

Healthy organization: analysing its meaning based on the HERO Model / *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)

Abstract: The aim of this study is to analyse the meaning of healthy organization from an empirical-theoretical perspective based on the HERO Model (*HEalthy & Resilient Organizations*). Analyses were performed by four independent judges on 14 interviews carried out with 14 CEOs or human resources managers in 14 Spanish organizations using content analysis. Qualitative results show: (1) a partial overlap in the categories proposed by the theoretical model (based on the concordance index, Cohen's Kappa and ICC); and (2) that the empirical definition mainly focuses on employees' psychosocial health as a key element of the meaning of healthy organization. Finally, categorical matrixes provide evidence of subcategories emanating from the key elements that comprise a healthy organization. Results as well as theoretical and practical implications are discussed based on the HERO Model.

Keywords: content analysis; qualitative methodology; healthy organization

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*). 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 con el Modelo HERO.

Palabras clave: análisis de contenido; metodología cualitativa; organizaciones saludables

English version: pp. 323–334 / *Versión en español:* pp. 335–346

References / *Referencias:* pp. 347–350

Translated from Spanish / *Traducción del español:* Mary Black

Authors' Address / *Correspondencia con las autoras:* Hedy Acosta, Universitat Jaume I, Avenida Sos Baynat s/n, 12006 Castellón de la Plana, España. E-mail: hacosta@uji.es

The early contributions on ‘organizational health’ began to appear in the 1950s and 1960s (Argyris, 1958; Schein, 1965). According to Argyris (1958), a healthy organization is one that allows for optimal human functioning to arise. On the other hand, Schein (1965) identified five characteristics of a healthy organization: (1) sense of environmental change; (2) information reaching the right places; (3) processing and using information; (4) adaptation and transformation without destruction; and (5) getting information on the consequences of the transformations. These early contributions reveal that the indicators that were taken into account to evaluate a healthy organization (such as low absenteeism, production levels, industrial safety, loyalty, positive employee feelings) did not always lay an appropriate foundation for diagnosing them. Therefore, researchers’ interest focused on further studying healthy organizations from different approaches. For example, in the field of human resources, studies have focused on identifying the characteristics of healthy organizations that generate high work performance and low costs related to safety at work (Arthur, 1994; Delery & Shaw, 2001; Huselid, 1995; Ostroff & Bowen, 2000). Other researchers have considered the organizational and/or contextual factors that generate malaise in organizations, such as stress (Cartwright, Cooper, & Murphy, 1995; Peterson & Wilson, 2002; Sparks, Faragher, & Cooper, 2001). In this same sense, researchers who promote health have been interested in examining the effects of relationships between the employee and organizational outcomes, such as leadership (Goetzel, Jacobson, Aldana, Vardell, & Yee, 1998; Ozminkowski et al., 1999).

Today, the Occupational Health Psychology is emerging as a discipline within psychology whose main goal, based on its interdisciplinary and cross-disciplinary nature, is to create a safe and healthy work environment which promotes healthy organizations, groups and people. This entails having a management team that is committed to both comprehensive health and the development and promotion of health at work (Salanova, Llorens, Torrente, & Acosta, 2013). Therefore, organizations are beginning to be viewed as a source of health and illness, and their working conditions are beginning to be assessed in that they can positively or negatively influence employees’ health (Gómez, 2007). Specifically, Positive Occupational Psychology (POP) focuses on studying the strengths of employees and people’s optimal behaviour within organizations (Luthans, Avolio, Avey, & Norman, 2007; Peterson & Seligman, 2004; Salanova, Martinez, & Llorens, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), and thus the concept of ‘healthy organizations’ has been addressed using different approaches. For example, Bruhn (2001) analyses the definition proposed by the World Health Organization (WHO), which suggests that health is a state of physical, mental and social wellbeing and not just the absence of illness. This author takes this definition and posits that the health of an organization is: (1) *body*, referring to the structure, organizational design, communication processes and work distribution; (2) *mind*, referring to the underlying beliefs, objectives, policies and procedures that are implemented; and (3) *spirit*, that is, the core of an organization or what makes it strong. Another example is Corbett’s contribution (2004), which states that a healthy

organization stems from the company's behaviour through a shared mission and effective leadership; this achieves a balance in the relations between the employees, the clients and the organization, which then results in its commitment to social responsibility in both its values and its results. Therefore, considering an organization healthy means taking a broad view of it, where aspects like the characteristics of the work systems, cultural values and organizational climate are taken into account (Wilson, DeJoy, Vandenberg, Richardson, & McGrath, 2004). One of the aspects that studies have pointed to as relevant when developing a healthy organization is the employees' health, in that this poses a competitive advantage for organizations and caring for employees therefore has positive consequences in its wellbeing in terms of organizational performance and the organization's financial health (Cooper & Cartwright, 1994; Luthans et al., 2007; Salanova & Schaufeli, 2009; Shuck, Rocco, & Albornoz, 2011; Wright & McMahan, 1992).

In this sense, the mixed committee of the International Labour Organization (ILO) and the World Health Organization (WHO) suggested that the goal of health at work consists of successfully promoting and maintaining the highest degree of physical, mental and social wellbeing of employees in all jobs (ILO, 2003). Tarride, Zamorano, and Varela (2008) conducted a review of the definitions of healthy organization and concluded that work organizations are a system that involves a state of physical, mental and social wellbeing that is neither additive nor linear but that instead depends on the context of the organization and the people making it up. Therefore, physical, mental and social wellbeing belong to the organization, that is, to the system as a whole and not to its parts. Thus, we understand that encouraging the health of both the employees and the organization is a core factor in promoting healthy organizations. In this way, healthy organizations can simultaneously fulfil their mission and develop and encourage their employees' learning, growth and health.

From this, studies emerged that propose a comprehensive model of healthy organizations (DeJoy, Wilson, Vandenberg, McGrath-Higgins, & Griffin-Blake, 2010; Wilson et al., 2004). These studies try to test the heuristic model of healthy organizations which integrates employees' health as well as variables referring to the organization's context (such as work demands, tools and technologies and the social setting) and performance. These studies are an initial approach to understanding how an organization's practices are related to its employees' health. However, the validation of these initial comprehensive models of healthy organizations (DeJoy et al., 2010; Wilson et al., 2004) showed several limitations: (1) the data were gathered using the same source of information (employees) with the same measurement instruments, turning the common variance into potential bias in the data; and (2) the constructs were tested on the level of individual analysis, even though the premises underlying the concept of healthy organization require these models to be examined at a collective level of analysis. Following the same lines, other studies have considered organizations that invest in the health, resilience and

motivation of their employees and work teams, as well as in the structure and control of work processes, and in healthy outcomes oriented at achieving income and excellence for society, to be healthy and resilient organizations (*HEalthy & Resilient Organizations, HERO*; Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2012). From a psychosocial perspective, the HERO model takes a step further towards considering that a healthy organization encompasses the health of the employees not only in their work environment but also outside of work, affecting the community. Here is where the organizational resources and practices that the organization invests in become a cornerstone in the development of HEROs.

Recently Salanova et al. (2012, p. 788) have defined HEROs as ‘organizations that make systematic, planned and proactive efforts to improve the processes and results of their employees and of the organization. These efforts are related to organizational resources and practices and to the characteristics of the work at three levels: (1) job level (such as redesigning jobs to improve autonomy, feedback); (2) social level (such as transformational leadership); and (3) organizational level (such as work-family balance practices)’.

The HERO model is a heuristic theoretical model that integrates theoretical and empirical evidence coming from studies on work stress, human resources management, organizational behaviour and Positive Occupational Health Psychology (Llorens, del Líbano, & Salanova, 2009; Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2009; Vandenberg, Park, DeJoy, Wilson, & Griffin-Blake, 2002).

Based on these theoretical and empirical premises, we believe that a healthy, resilient organization combines three key elements that interact with each other: (1) healthy organizational resources and practices (such as leadership); (2) healthy employees (such as work engagement); and (3) healthy organizational outcomes (such as high performance) (Salanova, 2009; Salanova, Cifre, Llorens, Martínez, & Lorente, 2011; Salanova et al., 2012) (see Figure 1). Since it is a heuristic model, so far specific relationships between some variables of the key components of the HERO model have been tested using quantitative and qualitative methodologies. Some examples of quantitative studies reveal the mediating role: (1) of organizational trust between organizational practices implemented from Human Resources Management and team work engagement (Acosta, Salanova, & Llorens, 2012a); (2) of team work engagement between transformational leadership and performance (Cruz-Ortiz, Salanova, & Martínez, 2013); (3) of collective engagement between personal resources and service quality (Hernández, Llorens, & Rodríguez, 2014); and (4) of team work engagement between team resources and performance as evaluated by supervisors (Torrente, Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2012). However, to our knowledge, no studies have been performed that qualitatively examine the definition and key elements of a healthy organization. Specifically, the studies on HEROs carried out by our team using the qualitative methodology have focused on: (1) evaluating the perceptions of healthy organizations using a 10-point Likert scale which ranged from 0 (‘not healthy’) to 10 (‘very healthy’) (Salanova et al., 2011); (2) analysing healthy organizational practices and healthy organizational outcomes (Salanova et al.,



Figure 1. HERO Model (HEalthy & Resilient Organizations).

2012); and (3) analysing the frequency of healthy organizational practices in small and medium-sized enterprises (SMEs) (Acosta, Salanova, & Llorens, 2012b). In this sense, Sorge and van Witteloostuijn (2004) and Vanderberg et al. (2002) suggest that there is a broad corpus of knowledge on theories of healthy organizations but that this knowledge is not interconnected. According to these authors, this knowledge should be integrated through evidence based on consulting, as well as empirical evidence that would provide the groundwork for newer theoretical models. Therefore, this study strives to go a step further by more deeply examining the definition and key elements of a healthy organization using a qualitative methodology using content analysis from both an empirical and theoretical approach based on the HERO model (HEalthy & Resilient Organization; Salanova et al., 2012).

Method

Participants and procedure

The sample was 14 key stakeholders (80% men) belonging to 14 Spanish organizations. The interviewees had to have thorough knowledge of their

organizations. To ensure this, we considered two requirements: (1) their current position in the company, which should enable them to have a global view of the organization; and (2) their tenure in the company. We interviewed 11 (79%) CEOs and three (21%) human resources managers. The average number of years working in the company was 18 years ($SD = 10$). Ten (77%) of the organizations belonged to the services sector (including education, retail, entertainment and leisure, research, tourism, financial services and non-governmental organizations) and four (23%) belonged to the production sector (including construction and manufacturing).

The organizations were chosen by convenience, and participation was voluntary. The contact with the key stakeholders was initially via telephone and later in person. They were told the objectives of the study and were guaranteed the confidentiality and anonymity of the information. Once they agreed to participate, two expert researchers held interviews lasting approximately 45 minutes. To avoid biases, with the consent of the key stakeholders the interview was recorded and later transcribed verbatim.

HERO interview

We used the interview that is part of the HERO battery of instruments (Salanova et al., 2012), which evaluates healthy and resilient organizations. Specifically, the interview script contains 27 open-ended and semi-structured questions divided into four sections: (1) history of the organization (such as achievements and organizational changes); (2) definition of a healthy organization; (3) healthy organizational practices (such as implementation of healthy organizational practices); and (4) healthy organizational outcomes (such as financial health). In this study, we focused on the second part of the interview, that is, the definition of a healthy organization. To date, no studies have been conducted that focus on defining a healthy organization based on the perception of CEOs and human resources managers in organizations.

Analysis of the interviews

The interviews were analysed using content analysis (Ahuvia, 2001). This technique is widely used to analyse categories and reach conclusions based on a previous theoretical framework (Denecke & Nejd, 2009; Dick, 2004). Furthermore, content analysis is a flexible technique which combines categories in a proposed theoretical model with sub-categories that emanate from the data analysed (Hsieh & Shannon, 2005). This analysis is performed by trained, independent codifiers with the aim of creating a system of categories that are mutually exclusive, reliable and valid (Weick, 1985). Four judges were chosen to participate in the analysis of the information because they are experts in Positive Occupational Health Psychology. Two of them hold PhDs in psychology and two have a Master's in work and organizational psychology.

Specifically, the information was codified through two analysis strategies: (1) one focused on defining a healthy organization; and (2) another focused on the key elements making up a healthy organization. The first strategy enables us to identify categories related to the definitions of healthy organizations. Based on Cassell and Symon (2004), the four judges reached the consensus that they believed that the theoretical definition of a healthy organization contained two categories. The first of them, *practices*, included the following sub-categories: job practices, social practices, organizational practices and individual practices. The second category, *results*, included employees' health results, financial results, excellence results and results associated with the environment and community with which the organization interacts. Afterward, utilizing inter-judge assessments, we identified the identical features in the proposed definitions of healthy organizations provided by the key stakeholders. To ascertain the degree of agreement among the judges, we calculated Cohen's Kappa statistic, which evaluates whether the degree of agreement among the judges is lower or higher than what could be expected at random (Kottner, 2009); it is a useful coefficient when the pattern of all responses is comparable to an already determined standard (Muñoz-Leiva, Montoro-Ríos, & Luque-Martínez, 2006). Values between .81 and 1 can be interpreted as 'very good'; those between .61 and .80 as 'good'; those between .41 and .60 as 'moderate'; and those between .21 and .40 'low'. Values under .21 are regarded as 'poor' agreement (Altman, 1991). Following these analyses, we calculated the concordance rate (*CR*). In this case, we considered evaluations to be concordant when the *CR* values of agreements ([agreements + disagreements]) is $\geq .80$ (Tversky, 1977), which is more restrictive than Cohen's Kappa values. We also considered the percentage of agreement, calculated as (number of agreements/total possible agreements)/100. Finally, the judges evaluated the degree of fit between the theoretical definition proposed by the HERO model and the definition provided by the key stakeholders (Likert scale ranging from 0 = 'No match' to 6 = 'Total match'). In this case, since the variables are continuous, we used the SPSS programme (version 19.0) to calculate the Intraclass Correlation Coefficient (*ICC*; Bliese, 2000) with the goal of evaluating the consistency of the information yielded. The average reliability for this calculation of all the judges using the mean *ICC* was calculated applying the Spearman-Brown reliability correction (Wuensch, 2007). For the data saturation (Guest, Bunce, & Johnson, 2006), we used four principles proposed by Francis et al. (2010) for content analysis, namely: (1) initial sample; (2) stopping criterion (a criterion which considers whether the data saturation has happened); (3) independent judges; and (4) data saturation (Francis et al., 2010). Regarding the *practices* category, no new information emerged after the tenth interview. Specifically, the interviewees mentioned: job practices (e.g., strategic planning), social practices (e.g., interpersonal relations, leadership, teamwork and communication) and organizational practices (e.g., worker development, working conditions, work-family balance policies). Regarding the *results* category, just as in the previous

category no new information emerged after the tenth interview. Specifically, the interviewees mentioned: individual health (e.g., workplace psychosocial wellbeing, and psychosocial wellbeing outside of work), financial health (e.g., production), excellence results (e.g., performance) and environmental results (e.g., reputation). The judges decided to include four more interviews with the goal of ensuring the data saturation process. After the 14 interviews analysed, the judges found no new information coming from the data.

The second analysis strategy revolved around the key elements making up a healthy organization. It comprises the categorization and codification of information which the judges did using paper and pencil with template analysis (King, 2004) based on the three key elements proposed by the HERO model (healthy organizational resources and practices, healthy employees and healthy organizational outcomes; Salanova et al., 2012). Template analysis is a flexible technique which allows the qualitative information obtained to be organized, and which captures the codified data in an explanatory matrix. The same four expert judges categorized the 14 interviews by consensus. They used two criteria to codify the information: (1) each company was assigned a number (from 1 to 14); and (2) correlative numbers were assigned to each statement said by the key stakeholders from each company. The phrases were numbered from 1 to 50. Therefore, regarding the order of codification, the first number corresponds to the company and the second to the statement (such as 2:11). Later, the judges made a category tree by consensus in order to make a category map of the information provided by the key stakeholders regarding the elements of a healthy organization.

Results

Results related to the definition of a healthy organization

Table 1 shows the categories and agreement among the four expert judges (number of agreements) in the categories defining a healthy organization given by the key stakeholders. To reach this, we considered Cohen's Kappa alpha, the concordance rate (CR) and the percentage of agreement. The results reveal that the judges showed 'some' degree of agreement in the definition of a healthy organization given by the key stakeholders when comparing it to the theoretical definition, with the most agreement in the sample being 'the result of health in employees'. In short, the judges stated that all the definitions of healthy organization given by the key stakeholders referred primarily to the health of the employees.

The degree of agreement that the judges showed regarding whether the empirical definition (given by the key stakeholders) fit the theoretical definition of healthy organization proposed by Salanova et al. (2012), the results (reached using the SPSS programme, version 19.0) show a 'high' level of agreement between the judges on the scores given to the fit between the definition of healthy organization provided ($ICC: .74, p < .01$) and the theoretical definition.

Table 1. Inter-judge agreement on the definition of a healthy organization ($N = 14$).

	Yes	No	Number of agreements	Cohen's <i>Kappa</i>	<i>CR</i>	Percentage of agreements
Definition of Healthy Organization						
Job practices	4	7	11	.55*	.78	85%
Social practices	5	4	9	.39#	.64	69%
Organizational practices	5	3	8	.22#	.57	62%
Health of people	13	0	13	1.00***	.93***	100%
Financial healthy	2	8	10	.36#	.71	77%
Excellence results	1	10	11	.32#	.78	85%
Environmental results	1	11	12	.42*	.86***	92%

Note: 'Yes': There are elements in the empirical definition on this category of the definition; 'No': There are no elements in the empirical definition on this category of the definition; Cohen's Kappa: ***very good agreement (.91–1.00); **good agreement (.61–.80); *moderate agreement (.41–.60); # low agreement (.21–.40); *CR*: *** $\geq .80$.

Furthermore the results showed a 'medium-low' agreement in the definition of a healthy organization ($M = 3.21$, $SD = 0.50$) with a response range from 0 ('No agreement') to 6 ('Total agreement').

Results focused on the elements of the HERO Model

The results of the categorization based on the three key elements in the HERO Model (healthy organizational resources and practices, healthy employees and healthy outcomes) resulted in a category tree.

Regarding the first element, *healthy organizational resources and practices*, two sub-categories emerged: social resources and healthy organizational practices. The first sub-category, *social resources*, encompasses style of communication among the members of the organization, leadership, teamwork and interpersonal relationships. One example of this sub-category is: '*organizations with fluid, direct communication*' (7:26). The second sub-category, *healthy organizational practices*, encompasses the channels of communication used in the organization, strategic planning, traditional human resources practices, working conditions and worker development. One example of this sub-category is '*organizations in which the worker has information on their jobs, their objectives*' (7:23).

Regarding the second element, *healthy employees*, two sub-categories emerged: psychosocial wellbeing on the job and psychosocial wellbeing off the job. One example is: '*the kind [of company] in which people work in a healthy environment for individuals in both the physical and emotional sense*' (4:13).

Regarding the third element, *healthy organizational outcomes*, two sub-categories emerged: intra-organizational outcomes (production and performance) and extra-organizational outcomes (reputation). One example is: '*companies with higher productivity*' (9:39) (Figure 2).

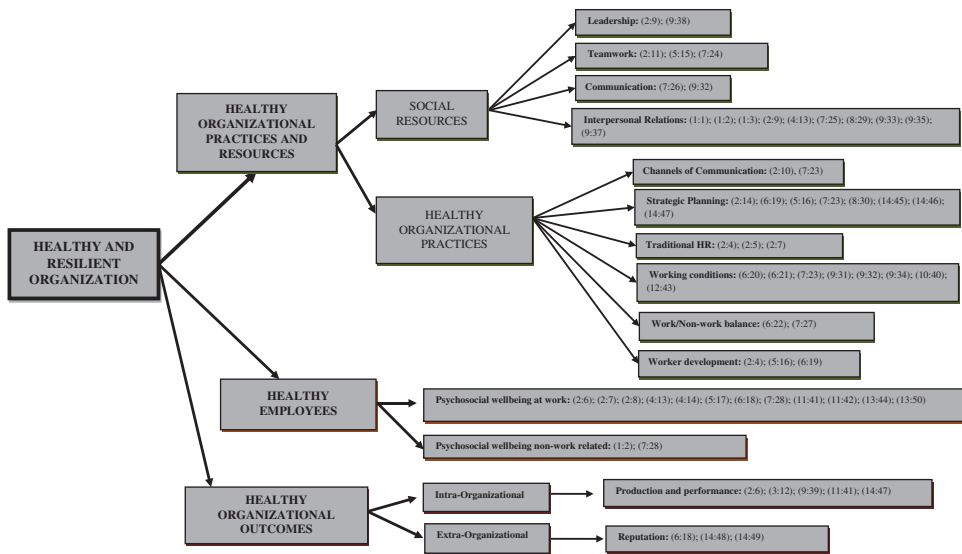


Figure 2. Category Matrix of Healthy Organizations.

Discussion

The purpose of this study was to analyse the meaning of healthy organization from both an empirical and theoretical approach based on the HERO Model (*HEalthy & Resilient Organization*; Salanova et al., 2012) in 14 Spanish organizations. This study provides a specific view of the perceptions of key stakeholders from 14 Spanish organizations regarding how they define a healthy organization and what the elements that they believe comprise one are. These conclusions lead us to discuss different theoretical implications regarding how CEOs and human resources managers conceptualize a healthy, resilient organization, as well as practical implications for management and human resources.

Theoretical implications

The results of the content analysis focused on definitions show that there is a 'partial' fit between the definition proposed theoretically by the HERO Model (Salanova et al., 2012) and the empirical definition provided by the key stakeholders, as the latter offered a much more restrictive definition in which employees' health is at the core of the discourse. This agreement between the judges regarding employees' health (both work and non-work) as a core aspect in the information provided by the key stakeholders fit studies in POP which state the importance of caring for employees (e.g., Luthans et al., 2007) in the performance and productivity of the organization. Unquestionably, this information is extremely important given that employees' health is a factor in achieving the organizational objectives (Shuck et al., 2011), especially in these times of change and crisis, because employees are a competitive advantage (Cifre & Salanova, 2004). However, this empirical point of view ignored

other basic factors such as healthy organizational practices, which the theoretical definition does include. Healthy organizational practices are the cornerstone in developing HEROs (Acosta, Salanova, & Llorens, 2013; Salanova et al., 2012). A study performed by Acosta et al. (2012a) showed that healthy organizational practices (e.g., work-family balance, mobbing prevention, psychosocial health and communication programmes) are positively related to the wellbeing of work teams (e.g., organizational trust and team work engagement).

Secondly, the results of the content analysis focused on the elements comprising a HERO expand and specify each key element of the model (healthy organizational resources and practices, healthy employees and healthy organizational outcomes). Specifically, it pinpoints the element of *healthy organizational resources and practices*, where social resources emerge, such as kind of communication, leadership, teamwork and interpersonal relationships. These kinds of resources are important in organizations because they serve two purposes (Schaufeli & Bakker, 2004): first, they increase psychosocial wellbeing (healthy employees) and healthy organizational outcomes, and secondly they decrease psychosocial impairment (such as burnout and stress). Furthermore, channels of communication, strategic planning, traditional human resources practices (such as hiring and recruitment) and working conditions (such as kind of contract) emerge specifically as organizational practices.

Another theoretical contribution is to extend the concept of *healthy organizational outcomes*, which considers three intra-organizational outcomes (e.g., intra role performance) and extra-organizational outcomes (e.g., good relations with the community). The former stress production and financial results, while the latter emphasize organizational reputation. Different studies (e.g., Cooper & Cartwright, 1994; Salanova, 2008, 2009; Wright & McMahan, 1992) have stressed the organization's financial health as a core subject; however, the fact that the organization's reputation emerged as a new element opens up a new perspective on the importance of how others (clients, community, society) perceive an organization. This aspect is not included in the theoretical definition of a healthy organization. For this reason, based on the results obtained we suggest including organizational reputation in the definition and considering it within the key component called healthy organizational outcomes.

Practical implications

From a practical point of view, the results of this study reveal the limited vision that key stakeholders (CEOs or human resources managers) have compared to how the literature defines a healthy organization and the elements that comprise it, as they largely limit their definitions to employees' health without including the factors that could cause or maintain this health.

Therefore, the results of this study could be used to share the importance of basic factors like organizational resources and practices when developing a HERO. In this sense, organizations can develop themselves in a healthy manner through positive interventions (Llorens, Salanova, Torrente, & Acosta, 2013; Salanova, Llorens, Acosta, & Torrente, 2013; Salanova, Llorens, Torrente, & Acosta, 2013), such as by implementing training in specific skills sets (e.g., leadership skills), communication practices (e.g., intranet) and healthy practices (e.g., mobbing prevention practices) (Acosta et al., 2012a; Shuck et al., 2011) which would have positive repercussions on the employees, such as by increasing the levels of work engagement and team work performance (Salanova & Schaufeli, 2009).

Limitations and future research

First, the sample is made up of 14 key stakeholders belonging to 14 Spanish organizations. However, the sample size is appropriate for performing content analysis. In fact, previous studies published in scholarly journals have considered this same number of companies when performing qualitative studies (e.g., Salanova et al., 2012). Following this idea, we should stress that the companies that participated in the study come from different economic sectors. Therefore, the perceptions of the key stakeholders are varied and provide a perspective of the concept being study from both the services and production sub-sectors.

On the other hand, the analysis focused on qualitative information. Further studies could combine qualitative and quantitative methodologies, which would enable us to triangulate the information, such as through self-reporting questionnaires or daily studies by employees, supervisors and customers of the organization. These different sources of information would provide a more integrated, comprehensive view of what is meant by a healthy organization and provide specific proposals for future interventions (such as training).

Final note

This study enabled us to analyse the meaning and key components of a healthy organization from both an empirical and a theoretical approach based on the HERO Model (*HEalthy & Resilient Organization*; Salanova et al., 2012) in 14 Spanish organizations. Today, in times of crisis and profound changes, knowing and developing these HEROs may be the key to emerging from this situation healthy and strengthened.

Organizaciones saludables: analizando su significado desde el Modelo HERO

En las décadas de los cincuenta y sesenta del S. XX, 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. Estas primeras aportaciones dejan en evidencia que aquellos indicadores que se consideraban para evaluar una organización saludable (e.g., bajo absentismo, 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; Delery & Shaw, 2001; Huselid, 1995; Ostroff & 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, & Murphy, 1995; Peterson & Wilson, 2002; Sparks, Faragher, & 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, Jacobson, Aldana, Vardell, & Yee, 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 tanto en la salud integral, como en el desarrollo y promoción de la salud en el trabajo (Salanova, Llorens, Torrente, & Acosta, 2013). 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, & Norman, 2007; Peterson & Seligman, 2004; Salanova, Martínez, & Llorens, 2005; Seligman & 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 y considera que la salud de una organización, es: (1) *cuerpo*, refiriéndose de esta manera a la estructura, el diseño organizacional, los procesos de comunicación, y la distribución del trabajo; (2) *mente*, haciendo referencia a las creencias subyacentes, los objetivos, las políticas y procedimientos son implementados; y (3) *espíritu*, es decir, 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 empresas 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 como 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 sistemas de trabajo, los factores culturales o el clima organizacional, entre otros (Wilson, DeJoy, Vandenberg, Richardson, & McGrath, 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 & Cartwright, 1994; Luthans et al., 2007; Salanova & Schaufeli, 2009; Shuck, Rocco, & Alborno, 2011; Wright & 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 (ILO, 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, Wilson, Vandenberg, McGrath-Higgins, & Griffin-Blake,

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 (e.g., 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: (1) los datos se recogieron a través de la misma fuente de información (empleados) usando los mismos instrumentos de medida, convirtiendo la varianza común en un sesgo potencial en los datos; y (2) los constructos se pusieron a prueba en el nivel de análisis individual a pesar de que las premisas que subyacen al concepto de organización saludable requieren examinar estos modelos en un nivel de análisis colectivo. Siguiendo esta misma línea, 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, & Martínez, 2012). Desde una perspectiva psicosocial, el modelo HERO surge y da un paso más al considerar que una organización saludable, no sólo abarca la salud del trabajador en su ambiente de trabajo, sino también fuera de su ambiente de trabajo, afectando 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 et al. (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 (e.g., rediseño de tareas para mejorar la autonomía, *feedback*); (2) nivel social (e.g., liderazgo transformacional); y (3) nivel organizacional (e.g., 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, & Salanova, 2009; Salanova, Llorens, Cifre, & Martínez, 2009; Vandenberg, Park, DeJoy, Wilson, & Griffin-Blake, 2002).

Basándonos en estas premisas teóricas y empíricas, entendemos que una organización saludable y resiliente combina tres elementos clave que interaccionan entre sí: (1) recursos y prácticas organizacionales saludables (e.g., liderazgo); (2) empleados saludables (e.g., implicación en el trabajo o *work engagement*); y (3) resultados organizacionales saludables (e.g., alto desempeño) (Salanova, 2009; Salanova, Cifre, Llorens, Martínez, & 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 *team work engagement* (Acosta, Salanova, & Llorens, 2012a); (2) del *team work engagement* entre el liderazgo transformacional y el desempeño (Cruz-Ortiz, Salanova, & Martínez, 2013); (3) del *engagement* colectivo entre los recursos personales y la calidad de servicio (Hernández, Llorens, & Rodríguez, 2014); (4) del *team work engagement* entre recursos del equipo y el desempeño evaluado por los supervisores (Torrente, Salanova, Llorens, & Schaufeli, 2012). Sin embargo, según nuestro conocimiento, 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 nuestro 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

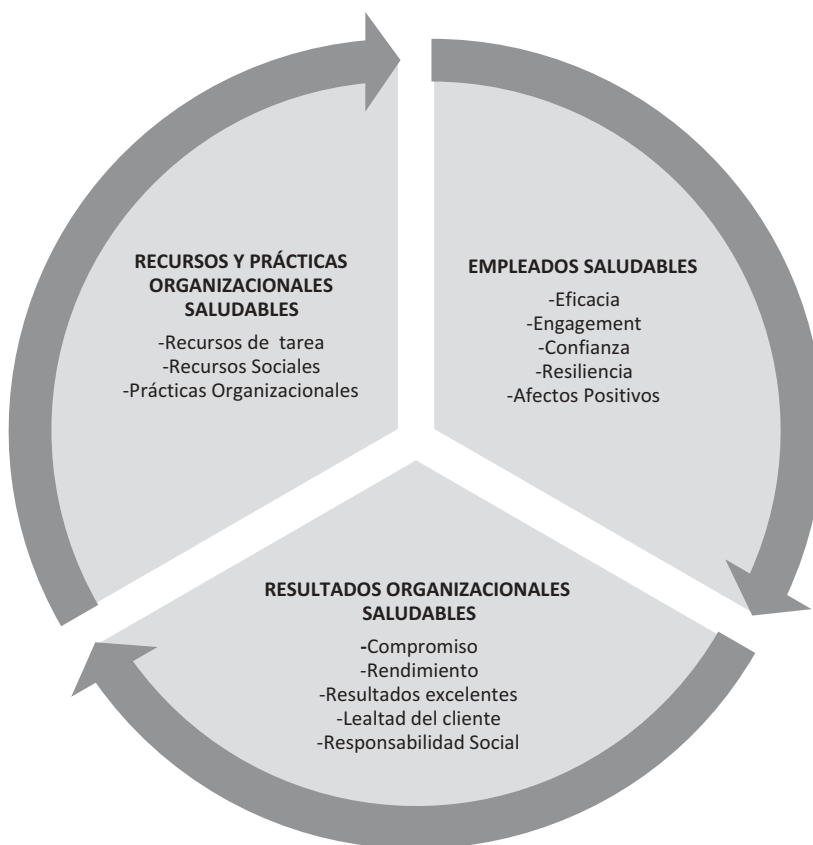


Figura 1. Modelo HERO (HEalthy & Resilient Organizations).

saludable') (Salanova 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, & Llorens, 2012b). En este sentido, Sorge y van Witteloostuijn (2004) así como Vandenberg et al. (2002) proponen que existe un amplio corpus de conocimiento con relación a teorías de organizaciones saludables, sin embargo, estos conocimientos no están conectados 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).

Método

Participantes y procedimiento

La muestra está compuesta por 14 agentes clave (80% hombres) pertenecientes a 14 organizaciones españolas. Los entrevistados debían conocer ampliamente su organización. Para eso se consideraron dos requisitos: (1) el cargo actual en la empresa, el cual les permitiera tener una visión 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 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 con 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 guión de la entrevista contiene 27 preguntas abiertas y semi-estructuradas, en cuatro bloques: (1) historia de la organización (e.g., logros y

cambios organizacionales); (2) definición de organización saludable (e.g., definición de organización saludable); (3) prácticas organizacionales saludables (e.g., implementación de prácticas organizacionales saludables); y (4) resultados organizacionales saludables (e.g., salud financiera). En este estudio, nos centraremos en el segundo bloque de la entrevista, esto es, en la definición de organización saludable. Para ello se emplea una pregunta abierta. 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 & Nejd, 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 & 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 que son expertos en Psicología de la Salud Ocupacional Positiva. Dos de ellos poseían el grado de Doctor en Psicología y dos poseían un Máster Universitario 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 ella, *prácticas*, incluía las siguientes sub-categorías: prácticas de tarea, prácticas sociales, prácticas organizacionales y prácticas individuales. La segunda categoría, *resultados*, incluía: 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 en 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, 2009), siendo un coeficiente útil cuando el patrón del conjunto de respuestas se compara con un estándar ya establecido (Muñoz-Leiva, Montoro-Ríos, & Luque-Martínez, 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 acuerdos ([acuerdos + 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 (número de acuerdos obtenidos/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 CCI, la cual aplica la corrección de Spearman-Brown (Wuensch, 2007). Para la saturación de los datos (Guest, Bunce, & Johnson, 2006), se utilizaron cuatro principios propuestos por Francis et al. (2010) para el análisis de contenido, estos son: (1) muestra inicial; (2) *stopping criterion* (criterio que considera si la saturación de los datos se ha cumplido); (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 (e.g., planificación estratégica), prácticas sociales (e.g., relaciones interpersonales, liderazgo, trabajo en equipo y comunicación) y prácticas organizacionales (e.g., 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 (e.g., bienestar psicosocial laboral y bienestar psicosocial extra laboral), salud financiera (e.g., producción), resultados de excelencia (e.g., desempeño) y resultados del ambiente (e.g., reputación). Los jueces 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 (e.g., 2:11). Posteriormente, los jueces realizaron un árbol categorial por consenso 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 las 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 en 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.

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

Tabla 1. Acuerdo interjueces en la definición de organización saludable ($N = 14$).

	Sí	No	Número de acuerdos	<i>Kappa</i> de Cohen	<i>IC</i>	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–.80); *acuerdo moderado (.41–.60), # acuerdo bajo (.21–.40); *IC*: *** $\geq .80$.

organización saludable ($ICC: .74, p < .01$) y la definición teórica. Además, los resultados muestran un acuerdo ‘medio-bajo’ en la definición de organización saludable ($M = 3.21, DT = 0.50$) 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: 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 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) (Figura 2).

Discusión

El objetivo del estudio era analizar el significado de organización saludable desde una aproximación tanto 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.

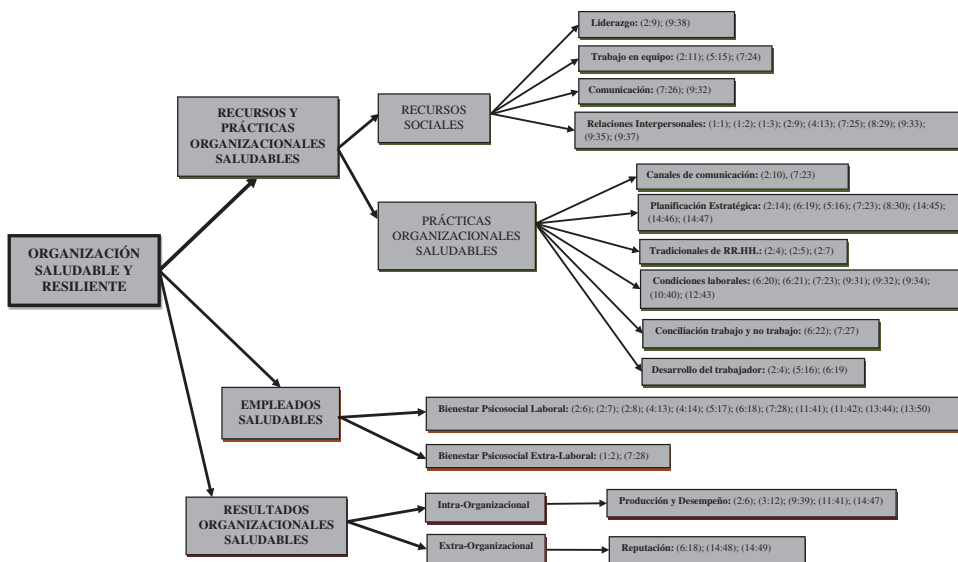


Figura 2. Árbol categorial Organizaciones Saludables.

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 (e.g., 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 el logro de los objetivos organizacionales (Shuck et al., 2011), especialmente en estos tiempos de cambios y crisis, porque representan una ventaja competitiva (Cifre & 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 et al. (2012a) 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*).

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 & Bakker, 2004): por un lado, aumentan el bienestar psicosocial (empleados saludables) y los resultados organizacionales saludables y por otro, disminuyen el malestar psicosocial (e.g., burnout, estrés). Además, específicamente como prácticas organizacionales, surgen los canales de comunicación, la planificación estratégica, las prácticas tradicionales de recursos humanos (e.g., selección y reclutamiento) y las condiciones laborales (e.g., tipo de contrato).

Otra aportación teórica es la ampliación del concepto de *resultados organizacionales saludables*, el cual considera resultados intra-organizacionales (e.g., desempeño intra rol) y extra-organizacionales (e.g., 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 (e.g., Cooper & Cartwright, 1994; Salanova, 2008, 2009; Wright & McMahan, 1992) se hace hincapié en 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 (e.g., 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, & Acosta, 2013; Salanova, Llorens, Acosta, & Torrente, 2013; Salanova, Llorens, Torrente, & Acosta, 2013), por ejemplo, implementando formación de habilidades (e.g., habilidades de liderazgo), prácticas de comunicación (e.g., intranet,) y prácticas de salud (e.g., políticas de prevención de mobbing)

(Acosta et al., 2012; Shuck 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 & Schaufeli, 2009) .

Limitaciones y futuras investigaciones

En primer lugar, la muestra está compuesta por 14 agentes clave pertenecientes a 14 organizaciones españolas. Sin embargo, el tamaño de la muestra es adecuado para realizar estudios de análisis de contenido. Así, investigaciones previas publicadas en revistas de impacto han considerado este número de empresas a la hora de realizar estudios cualitativos (e.g., 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. 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 (e.g., 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.

Acknowledgements / Agradecimientos

This study was performed thanks to funding from the Ministry of Economy and Competitiveness (#PSI2011-22400). We would like to thank Eva Cifre, PhD, for her contributions to earlier versions of this manuscript and the WoNT- Prevenció Psicosocial research team for their collaborative work. / *Esta investigación se ha llevado a cabo gracias a una subvención del Ministerio de Economía y Competitividad (#PSI2011-22400). Quisiéramos agradecer a la Dra. Eva Cifre por sus aportaciones a las primeras versiones de este manuscrito y también al trabajo colaborativo y de excelencia del Equipo WoNT- Prevenció Psicosocial.*

References / Referencias

- Acosta, H., Salanova, S., & Llorens, S. (2012a). How organizational practices predict team work engagement: The role of Organizational Trust [Special issue in Work Engagement]. *Ciencia & Trabajo*, 14, 7–15.
- Acosta, H., Salanova, S., & Llorens, S. (2012b). ¿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., & Llorens, S. (2013). Building organizational trust: A study in small and medium-sized enterprises. In J. Neves & 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. doi:[10.1023/A:1011087813505](https://doi.org/10.1023/A:1011087813505)
- 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. doi:[10.2307/256705](https://doi.org/10.2307/256705)
- Bliese, P. (2000). Within-group agreement, non independence, and reliability: Implications for data analysis. In K. Klein & S. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations: Foundations, extensions and new directions* (pp. 349–381). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bruhn, J. (2001). *Trust and the Health of organizations*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Cartwright, S., Cooper, C. L., & 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, & G. P. Keita (Eds.), *Job stress interventions* (pp. 217–233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cassell, C., & Symon, G. (2004). *Essential guide to qualitative methods in organizational research*. London: SAGE.
- Cifre, E., & Salanova, M. (2004). Estrategias de conciliación familia/trabajo: Buscando la calidad de vida. *Estudios Financieros*, 259, 111–154.
- Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1994). Healthy mind; Healthy organization-A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 47, 455–471. doi:[10.1177/001872679404700405](https://doi.org/10.1177/001872679404700405)
- Corbett, D. (2004). Excellence in Canada: Healthy organizations? Achieve results by acting responsibly. *Journal of Business Ethics*, 55, 125–133. doi:[10.1007/s10551-004-1896-8](https://doi.org/10.1007/s10551-004-1896-8)
- Cruz-Ortiz, V., Salanova, M., & Martínez, I. (2013). Liderazgo transformacional y desempeño grupal: unidos por el engagement grupal. *Revista de Psicología Social*, 28, 183–196. doi:[10.1174/021347413806196762](https://doi.org/10.1174/021347413806196762)
- 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. doi:[10.1348/096317908X398773](https://doi.org/10.1348/096317908X398773)
- Delery, J. E., & 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. 165–197). Greenwich, CT: Elsevier.
- Denecke, K., & Nejd, W. (2009). How valuable is medical social media data? Content analysis of the medical web. *Information Sciences*, 179, 1870–1880. doi:[10.1016/j.ins.2009.01.025](https://doi.org/10.1016/j.ins.2009.01.025)

- Dick, P. (2004). Discourse analysis. In E. C. Cassel & G. Symon (Eds.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research* (pp. 203–213). London: SAGE.
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M., & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, 25, 1229–1245. doi:10.1080/08870440903194015
- Goetzel, R. Z., Jacobson, B. H., Aldana, S. G., Vardell, K., & Yee, L. (1998). Health care costs of worksite health promotion participants and non-participants. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40, 341–346. doi:10.1097/00043764-199804000-00008
- 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., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough?: An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18, 59–82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Hernández, I., Llorens, S., & Rodríguez, A. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*, 30, 247–258.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277–1288. doi:10.1177/1049732305276687
- 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. doi:10.2307/256741
- International Labour Organization (2003). Report VI. ILO standards-related activities in the area of occupational safety and health: An in-depth study for discussion with a view to the elaboration of a plan of action for such activities. Retrieved from <http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc91/pdf/rep-vi.pdf>
- King, N. (2004). Using template in the thematic analysis of text. In C. Cassel & G. Symon (Eds.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research* (pp. 256–270). London: SAGE.
- Kottner, J. (2009). Interrater reliability and the kappa statistic: A comment on Morris et al. (2008). *International Journal of Nursing Studies*, 46, 141–142. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.04.001
- Llorens, S., del Líbano, M., & Salanova, M. (2009). Modelos teóricos de salud ocupacional. In M. Salanova (Ed.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 63–93). Madrid: Síntesis.
- Llorens, S., Salanova, M., Torrente, P., & Acosta, H. (2013). Interventions to Promote Healthy & Resilient Organizations (HERO) from positive psychology. In G. F. Bauer & G. J. Jenny (Eds.), *Salutogenic organizations and change: The concepts behind organizational health intervention research* (pp. 91–106). Zurich: Springer.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J., & Norman, S. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541–572. doi:10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x
- Muñoz-Leiva, M. F., Montoro-Ríos, F. J., & Luque-Martínez, T. L. (2006). Assessment of interjudge reliability in the open-ended questions coding process. *Quality & Quantity*, 40, 519–537. doi:10.1007/s11135-005-1093-6
- Ostroff, C., & Bowen, D. E. (2000). Moving HR to a higher level: HR practices and organizational effectiveness. In K. J. Klein & 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., & Harrison, M. (1999). A return on investment evaluation of the Citibank, N.A., health management program. *American Journal of Health Promotion*, 14, 31–43. doi:10.4278/0890-1171-14.1.31

- Peterson, C.H., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues. A handbook and classification*. New York, NY: APA, Oxford University Press.
- Peterson, M., & Wilson, J. F. (2002). The culture–work–health model and work stress. *American Journal of Health Behavior*, 26, 16–24. doi:[10.5993/AJHB.26.1.2](https://doi.org/10.5993/AJHB.26.1.2)
- 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., & Lorente, L. (2011). Psychosocial risks and positive factors among construction workers. In C. Cooper, R. Burke, & S. Clarke (Eds.), *Occupational health and safety: Psychological and behavioral aspects of risk* (pp. 295–320). Farnham, UK: Gower.
- Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H., & Torrente, P. (2013). Intervenciones Positivas en Organizaciones Positivas [Positive interventions in positive organizations]. *Terapia Psicológica*, 31, 101–113. doi:[10.4067/S0718-48082013000100010](https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000100010)
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Martínez, I. M. (2009). Psicología de la Salud Ocupacional: State of the art. In M. Salanova (Ed.), *Psicología de la Salud Ocupacional* (pp. 101–113). Madrid: Editorial Síntesis.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Martínez, I. M. (2012). We need a hero! Toward a Validation of the Healthy and Resilient Organization (HERO) Model. *Group & Organization Management*, 37, 785–822. doi:[10.1177/1059601112470405](https://doi.org/10.1177/1059601112470405)
- Salanova, M., Llorens, S., Torrente, P., & Acosta, H. (2013). Intervenciones positivas para potenciar organizaciones saludables y resilientes. In F. J. Palací & M. Bernabé (Eds.), *Consultoría organizacional* (pp. 27–62). Madrid: UNED – Sanz y Torres.
- Salanova, M., Martínez, I. M., & Llorens, S. (2005). *Psicología Organizacional Positiva. Psicología Organizacional*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo* [Work engagement]. Madrid: Alianza Editorial.
- Schein, E. H. (1965). *Organizational psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Schaufeli, W. B., & 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. doi:[10.1002/job.248](https://doi.org/10.1002/job.248)
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14. doi:[10.1037/0003-066X.55.1.5](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5)
- Shuck, M. B., Rocco, T. S., & Albornoz, C. A. (2011). Exploring employee engagement from the employee perspective: Implications for HRD. *Journal of European Industrial Training*, 35, 300–325. doi:[10.1108/03090591111128306](https://doi.org/10.1108/03090591111128306)
- Sorge, A., & van Witteloostuijn, A. (2004). The (Non) sense of organizational change: An essay about universal management hypes, sick consultancy metaphors, and healthy organization theories. *Organization Studies*, 25, 1205–1231. doi:[10.1177/0170840604046360](https://doi.org/10.1177/0170840604046360)
- Sparks, K., Faragher, B., & Cooper, C. L. (2001). Well-being and occupational health in the 21st century workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 489–509. doi:[10.1348/096317901167497](https://doi.org/10.1348/096317901167497)
- Tarride, M. I., Zamorano, R. A., & Varela, S. N. (2008). Healthy organizations: Toward a diagnostic method. KYBERNETE (Repositorio Académico de la Universidad de Chile), 37, 1120–1150. Retrieved November 25, 2013, from http://www.captura.uchile.cl/bitstream/handle/2250/7085/Tarride_Mario.pdf?sequence=1
- Torrente, P., Salanova, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. B. (2012). Teams make it work: How team work engagement mediates between social resources and performance in teams. *Psicothema*, 24, 106–112.
- Tversky, A. (1977). Features of similarity. *Psychological Review*, 84, 327–352. doi:[10.1037/0033-295X.84.4.327](https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.4.327)

- Vandenberg, R. J., Park, K. O., DeJoy, D. M., Wilson, M. J., & Griffin-Blake, C. S. (2002). The healthy work organization model: Expanding the view of individual health and wellbeing in the workplace. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Historical and current perspectives on stress and health* (pp. 57–115). New York, NY: Elsevier.
- Weick, K. E. (1985). Systematic observational methods. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology bulletin* (pp. 567–634). Hillsdale, NJ: LEA.
- Wilson, M. G., DeJoy, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., & McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565–588. doi:10.1348/0963179042596522
- Wright, P. M., & McMahan, C. G. (1992). Theoretical perspectives for strategic human resource management. *Journal of Management*, 18, 295–320. doi:10.1177/014920639201800205
- Wuensch, K. L. (2007). *Inter-judge Agreement*. Retrieved June 2, 2011, from <http://core.ecu.edu/psyc/wuenschk/docs30/InterRater.doc>