



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2026,  
Volumen 10, Número 2.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i2](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2)

## **GESTIÓN EN SALUD Y BURNOUT: PREVALENCIA EN EL PERSONAL SANITARIO DE LATINOAMÉRICA**

**HEALTH MANAGEMENT AND BURNOUT: PREVALENCE  
AMONG HEALTHCARE PERSONNEL IN LATIN AMERICA**

**Luis Fernando de la Cruz Avendaño**

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco – México

**Krystell Paola González Gutiérrez**

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco - México

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i2.23563](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2.23563)

## Gestión en salud y burnout: Prevalencia en el personal sanitario de Latinoamérica

**Luis Fernando de la Cruz Avendaño<sup>1</sup>**[Luisdelacruz733@gmail.com](mailto:Luisdelacruz733@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0001-7949-6381>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
México**Krystell Paola González Gutiérrez**[krystell.gonzalez@ujat.mx](mailto:krystell.gonzalez@ujat.mx)<https://orcid.org/0000-0002-9438-4855>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
México

### RESUMEN

El síndrome de burnout es una de las principales amenazas para la salud mental del personal sanitario en América Latina, con efectos que pueden extenderse más allá del individuo y comprometer la calidad de la atención médica. Este artículo describe la incidencia y prevalencia del síndrome de burnout, los factores de riesgo sociodemográficos del síndrome y su relación con los problemas de gestión en los sistemas de salud en diferentes países de América Latina durante el período 2000-2026, mediante una revisión narrativa de la literatura. Los métodos de búsqueda se centraron en estudios empíricos, revisiones sistemáticas y tesis académicas publicadas en bases de datos como PubMed, SciELO y repositorios institucionales universitarios. El análisis se dividió en tres períodos históricos: Pre-Digital [2000-2010], Transición y Sobrecarga [2011-2019], y Crisis Post-Pandémica [2020-2026]. Sin embargo, las prevalencias varían según el país, la profesión y la especialidad, siendo Argentina el país más afectado (14,4%), seguido por la medicina de emergencia (17%). Las variables sociodemográficas (género, horario de trabajo y tipo de contrato) interactúan con las debilidades estructurales de gestión (fragmentación institucional, déficits de financiamiento y escasez de recursos), lo que crea un caso de vulnerabilidad diferenciado según el contexto nacional. Se concluye que el burnout médico en la región es un desafío inseparable de la crisis de la gestión de la salud y requiere respuestas institucionales sostenidas y culturalmente situadas.

**Palabras clave:** Síndrome de burnout; personal sanitario, factores sociodemográficos, gestión sanitaria, Latinoamérica

---

<sup>1</sup> Autor Principal

Correspondencia: [krystell.gonzalez@ujat.mx](mailto:krystell.gonzalez@ujat.mx)

# Health management and burnout: Prevalence among healthcare personnel in Latin America

## ABSTRACT

Burnout syndrome is a major threat to the mental health of healthcare personnel in Latin America, affecting both individual well-being and quality of care. This study examines the prevalence of burnout, associated sociodemographic risk factors, and their relationship with healthcare system management deficiencies across the region from 2000 to 2026 through a narrative literature review. The methodological approach included the analysis of empirical studies, systematic reviews, and academic theses retrieved from databases such as PubMed, SciELO, and institutional repositories. The analysis was structured into three periods: pre-digital (2000–2010), transition and overload (2011–2019), and post-pandemic crisis (2020–2026). Findings indicate variability in prevalence by country, profession, and specialty, with Argentina reporting the highest rate (14.4%) and emergency medicine as the most affected specialty (17%). Sociodemographic factors—including gender, working hours, and contract type—interact with structural deficiencies such as institutional fragmentation, limited funding, and resource scarcity, generating context-specific patterns of vulnerability. Burnout in Latin American healthcare systems is therefore not an isolated individual condition but a structural phenomenon linked to systemic management challenges, requiring sustained and context-sensitive institutional responses.

**Keywords:** burnout syndrome, healthcare personnel, sociodemographic factors, health management, Latin America

*Artículo recibido 28 febrero 2026  
Aceptado para publicación: 28 marzo 2026*



## INTRODUCCIÓN

Cada turno de noche, cada consulta atendida, cada paciente acompañado en sus momentos más vulnerables está detrás de una persona que tiene sus límites. Los trabajadores de la salud en América Latina trabajan bajo condiciones diarias a las que pocas profesiones están acostumbradas: los hospitales carecen de recursos; los turnos se extienden más allá de los límites razonables; y no hay más que la demanda de atención sin descanso. Y cuando esa carga se vuelve inmanejable, surge el síndrome de burnout, una reacción silenciosa que golpea duramente al que lo sufre, pero lleva el peso, afectando a cada paciente que depende de su cuidado.

Fueron Maslach y Jackson (1981) quienes ayudaron a nombrar lo que tantos trabajadores de la salud experimentaban sin la terminología para describirlo: el burnout, un síndrome tridimensional que incluye agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Olivares, 2017). No es malo, ni es malo para ti en una mala semana; es un fenómeno lento y prolongado, que Apiquian (2007) describió como que puede incluir síntomas de dolores de cabeza, insomnio, soledad, depresión crónica y en casos severos incluso pensamientos suicidas. Los resultados no se limitan a un solo individuo: el burnout aumenta la probabilidad de errores médicos, reduce la calidad de la atención y genera un mayor costo organizacional que no es completamente absorbido por los sistemas de salud latinoamericanos (Loya-Murguía et al., 2018).

Pero el burnout tampoco ocurre en el vacío. Sucede en sistemas de salud que, en gran parte de América Latina, han estado trabajando durante mucho tiempo bajo una fractura estructural severa. La gestión de la salud pública en la región ha estado tradicionalmente marcada por procesos de planificación, organización y control poco desarrollados, y la administración no ha respondido a las complejas necesidades de salud de poblaciones cada vez más grandes y diversas (Comes et al., 2012). A esto se suman la fragmentación institucional, la falta de financiamiento, la falta de cobertura y las políticas ineficaces, que no son necesariamente un problema para el paciente, sino para el proveedor de atención médica que debe trabajar en un entorno donde los recursos nunca son suficientes y las políticas son ineficaces si no provienen de individuos que entienden el entorno hospitalario. Un médico o enfermero de un hospital público latinoamericano no solo lleva el peso emocional de su profesión; también enfrenta equipos inadecuados, registros desordenados, turnos que nadie más puede cubrir y un abismo entre lo



que estudiaron para hacer y lo que el sistema les permite hacer. Es un problema estructural, no una cuestión de actitud o vocación.

Los datos epidemiológicos apuntan a lo que es claro: no es algo menor. Un estudio transversal que incluyó a 11,530 trabajadores de la salud iberoamericanos encontró que la tasa de prevalencia del síndrome de burnout utilizando el Inventario de Maslach (MBI) varía del 2.5% en El Salvador al 14.4% en Argentina, con Colombia (7.9%), Uruguay (5.9%), Perú (4.3%) y México (4.2%) en posiciones intermedias, según los datos. La medicina tuvo la mayor prevalencia (12.1%) seguida de la enfermería (7.2%) y por profesión; emergencia (17%), medicina interna (15.5%) y ortopedia (14.5%) fueron reportadas como las más altas por especialidad (Loya-Murguía et al., 2018).

Detrás de cada porcentaje hay una persona que fue a trabajar para sanar a otros y terminó necesitando ayuda ella misma. Sin embargo, estos números no cuentan toda la historia. Detrás de las cifras hay variables sociodemográficas que modulan quién se enferma más y por qué. Alvarado Begazo (2023), en una revisión del estrés laboral en trabajadores de la salud latinoamericanos durante la pandemia, encontró que las mujeres son el grupo más desfavorecido, y enfatizó que el género y las fuerzas sociales contribuyen al efecto multiplicador del agotamiento profesional. Regionalmente, la información es igualmente reveladora: Venezuela reportó la mayor prevalencia de estrés laboral (63%), seguida de Ecuador (54%) y Panamá (49%), mientras que en México la pandemia no creó el problema, sino que lo agravó, exacerbando problemas que ya existían antes de la crisis de salud (Alvarado Begazo, 2023). Este elemento sociodemográfico también está conectado con las condiciones sistémicas: la escasez de suministros hospitalarios en América Latina, la necesidad de atención médica especializada y la carga de trabajo no es un fenómeno aislado sino el resultado acumulativo de una mala gestión a lo largo de los años, que la pandemia hizo imposible de ignorar (Alvarado Begazo, 2023).

Este documento presenta una revisión narrativa de la literatura a lo largo de 26 años de evidencia, desde 2000 hasta 2026, en tres fases separadas; estas no son meras divisiones cronológicas, sino capítulos en la misma narrativa. El Período Pre-Digital (2000 – 2010) relata la historia de un sistema de salud analógico, caracterizado por un aumento gradual del burnout, provocado por recursos insuficientes y turnos interminables. El Período de Transición y Sobrecarga (2011-2019) demuestra cómo la digitalización no alivió la carga, sino que la cambió: los registros electrónicos y el aumento prolongado



de la demanda de atención redefinieron el agotamiento. Y el Período de Crisis Post-Pandemia (2020-2026) registra ese momento de colapso: el miedo al contagio, el trauma del duelo profesional generalizado y la devastación psicológica del COVID-19 llevaron el burnout a niveles que la región nunca había experimentado. Reconocer ese viaje es el primer paso para no volver a recorrerlo.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión narrativa de la literatura y un diseño metodológico para el estudio actual, lo que permitió la integración, análisis e interpretación del conocimiento acumulado sobre un fenómeno, obtenido de diferentes fuentes, sin la restricción del protocolo de inclusión o exclusión típico del formato de revisión sistemática en el estudio. Este método es apropiado debido al carácter histórico y multidimensional del objeto de interés, lo que requiere una interpretación contextualizada de la evidencia a lo largo de 26 años.

Los trabajadores de la salud se enfrentan a la multitarea y a factores de riesgo psicosocial en sus vidas laborales que influyen negativamente en la salud mental; la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define el estrés laboral como un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas, psicológicas y conductuales a una demanda profesional que supera el conocimiento o las habilidades del trabajador y es la causa subyacente del síndrome de burnout, justificando una revisión sistemática de su desarrollo y evolución en el contexto latinoamericano.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, SciELO, Redalyc y Dialnet, así como en los repositorios de las universidades de la región. Los descriptores utilizados fueron: "síndrome de burnout", "personal de salud", "América Latina", "factores sociodemográficos", "gestión de la salud", "estrés laboral" y "COVID-19", tanto en español como en inglés. Se incluyeron estudios empíricos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y tesis académicas publicadas entre 2000 y 2026 que se centraron en las poblaciones de médicos, enfermeras y técnicos de salud en países latinoamericanos. Entre los instrumentos de medición más frecuentemente reportados en estos estudios se encuentran el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), el Inventario de Wolfgang para profesionales de la salud y el PHQ-15 (Cuestionario de Salud del Paciente), todos utilizados para medir manifestaciones psicósomáticas asociadas al estrés (Palacios et al., 2021; Montalbán et al., 2010). Además, se excluyeron estudios realizados exclusivamente en contextos europeos o norteamericanos y sin un entorno comparativo



regional, o aquellos que no utilizaron instrumentos validados.

El análisis de los datos seleccionados se realizó en dos ejes transversales: (a) la prevalencia del síndrome de burnout y sus correlatos (es decir, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) por país, profesión, especialidad y variables sociodemográficas; y (b) la relación entre las condiciones de gestión de los sistemas de salud latinoamericanos, la fragmentación institucional, los déficits de financiación, la escasez de recursos y la sobrecarga asistencial, y el aumento o deterioro del burnout entre el personal de salud. La responsabilidad de brindar atención de calidad genera niveles elevados de estrés, que se ven exacerbados por el contacto directo con los pacientes, la necesidad de actualizarse con frecuencia y la reticencia a cometer errores, lo que convierte al personal de salud en un grupo particularmente vulnerable (Gómez y Álvarez, 2021).

A nivel regional, Mejía et al. (2019) encontraron que, en promedio, el 42,5% del personal de salud en América Latina experimenta estrés laboral severo, con Venezuela encabezando la lista (63%), seguida de Panamá (49%), Honduras (34%), Perú (29%) y Colombia (26%), lo que ilustra cómo las fallas en la gestión de la salud repercuten en el deterioro del bienestar de los trabajadores de la salud. La evidencia se enmarca en tres períodos históricos que demuestran cambios significativos tanto en los sistemas de salud como en las condiciones laborales del personal de salud en la región:

### **Período Pre-Digital (2000-2010)**

Durante ese período, la investigación sobre el burnout en América Latina era muy incipiente y fragmentada. Díaz y Gómez (2016) revisaron 89 estudios publicados en 12 países de América Latina entre 2000 y 2010 y encontraron que la mayoría de los estudios examinaban la presencia o ausencia de este síndrome en ciertas profesiones, pero no utilizaban modelos conceptuales regionales. Los sistemas de salud presentaban características análogas: sistemas físicos e informáticos, sistemas interinstitucionales limitados para compartir información y una insuficiencia tanto de materiales como de personal.

El estrés en el hospital afectaba la calidad del trabajo, la eficiencia y la productividad, lo que contribuía a la baja satisfacción del personal y de los pacientes (Ezenwaji et al., 2019). Los efectos del burnout en este contexto se relacionaban de manera más notable con largas jornadas laborales, suministros básicos inadecuados e inseguridad en la infraestructura hospitalaria en general, en particular en el sector público



(Loya-Murguía et al., 2018). Los primeros informes del personal de salud latinoamericano datan de 2006, cuando Curiel-García reportó prevalencias de despersonalización del 43,2% y de agotamiento emocional del 41,1% entre médicos y enfermeras del IMSS e ISSSTE en México, lo cual constituía información significativa para evaluar la magnitud del problema en la región.

### **Período de Transición y Sobrecarga (2011-2019)**

Esta fase se caracterizó por dos procesos concurrentes que reconfiguraron las fuentes de agotamiento profesional: la digitalización gradual de los sistemas de salud y el aumento continuo de la demanda asistencial. La implementación de registros electrónicos también ha aumentado la carga administrativa del personal médico; esto ha provocado agotamiento por el tiempo excesivo frente a la pantalla, lo cual es perjudicial para la atención directa de los pacientes. En esta era, la experiencia de angustia emocional entre médicos y enfermeras se hizo evidente como resultado de horarios pesados, condiciones laborales poco amigables, el trato por parte de supervisores o pacientes y la sensación de responsabilidad vinculada a las vidas de otros (Gómez & Álvarez, 2021; Suárez et al., 2020; Martin et al., 2022).

El burnout fue reconocido como una enfermedad ocupacional en Colombia, lo que ilustra el retraso regulatorio en la región respecto al burnout, que solo se reconoció en 2014 (Foronda et al., 2021). Las revisiones sistemáticas de este período, como el estudio de Loya-Murguía et al. publicado, por ejemplo, en 2018, encontraron prevalencias generalizadas en general, con médicos de emergencia, medicina interna y ortopedia representando las tasas más altas de casos, donde la mala gestión hospitalaria actuaba como un amplificador de riesgo.

### **Período de Crisis Post-Pandemia (2020-2026)**

La pandemia de COVID-19 fue el colapso de un sistema ya profundamente afectado por décadas de fragilidad estructural. El estrés tiene implicaciones mentales y físicas, con efectos en el rendimiento laboral y la calidad de la prestación de servicios; mientras los factores de estrés y sus formas psicosomáticas no se superen, no está disponible para los recursos humanos ofrecer una atención adecuada (Lucero et al., 2021). En América Latina, la velocidad de propagación del contagio, la escasez de hospitales y la carga de trabajo excesiva elevaron las cifras de trastornos psiquiátricos a máximos históricos (Caldichoury-Obando et al., 2024). Un estudio multicéntrico de 5.437 profesionales de la salud en 6 países de América Latina encontró que el 59,8% experimentó burnout, con Argentina



(44,3%), Chile (43,1%) y Ecuador (42,1%) en las primeras posiciones, siendo las mujeres, el personal joven y los empleados del sector público los grupos más en riesgo (Caldichoury-Obando et al., 2024). Estos datos demuestran cómo el bienestar de los profesionales de la salud influye en la calidad de la atención ofrecida a los pacientes, y que el burnout debe considerarse una prioridad no solo a nivel individual sino también dentro del hospital y en los marcos de políticas.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

La síntesis de la literatura permitió identificar la prevalencia común del síndrome de burnout, sus factores sociodemográficos relacionados, la gestión sanitaria como variable estructural entre el personal sanitario de América Latina durante el período 2000-2026. Los resultados se presentan basados en los tres períodos históricos señalados por la metodología.

Era Pre-Digital (2000-2010): primeros signos de un problema no visto. La primera década del siglo XXI no había visto mucha investigación sobre el burnout en América Latina, siendo limitada, fragmentada y sin marcos teóricos regionalizados. Díaz y Gómez (2016) observaron en su revisión de 89 estudios realizados en 12 naciones latinoamericanas de 2000 a 2010, que la mayoría de los estudios se centraron en la existencia o no del síndrome en campos específicos, y que la mayoría de la investigación no consideró los determinantes estructurales, ni las especificidades de los sistemas de salud locales. El principal instrumento empleado en el mismo período fue el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) utilizado principalmente en muestras de médicos y enfermeras del sector público.

Sin embargo, los primeros datos epidemiológicos relevantes de la región provinieron de México. En 2006, Curiel-García informó sobre la alta despersonalización (43.2%) y el agotamiento emocional (41.1%) en el personal médico y de enfermería del IMSS e ISSSTE con respecto a la escala del problema, ya que estos eran indicadores de alta demanda de atención y mínimo esfuerzo institucional. Los entornos laborales que más promovieron el burnout fueron las largas jornadas laborales, los sistemas hospitalarios inestables y una extrema escasez de suministros básicos, particularmente en el sector público durante este tiempo (Loya-Murguía et al., 2018). El bajo logro personal, tercera dimensión del síndrome, fue el menos investigado en este momento, representando un resultado de un sesgo de medición que subestimó la verdadera escala del problema.

Sociológicamente, los profesionales más jóvenes eran particularmente sensibles al fenómeno del



agotamiento emocional; los estudios de este período mostraron que estas personas carecían de experiencia laboral y estaban al inicio de sus carreras. El género comenzó a entrar en escena como un factor aunque con menos peso empírico; estos fueron mencionados más adelante con mayor detalle. La mala gestión sanitaria, como se vio en la ausencia de políticas de bienestar laboral y la ausencia de institucionalización del burnout como un riesgo ocupacional, se convirtió en un telón de fondo silencioso para todos los demás factores de riesgo.

Período de Transición y Sobrecarga (2011-2019): el burnout se vuelve medible, localizado. Esta era fue un punto de inflexión en la producción científica sobre el burnout en el área. La digitalización parcial de los sistemas de salud, el aumento continuo de la demanda de atención y la mayor disponibilidad de bases de datos académicas significaron que hubo una rápida expansión de la evidencia empírica. La revisión sistemática de Loya-Murguía et al. (2018) (la síntesis más completa del período), analizó estudios en varios países de América Latina y concluyó que la prevalencia general del síndrome estaba entre el 2.5% (El Salvador) y el 14.4% (Argentina), con Colombia (7.9%), Uruguay (5.9%), Perú (4.3%) y México (4.2%) en posiciones intermedias. Por ocupación, era más común en medicina, con tasas del 12.1%, y en enfermería con un 7.2%. Por especialidad, emergencias (17%), medicina interna (15.5%) y ortopedia (14.5%) reportaron las tasas más altas. Berrío García et al. (2018) señalaron en su revisión documental de la investigación en América Latina entre 2010 y 2018, que el burnout para los trabajadores de la salud en el área estaba asociado con las condiciones institucionales: los regímenes de trabajo rígidos, el respaldo organizacional, la escasez de suministros y el vínculo de atención entre trabajador y cuidador, donde el sistema no siempre era seguro.

Los autores también informaron que el agotamiento en Colombia no fue registrado como una enfermedad ocupacional hasta 2014, lo que apunta a un retraso regulatorio regional sobre el fenómeno. Se observó generalmente que los fallos organizacionales eran el principal factor precipitante del agotamiento crónico en México, Chile, Perú y Ecuador; más allá de la naturaleza de los trabajos clínicos. Se presentó una base de evidencia combinada sobre la influencia del género en este período con respecto a las condiciones sociodemográficas: las mujeres reportaron más agotamiento emocional, asociado con una doble carga de cuidado y obligaciones domésticas en contextos latinoamericanos. El tipo de contrato también representó una variable clave: los trabajadores con contratos temporales o freelance reportaron



más agotamiento que los trabajadores que tienen estabilidad laboral. Mejía et al. (2019) encontraron que el 42.5% de los trabajadores de la salud en América Latina reportaron estrés laboral severo durante este período, siendo Venezuela el primero (63%), Ecuador (54%), Panamá (49%), Honduras (34%), Perú (29%) y Colombia (26%).

### 3.3 Período de Crisis Post-Pandémica (2020-2026): colapso de un sistema ya frágil

La pandemia de COVID-19 no creó el problema de agotamiento para el personal de salud latinoamericano, pero lo llevó a niveles sin precedentes.

El colapso institucional, la aguda falta de provisiones, la profunda desesperación psicológica de las enfermeras y el miedo prolongado a la propagación de enfermedades llevaron el síndrome a cada rostro y especialización en el cuidado de la salud en el sur. Caldichoury-Obando et al. (2024), el 59.8% de la población encuestada experimentó agotamiento en un estudio multicéntrico con 5,437 profesionales de la salud de seis países latinoamericanos. Los países con mayor prevalencia fueron Argentina (44.3%), Chile (43.1%) y Ecuador (42.1%). Los grupos de mayor riesgo fueron mujeres, jóvenes profesionales y personal del sector público y, por lo tanto, una combinación de la vulnerabilidad sociodemográfica y el riesgo institucional fue muy severa. Alvarado Begazo (2023), en su análisis del estrés laboral en los trabajadores de la salud latinoamericanos durante la pandemia, estableció que las mujeres fueron el grupo más afectado, y que las variables sociodemográficas funcionaron, como amplificadores, de los efectos del agotamiento profesional en entornos de crisis. La autora afirmó que el estrés laboral fue más alto en Venezuela, representando el 63%, seguido de Ecuador con el 54% y Panamá con el 49%, y que en México la pandemia no creó el problema, pero causó las peores condiciones.

Lucero et al. (2021) indicaron que mientras no abordemos sistemáticamente las facetas psicosomáticas de los estresores, es imposible tener al personal de salud en un estado óptimo para ofrecer una atención adecuada, convirtiendo el agotamiento de un problema individual a una preocupación de salud pública. El período mostró además que los desafíos de la gestión de la salud, particularmente la fragmentación institucional, los déficits presupuestarios y la falta de políticas de bienestar laboral son una causa estructural clara, no fortuita. Los sistemas de salud que comenzaron la pandemia con una mejor inversión en recursos humanos, protocolos de salud mental y condiciones de trabajo decentes experimentaron menos deterioro del bienestar de su fuerza laboral. Por el contrario, aquellos con más precariedad previa fueron más afectados por los mayores aumentos en las tasas de agotamiento,



depresión y abandono profesional.

Como señalaron Gómez y Álvarez (2021), la responsabilidad inherente y aguda de proporcionar atención de calidad resulta en altos niveles de estrés y estos niveles de estrés se agravan donde el entorno institucional no es capaz de proporcionar los recursos necesarios para cuidar a estas personas con dignidad.

Los resultados acumulados en este estudio respaldan una afirmación clave: el síndrome de burnout entre el personal de salud latinoamericano no es un fenómeno individual o aislado; es el resultado predecible de la interrelación entre vulnerabilidades sociodemográficas específicas y fallas estructurales persistentes en los sistemas de gestión de salud existentes en la región. Esta discusión revisita tres períodos históricos al servicio de interpretar sus implicaciones, destacando patrones transversales y ubicando los resultados dentro de la conversación regional sobre bienestar laboral y política de salud.

La era pre-digital como reflejo de un sistema que hizo la vista gorda ante su propio daño. Los datos de 2000,2010 nos presentaron la paradoja central: que el burnout ya era visible: en 2006, tenía altas tasas de despersonalización (43.2%) y agotamiento emocional (41.1%), como ya lo había reportado Curiel García en México, pero los sistemas de salud en la región no contaban con los regímenes regulatorios, herramientas de monitoreo y voluntad institucional que lo convirtieran en un problema público. La producción científica de este período fue en gran medida descriptiva y fragmentada, mientras que las instituciones decidieron desplegar profesionales y personal sin evidencia suficiente sobre su estado de salud mental (Díaz & Gómez 2016). Esta invisibilidad no fue neutral. La ausencia de políticas de bienestar laboral, horarios de trabajo regulados y protocolos de atención psicoemocional para los trabajadores de la salud durante este tiempo sentó las bases para el declive que se registraría más claramente en las décadas siguientes. Como señalan Loya Murguía et al. (2018), largas jornadas laborales, infraestructura precaria y falta de suministros fueron las condiciones laborales más frecuentemente vinculadas al burnout durante este tiempo, y esas situaciones están al servicio directo de estrategias de gestión de salud que priorizan la cobertura de atención sobre el bienestar de las personas que lo hicieron posible. El burnout no fue una consecuencia incidental: más bien, no fue una sorpresa: es el resultado obvio de un modelo de gestión que veía a los trabajadores de la salud como un recurso inagotable. Sociodemográficamente, es claro a partir de la evidencia disponible de este período que la



juventud y la poca experiencia laboral también funcionaron como factores de riesgo secundarios en un ambiente de hostilidad. Los jóvenes profesionales también tenían menos capital emocional ya acumulado y mayores expectativas respecto a su práctica profesional y se encontraban atrapados entre la vocación por la que ingresaron al sistema y las condiciones bajo las cuales debían desempeñar esa vocación.

Este conflicto, reportado en la literatura como uno de los principales factores precipitantes del agotamiento emocional (Maslach & Jackson, 1981), se vio exacerbado por la falta de contención y apoyo institucional. 4.2 El período de transición: cuando más herramientas no equivalían a menos agotamiento.

El aumento en la investigación durante el período 2011,2019 —junto con la digitalización parcial de los sistemas de salud— podría haber ofrecido un medio para revertir las tendencias observadas en el período anterior. Dicho esto, los datos mostraron que este aumento en la disponibilidad de evidencia no hizo mucho para cambiar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud. Las prevalencias citadas por Loya Murguía et al. (2018) confirman que el burnout persistió como un problema de alta magnitud en toda la región, con diferencias nacionales que reflejan no diferencias debidas a algún tipo de trabajo clínico, sino a diferencias en la calidad de la gestión de salud entre países. El hecho de que Argentina muestre la mayor prevalencia (14.4%) y El Salvador la más baja (2.5%) no sugiere que el trabajo en salud sea naturalmente más agotador en una nación que en otra.

Estas disparidades probablemente indican diferencias en los niveles de inversión en salud y estabilidad de los sistemas de personal de salud y si se emplean o no medidas para prevenir el burnout. Berrío García et al. (2018) son explícitos en este sentido: las fallas organizacionales, más que la naturaleza del trabajo clínico en sí, son la mayor causa de agotamiento crónico en la región. El hecho de que Colombia solo reconociera el burnout como una enfermedad ocupacional en 2014, apenas catorce años después de que se estudiaran los datos, refleja el rezago regulatorio que caracterizó este ciclo en toda América Latina.

Esta era solidificó la evidencia sobre la brecha de género en cuanto a variables sociodemográficas. Las mujeres, que constituyen la mayor parte del personal de enfermería y una parte creciente de la fuerza laboral médica en muchos países latinoamericanos, consistentemente reportaron mayores niveles de agotamiento emocional. El problema no puede atribuirse a una biología o psicología particular: es el resultado de una estructura social que asigna a las mujeres una doble jornada tanto en el trabajo como



en el hogar, en un contexto en el que los sistemas de salud latinoamericanos no han desarrollado políticas de conciliación que consideren esto. El tipo de contrato como variable de riesgo apoya aún más la misma lógica: la inseguridad laboral, un claro reflejo de una gestión de salud que valora la flexibilidad sobre la estabilidad, hizo más vulnerables a grandes segmentos de trabajadores de la salud. Los datos de Mejía et al. (2019) sobre el estrés laboral severo que afecta al 42.5% del personal en la región, con Venezuela al 63%, son la encarnación cuantitativa de este proceso. 4.3 La pandemia como reveladora, no creadora, de la crisis.

El período 2020,2026 constituye el epílogo más doloroso de una historia que ya estaba escrita. Caldichoury Obando et al. (2024), documentando una tasa de agotamiento del 59.8% en una muestra de 5,437 profesionales de seis países latinoamericanos, no representan una ruptura con el pasado sino su culminación. La pandemia de COVID 19 no generó condiciones de vulnerabilidad para los trabajadores de la salud en América Latina; en cambio, las expuso, las aceleró y las impulsó a un punto de inflexión que los sistemas de salud de la región no estaban preparados para enfrentar. Tal análisis es consistente con Alvarado Begazo (2023), quien encontró que la pandemia empeoró las condiciones preexistentes en México, así como que los países con debilidades estructurales preexistentes particularmente fuertes, como Venezuela, Ecuador y Panamá, experimentaron los niveles más elevados de estrés laboral frente a la crisis.

Es un patrón familiar: los países y sistemas de salud con mayor fragilidad institucional que entraron en la pandemia fueron los más vulnerables a la caída en la calidad de vida de sus empleados. No es una coincidencia; su causalidad debe detenerse con la gestión de salud de la región. El alto riesgo entre mujeres, jóvenes profesionales y trabajadores del sector público (Caldichoury Obando et al. (2024)) reafirma que el agotamiento pandémico también fue un fenómeno selectivamente injusto. Aquellos con menos poder de negociación, mayor inestabilidad contractual y exposición a los peores aspectos del sistema fueron los que se vieron atrapados en un precio desproporcionado. Como argumentan Lucero et al. (2021), mientras los factores estresantes y sus manifestaciones psicosomáticas no se aborden sistemáticamente, no habría condiciones viables para que el personal de salud desempeñe sus funciones. El agotamiento, entonces, no es solo un problema de salud ocupacional, es un problema de justicia laboral y de sostenibilidad del sistema de salud como bien público.



La lectura transversal de los tres períodos permite descubrir un patrón que trasciende las especificidades nacionales: los sistemas de salud latinoamericanos han abordado históricamente el agotamiento como un problema individual cuando la evidencia disponible indica consistentemente que puede considerarse un problema organizacional y estructural. Esta escisión entre el diagnóstico científico y la respuesta institucional es uno de los principales obstáculos para hacerlo más efectivo. Comes et al. (2012) han advertido durante mucho tiempo, a raíz de la fragmentación institucional y la falta de financiamiento, sobre la calidad (y por ende el impacto) de la prestación de servicios de salud en la región. Lo que la evidencia revisada en este trabajo añade es que esos mismos fallos de gestión no solo degradan la calidad de la atención al paciente, sino que también destrozan la salud mental de quienes la brindan. La mala gestión de la salud y el agotamiento no son dos caras de la misma moneda; son el anverso y el reverso de la misma moneda. Cuando los sistemas de salud no planifican adecuadamente sus recursos humanos, no aseguran condiciones de trabajo decentes o no desarrollan políticas para prevenir el agotamiento profesional, el agotamiento no es un riesgo posible: es una consecuencia inevitable. El desafío para la región de 2020,2026 en adelante es recuperar no solo el nivel de bienestar anterior a la pandemia, sino también reconocer que ese nivel ya era inadecuado. La respuesta institucional necesaria es el reconocimiento normativo del agotamiento como una enfermedad ocupacional en todos los países de la región, el desarrollo de programas de vigilancia epidemiológica para el bienestar del personal de salud, la creación de condiciones contractuales estables y el diseño de políticas de conciliación que aborden las desigualdades de género documentadas en la literatura. Nada de eso puede suceder a menos que la gestión de la salud trate al trabajador de la salud no como un insumo del sistema, sino como su condición de posibilidad.

**Tabla 1** Prevalencia del síndrome de burnout por país en el personal sanitario latinoamericano (2000–2026)

<b>País</b>	<b>Pandemia (2000– 2019)</b>	<b>Prevalencia pandemia/postpandemia (2020–2026)</b>	<b>Fuente principal</b>
Argentina	14,4%	44,3%	Loya-Murguía et al. (2018); Caldichoury-Obando et al. (2024)
Colombia	7,9%	26,0%	Loya-Murguía et al. (2018); Mejía et al. (2019)
Uruguay	5,9%	No reportado	Loya-Murguía et al. (2018)



Perú	4,3%	29,0%	Loya-Murguía et al. (2018); Mejía et al. (2019)
México	4,2%	No reportado (condiciones preexistentes intensificadas)	Loya-Murguía et al. (2018); Alvarado Begazo (2023)
Ecuador	No reportado	54,0%	Alvarado Begazo (2023)
Chile	No reportado	43,1%	Caldichoury-Obando et al. (2024)
Venezuela	No reportado	63,0%	Mejía et al. (2019); Alvarado Begazo (2023)
Panamá	No reportado	49,0%	Mejía et al. (2019)
Honduras	No reportado	34,0%	Mejía et al. (2019)

**Nota.** Datos compilados a partir de Loya-Murguía et al. (2018), Caldichoury-Obando et al. (2024) y Alvarado Begazo (2023). Los porcentajes del período prepandemia corresponden a las prevalencias del síndrome completo medidas con el Maslach Burnout Inventory (MBI). Los datos del período de pandemia corresponden a estrés laboral severo o burnout activo

**Tabla 2** Prevalencia del síndrome de burnout por profesión y especialidad médica en Latinoamérica (2011–2019)

<b>Categoría</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Prevalencia de burnout</b>
Por profesión	Medicina	12,1%
Por profesión	Enfermería	7,2%
Por especialidad	Urgencias	17,0%
Por especialidad	Medicina interna	15,5%
Por especialidad	Ortopedia	14,5%
Por especialidad	Cirugía general	No especificado
Por especialidad	Anestesiología	No especificado
Rango regional total	Mínimo (El Salvador)	2,5%
Rango regional total	Máximo (Argentina)	14,4%

**Nota.** Datos obtenidos de la revisión sistemática de Loya-Murguía et al. (2018), basada en 11,530 trabajadores de la salud de múltiples países latinoamericanos, con medición mediante el Inventario de Burnout de Maslach (MBI).



**Tabla 3** Factores sociodemográficos asociados al riesgo de burnout en el personal sanitario latinoamericano según período histórico

Factor sociodemográfico	Período pre-digital (2000–2010)	transición (2011–2019)	Período pandemia (2020–2026)	Nivel de riesgo
Género femenino	Emergente	Consolidado	Alto impacto documentado	Alto
Edad joven (< 35 años)	Alto riesgo identificado	Confirmado	Grupo de mayor riesgo	Alto
Contrato temporal/honorarios	No documentado	Factor significativo	Amplificador de riesgo	Alto
Sector público	Implícito	Documentado	Grupo de mayor riesgo	Alto
Poca experiencia laboral	Alto riesgo identificado	Confirmado	No reportado como variable independiente	Medio
Especialidades de alta presión	Emergente	Urgencias, interna, ortopedia	Generalizado a todas las especialidades	Alto

Nota. Elaboración propia a partir de Berrío García et al. (2018), Mejía et al. (2019), Alvarado Begazo (2023) y Caldichoury-Obando et al. (2024). El nivel de riesgo se establece en función de la frecuencia y consistencia con que la variable aparece como factor significativo en los estudios revisados.

**Tabla 4** Fallas de gestión sanitaria en Latinoamérica y su relación con el desarrollo del burnout en el personal de salud

Falla de gestión sanitaria	Manifestación concreta	personal sanitario	Países con mayor evidencia
Fragmentación institucional	Descoordinación entre niveles y duplicación de funciones	Sobrecarga asistencial y agotamiento emocional	México, Colombia, Perú
Déficit de financiamiento	Escasez de insumos, equipos obsoletos e infraestructura precaria	Frustración profesional, baja realización personal y errores clínicos	Venezuela, Ecuador, Honduras
Ausencia de protocolos de bienestar laboral	Sin límites de jornada ni apoyo psicoemocional institucional	Burnout no detectado, deterioro progresivo	Toda la región (2000–2014)
Rezago normativo	No reconocimiento del burnout como enfermedad laboral	Invisibilización del problema y falta de intervención	Colombia (hasta 2014); resto de la región
Precariedad contractual	Contratos temporales y sin prestaciones	Mayor vulnerabilidad al burnout y menor estabilidad laboral	México, Ecuador, Perú
Gestión centralizada sin participación	Decisiones sin consulta al personal operativo	Despersonalización, pérdida de autonomía y desmotivación	Toda la región
Ausencia de políticas de Género	Falta de conciliación laboral y reconocimiento de	Mayor agotamiento emocional en mujeres sanitarias	Toda la región

Nota. Elaboración propia a partir de Comes et al. (2012), Berrío García et al. (2018), Loya-Murguía et al. (2018) y Gómez y Álvarez (2021). La columna de consecuencia en el personal refleja el impacto directo documentado en la literatura revisada. Diversos estudios muestran que factores estructurales como la sobrecarga laboral, el trabajo en el sector público y condiciones organizacionales deficientes que incrementan significativamente el riesgo de burnout en la región.

## CONCLUSIONES

La situación de agotamiento entre los miembros del personal de salud de América Latina en las últimas dos décadas no se explica ni se mitiga fácilmente con solo relatos individuales. Y más allá de los números y las historias individuales, el agotamiento se enmarca no solo como una función de las vulnerabilidades estructurales y organizativas que impregnan los sistemas de salud de la región, sino también como un síntoma de ellas. La presente revisión demuestra que, aunque las variables de riesgo han cambiado con el tiempo conforme a las condiciones nacionales, un denominador común ha sido la falta de acción institucional consistente que priorice el bienestar ocupacional y la salud mental de los trabajadores que mantienen el sistema.

La evidencia acumulada también exige un cambio de enfoque, de la prevención centrada en la responsabilidad individual a políticas públicas que aseguren que el personal de salud sea tratado como un recurso estratégico y no como un recurso renovable. Solo mejorando la gestión, reconociendo normativamente el agotamiento y desarrollando servicios de apoyo psicosocial e incorporando el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, se podrá satisfacer la demanda de que los trabajadores estén sanos y que las poblaciones latinoamericanas se beneficien y preserven el cuidado que reciben. Porque, verás, cuidar de aquellos que nos cuidan es una deuda histórica y un requisito básico para el futuro de la salud en esta región.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado Begazo, Y. O. (2023). *Estrés laboral en el personal de salud en Latinoamérica y su impacto en características sociodemográficas durante la pandemia por COVID-19* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13448>
- Apiquian, G. A. (2007). El síndrome de burnout en las empresas. Presentación en el Tercer Congreso de Escuelas y Facultades de Psicología, UNAM.
- Berrío García, N., Foronda Valencia, D. S., & Ciro Parra, D. G. (2018). Síndrome de burnout en personal de la salud latinoamericano. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 157–181. <https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a07>



- Caldichoury-Obando, N., Ripoll-Córdoba, D., Morales-Asencio, B., Ibáñez-Reyes, S., Flórez, Y., Reyes-Cervantes, C., & López, N. (2024). Burnout en profesionales sanitarios de América Latina durante la pandemia de COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.01.003>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkner, A. (2012). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Salud Pública de México*, 54(3). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-57952012000300009](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952012000300009)
- Díaz, F., & Gómez, I. C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113–131. <http://dx.doi.org/10.14482/psdc.33.1.8065>
- Gómez, C., & Álvarez, L. (2021). Estrés laboral en profesionales de la salud. *Revista de Salud Pública*, 23(1).
- Loya-Murguía, K. M., Valdez-Ramírez, J., Bacardí-Gascón, M., & Jiménez-Cruz, A. (2018). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(1), 40–48. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2060>
- Lucero, M., et al. (2021). Niveles de estrés en personal médico y de enfermería en Riobamba. *Revista Ecuatoriana de Medicina*.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19–32). Taylor & Francis.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133–153.
- Mejía, C., et al. (2019). Estrés laboral en países de Latinoamérica. *Revista Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*.



Olivares, V. E. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 59–63.

Ruiz, F. J., García, E., & López, J. (2022). Impacto del síndrome de burnout en médicos hospitalarios de América Latina: factores asociados y estrategias de prevención. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(2), e202. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.202>

