad de observación, seleccionando de alternativas posibles aquella que maximiza su utilidad partiendo de la idea de que las prácticas saludables se generan en el proceso de gestión del talento humano y clima organizacional para fomento de buenos hábitos en la toma de decisiones individual.

A continuación, se realiza análisis factorial exploratorio que implica los siguientes pasos, de acuerdo con Pardo y Ruiz (2002): verificación de supuestos, análisis de la matriz de correlaciones, análisis de la varianza explicada, obtención de la solución factorial e interpretación de los factores. El análisis factorial confirmatorio sigue el procedimiento lógico del modelo de ecuaciones estructurales, analizando la estructura de covarianza que compara la matriz de covarianza derivada de

las variables observadas y la matriz de covarianzas reproducidas por el modelo.

Finalmente, se aplican métodos del análisis multivariado cuya finalidad es analizar simultáneamente conjuntos de datos multivariantes en el sentido de que hay varias variables medidas para cada individuo observado. Este análisis permite establecer relaciones entre variables cuando ellas miden una característica común y relaciones entre individuos si algunos de ellos son semejantes entre sí. En particular, se aplicaron métodos para análisis de datos de conglomerados y del análisis de correspondencias múltiples con el propósito de establecer relaciones entre individuos, empresas y modalidades de las variables analizadas siguiendo procedimientos para análisis de datos categóricos en datos de ciencias de la salud (Greenacre, 2002; Infantosi, Costa y Almeida, 2014).

Siguiendo parámetros de la Organización Mundial de la Salud, se parte de maximizar, siguiendo la metodología de Vergel, Rojas y González (2020), un modelo de factores que incluyen ambiente físico del trabajo y vincula variables de estructura física del entorno de trabajo, maquinaria y equipos, productos químicos, insumos, materiales, y procesos que interactúan directamente con estos (Organización Mundial de Salud, 2015); entorno psicosocial (P), con variables organización del trabajo, cultura organizacional, actitudes, valores, creencias y prácticas cotidianas en la empresa, y que afectan el bienestar físico y mental del trabajador; medio físico y social en la comunidad (m), al elegir tipos de recursos personales de salud en trabajo (y) con variables ambiente, promotor de la salud, servicios de salud, información, recursos, apoyo

a esfuerzos para implementar estilos de vida saludables, así como para monitorear y apoyar constantemente su salud física y mental y; tiempo de pautas activas u ocio (L) que maximiza su utilidad. Al tener, de igual manera, en

cuenta si dedican más horas de trabajo (t_w) para incrementar su rendimiento (I), según nivel de cultura organizacional (β), inversión (c_j), y, contar con mayor bienestar, se estableció la ecuación:

$$MaxU(\gamma, L)_{sujeto\ a\ \gamma} = I + \beta t_w - c_j; L = P - m - t_w$$

La elaboración de instrumentos para evaluar las prácticas saludables y su relación con la estrategia organizacional de las IPS se desarrolló siguiendo el procedimiento propuesto por Morales et al, (2003) que se resume en los siguientes pasos: definir constructo que se desea medir, redactar los ítems para dimensión prácticas saludables, determinar el modo de respuesta y el número de respuestas adicionales, preparar la clave de corrección, preparar preguntas o instrumentos adicionales en previsión de los estudios para evaluar la validez de contenido (consulta a expertos, grupo focal), obtener lista refinada de ítems, analizar si discriminan y si se pueden considerar indicadores del mismo rasgo, obtener datos de una muestra, comprobar la fiabilidad general de modelos preliminares, seleccionar los ítems definitivos, comprobar la validez. El procedimiento incluyó la utilización de las técnicas del análisis factorial exploratorio y del análisis factorial confirmatorio, con la finalidad de lograr una reducción de la dimensionalidad de los datos analizados y obtener un conjunto de factores que facilitó la interpretación teórica de los hallazgos.

Para la recolección de la información se utilizó un instrumento de evaluación de las prácticas saludables,

que consta de catorce ítems diseñados en escala de Likert con 5 anclajes de respuesta. Los ítems valoraban cuatro prácticas saludables: estrategias organizacionales, empleados, medio ambiente y stakeholders y políticas públicas. El trabajo se desarrolló en tres fases: La primera implica la contextualización, donde se soportan teóricamente conceptos de estrategia y prácticas saludables; una segunda consistente en el trabajo de campo para identificar y describir las estrategias y prácticas saludables en empresas objeto de estudio, identificación de factores asociados a través de análisis factorial exploratorio, calculando ítems como combinaciones de factores más expresiones de error, y reduciendo las variables a un grupo significativo más pequeño, establecimiento desde el punto de vista descriptivo de la relación entre las modalidades de las diferentes variables; y la tercera mediante la utilización del análisis confirmatorio y contraste de resultados con la conceptualización teórica de las prácticas saludables y la estrategia organizacional de la empresa.

El modelo fue ajustado empleando el índice de bondad, evaluado a través del test de Hosmer-Lemeshow (Hosmer y Lemeshow, 2000), donde valores inferiores a 0.05 indicaron mal

ajuste del modelo. Los efectos de la multicolinealidad, evaluada a través de coeficientes factores de inflación de varianza $VIF > 10$ (Hair et al, 1999), índice de condicionamiento $IC > 25$, dimensión con carga superior a 0.50 (Belsley et al, 2004), se aplicó la prueba chi-cuadrado para analizar ajuste global de datos con las relaciones establecidas en la ecuación estructural), se asume SRMR con valores por debajo de 0.05, CFI con valores superiores a 0.95, TLI superior a 0.95, y RMSEA inferior a 0.05 (Martínez, Vergel y Zafra, 2015), se establecen valores de similitud entre variables y categorías de variables para validar el análisis de correspondencia y soportar las relaciones obtenidas (Pérez, 2008; Cuadras, 2019).

En la segunda fase se trabaja con información primaria y secundaria de clínicas y hospitales, recopilada por medio de revisión documental, entrevistas a directivos y encuestas a trabajadores, enmarcado en un paradigma mixto, con un propósito confirmatorio de la relevancia de las variables exploratorias identificadas con respecto a la explicada utilizando escalamiento óptimo y multidimensional para establecer la relación entre variables y caracterización de las instituciones con respecto a las variables estrategia organizacional (EO), prácticas saludables in situ (PS) y stakeholders (ST).

La idea que subyace tras el escalamiento óptimo es asignar cuantificaciones numéricas a las categorías de cada variable, lo que permite utilizar los procedimientos estándar para obtener una solución con las variables cuantificadas (Guerrero y Ramírez, 2012).

La metodología del Escalamiento Multidimensional (MDS), que pertenece a las técnicas multivariantes (Rivera y Molero, 2010). El MDS pretende

representar un conjunto de objetos en un espacio de baja dimensionalidad (Arce, De Francisco y Arce, 2010). Es una técnica que trata de visualizar sobre un mapa un conjunto de estímulos (firmas, productos, candidatos políticos, países, ideas u otros artículos) cuya posición relativa se desea analizar. El Escalamiento Multidimensional está basado en la comparación de objetos; su propósito es transformar los juicios de similitud o preferencia llevados a cabo por una serie de individuos sobre un conjunto de objetos o de estímulos en distancias de ser susceptibles a ser representadas en un espacio multidimensional (Navarro, Zamora y Cano, 2015).

4. Determinantes de la calidad de las prácticas saludables en clínicas y hospitales ubicados en la frontera colombo-venezolana: Resultados y discusión

De acuerdo con el objetivo planteado de identificar factores determinantes de la calidad de las prácticas saludables en clínicas y hospitales ubicados en la frontera colombo-venezolana Norte de Santander (Colombia) y Táchira (Venezuela), en este apartado se caracterizan las empresas observadas destacando algunos atributos relacionados con los trabajadores; a continuación, se realiza el análisis factorial exploratorio y confirmatorio para identificar los factores determinantes de la calidad de las prácticas saludables en las IPS en la frontera colombo-venezolana; finalmente se realizan trabajos con hospitales y clínicas de la región, utilizando escalamiento óptimo y multidimensional, con el propósito

de verificar la conveniencia del modelo estimado.

4.1. Caracterización de las Instituciones Prestadoras de Salud

Las características de la población de trabajadores de las empresas prestadoras de servicios de salud en la frontera se sintetizan según variables sociodemográficas, laborales y percepción sobre estrategias organizacionales, desagregando para cada país.

En Norte de Santander se encontró que los trabajadores de las IPS tienen una edad promedio de 34,4 años, con desviación estándar de 9,06 años y coeficiente de variación del 26%. El 5% son menores de 20 años, el 71% está entre 20 y 40 años y el 24% es mayor de 40 años. En las IPS del Táchira, sus trabajadores tienen una edad promedio de 37,8 años, con desviación estándar de 7,45 años y coeficiente de variación del 19%. El 8% son menores de 20 años, el 48% tienen entre 20 y 40 años y el 44% son mayores de 40 años. Se observa que aun cuando los trabajadores de las IPS en el Táchira son en promedio mayores que los de Norte de Santander, su variabilidad es menor, siendo este grupo más homogéneo por edades.

Al clasificar por nivel de estudios, se encuentra que, en Norte de Santander, el 30% de los trabajadores de las IPS tienen solo formación de bachiller o menos, el 10% tienen título de técnico o tecnólogo y el 60% son profesionales; en el Táchira el 35% son bachilleres, 24% técnicos o tecnólogos y 41% profesionales.

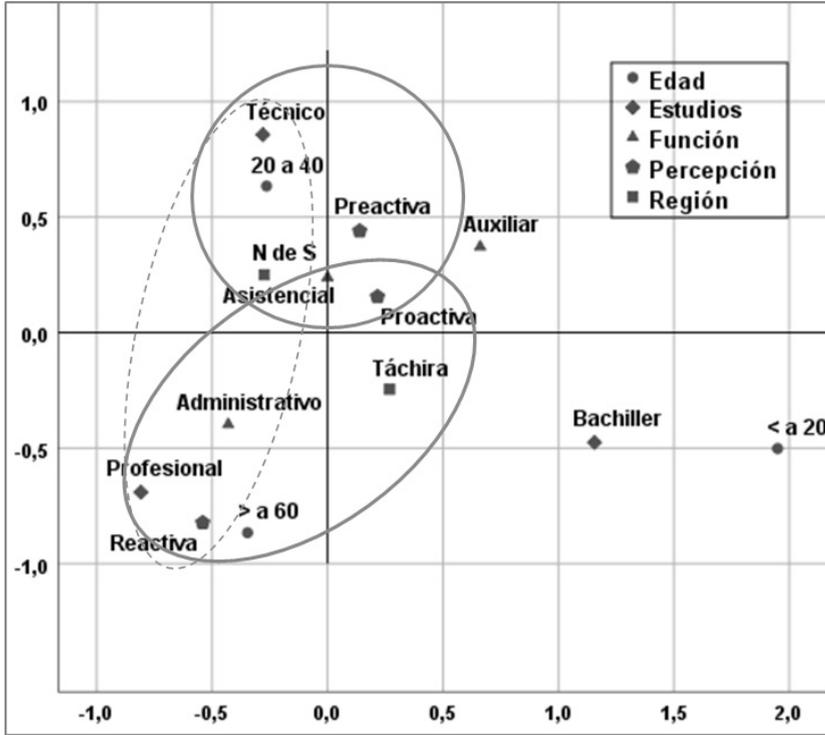
Con referencia a la actividad laboral que realizan, en Norte de Santander el 18% son auxiliares administrativos, 56%

realizan trabajo asistencial y 26% tienen funciones administrativas. En el Táchira, 15% son auxiliares administrativos, 65% realizan trabajo asistencial y 20% tienen funciones administrativas.

Se analiza información recabada mediante encuesta y se identifica la percepción que tienen los trabajadores de las IPS de la región fronteriza con respecto a la estrategia organizacional de su IPS, se encuentra que el 29% considera que es preactiva o planeada, 60% la perciben como proactiva o emprendedora y 11% como adaptativa o reactiva. Para Norte de Santander estos porcentajes son 32%, 56% y 12% y para el Táchira, 26%, 64% y 10%, respectivamente.

El análisis de correspondencias múltiples aplicado a las variables analizadas da lugar al Gráfico 1, en el cual los ejes y ubicación de las modalidades de las variables se definen con base en las respuestas dadas por los trabajadores encuestados y sobre éste se proyectan los niveles de percepción que se tienen sobre la estrategia organizacional de las empresas. Se pueden identificar dos grupos de empresas. Por una parte, se encuentran las empresas, en su mayoría, de Norte de Santander en las cuales el personal auxiliar y asistencial entre 20 y 40 años identifica las estrategias organizacionales de la IPS como preactivas y proactivas, mientras que el personal administrativo y el profesional las percibe como reactivas. En otro grupo, conformado por IPS en su mayoría del Táchira, la percepción que tienen la mayoría de sus trabajadores es que las estrategias organizacionales de sus empresas son proactivas; allí también el personal con título profesional y los que laboran en áreas administrativas, perciben estas estrategias como reactivas.

Gráfico 1
Percepción sobre Estrategia Organizacional



Fuente: Elaboración propia

Con base en el Gráfico 1, también se puede apreciar que en los bachilleres no se encuentra una percepción específica sobre las estrategias organizacionales, en tanto que los técnicos las identifican más como preactivas y proactivas, mientras que los profesionales las perciben como reactivas. Caso similar se aprecia al desagregar la población por su función en la empresa, los auxiliares perciben las estrategias como preactivas y proactivas, los profesionales las perciben reactivas, pero en este caso, entre los técnicos no se identifica una

tendencia en cuanto a su percepción.

Ahora bien, con base en las perspectivas en la formulación de planes y toma de decisiones planteada por Mintzberg (2005), se encuentra que en las entidades de salud un 50% considera que el enfoque gerencial de la organización es una combinación entre preactiva y proactiva (planeada y emprendedora), el 44% considera que la organización tiene enfoque en la preactiva (planeada) y 6.0% considera que la perspectiva es proactiva (emprendedora).

4.2. Análisis Factorial Exploratorio.

Con el propósito de sintetizar las interrelaciones observadas entre un conjunto de variables, con base en Vergel, Rojas y González (2020), se utiliza el modelo estadístico de análisis factorial que contiene tres factores: gobernanza, prácticas saludables y stakeholders. La gobernanza involucra estrategias, plan de desarrollo y medio ambiente. Las prácticas saludables se analizan desde las políticas y empleados y el factor stakeholders comprende la comunidad, los proveedores, los compradores y los accionistas. Estas variables se analizan y se utilizan para establecer la relación entre estrategia organizacional y prácticas saludables (Gráfico 2).

El plan de desarrollo tiene que

ver con el diseño y aplicación del plan estratégico, implementar indicadores de cumplimiento y realizar retroalimentación de los logros para realizar ajustes al plan. El factor empleados hace referencia a aspectos relacionados con las acciones encaminadas a mejorar las condiciones de salud física de los empleados, el establecimiento de programas para mejorar las condiciones de salud mental de los empleados, y las acciones orientadas al desarrollo profesional y de carrera de los trabajadores. El factor medio ambiente se refiere a aspectos relacionados con la implementación de programas para promover el cuidado del medio ambiente, valorar el impacto ecológico del entorno por el accionar de la compañía, y el diseño e implementación políticas organizacionales para proteger el medio ambiente.

Gráfico 2
Modelo Estadístico de Análisis Factorial



Fuente: Elaboración propia

El factor denominado stakeholders y políticas públicas se enfoca en aspectos relacionados con la comunidad, proveedores, compradores y accionistas y explica cómo la empresa desarrolla acciones para facilitar interacción positiva con la comunidad cercana, la existencia de mecanismos que promuevan la cooperación e interacción con los proveedores y acreedores, los estudios que se realizan para identificar necesidades y expectativas del cliente. Además, este factor, hace referencia a

cómo la organización valora la calidad de sus servicios y la existencia de estrategias para fidelizar al cliente.

Los pesos factoriales encontrados (Cuadro 1), muestran una escala fiable (Alfa de Cronbach superior a 0.7). Los resultados señalan escalas fiables para cada uno de los cuatro factores, lo cual permite inferir que los factores: plan de desarrollo, empleados, medio ambiente y stakeholders y políticas públicas son aceptables para analizar prácticas saludables.

Cuadro 1
Variables que componen las prácticas saludables

Variables	Ítems	Peso Factorial	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los Elementos Tipificados
Plan de Desarrollo	Se establece y cumple un plan de desarrollo	0.78	0.739	0.741
	Se implementan indicadores de cumplimiento	0.65		
	Se retroalimentan los alcances y se realizan ajustes al plan	0.65		
Empleados	Se implementan Programas Salud Física	0.80	0.890	0.879
	Se implementan Programas Salud Psicológica	0.81		
	Se implementan acciones para facilitar los planes de Carrera y ascensos de los empleados	0.65		
Medio Ambiente	Se implementan programas para cuidar el Medio Ambiente	0.66	0.915	0.915
	Se valora el impacto al medio ambiente por el accionar de la empresa	0.77		
	Se diseñan e implementan políticas organizacionales para proteger el medio ambiente.	0.77		

Cont... Cuadro 1

Stakeholders y políticas públicas: Comunidad, Proveedores, Compradores, Accionistas	Se realizan acciones para interactuar con la comunidad	0.72		
	Existen Sistemas de cooperación con proveedores y Clientes	0.60		
	Se estudian la necesidades y expectativas de los clientes	0.68	0.875	0.878
	Se valora la calidad de los servicios prestados	0.67		
	Programas de fidelización del cliente	0.74		

Fuente: Elaboración propia

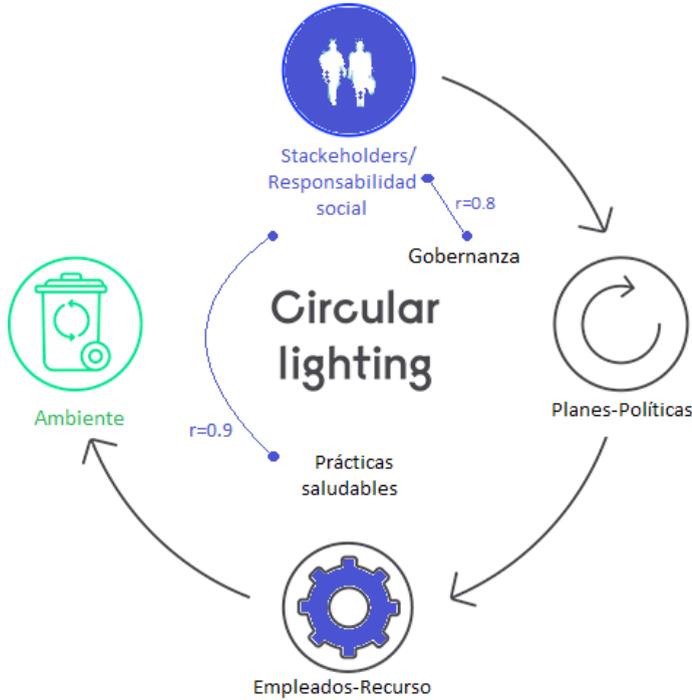
El análisis de correlación entre las variables permite inferir con un 95% de confiabilidad que no existe relación entre gobernanza y estrategias organizacionales ($p > 0.05$), contrario a lo manifestado por Mintzberg (2005), para quien la estrategia es un conjunto de actividades deliberadamente pretendidas como derrotero de la compañía y los planteamientos de Li y Tan (2013), según los cuales el desempeño de la organización es más eficiente cuando hay una relación significativa entre las dos variables, por lo cual estas deberían estar estrechamente relacionadas.

De igual manera, la estrategia no tiene valor predictivo a la hora de adoptar prácticas saludables orientadas a los empleados ($p > 0.05$). Se esperaba encontrar evidencias de la relación entre estas dos variables en la medida que se gestionara adecuadamente la estrategia a través de las estructuras organizacionales, con el objeto de lograr un adecuado clima organizacional, contrario a resultados de Claver-Cortés et al (2012), quienes establecen una relación entre estrategia y estructura organizacional, y se demuestra que acciones como la descentralización en la toma de decisiones favorece el trabajo colaborativo, la complementariedad de

los recursos, y la congruencia de los objetivos y valores. En el mismo orden de ideas, en contraposición con lo propuesto por Alghamdi (2018), quien encontró una relación positiva entre estrategia competitiva y cultura de reducción de desperdicios, la relación entre estrategia y adopción de prácticas saludables orientadas al cuidado del medio ambiente es nula ($p > 0.05$).

Y finalmente se encuentra que existe relación estadísticamente significativa entre la estrategia y la adopción de prácticas saludables orientadas a la responsabilidad social y políticas públicas ($p < 0.05$). Los resultados encontrados coinciden con los planteamientos de Ansoff (1965), Miles y Snow (1978) y Porter (1981), entre otros, que expresan que existe una relación entre la gobernanza de la empresa y las prácticas saludables y la responsabilidad social y que las buenas prácticas orientadas a proteger a los compradores, clientes, accionistas y sociedad resultan de gran provecho para la empresa en términos de imagen, responsabilidad y credibilidad. El resultado de la correlación entre las estrategias organizaciones y los factores estudiados, se observa en el Gráfico 3.

Gráfico 3
Relación entre estrategia organizacional y prácticas saludables



Fuente: Elaboración propia

4.3. Análisis confirmatorio y contraste de resultados

Igualmente se encontraron correlaciones significativas entre los distintos factores determinados por las variables latentes (variables que no se observan directamente sino que son inferidas a través de un modelo matemático, a partir de otras variables que se observan medidas directamente), a saber, estrategia organizacional, prácticas saludables, responsabilidad social, lo que sugiere el uso del análisis factorial exploratorio confirmado también

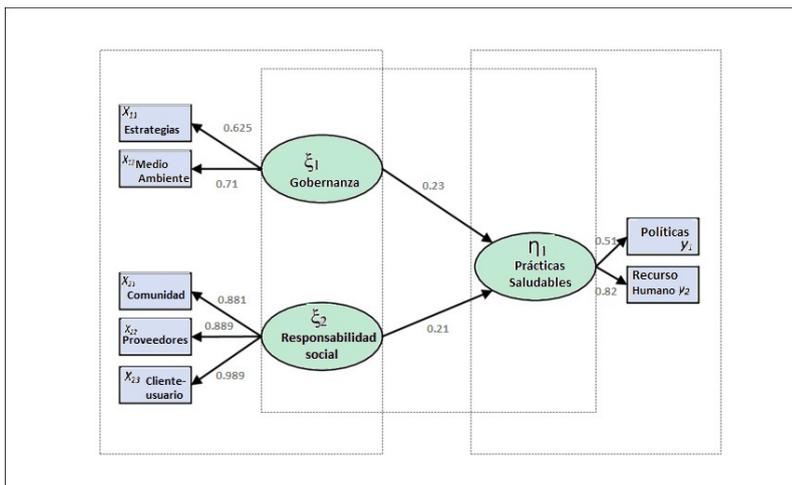
por la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2=1217,9$; $gl=13$; $p=0$), índice Kayser-Meyer-Olkin ($KMO=0.89$) para detección de dimensiones subyacentes, y comparar la estructura factorial encontrada con el estudio de Chaparro et al (2006).

De manera que, para la calidad de las prácticas (CP) saludables, de acuerdo con el modelo estructural confirmatorio (Gráfico 4), se muestran, un modelo con niveles de ajuste apropiados para las variables latentes, estrategia organizacional (EO), prácticas saludables (PS), y stakeholders (ST); variables observables como son

gobernanza, medio ambiente, políticas, empleados, comunidad, proveedores, compradores y accionistas, para un total de diez variables endógenas; un índice de ajuste no normado $E(x)$: NNFI=0.927, índice de ajuste comparativo Covarianza predictiva vs Covarianza observada: CFI=0.935, Root mean square error

of aprx: RMSEA=0.042, Standarizado SRMR=0.0491, luego al ser la varianza explicada de variables endógenas mayor a 0.1, $p=0<0.05$, NNFI y CFI> 0.09, RMSEA menor a 0.05, se observa que se obtuvo un buen modelo estimado predictivo.

Gráfico 4
Modelo estructural y modelo de medida en PLS-11



Fuente: Elaboración propia

Los resultados sugirieron una estructura estable de tres factores (ecuaciones 1 y 2) para la calidad de las prácticas saludables (CP) en las IPS de la zona de frontera entre Colombia y Venezuela, tres factores (3) de primer orden correlacionados: estrategia organizacional (EO) factor principal, práctica saludables in situ (PS), responsabilidad social (ST); factores de segundo orden: estrategias organizacionales (EO), medio ambiente (MA), políticas (Pol), empleados (Em), comunidad (Com), proveedores (Pr),

compradores (Comp) y accionistas, variables: eje estratégico, línea clima organizacional, comunicación, puesto de trabajo, condiciones espacio, normas, solución de problemas, tipo de política, manejo tiempo libre, experiencia, prácticas en puesto de trabajo, nivel estrés, relaciones inter-intrapersonales, nivel salud física, relaciones comunidad, relaciones proveedor; roles, nivel autoestima, empatía, reconocimiento, prioridades, niveles de cooperación, calidad de servicio, esfuerzo, selección de métodos novedosos; dedicación a

soluciones, capacidad, liderazgo de relaciones, interés hacia bienestar. La ecuación estructural que define el modelo teniendo en cuenta factores de primer orden y segundo orden se reduce a:

$$CP_{ij} = EO_i + PS_i + ST_j + \varepsilon \quad (1)$$

Las variables endógenas vienen dadas por el vector

$$n' = [n_1, n_2, n_3, n_4, n_5, n_6, n_7] = [EO \ MA \ Pol \ Em \ Com \ Pr \ Comp] \quad (2)$$

La ecuación estructural (1) del modelo estructural (Gráfico 4) es adecuada, muestra que los factores de primer orden lo conforman variables observables con cargas factoriales estadísticamente significativas (Martínez, Vergel y Zafra, 2015). La proporción de varianza explicada para la variable gerencia estratégica es explicada en un 38.4% por el constructo gobernanza, 49% por medio ambiente. La idoneidad del contenido según Secolsky (1987), para la validez facial, muestra un modelo con claridad (IC=0.842), precisión (IC=0.913) y comprensión (IC=0.927). De esta manera cada ítem señalado en el Cuadro 1, cumple con el criterio de las variables latentes, está redactado de forma exacta, de fácil comprensión e interpretación. La estructura completa del modelo puede consultarse en Vergel, Rojas y González (2020).

4.4. Aplicación del modelo en Hospitales y Clínicas

Con base en las variables explicatorias y explicadas en el modelo se procedió a aplicarlo en la zona de frontera con una valoración en hospitales y clínicas de la región. Con base en análisis documental, entrevistas a directivos y grupos focales conformados por trabajadores de las instituciones analizadas se obtuvo la información

correspondiente a las variables identificadas en los diferentes ejes estratégicos; se procesó la información de conformidad con las ecuaciones definidas en Vergel, Rojas y González (2020) para obtener los vectores de componentes de los factores a analizar. A partir de los resultados se realizó un proceso de escalamiento óptimo del análisis multivariado de datos con el fin de sintetizar la información en dos dimensiones (Gráficos 5 y 6).

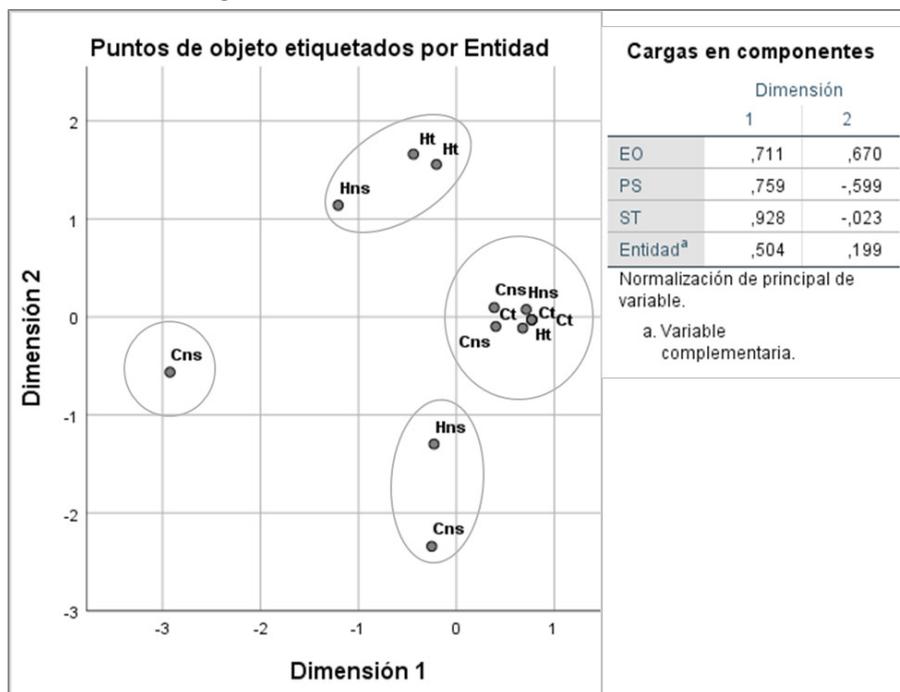
Los ejes principales de cada gráfico están definidos por los tres factores identificados como explicatorios de la calidad de las prácticas saludables (ecuación 1); éstos son: estrategia organizacional (EO), prácticas saludables in situ (PS), responsabilidad social (ST). Los puntos en el mapa corresponden a la ubicación de cada empresa de conformidad con las coordenadas que proyecta cada una en el plano cartesiano definido por los dos ejes principales que recaban la mayor varianza.

Las dos dimensiones construidas con base en la información sobre los componentes de la calidad de las prácticas saludables (Gráfico 5) son indicadores, en primer lugar, en el eje horizontal (Dimensión 1) se aprecia que, con base en las cargas de los componentes, hacia la derecha se ubicarán aquellas entidades con mayores valores en las componentes

y hacia la izquierda las que tienen menores valores; de forma similar el eje vertical (Dimensión 2) indica que las entidades que se ubican en la parte superior tienen alto valor en la primera

componente pero muy bajas en las otras dos, en cambio las que se ubican en la parte inferior obtienen altos valores en las componentes dos y tres y bajo en la primera.

Gráfico 5
Entidades según factores de calidad de prácticas saludables



Fuente: Elaboración propia

La clasificación esquematizada en el Gráfico 5 permite establecer cuatro grupos o conglomerados de entidades. El primer conglomerado está conformado por dos hospitales, uno de Táchira y el otro de Norte de Santander y cinco clínicas, tres del Táchira y dos de Norte de Santander. Se identifican por tener buenos niveles en

la valoración de las tres componentes (EO, PS y ST). Los conglomerados 2 y 3 no difieren significativamente de estos en cuanto a la primera componente, sin embargo, nótese que los tres hospitales (dos del Táchira y uno de Norte de Santander) que se ubican en el conglomerado 2 tienen alta valoración en estrategia organizacional pero baja

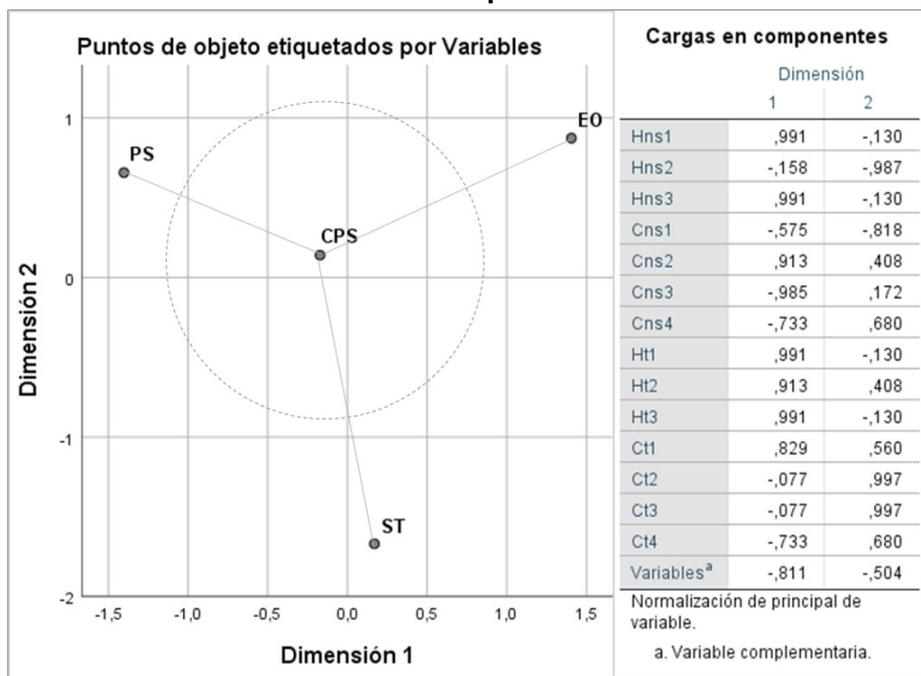
en prácticas saludables. Caso contrario ocurre con el hospital y la clínica de Norte de Santander ubicados en el conglomerado 3, ya que en estos sobresalen las prácticas saludables, pero presentan baja valoración en estrategias organizacionales. Un cuarto conglomerado lo constituye una clínica de Norte de Santander, en la cual se evidencian bajas valoraciones en los tres factores de calidad.

En complemento, a partir de la transposición de la información, es posible obtener información de la relación de las componentes explicativas con respecto a la variable explicada (Gráfico 6). Los ejes quedan definidos por las

proyecciones de las valoraciones sobre cada factor obtenida en los diferentes hospitales y clínicas de la región.

Es de notar que los factores explicativos están fuera del círculo unitario centrado en la variable explicada con cosenos directores significativos. Por tanto, se puede inferir que, para el caso de las clínicas y hospitales de Táchira y Norte de Santander, los factores estrategia organizacional (EO), práctica saludables in situ (PS) y responsabilidad social (ST) son determinantes para valorar la calidad de las practicas saludables (CPS) en instituciones prestadoras de salud de esta región fronteriza.

Gráfico 6
Factores de calidad de prácticas saludables



Fuente: Elaboración propia

5. Conclusiones

La percepción de trabajadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud ubicadas en la frontera colombo-venezolana permite establecer que a mayor grado de escolaridad se percibe que la institución tiene estrategia organizacional propositiva; los técnicos y bachilleres la perciben como proactiva y preactiva. De forma similar, los trabajadores que se encuentran en actividades administrativas y asistenciales también la perciben como proactiva.

Se encuentra una baja relación entre la estrategia organizacional y las prácticas saludables orientadas a los empleados, pero sí entre la estrategia organizacional y las prácticas saludables orientadas hacia la responsabilidad social y las políticas públicas.

Se encuentran correlaciones significativas entre los diferentes factores determinados por las variables latentes. Esto es, que los factores estrategia organizacional, prácticas saludables in situ y la responsabilidad social están significativamente caracterizados por las variables observadas eje estratégico, línea clima organizacional, comunicación, puesto de trabajo, condiciones espacio, normas, solución de problemas, tipo de política, manejo tiempo libre, experiencia, prácticas en puesto de trabajo, nivel estrés, relaciones inter-intrapersonales, nivel salud física, relaciones comunidad, relaciones proveedor; roles, nivel autoestima, empatía, reconocimiento, prioridades, niveles de cooperación, calidad de servicio, esfuerzo, selección de métodos novedosos; dedicación a soluciones, capacidad, liderazgo de relaciones, interés hacia bienestar.

A partir del análisis confirmatorio

es posible establecer que la calidad de las prácticas saludables puede modelarse apropiadamente desde las variables latentes estrategia organizacional, prácticas saludables in situ y la responsabilidad social, junto con las variables observables gobernanza, medio ambiente, políticas públicas, empleados, comunidad, proveedores, compradores y accionistas.

En hospitales y clínicas de la región fronteriza colombo-venezolana se encuentra que, a partir de las variables observables, se pueden estimar las variables latentes y, con base en los valores obtenidos, mediante la aplicación de escalamiento óptimo multidimensional, verificar que efectivamente las variables estrategia organizacional, prácticas saludables in situ y la responsabilidad social resultan relevantes para determinar la calidad de las prácticas saludables.

Referencias bibliográficas

- Alghamdi, F. (2018). Total Quality Management and Organizational Performance: A Possible Role of Organizational Culture. *International Journal of Business Administration*, 9(4), 186-200.
- Ansoff, I. (1965). *Corporate strategy*. McGraw-Hill.
- Arce, C., De Francisco, C. y Arce, I. (2010). Escalamiento Multidimensional. Concepto y aplicaciones. *Papeles del Psicólogo*, 31(1). 46-56.
- Athiyaman, A. y Robertson, R. (1995). Strategic planning in large tourism firms: An empirical analysis. *Tourism Management*, 16(3), 199-205.
- Belsley, D., Kuh, E. y Welsch, R. (2004). *Regression diagnostic: Identifying influential data and sources of*

- collinearity. John Wiley.
- Boomsma, A. (2006). Reporting Analyses of covariance structures: Structural Equation modeling. *A multidisciplinary journal*, 7(3), 461-483.
- Chaparro, F., Ortiz, F. y Bruges, M. (2006). *Formulación de una estrategia de ciudad región del conocimiento para Bogotá. Una propuesta de acción*. Bogotá: Universidad del Rosario – Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD).
- Claver-Cortés, E., Pertusa-Ortega, E. y Molina-Azorín, J. (2012). Characteristics of Organizational Structure Relating to Hybrid Competitive Strategy: Implications for Performance. *Journal of Business Research*, 65, 993-1002.
- Corporación de Salud del Estado Táchira (2018). Red asistencial. http://corposaludtachirtaca.gob.ve/?page_id=587.
- Cuadras, C. (2019). *Nuevos métodos de análisis multivariante*. CMC.
- Cupani, M. (2012). Análisis de Ecuaciones Estructurales. *Revista Tesis*, 1, 186-199.
- David, F. (2013). *Conceptos De Administración Estratégica*. Pearson Education.
- Domínguez, M. (2008). Factores determinantes en la gestión de recursos humanos en empresas de servicios que incorporan de manera sistemática nuevas tecnologías Un estudio de caso en la comunidad valenciana. *Pensamiento y Gestión*, 24, 88-131.
- Gallardo, H., Vergel, M. y Villamizar, F. (2017). Investigación intervención y enfoque multimétodo en ciencias humanas y educación matemática. *Revista Logos, Ciencia y Tecnología*, 9(2), 84-95.
- Greenacre, M. (2002). El análisis de correspondencias en la explotación de la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 16(2), 160-170.
- Guerrero, F. y Ramírez, J. (2012). El análisis de escalamiento multidimensional: una alternativa y un complemento a otras técnicas multivariantes. *La Sociología en sus Escenarios*, 25(1), 1-11.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis Multivariante*. Prentice Hall.
- Hosmer, D. y Lemeshow, S. (2000). A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. *Communications in Statistics*, 10(1), 1043-1069.
- Hu, L. y Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Infantosi, A., Costa, J. y Almeida, R. (2014). Análisis de Correspondencia: bases teóricas para la interpretación de datos categóricos en Ciencias de Salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 473-486.
- Jáimez, M. y Bretones, F. (2011). Towards a healthy organisation model. *Is-Guc. The Journal of Industrial Relations & Human Resource*, 13(3), 7-26.
- Kaplan, R. y Norton, D. (2004). *Mapas Estratégicos convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles*. Harvard Business School Publishing Corporation.
- Koontz, H. (1991). Estrategia, planificación y control. <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/34/gerencia.htm>. Consultado 18 Enero 2017.

- Li, Y. y Tan, C. (2013). Matching business strategy and CIO characteristics: The impact on organizational performance, *Journal of Business Research*, 66(13), 248–259.
- Lowe, G. (2010). *Creating Healthy Organizations: How vibrant workplaces inspire employees to achieve sustainable success*. University of Toronto Press.
- Lowry, C. y Hanges, P. (2008). What is the Healthy Organization? Organizational Climate and Diversity Assessment: A Research Partnership. *Libraries and the Academy*, 8(1), 20-35.
- Manzano, A. (2017). Introducción a los modelos de ecuaciones estructurales. *Metodología de la investigación médica*, 7(25), 67-72.
- Martínez, J., Vergel, M. y Zafra, S. (2015). Validez de instrumento para medir la calidad de vida en la juventud: vihd. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 7(1), 17-26.
- Miles, R. y Snow, C. (1978). *La estrategia, estructuras y procesos de la organización*. New York: Mc Graw Hill.
- Ministerio de Salud de Colombia (2018). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS*. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>.
- Mintzberg, H. (2005). *La estructuración de las organizaciones*. Ariel.
- Morales, P., Urosa, B. y Blanco, Á. (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert*. La Muralla.
- Navarro, C., Zamora, A. y Cano, M. (2015). Análisis de Escalamiento Multidimensional del turismo de los países que conforman la APEC. *Revista Turismo y Sociedad*, XVI, 17-30
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Salud de los Trabajadores- OPS – OMS*.
- OPS y OMS (2013). La salud de los trabajadores de la salud. *Revista de Salud Pública*, 2(3), 1-220.
- Orozco, L., Chavarro, D. y Rivera, H. (2007). Estrategia y conocimiento en la gestión organizacional. *Universidad Empresa*, 6(13), 37-58.
- Pardo, A. y Ruiz, M. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. McGraw-Hill.
- Pérez, C. (2008). *Técnicas de análisis multivariante de datos*. Pearson.
- Porter, M. (1981). *Estrategia competitiva*. Cesca.
- Rigby, D. y Bilodeau, B. (2011). *Management tools and trends 2011*. Bain & Company Ritchie.
- Rivera, J. y Molero, V. (2010). El Escalado Multidimensional en la investigación de mercados. Usos y aplicaciones. *Investigación y Marketing*, 70, 16-23.
- Sánchez, M. (2017). Aportes teóricos a la gestión organizacional: la evolución en la visión de la organización. *Ciencias Administrativas*, 10, 65-74.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos, *Revista de trabajo y seguridad social*, 2(1), 301-303.
- Secolsky, C. (1987). On the Direct Measurement of Face Validity: A Comment on Nevo. *Journal of Educational Measurement*, 24(1), 82-83.
- Soteriou, E. y Roberts, C. (1998). The strategic planning process in national tourism organizations. *Journal of Travel Research*, 37(1), 21–29.
- Vergel, M., Rojas, J. y González, J. (2020). Modelo estructural de

correlación entre prácticas saludables y estrategia, en instituciones de salud en la frontera colombo venezolana. *Revista Aibi*, 8(1), 69-75.

Whittington, R. y Cailluet, L. (2008). *The craft of strategy*. Long Range Planning.

Wilson, M., Dejoy, D., Vandenberg, R., Richardson, H. y Mc Grath, A. (2004). Work and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *British psychological society*, 77(1), 568–588.