

Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud en países latinoamericanos: metaanálisis*

Quality of working life in health workers in Latin American countries: a meta-analysis

Qualidade de vida no trabalho para trabalhadores da saúde nos países latino-americanos: meta-análise

Recibido: 28 de octubre de 2018
Revisado: 11 de diciembre de 2018
Aceptado: 11 de febrero de 2019

Heidy Yuliet Caicedo Fandiño**
Universidad Santo Tomás, Colombia

Cómo citar: Caicedo Fandiño, H. Y. (2019). Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud en países latinoamericanos: meta-análisis. *Signos. Investigación en Sistemas de Gestión*, 11(2), 41-62. Doi: <https://doi.org/10.15332/24631140.5081>

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo determinar el nivel de calidad de vida laboral (CVL) de los trabajadores de la salud en países latinoamericanos. Para ello se realizó un metaanálisis en el que se determinó como principal criterio de búsqueda la aplicación del cuestionario CVT-GOHISALO, a cuyos resultados se les aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar la heterogeneidad y

se realizaron gráficos de mosaico para representarla. Igualmente se realizó un escalamiento multidimensional para definir el nivel de similitud entre los estudios. Como resultado, de incluyeron diez estudios con 1024 participantes en su mayoría personal de enfermería de género femenino y que se desempeñan en actividades asistenciales. Se evidenció que la CVL de los trabajadores de la salud de las investigaciones analizadas es predominantemente baja, siendo la dimensión *sopORTE*

* Artículo de investigación.

** Magíster en Calidad y Gestión Integral, especialista en Gerencia en Salud, profesional en Instrumentación Quirúrgica. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: heidycacicedo@usantotomas.edu.co, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9620-0984>

institucional para el trabajo la mejor calificada y la de *bien-estar logrado a través del trabajo* la de menor calificación. No existen diferencias marcadas entre los resultados de los países abordados.

Palabras clave: calidad de vida laboral (CVL), calidad de vida en el trabajo, personal de salud, cuestionario CVT-GOHISALO, meta-análisis.

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the quality level of the working life of the health workforce in Latin American countries. For this purpose, a meta-analysis was carried out, in which the main search criteria was based on the use of the CVT-GOHISALO questionnaire; the chi-square test was applied to the results of the meta-analysis to determine heterogeneity which was represented using tile charts. Furthermore, a multidimensional escalation was developed to define the similarity degree among studies. As a result, 10 studies with 1,024 participants, who were mostly female nursery staff engaged in healthcare activities, were included. It was observed that the quality of the working life of health workers, according to the research works analyzed, is predominantly low, with institutional support for work being the best qualified dimension and wellbeing obtained through work receiving the lowest score. No marked differences were observed among the results of the countries studied.

Keywords: Quality of the working life, quality of life at the workplace, healthcare staff, CVT-GOHISALO questionnaire, meta-analysis.

RESUMO

Este estudo visa determinar o nível de qualidade de vida no trabalho dos funcionários do âmbito da saúde nos países latino-americanos. Para isso foi realizada uma meta-análise que estabeleceu como principal critério de busca a aplicação do questionário CVT-GOHISALO, sendo seus resultados submetidos ao teste qui-quadrado para determinar a heterogeneidade, que foi representada em gráficos mosaico. Também foi feito um escalamento multidimensional para determinar o nível de similaridade entre os estudos. Como resultado, 10 estudos com 1.024 participantes foram incluídos, na sua maioria pessoal de enfermagem de gênero feminino e que desempenham atividades assistenciais. Revelou-se que a qualidade de vida do trabalho dos funcionários da saúde das pesquisas analisadas é principalmente baixa, sendo a dimensão “Suporte institucional para o trabalho” a melhor qualificada e a de “Bem-estar alcançado através do trabalho” aquela de menor qualificação. Não há diferenças significativas entre os resultados dos países tratados.

Palavras-chave: Qualidade de vida no trabalho, pessoal da saúde, questionário CVT-GOHISALO, meta-análise.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia el talento humano ha ganado importancia hasta convertirse en el principal recurso de una organización. Actualmente, las personas son valoradas sobre todo por sus conocimientos, aportes intelectuales y de talento en la consecución de metas dentro de una organización.

De igual manera, en las organizaciones el área de talento humano ha evolucionado de un rol básicamente operativo a uno estratégico en el desarrollo de las capacidades claves para el éxito competitivo (Laverde *et al.*, 2013). Es así como dichas organizaciones deben comprometerse con el desarrollo profesional y personal de los trabajadores y además brindar las condiciones de trabajo adecuadas con las que estos se sientan satisfechos y puedan desempeñar su labor acorde con las exigencias de su cargo.

Lo mencionado anteriormente se relaciona con el concepto de CVL, del que se puede decir que se relaciona con la satisfacción que logran los individuos a través de su trabajo. Según Rodríguez (2010), la CVL es un sentimiento de satisfacción y bienestar que el trabajador experimenta como consecuencia de su adaptación al trabajo que desempeña y a su contexto. La expresión

calidad de vida laboral fue acuñada por Louis Davis en 1970, y por medio de esta pretendía describir la preocupación que debía suscitar en [sic] toda organización por el bienestar y la salud de todos sus empleados para que estos desempeñasen óptimamente sus tareas. (Gómez, 2010, p. 227)

Otro concepto de CVL, introducido por García, se refiere a la “experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o cargas de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) con que dispone para afrontar esas demandas” (citado en Sosa, Cheverría y Rodríguez, 2010, p. 154). Para efectos de esta investigación se toma en cuenta el concepto propuesto por González, Hidalgo, Salazar y Preciado, quienes afirman que la CVL es un “concepto multidimensional que se basa en la satisfacción, a través del empleo, de una amplia gama de necesidades personales, ubicándolo como la clave para la realización personal,

familiar y social y como medio para preservar la economía y la salud” (2010, p.153-158).

En el sector salud, se considera que la prestación del servicio es de vital importancia por tratarse de una actividad vinculada con el mismo derecho a la vida. Por lo anterior, resulta evidente la necesidad de una altísima eficiencia en los procedimientos relativos a la prestación de estos servicios. Todas las instituciones de salud tienen la obligación de garantizar la calidad y eficiencia en el servicio.

De acuerdo con lo anterior, en cada país, de Latinoamérica para este caso, se cuenta con un modelo de prestación de servicios de salud en el que se establecen las directrices para la atención en salud y a su vez se definen criterios para garantizar la calidad en dicha actividad. Para gestionar la calidad de la atención las instituciones deben enfocarse en los usuarios, satisfaciendo sus necesidades y expectativas y brindando así accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad y pertinencia en sus tratamientos.

Para hacer frente a esto, dichas organizaciones deben contar con un talento humano adecuado, que actúe bajo los referidos principios y que se adapte fácilmente a los cambios para mantener la capacidad competitiva de los sistemas de salud a nivel global. Esa competitividad, que caracteriza una economía globalizada, favorece la pérdida de talento humano calificado en aquellas organizaciones que no se esfuerzan verdaderamente por gestionarlo (Laverde *et al.*, 2013).

De igual modo, como afirman Contreras, Espinoza, Hernández y Acosta (2013), la CVL en el personal de salud no ha sido suficientemente estudiada debido quizás al enfoque casi exclusivo en los pacientes. Eso deja de lado el bienestar del personal, lo que podría afectar el correcto desempeño de las organizaciones y, por ende, los resultados en salud.

Por lo tanto, se puede decir que el personal de salud tiene un alto riesgo de presentar insatisfacción, estrés laboral, trabajo bajo presión y falta de tiempo para su vida personal, lo que lleva a una percepción de CVL baja. Lo anterior debido a varios factores, entre los que se encuentran la dedicación casi incondicional al cuidado de los pacientes, la carga emocional que esto supone y el déficit en la cantidad de este personal ya que, según la OPS, se necesitan 23 enfermeras por cada 10 000 habitantes para brindar los servicios esenciales y en Sudamérica, Centroamérica y el Caribe hay 13.8 en promedio (OPS, 2015), lo cual puede ocasionar sobrecarga laboral.

En concordancia con lo anterior, un estudio realizado en México refiere que el estrés y la sobrecarga laboral están significativamente asociados a la insatisfacción. Esto debido a un alto nivel de agotamiento y despersonalización a consecuencia de múltiples demandas y responsabilidades laborales y familiares que el trabajador tiene que atender (Patlán, 2013). Lo anterior es corroborado por un estudio realizado en Madrid, en el que se encontró que los enfermeros en sus lugares de trabajo presentan sobrecarga laboral, exceso de responsabilidades, trabajo bajo presión, falta de tiempo para su vida personal, consecuencias en su salud y estrés. Según los investigadores, todo eso puede ser aliviado con apoyo directivo. También se encontró que los enfermeros con mayor formación, tiene una mejor percepción de la CVL, lo que se refleja en una mejor atención al paciente (Mazuecos, 2017).

También, en un estudio realizado en instituciones de salud de Chile en 2013 se intentó relacionar la CVL con otras variables organizacionales como clima laboral, satisfacción laboral y *engagement*. Como resultado se evidenció que con respecto al clima laboral se asocian en mayor medida la adecuación de la infraestructura del lugar de trabajo, la equidad y autonomía en el desarrollo de las funciones propias de cada cargo y la presencia

de compromiso intrínseco, cohesión y compañerismo. En cuanto a la satisfacción laboral, la mayor relación se encuentra en la presencia de factores remunerativos, de interacción con pares y de supervisión de las actividades realizadas. Por último, en referencia al *engagement*, la dedicación en el trabajo se asocia a una mejor percepción de calidad de vida en el trabajo entre el personal de la organización (Pérez, Peralta y Fernández, 2014).

De igual manera, una investigación realizada en un centro oncológico de Bogotá determinó que el estilo de liderazgo percibido tiene efectos sobre la CVL y el bienestar de los trabajadores debido a que puede potenciar ambientes de trabajo motivantes que permitan a las personas desarrollarse y crecer (Contreras *et al.*, 2013).

En las instituciones de salud, la CVL es un asunto prioritario ya que sus trabajadores se dedican primordialmente al cuidado de la vida de las personas y su insatisfacción con sus condiciones de trabajo puede alterar los resultados en salud. Según estudios expuestos anteriormente, el personal de salud se siente insatisfecho con su CVL pues se ve sometido constantemente a sobrecarga y estrés laboral, trabajo bajo presión y agotamiento emocional. Ello puede tener no solo consecuencias en la salud de los trabajadores, sino también en la atención de los pacientes.

Por otro lado, una consecuencia crítica de la baja CVL es la posible falta de compromiso que puedan presentar los trabajadores con los objetivos organizacionales y los principios de calidad de la prestación del servicio. Esto afectaría tanto la seguridad como la satisfacción de los usuarios e impediría que la prestación del servicio sea oportuna, pertinente y continua.

Así las cosas, las instituciones de salud tienen el reto de propiciar un trabajo saludable, como lo plantea la OIT (Organización Internacional del Trabajo) en el documento “Trabajo decente”, en el que se pueda ser

productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana (OIT, 1999). De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el objetivo del presente estudio consistió entonces en determinar la percepción de CVL de los trabajadores de la salud en países latinoamericanos.

METODOLOGÍA

Según lo expuesto, se realizó un metaanálisis de la CVL de los trabajadores de la salud en países latinoamericanos. Se utilizó este tipo de investigación porque permite integrar mediante modelos estadísticos apropiados los resultados obtenidos en diferentes estudios que por su lado han intentado responder el mismo problema de investigación; evaluar si existe homogeneidad estadística entre los estudios, aplicar métodos estadísticos para determinar el aporte de cada estudio al resultado final e identificar las inconsistencias (si las hay) en los resultados de investigaciones previas (Manrique, 2002).

Búsqueda e identificación de los estudios

Se realizó una búsqueda de literatura científica relacionada con CVL en las bases de datos Ebsco, Scielo, Science Direct y Google Académico utilizando los términos de búsqueda *calidad de vida laboral*, *quality of work life*, *CVT-GOHISALO*, *personal de salud* y *health workers* con una ventana de tiempo de 2010 a 2017. Igualmente, se utilizaron las siguientes ecuaciones de búsqueda:

- Calidad de vida laboral AND Personal de salud
- Quality of work life AND Health workers
- Calidad de vida laboral AND CVT-GOHISALO
- Quality of work life AND CVT-GOHISALO

Adicional a esto se revisaron las referencias de los artículos seleccionados para identificar otros que no se encontraran en la revisión inicial.

Criterios de inclusión

Los estudios identificados fueron tamizados con la lectura de los resúmenes y la aplicación de los siguientes criterios de inclusión: a) el objeto de estudio es el personal de salud, b) los estudios deben ser desarrollados en países latinoamericanos, c) estudios publicados en español e inglés, d) publicados a partir de 2010 (año en que fue diseñado el instrumento), e) artículos en bases de datos o informes de investigación que no estén en las bases, f) uso del cuestionario CVT-GOHISALO para la recolección de los datos, g) que el informe tenga el resultado de la evaluación de las siete dimensiones de la calidad de vida laboral.

El cuestionario CVT-GOHISALO fue diseñado en México por González *et al.* (2010). Se basa en las categorías del neopositivismo y en la teoría de la motivación de Maslow por el enfoque que tiene en la satisfacción de las necesidades humanas, entre las que incluye pertenencia, autoestima y realización personal incorporándolas en el ámbito laboral.

El cuestionario CVT-GOHISALO, tiene como objetivo determinar el nivel de calidad de vida laboral de las personas. Está constituido por 74 ítems distribuidos en siete dimensiones: soporte institucional para el trabajo (SIT), seguridad en el trabajo (ST), integración al puesto de trabajo (IPT), satisfacción por el trabajo (SpT), bienestar logrado a través del trabajo (BLT), desarrollo personal del trabajador (DPT) y administración del tiempo libre (ATL). La validación de contenido del cuestionario se realizó mediante una consulta a expertos y la de constructo, mediante un análisis factorial. Por otro lado, la confiabilidad del instrumento se midió con el coeficiente Alpha de Cronbach, cuyo resultado fue de

0.9527. Este cuestionario se eligió porque está validado en el contexto latinoamericano y se adapta a la situación actual de las instituciones de salud y a su vez a las necesidades de la investigación.

Recolección de la información

Los artículos e informes de investigaciones obtenidos mediante la anterior búsqueda fueron exportados al programa Zotero para gestionar la bibliografía y eliminar duplicados. La extracción de la información se realizó en una base de datos Excel en tres tablas: la primera con las variables *año de publicación, país, objetivos del estudio, tipo de estudio, participantes, población, tamaño de la muestra y tipo de muestreo*; la segunda con las variables *género, tipo de contratación y tipo de actividad* (asistenciales o administrativas), y la tercera con el resultado de las siete dimensiones de la CVL. Posterior a esto a cada variable se le asigna un código para su identificación en el análisis de los resultados.

Análisis de la información

Para describir los estudios se utilizó en primera medida una tabla en la que se registraron los datos de nombre del estudio, autores, año de publicación, país y fuente en la que se publicó. Luego mediante gráficos de barras se representaron datos sociodemográficos como género, tipo de contratación y tipo de actividad, tamaño de la muestra y resultados diferenciados por investigación y por dimensión. Dichos gráficos se realizaron en el programa estadístico R.

Los resultados de los niveles de CVL en cada dimensión fueron sometidos a una prueba de Chi cuadrado para comprobar la heterogeneidad de los estudios, la cual fue confirmada.

Debido a esto y a que la prueba Chi cuadrado es muy estricta —ya que para que exista homogeneidad el valor

p debe ser mayor de 0.05 en todos los estudios, que fue el valor que se determinó anteriormente como el nivel de significancia—, se decide realizar gráficos de mosaico para comparar los resultados de cada dimensión por pares de estudios y así determinar sus diferencias. En tales gráficos los valores de 0 o cercanos a 0 son los más heterogéneos y los que tienen valores de 1 o cercanos a 1 son los de mayor similitud.

Asimismo, como última prueba estadística, se someten los datos a un MDS (escalamiento multidimensional, por sus siglas en inglés). Esta es una técnica de representación espacial en la que se trata de visualizar en un mapa un conjunto de datos cuya posición relativa se desea analizar. El MDS está basado en la comparación de objetos, de forma que si dichos objetos son similares, la distancia entre ellos es menor a la que sería si fueran distintos. En resumen, el MDS es una técnica multivariante que crea un gráfico aproximado a partir de las similitudes de un conjunto de objetos.

Existen dos modelos de MDS, el de escalamiento métrico y el no métrico. Como los datos objeto de análisis en este estudio son resultados por niveles, el modelo de escalamiento métrico es el ideal. Este análisis se hizo con el fin de establecer las distancias (similitudes) entre los estudios por cada dimensión para así determinar si existe relación entre estas similitudes y el contexto de los sistemas de salud y los sistemas de calidad en salud de los países abordados.

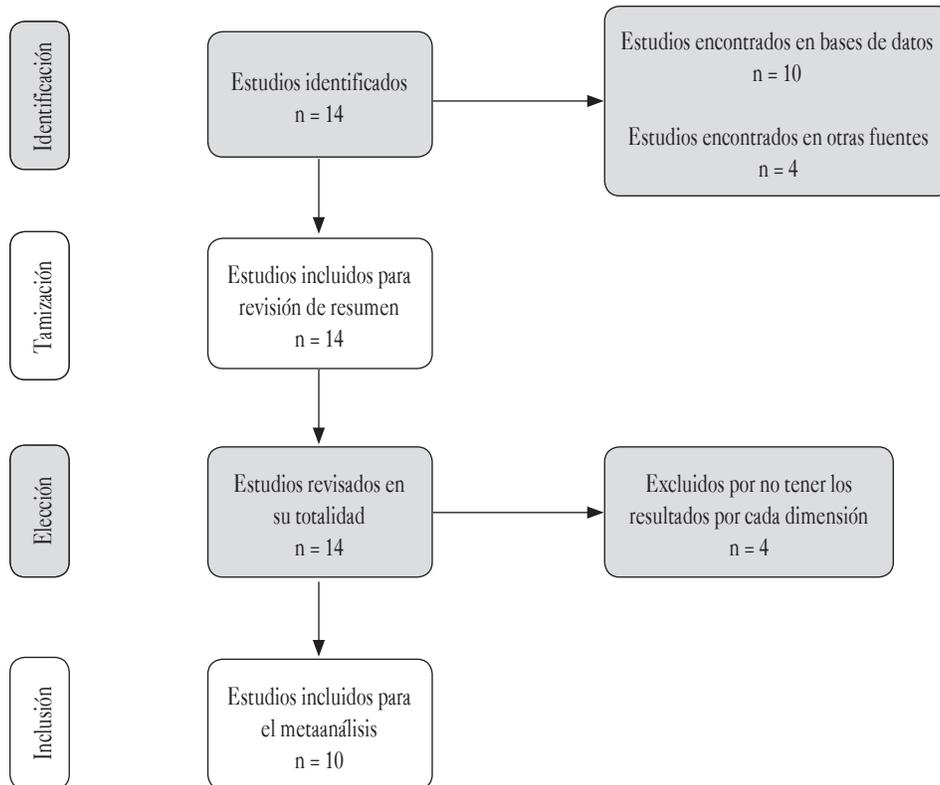
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la búsqueda inicial se identificaron 14 estudios, de los cuales 10 fueron artículos científicos y 4, informes de investigación (tesis de maestría). Se realizó una revisión completa de todos los estudios, y de estos de eliminaron 4 por no cumplir alguno de los criterios de inclusión (figura 1).

El estudio incluyó entonces 10 investigaciones con un total de 1024 participantes, de los cuales el 82.7% fueron mujeres y el 17.3%, hombres. Los estudios se realizaron en cuatro países diferentes entre 2011 y 2017,

e incluyeron todo el personal de salud, especialmente el de enfermería, que realiza actividades administrativas (6.4%) y asistenciales (93.6%) y que tiene contrato laboral (87.2%) o por prestación de servicios (12.8%).

Figura 1. Selección de estudios



Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Descripción de los estudios seleccionados

N.º	Título	Autores	Año	País	Publicación
E1	“Factores que influyen en la calidad de vida laboral del personal de enfermería del Hospital General Zacatecas”	M. Herrera, D. Ruíz de Chávez, C. Almeida y P. García	2011	México	Revista. <i>Ibn Sina</i>
E2	“Calidad de vida en el trabajo: profesionales de la salud de Clínica Río Blanco y Centro de Especialidades Médicas”	D. Delgado, M. Inzulza y F. Delgado	2012	Chile	Revista. <i>Medicina y Seguridad del Trabajo</i>
E3	<i>Calidad de vida en el trabajo del profesional médico y de enfermería en una empresa social del Estado (E. S. E.) III nivel, Bogotá</i>	A. O. Garcés	2014	Colombia	Informe de investigación (tesis maestría)

N.º	Título	Autores	Año	País	Publicación
E4	“Calidad de vida en el trabajo percibida según niveles de atención y categorías de enfermeras”	M. O. Quintana, T. Paravic, y K. Sáez	2015	México	Revista. <i>Ciencia y Enfermería</i>
E5	<i>Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería del Hospital General de Querétaro, Seseq</i>	M. C. Sánchez y A. Carrillo	2015	México	Informe de investigación (tesis maestría)
E6	<i>Relación entre factores laborales y calidad de vida en el trabajo de las enfermeras de la microrred Cono Norte. Tacna, 2016</i>	L. G. Callomamani	2016	Perú	Informe de investigación (tesis maestría)
E7	“Calidad de vida laboral de enfermeras de un hospital privado”	M. O. Quintana, K. Sáez, C. Figueroa, J. A. García, R. E. Salazar, R. M. Tinajero, M. Padilla y C. Valle	2016	México	Revista. <i>Bioteconia</i>
E8	“Quality of work life in primary care of nursing professionals in public health in clinics in Tampico, México”	N. L. González, M. I. Peñarrieta, H. Castañeda, F. Flores, T. Gutiérrez y F. Caballero	2016	México	Revista. <i>Journal of Hospital Administration</i>
E9	“Calidad de vida laboral en trabajadores de una empresa social del Estado de Tunja, Colombia”	S. Suescún, G. Sarmiento, L. Álvarez y M. Lugo	2016	Colombia	Revista Médica de Risaralda
E10	<i>Calidad de vida en el trabajo del personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencias en un hospital nacional de Lima metropolitana, 2017</i>	R. del P. Peña, V. Viamonte y S. E. Zegarra	2017	Perú	Informe de investigación (tesis maestría)

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 1, los estudios incluidos fueron desarrollados en instituciones de salud públicas y privadas, con diferencias en cuanto a su tamaño y nivel de atención. El país que más aportó estudios a la investigación fue México con cinco, seguido de Colombia y Perú con dos y Chile con uno.

En cuanto a la muestra, de los 1024 participantes en total el estudio que aportó un mayor número fue el de Quintana *et al.* (2015) con 345 personas, y el que aportó menos fue Delgado *et al.* (2012) con 20 personas. Seis de los estudios utilizaron muestreo probabilístico (aleatorio simple, estratificado) y los cuatro restantes para establecer el tamaño de la muestra aplicaron el instrumento a toda la población que aceptó participar de la investigación.

Los datos sociodemográficos que se verificaron comunes a todas las investigaciones fueron el género, el tipo

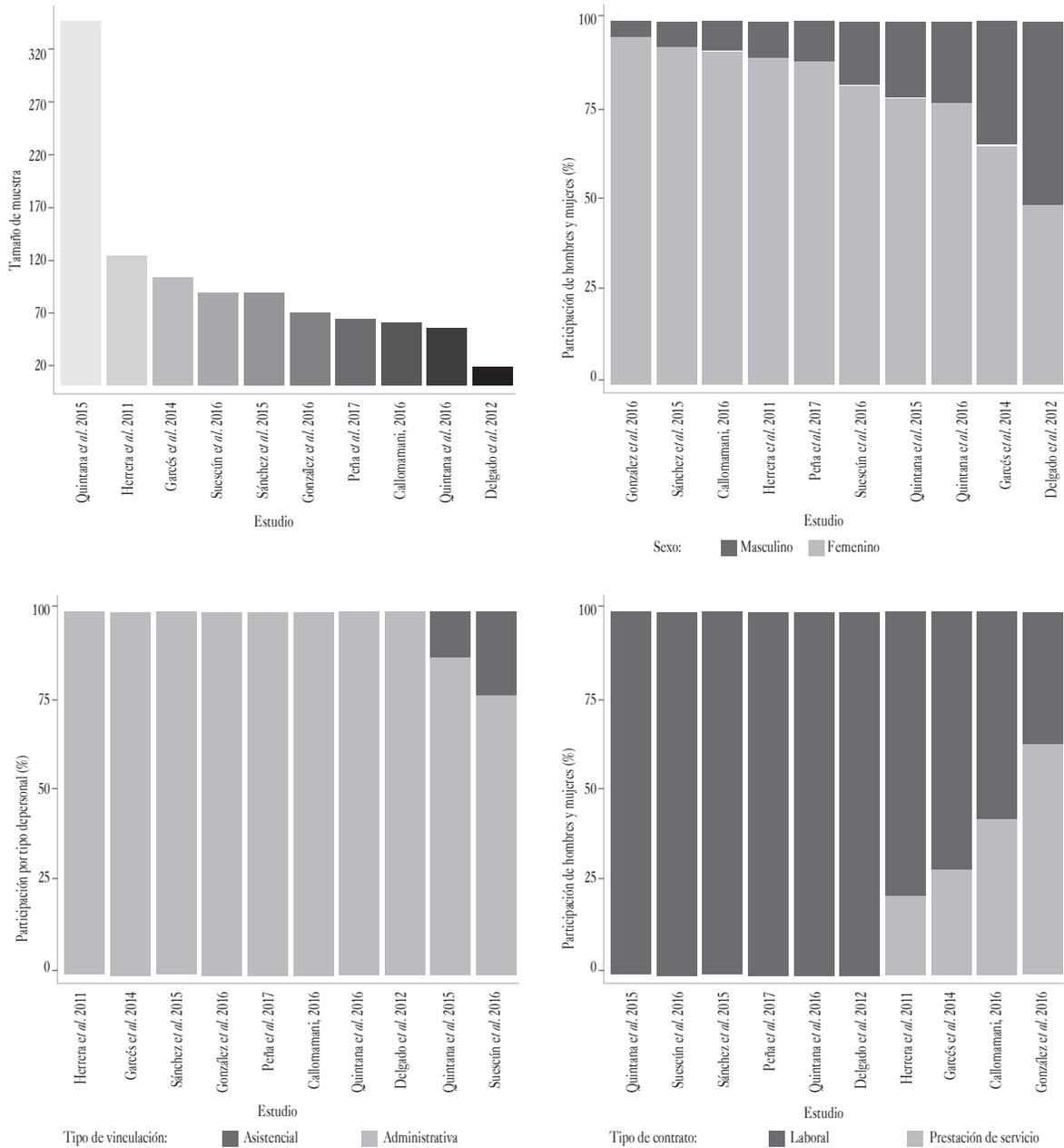
de actividad y el tipo de contratación. En cuanto al género—en concordancia con el estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y plasmado en el documento de la caracterización laboral del talento humano en salud de Colombia (Ortiz, Cubides y Retrepo, 2012), donde se afirma que entre el personal de salud predomina el género femenino—, la mayoría de los participantes de los diferentes estudios fueron mujeres, 847 en total (82.8%), y apenas 177 fueron hombres (17.2%).

En la figura 2 se puede observar que del total de participantes 958 personas se dedican a actividades asistenciales, lo que corresponde al 93.6%, y que solo los estudios de Quintana *et al.* (2015) y Suescún *et al.* (2016) incluyen personal administrativo: 66 personas, que equivalen al 6.4%. En cuanto al tipo de contratación, el 80.2% de las personas tiene un contrato laboral, mientras el 12.8% tiene OPS (contrato por

orden de prestación de servicios). De manera individual, solo cuatro de los estudios incluyeron personal con contrato por OPS. En particular, la investigación

de González *et al.* (2016) realizada en México contó en su mayoría (64.2 %) con personal contratado bajo esta modalidad.

Figura 2. Tamaño de la muestra y datos sociodemográficos



Fuente: elaboración propia.

En el análisis descriptivo de los estudios se encuentra que la CVL es predominantemente baja ya que el resultado global de 7 de las 10 investigaciones incluidas en el metaanálisis arroja que la mayor parte de sus participantes calificó así mínimo cuatro de las siete dimensiones evaluadas. No obstante, en dos investigaciones la percepción de CVL global fue alta y en una fue media.

De manera detallada los estudios mostraron los siguientes resultados:

- En la investigación del Herrera *et al.* (2011) cuatro de las dimensiones obtuvieron una baja calificación por más del 50 % de los participantes. La dimensión BLT fue la que un mayor número de personas calificaron como baja (71 %). Dicha condición se puede asociar, según el autor, al tipo de contratación y a la actividad que se realiza ya que en las áreas más críticas es donde se reportan niveles más bajos de CVL.
- Por otro lado, es importante destacar que el nivel más alto de CVL se encuentra en las dimensiones de ATL y DPT. El autor atribuye ello al salario que permite que las personas inviertan una mayor cantidad de dinero en actividades extralaborales, como esparcimiento y educación (Herrera, Ruíz, Almeida y García, 2011).
- En el estudio de Delgado *et al.* (2012) se publicaron los resultados en niveles alto y bajo. La CVL de los participantes es en su mayoría baja. Solo en las dimensiones de SIT y ST tiene un pequeño porcentaje en el nivel alto, con 30 % y 20 % respectivamente. El autor no atribuye esos resultados a algún factor en particular.
- La investigación realizada en una empresa social del Estado en Bogotá muestra que la CVL fue predominantemente baja ya que al menos el 50 % de las personas la calificaron en este nivel en todas las dimensiones. Según el autor lo anterior se debe a las poco aceptables condiciones en la organización del trabajo y la falta de compromiso de las directivas. De la misma manera, resalta que en concordancia con otras investigaciones existe una creciente insatisfacción del personal de la salud con su salario, condiciones de seguridad y su trabajo en atención primaria (Garcés, 2014).
- El estudio realizado por Quintana *et al.* (2015) muestra que la mayoría de los participantes perciben su CVL en nivel de bajo a medio, lo que se demuestra en la calificación de cuatro dimensiones. Los autores precisan que este resultado se atribuye a las características de infraestructura, disponibilidad de material y equipos para la prestación del servicio, turnos de trabajo, falencias en liderazgo y supervisión y la percepción de inadecuada retribución salarial.
- En la investigación de Sánchez y Carrillo (2015) la mayor parte de los participantes (al menos el 50 %) calificaron su nivel de CVL como bajo en cuatro dimensiones. Esta situación se presenta por desmotivación del personal e inconformidad con los objetivos organizacionales y las cargas laborales. Por otro lado, en este estudio se calificaron en un nivel alto las dimensiones SIT y ST.
- La investigación hecha por Callomamani en 2016 refleja que la CVL del personal de salud en la microred Cono Norte es en mayor proporción baja. Fue calificada así en cinco de las siete dimensiones por más del 50 % de los participantes. Se encontró que dicho resultado está relacionado con las deficientes condiciones laborales y salariales, que obligan en muchas ocasiones a los trabajadores a tener un segundo empleo, y por consiguiente, a disminuir su tiempo de descanso (Callomamani, 2016).
- La investigación de Quintana *et al.* de 2016 en un hospital privado al igual que las anteriores dio como resultado que el nivel de CVL es bajo a medio ya que en cuatro dimensiones lo declararon así la mayor parte

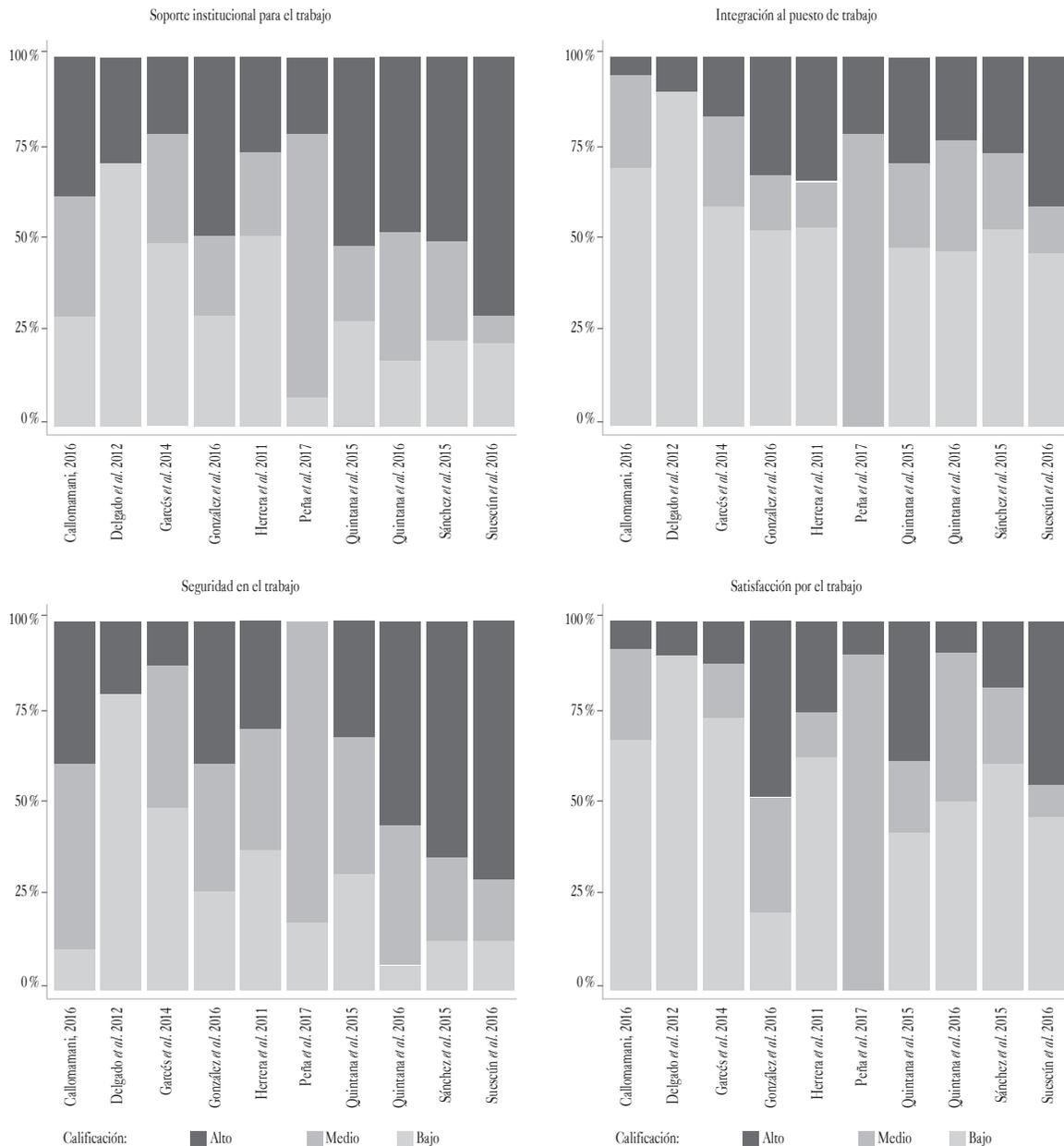
de los participantes. En el análisis de los autores se precisa que se puede deber a insatisfacción por la remuneración, poca identificación con los objetivos organizacionales y falta de reconocimiento por sus logros.

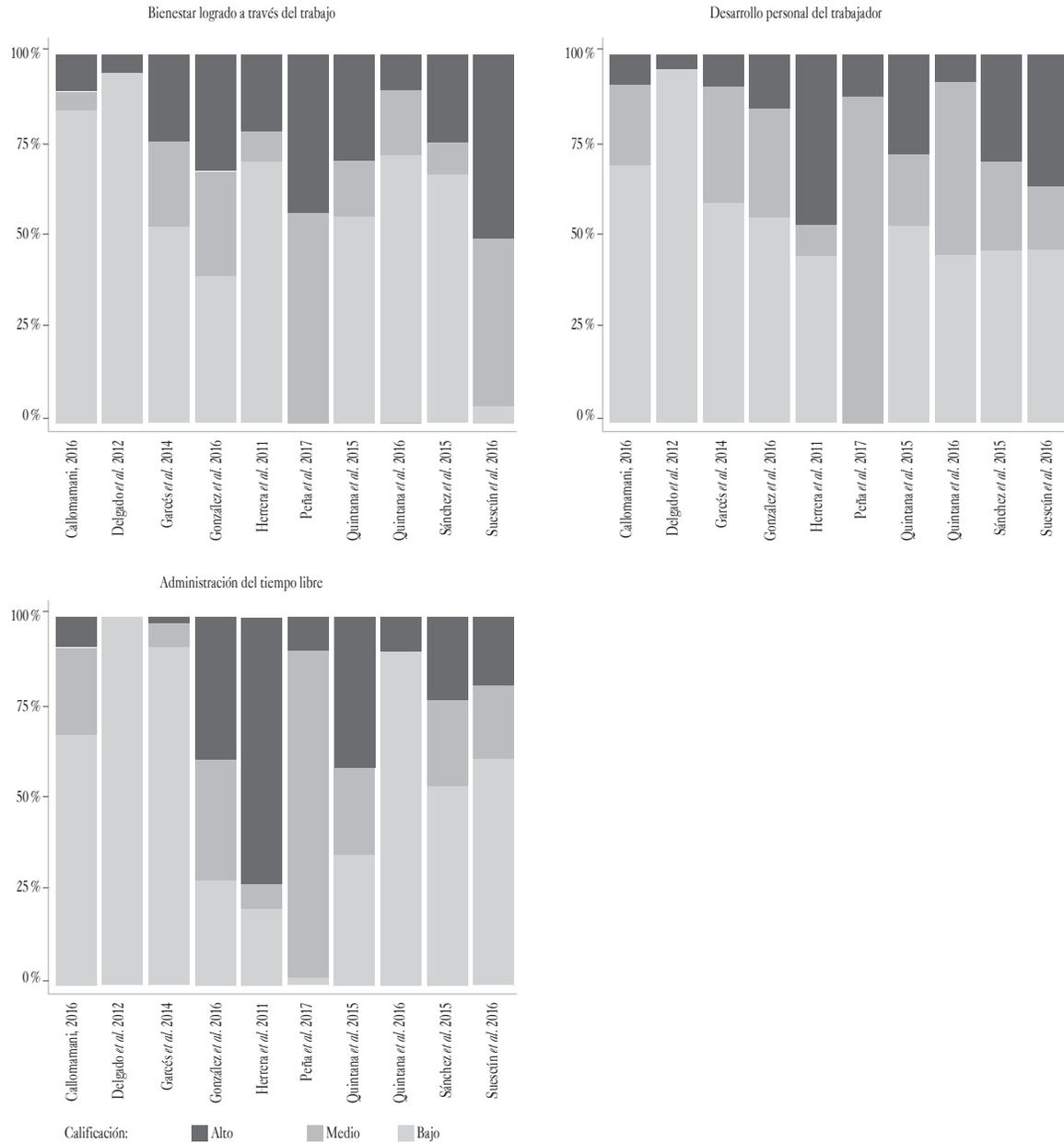
- Los estudios realizados por Suescún *et al.* (2016) en Colombia y González *et al.* (2016) en México arrojaron resultados similares, al obtener un nivel de CVL mayormente alto, al dar este resultado en

cuatro dimensiones debido básicamente a la inclusión laboral y el respeto por los derechos laborales.

- Por último, la investigación de Peña *et al.* de 2017, mostró que la CVL percibida por los participantes es de nivel medio. En todas las dimensiones más del 50% de las personas así la calificaron. En este caso el personal presenta niveles aceptables de satisfacción con los procesos de trabajo, la remuneración y el tiempo libre.

Figura 3. Resultados por dimensión





Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la dimensión SIT, se confirma la heterogeneidad en las investigaciones incluidas mediante la prueba de Chi cuadrado, cuyo resultado fue un valor p de 0.000. En esta dimensión la mayor similitud se presenta en los estudios de González *et al.* (2016) y Quintana *et al.* (2015), en los que respectivamente el 50 % y el 52 % de los participantes calificaron esta dimensión en un nivel alto, 22 % y 21 % en nivel medio y 27 % y 25 % en un

nivel bajo. En menor medida, Los estudios mencionados tienen similitud con la investigación de Sánchez y Carrillo (2015), en la cual los participantes calificaron esa dimensión en un 52 % en nivel alto, 28 % en nivel medio y 20 % en nivel bajo. Su parecido puede radicar en que las investigaciones se realizaron en instituciones públicas de México y fueron dirigidas a personal de enfermería.

Por otro lado, Los estudios que presentan mayor heterogeneidad en el análisis por pares (figura 4) en esta dimensión son los de Peña *et al.* (2017) —que reportan que el 5 % de las personas la calificó en nivel bajo, el 73 % en nivel medio y el 22 % en nivel alto— y Suescún *et al.* (2016) —el 18 % de los participantes ubicó esta dimensión en el nivel bajo, el 8 % en nivel medio y el 74 % en nivel alto—. Tales estudios se diferencian en el país de origen: el primero fue realizado en Perú y el segundo, en Colombia.

Figura 4. Análisis por pares. SIT

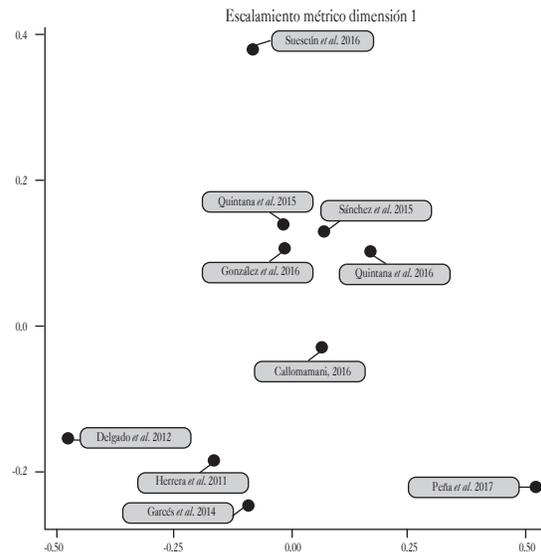
	Valor P para test χ^2 para pares de investigaciones. Dimensión									
Investigación	Herrera <i>et al.</i> 2011	Delgado <i>et al.</i> 2012	Garcés <i>et al.</i> 2014	Quintana <i>et al.</i> 2015	Sánchez <i>et al.</i> 2015	Callomamani, 2016	Quintana <i>et al.</i> 2016	González <i>et al.</i> 2016	Suescún <i>et al.</i> 2016	Peña <i>et al.</i> 2017
Herrera <i>et al.</i> 2011	1	0.05	0.38	0	0	0.01	0	0	0	0
Delgado <i>et al.</i> 2012	0.05	1	0.01	0	0	0	0	0	0	0
Garcés <i>et al.</i> 2014	0.38	0.01	1	0	0	0.02	0	0	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2015	0	0	0	1	0.32	0.06	0.03	0.91	0	0
Sánchez <i>et al.</i> 2015	0	0	0	0.32	1	0.28	0.5	0.54	0	0
Callomamani, 2016	0.01	0	0.02	0.06	0.28	1	0.22	0.31	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0.03	0.5	0.22	1	0.12	0	0
González <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0.91	0.54	0.31	0.12	1	0.01	0
Suescún <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0	0	0	0	0.01	1	0
Peña <i>et al.</i> 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: elaboración propia.

Otros estudios que aportan a la heterogeneidad son el de Delgado *et al.* (2012) —en el que ningún participante calificó la dimensión SIT en el nivel medio, el 70 % lo hizo en un nivel bajo y el 30 % en el nivel alto— y el de Garcés —en el que el 48 % de las personas calificó dicha dimensión en nivel bajo, el 31 % en medio y el 21 % en alto—. Estos estudios se diferencian en que el primero se realizó en instituciones privadas en Chile y el segundo, en una institución pública en Colombia.

Igualmente, en la figura 5 se evidencia que se presentan dos agrupamientos de estudios, pero el que más llama la atención es el de las investigaciones de Quintana *et al.* (2015; 2016), Sánchez y Carrillo (2015), González *et al.* (2016) y Callomamani (2016), cuya distancia es más corta entre ellos que con los demás estudios. Los cuatro primeros más cercanos fueron realizados en México y el último en Perú. De igual manera, existe cercanía entre los estudios de Herrera *et al.* (2011), de México, y Garcés (2014), de Colombia.

Figura 5. Escalamiento multidimensional. SIT



Fuente: elaboración propia.

En la dimensión ST se repite la heterogeneidad (valor p del Chi cuadrado = 0.001). De la misma manera, en el análisis por pares (figura 6) los estudios que presentan mayor similitud son los de González *et al.* (2016) y Quintana *et al.* (2015) en los que la mitad de los participantes la calificaron en nivel alto, 22 % y 21 % en medio y 27 % y 25 % en bajo, respectivamente. Su parecido puede radicar en que las dos investigaciones se realizaron en instituciones públicas de México y están dirigidas a personal de enfermería. También en el gráfico se

puede evidenciar que las investigaciones que presentan mayor diferencia son la de Delgado *et al.* (2012), realizada en Chile, y la de Garcés, realizada en Colombia. La primera fue desarrollada en una institución privada y dirigida a todo el personal de salud, mientras que la segunda se realizó en una entidad pública y se dirigió al personal médico y de enfermería.

Figura 6. Análisis por pares. ST

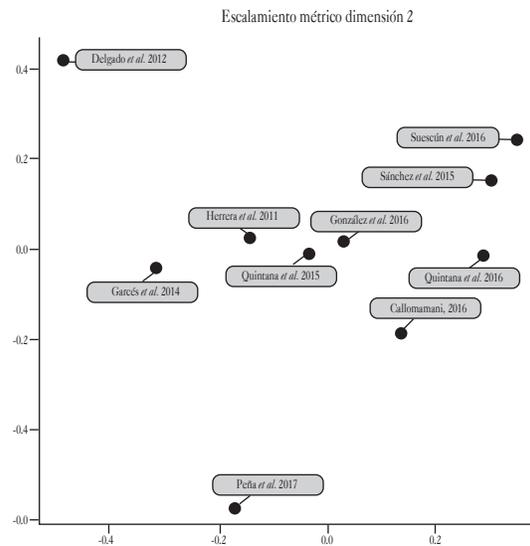
Valor P para test χ^2 para pares de investigaciones. Dimensión 2

Herrera <i>et al.</i> 2011	1	0	0.01	0.4	0	0	0	0.25	0	0
Delgado <i>et al.</i> 2012	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Garcés <i>et al.</i> 2014	0.01	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2015	0.04	0	0	1	0	0.01	0	0.52	0	0
Sánchez <i>et al.</i> 2015	0	0	0	0	1	0	0.13	0.01	0.47	0
Callomamani, 2016	0	0	0	0.01	0	1	0.22	0.05	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0	0.13	0.22	1	0.01	0.01	0
González <i>et al.</i> 2016	0.25	0	0	0.52	0.01	0.05	0.01	1	0	0
Suescún <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0	0.47	0	0.01	0	1	0
Peña <i>et al.</i> 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Herrera <i>et al.</i> 2011	Delgado <i>et al.</i> 2012	Garcés <i>et al.</i> 2014	Quintana <i>et al.</i> 2015	Sánchez <i>et al.</i> 2015	Callomamani, 2016	Quintana <i>et al.</i> 2016	González <i>et al.</i> 2016	Suescún <i>et al.</i> 2016	Peña <i>et al.</i> 2017

Fuente: elaboración propia.

Paralelamente, en la figura 7 se observa una gran aglomeración de estudios. Los más cercanos son los de Herrera *et al.* (2011), González *et al.* (2016) y Quintana *et al.* (2015), los tres realizados en México. De la misma manera, la figura muestra que los estudios de Peña *et al.* (2017) y Delgado *et al.* (2012), realizados en Perú y Chile respectivamente, son los más lejanos.

Figura 7. Escalamiento multidimensional. ST



Fuente: elaboración propia.

En la dimensión IPT (figura 8) persiste la heterogeneidad ($p = 0.00$). Los estudios que más se parecen son los de González *et al.* (2016) y Herrera *et al.* (2011), con un valor p de 0.86. Un poco más del 50 % de participantes percibieron dicha dimensión en un nivel bajo. De igual manera, respectivamente el 32 % y el 34 % la percibieron en nivel alto y, por último, el 15 % y 12 % en nivel medio. Estas investigaciones se realizaron en México, en instituciones públicas y estaban dirigidas al personal de enfermería. Igualmente, en el MDS se identifica una distancia corta entre los estudios realizados en México.

Los estudios que menos se parecen son el de Peña *et al.* (2016), realizado en una institución pública de Perú; Herrera *et al.* (2011), desarrollado en una entidad pública, y Suescún *et al.* (2016), llevado a cabo en una institución pública en Colombia. Llama la atención la diferencia en el nivel alto de calificación: en la primera investigación el 78 % de los participantes calificó de esta manera la dimensión en cuestión, mientras que en las otras dos lo hicieron apenas el 12 % y el 13 % respectivamente. Del mismo modo, en la figura 8 se puede observar que el estudio que más aporta a la heterogeneidad para esta

dimensión es el realizado por Peña *et al.* (2016)), el cual no tiene ningún grado de similitud con ningún estudio, situación que se evidencia aún más en la figura 9.

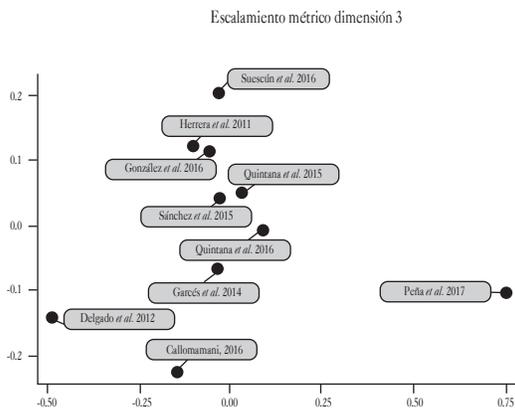
Figura 8. Análisis por pares. IPT

Valor P para test χ^2 para pares de investigaciones. Dimensión 3

Herrera <i>et al.</i> 2011	1	0.01	0	0.04	0.2	0	0.01	0.86	0.53	0
Delgado <i>et al.</i> 2012	0.01	1	0.02	0	0.01	0.04	0	0.01	0	0
Garcés <i>et al.</i> 2014	0	0.02	1	0.03	0.21	0.08	0.29	0.03	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2015	0.04	0	0.03	1	0.73	0	0.43	0.36	0.03	0
Sánchez <i>et al.</i> 2015	0.2	0.01	0.21	0.73	1	0	0.44	0.57	0.08	0
Callomamani, 2016	0	0.04	0.08	0	0	1	0	0	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2016	0.01	0	0.29	0.43	0.44	0	1	0.12	0.01	0
González <i>et al.</i> 2016	0.86	0.01	0.03	0.36	0.57	0	0.12	1	0.51	0
Suescún <i>et al.</i> 2016	0.53	0	0	0.03	0.08	0	0.01	0.51	1	0
Peña <i>et al.</i> 2017	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: elaboración propia.

Figura 9. Escalamiento multidimensional. IPT



Fuente: elaboración propia.

En la dimensión SpT (figura 10) se presenta heterogeneidad (valor $p = 0.001$). El análisis por pares refleja que no hay similitudes muy marcadas entre los estudios. Sin embargo, se puede decir que el de Callomamani *et al.*

(2016) y el de Garcés (2014) tienen algún parecido en cuanto a que más de la mitad de los participantes —el 67 % y el 74 % respectivamente, para ser exactos— la calificaron en un nivel bajo. Las dos investigaciones se realizaron en instituciones públicas, pero la primera se hizo en Perú y se dirigió al personal de enfermería y la segunda, en Colombia y fue dirigida a personal médico y de enfermería.

Figura 10. Análisis por pares. SpT

Valor P para test χ^2 para pares de investigaciones. Dimensión 4

Herrera <i>et al.</i> 2011	1	0.05	0.04	0	0.18	0.01	0	0	0.01	0
Delgado <i>et al.</i> 2012	0.05	1	0.17	0	0.04	0.05	0	0	0	0
Garcés <i>et al.</i> 2014	0.04	0.17	1	0	0.2	0.27	0	0	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2015	0	0	0	1	0	0	0	0	0.06	0
Sánchez <i>et al.</i> 2015	0.18	0.04	0.2	0	1	0.22	0.03	0	0	0
Callomamani, 2016	0.01	0.05	0.27	0	0.22	1	0.16	0	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0	0.03	0.16	1	0	0	0
González <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Suescún <i>et al.</i> 2016	0.01	0	0	0.06	0	0	0	0	1	0
Peña <i>et al.</i> 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

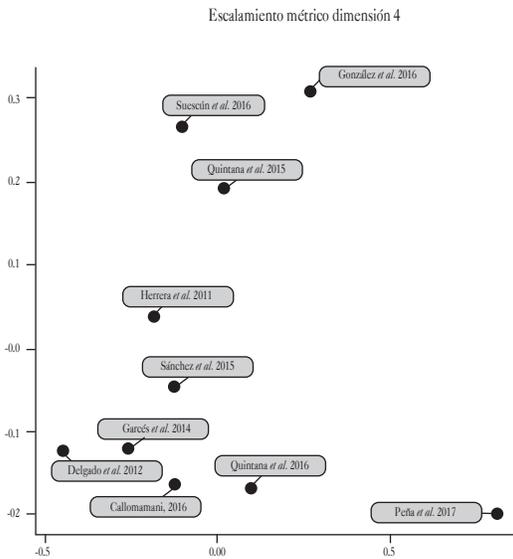
Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, los estudios de Peña *et al.* (2017) y González *et al.* (2016), son los que más se diferencian entre ellos y con los demás. En el primero solo el 2 % de los participantes calificó esta dimensión como de bajo nivel, el 89 % la ubicó en nivel medio y el 9 % en nivel alto; mientras que en el segundo el 21 % de los participantes la calificó en nivel bajo, el 30 % en nivel medio y el 49 % en nivel alto. Los dos estudios fueron realizados en institución públicas y dirigidos al personal de enfermería, pero se desarrollaron en diferente país, Perú y México respectivamente.

En esta dimensión los estudios se encuentran dispersos en el mapa. A pesar de esto, se puede observar en la

figura 11 cierta cercanía entre los de Garcés, Quintana *et al.* (2016), Delgado *et al.* (2012) y Callomamani (2016), lo que concuerda con las demás dimensiones ya que cada uno fue realizado en un país diferente.

Figura 11. Escalamiento multidimensional. SpT



Fuente: elaboración propia.

En la dimensión BLT (figura 12) se repite la heterogeneidad con un valor p de 0.000. En el análisis por pares se identifica que los estudios que más se parecen entre sí son los de Herrera *et al.* (2011) y Sánchez y Carrillo (2015), cuyos resultados presentan que respectivamente el 71 % y el 68 % de los participantes calificaron esta dimensión como de nivel bajo, el 21 % y el 24 % como de nivel alto y en los dos el 8 % como de nivel medio. Dicha similitud se pudo deber a que las dos investigaciones se realizaron entre el personal de enfermería de instituciones públicas en México.

Figura 12. Análisis por pares. BLT

Valor P para test χ^2 para pares de investigaciones. Dimensión 5

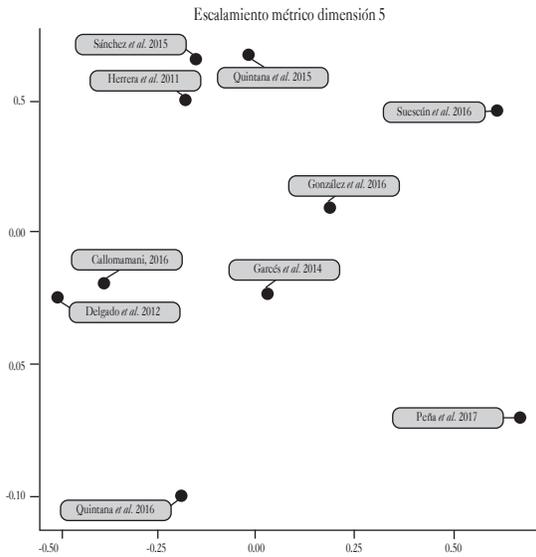
Investigación	Herrera <i>et al.</i> 2011	Delgado <i>et al.</i> 2012	Garcés <i>et al.</i> 2014	Quintana <i>et al.</i> 2015	Sánchez <i>et al.</i> 2015	Callomamani, 2016	Quintana <i>et al.</i> 2016	González <i>et al.</i> 2016	Suescún <i>et al.</i> 2016	Peña <i>et al.</i> 2017
Herrera <i>et al.</i> 2011	1	0.07	0	0.01	0.86	0.09	0.04	0	0	0
Delgado <i>et al.</i> 2012	0.07	1	0	0	0.04	0.47	0.09	0	0	0
Garcés <i>et al.</i> 2014	0	0	1	0.15	0.02	0	0.04	0.22	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2015	0.01	0	0.15	1	0.13	0	0.01	0.01	0	0
Sánchez <i>et al.</i> 2015	0.86	0.04	0.02	0.13	1	0.04	0.04	0	0	0
Callomamani, 2016	0.09	0.47	0	0	0.04	1	0.07	0	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2016	0.04	0.09	0.04	0.01	0.04	0.07	1	0	0	0
González <i>et al.</i> 2016	0	0	0.22	0.01	0	0	0	1	0	0
Suescún <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.13
Peña <i>et al.</i> 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0.13	1

Fuente: elaboración propia.

También, en la figura 12 se puede observar que las investigaciones con mayor diferencia entre ellas y con las demás son las de Peña *et al.* (2017) y Suescún *et al.* (2016). En los otros estudios más de dos terceras partes de los participantes calificaron esta dimensión en un nivel bajo, mientras que en el de Peña, ninguna persona lo calificó así y en el de Suescún apenas el 4 % hizo lo mismo. De igual modo, en la figura 19 se evidencia dicha diferencia.

También cabe destacar, como lo muestra la figura 13 y complementando el análisis anterior, que los estudios con menos distancia entre sí son los de Herrera *et al.* (2011), Sánchez y Carrillo (2015) y Quintana *et al.* (2015), los tres realizados en México.

Figura 13. Escalamiento multidimensional. BLT



Fuente: elaboración propia.

Figura 14. Análisis por pares. DPT

Valor P para test χ^2 para pares de investigaciones. Dimensión 7

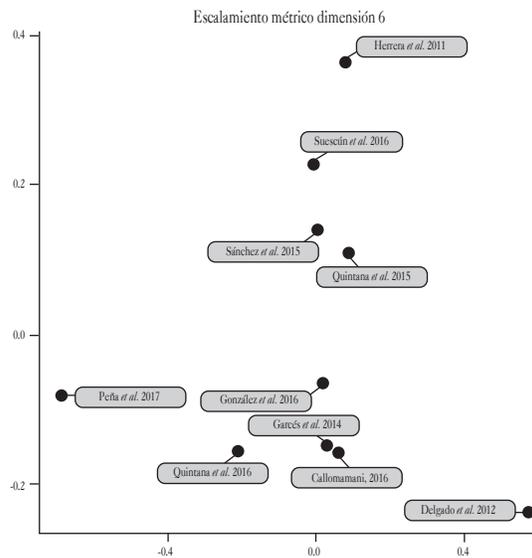
Herrera <i>et al.</i> 2011	1	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0
Delgado <i>et al.</i> 2012	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Garcés <i>et al.</i> 2014	0	0	1	0	0	0.98	0.1	0.47	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2015	0	0	0	1	0.43	0	0	0.03	0.16	0
Sánchez <i>et al.</i> 2015	0	0	0	0.43	1	0	0	0.06	0.42	0
Callomamani, 2016	0	0	0.98	0	0	1	0.15	0.46	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2016	0	0	0.1	0	0	0.15	1	0.07	0	0
González <i>et al.</i> 2016	0	0	0.47	0.03	0.06	0.48	0.07	1	0	0
Suescún <i>et al.</i> 2016	0.1	0	0	0.16	0.42	0	0	0	1	0
Peña <i>et al.</i> 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Herrera <i>et al.</i> 2011	Delgado <i>et al.</i> 2012	Garcés <i>et al.</i> 2014	Quintana <i>et al.</i> 2015	Sánchez <i>et al.</i> 2015	Callomamani, 2016	Quintana <i>et al.</i> 2016	González <i>et al.</i> 2016	Suescún <i>et al.</i> 2016	Peña <i>et al.</i> 2017

Fuente: elaboración propia.

En el análisis por pares de la dimensión DPT (figura 14) la heterogeneidad se repite. Así, se observa que los estudios con mayor parecido son los de Callomamani *et al.* (2016) y Garcés (2014), cuyos participantes calificaron de la siguiente manera: en nivel bajo 53% y 52% y en nivel medio 37% y 38% respectivamente, y en

los dos el 10% la calificó en nivel alto. Estos estudios fueron realizados en instituciones públicas, el primero en Perú y el segundo en Colombia. A ellos se suman los de Quintana *et al.* (2016) y González *et al.* (2016), como se observa en la figura 15.

Figura 15. Escalamiento multidimensional. DPT



Fuente: elaboración propia.

También se puede ver que los estudios con menor parecido entre sí, y que además tienen una diferencia marcada con los demás, son el de Peña *et al.* (2017), en el que la mayoría de los participantes (86%) calificaron esta dimensión en nivel medio, y el de Herrera *et al.* (2011), en el que el 53% la calificaron en nivel alto. Dichos estudios fueron realizados en Perú el primero y en México el segundo. Este resultado se confirma en la figura 15.

Para la dimensión de ATL, al igual que las dimensiones anteriores, el valor p fue de 0.001. La figura 16 evidencia que es la dimensión con mayor heterogeneidad ya que tiene muchos valores en 0. A pesar de esto existen algunas similitudes entre estudios como el de Garcés y el de Quintana *et al.* (2016). En ambas investigaciones más del 90% de las personas calificó esta dimensión en nivel bajo. Este parecido se da a pesar de que los estudios

fueron realizado en contextos diferentes: el primero en una institución pública de Colombia y el segundo en una Clínica privada de México.

Figura 16. Análisis por pares. ATL

Valor P para test χ^2 para pares de investigaciones. Dimensión 7

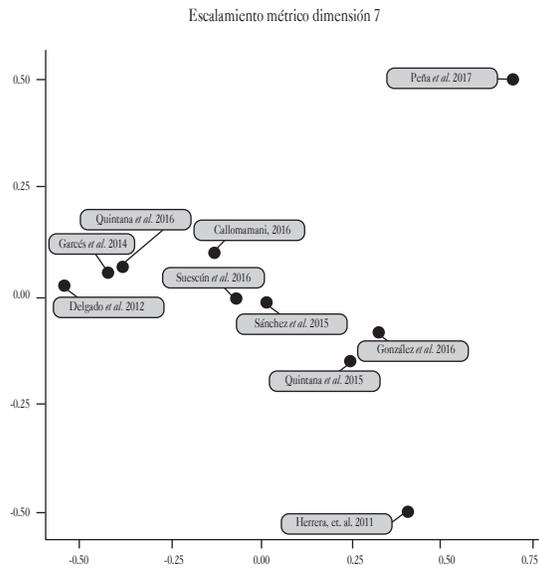
Herrera <i>et al.</i> 2011	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Delgado <i>et al.</i> 2012	0	1	0.44	0	0	0.01	1	0	0
Garcés <i>et al.</i> 2014	0	0.44	1	0	0	0	0.67	0	0
Quintana <i>et al.</i> 2015	0	0	0	1	0	0	0	0.25	0
Sánchez <i>et al.</i> 2015	0	0	0	0	1	0.06	0	0.01	0.59
Callomamani, 2016	0	0.01	0	0	0.06	1	0.01	0	0.18
Quintana <i>et al.</i> 2016	0	1	0.67	0	0	0.01	1	0	0
González <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0.25	0.01	0	0	1	0
Suescún <i>et al.</i> 2016	0	0	0	0	0.59	0.18	0	0	1
Peña <i>et al.</i> 2017	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: elaboración propia.

Complementando lo anterior, en el MDS (figura 17) también se identifica cierto nivel de cercanía entre los estudios de Delgado *et al.* (2012), Suescún *et al.* (2016), Sánchez y Carrillo (2015) y Callomamani (2016). Estos se realizaron en Chile, Colombia, México y Perú respectivamente.

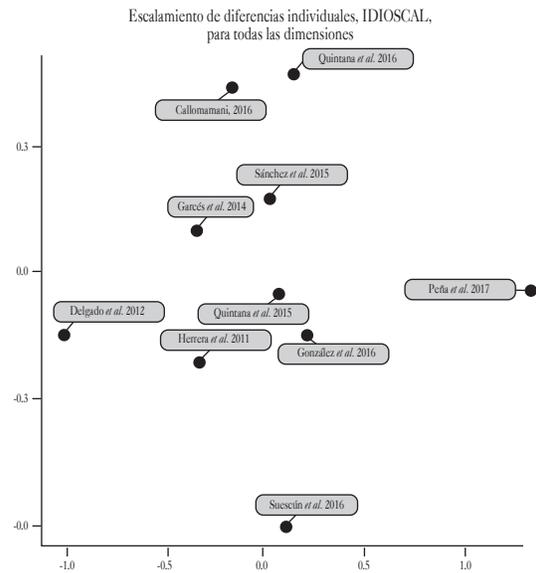
Por otro lado, al igual que la dimensión anterior, los estudios que presentan mayor diferencia entre ellos y con los otros estudios son el de Herrera *et al.* (2011)—en el que el 72 % de los participantes la califican en nivel alto, el 7 % en nivel medio y el 21 % en nivel bajo—y el de Peña *et al.* (2017), en que el 89 % califica la dimensión en nivel medio, el 9 % en nivel alto y el 2 % en nivel bajo.

Figura 17 Escalamiento multidimensional. ATL



Fuente: elaboración propia.

Figura 18. Escalamiento multidimensional ponderado para todas las dimensiones



Fuente: elaboración propia.

Finalmente en la figura 18, se puede observar el ponderado del escalamiento multidimensional de todas las dimensiones de CVL. Principalmente se evidencia la cercanía de siete de los estudios, lo que supondría su similitud.

Uno de los estudios que según la representación del MDS se encuentra a una distancia mayor de los demás es el de Suescún *et al.* (2016). Dicha investigación, a pesar de ser realizada en Colombia al igual que la de Garcés (2014), difiere de esta ya que fue desarrollada para todo el personal de salud y su CVL fue predominantemente alta, mientras la segunda solo se dirigió al personal médico y de enfermería y su CVL fue baja.

Otro caso es el del estudio elaborado por Quintana *et al.* (2016), que difiere de los realizados también en México. Dicha diferencia puede deberse a que esta investigación se desarrolló en una institución privada y las otras en hospitales públicos.

El estudio que más llama la atención es el de Peña *et al.* (2017) cuya diferencia con los demás se repite en todos los análisis, incluido el realizado por Callomamani (2016), que también se realizó en instituciones públicas de Perú. Es la única investigación en la que se calificó el nivel de CVL como medio para todas las dimensiones.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que la gestión humana es transversal a todos los sistemas de gestión organizacional y que el recurso más importante de una organización es el recurso humano, las instituciones deben velar por su adecuada administración. Ello contribuiría a un mejor desempeño de los trabajadores, y por ende, a la mejora de los resultados en salud.

Los resultados de este estudio fortalecen la evidencia a favor de la hipótesis sobre la baja calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud. Dado esto, su medición en las instituciones de salud debería convertirse en una necesidad para garantizar la calidad en la prestación del servicio. En efecto, tomar decisiones que mejoren las condiciones laborales, según la literatura consultada, impacta de manera positiva dicha calidad.

Para tal fin es importante la utilización de instrumentos de medición de la calidad de vida laboral diseñados para el contexto latinoamericano. En este caso el CVT-GOHISALO permite la adquisición de resultados con mayor pertinencia ya que indaga sobre una situación propia sin sesgos por la aplicación de instrumentos que se basan en condiciones laborales de características diferentes.

Frente a dichos resultados se evidenció que la dimensión SIT es la mejor calificada. El 45 % de los participantes la califica como alta. Dicho resultado indica que en las instituciones de salud estudiadas se cuenta con una aceptable planeación de los procesos de trabajo, apoyo de los superiores para la realización de este y procesos para evaluarlo. No se debe desconocer que el porcentaje restante lo calificó como medio o bajo, lo que se puede traducir en falencias en las oportunidades de promoción y en la motivación personal de los trabajadores. Esta dimensión se puede considerar crítica dado que si no hay claridad y buen ajuste en su rol, el trabajador no podrá prestar servicios de calidad. De la misma manera, el BLT del personal de la salud en los casos estudiados es la dimensión con el más bajo nivel. Esto se traduce en riesgos para la salud física y emocional de los trabajadores e insatisfacción con la remuneración laboral.

A pesar de que el metaanálisis evidenció una heterogeneidad en los estudios, los resultados son similares

en cuanto a la percepción de la calidad de vida laboral. Esto debido quizás a que el contexto de los países latinoamericanos tiene aspectos similares en cuanto al talento humano en salud: se identificaron en todos los estudios como causas del bajo nivel las condiciones contractuales y laborales deficientes, la insatisfacción salarial, la disponibilidad limitada de los insumos y herramientas de trabajo y la sobrecarga laboral. Dichos aspectos son constantes tanto en las instituciones públicas como en las privadas por lo que el tipo de institución no se puede relacionar con el nivel de CVL.

Los hallazgos expuestos pueden darse por el hecho de que en los sistemas de garantía de la calidad en salud de los países objeto de estudio no se plantea el tema con la suficiente profundidad. En México, Perú y el sistema único de habilitación de Colombia se aborda este tema principalmente estableciendo requerimientos mínimos en cuanto a competencias y seguridad en el trabajo. Se supone que los trabajadores de las instituciones deben cumplir con esos mínimos, de modo que se dejen las condiciones laborales a consideración de las instituciones de salud.

Por último, la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, como sugiere la literatura consultada en esta investigación, aumenta el compromiso del personal hacia su labor e impacta de forma positiva la calidad de la atención a los pacientes, la seguridad de estos y los resultados en salud de la población. Asimismo, las instituciones que se esfuercen por satisfacer las necesidades de sus trabajadores contarán con un compromiso incondicional de estos y mejorarán así el desempeño organizacional.

REFERENCIAS

- Callomamani, L. G. (2016). *Factores laborales y calidad de vida en el trabajo de las enfermeras de la microrred Cono Norte* (Tesis de maestría). Universidad Católica de Santa María, Tacna, Perú.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Hernández, F. y Acosta, N. (2013). Work quality of life and leadership in administrative staff and health care personnel of an oncological center in Bogotá (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 569-590. Recuperado de <https://tinyurl.com/y2nce73k>
- Delgado, D., Inzulza, M. y Delgado, F. (2012). Calidad de vida en el trabajo: profesionales de la salud de Clínica Río Blanco y Centro de Especialidades Médicas. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58, 216-223. Doi: <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2012000300006>
- Garcés, A. O. (2014). *Calidad de vida en el trabajo del profesional médico y de enfermería en una empresa social del Estado (E. S. E.) III nivel, Bogotá* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Gómez, M. A. (2010). Calidad de vida laboral en empleados temporales del valle de Aburrá-Colombia. *Revista Ciencias Estratégicas*, 18(24), 225-236. Recuperado de <https://tinyurl.com/y2cotacm>
- González, R., Hidalgo, G., Salazar, J. G. y Preciado, M. de L. (2010). Elaboración y validación del instrumento para medir calidad de vida en el trabajo "CVT-GO-HISALO". *Ciencia & Trabajo*, 12(36), 332-340.

- González, N., Peñarrieta, M. I., Castañeda, H., Flores, F., Gutiérrez, T. y Caballero, F. (2016). Quality of work life in primary care of nursing professionals in public health clinics in Tampico, Mexico. *Journal of Hospital Administration*, 5(3), 90-97. Doi: <https://doi.org/10.5430/jha.v5n3p90>
- Herrera Acosta, M., Ruíz de Chávez, D., Almeida, C. y García, P. G. (2011). Factores que influyen en la calidad de vida laboral del personal de enfermería del Hospital General Zacatecas. *Ibn Sina*, 13. Recuperado de http://mcs.reduaz.mx/ibnsina/2011v2t2/i_02_02-2011_1.pdf
- Laverde, M., García, A., Linares, D., López, A., Rincón, P. y Valencia, N. (2013). Evolución de la calidad en salud en Colombia. *Revista de Gestión Salud y trabajo, Estar Bien*, 6, 6-12
- Manrique, R. D. (2002). El metaanálisis: consideraciones sobre su aplicación. *Revista CES Medicina*, 16(1), 55-65. Recuperado de <https://tinyurl.com/yxjzgm6w>
- Mazuecos, F. (2017). Continuing education and professional life quality of the nursing community of Madrid. *EJSBS*, 18(1), 2271-2280. Recuperado de <https://tinyurl.com/y3onk4x7>
- OIT (Oficina Internacional del Trabajo) (1999). Memoria del director general: trabajo decente. Conferencia Internacional del Trabajo, OIT, Ginebra. Recuperado de <https://tinyurl.com/y6nf64sv>
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (12 de mayo de 2015). La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. *OPS Chile*. Recuperado de <https://tinyurl.com/yyn5jh2e>
- Ortiz, L. C., Cubides, H. y Retrepo, D. A. (2012). *Caracterización laboral del talento humano en salud de Colombia: aproximaciones desde el ingreso base de cotización del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <https://tinyurl.com/y27dm5jd>
- Patlán, J. (2013). Efecto del *burnout* y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455. Recuperado de <https://tinyurl.com/y5q27osl>
- Peña, R. del P., Viamonte, V. y Zegarra, S. E. (2017). *Calidad de vida en el trabajo del profesional de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia en un hospital nacional de Lima metropolitana* (Tesis de maestría). Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
- Pérez, D., Peralta, J. y Fernández, P. (2014). Influencia de variables organizacionales en la calidad de vida laboral de funcionarios del sector público de salud en el extremo norte de Chile. *Universitas Psychologica*, 13(2), 541-551. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.ivoc>
- Quintana, M. O., Paravic, T. y Sáez, K. (2015). Calidad de vida en el trabajo percibida según niveles de atención y categorías de enfermeras. *Ciencia y Enfermería*, 21(3), 49-62. Recuperado de <https://tinyurl.com/y36ls66b>
- Quintana, M. O., Sáez, K., Figueroa, C., García, J. A., Salazar, R. E., Tinajero, R. M. y Valle, C. (2016). Calidad de vida laboral de enfermeras de un hospital privado. *Biotechnia*, 18(2), 34-38. Doi: <https://doi.org/10.18633/bt.v18i1.226>
- Rodríguez, J. (2010). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 318-320.

Sánchez, M. C. y Carrillo, A. (2015). *Calidad de vida laboral de los profesionales de enfermería del Hospital General de Querétaro, Seseq.* Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro.

Sosa, O. R., Cheverría, S. y Rodríguez, M. E. (2010). Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de*

Seguro Social, 18(3), 153-158. Recuperado de <https://tinyurl.com/y3fpy23x>

Suescún, S., Sarmiento, G., Álvarez, L. y Lugo, M. (2016). Calidad de vida laboral en trabajadores de una empresa social del Estado de Tunja, Colombia. *Revista Médica de Risaralda*, 22(1), 14-17. Doi: <https://doi.org/10.22517/25395203.13631>