



ORIGINAL

# Un Análisis Exploratorio de la Relación entre Prácticas Organizacionales, Resiliencia y Aprendizaje Organizacional<sup>1</sup>

## *An Exploratory Analysis of the Relationship between Organizational Practices, Resilience, and Organizational Learning*

Aida Ortega Velázquez <sup>2 a</sup> y Vicente Peñarroja Cabañero <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México

<sup>b</sup> Universitat Oberta de Catalunya (UOC), Barcelona, España

Recibido 10 de diciembre 2019, Aceptado 5 de octubre 2020

### Resumen

El propósito de este trabajo es examinar la relación entre las prácticas organizacionales, la resiliencia y el aprendizaje organizacional en profesionales mexicanos de la salud, así como el papel mediador de la resiliencia en la relación entre las prácticas organizacionales y el aprendizaje organizacional. Se llevó a cabo un estudio exploratorio con un diseño transversal para recolectar datos de 667 profesionales de la salud en hospitales públicos del centro de México. Se utilizó la técnica de muestreo por conveniencia. La participación en el estudio fue voluntaria, anónima y con el consentimiento informado de los participantes. Se utilizó un cuestionario para medir las variables definidas en este estudio. Para comprobar las hipótesis del estudio, se calculó un modelo de ecuaciones estructurales. Los resultados obtenidos mostraron que las prácticas organizacionales saludables se relacionan positivamente con la resiliencia y esta, a su vez, con el aprendizaje organizacional. Las prácticas organizacionales saludables también influyen directamente sobre el aprendizaje organizacional. Además, se observó un efecto de mediación de la resiliencia en la relación entre las prácticas organizacionales saludables y el aprendizaje organizacional. Los resultados sugieren considerar las prácticas organizacionales y la resiliencia como variables claves que pueden ayudar a las organizaciones de la salud a sortear de mejor manera las demandas y los cambios globales, así como el logro de mejores resultados.

**Palabras Clave:** Prácticas Organizacionales Saludables, Resiliencia, Aprendizaje Organizacional, Psicología Organizacional Positiva, Modelo de Ecuaciones Estructurales

1 Este trabajo se realizó con el financiamiento del proyecto “Impacto de la cultura de seguridad del paciente en la calidad de la atención de los servicios de salud”, con clave 233147, Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SS/IMSS/ISSSTE/CONACYT (México).

2 Correspondencia: Aida Ortega Velázquez, Facultad de Contaduría y Administración, Francisco I. Madero 849, Col. Moderna, C.P. 78233. San Luis Potosí, S.L.P., México., E-mail: aida.ortega@uaslp.mx

## Abstract

The purpose of this work is to examine the relationship between organizational practices, resilience, and organizational learning in Mexican health professionals, as well as the mediating role of resilience in the relationship between organizational practices and organizational learning. An exploratory study with a cross-sectional design was carried out to collect data from 667 healthcare professionals in public hospitals in central Mexico. The convenience sampling technique was used. Participation in the study was voluntary, anonymous and with the informed consent of the participants. A questionnaire was used to measure the variables defined in this study. To confirm the study hypotheses, a structural equation model was calculated. The results obtained showed that healthy organizational practices are positively related to resilience and this, in turn, to organizational learning. Healthy organizational practices also directly influence organizational learning. In addition, a mediation effect of resilience was observed in the relationship between healthy organizational practices and organizational learning. The results suggest considering organizational practices and resilience as key variables that can help health organizations to better overcome global demands and changes, as well as achieving better results.

**Keywords:** Healthy Organizational Practices, Resilience, Organizational Learning, Positive Organizational Practices, Structural Equation Modelling

La Psicología Organizacional Positiva (POP) ha surgido en contrapartida al enfoque tradicional de la psicología de las organizaciones y del trabajo, donde algunos de los temas de estudio como el conflicto organizacional, el absentismo y el estrés laboral se derivan del paradigma negativo de enfermedad que ha caracterizado al campo de la psicología por muchos años (Salanova, Martínez, & Llorens, 2005). En este sentido, la POP se ha definido como el estudio científico del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como de la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y del desarrollo de organizaciones para que sean más saludables (Salanova, Llorens, & Martínez, 2016).

En relación con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) ha identificado tres elementos de un entorno de trabajo saludable: 1) La salud del empleado se incorpora generalmente a la definición de salud (física, mental y social) de la OMS y va más allá de la ausencia de afectación física; 2) Un entorno de trabajo saludable es también una organización próspera desde el punto de vista de su funcionamiento y de cómo consigue sus objetivos; y 3) Un entorno de trabajo saludable debe incluir protección a la salud y promoción de la salud.

En diferentes modelos sobre organizaciones saludables se ha postulado que la cultura organizacional es un potente predictor de las condiciones de bienestar de los empleados. Las organizaciones saludables cuentan con recursos tanto estructurales como organizacionales que determinan la generación de resultados positivos (Grueso-Hinestroza, González-Rodríguez, & Rey-Sarmiento, 2014).

Salanova, Llorens, Cifre y Martínez (2012) propusieron el Modelo HERO (*Healthy and Resilient Organization* – HERO) para el estudio de las organizaciones saludables y resilientes. Este modelo se refiere a organizaciones que sobreviven y se adaptan a las crisis y pueden incluso volverse más fuertes y resilientes de lo que eran antes de sufrir estas experiencias negativas. De acuerdo con el modelo HERO, una organización saludable combina tres componentes clave que interaccionan entre sí: (1) recursos y prácticas organizacionales saludables (e.g., recursos laborales, prácticas organizacionales saludables), (2) empleados saludables (e.g., creencias de eficacia, confianza organizacional, *engagement* con el trabajo) y (3) resultados organizacionales saludables (e.g., desempeño, satisfacción laboral, etc.) (Salanova et al., 2012) (Ver Figura 1).

En el presente estudio, nos centramos en comprobar tres componentes del Modelo HERO en población mexicana: (1) recursos y prácticas organizacionales saludables (prácticas organizacionales saludables), (2) empleados saludables (resiliencia individual) y (3) resultados organizacionales saludables (aprendizaje organizacional).

Con base en lo anteriormente expuesto, el objetivo de esta investigación fue examinar la relación de las prácticas organizacionales, la resiliencia y el aprendizaje organizacional en profesionales mexicanos de la salud, así como el papel mediador de la resiliencia en la relación entre prácticas y aprendizaje organizacionales.

### Prácticas organizacionales saludables

El Modelo HERO contempla las prácticas organizacionales saludables (POS) como un elemento clave para fomentar el bienestar en el trabajo. Las POS se definen como un patrón planificado de actividades orienta-

dos a facilitar que una organización logre sus metas (Acosta, Salanova, & Llorens, 2011). La investigación en este tema se ha centrado en analizar qué prácticas organizacionales implementadas desde la dirección de recursos humanos influyen de manera positiva en el bienestar de los trabajadores y en el desempeño organizacional. Algunas prácticas organizacionales que han demostrado tener efectos significativos son: la conciliación familia-trabajo, la prevención del *mobbing*, el desarrollo de habilidades y de carrera profesional, la salud psicosocial, la equidad percibida, la comunicación e información, la responsabilidad social empresarial, el reconocimiento, la seguridad, y la participación de los empleados (Acosta, Torrente, Llorens, & Salanova, 2013; Grawitch, Gottschalk, & Munz 2006; Solares, Peñalver, Meneghel, & Salanova, 2016).

Cabe mencionar que las prácticas organizacionales tradicionales y las prácticas organizacionales positivas han convivido en el día a día de las organizaciones, sin embargo, es importante identificar cuáles son las que han tenido mejores resultados, tanto positivos como negativos.

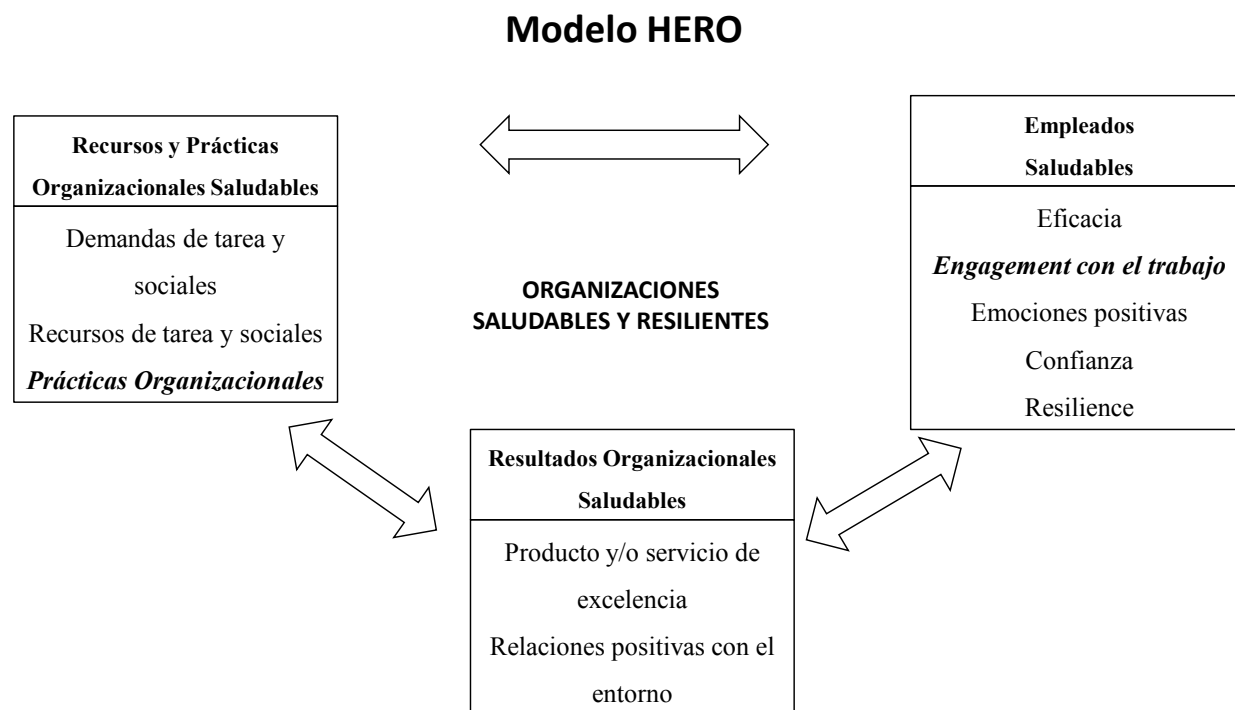


Figura 1. Modelo HERO (Healthy and Resilient Organizations Model). Fuente: Acosta, Torrente, Llorens, y Salanova (2013).

Aunque son escasos los trabajos que demuestran en conjunto el efecto de las prácticas organizacionales sobre variables de resultado, la investigación de Grawitch, Trares y Kohler (2007) mostró una relación positiva entre las prácticas y la satisfacción laboral en una muestra de profesores universitarios. Acosta et al. (2013), por su parte, encontraron una relación positiva y significativa entre las prácticas organizacionales saludables y el *engagement* en el trabajo en una muestra de una organización española perteneciente al sector industrial. Las prácticas con una mayor influencia fueron: la salud psicosocial, el desarrollo de habilidades y el desarrollo de carrera. De acuerdo con los autores, las prácticas organizacionales saludables puestas en marcha desde la dirección de recursos humanos pueden repercutir positivamente en el bienestar psicológico de los empleados y en su relación con el trabajo.

Por último, Solares et al. (2016) examinaron el rol predictor de cada una de las prácticas organizacionales (i.e., conciliación familia-trabajo, fomento de la salud psicosocial, prevención del *mobbing*, desarrollo de habilidades, desarrollo de carrera, fomento de la equidad, comunicación, información, y responsabilidad social empresarial) sobre la empatía colectiva en una muestra compuesta por equipos de trabajo de organizaciones de diversos sectores socio-económicos. Los investigadores encontraron que las prácticas dirigidas al desarrollo de habilidades, información y prevención del *mobbing* son las que tuvieron una mayor influencia sobre la empatía colectiva.

## Resiliencia

El segundo componente del modelo de investigación es la resiliencia, la cual se refiere a “la capacidad psicológica de recuperarse o reponerse de la adversidad, la incertidumbre, el conflicto e incluso eventos positivos, progreso y mayor responsabilidad” (Luthans, 2002, p. 702).

La resiliencia permite al individuo no sólo recuperarse reactivamente, sino también tener un aprendizaje proactivo y un crecimiento a través de la conquista de retos (Youssef & Luthans, 2007). El estudio

de la resiliencia en el área de la psicología clínica tiene un buen historial de investigación y ha sido analizada en muestras de adolescentes y niños (Masten, 2001; Masten & Reed, 2002). Sin embargo, en el ámbito laboral, su estudio es más reciente, la idea fundamental es que la resiliencia implica no sólo la capacidad de los empleados de recuperarse de la adversidad, sino también de utilizar y desarrollar de manera proactiva recursos personales y organizacionales (Salanova, Martínez, & Llorens, 2019).

Meneghel, Salanova y Martínez (2013) analizaron los antecedentes y consecuentes de la resiliencia en las organizaciones:

- a) Antecedentes de tipo personal: las relaciones personales, la autoeficacia y las emociones positivas.
- b) Antecedentes relacionados con la organización: las demandas y los recursos laborales.
- c) Consecuencias para las personas y los grupos: el desempeño, las actitudes hacia el trabajo y la mejor reincorporación al mercado laboral.

Luthans, Youssef y Avolio (2007) y Kašpárková, Vaculík, Procházka y Schaufeli, (2018) detectaron también algunas consecuencias positivas de la resiliencia como la mejora del desempeño, la satisfacción laboral y el compromiso organizacional de los empleados.

En el caso específico de la relación entre resiliencia y aprendizaje, recientemente, Rodríguez-Sánchez, Guinot, Chiva y López (2019) encontraron una relación positiva entre resiliencia y capacidad de aprendizaje organizacional en una muestra de empresas españolas, los autores subrayan el papel de la resiliencia como facilitador de la capacidad de aprendizaje; al promover la experimentación, la toma de riesgos, la interacción con el ambiente, el diálogo y la comunicación abierta, así como la toma de decisiones, lo que a su vez conducirá al desempeño.

En el caso de las organizaciones encargadas de la salud, la resiliencia representa un recurso valioso debido a la cantidad de problemas que tienen que enfrentar diariamente este tipo de organizaciones (alta demanda del servicio, rotación de personal, falta de motivación, sobrecarga de trabajo, desgaste



profesional, falta de presupuesto y de insumos, etc.). En el personal de enfermería, la resiliencia ha sido relacionada de forma positiva con un incremento general del bienestar y la salud mental, una mejora de las relaciones en el trabajo y de la satisfacción laboral (Delgado, Upton, Ranse, Furness, & Foster, 2017).

Arrogante y Aparicio-Zaldivar (2017) señalan las implicaciones prácticas de la resiliencia en el personal de salud, las cuales se relacionan con la prevención del síndrome de burnout y la mejora de la salud mental. Todo lo anterior es importante porque se traduce en una mejora de la calidad en la atención hospitalaria. Jackson, Firtko y Edenborough (2007) señalan a la resiliencia como una cualidad necesaria para tener éxito en el personal de enfermería, debido a que las condiciones de esta profesión pueden ser muy adversas. Los autores señalan cinco estrategias para desarrollar la resiliencia en el personal de enfermería: (1) construir relaciones profesionales positivas a través de redes; (2) mantener un estado de ánimo positivo a través de la risa y el optimismo; (3) desarrollar una percepción emocional para comprender los propios factores de riesgo y protección; (4) usar el equilibrio de la vida y la espiritualidad para darle coherencia y sentido a la vida; (5) volverse más reflexivo para tener mayor fuerza emocional.

### *Aprendizaje organizacional*

El tercer elemento del modelo de investigación es el aprendizaje organizacional, el cual es un proceso mediante el cual las entidades, a partir de los individuos, adquieren, construyen y transfieren conocimiento (Castañeda & Fernández, 2007). El aprendizaje dentro de la organización se da en tres niveles: individual, grupal y organizacional. Es decir, un trabajador aprende de manera individual a través de diferentes mecanismos, pero también los grupos de trabajo aprenden, mientras que se llega a un tercer grado cuando el conocimiento se institucionaliza (Castañeda, 2015). El valor del aprendizaje organizacional radica en que este se puede transformar en un mejor desempeño y resultados positivos, es por

eso por lo que crear las condiciones organizacionales adecuadas para fomentarlo debe ser una meta primordial de los mandos altos y los departamentos de recursos humanos (Nembhard & Tucker, 2016).

En el caso de las organizaciones de la salud, el aprendizaje organizacional ayuda de manera significativa a reducir los errores médicos y a mejorar la calidad de la atención hospitalaria (Berta & Baker, 2004; Goh, Chan, & Kuziemy, 2013; Nembhard, Cherian, & Bradley, 2014; Singer, Benzer, & Hamdan, 2015).

El aprendizaje organizacional es una de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, es un prerrequisito para el alto desempeño y está estrechamente ligado al trabajo en equipo que es otro componente básico de las organizaciones encargadas de la salud y de la mejora de la calidad (Edmondson, Bohmer, & Pisano, 2001; Sammer, Likens, Singh, Douglas, & Lackan, 2010).

Las investigaciones sobre los antecedentes del aprendizaje organizacional señalan algunas variables como el trabajo en equipo, las características de la tarea, las redes sociales, los rasgos de personalidad, la cultura y el clima organizacional entre otros (Noe, Clarke & Klein, 2014), sin embargo, la relación de aprendizaje organizacional-resiliencia no ha sido analizada a excepción del trabajo de Rodríguez-Sánchez et al. (2019) citado anteriormente. Es por tal motivo, que este trabajo pretende contribuir en la aportación de evidencia empírica acerca de la relación positiva de resiliencia y aprendizaje organizacional. Tomado en cuenta que la resiliencia implica un proceso de reflexión interna, identificación de eventos negativos, habilidad para realizar cambios necesarios según la situación, así como la capacidad para recuperarse rápidamente ante imprevistos, se cree que lo anterior puede llevar al aprendizaje organizacional.

Con base en lo anterior, formulamos las siguientes hipótesis:

- H1: Las prácticas organizacionales saludables se relacionarán positivamente con el aprendizaje organizacional del personal de salud.
- H2: Las prácticas organizacionales saludables se relacionarán positivamente con la resiliencia del personal de salud.

- H3: La resiliencia se relacionará positivamente con el aprendizaje organizacional del personal de salud.
- H4: La resiliencia mediará la relación entre prácticas organizacionales y aprendizaje organizacional del personal de salud.

## Método

### Participantes

Se llevó a cabo un estudio exploratorio compuesto por una muestra de 667 profesionales de la salud de 5 hospitales y una clínica dentro de la misma área geográfica (San Luís Potosí, México). Las 6 instituciones participantes fueron seleccionados utilizando un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, este tipo de muestreo permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (Otzen & Manterola, 2017). La participación fue voluntaria y anónima y contó con el consentimiento informado de los empleados, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación. El periodo de recolección de los datos tuvo lugar entre septiembre de 2015 y enero de 2016. Como criterio de inclusión se consideró que los participantes tuvieran interacción o contacto directo con los pacientes. Se distribuyeron 950 cuestionarios, de los cuales 866 fueron regresados y finalmente quedaron 667 con respuestas válidas. El 63.38% eran mujeres y el 36.62% eran hombres. La media de edad fue de 35.38% ( $DE = 10.89$ ). El 55.3% eran enfermeras, el 39.6% eran médicos y el 5.1% restante eran personal de trabajo social, nutrición, y psicología.

### Procedimiento

El primer paso para la recogida de datos fue presentar el proyecto ante los comités de ética e investigación de cada uno de los hospitales. Posteriormente al tener la aprobación de dichos comités, se realizó la aplicación de un cuestionario administrado mediante

papel y lápiz. Los cuestionarios se distribuyeron en los hospitales con un formulario de consentimiento en el que se explicaba brevemente el proyecto. Los investigadores usaron las reuniones diarias del personal y las reuniones semanales de capacitación para informar personalmente sobre el estudio en las diferentes unidades hospitalarias. Los cuestionarios fueron entregados a los supervisores y jefes de cada área y ellos a su vez se los dieron al personal que estaba a su cargo. El cuestionario fue autoadministrado. La participación fue voluntaria, anónima e individual. Los cuestionarios fueron devueltos a los supervisores y jefes, y ellos a su vez, los devolvieron al equipo investigador.

### Instrumentos de evaluación

Las Prácticas Organizacionales Saludables fueron evaluadas a través de ocho ítems incluidos en el cuestionario HERO (en inglés, *Healthy & Resilient Organizations*; Salanova et al., 2012) el cual considera ocho prácticas: conciliación trabajo-familia hace referencia a aquellas prácticas que persiguen favorecer un equilibrio entre el trabajo y la familia (ejemplo de ítem, “En mi hospital se han puesto en marcha durante este último año mecanismos y prácticas para facilitar la conciliación de la vida laboral y la vida privada de sus empleados”). Prevención del *mobbing* hace referencia a la implementación de programas de prevención y protocolos de acción frente al acoso psicológico en el trabajo (ejemplo de ítem, “En mi hospital se han puesto en marcha durante este último año mecanismos y prácticas para garantizar la prevención y gestión del *mobbing*”). Desarrollo de habilidades son las prácticas organizacionales que promueven la actualización de las habilidades de los empleados para aumentar su empleabilidad (ejemplo de ítem, “En mi hospital se han puesto en marcha durante este último año mecanismos y prácticas para facilitar el desarrollo de habilidades de los trabajadores”). Desarrollo de carrera son las prácticas que promueven el desarrollo de la carrera profesional de los empleados al tiempo que les ofrece mayor seguridad laboral (ejemplo de ítem, “En mi hospital se han

puesto en marcha durante este último año mecanismos y prácticas para facilitar el desarrollo de carrera de los trabajadores”). Salud psicosocial hace referencia a las prácticas que promueven conductas saludables en el lugar de trabajo y que mejoran los resultados de salud (ejemplo de ítem, “En mi hospital se han puesto en marcha durante este último año mecanismos y prácticas para velar por el bienestar y la calidad de vida en el trabajo”). Equidad percibida hace referencia a las prácticas que garantizan la equidad en los procesos organizacionales (e.g., recompensas y retribuciones justas) (ejemplo de ítem, “En mi hospital se han puesto en marcha durante este último año mecanismos y prácticas para garantizar que los trabajadores recibamos recompensas justas y acorde con el esfuerzo que realizamos”). Comunicación e información organizacional hace referencia a la comunicación interna y externa con el objetivo de que los empleados conozcan la información formal de la organización como, por ejemplo, su misión, objetivos organizacionales, etc. (ejemplo de ítem, “En mi hospital se han puesto en marcha durante este último año mecanismos y prácticas para informar acerca de los objetivos de la organización para que sean conocidos por todos”). Responsabilidad social empresarial hace referencia a aquellas prácticas que persiguen objetivos sociales (e.g., planes de igualdad en las empresas) y acciones que suponen un beneficio para la organización y la comunidad (ejemplo de ítem, “En mi hospital se han puesto en marcha durante este último año mecanismos y prácticas para garantizar cuestiones de responsabilidad social en la empresa”). La escala de respuesta fue tipo Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo). La fiabilidad de la escala se obtuvo mediante el Alfa de Cronbach (.93).

La Resiliencia fue evaluada mediante la subescala del instrumento *Psychological Capital Questionnaire* (PCQ). Esta subescala mide la capacidad para mantenerse y recuperarse ante los problemas y adversidades para alcanzar el éxito. Concretamente, se utilizó la adaptación española realizada por Azanza, Domínguez, Moriano y Molero (2014). Fueron 5 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 1 («Muy en desacuerdo») a 5 («Muy de acuerdo»). Un ejemplo de un

ítem es: “Puedo superar las épocas laborales difíciles porque ya me he enfrentado antes a las dificultades”. La fiabilidad de la escala se obtuvo mediante el Alfa de Cronbach (.78).

El aprendizaje organizacional fue evaluado mediante la sub-escala de aprendizaje que consta de 3 ítems del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), elaborada por la *Agency for Healthcare Research and Quality*. Este cuestionario ha sido validado en población mexicana con resultados de validez y fiabilidad aceptables (Antino, Sánchez-Manzanares, & Ortega, 2020). La subescala de aprendizaje organizacional mide si los errores llevan a cambios positivos y si se evalúa la eficacia de estos cambios. La escala de respuesta fue de tipo Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo). Un ejemplo de ítem es: “Después de que hacemos cambios para evaluar la seguridad del paciente, evaluamos su efectividad”. La fiabilidad de la escala se obtuvo mediante el Alfa de Cronbach (.70).

### Análisis de datos

Para poner a prueba las hipótesis planteadas en este estudio, se llevaron a cabo una serie de análisis estadísticos utilizando los paquetes estadísticos SPSS (IBM Corp., 2016) y Mplus 7.4 (Muthén & Muthén, 1998–2015). Para ello, se utilizó la técnica estadística multivariante de modelos de ecuaciones estructurales, que consta de dos partes fundamentales: el modelo de relaciones estructurales y el de medida (Bollen, 1989). El modelo de relaciones estructurales permite analizar la influencia de las variables latentes exógenas sobre las endógenas, así como las relaciones entre las variables latentes endógenas entre sí. Por otra parte, el modelo de medida permite establecer las relaciones entre las variables observadas (e.g., ítems) y sus respectivas variables latentes (i.e., los factores). El método de estimación utilizado fue *Weighted Least Squares*, ya que las variables observadas eran categóricas. La bondad de ajuste del modelo estimado en este estudio se evaluó con los índices RMSEA, CFI y TLI. De acuerdo con los criterios sugeridos por

diversos autores (Browne & Cudek, 1993; Hu & Bentler, 1995), valores menores a .10 para el índice RMSEA y mayores a .90 para los índices CFI y TLI, son indicadores de un ajuste aceptable. Una vez examinados estos índices, se analizaron las relaciones entre las variables latentes del modelo estructural para comprobar si los resultados apoyan las hipótesis planteadas en este estudio. En concreto, la hipótesis de mediación fue puesta a prueba mediante *bootstrapping*. Este método de remuestreo es apropiado cuando se trata de analizar la significación estadística del efecto de mediación, ya que su distribución no es normal (Hayes, 2009; Preacher & Hayes, 2008), además de tener una potencia estadística mayor (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010; Hayes, 2013). Su cálculo consiste en repetir un proceso de remuestreo con reposición miles de veces (5000 en el presente estudio), de tal modo que permite calcular un intervalo de confianza para examinar la significación estadística del efecto de mediación. Asimismo, se realizaron análisis de datos preliminares a la comprobación de las hipótesis con el objetivo de examinar la fiabilidad de las escalas utilizadas y comprobar el sesgo de varianza del método común, ya que todas las variables fueron medidas con auto-informe (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003). La fiabilidad se calculó mediante el índice alfa de Cronbach. Para comprobar el sesgo de la varianza del método común, se realizaron análisis factoriales confirmatorios (Podsakoff et al., 2003).

## Resultados

### Análisis de datos preliminares

Dado que todas las variables de este estudio fueron medidas mediante cuestionario, realizamos un análisis factorial confirmatorio para verificar el sesgo de la varianza del método común. El enfoque implica ajustar un único factor común a todos los ítems, lo que generó un ajuste deficiente ( $X^2 = 1437.82$ ;  $df = 104$ ;  $p < 0.001$ ; RMSEA = .14; CFI = .96; TLI = .95) en comparación con el modelo de medida de tres factores de primer orden ( $X^2 = 557.29$ ;  $df = 101$ ;  $p < 0.001$ ;

RMSEA = .08; CFI = .99; TLI = .98), tal y como indica la prueba de la diferencia entre chi-cuadrados ( $\Delta X^2 = 88.53$ ;  $\Delta df = 3$ ;  $p < .001$ ). Este resultado sugiere que el sesgo del método común no representa una amenaza para los resultados de este estudio (Podsakoff et al., 2003). Las cargas factoriales estandarizadas de los ítems con sus respectivos factores fueron de entre .92 y .98 para prácticas organizacionales saludables, entre .70 y .81 para resiliencia y entre .58 y .79 para aprendizaje organizacional. Las correlaciones entre los factores fueron: .28 entre prácticas organizacionales saludables y resiliencia, .36 entre prácticas organizacionales saludables y aprendizaje organizacional, .39 entre resiliencia y aprendizaje organizacional. También se calculó el *Average Variance Extracted* (AVE) para cada factor como indicador de validez convergente. El AVE fue igual a: .92 para prácticas organizacionales saludables, .59 para resiliencia y .48 para aprendizaje organizacional. Excepto para el caso de aprendizaje organizacional, los resultados de AVE indican una convergencia adecuada puesto que los valores son superiores a .50 (Hair et al., 2013). El AVE también puede ser utilizado como indicador de validez discriminante si, para cada factor, el valor de AVE es mayor al valor resultante de elevar al cuadrado la correlación con otros factores (Hair et al., 2013). Así, nuestros resultados muestran que el factor explica más varianza de sus propios ítems que de la que comparte con los otros factores.

### Hipótesis del estudio

Para poner a prueba la primera hipótesis del estudio, se analizó la correlación entre las prácticas organizacionales saludables y el aprendizaje profesional. La correlación obtenida indica que hay una relación positiva entre ambas variables ( $r = .23$ ;  $p < .001$ ), lo cual proporciona apoyo empírico a la primera hipótesis del estudio. Las restantes hipótesis del estudio se pusieron a prueba mediante un modelo de ecuaciones estructurales que estima la relación entre las prácticas organizacionales saludables, la resiliencia y el aprendizaje organizacional, tal y como muestra la Figura 2. Los índices de ajuste del modelo son aceptables



( $X^2 = 557.29$ ;  $df = 101$ ;  $p < 0.001$ ; RMSEA = .08; CFI = .99; TLI = .98). Los resultados del modelo indican que las prácticas organizacionales saludables influyen sobre la resiliencia ( $\gamma_{1,1} = .28$ ;  $p < 0.01$ ). Este resultado apoya empíricamente la hipótesis 2. Como puede observarse en la Figura 2, la influencia de la resiliencia sobre el aprendizaje organizacional también es significativa ( $\beta_{2,1} = .31$ ;  $p < .01$ ), de tal modo que a mayor resiliencia mayor grado de aprendizaje. Esto apoya empíricamente la hipótesis 3. Por último, los análisis de la mediación muestran que el efecto indirecto de la resiliencia en la relación entre las prácticas organizacionales saludables y el aprendizaje es estadísticamente significativo (efecto indirecto = .087; 95% intervalo de confianza = .021 – .185). Este resultado apoya la hipótesis 4. Como puede observarse en la Figura 2, el efecto directo de las prácticas organizacionales sobre el aprendizaje organizacional es estadísticamente significativo ( $\gamma_{2,1} = .28$ ;  $p < 0.01$ ). Esto indica que la mediación es una mediación parcial, ya que el efecto de las prácticas organizacionales saludables sobre el aprendizaje organizacional es significativamente diferente de cero después de controlar el efecto de la resiliencia. Además, para

examinar si la mediación era total o parcial, se calculó un modelo anidado en el que el efecto directo de las prácticas organizacionales saludables sobre el aprendizaje organizacional fue constreñido a cero ( $X^2 = 607.71$ ;  $df = 102$ ;  $p < 0.001$ ; RMSEA = .09; CFI = .99; TLI = .98). El resultado de la comparación entre ambos modelos muestra que el modelo de mediación parcial ajusta mejor a los datos ( $\Delta X^2 = 50.42$ ;  $\Delta df = 1$ ;  $p < .001$ ).

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo examinar la relación de las prácticas organizacionales, la resiliencia y el aprendizaje organizacional en profesionales de la salud, así como el papel mediador de la resiliencia en la relación entre prácticas y aprendizaje organizacionales. Los resultados obtenidos permiten corroborar las hipótesis 1 y 2 acerca de la relación entre las prácticas organizacionales saludables y el aprendizaje organizacional, así como las prácticas organizacionales saludables y la resiliencia del personal de salud. Por otra parte, los resultados apoyan la hipótesis 3, respecto a la relación resiliencia-aprendi-

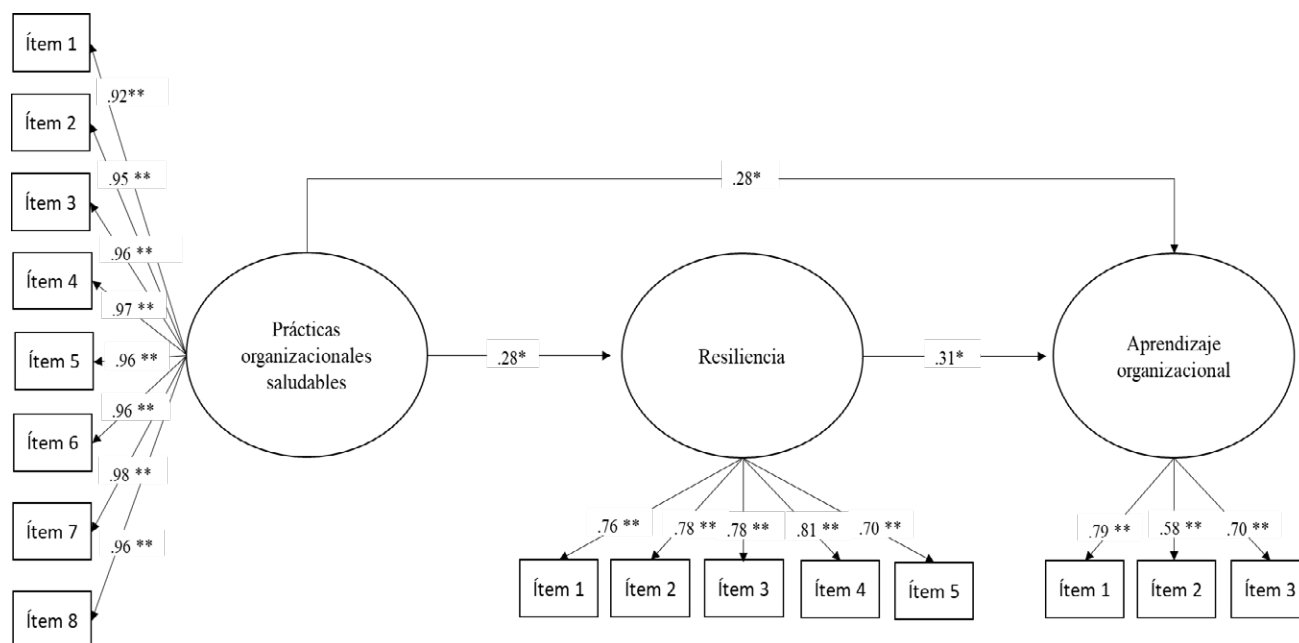


Figura 2. Resultado del análisis de ecuaciones estructurales.

zaje organizacional y a la hipótesis 4, sobre el papel mediador (parcial) de la resiliencia. Esto indica que a mayor resiliencia en los trabajadores de la salud mayor incremento en el aprendizaje organizacional. Nuestros resultados apoyan los resultados de otros estudios respecto a la implementación de prácticas organizacionales positivas en las organizaciones, las cuales pueden aumentar la capacidad de resiliencia, fomentando el uso y desarrollo de recursos personales y organizacionales proactivamente (Salanova et al., 2019). Esto, a su vez, puede contribuir a incrementar la capacidad de aprendizaje organizacional, promoviendo la experimentación, la toma de riesgos, la interacción con el ambiente, el diálogo y la comunicación abierta, así como la toma de decisiones (Rodríguez-Sánchez et al., 2019). El papel de la resiliencia puede verse fortalecido en un contexto laboral donde los profesionales de la salud deben hacer frente a condiciones laborales adversas (Jackson et al., 2007).

Los resultados del presente trabajo contribuyen a poner a prueba algunas de las proposiciones teóricas que formula el modelo HERO, específicamente para las variables de prácticas organizacionales positivas, resiliencia y aprendizaje organizacional en un contexto de investigación en el que todavía son escasos los estudios que se basan en dicho modelo. Y donde sólo se encontraron dos estudios que ponen a prueba el modelo HERO en el contexto mexicano. El primero, García et al. (2017), analizaron en una muestra de pequeñas y medianas empresas del sector textil, el rol positivo de la resiliencia tecnológica frente a las adversidades provocadas por las transformaciones en tecnologías de la información. En el segundo, Hernández-Vargas, Llorens y Rodríguez-Sánchez (2014) estudiaron tres variables del modelo HERO: creencias de eficacia y afecto positivo como predictores del *engagement* en el trabajo en una muestra de trabajadores de la salud. Por lo tanto, nuestro estudio contribuye a la investigación previa basada en el modelo HERO explorando un problema de investigación poco estudiado en el contexto de los profesionales mexicanos de la salud.

Desde una perspectiva organizacional más amplia, cabe mencionar que, en las organizaciones encargadas de la salud, el aprendizaje organizacional forma

parte importante de la cultura organizacional y de seguridad del paciente, ya que ayuda a la prevención de los errores médicos (Farnot, 2007; Sánchez, Olmedo, Urbón, González, & Ángeles, 2018; Gómez, Muñoz, Macías, Casas, Álvarez-Lara, & Crespo, 2019). De este modo, esta investigación también contribuye a explorar mecanismos que ayuden a mejorar el aprendizaje organizacional y, con ello, poder aprovechar los beneficios que tienen las prácticas organizacionales positivas sobre el aprendizaje organizacional en el desarrollo de una cultura de aprendizaje del error, la cual permite analizar los diferentes tipos de errores y los efectos que pueden tener sobre los pacientes con el propósito de evitarlos al máximo, así como establecer e implementar estrategias de prevención más adecuadas a las oportunidades presentadas (Alba-Leonel, Papaqui-Hernández, Zarza-Arizmendi, & Fajardo-Ortiz, 2011).

Pese a sus contribuciones, este estudio contiene algunas limitaciones. En primer lugar, se ha utilizado un diseño de investigación transversal. Se sugiere, en futuras investigaciones, realizar estudios longitudinales que puedan aportar conocimiento acerca el comportamiento de las variables de este estudio a través del tiempo. En segundo lugar, no se ha realizado un estudio previo de validación de las escalas utilizadas para medir las prácticas organizacionales saludables y la resiliencia en población de profesionales de la salud mexicanos, por lo que los resultados de este estudio deberían ser replicados con escalas validadas en población de profesionales de la salud en México. En tercer lugar, en el presente estudio se ha examinado la influencia de las prácticas organizacionales saludables de un modo general, sin diferenciar entre los distintos tipos de profesionales (e.g., personal médico vs personal de enfermería) o entre distintas especializaciones de un hospital, que pueden requerir adaptaciones específicas de las prácticas organizacionales. Futuras investigaciones deberían tener en cuenta estas diferencias. En cuarto lugar, aunque el estudio se ha centrado en examinar las prácticas saludables, la posible presencia de prácticas tradicionales previas en los hospitales estudiados es un hecho que no se ha tenido en cuenta en el presente estudio. Futuros estudios deberían analizar la influencia de las prácti-

cas saludables controlando el efecto que puedan tener otras prácticas tradicionales coexistentes en la organización. Por último, el valor de AVE para la escala de aprendizaje organizacional indica que la validez convergente para este constructo es pobre. Esto es un indicador de la necesidad de realizar estudios de validación con dicha escala que permitan refinar el instrumento para medir el aprendizaje organizacional en la población objeto de nuestra investigación.

Los resultados de este estudio subrayan la importancia acerca de las prácticas organizacionales saludables, las cuales fomentan la resiliencia en los empleados y mejoran el aprendizaje organizacional. Las organizaciones pueden incluir dentro de sus planes de mejora continua este tipo de prácticas organizacionales para mejorar el bienestar de sus empleados. Esto implica revisar por parte de los directores de recursos humanos y otros altos cargos de la organización, las prácticas organizacionales actuales en materia de conciliación trabajo-familia, prevención del *mobbing*, desarrollo de habilidades, desarrollo de carrera, salud psicosocial, equidad percibida, comunicación e información organizacional y responsabilidad social empresarial. Además, se pueden realizar entrevistas a informantes clave que han participado en el diseño de las prácticas organizacionales, así como realizar una encuesta a los empleados para conocer su percepción sobre el funcionamiento de las prácticas organizacionales. Por otra parte, la resiliencia en el personal de salud cobra especial relevancia por ser un factor clave para reducir el estrés, la ansiedad y los niveles de burnout, ayuda a los trabajadores a un manejo efectivo del cambio, adaptándose de mejor forma a las experiencias difíciles y retadoras (Arrogante, 2015; Brown & Abuatiq, 2020). Sin embargo, es un concepto que está madurando y que se está formalizando como un paradigma distintivo, por lo que es importante incluirlo en programas de entrenamiento (Sarkar & Fletcher, 2017), además de agregar otros elementos de la psicología organizacional positiva para obtener mejores resultados (Abualruz & Hayajneh, 2019; Ellis et al., 2019).

En conclusión, la implementación efectiva de las prácticas organizacionales positivas en las organizaciones de la salud tiene beneficios para los empleados en

tanto que aumenta sus niveles de resiliencia y mejora el aprendizaje organizacional.

## Referencias

- Abualruz, H.M. & Hayajneh, F. (2019). The Contrary Impact of Resilience on the Complicated Nursing Work Environment: A Literature Review. *Open Journal of Nursing*, 9, 1188-1201. DOI: 10.4236/ojn.2019.911087
- Acosta, H., Salanova, S., & Llorens, S. (2011). ¿Cómo predicen las prácticas organizacionales el engagement en el trabajo en equipo?: El rol de la confianza organizacional. *Ciencia y Trabajo*, 13, 125-134. <http://www.cienciaytrabajo.cl/v2/index.html>
- Acosta, H., Torrente, P., Llorens, S., & Salanova, M. (2013). Prácticas organizacionales saludables: un análisis estudio de su impacto relativo sobre el engagement con el trabajo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(1), 107-120.
- Alba-Leonel, A., Papaqui-Hernández, J., Zarza-Arizmendi, M., D. & Fajardo-Ortiz, J. (2011). Errores de enfermería en la atención hospitalaria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 19(3), 149-154.
- Antino, M., Sánchez-Manzanares, M., & Ortega, A. (2020). The hospital survey on patient safety culture in Mexican hospitals: Assessment of psychometric properties. *Safety Science*, 128, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104706>
- Arrogante, O. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4), 1132-1296. Doi:10.4321/S1132-12962015000300009
- Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: the mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 110-115. Doi:10.1016/j.iccn.2017.04.010
- Azanza, G., Domínguez, Á. J., Moriano, J. A., & Molero, F. J. (2014). Capital psicológico positivo. Validación del cuestionario PCQ en España. *Anales de Psicología*, 30(1), 294-301. Doi:10.6018/analesps.30.1.153631
- Berta, W. B., & Baker, G. R. (2004). Factors that Impact the Transfer and Retention of Best Practices for Reducing Error in Hospitals. *Health Care Management Review*, 29(2) 90-97. Doi:10.1097/00004010-200404000-00002
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Brown, R., & Abuatiq, A. (2020). Resilience as a strategy to survive organizational change. *Nursing*

- Management*, 51(2), 16-21. Doi: 10.1097/01.NUMA.0000651180.42231.ef
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Castañeda, D. I. (2015). Condiciones para el aprendizaje organizacional. *Estudios Gerenciales*, 31, 62-67. Doi:10.1016/j.estger.2014.09.003
- Castañeda, D. y Fernández, M. (2007). Validación de una escala de niveles y condiciones de aprendizaje organizacional. *Universitas Psychologica*, 6, 245-254.
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 71-88. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008
- Edmondson, A. C., Bohmer, R. M., & Pisano, G. P. (2001). Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals. *Administrative Science Quarterly*, 46(4), 685-716. Doi: 10.2307/3094828
- Ellis, L.A., Churrua, K., Clay-Williams, R., Pomare, C., Austin, E.E., Long, J.C, et al. (2019). Patterns of resilience: A scoping review and bibliometric analysis of resilient health care. *Safety Science*, 118, 241-257. Doi.org/10.1016/j.ssci.2019.04.044
- Farnot, C. U. (2007). ¿Podemos aprender de los errores del pasado? *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(4), 1-12.
- Goh, S.C., Chan, C., & Kuziemy, C. (2013). Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26, 420-432. Doi:10.1108/IJHCQA-05-2011-0032
- Gómez, L. V. E., Muñoz, M. C., Casas, C. R., Álvarez-Lara, M.A. & Crespo, M. R. (2019). Análisis de las medidas correctoras para la disminución de los eventos adversos en una unidad de hemodiálisis hospitalaria. *Enfermería Nefrológica*, 22(1), 27-33.
- Grawitch, M. J., Gottschalk, M., & Munz, D. C. (2006). The path to a healthy workplace: A critical review linking healthy workplace practices, employee well-being, and organizational improvements. *Consulting Psychology Journal*, 58, 129-147. Doi:10.1037/1065-9293.58.3.129
- Grawitch, M. J., Trares, S., & Kohler, J. M. (2007). Healthy workplace practices and employee outcomes. *International Journal of Stress Management*, 14, 275-293. Doi:10.1037/1072-5245.14.3.275
- Grueso-Hinestroza, M., González-Rodríguez, J. y Rey-Sarmiento, C. (2014). Valores de la cultura organizacional y su relación con el engagement de los empleados: Estudio exploratorio en una organización de salud, *Investigación y Pensamiento Crítico*, 2(3), 77-91. doi.org/10.37387/ipc.v2i3.26
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7<sup>th</sup> ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420. Doi:10.1080/03637750903310360
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hernandez-Vargas, C. I., Llorens-Gumbau, S., yRodríguez-Sánchez, A. M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de Psicología*, 30(1), 247-258. Doi: 10.6018/analesps.30.1.143631.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jackson, D. Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 1-9. Doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x
- Kašpárková, L., Vaculík, M., Procházka, J., & Schaufeli, W. B. (2018). Why resilient workers perform better: The roles of job satisfaction and work engagement. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 33, 43-62. Doi:10.1080/15555240.2018.1441719
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695-706. Doi:10.1002/job.165
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital*. New York: Oxford University Press.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience process in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. Doi:10.1037//0003-066x.56.3.227
- Masten, A. S., & Reed, M. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Meneghel, I., Salanova, M., yMartínez, I. (2013). El camino de la Resiliencia Organizacional - Una revisión teórica. *ALOMA*, 13-24.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2015). Mplus, Version 7.4 [Software de computación]. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nembhard, I. M., Cherian, P., & Bradley, E. H. (2014). Deliberate learning in health care the effect of importing best practices and creative problem



- solving on hospital performance improvement. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 450-471. Doi:10.1177/1077558714536619
- Nembhard, I. M., & Tucker, A. L. (2016). Applying organizational learning research to accountable care organizations. *Medical Care Research and Review*, 73(6), 673-684. Doi:10.1177/1077558716640415
- Noe, R. A., Clarke, A. D. M., & Klein, H. J. (2014). Learning in the twenty-first-century workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 245-275. Doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413-091321
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Ambientes de trabajo saludables un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales*. Impreso en Suiza.
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35, 1, 227-232.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. Doi: 10.1037/0021-9010.88.5.879
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. Doi: 10.3758/BRM.40.3.879
- Rodríguez-Sánchez, A., Guinot, J., Chiva, R., & López, C. A. (2019). How to emerge stronger: Antecedents and consequences of organizational resilience. *Journal of Management & Organization*, 1-18. Doi:10.1017/jmo.2019.5
- 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(6), 785-822. Doi:10.1177/1059601112470405
- Salanova, M., Llorens, S., y Martínez, I. M. (2016). Aportaciones desde la Psicología Organizacional Positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 177-184.
- Salanova, M., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. En F. Palací (Coord.), *Psicología de la Organización* (pp. 349-376). Madrid. Pearson Prentice Hall,
- Salanova, M., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2019). *Organizaciones Saludables. Una mirada desde la psicología positiva*. Madrid: Aranzadi.
- Sammer, C., Likens, K., Singh, K.P., Douglas, A. M., & Lakan, N.A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165. Doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x
- Sánchez, F.L., Olmedo, N., Urbón, N, González, R. y Ángeles, A. (2018). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas. *Enfermería Nefrológica*, 21(1), 25-33.
- Sarkar, M., & Fletcher, D. (2017). How resilience training can enhance wellbeing and performance. In M. F. Crane (Ed.), *Managing for resilience: A practical guide for employee wellbeing and organizational performance* (pp. 227-237). London, UK: Routledge.
- Singer, S.J., Benzer, J.K., & Hamdan, S.U. (2015). Improving health care quality and safety: the role of collective learning. *Journal of Healthcare Leadership*, 7, 91-107. Doi:10.2147/JHL.S70115
- Solares, J., Peñalver, J., Meneghel, I., y Salanova, M. (2016). Desarrollando Equipos Empáticos: La influencia de las prácticas organizacionales saludables en la empatía colectiva. *Revista de Psicología de la Universidad Católica San Pablo*, 6(1), 51-63.
- Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resiliency. *Journal of Management*, 33, 774-800. Doi:10.1177/0149206307305562