

Informe Final Proyecto de Investigación P0108

**Implementación de un Programa de Seguridad y Salud
Ocupacional desde el Modelo de Cultura Positiva hacia la
Seguridad y el Modelo HERO en el Hospital Base San Juan de
Dios de Curicó.**

Investigadores:

María Doris Méndez Campos
Claudio Latorre Pavez
Hedy Acosta Antognoni
Andrés Jiménez Figueroa

Fecha de ejecución:

Diciembre 2011 a Enero 2013

Institución ejecutora:

Facultad de Psicología, Universidad de Talca

Talca, 04 de abril de 2013

Este proyecto fue realizado con el financiamiento de la Asociación Chilena de Seguridad, a través de la Fundación Científica y Tecnológica, FUCYT.

Índice

Resumen	3
1. Introducción	4
2. Marco teórico	5
Cultura de Seguridad	5
Modelo de Cultura Positiva de Seguridad	6
Modelo de organizaciones saludables y resilientes Hero	6
3. Objetivos e hipótesis	11
Objetivo general	11
Objetivos Específicos	11
Hipótesis	11
4. Metodología	12
Tipo y diseño de estudio	12
Población y muestra	12
Técnicas e instrumentos	13
Procedimiento	13
Plan de análisis	15
5. Resultados	16
Resultados descriptivos generales	16
Resultados comparativos T1 y T2	18
Resultados accidentes grupos control y grupos intervenidos	22
6. Conclusiones/Discusión	23
7. Bibliografía	25
8. Anexos	27

Resumen

El objetivo de esta investigación aplicada consistió en determinar la efectividad de una intervención en seguridad y salud ocupacional en un hospital público de la región del Maule. Para esto se realizó una evaluación pre y post intervención basada en el Modelo de Cultura Positiva de Seguridad (Fernández et al, 2006) y el Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes (Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2010). Los resultados arrojaron una disminución relevante, aunque no significativa, de accidentes en los grupos intervenidos al compararlos con los resultados del grupo control, y una mayor y significativa diferencia de percepción de cultura positiva de seguridad tanto en los grupos intervenidos como en los grupos control. Sin embargo, contrario a lo esperado, se evidenció una disminución de la percepción de las variables de salud ocupacional positiva post intervención. Finalmente, se concluye que el presente estudio es un aporte al conocimiento de la cultura positiva de seguridad y la salud ocupacional positiva como modelos de base para mejorar la seguridad y el capital psicológico de los trabajadores de los hospitales públicos del país y así potenciar el desarrollo de organizaciones saludables.

PALABRAS CLAVES: Hospital, Cultura Positiva de Seguridad, Salud Ocupacional, Accidentes, HERO

1. Introducción

La incorporación de nuevas estrategias de intervención organizacional en los ámbitos de la salud y la seguridad de los trabajadores, ha ido de la mano del desarrollo de disciplinas como la Psicología del Trabajo y Salud Ocupacional, en particular de gran aporte ha sido el desarrollo de un nuevo enfoque denominado como Psicología de la Salud Ocupacional Positiva, el cual se ocupa de identificar los recursos y buenas prácticas laborales, valorando y optimizando las estrategias organizacionales y los recursos de los empleados, en vez de poner el acento en las patologías y los aspectos negativos del ser humano en contextos de trabajo (Bakker, Rodríguez-Muñoz y Derks, 2012; Rodríguez, Cifre, y Salanova, 2008).

Las organizaciones modernas no logran alcanzar las metas sólo con empleados saludables al estilo tradicional, es decir, con baja presencia de estrés laboral y bajos niveles de ausentismo, sino que requieren trabajadores con características psicológicas particulares, tales como proactividad, iniciativa personal, colaboración y compromiso con resultados excelentes, lo cual requiere también organizaciones que sean capaces de desarrollar empleados positivos y saludables, y puestos de trabajo que contribuyan a mejorar y optimizar la salud psicosocial de los empleados (Llorens, Salanova y Martínez, 2007).

Por lo tanto, el actual desafío para las áreas de gestión de personas es, no sólo mejorar el desempeño organizacional, sino mejorar la calidad de vida laboral, ocupándose por la seguridad, el bienestar y la satisfacción de los trabajadores, ya que esto se vincula a la mejora del desempeño, resultados saludables y genera organizaciones resilientes (Salanova y Schaufeli, 2008).

En este contexto, la presente investigación aplicada se orientó a determinar la efectividad de un plan de mejoramiento en el ámbito de la seguridad y la salud ocupacional en funcionarios de una organización de salud pública de la región del Maule, que se había visto fuertemente afectada por los efectos del terremoto y tsunami de 2010.

2. Marco teórico

Cultura de Seguridad

Hace aproximadamente dos décadas emerge el concepto de cultura de seguridad, es así como en 1993 la Comisión de Seguridad y Salud del Reino Unido (HSC), define la cultura de seguridad como “el producto de valores, actitudes, competencias y pautas de comportamiento individuales y de grupo que determinan el compromiso hacia la seguridad” (Fernández, Montes y Vázquez, 2005, p 4). Ostrom, Wilhelmsen y Kaplan (1994) proponen que el propósito es crear un ambiente en el cual los trabajadores sean responsables de los distintos riesgos presentes en el trabajo.

Asimismo Cooper (2000), establece que la cultura de seguridad es integrada por tres componentes, el primero alude a factores psicológicos, de tipo personal, interno y subjetivos; el segundo hace referencia a los comportamientos observables relacionados con la seguridad, y el último a las características situacionales y objetivas. Por lo cual, las percepciones, las creencias y los comportamientos de los individuos, junto con los sistemas de gestión, son elementos que combinados configuran la cultura de seguridad. Asimismo, Fernández, Montes y Vázquez (2005) indican que si se instaura una cultura positiva hacia la seguridad ésta se verá reflejada en una buena gestión y un clima de seguridad positivo para la empresa, identificando 2 aspectos clave: clima de seguridad y sistema de gestión de la seguridad y salud laboral. El primero refleja las actitudes y comportamientos de los individuos de una organización, tanto directivos como trabajadores; y el segundo las políticas, planes, procedimientos y actividades específicas que se llevan a cabo en temas de seguridad y salud laboral en la empresa (Fernández, Montes y Vázquez, 2005).

Las organizaciones que cuentan con una cultura positiva de seguridad son capaces de crear un ambiente en el cual los trabajadores son conscientes de los riesgos a los que están expuestos en sus puestos de trabajo y se mantienen atentos a los mismos, evitando emprender acciones arriesgadas se caracterizan por comunicaciones fundadas en la confianza mutua, por percepciones compartidas sobre la importancia de la seguridad y por la certidumbre en la eficacia de las medidas preventivas (Fernández, Montes & Vázquez, 2006). En este sentido, Saari (2001) observa que desarrollar una cultura de seguridad involucrando a los supervisores de línea, en un sistema colaborativo de intervención sobre los riesgos laborales, se relaciona con una baja en la siniestralidad. Al contrario, Glendon y Stanton (2000) reconocen que la ausencia de cultura de seguridad se relaciona con la generación de desastres e incidentes, constituyéndose como un aspecto fundamental de las operaciones de una organización, más aún si éstas involucran el tratamiento de personas como en el caso de las organizaciones sanitarias, en donde los trabajadores están a diario en trato directo con la comunidad, y donde es de real importancia instaurar conciencia respecto a los riesgos, promocionando una

cultura positiva hacia la seguridad, ya que pueden afectar directa o indirectamente a las personas que concurren a estos servicios.

Modelo de Cultura Positiva hacia la seguridad

Un modelo teórico que ha permitido comprender mejor los riesgos de tener un accidente laboral y la importancia de la estructura organizacional en su prevención, es el Modelo de Cultura Positiva hacia la Seguridad (MCPS), que pone de manifiesto que los riesgos de sufrir algún tipo accidente están presentes en todas las organizaciones, y por lo tanto es una necesidad crear ambientes de trabajos donde la seguridad y la prevención de los riesgos sean asumidos como procesos conscientes permanentes en los lugares de trabajo (Fernández, Montes y Vásquez, 2005).

En el MCPS, la Cultura de Seguridad está compuesta por dos componentes principales: el **clima de seguridad** y el **sistema de gestión de la seguridad**. El primero se relaciona con el nivel de compromiso que tiene la dirección de la empresa con la seguridad y salud de los empleados, manifestado por sus actitudes y comportamientos hacia estos temas, junto con el nivel de participación de los trabajadores en la prevención de accidentes laborales. El segundo de estos componentes, se refiere a las acciones relativas a la gestión de la seguridad y salud laboral, y está compuesto por seis dimensiones claves: la existencia de una **política** de prevención de accidentes que contemple el compromiso de la organización por la prevención de accidentes y de la salud organizacional, los **incentivos** para lograr la participación e involucramiento de los trabajadores en la prevención, unido a la consulta de los empleados con respecto a su bienestar laboral, la **formación** de los empleados en competencias, capacidades, habilidades y aptitudes en prevención de riesgos laborales, la **comunicación** sobre los riesgos en el ambiente físico donde se desarrolla el trabajo y transmisión de las formas adecuadas de combatirlos, la **planificación preventiva** en base a una estructura que articule la aplicación de las políticas de prevención de accidentes y la **planificación de emergencia** orientada a prever posibles situaciones emergentes y complejas de riesgos y accidentes y las acciones necesarias para responder con rapidez, el **control** en cuanto a analizar las condiciones de trabajo y los sucesos ocurridos en la empresa, a través de **control interno y técnicas de benchmarking**.

El MCPS ha sido relacionado con diversos indicadores organizacionales como: siniestralidad, indicadores de competitividad e indicadores económico-financieros (Fernández, Montes y Vásquez, 2007), concluyendo que mientras más desarrollado el sistema de gestión de la seguridad, mejores serán los resultados tanto en disminución de la siniestralidad, como también en competitividad y resultados económico-financieros.

Modelo De Organizaciones Saludables Y Resilientes (Hero)

Desde la psicología ocupacional positiva, se reconoce que las organizaciones que potencian el desarrollo del ser humano tienen características compartidas y que a la vez las hacen únicas, con empleados que tienden a ser más saludables psicosocialmente y con grupos y unidades de trabajo más efectivas, unido a esto son organizaciones que son capaces de producir programas y políticas que buscan mantener un equilibrio entre los niveles de producción efectivos y el desarrollo de sus empleados.

En la ilustración 1 es posible apreciar los componentes del modelo.

Hablar de Organizaciones Saludables, es considerar que también existen organizaciones que son enfermas, y que por lo tanto generan repercusiones negativas en sus empleados que afectan su salud y por ende la de los grupos y la organización completa.

Salanova y Schaufeli (2008) definen las organizaciones saludables como aquellas *"que realizan esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar la salud de los empleados mediante buenas prácticas relacionadas con la mejora de las tareas, el ambiente social, y la organización"*. Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson y McGrath (2004, p. 567) definen a las organizaciones saludables como *"organizaciones caracterizadas por invertir esfuerzos de colaboración, sistemáticos e intencionales para maximizar el bienestar de los empleados y la productividad, mediante la generación de puestos bien diseñados y significativos, de ambientes sociales de apoyo, y finalmente mediante las oportunidades equitativas y accesibles para el desarrollo de la carrera y del balance trabajo-vida privada"*.

Las organizaciones saludables son consideradas entonces como organizaciones inteligentes, capaces de innovar a la hora de hacer frente a los desafíos del entorno, dinámicas, creativas, y capaces de adaptarse a los cambios futuros. Una de las premisas básicas es que estas organizaciones son buenas todos los elementos que las componen, tanto empleados como empleadores, clientes o usuarios, hasta la sociedad en su conjunto (Salanova, 2008).

Generar organizaciones saludables trae unido un crecimiento tanto desde el punto de vista económico, como social comparativamente mayor a aquellas organizaciones que se gestionan de una manera enferma o tóxica (Salanova, 2009). Pero para lograr el desarrollo de una organización saludable es importante considerar uno de los modelos más importantes que buscan potenciar a estas organizaciones.

Las organizaciones saludables son producto de la relación interdependiente que se produce entre las prácticas organizacionales saludables, los empleados saludables y los resultados organizacionales

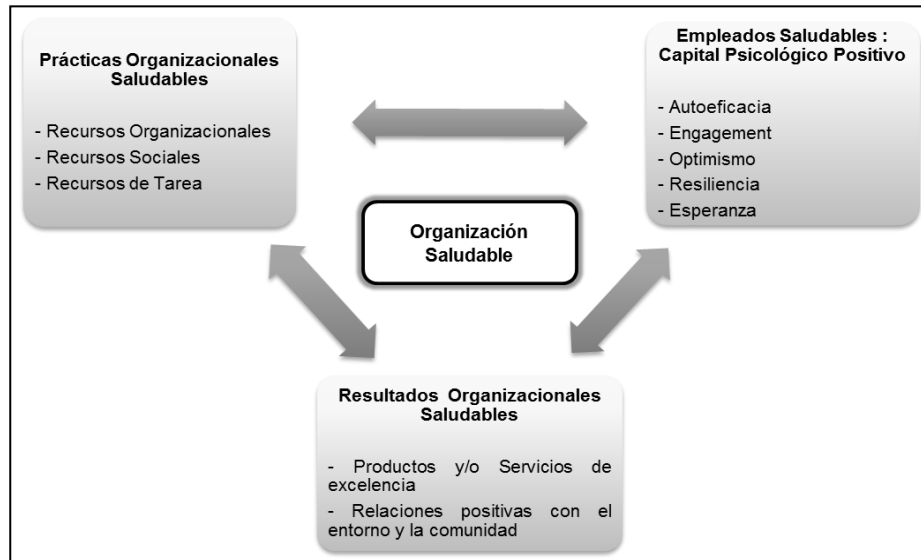


Ilustración 1. Modelo de Organización Saludable (Fuente: Salanova, 2008)

saludables.

-Recursos Y Prácticas Organizacionales Saludables

Las prácticas saludables son aquellas que estructuran la forma en la que se desarrolla el trabajo en cada organización, y por lo tanto se relacionan con la cultura, el clima, la misión, visión y las diferentes estrategias utilizadas por las organizaciones, junto con los recursos utilizados por las mismas. De acuerdo a Wright y McMahan (citado en Acosta, Salanova y Llorens, 2012) las prácticas organizacionales corresponden a un esquema planeado de actividades que tienen por objetivo facilitar el logro de las metas organizacionales.

Desde el modelo HERO (Salanova, 2009) las prácticas organizacionales se relacionan con tres tipos de recursos:

1. Recursos Organizacionales: estos se relacionan con la forma en la que se estructuran y funcionan los equipos directivos y los recursos humanos. Estas prácticas se relacionan directamente con la forma en la que los empleados y el entorno perciben a la organización, generando sentimientos de lealtad y confianza en los procesos que se llevan a cabo en la misma.
2. Recursos Sociales: se relaciona con las redes sociales que componen a las organizaciones, estas redes se forman por los empleados y los equipos de trabajos, jefes y/o supervisores, clientes o aquellos que utilizan los servicios. Estas redes sociales formadas en el ámbito laboral comparten distintos tipos de apoyo y recursos, que en la medida de que

se gestionen de forma eficiente permiten el desarrollo óptimo de las personas en el trabajo.

3. Recursos de Tarea: estos recursos se relacionan con las funciones del empleado en su puesto de trabajo, deben ser bien delimitadas y que permitan niveles apropiados de autonomía. Además se relaciona con la oportunidad de variar las tareas que desarrolla y con retroalimentación sobre la realización de su trabajo, esto permite que el trabajador realice los ajustes necesarios para la realización óptima de su labor y por lo tanto un mayor satisfacción personal.

-Empleados Saludables

Otro de los elementos del modelo de organizaciones saludables de Salanova (2009), son los empleados saludables. Las organizaciones saludables son capaces de producir resultados saludables a través del cuidado de la salud y el bienestar psicosocial de sus empleados. En este sentido, son pocas las organizaciones que adoptan estrategias para el desarrollo integral óptimo de los empleados, y esto se debe probablemente a una escasa visión del liderazgo hacia los empleados, no reconociéndolos como una inversión y valor agregado a los procesos organizacionales. Entonces, es aún un desafío para las organizaciones actuales poder ponderar los resultados objetivos que produce la inversión en los empleados, y cuán clave son en los resultados organizacionales (Luthans y Youssef, 2004).

Las organizaciones saludables son capaces de tratar a sus empleados como un capital, tanto humano, como social y psicológico. Desde la psicología ocupacional positiva es posible dar cuenta del capital psicológico positivo que de acuerdo a las investigaciones, considera aquellas capacidades y fortalezas tales como: la esperanza, el optimismo, la autoeficacia, la resiliencia y la vinculación psicológica con el trabajo o *engagement* (Luthans y Youssef, 2007; Stanjovik, 2006). El estudio de las organizaciones saludables ha dado cuenta de tres conceptos claves que tienen los empleados saludables, que son la autoeficacia, la vinculación psicológica con el trabajo o *engagement* y la confianza organizacional (Salanova, 2009).

La autoeficacia es entendida como la creencia en las capacidades propias que permiten el logro de una meta o resultado. En este sentido, las creencias que las personas tienen de sí mismas influyen en sus comportamientos y al forma en la que afrontan los desafíos que les presenta el entorno.

La vinculación psicológica con el trabajo o *engagement* ha sido definida por los investigadores como un estado afectivo positivo de plenitud que es caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción o concentración en el trabajo (Acosta, et. al., 2012; Salanova, 2008; Salanova, 2009; Salanova y Schaufeli, 2004; Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002).

Específicamente, el vigor es entendido como la utilización de altos niveles de energía y estimulación mental en el trabajo, además por la intencionalidad de los esfuerzos realizados y la persistencia aun cuando se presenten diversas dificultades. La dedicación se refiere a estar altamente

implicado e inspirado en el trabajo, de forma entusiasta y con altos niveles de orgullo. Finalmente la absorción en el trabajo se relaciona con alta concentración, placer y la sensación de que el tiempo pasa velozmente, con dificultades para “desconectarse” del trabajo debido a la satisfacción percibida en el trabajo (Acosta et.al., 2012; Salanova, 2008; Salanova, 2009). Este constructo motivacional, permite que los trabajadores que lo experimentan sean capaces de mantenerse llenos de energía y activos a la hora de responder a las exigencias del trabajo, posibilitando el desarrollo de habilidades y competencias.

En cuanto a la confianza organizacional, Acosta et. al (2012) establecen que es un constructo entendido como la voluntad de un individuo para permanecer vulnerable a las políticas y gestiones que realice la organización. La confianza organizacional tiene dos niveles uno vertical relacionado con los supervisores directos del empleado y un nivel horizontal relacionado con la confianza entre pares en los equipo de trabajo (Acosta et. al., 2012).

-Resultados Organizacionales Saludables

Son los menos estudiados en la actualidad, sin embargo, es posible señalar que existe una relación no demasiado fuerte pero positiva y significativa, entre algunos indicadores de bienestar y resultados organizacionales.

Lyubomirsky, King y Diener (2005) reconocieron siete estudios publicados que dan cuenta de la relación que existe entre el bienestar de los empleados y sus evaluaciones de desempeño, y entre el bienestar de estos y el comportamiento extra-rol. De acuerdo a esto, se puede señalar que la evidencia científica corrobora la relación entre los diferentes indicadores de bienestar psicológico positivo y los resultados organizacionales saludables.

Acosta, Salanova y Llorens (2011) señalan que los recursos y prácticas organizacionales saludables tienen un impacto positivo en la salud de los empleados, y por lo tanto en los resultados organizacionales (compromiso organizacional, competitividad y desempeño), es decir, en la medida que la organización garantice el desarrollo de capital psicológico positivo y por lo tanto empleados saludables, tendrá mejores resultados. Y estos resultados no sólo son medidos a nivel psicosocial, sino que también en productos y servicios de calidad, en clientes y/o pacientes y/o usuarios más satisfechos e incluso una relación con el entorno comunitario u extra organizacional más equilibrado, y un mayor nivel de resiliencia frente a los desafíos que les plantee ese entorno (Salanova, 2008; Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012).

3. Objetivos e Hipótesis de investigación

Objetivo General:

Desarrollar un proyecto de mejoramiento en los ámbitos de la seguridad y la salud ocupacional desde el Modelo de Cultura Positiva en Seguridad y el Modelo HERO de Salud Ocupacional Positiva en estamentos clave del Hospital Base de Curicó (HBC).

Objetivos Específicos:

1.- Identificar variables relevantes a intervenir en estamentos claves del HBC a fin de lograr mejorar indicadores de seguridad y salud ocupacional en el funcionamiento institucional.

2.- Diseñar e implementar un plan de intervención acorde con los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico desde el Modelo de Cultura Positiva hacia la Seguridad y el Modelo HERO de Salud Ocupacional Positiva.

3.- Evaluar los resultados de la intervención en seguridad y salud ocupacional, basada en el Modelo de Cultura Positiva hacia la Seguridad y el Modelo HERO de Salud Ocupacional Positiva, en las variables de accidentalidad, satisfacción laboral, *engagement*, confianza organizacional, desempeño in-rol y extra-rol en estamentos clave de la organización sanitaria.

Hipótesis

H₁ Las intervenciones de prevención primaria de riesgos laborales, basadas en el Modelo de Cultura Positiva hacia la seguridad, tendrán un efecto negativo y significativo sobre los indicadores de accidentalidad laboral en áreas clave del HBC. Es decir, se espera que las intervenciones de prevención primaria disminuyan significativamente los indicadores de accidentalidad laboral en áreas clave del HBC.

H₂ Las intervenciones de prevención primaria basadas en el Modelo de Cultura Positiva hacia la Seguridad, tendrán un efecto positivo y significativo sobre la satisfacción laboral. Es decir, se espera que las intervenciones de prevención primaria aumenten significativamente la satisfacción laboral.

H₃ Las intervenciones de prevención primaria en salud ocupacional basadas en el Modelo de Salud Ocupacional Positiva (Modelo HERO), tendrán un efecto positivo y significativo sobre *engagement* en estamentos clave del HBC.

H₄ Las intervenciones de prevención primaria en salud ocupacional basadas en el Modelo de Salud Ocupacional Positiva (Modelo HERO), tendrán un efecto positivo y significativo sobre la confianza organizacional en estamentos clave del HBC.

H₅ Las intervenciones de prevención primaria en salud ocupacional basadas en el Modelo de Salud Ocupacional Positiva (Modelo HERO), tendrán un efecto positivo y significativo sobre el desempeño in-rol y extra rol en estamentos clave del HBC.

4. Metodología

Tipo y diseño de estudio

El presente estudio corresponde a una investigación aplicada, de tipo descriptivo, cuantitativo, con diseño cuasi experimental, con grupos control. Se realiza una medición anterior y posterior a la intervención, a grupos intervenidos y a grupos control.

Población y muestra

La población corresponde a la totalidad de funcionarios del recinto hospitalario. Al momento de iniciar la investigación, el Hospital San Juan de Dios de Curicó, contaba con un total de 878 personas, entre funcionarios titulares y a contrata, de los cuales 7(0,79%) son de la planta directiva, 106 (12,07%) corresponden a la planta Ley Médica 15.076 y 19664 (que incluye médicos, dentistas y químico farmacéuticos), 180 (20,50%) a la planta profesional (nutricionistas, matronas, enfermeras y otros profesionales) 351(39,97%) de la planta técnica (auxiliares paramédicos, contador, laboratoristas dentales y otros), 104 (11,84%) administrativos y 130 (14,80%) de la planta auxiliar (auxiliares y choferes).

La investigación se realizó con una muestra de trabajadores del hospital. El muestreo es de tipo no probabilístico por conveniencia, ya que los participantes se eligieron de estamentos específicos (estamentos clave) de acuerdo a los objetivos de la investigación y los siguientes criterios: pertenecer a las unidades con mayor presencia de accidentes, mayor ausentismo, y de unidades preferentemente clínicas debido a que son áreas consideradas clave para la gestión y razón de ser de toda institución sanitaria, y que, en el caso específico del Hospital de Curicó, habían sido altamente afectadas por el terremoto de 2010, presentando alto riesgo de rotación de profesionales y ausentismo por sobrecarga laboral.

La muestra en la etapa diagnóstica estuvo compuesta por 205 empleados los cuales pertenecen a siete grupos o unidades del Hospital Base San Juan de

Dios de Curicó (HBC). Los siete grupos están distribuidos en: Pabellón (44 empleados, correspondiente a 19.5% de la muestra total), Block quirúrgico 30 (15.7%), Pediatría 20 (9.4%), Alimentación 33 (18.6%), Obstetricia-ginecológica 48 (22.1%) y Administrativos 30 (14.7%). De estos, 88% fueron mujeres y el 55% tenía contrato indefinido. En cuanto a la antigüedad laboral, el promedio fue de 4 años ($dt = 2.4$).

La muestra en la etapa de evaluación post intervención estuvo compuesta por 150 personas, Pabellón (30), Block Quirúrgico (24), Pediatría (21), Alimentación (29), Obstetricia-Ginecología (31), Administrativos (15). Es importante indicar que al momento de realizar este informe, parte de los funcionarios del hospital se encontraban en período de vacaciones, lo que explica el menor número de encuestas recogidas en la etapa post intervención.

Técnicas e Instrumentos de recolección de información

Las técnicas de recolección de información fueron de tipo cuantitativo, a través de la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Cultura Positiva hacia la Seguridad de Fernández et al (2006). Donde se considera que la cultura positiva tiene como propósito que los trabajadores tomen consciencia de los accidentes laborales a los cuales se exponen cada día. El instrumento tiene una estructura de tipo likert, con 42 ítems los cuales tienen como valores de 1 a 5, siendo 1: muy de acuerdo y 5: muy en desacuerdo, por lo tanto a menor puntaje mayor percepción de cultura positiva de seguridad. El coeficiente de Alpha de Cronbach de las subescalas son superiores a 0,7 por lo que posee una adecuada fiabilidad (Fernández et al, 2006).
- Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23 de Meliá y Peiró (1998). Este mide la satisfacción laboral entendida como la evaluación que hacen las personas respecto restricciones o condiciones motivacionales y temporales a los que están expuestos en sus lugares de trabajo. La fiabilidad del instrumento corresponde a un Alpha de Cronbach 0,92 el cual es considerado como bueno. El cuestionario consta con 23 ítems de tipo Likert con 7 tipo de respuestas, siendo 1: Muy insatisfecho y 7: Muy satisfecho, además el instrumento consta de 5 factores o dimensiones como estructura los cuales son: satisfacción con la supervisión, satisfacción con el ambiente físico, satisfacción con las prestaciones, satisfacción intrínseca y satisfacción con la participación (Meliá y Peiró, 1990).
- Cuestionario HERO "Healthy & Resilient Organizations" (Salanova, 2009). Este cuestionario se dirige a PYMES, grandes empresas y hospitales, consta de las siguientes sub escalas: Estrategia Organizacional; Liderazgo Transformacional; Engagement individual y colectivo; Desempeño, Compromiso y Confianza grupal; Confianza organizacional; Resiliencia

organizacional. Utiliza una escala tipo Likert de cero a seis, de modo que el valor cero refleja el grado de "Nunca" y el valor seis refleja el grado de "Siempre".

- Ficha de datos sociodemográficos: para este estudio se elaboró una encuesta de datos personales, que aportan datos de género, edad, estado civil, hijos, escalafón, planta, nivel educacional, tipo de relación laboral y antigüedad en la organización.
- Base de datos de registro de accidentes del hospital: para identificar la variable accidentalidad se tuvo acceso al registro oficial de accidentes de la unidad de prevención de riesgos.

Procedimiento

El proceso de investigación en el Hospital base de Curicó, se realizó por etapas:

- **Levantamiento de información inicial:** durante 2011 se realizaron reuniones con el equipo directivo para especificar alcance y expectativas en torno al estudio, se revisó documentación interna en relación a registro de accidentes, ausentismo y organización interna de la institución.
- **Coordinación y difusión:** incluyó la realización de reuniones con el equipo directivo y con la unidad de Recursos Humanos del hospital, junto con una actividad de difusión masiva para presentar el estudio a la comunidad hospitalaria, dando a conocer entidades colaboradoras, objetivos, etapas y tiempo de ejecución, entre otras. A esta reunión asistieron representantes del equipo directivo, jefes de unidad, profesionales, técnicos y administrativos, dirigentes sindicales, y miembros del comité paritario. Una vez realizada esta actividad, el equipo de la Universidad de Talca visitó las unidades seleccionadas para la muestra con el fin de explicar el motivo del estudio y coordinar con los jefes de unidad la forma de la aplicación del instrumento diagnóstico.
- **Diagnóstico (evaluación pre):** Durante las de enero, febrero y parte de abril de 2012 se realizó la aplicación de los cuestionarios a los funcionarios de la muestra, con ayuda de memoristas de la carrera de Psicología de la Universidad de Talca, los cuales eran anónimos e incluían un consentimiento informado para resguardar aspectos éticos necesarios en este tipo de estudios (ver Anexo). En relación a las condiciones de aplicación, los cuestionarios fueron aplicados principalmente en el mismo puesto de trabajo y durante el horario de turno o después de este, una vez finalizado se procedió a retirarlos.
- **Retroalimentación de Resultados:** A fines de mayo de 2012, el equipo de investigadores se reunió con cada una de las unidades clave elegidas para configurar la muestra y dio a conocer los resultados de la etapa diagnóstica, junto con recoger ideas de los participantes para incorporar a la etapa de intervención.

- **Diseño e Implementación de la Intervención:** Entre los meses julio y noviembre de 2012 se implementa el programa de intervención en Seguridad y Salud Ocupacional en las unidades de Block Quirúrgico (Medicina), Pediatría, Ginecología y Obstetricia, dejando como grupo control (sin intervención) a las unidades de Anestesia y Pabellón, Alimentación y Administrativos (ver Plan de intervención detallada en anexo nº 2 y Registro fotográfico de actividades en anexo nº 3).
- **Evaluación post:** Durante los meses de diciembre 2012 y enero de 2013, se realizó la evaluación post intervención a los grupos control e intervenidos. El procedimiento de aplicación fue similar a la etapa de diagnóstico, realizándose principalmente en los puestos de trabajo, según turno de los funcionarios. La respuesta a esta aplicación en cuanto a número de cuestionarios completos devueltos, fue significativamente menor debido a la ausencia por vacaciones de los trabajadores. Con la información recabada, se procedió a analizar los resultados y elaborar el informe final. Quedando pendiente para abril actividades comprometidas con los grupos control y una reunión de entrega de resultados y cierre del proyecto con el equipo directivo del hospital.

Plan de análisis

Para llevar a cabo el análisis estadístico de esta investigación se utilizó el programa computacional SPSS en su versión 15.0. Se realizaron análisis de tipo descriptivo y estadística inferencial, determinación de frecuencias, comparación de medias y Anovas.

5. Resultados

A continuación se presentan los resultados descriptivos y comparativos de Tiempo 1 (T1; N= 205) y Tiempo 2 (T2; post intervención, N= 150) a nivel general en el Hospital Base Curicó (HBC). En segundo lugar se presentan los resultados comparativos entre T1 y T2 para cada grupo de trabajo (N=7).

5.1. Resultados Descriptivos Generales

Descripción de las muestras

Muestra Tiempo 1. La muestra está compuesta por 205 empleados. De ellos, 19 (9.3%) son hombres y 184 (89.7%) son mujeres. 85 (41.5%) son solteros, 84 (41%) casados y 36 (18.5%) son convivientes, separados o viudos). 153 (74.6%) tiene hijos. En cuanto a las condiciones laborales, 89 (43.4%) pertenecen a la planta técnica, 116 (56.6%) posee contrato indefinido y 80 (39%) contrato temporal. 70 empleados (34.1%) posee una antigüedad laboral de más de 20 años en el Hospital Base Curicó.

Muestra Tiempo 2. La muestra está compuesta por 150 empleados. De ellos, 12 (8%) son hombres y 138 (92%) son mujeres. 65 (43.3%) son solteros, 62 (41.3%) casados y 23 (15%) son convivientes, separados o viudos). 107 (71.3%) tiene hijos. En cuanto a las condiciones laborales, 72 (48%) pertenecen a la planta técnica, 73 (48.7%) posee contrato indefinido, 68 (45.3%) contrato temporal y 8 (5.3%) otro tipo de contrato. 45 empleados (30%) posee una antigüedad laboral de más de 20 años en el Hospital Base Curicó.

Frecuencia y Media de Accidentes Tiempo 1 y Tiempo 2

Tabla n° 1: Frecuencia de accidentes de trabajo con y sin días perdidos

Unidad	Frecuencia accidentes 2011-pre	Frecuencia accidentes 2012-post	% de accidentes
Anestesia y pabellón	12	6	-50
Block Quirúrgico	3	6	100
Pediatría	5	1	-80
Alimentación	6	5	-16
Ginecología y Obstetricia	5	2	-60
Administrativos	0	7	
Total	31	27	-12

La Tabla 1 da cuenta que la frecuencia de accidentes bajó un 12%, al comparar el número de accidentes totales registrados en 2011 y 2012 en las unidades consideradas en el estudio.

En la siguiente tabla, se observan las medias de cada una de las variables y sus dimensiones, obtenidas en la etapa de diagnóstico (Tiempo1) y en la etapa post-intervención (Tiempo2).

Tabla nº 2: Medias, desviaciones típicas y fiabilidad de las escalas

Variables	Tiempo 1 (N=205)			Tiempo 2 (N=150)		
	Medias	DT	α	Medias	DT	α
Cultura Positiva de Seguridad Total	3.40	.79	.97	3.20	.75	.97
Política	3.15	1.08	.85	2.99	.98	.85
Incentivo	3.60	1.02	.84	3.32	.98	.79
Formación	3.36	.93	.80	3.25	.90	.81
Comunicación	3.35	.95	.80	3.06	.93	.73
Prevención	3.29	1.08	.87	2.91	.97	.84
Emergencia	3.46	1.06	.89	3	1	.86
Control Interno	3.43	.80	.79	3.22	.82	.82
Benchmarking	3.46	.94	.86	3.25	.86	.79
Actitudes de la Dirección	3.18	1.1	.93	3.09	.99	.93
Comportamientos de la Dirección	3.47	.90	.86	3.41	.93	.87
Participación de la Dirección	3.53	.86	.75	3.43	.88	.76
Prácticas Organizacionales Saludables	2.44	1.31	.91	2.34	1.13	.88
Liderazgo Transformacional Total	3.35	1.44	.96	3.14	1.36	.95
Visión	3.66	1.32	.68	3.52	1.31	.62
Comunicación Inspiracional	3.41	1.55	.90	3.18	1.58	.88
Estimulación Intelectual	3.20	1.54	.95	3.13	1.51	.92
Apoyo	3.17	1.89	.97	2.93	1.79	.95
Reconocimiento	3.26	1.90	.96	2.95	1.85	.95
Engagement Individual	4.96	.81	.92	4.72	1.08	.95
Vigor Individual	5.07	.82	.80	4.76	1.13	.88
Dedicación Individual	5.17	.86	.79	4.91	1.13	.89
Absorción individual	4.68	.99	.80	4.54	.99	.82
Engagement Colectivo	4.65	.89	.89	4.47	1.18	.97
Vigor Colectivo	4.57	.87	.84	4.43	1.16	.91
Dedicación Colectiva	4.97	.98	.88	4.73	1.27	.94
Absorción Colectiva	4.51	1.03	.71	4.36	1.31	.93
Confianza Organizacional	3.61	1.03	.83	3.49	.94	.76
Confianza Vertical	2.63	1.40	.86	2.30	1.27	.81

Confianza Horizontal	4.59	1.19	.90	4.56	1.19	.87
Resilience	4.20	.94	.79	3.89	1.27	.89
Desempeño Total	5.13	.79	.85	4.92	1	.91
Extra Rol	5.10	.90	.70	4.83	1.14	.85
Intra Rol	5.17	.80	.80	5	.99	.89
Compromiso Organizacional Afectivo	4.79	1.07	.82	4.50	1.30	.85
Satisfacción Laboral Total	4.59	1.14	.92	4.36	1.17	.95
Satisfacción Intrínseca	5.37	1	.76	5.11	1.32	.85
Prestaciones	3.94	1.26	.81	3.77	1.45	.87
Ambiente Físico	4.34	1.55	.71	4.19	1.55	.88
Supervisión	4.83	1.52	.94	4.56	1.41	.93
Participación	4.53	1.52	.91	4.23	1.54	.92

Los resultados anteriores se detallan en el siguiente apartado.

5.2. Resultados Comparativos T1 (N= 205) y T2 (N= 150)

Primero se especifican los resultados comparativos de accidentes en ambos tiempos.

Tabla nº 3: Comparación de medias de accidentes en T1 y T2 grupo total

		Diferencias relacionadas				t	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	95% Intervalo de confianza para la diferencia			
				Inferior	Superior		
Par 1	Pre intervención - Post intervención	,667	4,844	-4,417	5,750	,337	,750

La Tabla 3 muestra que la diferencia de medias de accidentes en el grupo total no fue significativa al comparar resultados pre y post intervención.

A continuación, se presenta la información de resultados de MCPS, variables de HERO y Satisfacción Laboral (SL) por cada una de las unidades participantes en la intervención, a través de gráficas que indican a través de asteriscos las diferencias significativas en cuanto a las medias entre Tiempo 1 (**T1**) y Tiempo 2 (**T2**).

- Los asteriscos azul (*) indicarán que las diferencias son positivas, es decir, que hay un aumento significativo entre las medias de T1 y T2.

» Investigación

- Los asteriscos rojos (*) indicarán que las diferencias son negativas, es decir, que hay una disminución significativa entre las medias de T1 y T2.

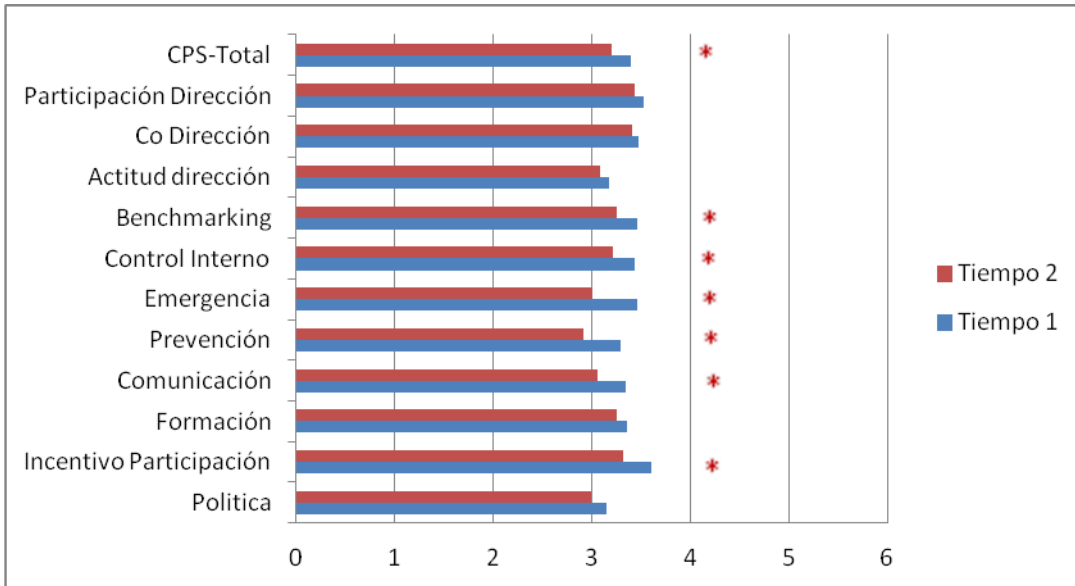


Figura 1. Cultura Positiva de Seguridad en T1 y T2

Los resultados evidencian diferencias significativas en las puntuaciones medias en las dimensiones de Incentivo a la Participación, Comunicación, Prevención, Emergencia, Control Interno, Benchmarking y a la variable total de Cultura Positiva de Seguridad. Estas puntuaciones medias son menores en T2.

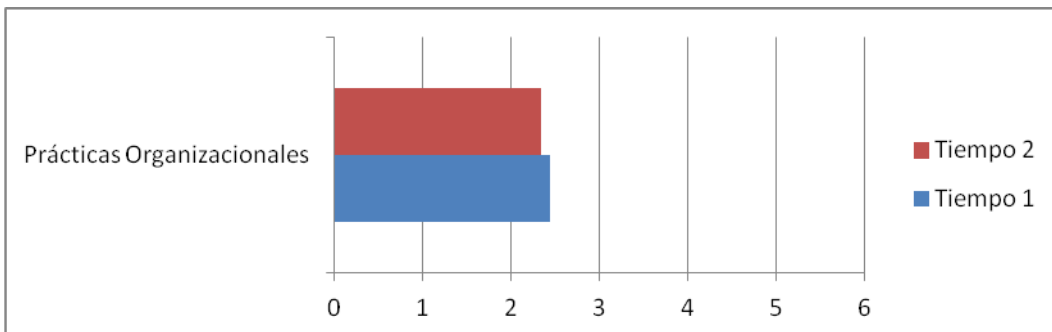


Figura 2. Prácticas Organizacionales Saludables en T1 y T2

Los resultados no evidencian diferencias significativas en las puntuaciones medias de Prácticas Organizacionales Saludables en T1 y T2.

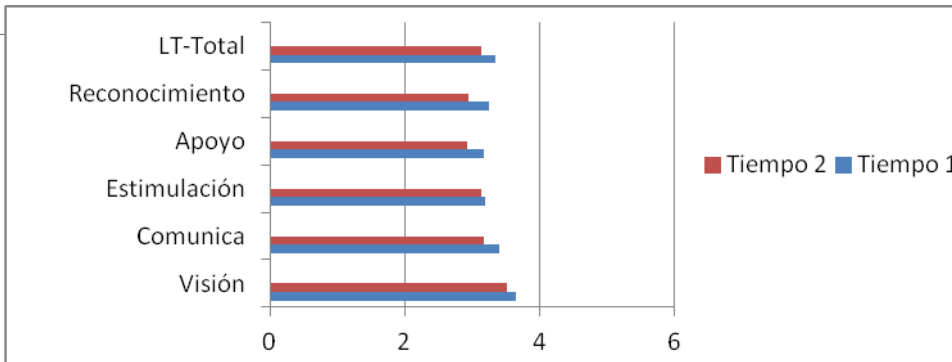


Figura 3. Liderazgo Transformacional en T1 y T2

Los resultados no evidencian diferencias significativas en las puntuaciones medias de Liderazgo Transformacional en T1 y T2.

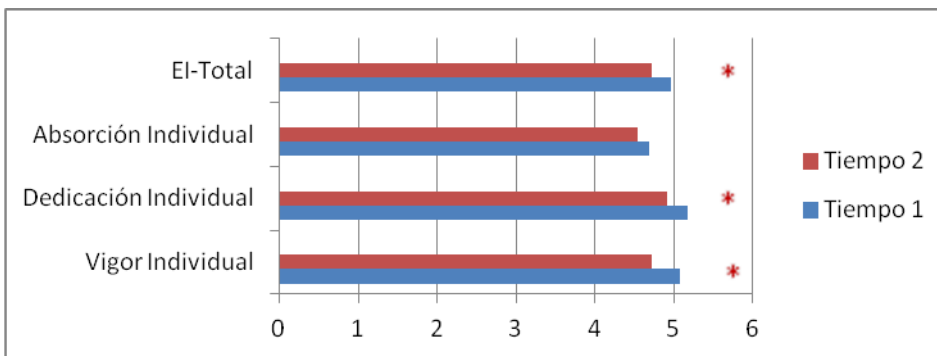


Figura 4. Engagement Individual en T1 y T2

Los resultados evidencian diferencias significativas en las puntuaciones medias de Vigor, Dedicación y en la puntuación global de Engagement Individual. Estas puntuaciones medias son menores en T2.

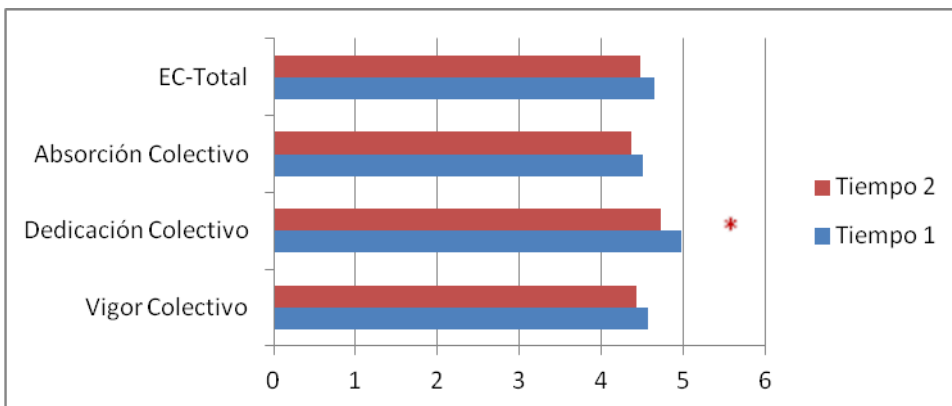


Figura 5. Engagement Colectivo en T1 y T2

Los resultados muestran diferencias significativas en las puntuaciones medias de Dedicación Colectiva. Estas puntuaciones medias son menores en T2. Las demás variables no presentan diferencias significativas.

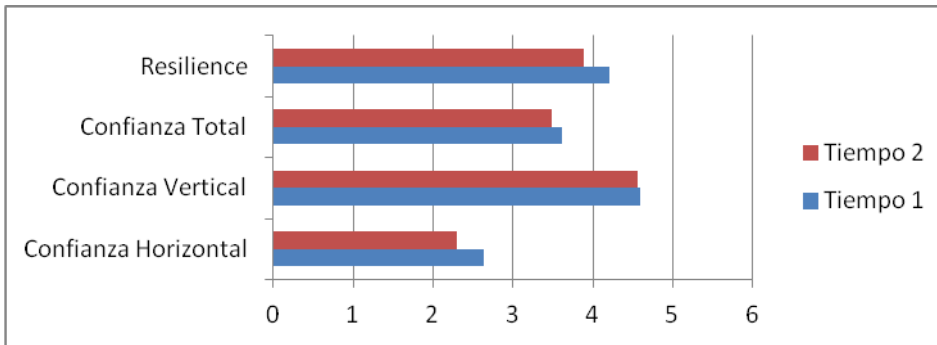


Figura 6. Confianza y Resilience en T1 y T2

Los resultados no evidencian diferencias significativas en las puntuaciones medias de Confianza y Resilience en T1 y T2.

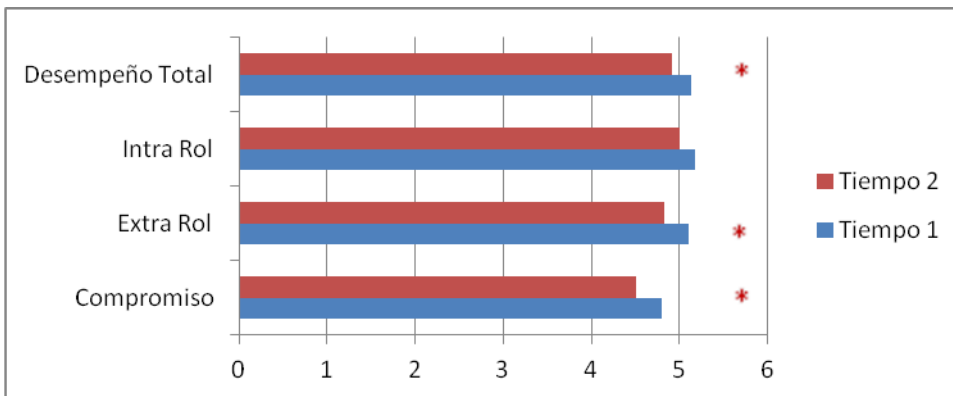


Figura 7. Desempeño y Compromiso en T1 y T2

Los resultados muestran diferencias significativas en Compromiso, Desempeño Extra rol y desempeño Total. Estas puntuaciones medias son inferiores en T2.

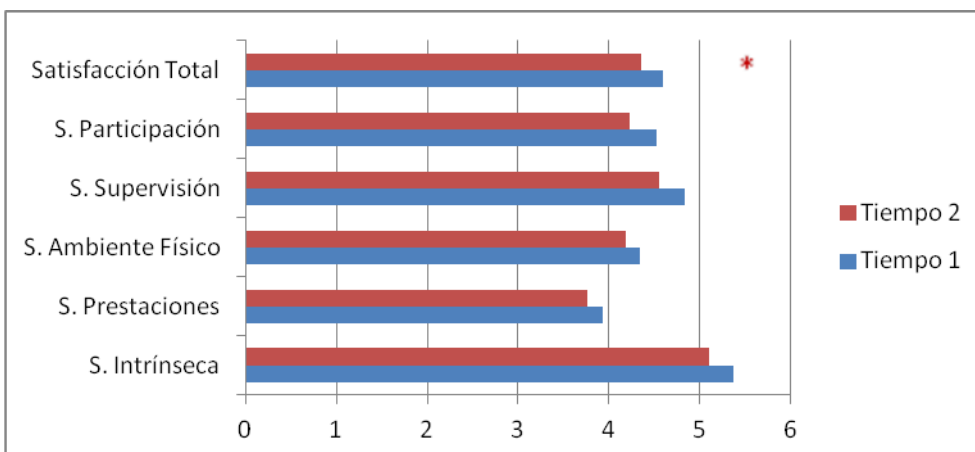


Figura 8. Satisfacción Laboral en T1 y T2

Los resultados evidencian diferencias significativas en las puntuaciones medias de Satisfacción Total. Las puntuaciones medias son menores en T2.

5.3. Comparación accidentes grupos control y grupos intervenidos

En la siguiente tabla, se presentan los resultados comparativos de accidentes en Tiempo 1 y Tiempo 2 para los grupos control (Grupos: 1, 4 y 6) y los grupos intervenidos (Grupos 2, 3 y 5).

Tabla nº 4: Comparación de medias de accidentes en grupos intervenido y control

		t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
Pre intervención	Se han asumido varianzas iguales	-,472	,661	-1,667	3,528
	No se han asumido varianzas iguales	-,472	,680	-1,667	3,528
Post intervención	Se han asumido varianzas iguales	-1,837	,140	-3,000	1,633
	No se han asumido varianzas iguales	-1,837	,179	-3,000	1,633

La Tabla 4 muestra que al comparar la media de accidentes pre intervención y post intervención entre grupos intervenidos y grupos control, la media fue menor en el grupo intervenido, sin ser esta diferencia significativa estadísticamente.

6. Conclusiones/Discusión

A continuación se presentan las principales conclusiones del estudio y sugerencias de continuidad de esta línea de investigación.

- Respecto a la variable accidentes, se observa una disminución importante en términos porcentuales (12%) en las unidades participantes del estudio, sin embargo estos resultados no son estadísticamente significativos, por lo cual la hipótesis 1 se acepta parcialmente. Es decir, los datos muestran que la intervención tuvo un efecto negativo en la accidentalidad, pues al comparar la frecuencia de accidentes antes y después de la intervención, ésta disminuyó en los grupos intervenidos, en tanto se mantuvo en el grupo control. Esta diferencia no es significativa probablemente por la escasa variabilidad de los datos.
- Los resultados también dan cuenta de una diferencia significativa en cuanto a la percepción de cultura de seguridad al comparar el tiempo 1 y 2, aumentando tanto en los grupos intervenidos y en los grupos control. Por lo cual, la disminución de los accidentes en las unidades intervenidas, debe tomarse con cautela, pues no se podría establecer que existe una relación directa de causalidad entre la intervención realizada y los resultados obtenidos.
- En general, los resultados referidos a las variables de salud ocupacional positiva y satisfacción laboral, dan cuenta que si bien en términos globales la intervención muestra una disminución de estas variables al comparar el tiempo 1 y 2, este efecto es levemente menor en los grupos intervenidos. Esto eventualmente estaría dando cuenta de la situación del hospital al momento de la intervención, que era una situación de crisis organizacional con altos niveles de rotación e insatisfacción de los funcionarios, por lo cual los resultados estarían indicando que la intervención logra moderar los efectos negativos del estado pre-intervención del hospital. También podría ser explicado por factores externos no controlados por este estudio en el sentido que manifiestan Dejoy, Wilson, Vandenberg, McGrath-Higgins y Griffin-Blake (2010), quienes encontraron resultados más bajos en algunas variables consideradas en un programa de mejoramiento organizacional en empresas del sector retail afectadas por condiciones adversas del medio de tipo económico-financiero principalmente.
- Respecto a las variables e hipótesis asociadas al modelo HERO, los resultados muestran tanto para HBC general, por grupos intervenidos y por grupo control, que la confianza vertical ha disminuido. Esto quiere decir que las percepciones sobre la confianza en la organización continúan siendo un foco al cual hay que poner atención, pues según Tam y Lim (2009), la confianza organizacional aparece como una

» Investigación

variable mediadora entre la confianza horizontal y resultados organizacionales, como desempeño y compromiso afectivo de los trabajadores, por lo que se torna relevante para abordar en próximas acciones de mejora a implementar por la institución. En igual sentido, la dimensión comunicación de CPS se observa disminuida en algunos casos, por lo cual realizar iniciativas de mejora en los canales de comunicación sería una posible estrategia para aumentar los niveles de confianza vertical.

- Otro resultado relevante es que luego de la intervención los grupos han disminuido sus percepciones medias de Engagement individual como puntuación global y en sus dimensiones evaluadas por separado (vigor, dedicación y absorción), sin embargo, estas puntuaciones superan la media de la escala Likert utilizada (0 a 6). Esto quiere decir que los grupos presentan puntuaciones superiores a 3, indicando que, aunque han disminuido las percepciones medias luego de la intervención, éstas superan la media siendo positivas, lo cual se torna en una fortaleza del personal del hospital, reforzando la idea de que es fundamental potenciar el capital psicológico de los trabajadores del ámbito sanitario para lograr metas relacionadas con la excelencia en la atención de pacientes (Salanova, Rodríguez, del Líbano, y Ventura, 2012).
- Finalmente, los resultados obtenidos alientan a persistir en los esfuerzos de instalar una nueva mirada en organizaciones de este sector, basada en modelos más integrativos o alternativos como la Psicología Organizacional Positiva, para analizar tanto la complejidad de sus relaciones internas como sus resultados, y para desarrollar nuevas estrategias de intervención (Bakker, Rodríguez-Muñoz y Derks, 2012), ya que las instituciones públicas de salud en Chile llevan décadas funcionando con modelos jerárquicos y normativos de gestión institucional, que no se ajustan a los desafíos actuales y futuros en salud (Ansoleaga, Artaza y Suárez, 2012).

- Bibliografía.

- Acosta, H., Salanova, M. y Llorens, S. (2012). ¿Qué prácticas organizacionales saludables son más frecuentes en las empresas? Un análisis cualitativo. *FÒRUM DE RECERCA* nº 16, 811-825.
- Ansoleaga, E., Artaza, O. y Suarez, J. (2012) Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud. Santiago, Chile: OPS-OMS.
- Bakker, H y Chagas, N. (2010). Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário. *Produção*, 20, n. 4, out./dez. 2010, p. 669-676
- Bakker, A., Rodríguez-Muñoz, A. y Derks, D. (2012) La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24, n. 1, pp. 66-72
- Cooper, M. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36, p 111-136.
- Fernández, B., Montes, J y Vásquez, C. (2006). *La cultura positiva organizativa hacia la seguridad laboral: incidencia sobre la satisfacción del trabajador y el capital relacional*. Universidad de Oviedo, 1-15.
- Fernández, B., Montes, J., & Vásquez, C. (2005). Antecedentes del comportamiento del trabajador ante el riesgo laboral: un modelo de cultura positiva hacia la seguridad. *Revista Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(3), 207-234.
- Fernández, B., Montes, J., & Vásquez, C. (2007) Safety Culture: A tool to improve corporate competitiveness. *Revista conocimiento, innovación y emprendedores: Camino hacia el futuro*, 84, 1-15.
- Glendon, A., Stanton, N. (2000) Perspectives on safety culture. *Safety Science* 34 (1), 193-214, 266.
- Llorens, S., Salanova, M., y Martínez, I. (2007). Psicología de la salud ocupacional positiva: concepto y metodología para su evaluación. En J. Tous, M. A. Carrión y F. López-Barón (coord.). *Promoción de la Salud Ocupacional*. Colección *Psicología de la Salud Ocupacional*. (Mollet del Vallés): AEPA Barcelona.
- Luthans, F. y Youssef, C.M. (2004). Human, social and now positive psychological capital management: investing in people for competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33, 143-160.
- Lyubomirsky, S., King, L. A., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-851.
- Meliá, J y Peiró, J. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*, V 5, p 59-74.
- Ostrom, L.T., Wilhelmsen, C.A., and Kaplan, K. (1994). *Assessing Safety Culture*, *Journal of Nuclear Safety*, 34(2)
- Rodríguez, A., Cifre, E., y Salanova, M. (2008). Cómo mejorar la salud ocupacional generando experiencias óptimas (flow) en el trabajo. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 46, 20-25.

» Investigación

- Saari, Jorma (2001). Proceso participativo de mejora en el lugar de trabajo. *Enciclopedia O.I.T. (Organización Internacional del Trabajo) de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Extraído el 07 de Diciembre de 2012 Disponible en www.mtas.es/insht/EncOIT/
- Salanova, M. y Schaufeli, W.B. (2004). El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 261, 109-138.
- Salanova & Schaufeli (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behaviour. *The International Journal of Human Resource Management*, Vol. 19, No. 1, 116-131.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables y desarrollo de recursos humanos. *Revista de trabajo y seguridad social*, 303, 179-214.
- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión práctica de riesgos laborales*, 58, 18-23.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., y Martínez, I (2006). Metodología RED-WoNT. En Foment del Treball Nacional (Ed.). *Perspectives de Intervenció en Riesgos Psicosociales, Evaluació de riscos*. (pp. 131-154). Barcelona.
- Stanjovik, A.D. (2006). Development of a core confidence-higher order construct. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1208-1224.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V. y Bakker, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Tam, H. y Lim, A. (2009) Trust in Coworkers and Trust in Organizations. *The Journal of Psychology*, 2009, 143(1), 45-66
- Wilson, M., DeJoy, D., Vandenberg, R., Richardson, H., & McGrath, A. (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.

7. Anexos

Anexo 1: Plan detallado de las etapas del estudio

Anexo 2: Registro fotográfico de actividades

Diagnóstico, Diseño y Plan de Intervención

Etap a 1	Objetivo	Grupo Objetivo	Actividades	Productos	Indicadores	Coordinador/ Ejecutor	Tiempo Sesiones/ Jornada	Recursos
D I A G N Ó S T I C O	Identificar variables relevantes a intervenir en estamentos claves del HBC a fin de lograr mejorar indicadores de seguridad y salud ocupacional en el funcionamiento institucional.	Unidades relevantes a intervenir de acuerdo a: Accidentabilidad, ausentismo y desempeño. Estos criterios fueron evaluados con datos actualizados y con la asesoría de Dirección de Recursos Humanos del Hospital. Se seleccionaron 7 unidades: Block Quirúrgico 1 y 2, Pabellón, Alimentación, Ginecología y	Sesiones de aplicación de cuestionario para evaluar HERO, MCPS, Datos Sociodemográficos y Satisfacción Laboral.	Aplicación de cuestionarios al total de funcionarios de las 7 unidades seleccionadas.	Porcentaje de Cuestionarios aplicados (Nº de cuestionarios aplicados v/s Nº total de funcionarios de las 7 unidades participantes)* 100	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos Equipo Ejecutor: Ps.Claudio Latorre Pavez, Ps.Mª Fernanda Ávila Pérez, Memorista PS. Francia Torres.	Sesiones de aplicación de cuestionarios en diferentes horarios y lugares del hospital de acuerdo a disponibilidad de funcionarios e infraestructura.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2 Salas semanal. ✓ Lápices pasta ✓ Hojas. ✓ Computador. ✓ Fotocopias de cuestionarios.
			Digitación de resultados	Base de datos terminada	Porcentaje de Cuestionarios aplicados (Nº de cuestionarios aplicados v/s Nº total de funcionarios de las 7 unidades participantes)* 100	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos Equipo Ejecutor: Ps.Claudio Latorre, Ps.Mª Fernanda Ávila, Memoristas Psicología Francia Torres, Constanza Villareal, Daniela Lara, Gonzalo Bravo, Carolina Vicente, Ivonne Rivas.	Los resultados son digitados desde Marzo a Abril del 2012 en la aplicación pre-test.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Computador ✓ Oficina

		Obstetricia, Administrativo y Pediatría.	Análisis estadísticos	Resultados de análisis	Primer informe de resultados para Equipo Directivo Hospital.	Equipo: Ps.Hedy Acosta, Ps.Doris Méndez y Ps.Claudio Latorre.	Análisis de datos realizado durante el mes de Mayo del 2012.	<input checked="" type="checkbox"/> Computador <input checked="" type="checkbox"/> Oficina
--	--	------------------------------------------	-----------------------	------------------------	--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Etapa 2	Objetivo	Grupo Objetivo	Actividades	Productos	Indicadores	Coordinador/ Ejecutor	Tiempo Sesiones/ Jornada	Recursos
DISEÑO	Construcción del programa de intervención, a partir de los resultados cuantitativos y la realización de reuniones de retroalimentación.	Equipo Directivo Hospital y expertos de ACHS y/o ISL.	Sesión de Retroalimentación de resultados y elaboración de propuestas de intervención.	Plan de intervención aprobado por equipo directivo del hospital.	1 Plan de intervención realizado en conjunto con Equipo Directivo del Hospital y el Equipo Utal.	Equipo: Ps.Doris Méndez Ps.Claudio Latorre	Al menos dos sesiones mensuales durante todo el proceso de diseño	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Sala ✓ Data Show ✓ Computador
		7 Unidades Participantes de etapa de Diagnóstico.	Sesiones de retroalimentación de resultados y elaboración de propuestas de intervención.	Unidades conocen los resultados de la etapa de diagnóstico y colaborar en la adecuación de las propuestas de intervención a sus propios contextos.	Porcentaje de Asistencia a reuniones de retroalimentación (Nº de asistentes a reuniones de retroalimentación de resultados v/s número total de funcionarios de la unidad)*100)	Coordinador: Ps.Doris Méndez Equipo Ejecutor: Ps.Claudio Latorre Ps.Jimmy Corvalán Ps.Mauricio Torres Ps.Elizabeth Salinas	11 Sesiones de 2 horas y dependiendo de la disponibilidad de las unidades, podrían ser hasta dos sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Sala ✓ Data Show ✓ Computador ✓ Materiales de oficina.

Etapa 2	Objetivo	Modelo HERO/ Dimensión	Objetivo	Grupo Objetivo	Actividades	Productos	Indicadores	Coordinador/ Ejecutor	Tiempo Sesiones/ Jornada	Recursos
I M P L E M E N T A C I Ó N	Intervención basada en el MCPS y el Modelo HERO, ajustada al diagnóstico y evidencia encontrada en el HBC.	<p>Recursos y Prácticas Org.Saludables</p> <p>a) Recursos Org.</p> <p>b) Recursos Sociales</p> <p>c) Recursos de Tarea</p> <p>d) Prácticas Org.: Seguridad Laboral (MCPS)</p>	Trabajo en Equipo y sus Beneficios	Invitación a todos los funcionarios del hospital con sus distintas unidades.	Jornada masiva	Participantes de la jornada son capaces de caracterizar los beneficios del TEQ.	Porcentaje de Asistencia (Nº asistentes a la sesión v/s total de invitados)*100	<p>Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos</p> <p>Equipo Ejecutor: Ps.Jimmy Corvalán Ps.Elizabeth Salinas</p>	1 Jornada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Sala semanal. ✓ Lápices pasta y de colores. ✓ Hojas. ✓ Data Show. ✓ Fotocopias.

								Ps.Ma uricio Torres Ps.Cla udio Latorr e		
			Comunicac ión y Atención Usuarios	Unidad de Farmacia	Taller de Comunicac ión y Atención de los usuarios, con un especial enfoque en la resolució n de problema s comunicacionales.	Participante s son capaces de reconocer las causas de los conflictos asociados a la comunicaci ón con los pacientes y usuarios.	Porcentaje de Asistencia (Nº asistentes a la sesión v/s total funcionarios de la unidad)*100	Coor dinador supervisor del Proceso: Ps.Cla udio Latorr e Ejecutor: Ps.Ma uricio Torres	2 Jornadas de 2 horas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Sala. ✓ Lápices pasta y de colores. ✓ Hojas. ✓ Data Show.
			Humanizar los contextos de Salud y Liderazgo	Funcionarios Directivos de todas las unidades	Relatoría acerca de conceptos relacionados con	Participante s son capaces de percibir las características de un buen trato	Porcentaje de Asistencia (Nº asistentes a la sesión v/s total de directivos)*100	Coor dinador supervisor del Proceso:	2 Sesiones de horas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Sala. ✓ Lápices pasta y de colores.

					el humanizar los contextos de salud, que promuevan el buen trato de los pacientes y los funcionarios	en los contextos de salud y las consecuencias positivas de los mismos.		so: Ps.Doris Méndez Campos Equipo Ejecutor: Ps.Mauricio Torres		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas. ✓ Data Show.
		Potenciar prácticas de Liderazgo Transformacional en agentes claves de algunas unidades de la organización. (Proceso de Coaching)	2 Jefas de Unidad Block Quirúrgico Jefa y Médico de Unidad Gine. y Obstetricia Jefa Unidad de Pediatría	Sesiones de Coaching individual, evaluando estado inicial y final del proceso.	Informe de Resultados, evaluación de proceso por parte del Coachee.	Porcentaje de Asistencia (Nº de sesiones en las que participo el coachee v/s Nº Mínimo de sesiones (10 a 12)*100	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos Ps. Cristhi	Sesiones de 1 ½ Hora. Con frecuencia semanal. Cada Coachee participo en un promedio de 12 sesiones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Sala semanal. ✓ Lápices pasta y de colores. ✓ Hojas. ✓ Computador. ✓ Fotocopias. 	

								an Vásquez Equipo Ejecutor: Ps.Jimmy Corvalán Ps.Elizabeth Salinas Ps.Mauricio Torres	s.	
			Potenciar prácticas de Liderazgo Transformacional en agentes claves de algunas unidades de la organización. (taller)	Estamento Paramédico Hospital	Curso de Habilidades de liderazgo y gestión de personas	Participantes de las sesiones son capaces de desarrollar prácticas de liderazgo y gestión de personas.	Porcentaje de Asistencia (N° de participantes del curso v/s total de funcionarios paramédicos del hospital)*100	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos	3 Sesiones de 8 horas cada una.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Sala semanal. ✓ Lápices ✓ Hojas. ✓ Computador. ✓ Fotocopias ✓ Data Show

								Equipo Ejecutor: Ps.Jimmy Corvalán Ps.Elizabeth Salinas Ps.Mauricio Torres Ps.Claudio Latorre		
			Potenciar prácticas de Liderazgo Transformacional en agentes claves de algunas unidades de la organización. (taller)	Médicos del Hospital	Taller de Liderazgo y Autogestión Personal	Médicos del hospital desarrollan estrategias concretas para mejorar sus habilidades de Liderazgo.	Porcentaje de Asistencia (N° de asistentes a las sesiones v/s N° total de médicos participantes) *100	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Camp	4 Sesiones de 5 ½ hrs. Durante un mes.	✓ 1 Sala semanal. ✓ Lápices pasta y de colores. ✓ Hojas. ✓ Computador. ✓ Fotocopias.

								<p>os Equip o Ejecu tor: Ps. Claudi o Latorr e Ps.Jim my Corval án Ps.Eliz abeth Salina s Ps.Ma uricio Torres Ps. Cristhi an Vásqu ez</p>		
			<p>Implemen tar una Intervenci ón basada en el MCPS,</p>	<p>Actividad masiva que convocó a 2 Alianzas que</p>	<p>Elaborar un Rincón de la Segurida d con</p>	<p>Dos Rincones de la Seguridad representati vos de las</p>	<p>Rincón de la Seguridad acorde a las bases entregadas.</p>	<p>Coor dinad or super visor del</p>	<p>1 semana para la inscripci ón de las</p>	<p>✓ 1 Sala. ✓ Cajas con materiales de oficina(go</p>

			ajustada al diagnóstico y evidencia	fueron conformadas por representantes antes de todas las unidades del hospital.	temáticas que resultaron significativas para los funcionarios del Hospital. Conformación de un equipo de Jurados con representantes de UtaI, ACHS e ISL. Elaboración de bases para el concurso. Entrega de materiales para la	unidades que componían la alianza y que estuvieron de acuerdo a lo indicado en las bases del concurso.		Proceso: Ps. Doris Méndez Campos Equipo Ejecutor: Ps. Claudio Latorre Ps. Elizabeth Salinas	alianzas, 2 semanas para la elaboración de los rincones.	maeva, tijeras, bloks, lápices, plumones, entre otros). ✓ Pizarras de Corcho para elaboración de murales para los rincones.
--	--	--	-------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					realización de los rincones. Premiación en Aniversario del Hospital 2012.					
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

Etapas	Objetivo	Modelo HERO Dimensión	Objetivo	Grupo Objetivo	Actividades	Productos	Indicadores	Coordinador/ Ejecutor	Tiempo Sesiones/ Jornada	Recursos
I M P L E M E N T A C I Ó N	Intervención basada en el MCPS y el Modelo HERO, ajustada al diagnóstico y evidencia encontrada en el HBC.	Empleados Saludables: Capital Psic. Positivo a) Confianza (Vertical y Horizontal) b) Engagement Individual y de Equipos c) Resiliencia	Potenciar prácticas Autocuidado en equipos de trabajo	Sesión Masiva para todos los funcionarios del Hospital	Jornadas y talleres de Autocuidado.	Participantes de las sesiones son capaces de practicar el autocuidado en sus equipos de trabajo.	Porcentaje de Asistencia (Sesión Masiva: Total de Participantes v/s total de funcionarios hospital; Talleres: porcentaje de asistentes v/s total de funcionarios paramédicos)	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos Equipo Ejecutor: Ps.Jimmy Corvalán Ps.Elizabeth Salinas Ps.Mauricio Torres	1 Jornada de 5 horas y Taller de 2 sesiones 3 horas cada uno.	✓ 1 Sala semanal. ✓ Lápices pasta y de colores. ✓ Hojas. ✓ Computador. ✓ Fotocopias.
			Satisfacción Laboral y Autocuidado	Establecimiento Paramédico Hospital	Talleres de Satisfacción Laboral y Autocuidado	El establecimiento paramédico y la unidad	Porcentaje de Asistencia (Nº asistentes a los	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos	3 Sesiones de 8 horas cada una.	✓ 1 Sala semanal. ✓ Lápices

				Unidad Ginecología y Obstetricia	ado	de Gine. Y Obs. Desarrollan estrategias de autocuidado y satisfacción laboral.	talleres v/s total de funcionarios de las unidades participantes)*100	Equipo Ejecutor: Ps.Claudio Latorre Ps.Jimmy Corvalán Ps.Elizabeth Salinas Ps.Mauricio Torres		pasta y de colores . ✓ Hojas. ✓ Computador. ✓ Fotocopias
--	--	--	--	----------------------------------	-----	--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------

Etapa 1	Objetivo	Grupo Objetivo	Actividades	Productos	Indicadores	Coordinador/ Ejecutor	Tiempo Sesiones/ Jornada	Recursos
E V A L U A C I Ó N P O S T	Evaluar el efecto del programa de intervención, basado en las variables y dimensiones críticas del Modelo de Cultura Positiva hacia la Seguridad, y en el Modelo HERO	Unidades participantes de la intervención tanto grupos objetivos como control: Block Quirúrgico 1 y 2, Pabellón, Alimentación, Ginecología y Obstetricia, Administrativos y Pediatría.	Sesiones de aplicación de cuestionario para evaluar HERO, MCPS, Datos Sociodemográficos y Satisfacción Laboral.	Aplicación de cuestionarios al total de funcionarios de las 7 unidades seleccionadas.	Porcentaje de Cuestionarios aplicados (N° de cuestionarios aplicados v/s N° total de funcionarios de las 7 unidades participantes)* 100	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos Equipo Ejecutor: Ps.Claudio Latorre Pavez, Ps.Elizabeth Salinas	Sesiones de aplicación de cuestionarios en diferentes horarios y lugares del hospital de acuerdo a disponibilidad de funcionarios e infraestructura.	✓ 2 Salas semanal. ✓ Lápices pasta ✓ Hojas. ✓ Computador. ✓ Fotocopias de cuestionarios.
			Digitación de resultados	Base de datos terminada	Porcentaje de Cuestionarios aplicados (N° de cuestionarios aplicados v/s N° total de funcionarios de las 7 unidades participantes)* 100	Coordinador supervisor del Proceso: Ps.Doris Méndez Campos Equipo Ejecutor: Ps.Claudio Latorre, Ps.Elizabeth Salinas	Los resultados son digitados desde Noviembre 2012 a Enero 2013.	✓ Computador ✓ Oficina
			Análisis estadísticos	Resultados de análisis	Primer informe de resultados para Equipo Directivo Hospital.	Equipo: Ps.Hedy Acosta, Ps.Doris Méndez, Ps. Andrés Jiménez y Ps.Claudio Latorre.	Tres semanas de Marzo 2013.	✓ Computador ✓ Oficina





Jornada Retroalimentación Unidad Alimentación





Jornada con Equipo Directivo







Jornada Obstetricia y Ginecología



