

Organizaciones saludables: Analizando su significado desde el Modelo HERO

Hedy Acosta, Valeria Cruz-Ortiz, Marisa Salanova and Susana Llorens
Universitat Jaume I

(Received 3 June 2013; accepted 12 June 2014)

Publicado inglés y en castellano:

Revista de Psicología Social / International Journal of Social Psychology, 2015

<http://dx.doi.org/10.1080/21711976.2015.1016751>

Resumen

El objetivo del estudio es analizar el significado del concepto de Organización Saludable desde una aproximación empírica - teórica basándonos en el Modelo HERO (HEalthy & Resilient Organizations; Salanova, Llorens, Cifre, y Martínez, 2012). Cuatro jueces independientes analizaron 14 entrevistas llevadas a cabo a 14 agentes clave (gerentes o responsables de recursos humanos) de 14 organizaciones españolas mediante análisis de contenido. Los resultados cualitativos mostraron: (1) una coincidencia ‘parcial’ en las categorías propuestas por la definición teórica de organización saludable (Índice de Concordancia, Kappa de Cohen, CCI), y (2) que la “salud psicosocial” de los trabajadores resultó ser el elemento clave que definía una organización saludable. Finalmente, un árbol categorial evidencia subcategorías que emanan de los elementos clave que componen una organización saludable. Se discuten los resultados, así como las implicaciones teóricas y prácticas del estudio de acuerdo al Modelo HERO.

Palabras clave: análisis de contenido, metodología cualitativa, organizaciones saludables.

Organizaciones saludables: Analizando su significado desde el Modelo HERO

En las décadas de los cincuenta y sesenta, comienzan las primeras aportaciones con respecto a la “salud organizacional” (Argyris, 1958; Schein, 1965). De acuerdo a Argyris (1958) una organización saludable es aquella que permite el funcionamiento humano óptimo. Por otro lado, Schein (1965) identifica cinco características de una organización saludable: (1) sentido del cambio ambiental, (2) llevar la información a los lugares adecuados, (3) procesar y utilizar la información, (4) adaptación y transformación sin destrucción y, (5) obtener información sobre las consecuencias de las transformaciones. Éstas primeras aportaciones dejan en evidencia que aquellos indicadores que se consideraban para evaluar una organización saludable (ej., bajo ausentismo, niveles de producción, seguridad industrial, lealtad, sentimientos positivos de los empleados) no siempre proporcionaban una base adecuada para su diagnóstico. Por tanto, el interés de los investigadores se centró en profundizar el estudio de las organizaciones saludables desde diferentes aproximaciones. Por ejemplo, en el área de recursos humanos, las investigaciones se han centrado en identificar las características de las organizaciones saludables que generan un alto rendimiento laboral y bajos costos relacionados a la seguridad en el trabajo (Arthur, 1994; Huselid, 1995; Delery y Shaw, 2001; Ostroff y Bowen, 2000). Otros investigadores, han considerado los factores organizacionales y/o contextuales que generan malestar en las organizaciones, como por ejemplo, el estrés (Cartwright, Cooper, y Murphy, 1995; Peterson y Wilson, 2002; Sparks, Faragher y Cooper, 2001). En este mismo sentido, los investigadores que promueven la salud se han interesado en examinar los efectos de las relaciones entre el empleado y los resultados organizacionales, como por ejemplo, el liderazgo (Goetzel et al., 2000; Ozminkowski et al., 1999.).

En la actualidad, la Psicología de la Salud Ocupacional emerge como una disciplina de la Psicología cuyo objetivo principal, desde su naturaleza interdisciplinar y transdisciplinar, es crear ambientes de trabajo seguros y saludables que promuevan organizaciones, grupos y personas saludables. Lo anterior, supone una dirección comprometida con la salud integral, tanto en el desarrollo y promoción de la salud en el trabajo (Salanova, Llorens, Torrente, y Acosta, 2014). Por lo tanto, las organizaciones comienzan a ser consideradas como fuente de salud y de enfermedad y sus condiciones de trabajo comienzan a valorarse, es decir, pueden influir positiva o negativamente en la salud de los trabajadores (Gómez, 2007). Específicamente, la Psicología Ocupacional Positiva (POP) se ha centrado en el estudio de las fortalezas de los trabajadores y del comportamiento óptimo de las personas en las organizaciones (Luthans, Avolio, Avey y Norman, 2007; Peterson y Seligman, 2004; Salanova, Martínez, y Llorens, 2005; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), es así como el concepto de “organizaciones saludables”, ha sido abordado desde diferentes aproximaciones. Por ejemplo, Bruhn (2001) hace un análisis sobre la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien propone que la salud es un estado de bienestar físico, mental y

social y no solamente la ausencia de enfermedad. Dicho autor toma esta definición e infiere sobre la salud de una organización, en donde: (1) *cuerpo* se refiere a la estructura, el diseño organizacional, los procesos de comunicación, y la distribución del trabajo; (2) *mente* se refiere a cómo las creencias subyacentes, los objetivos, las políticas y procedimientos son implementados y (3) *espíritu* es el núcleo de una organización, lo que le da vigor. Otro ejemplo es la aportación de Corbett (2004), el cual considera que una organización saludable se debe al comportamiento de las empresa a través de una misión compartida y un liderazgo efectivo, logrando un equilibrio en las relaciones entre los empleados, los clientes y la organización, y teniendo como consecuencia su compromiso con la responsabilidad social, tanto en sus valores y en los resultados. Por tanto, considerar una organización saludable implica tener una visión amplia de ella, donde se tomen en cuenta aspectos como las características de los sistema de trabajo, los factores culturales y el clima organizacional, entre otros (Wilson, et al., 2004). Uno de los aspectos que las investigaciones señalan como relevante para desarrollar una organización saludable es la salud de los empleados debido a que representa una ventaja competitiva para las organizaciones, y cuidar de ellos, por tanto, tiene consecuencias positivas en su bienestar, en términos de desempeño organizacional y salud financiera de la organización (Cooper y Cartwright, 1994; Luthans, Avolio, Avey, y Norman, 2007; Salanova y Schaufeli, 2009; Schuck, Rocco, y Albornoz, 2011; Wright y McMahan, 1992).

En este sentido, el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) proponen que la finalidad de la salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos (OIT, 2003). Tarride, Zamorano y Varela (2008) realizan una revisión de las definiciones de organización saludable donde concluyen que las organizaciones de trabajo son un sistema que involucran un estado de bienestar físico, mental y social, no aditivo ni lineal, sino que depende del contexto de la organización y de quienes la integran. Por lo tanto, el bienestar físico, mental y social, pertenece a la organización, es decir, al sistema como un todo y no solo a sus partes. Por ello, entendemos que fomentar la salud tanto de los empleados como de la organización es un aspecto central para promover organizaciones saludables. De esa manera, las organizaciones saludables pueden cumplir al mismo tiempo su misión y desarrollo, el aprendizaje, crecimiento y salud de los trabajadores.

Surgen así, estudios que proponen un modelo integral de organizaciones saludables (DeJoy et al, 2010; Wilson et al, 2004). Estos trabajos intentan poner a prueba un modelo heurístico de organizaciones saludables, que integren la salud de los empleados, así como las variables referidas al contexto de la organización (ej, demandas de trabajo, herramientas y tecnologías, o el entorno social) y desempeño. Estos estudios representan una primera aproximación a la comprensión de cómo las prácticas de la organización se relacionan con la salud de los empleados. Sin embargo, la validación de

estos primeros modelos integrales de organización saludable (DeJoy et al, 2010; Wilson et al, 2004) mostraron algunas limitaciones, esto es: (1) los datos se recogieron a través de la misma fuente de información (empleados) usando los mismo instrumentos de medida, convirtiendo la varianza común en un sesgo potencial en los datos; y (2) los constructos se pusieron a prueba a nivel individual de análisis a pesar de que las premisas que subyacen al concepto de organización saludable requieren examinar estos modelos en un nivel de análisis colectivo. Siguiendo las línea de estos estudios, otras investigaciones consideran que las organizaciones que invierten en salud, resiliencia y motivación de sus empleados y equipos de trabajo, así como en la estructura y control de los procesos de trabajo, y en los resultados saludables orientados al logro de ingresos y excelencia para la sociedad han sido denominadas organizaciones saludables y resilientes (*HEalthy & Resilient Organizations, HERO*; Salanova, Llorens, Cifre, y Martínez, 2012). Desde una perspectiva psicosocial, el modelo HERO emerge y va más allá considerando que una organización saludable, no sólo comprende la salud del trabajador en su ambiente de trabajo, sino que además fuera de su ambiente de trabajo y afecta también a la comunidad. Es aquí, donde los recursos y prácticas organizacionales que la organización invierte se convierten en un pilar fundamental para desarrollar HEROs.

Recientemente, Salanova y colaboradoras (2012, p.788) han definido una HERO como “aquellas organizaciones que hacen esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar los procesos y resultados de sus empleados y de la organización. Estos esfuerzos se relacionan con los recursos y prácticas organizacionales, y con las características del trabajo a tres niveles: (1) nivel de tarea (ej., rediseño de tareas para mejorar la autonomía, *feedback*), (2) nivel social (ej., liderazgo transformacional), y (3) nivel organizacional (ej., prácticas de conciliación trabajo-familia)”.

El Modelo HERO es un modelo heurístico y teórico que integra evidencia teórica y empírica que proviene de las investigaciones sobre estrés laboral, Dirección de Recursos Humanos, comportamiento organizacional y desde la Psicología de la Salud Ocupacional Positiva (Llorens, del Líbano y Salanova, 2009; Salanova, Llorens, Cifre, y Martínez, 2009, Vandenberg, Park, Dejoy, Wilson, y Griffin-Blake, 2002). Basándonos en estas premisas teóricas y empíricas entendemos que una organización saludable y resiliente combina tres elementos clave que interactúan entre sí: (1) recursos y prácticas organizacionales saludables (ej. liderazgo), (2) empleados saludables (ej. *work engagement*) y (3) resultados organizacionales saludables (ej. alto desempeño) (Salanova, 2009; Salanova, Cifre, Llorens, Martínez y Lorente, 2011; Salanova, et al., 2012) (ver Figura 1). Al ser un modelo heurístico, hasta ahora, se han puesto a prueba relaciones específicas entre algunas variables de los componentes clave del Modelo HERO a partir de metodología cuantitativa y cualitativa. Algunos ejemplos de estudios cuantitativos demuestran el rol mediador: (1) de la confianza organizacional entre prácticas organizacionales implementadas desde la Gestión de Recursos Humanos

y el *teamwork engagement* (Acosta, Salanova, y Llorens, 2012); (2) del *teamwork engagement* entre el liderazgo transformacional y el desempeño (Cruz-Ortiz, Salanova, y Martínez, 2013); (3) del *engagement* colectivo entre los recursos personales y la calidad de servicio (Hernández, Llorens y Rodríguez, 2013); (4) del *teamwork engagement* entre recursos del equipo y el desempeño evaluado por los supervisores (Torrente, Salanova, Llorens, y Schaufeli, 2012). Sin embargo, hasta lo que sabemos, no se han realizado estudios que aborden cualitativamente la definición de organización saludable y sus elementos clave. Específicamente, los estudios sobre HEROs llevados a cabo por el equipo utilizando metodología cualitativa se han centrado en: (1) evaluar las percepciones de organización saludable utilizando una escala tipo Likert de 10 puntos de anclaje que oscilaba entre 0 (no saludable) y 10 (muy saludable) (Salanova, Cifre, et al., 2011); (2) analizar las prácticas organizacionales saludables y los resultados organizacionales saludables (Salanova, et al., 2012) y (3) analizar las frecuencias de las prácticas organizacionales saludables en Pequeñas y Medianas Empresas (PyMEs) (Acosta, Salanova, y Llorens, 2012). En este sentido, Sorge y Van Witteloostuijn (2004) así como Vanderberg y colaboradores (2002) proponen que existe un amplio cuerpo de conocimiento relacionado a teorías de organizaciones saludables desconectado entre ellos. De acuerdo a estos autores, se deberían integrar conocimientos a través de evidencia basada en la consultoría así como también de evidencia empírica que permita fundamentar los modelos teóricos actuales. Por tanto, este estudio pretende ir un paso más allá, profundizando en la definición de organización saludable y sus elementos clave a través de metodología cualitativa, esto es, utilizando análisis de contenido, desde una aproximación tanto empírica como teórica basándonos en el Modelo *HERO* (*HEalthy & Resilient Organization*; Salanova, et al., 2012).

INSERTAR FIGURA 1 AQUÍ

Método

Participantes y procedimiento

La muestra está compuesta por 14 agentes clave (80% hombres) pertenecientes a 14 organizaciones españolas¹. Los entrevistados debían conocer ampliamente a la organización. Para eso se consideraron dos requisitos: (1) el cargo actual en la empresa, el cual les permitiera tener una vista global de la organización y (2) la antigüedad laboral. Se entrevistaron a 11 (79%) gerentes generales y tres (21%) responsables de recursos humanos. La media de tiempo que llevaban trabajando en la empresa era de 18 años (*dt.* = 10). Diez (77%) de las organizaciones pertenecían al sector servicios (e.g., educación, comercio, ocio y entretenimiento, investigación, turismo, servicios financieros y Organizaciones No gubernamentales) y cuatro (23%) al sector productivo (e.g., construcción y manufactura).

Las organizaciones fueron seleccionadas por conveniencia y su participación fue voluntaria. El contacto inicial con los agentes clave fue vía telefónica y posteriormente

¹ El tamaño de la muestra es adecuado para realizar estudios de análisis de contenido; investigaciones previas publicados en revistas de impacto han considerado este número de empresas a la hora de realizar estudios cualitativos (ej., Salanova et al., 2012).

en persona. Se les explicó los objetivos del estudio, garantizándoles la confidencialidad y anonimato de la información. Tras la aceptación a participar en la investigación, dos investigadores expertos llevaron a cabo las entrevistas. Ésta tuvo una duración aproximada de 45 minutos. Para evitar sesgos y, con el consentimiento de los agentes clave, la entrevista fue grabada para su posterior transcripción literal.

Entrevista HERO

Se utilizó la entrevista que forma parte de la batería de instrumentos HERO (Salanova et al., 2012) que evalúa organizaciones saludables y resilientes.

Específicamente el guion de la entrevista que contiene 27 preguntas abiertas y semi-estructuradas, contempla cuatro bloques: (1) historia de la organización (ej. logros y cambios organizacionales), (2) definición de organización saludable (ej. definición de organización saludable), (3) prácticas organizacionales saludables (ej. implementación de prácticas organizacionales saludables) y, (4) resultados organizacionales saludables (ej., salud financiera). En este estudio nos centraremos en el segundo bloque de la entrevista, esto es, en la definición de organización saludable, a través de una pregunta abierta, debido a que hasta ahora, no se han realizado estudios que se centren en la definición de organización saludable desde la percepción de gerentes y responsables de recursos humanos de las organizaciones.

Análisis de las entrevistas

Las entrevistas fueron analizadas utilizando análisis de contenido (Ahuvia, 2001). Esta técnica es ampliamente usada para analizar categorías y obtener conclusiones basadas en un marco teórico previo (Denecke y Nejdil, 2009; Dick, 2004). Además, el análisis de contenido es una técnica flexible, que combina categorías de un modelo teórico propuesto con sub-categorías que emanan de los datos analizados (Hsieh y Shannon, 2005). Este análisis lo llevan a cabo codificadores entrenados e independientes con el objetivo de crear un sistema de categorías mutuamente excluyente, fiable y válido (Weick, 1985). Cuatro jueces fueron seleccionados a participar en el análisis de la información debido a su experticia en Psicología de la Salud Ocupacional Positiva. Dos de ellos poseían el grado de Doctor en Psicología y dos poseían un Máster en Psicología del Trabajo, las Organizaciones y Recursos Humanos.

Específicamente la información se codificó a través de dos estrategias de análisis: (1) centrada en la definición de organización saludable y (2) centrada en los elementos clave que componen una organización saludable. La primera estrategia permite identificar categorías referentes a las definiciones de organización saludable. Basándonos en Cassell y Symon (2004), los cuatro jueces por consenso consideraron que la definición teórica de organización saludable contenía dos grandes categorías. La primera de ellas, *prácticas*, la cual incluía las siguientes sub-categorías: prácticas de tarea, prácticas sociales, prácticas organizacionales y, prácticas individuales. La segunda categoría, *resultados*, incluían: resultados de salud de los trabajadores, resultados financieros, resultados de excelencia y resultados del ambiente/comunidad en el que se encuentra inmersa. Posteriormente, a través de la valoración interjueces se

identifica la coincidencia entre la definición de organización saludable dada por los agentes clave. Para conocer el grado de acuerdo entre los jueces, se calculó el estadístico *Kappa* de Cohen, que evalúa si el grado de acuerdo entre los jueces es inferior o superior al que se esperaría al azar (Kottner, 2008), siendo un coeficiente útil cuando el patrón del conjunto de respuestas se compara con un estándar ya establecido (Muñoz, Montoro, y Luke, 2006). Valores entre .81 y 1 pueden ser interpretados como “muy buenos”; aquellos entre .61 y .80 como “buenos”; entre .41 y .60 como “moderados” y entre .21 y .40 como “bajo”. Valores menores a .21 son considerados como un acuerdo “pobre” (Altman, 1991). Además, se calculó el Índice de Concordancia (IC). En este caso, se considera que las evaluaciones son concordantes cuando el valor del IC $\text{acuerdos} / (\text{acuerdos} + \text{desacuerdos})$ es $\geq .80$ (Tversky, 1977), siendo más restrictivo que los valores del *Kappa* de Cohen. También se consideró el porcentaje de acuerdos, calculado como $(\text{número de acuerdos obtenidos} / \text{total de acuerdos posibles}) / 100$. Finalmente, los jueces evaluaron el grado de coincidencia entre la definición teórica propuesta por el Modelo HERO y la definición proporcionada por los agentes clave (escala tipo Likert, que oscilaba entre 0= *No coincidencia*, a 6= *Totalmente coincidentes*). En este caso, al tratarse de variables continuas, se utilizó el programa SPSS (versión 19.0) para calcular el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI; Bliese, 2000) con el objetivo de evaluar la consistencia de la información otorgada. Para esto se calculó la fiabilidad promedio de todos los jueces utilizando la media de ICC, la cual aplica la corrección de Spearman-Brown (Wuensch, 2007). Para la saturación de los datos (Guest, Bunce, y Johnson, 2006), se utilizó cuatro principios propuestos por Francis et al. (2010) para análisis de contenido, estos son: (1) muestra inicial, (2) *stopping criterion*, (3) jueces independientes y (4) saturación de los datos (Francis et al., 2010). En cuanto a la categoría *prácticas*, tras la décima entrevista no surgió nueva información. En concreto, los entrevistados mencionaron: prácticas de tarea (ej., planificación estratégica), prácticas sociales (ejs., relaciones interpersonales, liderazgo, trabajo en equipo y comunicación) y prácticas organizacionales (ejs., desarrollo del trabajador, condiciones laborales, políticas de conciliación trabajo-no trabajo). En cuanto a la categoría *resultados*, coincidentemente con la categoría anterior, tras la décima entrevista no surgió nueva información. En concreto los entrevistados mencionaron: salud de las personas (ejs., bienestar psicosocial laboral y bienestar psicosocial extra laboral), salud financiera (ej., producción), resultados de excelencia (ej., desempeño) y resultados del ambiente (ej., reputación). Los jueces por consenso consideraron incluir cuatro entrevistas más con el objetivo de garantizar el proceso de saturación de datos. Tras las 14 entrevistas analizadas los jueces no encontraron nueva información que emanara de los datos.

La segunda estrategia de análisis, se centró en los elementos clave que componen una organización saludable. Comprende la categorización y codificación de información que los jueces realizaron vía lápiz y papel, utilizando *Templates* análisis (King, 2004) basado en los tres elementos claves propuestos por el Modelo HERO (recursos y prácticas organizacionales saludables, empleados saludables y resultados

organizacionales saludables; Salanova et al., 2012). El *Templates análisis* es una técnica flexible que permite organizar la información cualitativa obtenida y plasmar los datos codificados en una matriz explicativa. Los mismos cuatro jueces expertos, categorizaron las 14 entrevistas por consenso. Se emplearon dos criterios para codificar la información: (1) a cada empresa se le asignó un número (desde el 1 al 14) y (2) se asignaron números correlativos a cada frase dada por los agentes clave de cada empresa. La numeración de las frases fue desde 1 al 50. Por lo tanto, en cuanto al orden de codificación, el primer número corresponde a la empresa y el segundo a la frase (ej., 2:11). Posteriormente, los jueces por consenso realizaron un árbol categorial con el fin de realizar un mapa categorial de la información proporcionada por los agentes clave en cuanto a los elementos de una organización saludable.

Resultados

Resultados centrados en la definición de Organización Saludable

La Tabla 1 muestra tales categorías y el acuerdo entre los cuatro jueces expertos (número de acuerdos) en las categorías de la definición de organización saludable entregada por los agentes clave. Para esto se consideraron el índice *Kappa* de Cohen, el Índice de Concordancia (IC) y el porcentaje de acuerdo. Los resultados indican que los jueces mostraron ‘algún’ grado de acuerdo en la definición de organización saludable entregada por los agentes clave al compararla con la definición teórica, siendo “el resultado de salud de los trabajadores” la que más acuerdo muestra. En resumen, los jueces señalaron que todas las definiciones de organización saludable entregada por los agentes clave hacen referencia principalmente a la salud de los trabajadores.

INSERTAR TABLA 1 AQUÍ

En relación al grado de acuerdo que los jueces mostraron respecto a si la definición empírica (dada por los agentes clave) se ajusta a la definición teórica de organización saludable propuesta por Salanova et al. (2012), los resultados (realizados con el programa SPSS, versión 19.0) muestran un ‘elevado’ acuerdo entre los jueces respecto a la puntuación otorgada al ajuste entre la definición de organización saludable ($ICC: .74, p < .01$) y la definición teórica. Además, los resultados muestran un acuerdo ‘bajo-medio’ en la definición de organización saludable ($M= 3.21, dt= .50$) con un rango de respuesta de 0 (*No coincidencia*) a 6 (*Totalmente coincidentes*).

Resultados centrados en los elementos del Modelo HERO

Los resultados de la categorización basada en los tres elementos claves del Modelo HERO (recursos y prácticas organizacionales saludables, empleados saludables y, resultados saludables) dieron como resultado un árbol categorial.

En cuanto al primer elemento, *recursos y prácticas organizacionales saludables*, emergieron dos sub-categorías, estas fueron: recursos sociales y prácticas organizacionales saludables. La primera sub-categoría, recursos sociales, englobaba: tipo de comunicación entre los miembros de la organización, liderazgo, trabajo en equipo y relaciones interpersonales. Un ejemplo de esta sub-categoría es: “*Organización con comunicación fluida y directa*” (7:26). La segunda sub-categoría,

prácticas organizacionales saludables englobaba los siguientes aspectos, canales de comunicación utilizados en la organización, planificación estratégica, prácticas tradicionales de recursos humanos, condiciones laborales y desarrollo del trabajador. Un ejemplo de esta sub-categoría es “*Organización en la que el trabajador tiene información sobre sus cometidos, sus objetivos*” (7:23).

En cuanto al segundo elemento, *empleados saludables*, emergieron dos sub-categorías: bienestar psicosocial laboral y bienestar psicosocial extra-laboral. Un ejemplo es: “*Aquella en que la que se trabaja en un ambiente saludable para la persona tanto en el aspecto físico como emocional*” (4:13).

En cuanto al tercer elemento, *resultados organizacionales saludables*, emergieron dos sub-categorías: los resultados intra-organizacionales (producción y desempeño) y los extra-organizacionales (reputación). Un ejemplo es: “*Empresas con mayor productividad*” (9:39).

INSERTAR FIGURA 2 AQUÍ

Discusión

El objetivo del estudio era analizar el significado de organización saludable desde una aproximación empírica como teórica basándonos en el Modelo *HERO* (*HEalthy & Resilient Organization*; Salanova et al., 2012) en 14 organizaciones españolas. Este estudio aporta una mirada específica en cuanto a las percepciones de agentes clave pertenecientes a 14 organizaciones españolas en cuanto a cómo definen una organización saludable y cuáles son los elementos que creen que la componen. Estas conclusiones nos llevan a discutir diversas implicaciones teóricas referidas a cómo conceptualizan gerentes y responsables de recursos humanos una organización saludable y resiliente, así como implicaciones prácticas para la Dirección de Recursos Humanos.

Implicaciones Teóricas

Los resultados del análisis de contenido centrado en las definiciones señalan que existe un ajuste ‘*parcial*’ entre la definición propuesta teóricamente por el Modelo *HERO* (Salanova et al., 2012) y la definición empírica de los agentes clave, al tratarse esta última de una definición mucho más restrictiva donde la salud de los empleados es el eje central del discurso. Este acuerdo entre los jueces en considerar a la salud de los empleados (tanto a nivel laboral y extra laboral), como aspecto central en la información otorgada por los agentes clave, coincide con las investigaciones en POP que señalan la importancia de cuidar a los trabajadores (ej., Luthans et al., 2007) para el desempeño y productividad de la organización. Sin duda, esta información es de gran relevancia dado que la salud de los empleados conlleva al logro de los objetivos organizacionales (Shuck, Rocco, y Alborno, 2011), especialmente en estos tiempos de cambios y crisis, porque representan una ventaja competitiva (Cifre y Salanova, 2004). Sin embargo, este punto de vista empírico deja de lado otros factores básicos para un buen desarrollo de la misma, como por ejemplo, las prácticas organizacionales saludables, que sí contempla la definición teórica. Las prácticas organizacionales saludables representan un pilar fundamental para desarrollar *HEROs* (Acosta, Salanova, Llorens, 2013; Salanova et al.,

2012). En un estudio desarrollado por Acosta y colaboradores (2012) se evidenció que las prácticas organizacionales saludables (i.e., conciliación trabajo familia, prevención del mobbing, programas de salud psicosocial y comunicación) se relacionan positivamente con el bienestar de los equipos de trabajo (i.e., confianza organizacional y *team work engagement*). A su vez, estas prácticas tienen consecuencias en los resultados organizacionales. Por ejemplo, Torrente, Salanova, Llorens, y Schaufeli (2013) han evidenciado en un estudio multinivel que las prácticas organizacionales saludables tienen un efecto tanto a nivel organizacional como a nivel de equipos de trabajo. Esto significa que a nivel organizacional, las prácticas organizacionales saludables se relacionan positivamente con el compromiso afectivo organizacional y con la lealtad de los clientes. Y a nivel de equipos, las prácticas organizacionales saludables se relacionan positivamente con la coordinación, el *work engagement* y el desempeño (intra y extra rol) de los equipos.

En segundo lugar, los resultados del análisis de contenido centrado en los elementos que componen una HERO amplían y especifican cada elemento clave del modelo (recursos y prácticas organizacionales saludables, empleados saludables, y resultados organizacionales saludables). En concreto, se especifica el elemento de *recursos y prácticas organizacionales saludables* donde emergen los recursos sociales: tipo de comunicación, liderazgo, trabajo en equipo y relaciones interpersonales. Estos tipos de recursos son relevantes en las organizaciones debido a que cumplen una doble función (Schaufeli y Bakker, 2004): por un lado, aumentan el bienestar psicosocial (empleados saludables) y los resultados organizacionales saludables y por otro, disminuyen el malestar psicosocial (ejs., burnout, estrés). Además, específicamente como prácticas organizacionales emergen los canales de comunicación, la planificación estratégica, las prácticas tradicionales de recursos humanos (ej., selección y reclutamiento) y las condiciones laborales (ej., tipo de contrato).

Otra aportación teórica es la ampliación del concepto de *resultados organizacionales saludables*, el cual considera resultados intra-organizacionales (ej., desempeño intra rol) y extra-organizacionales (ej., buenas relaciones con la comunidad). En los primeros se hace hincapié en la producción y los resultados financieros y en los segundos, en la reputación organizacional. En diversas investigaciones (ejs., Cooper y Cartwright, 1994; Salanova 2008, 2009; Wright y McMahan, 1992) se hace hincapié a la salud financiera de la empresa; sin embargo, que emerja la reputación de la organización, nos abre una nueva perspectiva con respecto a la importancia de cómo ven o perciben los demás (ejs., clientes, comunidades, sociedad) a una organización. Este aspecto no está incluido en la definición teórica de organización saludable. Es por ello, que a partir de los resultados obtenidos proponemos incluir la reputación en la definición y considerarla dentro del componente clave denominado resultados organizacionales saludables.

Implicaciones Prácticas

Desde un punto de vista práctico, los resultados de esta investigación evidencian la visión limitada que poseen los agentes clave (gerentes o responsables de Recursos

Humanos) respecto a cómo la literatura define una organización saludable y los elementos que la componen, limitándose en gran medida a la salud del empleado, sin contemplar los elementos que pueden desarrollar y mantener dicha salud.

Por lo tanto, los resultados del presente estudio pueden ser utilizados para dar a conocer la importancia de aspectos básicos como son los recursos y las prácticas organizacionales a la hora de desarrollar una HERO. En este sentido, las organizaciones pueden desarrollar una organización saludable a través de intervenciones positivas (Llorens, Salanova, Torrente, y Acosta, 2013; Salanova, Llorens, Acosta, y Torrente, 2013; Salanova, Llorens, Torrente, y Acosta, 2013), por ejemplo, implementando formación de habilidades (ej., habilidades de liderazgo), prácticas de comunicación (ej., intranet,) y prácticas de salud (ej., políticas de prevención de mobbing) (Acosta et al., 2012; Schuck et al., 2011) que tendrán repercusiones positivas en los trabajadores incrementando, por ejemplo, los niveles de *work engagement* y desempeño de los equipos de trabajo (Salanova y Schaufeli, 2009).

Limitaciones y futuras investigaciones

En primer lugar, la muestra está compuesta por 14 agentes clave pertenecientes a 14 organizaciones españolas. Sin embargo, como indicábamos antes, el tamaño de la muestra es adecuado para realizar estudios de análisis de contenido, investigaciones previas publicados en revistas de impacto han considerado este número de empresas a la hora de realizar estudios cualitativos (ej., Salanova et al., 2012). Además, cabe destacar que las empresas que participaron en el estudio pertenecen a diferentes sectores económicos. Por tanto, las percepciones de los agentes clave son variadas y aportan una visión del concepto de estudio tanto desde el subsector de servicios como de producción.

Por otro lado, el análisis se ha centrado en información cualitativa. En concreto, estudios posteriores podrían combinar metodología cualitativa con metodología cuantitativa que permite triangular la información, por ejemplo, a través de cuestionarios de autoinforme o estudios de diario por parte de trabajadores, supervisores y clientes de la organización. Estas diferentes fuentes de información aportarían una visión más integrada y completa de lo que se entiende por organización saludable proporcionando propuestas específicas para futuras intervenciones (ej., formación).

Nota final

Este estudio ha permitido analizar el significado y los elementos clave que componen una organización saludable desde una aproximación empírica como teórica basándonos en el Modelo HERO (*HEalthy & Resilient Organization*; Salanova et al., 2012) en 14 organizaciones españolas. Hoy, en esta época de crisis y cambios profundos, conocer y desarrollar estas HEROs puede resultar clave para salir incluso saludables y fortalecidos de esta situación.

Referencias

- Acosta, H., Salanova, S., y Llorens, S. (2012). How organizational practices predict team work engagement: The role of Organizational Trust [Special issue in Work Engagement]. *Ciencia & Trabajo*, 7-15.
- Acosta, H., Salanova, S., y Llorens, S. (2012). ¿Qué prácticas organizacionales saludables son más frecuentes en las empresas? Un análisis cualitativo. *Fórum de recerca Universitat Jaume I*, 16, 1-16.
- Acosta, H., Salanova, S., y Llorens, S. (2013). Building Organizational Trust: A Study in Small and Medium-Sized Enterprises. En J. Neves y S.P. Gonçalves (Eds.), *Occupational Health Psychology: From burnout to well-being* (pp. 357-378). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ahuvia, A. (2001). Traditional, interpretive, and reception based content analyses: Improving the ability of content analysis to address issues of pragmatic and theoretical concern. *Social Indicators Research*, 54, 139-172.
- Altman, D. G. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman y Hall.
- Argyris, C. (1958). The Organization: What Makes It Healthy? *Harvard Business Review*, 36, 107-116.
- Arthur, J. B. (1994). Effects of human resource systems on manufacturing performance and turnover. *Academy of Management Journal*, 37, 670-687.
- Bliese, P. (2000). Within-group agreement, non independence, and reliability. Implications for data analysis. En K. Klein y S. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations. Foundations, extensions and new directions* (pp. 349-381). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Cartwright, S., Cooper, C. L., y Murphy, L. R. (1995). Diagnosing a healthy organization: A proactive approach to stress in the workplace. In L. R. Murphy, J. J. Hurrell, Jr., S. L. Sauter, y G. P. Keita (Eds.), *Job stress interventions* (pp. 217-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cassell, C., y Symon, G. (2004). *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. London: SAGE Publications.
- Cifre, E., y Salanova, M. (2004). Estrategias de conciliación familia/trabajo: Buscando la calidad de vida. *Estudios Financieros*, 259, 111-154.
- Cooper, C. L., y Cartwright, S. (1994). Healthy mind; Healthy organization-A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47, 455-471.
- Cruz-Ortiz, V., Salanova, M., y Martínez, I. (2013). Liderazgo transformacional y desempeño grupal: unidos por el engagement grupal. *Revista Psicología Social*, 28, 183-196.
- Delery, J. E., y Shaw, J. D. (2001). The strategic management of people in work organizations: Review, synthesis, and extension. In G. R. Ferris (Ed.), *Research in personnel and human resources management* (pp. 183-196). Greenwich, CT: Elsevier.
- Denecke, K., y Nejdil, W. (2009). How valuable is medical social media data? Content analysis of the medical web. *Information Science*, 179, 1870-1880.
- Dejoy, D.M., Wilson, M. G., Vandenberg, R. J., McGrath-Higgins, A. L. & Griffin-Blake, C.S. (2010). Assessing the impact of healthy work organization intervention. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 139-165.

- Dick, P. (2004). Discourse analysis. En C. Cassel y G. Symon (Eds.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. (pp. 203-213). London: SAGE Publications.
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M., y Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health, 25*, 1229-1245.
- Goetzel, R. Z., Jacobson, B. H., Aldana, S. G., Vardell, K., y Yee, L. (2000). Health care costs of worksite health promotion participants and non-participants. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 40*, 341-346.
- Gómez, I. C. (2007). Salud laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Revista Universidad de Psicología de Bogotá, 6*, 105-113.
- Guest, G., Bunce, A., y Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods, 18*, 59-82.
- Hernández, I., Llorens, S., y Rodríguez, A. (en prensa). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*.
- Huselid, M. A. (1995). The impact of human resource management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance. *Academy of Management Journal, 38*, 635-672.
- Hsieh, H. F., y Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*, 1277-1288.
- Luthans, F., Avolio, A., Avey, J., y Norman, S. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology, 60*, 541-572.
- Llorens, S., del Líbano, M., y Salanova, M. (2009). Modelos teóricos de salud ocupacional. En M. Salanova (Ed.), *Psicología de la Salud Ocupacional*. (pp. 63-93). Madrid: Síntesis.
- Llorens, S., Salanova, M., Torrente, P., y Acosta, H. (2013). Interventions to Promote Healthy & Resilient Organizations (HERO) from Positive Psychology. In G.F. Bauer, y G.J. Jenny (Eds.), *Salutogenic organizations and change: The concepts behind organizational health intervention research* (pp.91-106). Zurich: Springer.
- Muñoz, F., Montoro, F. J., y Luque, T. (2006). Assessment of Interjudge Reliability in the Open-Ended Questions Coding Process. *Quality & Quantity, 40*, 519-537.
- Ostroff, C. y Bowen, D.E. (2000). Moving HR to a higher level: Hr practices and organizational effectiveness. In K.J. Klein y S.W.J. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations: Foundations, extensions, and new directions* (pp.211-266). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.
- Ozminkowski, R. J., Dunn, R. L., Goetzel, R. Z., Cantor, R. I., Murnane, J., y Harrison, M. (1999). A return on investment evaluation of the Citibank, N.A., health management program. *American Journal of Health Promotion, 14*, 31-43.
- King, N. (2004). Using template in the thematic analysis of text. En C. Cassel y G. Symon (Eds.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. (pp. 256-270). London: SAGE Publications.
- Kottner, J. (2008). Interrater reliability and the kappa statistic: A comment on Morris et al., (2008). *International Journal of Nursing Studies, 46*, 141-142.
- Peterson, Ch., y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. New York: APA, Oxford University Press.

- Peterson, M., y Wilson, J. F. (2002). The culture–work–health model and work stress. *American Journal of Health Behavior*, 26, 16–24.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos. *Estudios Financieros*, 303, 179-214.
- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 58, 18-23.
- Salanova, M., Cifre, E., Llorens, S., Martínez, I. M., y Lorente, L. (2011). Psychosocial risks and positive factors among construction workers. En C. Cooper, R. Burke, y S. Clarke, (eds.), *Occupational health and safety: Psychological and behavioral aspects of risk* (pp. 295-320). UK: Gower.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. M. (2009). Psicología de la Salud Ocupacional: State of the Art. En M. Salanova (ed.), *Psicología de la Salud Ocupacional*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I. M. (2012). We need a HERO! Towards a validation of the Healthy & Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management*, 37, 785-822.
- Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H., y Torrente, P. (2013). Positive Interventions in Positive Organizations. *Intervenciones Positivas en Organizaciones Positivas. Terapia Psicológica*, 31, 101-113.
- Salanova, M., Llorens, S., Torrente, P. y Acosta, H. (en prensa). Intervenciones positivas para potenciar organizaciones saludables y resilientes. En F. J. Palací, *Consultoría organizacional*. Madrid: UNED – Sanz y Torres.
- Salanova, M., Martínez, I. M., y Llorens, S. (2005). *Psicología Organizacional Positiva. Psicología Organizacional*. Editorial Pearson.
- Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo [Work engagement]*. Alianza Editorial. Madrid.
- Schein, E. H. (1965). *Organizational Psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychology*, 55, 5-14.
- Schaufeli, W. B., y Bakker, A. B. (2004) Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Shuck. M. B., Rocco, T. S., y Albornoz, C. A., (2011). Exploring employee engagement from the employee perspective: Implications for HRD. *Journal of European Industrial Training*, 35, 300-325.
- Sorge, A., y Witteloostuijn (2004). The (Non) Sense of Organizational Change: An Essai about Universal Management Hypes, Sick Consultancy Metaphors, and Healthy Organization Theories. *Organization Studies*, 25, 1205-1231.
- Sparks, K., Faragher, B., y Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489–509.
- Tarride, M. I., Zamorano, R. A., y Varela, S. N. (2008). Healthy organizations: Toward a diagnostic method. *KYBERNETE (Repositorio Académico de la Universidad de Chile)*, 37, 1120-1150. Recuperada el 25 de Noviembre de 2013 desde: http://www.captura.uchile.cl/bitstream/handle/2250/7085/Tarride_Mario.pdf?sequence=1

- Tetrick, L. E., y Quick, J. C. (2003). Prevention at work: Public health in occupational settings. En J.C. Quick y L. E. Tetrick (Eds.). *Handbook of Occupational Psychology* (pp. 3- 17). Washington: American Psychology Association.
- Torrente, P., Salanova, M., Llorens, S., y Schaufeli, W. B. (2012). Teams make it work: How team work engagement mediates between social resources and performance in teams. *Psicothema*, 24, 106-112.
- Torrente, P., Salanova, M., Llorens, S., y Schaufeli, W.B. (2013). Committing the engaged: A multilevel model on the interplay between team work engagement. Manuscrito en preparación.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327-352.
- Vandenberg, Park, DeJoy, Wilson, y Griffin-Blake (2002). The healthy work organization model: Expanding the view of individual health and wellbeing in the workplace. En P. L. Perrewe y D. C. Ganster (eds.) *Historical and Current Perspectives on Stress and Health* (pp. 57 – 115). New York: Elsevier.
- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. In G. Lindzey, y E. Aronson (Eds.), *The Handbook of Social Psychology Bulletin* (pp. 567-634). Hillsdale, NJ: LEA.
- Wright, P. M., y McMahan, C. G. (1992). Theoretical perspectives for strategic human resource management. *Journal of Management*, 18, 295-320.
- Wuensch, K. L. (2007). *Inter-judge Agreement*. Recuperada el 2 de Junio de 2011 desde <http://core.ecu.edu/psyc/wuenschk/docs30/InterRater.doc>

Tabla 1.

Acuerdo interjueces definición organización saludable (N = 14)

	Sí	No	Número de acuerdos	Kappa de Cohen	IC	Porcentaje de acuerdos
Definición de Organización Saludable						
Prácticas de Tarea	4	7	11	.55*	.78	85%
Prácticas Sociales	5	4	9	.39#	.64	69%
Prácticas Organizacionales	5	3	8	.22#	.57	62%
Salud de las Personas	13	0	13	1.00***	.93***	100%
Salud Financiera	2	8	10	.36#	.71	77%
Resultados de Excelencia	1	10	11	.32#	.78	85%
Resultados del Ambiente	1	11	12	.42*	.86***	92%

Nota: "Sí": existen elementos en la definición empírica sobre esta categoría de la definición teórica; "No": no existen elementos en la definición empírica sobre esta categoría de la definición teórica; Kappa de Cohen: *** acuerdo muy bueno (.91-1.00), ** acuerdo bueno (.61 y .80); *acuerdo moderado (.41 y .60), # acuerdo bajo (.21 y .40); IC: *** \geq .80.

Figura 1. Modelo HERO (HEalthy & Resilient Organizations)



Figura 2. Árbol categorial Organizaciones Saludables

