

Escala y autopercepción de la calidad de vida en el trabajo del personal técnico de atención primaria a la salud

*Patricia Mercado Salgado,
Daniel Arturo Cernas Ortiz, Pedro Gil-Monte*

RESUMEN

Problema

Para responder a la transición demográfica y epidemiológica del país, el sistema nacional de salud está profesionalizando al personal incluyendo prácticas de calidad de vida en el trabajo (CVT). Sin embargo, no es común la generación de instrumentos validados para la medición de dichas prácticas desde la autopercepción de los técnicos de atención primaria a la salud (TAPS), promotores e impulsores del autocuidado individual y familiar en comunidades rurales y marginadas.

Objetivo

Construir y validar la escala de calidad de vida en el trabajo de los técnicos de atención primaria a la salud (ECVT-TAPS).

Método

Estudio exploratorio, muestra por conveniencia ($n = 101$) de la Jurisdiccional Toluca.

Resultados y conclusiones

El análisis factorial exploratorio (AFE) detectó cuatro factores (habilidades y capacidades, salud emocional, bienestar y estabilidad laboral) que explican 61.25% de varianza.

El alpha de Cronbach osciló entre .60 y .73. El análisis factorial confirmatorio (AFC) arrojó cargas factoriales de .6 y más en casi todos los casos. En general, los técnicos de atención primaria a la salud perciben que su calidad de vida en el trabajo puede mejorar. Queda replicar el estudio en muestras similares y generar comparaciones espaciotemporales.

Palabras clave: calidad de vida en el trabajo, instrumento de medición, validación.

INTRODUCCIÓN

Un objetivo del Programa Sectorial de Salud, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, es consolidar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades para cerrar brechas entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

Según Durán *et al.*, (2012) el primer y más general aspecto de la desigualdad en acceso a la salud es la disponibilidad de recursos humanos. La alternativa es desarrollar un modelo de atención primaria, lo que implica que el sistema de salud se transforme de abajo hacia arriba, creando las condiciones estructurales para que la atención primaria a la salud (APS) pueda universalizarse, sin descuidar las mejoras y adecuaciones de la atención hospitalaria en segundo y tercer niveles de atención. Por APS se entiende la asistencia sanitaria basada en tecnología y métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, que representa el primer nivel de contacto entre individuos, familia y comunidad con el Sistema Nacional de Salud, teniendo como misión llevar, lo más cerca posible, la atención.

Aunque esta propuesta de la atención primaria a la salud no es nueva, tampoco ha logrado su madurez después de 35 años de la Declaración de Almá-Atá, ciudad de la República Socialista Soviética de Kazajistán, en 1978. En esta declaración se exhortó a los gobiernos a formular políticas que incorporaran la atención primaria a sus sistemas nacionales de salud, con lo cual se promovía el espíritu de solidaridad entre los integrantes de las comunidades, alentándoles a participar en la planificación y aplicación de los programas de atención sanitaria.

Sin embargo, desde el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud (Chan, 2008), este enfoque se malinterpretó casi de inmediato, pues se tomó como ataque radical al cuerpo médico y se confundió con centrarse exclusivamente en el primer nivel de atención. Así, se experimentó la inalcanzable meta de *Salud para todos en el año 2000*. Además, con los diversos acontecimientos mundiales (crisis del petróleo, desempleo, recesión mundial, migración, etc.) paulatinamente siguen disminuyendo los recursos destinados a la atención médica y al cuidado de la salud.

En 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) invitó a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para renovar y fortalecer la atención primaria a la salud. En julio de 2005 se celebró la Consulta Regional de Montevideo, Uruguay, de donde emergió la Declaración Regional sobre APS, documento que define un entrenamiento articulado con las necesidades de salud, políticas sobre calidad de desempeño, capacidades del personal (perfil y competencias) y mecanismos de evaluación continua, entre otras (UNICEF, s/f).

A la par de las medidas internacionales, México ha creado diversos instrumentos normativos cuya finalidad es que los servicios de salud se proporcionen en forma adecuada a la población más vulnerable, en especial en las áreas rurales y zonas urbanas marginadas. En este contexto, en 1977 el Estado de México desarrolló el Programa de Adiestramiento de Auxiliares de Salud, más tarde llamado Programa de Desarrollo Integral de

Atención Primaria a la Salud (PRODIAPS), siendo sus objetivos: mantener actualizado el diagnóstico de salud como base en la programación, elevar la cobertura de los servicios de salud, promover la salud y prevenir las enfermedades, favorecer la accesibilidad de servicios de primer nivel, impulsar el desarrollo del autocuidado familiar y local, disminuir la morbilidad y mortalidad en la población de los principales problemas de salud.

El técnico de atención primaria a la salud (TAPS) es el factor humano que realiza las actividades coordinadas en este primer nivel de atención. Su objetivo es planear, organizar, dirigir, ejecutar y controlar las actividades de salud comunitaria proporcionando información sobre prevención y control de sanos y enfermos mediante visitas domiciliarias para identificar las necesidades y problemas de salud, en un marco de respeto a la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información (ISEM, 2002).

Entre las responsabilidades del técnico destacan: conocer y delimitar la zona de trabajo, identificar a la población y el padrón familiar, elaborar y actualizar el diagnóstico de salud de la comunidad. participar con los integrantes de las familias para el desarrollo de actitudes y aptitudes que favorezcan el ejercicio de la salud, identificar el tipo y temporada de alimentos que se producen en la comunidad para orientar su utilización y consumo, capacitar a las madres en el cuidado de la salud familiar, aplicar inmunizaciones, desarrollar acciones de prevención y control de los programas de salud. En cuanto a las responsabilidades de índole administrativo y de comportamiento están: prepararse y mantenerse actualizado para el desempeño de sus actividades, registrar e informar sobre las actividades realizadas, participar en la acreditación de las unidades médicas, mantener su persona organizada y limpia, controlar el uso de los medicamentos, material e instrumental a su cargo.

A partir de esas responsabilidades, la medición del desempeño del técnico juzga la eficacia, los progresos, los resultados y el impacto de las acciones en salud; es un instrumento que define necesidades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación. Esta medición se convierte en aprendizaje, en la medida en que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para mejorar el desempeño del TAPS, de los servicios y de los programas de acción (PRODIAPS, 1985).

Como se observa, para garantizar el cumplimiento del rol del técnico de atención primaria a la salud, la instancia correspondiente genera instrumentos normativos, manuales de autoaprendizaje, lineamientos de operación y evaluación del desempeño; sin embargo, parece que se ha perdido de vista que para alcanzar las expectativas y retos que plantea el sector salud se requiere la profesionalización del personal, pues gran parte de la competencia en el desempeño se logra por ese medio, ya que ni supervisión ni auditoría operan plenamente como mecanismo de control social (Freeman, Levine & Reeder, 1998).

Con lo anterior queda latente la complejidad del cambio planeado que enfrenta el primer nivel de atención a la salud, por lo que debe estar acompañado de procesos interactivos entre técnicos y autoridades, para la cual es necesario, por un lado, la actualización y mantenimiento de los aspectos técnicos (método de trabajo, proyectos, tecnología, procesos, etc.) y, por el otro, la permanencia y eficiencia del factor humano (propensión al cambio, motivación, compromiso, participación, comunicación, etc.).

Sobre esto último, la percepción del ambiente de trabajo impacta en la satisfacción laboral y el bienestar del personal. La combinación de pobres condiciones laborales y fuertes cargas de trabajo se convierte en un agente facilitador de baja motivación y alta frustración en el personal de cuidados médicos primarios, lo cual se refleja en la calidad de atención al paciente, los resultados de los programas de salud y el bienestar del personal (Opollo, Gray & Spies, 2014).

En particular, el quehacer del personal de salud está ligado, en no pocas ocasiones, a la vida y la muerte; está acompañado de una obligación moral y legal de cuidar la salud

de los demás, lo que precisa de vocación y espíritu de servicio. Este escenario hace que el personal de salud esté sujeto, tanto legal como moralmente, a ser sancionado, por lo que se supondría que la calidad de vida en el trabajo (CVT) debe ocuparse de factores que contribuyan a que los técnicos estén saludables y sean productivos, es decir, se debe cuidar a quien nos cuida.

El enfoque de la calidad de vida en el trabajo está orientado a que el factor humano se desarrolle y no sólo se utilice; conlleva sentir que se contribuye a los logros institucionales, que se participa en el cambio y se busca la mejora continua, sin dejar de lado sentirse a gusto con “lo que hacemos en el trabajo, tener tiempo para la familia y disfrutar el esparcimiento (Crawford, 2002)”.

Así, la pregunta eje de esta investigación es: ¿en qué medida el uso y desarrollo de capacidades, la salud emocional percibida, el bienestar personal y la estabilidad laboral forman parte de la calidad de vida en el trabajo de los técnicos de atención primaria a la salud?

El objetivo de este capítulo fue construir una escala de medición de la calidad de vida en el trabajo a partir de la revisión de literatura científica sobre el tema.

Para dar respuesta a lo anterior, este documento está estructurado en tres partes. En la primera se abordan algunas consideraciones teóricas sobre la calidad de vida en el trabajo, con la finalidad de argumentar la inclusión de cuatro componentes. La segunda incluye el método de trabajo de esta investigación cuantitativa exploratoria. La tercera presenta los resultados y discusiones en cuatro partes: análisis factorial exploratorio (AFE), confiabilidad (alpha de Cronbach) y análisis factorial confirmatorio (AFC) de la escala calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria a la salud (CVT-TAPS), así como la descripción de la CVT desde la autopercepción de los técnicos. Por último, se exponen las conclusiones e implicaciones prácticas para las instituciones estatales de salud.

CONSIDERACIONES TEÓRICO CONCEPTUALES Y DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO

Abordar el tema de calidad de vida resulta, además de amplio, bastante complejo, pues no sólo se refiere a la disponibilidad de recursos, sino también a la capacidad para traducirlos en prosperidad (Nussbaum & Sen, 1996). Más allá de lo material, la calidad de vida es la capacidad para conducirnos, generar expectativas y mantener la salud. Scanlon (2002) plantea la calidad de vida en dos preguntas: ¿qué hace que una vida sea buena para la persona que la vive? y ¿qué circunstancias proporcionan buenas condiciones para vivir?

Una delimitación que ayuda a conocer algo más del amplio campo de la calidad de vida se encuentra en lo laboral. En el decenio de 1970-79 surge el movimiento de la calidad de vida laboral con el propósito de humanizar el entorno laboral a partir del desarrollo del factor humano. De acuerdo con Gil-Monte y Cardona (2008), este movimiento sienta sus bases en dos aproximaciones al estudio de las organizaciones y la conducta humana: 1. El enfoque sociotécnico de Tavistock se sustenta en el valor que tienen para las empresas el esfuerzo humano y las fuerzas sociales para la producción de bienes y servicios. Toma en cuenta la importancia de una tecnología y estructura adecuadas para el trabajo de la organización, pero también examina las relaciones entre la tecnología y las cualidades humanas de los trabajadores, incluyendo tanto lo psicológico y social como lo tecnológico (French, Bell & Zawacki, 2007) y 2. En el desarrollo organizacional,

entendido como una estrategia de cambio compleja basada en la educación y apoyada en la alta dirección, para aumentar la eficacia y salud de la organización a través de intervenciones en procesos y aprendizaje individual (Chiavenato 2010; Dessler, 2009).

A partir de que la calidad de vida en el trabajo incluye que las personas estén saludables y sean productivas, según Muchinsky (2002), una vida laboral de alta calidad contribuye a una productividad mayor de la organización y a la salud emocional del individuo.

Existe evidencia de que aquellas prácticas encaminadas a mejorar la calidad de vida en el trabajo y proveer empleos con un contenido significativo, impactan directamente en la organización a través del incremento de la productividad, mayores innovaciones, calidad y desempeño superiores, así como personal más hábil y comprometido en todos los niveles (Bragard *et al.*, 2015).

Y entonces, ¿qué se puede entender por calidad de vida en el trabajo? Es la existencia objetiva de condiciones y realidades del trabajo que promueven en las personas bienestar y desarrollo, como clima organizacional, liderazgo, diseño del trabajo, nivel de empoderamiento, tarea variada y atractiva, posibilidades de ascenso, trato equitativo y, en general, todas las circunstancias que vive cotidianamente el personal en el trabajo (Peiró & Prieto, 2007; Werther & Davis, 2008).

A la par de estas condiciones y realidades objetivas, también está presente una evaluación subjetiva. Por ejemplo, una promoción que carece de interés o de sentido para alguien deja de ser un elemento favorable para la calidad de vida en el trabajo. Al integrar lo objetivo con lo subjetivo queda representada una categoría analítica global más que una realidad específica (Toro, 2009), por lo que se convierte en un constructo integrado de múltiples elementos.

Para interpretar en acciones la calidad de vida en el trabajo, Davis y Newstrom (2010) proponen una comunicación abierta, sistemas equitativos de retribución, seguridad en el empleo, trayectoria profesional satisfactoria y participación en la toma de decisiones, así como el enriquecimiento de las funciones, lo cual debe estar acompañado del desarrollo de habilidades, reducción de estrés y mejoramiento de las relaciones personales.

Carrell, Elbert y Hatfield (1995:31) definen la calidad de vida en el trabajo como “el grado en el cual las necesidades personales de los empleados se satisfacen mediante su trabajo”, a partir de la estabilidad laboral, la responsabilidad y la autoestima, el cumplimiento de tareas retadoras de reducción de estrés y participación en las decisiones.

El observatorio de la calidad de vida cotidiana de Sodexho Alliance afirma que la calidad de vida en el trabajo es la combinación de cuatro necesidades y percepciones del trabajador hacia la organización: sentirse respaldado y cuidado, ser apoyado en la cotidianidad, satisfacer los deseos personales y mantener buenas relaciones en la organización.

El Proyecto del Departamento para el Desarrollo Internacional Reino Unido (DFID) Colombia establece como criterios para evaluar la calidad de vida en el trabajo: a) oportunidades para usar y desarrollar las capacidades humanas, crecimiento continuo y seguridad en el trabajo, b) integración social en el trabajo, incluyendo igualdad, movilidad, apertura interpersonal, trabajo en equipo y liberación de prejuicios; participación en la constitución del trabajo mediante la libertad de expresión sin miedo ni represalias y, además, equilibrio entre trabajo y vida.

Para Sheel, Sindhvani, Goel *et al.*, (2012) los principales elementos de la calidad de vida en el trabajo son: seguridad laboral, equipo de protección, higiene, salud ocupacional, procedimientos, sistemas de seguridad, condiciones seguras, entrenamiento y capacitación, oportunidad de participación creativa, sentido de logro, reconocimiento, instalaciones adecuadas y agradables, estabilidad en el trabajo, remuneración justa, desarrollo social y personal, integración familiar, recreación y deporte.

Turcotte (2003) señala que la calidad de vida en el trabajo es un elemento dinámico resultado de la combinación de perspectivas estructurales y sistemáticas con las perspectivas de las relaciones humanas. Las primeras se refieren a objetivos organizacionales, tecnologías y niveles jerárquicos, entre otros; mientras que las segundas abordan las necesidades de las personas y sus expectativas, de que estas se cumplan en su trabajo, en las cuales no puede ignorarse la dimensión espacio-temporal, es decir, la importancia del trabajo en relación con el espacio de vida total del individuo, a lo que no siempre se le da importancia.

Para evitar la impresión de estar equiparando la calidad de vida en el trabajo con el clima organizacional, vale la pena afirmar que este último genera la visión global de lo que pasa en la organización a partir de la percepción compartida del personal (Rodríguez, 2009), por lo que es un indicador parcial de la CVT (Toro, 2009) como también puede serlo la satisfacción laboral. Un clima organizacional humanizado favorece la calidad de vida laboral (Gifford *et al.*, 2002).

De lo anterior se desprenden los componentes utilizados en la elaboración inicial de la escala de calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria a la salud (CVT-TAPS). En el cuadro 8-1 se resumen de las dimensiones de la CVT y en el cuadro 8-2, la frecuencia de los componentes que se repiten, al menos, en dos de los seis autores.

Cuadro 8-1. Dimensiones de la calidad de vida en el trabajo

Chiavenato, 2001	Davis y Newstrom, 1999	Carrell, Elbert y Hatfield, 1995	Sodexo Alliance, 2002 (España)	Proyecto DFID, 2002 (Colombia)	Sheel <i>et al.</i> , (2012)
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción en el trabajo. • Posibilidades a futuro. • Reconocimiento. • Salario. • Relaciones humanas. • Ambiente psicológico. • Ambiente físico. • Libertad de decidir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad en el empleo. • Trayectoria profesional satisfactoria. • Participación en la toma de decisiones. • Enriquecimiento de funciones. • Desarrollo de habilidades. • Mejoramiento de relaciones personales. • Reducción del estrés. • Comunicación abierta. • Sistemas equitativos de retribución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad laboral. • Responsabilidad. • Autoestima. • Tareas retadoras. • Reducción de estrés. • Participación en las decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse respaldado y cuidado. • Ser apoyado en la cotidianidad. • Satisfacción de deseos personales. • Buenas relaciones- 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad para usar y desarrollar capacidades- • Oportunidad de crecimiento- • Seguridad- • Capacitación- • Integración social en el trabajo- • Libertad de expresión- • Equilibrio entre trabajo y familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad en el trabajo. • Equipo de protección. • Higiene. • Salud ocupacional. • Procedimientos. • Capacitación. • Participación. • Reconocimiento. • Instalaciones. • Estabilidad en el trabajo. • Remuneración justa. • Desarrollo social y personal. • Integración familiar. • Recreación y deporte.

Cuadro 8-2. Frecuencia de las dimensiones de la calidad de vida en el trabajo

Dimensiones de la calidad de vida en el trabajo	Chiavenato, (2001)	Davis y Newstrom, (1999)	Carrell, Elbert y Hatfield, (1995)	Sodexho Alliance, (2002) España	Proyecto DFID, (2002) Colombia	Sheel <i>et al.</i> , (2012)	Frecuencia
Oportunidad para usar y desarrollar capacidades							50%
Salud percibida							33%
Estabilidad laboral							83%
Remuneración							50%
Calidad de vida y bienestar personal							50%

Aunque son diversas las definiciones y los elementos de la calidad de vida en el trabajo, es apremiante reforzar acciones orientadas a la gestión del factor humano para vivir trabajos dignos y sustentables. Una aportación en este terreno es la medición de la CVT, la cual se complica debido su amplio alcance, multidimensionalidad (Van Laar, Edwards & Easton, 2007) y sustento en la percepción. Si la calidad de vida en el trabajo es buena o mala no es un hecho tan importante como lo que el personal percibe de la situación.

Puesto que las percepciones individuales pueden variar en forma sustancial al hacer el estudio a nivel departamento, dirección, organización, empresas del sector o país, la percepción individual queda subsumida a la percepción generalizada. Ante esto, Johnsrud (2002) propone clasificar en tres grupos los estudios empíricos de calidad de vida en el trabajo: descripción y exploración de diferencias a partir de características individuales (sexo, edad, raza) y del trabajo (puesto, categoría, antigüedad laboral, etc.), impacto actitudinal (estrés, moral, satisfacción y compromiso) y resultados conductuales (rotación, intención de permanencia, productividad y desempeño). La presente investigación cae en el primer grupo, por lo que las preguntas son: ¿cuáles son las dimensiones de la calidad de vida en el trabajo? ¿Qué tan bien pueden ser medidas? ¿Cómo perciben los técnicos de atención primaria a la salud su calidad de vida en el trabajo?

Además de la precisión anterior sobre el nivel de análisis de la CVT y reconociendo la existencia de cuestionarios que la miden en personal médico, como el CVT-GOHI-SALO (González *et al.*, 2010), la oportunidad detectada para la construcción de la escala calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria a la salud se sustenta en mejorar su pertinencia tomando en cuenta que se trata de personal de salud que trabaja en campo (zonas rurales o marginadas), que no está exento de alterar sus actividades familiares o su tiempo de ocio ante una urgencia; que debe tomar decisiones a partir de información limitada, ausencia de otra autoridad, lejanía de instituciones y personal de salud, y hasta sin opción a posponer urgencias.

MÉTODO

El paradigma de esta investigación aplicada fue cuantitativo acompañado de técnicas cualitativas para la generación de reactivos. Después de la revisión de la literatura se elaboraron los reactivos mediante un grupo de expertos (cinco integrantes del CAC Gestión del capital intelectual, con estudios de doctorado y experiencia en comportamiento humano en las organizaciones) utilizando análisis de contenido. A partir de la evidencia empírica se realizaron las pruebas estadísticas para detectar las cualidades métricas de calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria a la salud.

PARTICIPANTES

La población sobre la cual se generalizan los resultados son técnicos de la Jefatura Jurisdiccional Toluca, Estado de México, integrada por 16 coordinaciones municipales y 1 centro de salud, en donde laboran en total 220 técnicos de atención primaria a la salud. Fue una muestra no probabilística integrada por 101 sujetos, representando una tasa de participación de 46 por ciento.

De los respondientes, 9 de cada 10 son mujeres, reflejo del escenario feminizado de profesiones de apoyo a la atención de la salud. En cuanto a la edad, 44% tenía entre 40 y 45 años, 24% entre 34 y 39 años, 16% entre 28 y 33 años y el resto (15%) más de 46 años. La mayoría del personal (67%) está casado y para 96.5% este trabajo es su única fuente de ingreso.

En cuanto a la escolaridad, 50% cuenta con preparatoria y 30% con secundaria, lo cual obedece a que en los requisitos de ingreso establecidos en 1982 se dio prioridad a ser originario del lugar y no al nivel de escolaridad. El 64% de los participantes en este estudio afirmó no haber tomado ningún curso durante el último año, lo cual hace suponer que el apoyo para continuar con su formación está limitado. La antigüedad laboral en la dependencia de salud (y no necesariamente en el programa de desarrollo integral de atención primaria a la salud, PRODIAPS) se refleja en que casi la cuarta parte (24.5%) tiene menos de 15 años de edad, 37% tiene entre 16 y 20 años, 33% entre 21 y 25 años de edad y sólo 5.5% tiene más de 26 años de antigüedad.

INSTRUMENTO

La escala de calidad de vida en el trabajo-técnicos en atención primaria a la salud (anexo) integra cuatro dimensiones: oportunidades para usar y desarrollar capacidades (4 reactivos), salud emocional (3 reactivos), bienestar personal (4 reactivos) y estabilidad laboral (2 reactivos). Algunos ejemplos de los reactivos son: percibo que la institución se preocupa por la calidad de vida de su personal. Percibo gran seguridad laboral. Mi humor (disposición de ánimo) cambia a menudo, tanto positiva como negativamente. Se utilizó escala Likert con 5 opciones de respuesta: 1= totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo. El puntaje mayor se interpreta como mejor percepción de la variable, pues si el reactivo está redactado en sentido negativo, debe invertirse.

PROCEDIMIENTO

La aplicación del cuestionario inició con la solicitud vía oficio a directivos de la dependencia de salud estatal. En todo momento se garantizó el anonimato y la confidenciali-

dad a los respondientes. La recolección de datos (aplicación de la escala CVT-TAPS) se llevó a cabo entre mayo de 2012 y diciembre de 2013. Por el periodo de aplicación se trata de un estudio sincrónico, toda vez que, según Pérez-Liñán (2008), el contexto no logra variaciones en periodos cortos.

ANÁLISIS DE DATOS

Se pusieron a prueba las propiedades psicométricas de la escala de CVT-TAPS utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20.0 para examinar la consistencia interna (alpha de Cronbach) y la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de componentes principales y rotación varimax. El criterio para retener los factores fue *eigenvalue* mayor que 1. A partir de los antecedentes científicos abordados en apartados anteriores y la significancia conceptual, se asignaron etiquetas a los factores con los reactivos que tienen pesos mayores a .5, con lo cual se evitó privilegiar la técnica estadística sobre el fundamento teórico.

Previo al análisis estadístico se detectaron casos atípicos (*outliers*) en la base de datos que pudieran afectar los resultados. Siguiendo el criterio de que aquellos valores entre 2.0 y 2.5 deben ser eliminados (Tarling, 2009:58), no se eliminó ningún cuestionario.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Calidad de los reactivos

Su finalidad es eliminar cualquier reactivo que no sea útil, pues mientras más corto sea el cuestionario y represente mejor la variable, la escala será de mayor calidad. De acuerdo a Field (2003), se comprobó la heterogeneidad de los datos mediante medidas de tendencia central (media, desviación estándar y asimetría, cuadro 8-3).

Cuadro 8-3. Análisis de los reactivos (n = 101)

Reactivo	Media	Desviación estándar	Asimetría
01	4.12	.81593	-.674
02	4.51	.67252	-1.464
03	3.81	1.08363	-.626
04	4.19	.87992	-1.458
05	3.80	1.12267	-.983
06	3.76	1.10588	-.826
07	3.86	1.01024	-1.319
08	3.62	1.03780	-.886
09	3.22	1.07335	-.498
10	2.76	1.07841	.295
11	3.66	.9826	-1.018
12	3.25	1.28379	-.303
13	3.13	1.10148	-.168

El poder de discriminación es mejor si el promedio se aproxima al punto medio de la escala y la desviación estándar es superior a 1.5, lo que indica que una buena proporción de las personas encuestadas elige los diferentes valores de la escala (Toro, 2009). Por el contrario, una media cercana a alguno de los extremos de la escala (1 o 5) y una pequeña desviación estándar, indican que los encuestados se están agrupando de manera sistemática cerca de un valor y, por tanto, hay valores en la escala que no son elegidos por un número suficiente de personas encuestadas, lo que disminuye la capacidad de discriminación del reactivo (Zula & Chermack, 2008).

La media de los reactivos osciló entre 2.76 y 4.5, la media más baja correspondió al reactivo 10 (Percibo que la institución se preocupa por la calidad de vida de su personal.) y la media más alta al reactivo 2 (Creo que la improvisación es una buena alternativa para resolver problemas.). El 70% de las desviaciones estándar estuvieron cercanas a 1.5 y en 30% fue menor a 1. Puede decirse que existió polarización de las respuestas del personal en relación con los contenidos de los reactivos, o bien, que estos sí contaron con poder de discriminación.

Cuando se pilotea una escala es conveniente que cada variable (reactivo) exhiba una distribución normal del conjunto de las respuestas de los sujetos (Field, 2003). Para eso se recurrió a la asimetría y a su error estándar (.240). Los datos de este estudio cumplen con este criterio. Todos los reactivos presentaron un valor de asimetría dentro del intervalo ± 2 , lo que indica que su desviación de la normalidad no es relevante (Miles & Shevlin, 2005).

Análisis factorial exploratorio

La suficiencia del tamaño de la muestra cumplió con el criterio de Kline (1998) en cuanto a que la muestra no baje de 100 sujetos aunque sean pocas variables, o bien que haya cinco sujetos por reactivo. Ambos criterios se cumplieron en este estudio. La muestra fue de 101 sujetos, la escala de calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria a la salud se integró de 13 variables (o reactivos del cuestionario) agrupados en cuatro factores: 1. Habilidades y capacidades, 2. Salud emocional, 3. Bienestar personal y 4. Estabilidad laboral.

En cuanto a la pertinencia de la matriz de correlaciones se calculó la prueba Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.735$). Al rebasar 0.5 se consideró buen criterio, ya que mientras más pequeño mayor es el valor de los coeficientes de relación parcial y, por lo tanto, menos deseable (Littlewood & Bernal, 2014). La prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor significativo (Chi-cuadrado aproximado = 308.425, $p \leq .000$), es decir, las correlaciones de la matriz son apropiadas para el análisis factorial exploratorio (AFE) o los datos se adecuan al modelo propuesto (Aron & Aron, 2001).

Con lo anterior como condición, se calculó el análisis factorial exploratorio por el método de componentes principales y rotación varimax para establecer la validez de constructo de la encuesta elaborada para la medición de la calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria a la salud (cuadro 8-4).

Cuadro 8-4. Matriz de componentes principales rotación varimax ($n=101$)

Reactivo	Componentes (61.53% varianza total)			
	Habilidades y capacidades	Salud emocional	Bienestar personal	Estabilidad laboral y remuneración justa
VAR33	.784	-.046	-.018	.147
VAR36	.775	.167	.003	-.024
VAR42	.688	.023	.164	.242
VAR43	.635	.157	.233	.060
VAR90	-.001	.854	-.107	.083
VAR84	.162	.808	-.072	.071
VAR31	.132	.684	-.045	-.407
VAR78	.228	-.113	.721	.115
VAR83	.068	-.318	.692	-.161
VAR88	-.052	-.029	.658	.428
VAR09	.114	.200	.538	.372
VAR94	.104	.055	.224	.773
VAR65	.293	-.104	.033	.727
Varianza explicada	17.72%	15.95%	14.41%	13.45%

Los cuatro factores obtenidos alcanzaron a explicar una varianza total de 61.53 por ciento. Un factor robusto cumple con dos criterios: el número de reactivos es mayor a dos y la carga factorial de cada uno es superior a .50 (Abad *et al.*, 2011). Los factores quedaron sólidamente definidos con 4, 3, 4 y 2 reactivos, con cargas factoriales mayores a 0.6 a excepción del reactivo VAR09 que obtuvo 0.538. Estas cargas factoriales son ya de clara relevancia práctica (Hair, *et al.*, 2008). La varianza de cada factor (después de la rotación) fue 17.72, 15.95, 14.41 y 13.45 por ciento.

El factor con mayor varianza (17.72%) correspondió a habilidades y capacidades (cuatro reactivos), definida como el grado en el cual el personal percibe que puede aplicar lo que sabe hacer y en esa medida seguir aprendiendo, a partir de tareas en donde prevalece la diversidad más que lo repetitivo y el reconocimiento de resultados más que la retroalimentación de buenas acciones asiladas. Para eso se apoya en la capacitación, acompañada de ascensos y promociones, así como la participación en la toma de decisiones (Proyecto DFID Colombia, Davis & Newstrom, 2005; Carrel, Elbert & Hatfield, 1995).

La salud emocional quedó como segundo factor (15.95% varianza), integrado por tres reactivos. Incluye la sensación de sentirse bien, tanto física como emocionalmente (Davis & Newstrom, 1999; Carrel, Elbert & Hatfield, 1995). En cuanto al bienestar personal (tercer factor con 14.41% varianza) se integró de cuatro reactivos que versan sobre la medida en que las exigencias en el trabajo dan espacio para el ocio y la familia, además de la promoción por parte de la organización para programas de educación para la salud (Sodexho Alliance, 2002; Davis & Newstrom, 1999; Sheel *et al.*, 2012).

Por último, el cuarto factor etiquetado como estabilidad laboral representó 13.45% de varianza con dos reactivos que hacen referencia a la seguridad que el personal percibe en cuanto a la permanencia a largo plazo en su puesto y en la organización (Carrell, Elbert & Hatfield, 1995), así como a la satisfacción por la retribución económica por la realización de su trabajo (Chiavenato, 2010).

Confiabilidad de los factores

La medida resultante siempre está afectada por un error aleatorio en diversas aplicaciones, por lo que se busca una tendencia a la consistencia de un conjunto de medidas, característica fundamental en instrumentos de medición, ya sea para fines de investigación o para la toma de decisiones, pues a menor fiabilidad mayor probabilidad de tomar una decisión incorrecta (Duane, 2008). Dicha estabilidad responde a qué tanto se pueden generalizar los resultados a muestras similares (Kerlinger & Lee, 2002) y una prueba a calcular es alpha de Cronbach como complemento a la calidad de un instrumento (Nunnally, 2009).

Además de los descriptivos (media y desviación estándar), el cuadro 8-5 contiene la confiabilidad de los cuatro factores referidos, siendo mejor para salud emocional (.735), seguida de habilidades y capacidades (.719), bienestar personal (.643) y estabilidad laboral (.603). En todos los casos, la confiabilidad es mayor a .60 y de acuerdo con Nunnally (2009), estos valores sirven para investigación exploratoria, aunque también funcionan en entornos aplicados en que se tomarán decisiones (Duane, 2008). Estos resultados contribuyeron a confirmar la consistencia interna de la escala de medición de calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria a la salud.

Cuadro 8-5. Descriptivos y confiabilidad de los factores de calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria a la salud ($n=101$)

Factores	No. de reactivos	Media	DE	Confiabilidad alpha de Cronbach
Habilidades y capacidades.	4	4.16	.65	.719
Salud emocional.	3	3.81	.87	.735
Bienestar personal.	4	3.32	.73	.643
Estabilidad laboral.	2	3.19	1.01	.603

DE= desviación estándar.

Análisis factorial confirmatorio

Con los resultados del análisis factorial exploratorio se procedió a calcular el análisis factorial confirmatorio (AFC) para validar la medición de la escala CTV-TAPS y confirmar la hipótesis de que entre los 13 reactivos y los 4 factores (habilidades y capacidades, salud emocional, bienestar personal y estabilidad laboral) existe correspondencia. Para tal fin se utilizó LISREL (*Lineal Structural Relations* de Jöreskog & Sörbom, 1993), por el método de estimación de máxima verisimilitud (*maximum likelihood*), ya que se dispone de una muestra de tamaño suficiente y los indicadores se midieron en escala intervalar (Brown, 2006).

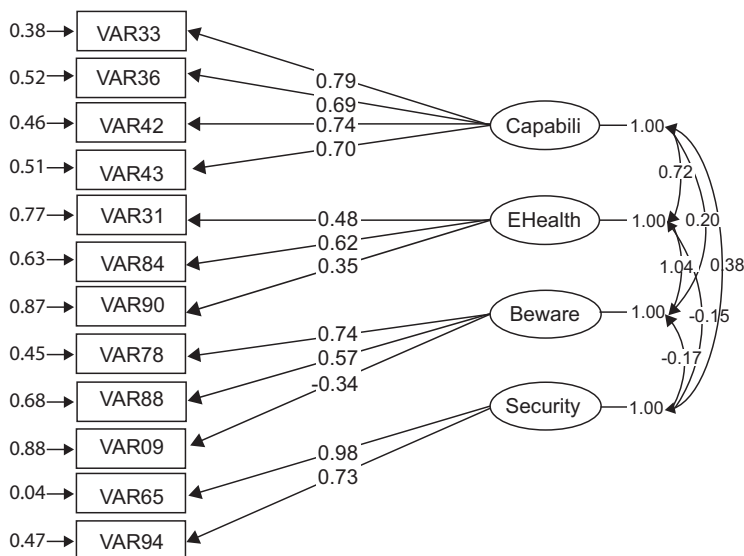


Figura 8-1. Modelo factorial de la ECVT-TAPS con cuatro factores.

Como se mencionó, el modelo hipotetizado correspondió a la estructura que emanó del AFE y en el modelo mejorado (figura 8-1) se eliminó el reactivo 83 (Percibo que la organización busca mi bienestar personal). Aunque parece un reactivo crítico para la calidad de vida en el trabajo se discute su pertenencia entre dos variables latentes: salud emocional y bienestar personal. Con esta eliminación se genera la hipótesis nula de que no hay diferencia entre ambos modelos.

Para la interpretación se tomaron las características de los diferentes índices de ajuste que, a partir del tamaño de muestra ($n = 101$) y el número de variables observadas (13) pueden demostrar buen ajuste según los criterios de Hair *et al.*, (2005:753) (cuadro 8-6).

Cuadro 8-6. Medidas de ajuste para dos modelos de calidad de vida en el trabajo-técnicos de atención primaria para la salud

Modelo	Medidas de ajuste global				Medidas de ajuste incremental			Medidas de ajuste de parsimonia	
	χ^2	<i>gl</i>	GFI	NFI	CFI	IFI	NNFITLI	RMSEA	PNFI
Modelo hipotetizado	109.37	59	.857	.769	.863	.869	.819	.100	.582
Modelo mejorado	107.79	48	.849	.736	.811	.819	.740	.125	.535

GFI = índice de bondad de ajuste (del inglés, Goodness of Fit Index); NFI = índice de ajuste normado (del inglés, Normed Fit Index); CFI = índice de ajuste comparativo (del inglés, Comparative Fit Index); IFI = índice incremental de ajuste (del inglés, Incremental Fit Index); NNFI/TLI = índice Tucker-Lewis, del inglés (Tucker-Lewis Index); RMSEA = Error de aproximación cuadrático medio (del inglés, Root Mean Square Error of Approximation); PNFI = índice de ajuste normado de parsimonia (del inglés, Parsimony Normed Fit Index).

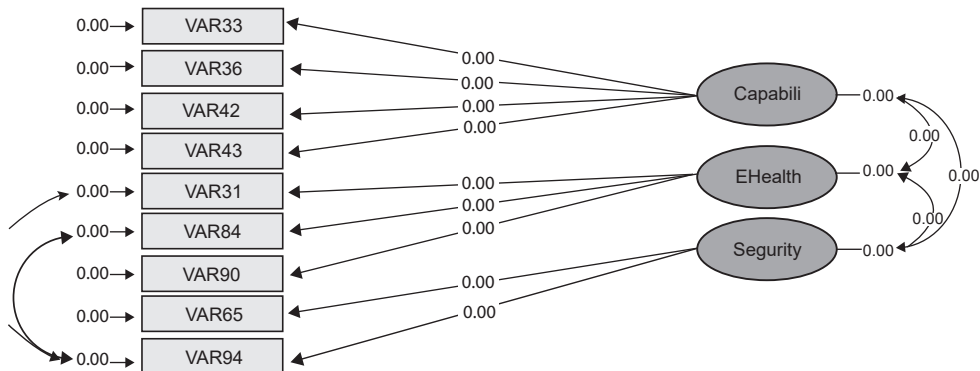
El ajuste global (χ^2) resulta significativo en ambos modelos, lo que equivale al rechazo de la hipótesis nula que indica que la matriz de covarianza hipotética y la matriz de covarianza original de los datos son iguales. Sin embargo, este estadístico es sensible al tamaño de la muestra y asume que el modelo se ajusta perfectamente a la población, por lo que se toma como criterio que un pequeño valor de χ^2 corresponde a un buen ajuste juzgado por los grados de libertad (Diamantopoulou & Siguaw, 2000:83). En este caso, al obtener la diferencia de χ^2 ($\Delta = 1.58$) y los grados de libertad ($\Delta = 11$) entre los modelos presentados, en el cuadro 8-6 se identifica que no hay deterioro en el nivel de ajuste ($p < .999$). Siguiendo la regla de oro de que entre más pequeño el estadístico χ^2 , mejor el ajuste global (Hair *et al.*, 2008), se decidió por el modelo mejorado con independencia de las medidas de ajuste incremental y de parsimonia, ya que entre ambas tampoco se refleja diferencia significativa debido a que la muestra es pequeña ($n = 101$).

En el modelo mejorado, la cantidad relativa de varianza explicada fue buena, muy cercano a .9 (índice de bondad de ajuste, GFI = .849). En cuanto a los índices de ajuste incremental, en donde el uno representa ajuste perfecto, en el modelo modificado se tiene que la discrepancia entre el modelo ajustado y el modelo base medido con el índice ajustado normado (NFI), el índice ajustado comparativo (CFI), el índice incremental del ajuste (IFI) y el índice Tucker-Lewis (TLI) oscilan entre .736 y .819, representando un ajuste moderado.

Las medidas de ajuste de parsimonia (PNFI), en donde los niveles elevados indican mejor ajuste, por la aproximación de la raíz cuadrada media del error (RMSEA) arroja-do (.125) que en combinación con el índice de ajuste comparativo (CFI) (.811), puede decirse que se trata de un modelo con ajuste razonable, casi mediocre, aunque se ve equilibrado por el PNFI (.535) muy cercano a .6 recomendado por Diamantopoulou y Siguaw (2002).

Todas las cargas factoriales resultaron significativas con valores altos entre .48 y .98. Los parámetros más bajos se obtuvieron para el reactivo r90 (Me siento fatigado cuando me levanto en las mañanas a enfrentar otro día de trabajo) de la escala salud emocional y para VAR09 (Considero oportuna y de calidad la capacitación recibida) de la escala bienestar personal con valores de $\lambda = .355$ ($t = 3.534$) y $\lambda = .34$ ($t = 3.096$), respectivos. Sin embargo, en ninguno de los dos modelos los índices de ajuste alcanzan los estándares aceptados internacionalmente, con lo cual esta escala todavía no es de valía. Por lo tanto, se procedió a revisar los supuestos del modelo estructural y se detectó una redundancia entre variables latentes que deteriora el ajuste global del modelo. Para corregir el problema, se quitaron las tres variables observadas de bienestar personal (VAR78, VAR88 y VAR09) por correlacionar de manera negativa y significativa con las variables de salud emocional (VAR31, VAR84 y VAR90). Conceptualmente la pertinencia de eliminar el factor de bienestar personal y privilegiar la permanencia de salud emocional se sustenta en que ésta engloba la sensación de sentirse bien, tanto física como emocionalmente (Davis & Newstrom, 1999; Carrel, Elbert & Hatfiel, 1995), mientras que la otra refiere programas de educación para la salud y espacio al ocio y la familia, lo que pudiera estar más determinado por políticas organizacionales (Sodexho alliane, 2002; Sheel *et al.*, 2012).

Entonces, como puede verse en la figura 8-2, con tres factores (y no cuatro) se logra la validez del constructo de calidad de vida. Es de notar que, dado que este modelo tiene muy pocos grados de libertad (22) y la muestra analizada es pequeña, el indicador premier de bondad de ajuste RMSEA es inestable y poco confiable (Keny, Kaniskan y McCoach, 2015). En consecuencia, recurrimos a la χ^2 (33.16, p value = 0.05961), y a la razón χ^2 /grados de libertad (= 1.50); lo cual es aceptable en las condiciones indicadas ($N > 200$) (Hair, *et al.*, 2008). Como se puede ver, ambos parámetros muestran un ajuste



Chi-Square = 124.31, df = 48, F-value = 0.00000, RMSEA = 0.125

Figura 8-2. Modelo factorial de la escala CLV-TAPS con tres factores.

aceptable sugiriendo que entre la matriz de covarianza original y la matriz de covarianza teórica (calculada por LISREL de acuerdo a las especificaciones dadas al modelo) no hay diferencias significativas. Por otro lado, el CFI (0.956) y el GFI (0.934) también reflejan que las variables latentes del modelo se discriminan razonablemente entre sí. En suma, el modelo presenta un ajuste global aceptable tal como se muestra en el cuadro 8-7.

Descripción de la calidad de vida en el trabajo desde la autopercepción de los técnicos de atención primaria a la salud

Como se observa en el cuadro 8-5, de las cuatro dimensiones de la calidad de vida en el trabajo la mejor percibida es la oportunidad para usar y desarrollar habilidades y capacidades ($x = 4.16, \sigma = .65$). Con eso, los técnicos de atención primaria a la salud están reconociendo su flexibilidad para organizar, administrar y tomar decisiones, pues además de que las condiciones se los permiten, el programa así lo exige. Sin embargo, perciben que su jefe no siempre les da la seguridad para hacer las cosas como consideran más conveniente, aunque para ello tengan claramente definidas sus responsabilidades.

La salud emocional ($x = 3.81, \sigma = .87$) como el bienestar personal ($x = 3.32, \sigma = .73$) presentan mayor oportunidad de mejora, lo cual permite profundizar en lo que Turcotte (2003) señala como dimensión espacio temporal en la CVT, es decir, el quehacer de

Cuadro 8-7. Medidas de ajuste para el modelo de tres factores de CVT-TAPS

Medidas de ajuste global			Medidas de ajuste incremental				Medidas de ajuste de parsimonia	
χ^2	GI	GFI	NFI	CFI	IFI	NNFITLI	RMSEA	PNFI
33.17	22	.934	.886	.956	.958	.928	.0709	.541

los técnicos de atención primaria a la salud en relación con su espacio de vida total. Por ejemplo, quienes tienen disputas familiares desean pasar más tiempo en el trabajo que aquellos que por iniciar una familia desean estar minuto a minuto al lado de sus seres queridos. Para mejorar la salud emocional es importante acercarse a los técnicos para identificar por qué se sienten deprimidos al final del día, emocionalmente cansados o fatigados al iniciar sus labores, ya que con este estudio no se han identificado sus causas. En cuanto al bienestar personal vale la pena reforzar el apoyo que la institución está brindando a los técnicos para continuar con su formación y para brindarles capacitación de calidad, sobre todo que al inicio del programa, durante el reclutamiento y la selección, se dio prioridad a su pertenencia a la comunidad y no al nivel de estudios. Así, también es importante generar manifestaciones de que se busca su bienestar personal y mejorar su calidad de vida como un todo, es decir, dentro y fuera del trabajo.

La tercera y última dimensión, estabilidad laboral ($x = 3.19$, $\sigma = 1.01$), incluye la seguridad laboral y la remuneración justa. Puesto que 75% del personal tiene una antigüedad laboral mayor a 15 años, es de suponerse que la percepción económica no es lo que ellos esperan. También queda en el tintero la desigualdad de estas condiciones, es decir, a unos les va mejor que a otros, lo que pudiera estar afectando la justicia organizacional. Se debe mencionar que el sueldo mensual oscila entre \$6 500.00 y \$7 000.00, y al margen de la afectación paulatina al presupuesto en salud, esto no deja de entenderse como falta de reconocimiento a su trabajo.

CONCLUSIONES

La calidad de vida en el trabajo se refiere al carácter positivo o negativo de un ambiente laboral; es el nivel de satisfacción de las aspiraciones y de los anhelos de las personas, que se traduce en última instancia, en la realización del individuo y el desarrollo integral del ser humano y se interpreta como ser “productivo” sin dejar de ser “humano”.

Además de advertir que no hay aproximación única para la medición de la CVT, la ausencia de información diagnóstica se debe, en no pocos casos, a la falta de instrumentos generados a partir del contexto. Tal es el caso de la encuesta CVT-TAPS, la cual arrojó resultados preliminares sobre su validez y confiabilidad.

Al desarrollar una escala siempre se parte de un número mayor de reactivos de los que quedan en el cuestionario. En este caso, de los 13 iniciales de la escala CVT-TAPS quedaron 19, mismos que representan: a) capacidades y habilidades o el grado en el cual los TAPS perciben que pueden aplicar lo que saben y hacer tareas diversas más que rutinarias (cuatro reactivos); b) salud emocional o la sensación de sentirse bien (tres reactivos); y c) estabilidad laboral o la seguridad de permanencia a largo plazo acompañada de la satisfacción por la retribución recibida (dos reactivos).

En conclusión, lo aquí presentado es un cuestionario con cierta validez de constructo y se ha avanzado en la consistencia de la escala. Es decir, permite comprobar que se está midiendo la calidad de vida en el trabajo al momento que queda clara la presencia de tres factores y los reactivos que integran cada uno y cómo están relacionados entre sí.

Por último, y como una propuesta para implicaciones prácticas, Milkovich y Boudreau (1994:577) documentan que los programas de CVT tienen dos impulsos básicos: la formación y el control, pues buscan romper las barreras, sutiles o no tan sutiles, entre el primero y el último de los niveles jerárquicos, lo que implica el reto de participar en la toma de decisiones con un soporte de formación más consolidado.

¿Por qué no hacer “algo” para mejorar el espacio en donde pasamos gran parte de nuestra vida? Las personas debemos, o deberíamos, estar felices con lo que hacemos, ya sea en el trabajo, en la casa o en cualquier lugar. Con toda seguridad este enfoque beneficiaría a las personas, las organizaciones y la sociedad en general.

No hay que olvidar que mejorar la calidad de vida laboral es una práctica a largo plazo y no acciones aisladas. Se requiere la participación de todos y no sólo una buena intención directiva. Imaginemos qué pasaría si llegamos a perder por completo el entusiasmo por lo que hacemos.

Si bien la calidad de vida en el trabajo debe ser parte de la filosofía organizacional, también es una práctica a largo plazo y no acciones aisladas que requiere de la participación de todos. Como práctica, es el grado en que el entorno laboral en su totalidad es favorable o desfavorable para los individuos, por lo que algunas acciones cotidianas para mejorar la CVT de los técnicos podrían ser:

- Colocar un pizarrón de avisos, y mantenerlo actualizado, cerca de los accesos más frecuentados para hacer manifiesto el reconocimiento a la labor realizada, el cumplimiento de metas, nuevas disposiciones, o bien, problemáticas que enfrenta la institución.
- Darle al buzón de sugerencias un seguimiento serio en busca de aumentar su credibilidad y lograr que el personal perciba que participa en las decisiones.
- Mejorar las habilidades de liderazgo de los mandos medios, pues aunque de manera general se puede decir que al personal médico le interesa poco el manejo administrativo, no debiera ser así en lo referente a las relaciones humanas.
- Aunque el trabajo resulta por demás interesante y motor del desarrollo humano, valdría la pena hacer una revisión de la descripción de puestos para vincular los resultados a la evaluación del desempeño y lograr la transparencia en este rubro.

La calidad de vida laboral no sólo se circunscribe a la satisfacción de necesidades personales orientadas a la supervivencia, seguridad, tener la sensación de ser alguien útil, ser reconocido por los logros y tener oportunidad de mejorar las habilidades y los conocimientos. Por eso, queda en el tintero replicar el estudio en varias muestras para llegar a la certeza de que se trata de una escala multidimensional, pues además, se tuvo la limitante de utilizar la misma muestra para el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio. En las futuras investigaciones se deben adicionar variables vinculadas a la estructura jerárquica, las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo y factores espaciotemporales, pero sobre todo con el acompañamiento de autoridades del sector salud estatal.

REFERENCIAS

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V. & Armen, G. (2011), *Medición en ciencias sociales y de la salud*, Madrid: Ed. Síntesis.
- Aron, A. & Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. 2ª ed. Buenos Aires: Prentice Hall.
- Bragard, I., Fleet, R., Etienne, A., Archambault, P., Légaré, F., Chauny, J. M., Lévesque, J. F., Ouimet, M., Potras, J. & Dupuis, G. (2015). Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: a pilot study. *BMC Research Notes*. 8:116, 1-9.
- Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. USA: Guilford Press.
- Carrell, M., Elbert, N. & Hatfield, R. (1995). *Human resource management*. 5ª ed. USA: Prentice Hall.
- Chan, M. (2008). *Regreso a Alma-Ata*. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/dg/20080915/es/#>

- Chiavenato, I. (2010), *Comportamiento organizacional*, México: Thompson
- Crawford, S. (2002). Is "quality of life" sufficiently well defined to be an outcome of leisure services? *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 73 (6), 20-29.
- Davis, K. & Newstrom, J. (2010). *Comportamiento humano en el trabajo* (10ª. ed.). México: McGraw Hill .
- Dessler, G. (2009). *Administración de personal*. México: Pearson
- Diamantopoulos, A. & Siguaw J. D. (2000). *Introducing LISREL. Guide for the uninitiated*. USA: SAGE Publications Ltd.
- Duane, D. (2008), *Investigación en administración para la toma de decisiones* (5ª. ed.). Thomson: México.
- Durán, L. Salinas, G., Granados, V. & Martínez, S. (2012). La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. *Gaceta Médica de México*, 148: 552-7.
- Field, A. P. (2003), *Designing a questionnaire*. Documento de trabajo. http://www.statisticshell.com/docs/designing_questionnaires.pdf [noviembre 18, 2013].
- Freeman, J., S. Levine & L. Reeder (1998). *Manual de sociología médica*. Biblioteca de Salud, Secretaría de Salud. México: FCE.
- French, W. L., Bell, C. H. & Zawacki, R. A. (2007): *Desarrollo organizacional. Transformación y administración efectiva del cambio* (6ª. ed.) México: McGrawHill.
- Gifford, B. D., Zammuto, R. F., Goodman, E. A. & Hill, K. S. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life/practitioner aplicación. *Journal of healthcare Management*. 47(1), 13-25
- Gil-Monte, P. R. & Cardona, S. (2008). Calidad de vida laboral. En M. A. Carrión, F. López y J. Tous (Dir.), *Promoción de la salud ocupacional* (pp. 75-101). Barcelona: AEPa.
- González, R., Hidalgo, G., Salazar, J. G. & Preciado, M. L. (2010). Elaboración y validación del instrumento para medir calidad de vida en el trabajo "CVT-GOHISALO". *Ciencia & Trabajo*. Año 12, No. 36, 332-340.
- Gragard, I., Fleet, R., Etienne, A. M., Archambault, P., Légaré, F., Chauny, J. M., Lévesque, J. F., Ouimet, M., Poitras, J. & Dupuis, G. (2015). Quality of work life or rural emergency department nurses and physicians: a pilot study. *BioMed Central (BMC) Research*. 8,(116): 1-9.
- Hair, J., Anderson, R.E., Tatham, R. & Black, W. C. (2005), *Análisis multivariante* (5ª. ed.). España: Pearson Prentice Hall.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2008). *Multivariate data analysis* (6ª. ed.). USA: Pearson.
- Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). (2002). Coordinación de Salud y Regulación Sanitaria. Dirección de Servicios de Salud. Comité Institucional de Certificación en Cobertura Universal. Lineamientos de Operación par el Técnico en Atención Primaria a la Salud. México: ISEM.
- Johnsrud, L. K. (2002). Measuring the quality of faculty and administrative worklife: implications for College and University Campuses. *Research in Higher Education*. Vol. 43, No. 3, 379-395.
- Jöreskog, K.G. & Sörbom, D. (1993). LISREL 8: User's referene guide. Chicago:Scientific Software.
- Kenny, D.A., Kaniskan, B. & McCoach, B.D. (2015). The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological methods & Research*. Vol. 44, No. 3, 486-507.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002), *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ª ed.). México: McGraw Hill Interamericana.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. USA: The Guilford Press.
- Kopelman, R. E., Brief, A. & Guzzo, R. (1990). The role of climate and culture in productivity. *Organizational climate and culture*. USA: Jossey-Bass Publishers.
- Lineamientos de operación del técnico en atención primaria a la salud (TAPS) y cuidadores de la salud (CS). (2010). Poder Ejecutivo del Estado. Secretaría de Salud. Gaceta del Gobierno. Periódico Oficial del Gobierno Libre y Soberano del Estado de México. Tomo CLXXXIX, A.202/3/001/02, martes 15 de junio de 2010.
- Littlewood, H. F. & Bernal, E. R. (2014). *Mi primer modelamiento de ecuaciones estructurales Lisrel* (2ª. ed.). Colombia: CINCEL.
- Miles, J. & Shevlin, M. (2005). *Applying regression & correlation. A guide for students and researchers*. London: SAGE.
- Milkovich, G. T. & Boudreau, W. (1994) *Dirección y administración de recursos humanos. Un enfoque de estrategia*. México: McGraw Hill.
- Muchinsky, P. (2002). *Psicología aplicada al trabajo* (6ª. ed.). México: Thomson.
- Nunnally, J. C. (2009), *Teoría psicométrica*, Trillas, México.

- Nussbaum, M. C. & Sen, A. (compiladores) (1996). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica. Observatorio de la Calidad de Vida Cotidiana de Sodexho Alliance. La calidad de vida en el trabajo. Febrero 2010. Recuperado de: <http://www.qualityoflifeobserver.com/>
- Opollo, J. G., Gray, J. & Spies, L. A. (2014). Work-related quality of life of Ugandan healthcare workers. *International Nursing Review*. 61, 116-123.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2008). "Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Washington, D.C.
- Peiró, J. M. & Prieto, F. (2007). *Tratado de psicología del trabajo. Actividad laboral en su contexto*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Programa de Desarrollo Integral de Atención Primaria a la Salud (PRODIAPS). (1985). Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de México. Toluca: Gobierno del Estado de México.
- Programa Sectorial de Salud. *Secretaría de Salud*. Recuperado de http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html
- Proyecto DFID Colombia. Calidad de vida en el trabajo. El Molino [Revista electrónica], No. 9. Disponible en <http://www.proyectodfidcolombia.org/molino/9/calidad.htm>
- Scanlon, T. (2002). El valor, el deseo y la calidad de vida. *La calidad de vida*. Martha Nussbaum y Amartya Sen (comp.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Sheel, S., Sindhwani, B.K., Goel, S. & Pathak, S. (2012). Quality of work life, employee performance and career growth opportunities: a literature review. *International Journal of Multidisciplinary Research*. 2(2), 291-300.
- Tarling, R. (2009). *Statistical modelling for social researchers. Principles and practice*. New York: Routledge.
- Toro, F. (2009). *Clima organizacional. Una aproximación a su dinámica en la empresa latinoamericana*. Colombia: CINCEL.
- Turcotte, P. R. *Calidad de vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad*. Mexico: Trillas
- UNICEF (s/f). Atención primaria a la salud: a 30 años de alma Ata. Recuperado de: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-Panel-2.2-ESP.pdf>
- Van Laar, D., Edwards, J. A. & Easton, S. (2007). The word-related quality of life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*. 60(3), 325-333
- Werther, W. & Davis, K. (2008). *Administración de recursos humanos. El capital de las empresas* (6ª. ed.). México: McGraw Hill.
- Zula, K. & Chermack, T. J. (2008). Development and initial validation of an instrument for human capital planning. *Human Resource Development Quarterly*, 19 (1), 8-30.

ANEXO

Diagnóstico organizacional

No escribas tu nombre. Tus respuestas son confidenciales y quedarán en el anonimato.

A continuación encontrarás una serie de enunciados que se relacionan con tu trabajo diario. Solicitamos tu opinión sincera. No hay respuestas buenas o malas; todas son valiosas, pues se refiere a tu opinión y percepción. Responde tan rápido como sea posible después de leer cuidadosamente cada enunciado. Debes contestar colocando un círculo sobre el número de tu elección (1, 2, 3, 4 o 5), según la siguiente escala.

1	Totalmente en desacuerdo	2	En desacuerdo	3	Indeciso, ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	De acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
---	--------------------------	---	---------------	---	--	---	------------	---	-----------------------

VAR09	Considero oportuna y de calidad la capacitación recibida.	1	2	3	4	5
VAR31	Me siento deprimido al final del día de trabajo.	1	2	3	4	5
VAR33	Me siento orgulloso de mis habilidades y capacidades.	1	2	3	4	5
VAR36	Puedo ejercer libremente mi capacidad de organizar, administrar y tomar decisiones en mi lugar de trabajo.	1	2	3	4	5
VAR42	Mi jefe me da libertad para hacer las cosas como creo más conveniente.	1	2	3	4	5
VAR43	Tengo una actitud positiva para adquirir nuevos conocimientos y perfeccionar los que ya poseo.	1	2	3	4	5
VAR65	Estoy muy satisfecho con la retribución económica que recibo por realizar mi trabajo.	1	2	3	4	5
VAR78	Cuento con apoyo de la organización para continuar con mi formación.	1	2	3	4	5
VAR83	Percibo que la organización busca mi bienestar personal.	1	2	3	4	5
VAR84	Me siento emocionalmente cansado en mi trabajo.	1	2	3	4	5
VAR88	Percibo que la institución se preocupa por la calidad de vida de su personal.	1	2	3	4	5
VAR90	Me siento fatigado cuando me levanto en las mañanas a enfrentar otro día de trabajo.	1	2	3	4	5
VAR94	Percibo una gran seguridad laboral.	1	2	3	4	5

Contesta colocando una X sobre los números de la columna derecha,

Sexo	1___ femenino.	2___ masculino.
Edad	1___ menos de 20 años. 2___ entre 21 y 25 años. 3___ entre 26 y 30 años. 4___ entre 31 y 35 años.	5___ entre 36 y 40 años. 6___ entre 41 y 45 años. 7___ entre 46 y 50 años. 8___ más de 50 años.
Estado civil	1___ soltero(a). 2___ casado(a).	3___ divorciado(a). 4___ otro.
Nivel máximo de estudios	1___ primaria. 2___ secundaria o equivalente (comercio). 3___ preparatoria o equivalente. 4___ carrera trunca. 5___ profesional. 6___ estudios de posgrado.	
Antigüedad en la organización	1___ menos de 1 año. 2___ entre 1 y 5 años. 3___ entre 6 y 10 años.	4___ entre 11 y 15 años. 5___ entre 16 y 20 años. 6___ más de 20 años.

¡Muchas gracias por tu participación!

Por favor revisa que hayas respondido todo el cuestionario.