

CAPÍTULO 26.

Perfil de Burnout en enfermeras del sector público de Lima y Arequipa: Una revisión comparativa con políticas de salud laboral en Chile y Bolivia

Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz
María Emilia Quinto Castillo

RESUMEN

Esta revisión sistemática combinada con análisis comparativo de políticas examinó el perfil de burnout en enfermeras del sector público de Lima y Arequipa, contrastándolo con las estrategias de salud laboral de Chile y Bolivia. Se identificaron 18 estudios peruanos ($n=3,842$) que revelaron una prevalencia pooled de alto burnout emocional del 35%, despersonalización del 28% y baja realización personal del 42%, siendo más alta en Lima. Factores asociados incluyen sobrecarga asistencial, violencia laboral e inseguridad contractual. Chile demuestra ventajas con legislación específica y evaluaciones psicosociales obligatorias, mientras que Bolivia ha incorporado el burnout como enfermedad laboral, pero con limitada implementación. El Perú carece de reconocimiento legal y programas institucionales sistemáticos. Se recomienda reformar la legislación laboral, establecer licencias específicas por estrés y crear unidades de salud mental laboral para reducir el burnout en 10-15% y mejorar la retención del personal enfermero.

Palabras clave: burnout, enfermería, políticas laborales, salud mental, Perú.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout fue reconocido oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11) como un fenómeno vinculado al trabajo que se manifiesta por sentimientos de agotamiento energético, cinismo hacia la ocupación y reducida eficacia profesional (OMS, 2022). En el personal de enfermería, esta respuesta prolongada al estrés crónico adquiere una dimensión clínica y social particular: incrementa el ausentismo, la intención de renuncia y el riesgo de errores de medicación, al tiempo que erosiona la percepción de calidad de los servicios por parte de los usuarios (Dall’Ora et al., 2022). Aunque el burnout afecta a todos los gremios sanitarios, las enfermeras presentan las tasas más altas de prevalencia global (Aiken et al., 2021), situación que se ve agravada en América Latina por la escasez de profesionales y la relación paciente-enfermera más desfavorable del mundo (OPS, 2023).

La Organización Panamericana de la Salud advirtió que la región muestra un déficit de 800 000 enfermeras; en el Perú, la ratio es de 6,3 enfermeras por cada 10 000 habitantes, muy por debajo del mínimo recomendado de 40 (OPS, 2023). Esta insuficiencia, sumada a la precariedad contractual, la violencia laboral y los turnos extensos, ha traducido el burnout en un problema de salud pública que compromete la seguridad del paciente y eleva los costos económicos del sistema entre 1,5 % y 3 % del gasto hospitalario anual por concepto de reingresos evitables y prolongación de estancias (Caruso et al., 2022).

En el Perú, el sector público de salud está fragmentado en el Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud y los Gobiernos Regionales, lo que genera heterogeneidad en condiciones laborales. Lima, como capital, concentra hospitales de alta complejidad y 70 % del personal de enfermería; Arequipa, segunda ciudad del país, posee una red pública menor, pero con demanda creciente derivada de la

migración interna y el turismo médico (INEI, 2023). A pesar de la carga asistencial, el burnout no figura en el cuadro de enfermedades profesionales peruano y la evaluación de riesgos psicosociales es voluntaria, regida por una resolución ministerial débilmente fiscalizada (Ministerio de Salud, 2017). Esta ausencia normativa contrasta con experiencias regionales recientes. Chile reformó en 2017 su Ley 16 744 para reconocer el estrés laboral como riesgo profesional, obligando a evaluaciones bianuales y otorgando licencias de hasta seis meses (Superintendencia de Seguridad Social de Chile, 2022). Bolivia, por su parte, promulgó el Decreto Supremo 3891 en 2022, que incorpora el burnout en el cuadro de enfermedades laborales y destina recursos específicos a unidades de salud mental laboral, aunque aún enfrenta dificultades de implementación por la falta de reglamentación secundaria (Estado Plurinacional de Bolivia, 2022).

No se ha identificado una revisión que integre la evidencia epidemiológica del burnout en enfermeras del sector público de Lima y Arequipa con un análisis comparado de las políticas de Chile y Bolivia. Llenar este vacío es relevante para orientar intervenciones basadas en evidencia y reformas regulatorias que mejoren las condiciones laborales y la calidad de la atención. Por ello, el objetivo general de este trabajo es describir el perfil de burnout en enfermeras del sector público de Lima y Arequipa y contrastar el marco de salud laboral con las experiencias de Chile y Bolivia. Los objetivos específicos son: a) estimar las prevalencias y dimensiones del burnout; b) identificar factores asociados individuales, laborales y organizacionales; c) analizar y comparar normativas, programas y mecanismos de fiscalización en los tres países; y d) proponer recomendaciones de política para el contexto peruano.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura combinada con un análisis comparativo de políticas, siguiendo los lineamientos del PRISMA 2020 (Page et al., 2021) y la guía SPAR-4-SLR para documentos normativos (Rathbone et al., 2017). La pregunta se estructuró con el formato PI[E]COS: Población, enfermeras (licenciadas y técnicas) del sector público; Exposición, condiciones laborales y burnout; Comparación, marcos legales de Chile y Bolivia; Resultados, prevalencia y dimensiones del burnout, factores asociados y elementos de las políticas; Contexto geográfico, Lima y Arequipa (Perú).

Estrategia de búsqueda

Se exploraron cinco bases biomédicas (PubMed, Scopus, Web of Science, LILACS y CINAHL) y tres repositorios de ciencias sociales (ProQuest, SciELO y Redalyc) desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de marzo de 2024. La cadencia para PubMed fue: ("burnout, professional"[MeSH] OR burnout* OR "professional fatigue") AND (nurs* OR "nursing staff") AND (Peru OR Peruvian) AND (Lima OR Arequipa). Equivalentes adaptados se emplearon en el resto de bases con descriptores controlados y truncamiento. Además, se rastreó Google Scholar, diarios oficiales, portales de Ministerios de Salud, Superintendencias y bibliotecas del Congreso de Chile y Bolivia. La búsqueda manual incluyó referencias cruzadas y consulta a tres expertos nacionales (método snowball).

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios observacionales descriptivos, analíticos o cualitativos que emplearan el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) o versiones validadas en español, con muestras ≥ 50 enfermeras que trabajaran en instituciones públicas de Lima o Arequipa. Se excluyeron intervenciones sin línea base, estudiantes, médicos y otros profesionales

sanitarios. Respecto a las políticas, se consideraron leyes, decretos supremos, reglamentos, planes nacionales y guías técnicas vigentes hasta 2024 en Chile y Bolivia que abordaran riesgos psicosociales o burnout en personal de enfermería. No se restringió idioma más allá de español, inglés o portugués.

Selección y extracción

Dos revisores (A.L. y C.M.) examinaron títulos, resúmenes y textos completos en forma independiente; un tercer revisor (R.P.) dirimió desacuerdos. La gestión de referencias se realizó con Zotero 6.0 y Rayyan QCRI. Se diseñó un formulario en Excel que recogió: autor(es), año, diseño, tamaño muestral, ciudad, instrumento, puntuaciones del MBI, prevalencias con intervalos de confianza del 95 %, factores asociados (OR, β) y ajustes estadísticos. Para documentos normativos se registró país, tipo de norma, año, cobertura, ente fiscalizador, presupuesto asignado y mecanismos de participación social.

Evaluación de calidad

Los estudios cuantitativos se valoraron con la escala Newcastle-Ottawa adaptada para encuestas transversales (Wells et al., 2021) y los cualitativos con la lista de verificación CASP (Critical Appraisal Skills Programme, 2018). Las políticas fueron analizadas con el Health Policy Analysis Triangle de Walt y Gilson (1994), que examina contexto, actores, procesos y contenido. Solo estudios de calidad moderada-alta (≥ 5 puntos en Newcastle-Ottawa o cumplimiento de ≥ 7 ítems CASP) se integraron a la síntesis cuantitativa.

Análisis estadístico y de políticas

Se realizó un meta-análisis de proporciones con modelo de efectos aleatorios (DerSimonian-Laird) mediante el software R 4.3.0 y el paquete metafor cuando se identificaron ≥ 3 estudios homogéneos (Higgins et al., 2022). Se exploró la heterogeneidad con I^2 y se ejecutaron análisis de subgrupos pre-especificados (Lima vs. Arequipa; hospitales de tercer nivel vs. primer nivel). Los factores cualitativos se sintetizaron narrativamente mediante el método de integración temática (Thomas & Harden, 2008). Las políticas se organizaron en una matriz comparativa que cruzó cinco dimensiones: marco legal, institucionalidad, fiscalización, financiamiento y participación social.

Aspectos éticos

Al emplear información secundaria y pública no se solicitó aprobación de comité de ética. El protocolo fue registrado en Open Science Framework (<https://osf.io/9jx2y>) y se garantizó la transparencia de datos mediante la publicación de las matrices de extracción y los scripts de análisis.

RESULTADOS

Del total de 1 347 registros identificados en bases de datos y fuentes manuales, se excluyeron 1 205 por duplicidad, título o resumen no relevante. De los 142 textos completos evaluados, 18 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad y se incorporaron al análisis cualitativo y cuantitativo. Además, se analizaron 12 documentos normativos: siete de Chile y cinco de Bolivia.

Los 18 estudios peruanos incluidos abarcaron a 3 842 enfermeras; 68 % trabajaban en establecimientos de Lima y 32 % en Arequipa. El diseño más frecuente fue el transversal ($n = 13$), seguido de investigaciones mixed-methods ($n = 3$) y estudios cualitativos ($n = 2$). El 54 % del personal provenía de hospitales nacionales o regionales de alta complejidad. Todos los trabajos utilizaron la versión validada del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) o su forma abreviada.

El meta-análisis de 14 estudios que aportaron datos completos del MBI mostró una prevalencia pooled de alto burnout emocional del 35 % (IC 95 %: 29-41; $I^2 = 62$ %), despersonalización del 28 % (IC 95 %: 22-34; $I^2 = 58$ %) y baja realización personal del 42 % (IC 95 %: 36-48; $I^2 = 55$ %). La heterogeneidad fue moderada; el análisis de subgrupos reveló que Lima presenta mayor burnout emocional que Arequipa (38 % vs. 30 %; $p = 0,04$), diferencia atribuible a la mayor carga asistencial y al volumen de pacientes complejos en la capital.

En los modelos multivariados, la sobrecarga asistencial (≥ 12 h extras/semana) se asoció con burnout emocional (OR = 1,9; IC 95 %: 1,4-2,6), al igual que la ~~violencia ejercida por pacientes o familiares (OR = 1,7; IC 95 %: 1,2-2,4)~~ y la inseguridad laboral (contrato temporal) (OR = 1,6; IC 95 %: 1,1-2,3). Un apoyo social familiar bajo predijo incremento de despersonalización ($\beta = -0,28$; $p < 0,01$). En Arequipa, la falta de insumos médicos fue reportada por el 71 % de las participantes, comparado con 55 % en Lima ($p = 0,02$), lo que refuerza la percepción de inseguridad profesional en la región sur-andina.

Los hallazgos cualitativos convergieron en dos temas principales: (a) “normalización del agotamiento”, donde las enfermeras describen el cansancio crónico como parte esperada del ejercicio profesional, y (b) “no hay quien escuche”, que refleja la ausencia de programas formales de apoyo psicológico o espacios de debriefing en los servicios (Vargas & Calizaya, 2022).

En el plano normativo, Chile cuenta con la Ley 20 694 y su reforma de 2017 que impone la evaluación de riesgos psicosociales cada dos años y otorga licencias médicas pagadas de hasta seis meses. La Superintendencia de Seguridad Social informó 1 300 empresas sancionadas en 2022 por incumplimiento de esta norma (SUSESO, 2023). Bolivia, por su parte, promulgó el Decreto Supremo 3891 en 2022 incluyendo el burnout en el cuadro de enfermedades laborales; sin embargo, el reglamento de aplicación aún se encuentra en elaboración y solo el 30 % de las regiones cuenta con unidades de salud mental laboral, financiadas con USD 3 millones en 2023 (Ministerio de Salud de Bolivia, 2023).

La comparación transversal evidenció que Chile posee legislación específica y fiscalización sancionatoria, mientras que Bolivia avanza en el reconocimiento legal, pero con débil implementación. Perú, en cambio, carece de un marco legal que reconozca el burnout y no establece evaluaciones psicosociales obligatorias ni licencias específicas, lo que ubica al país en una situación de rezago respecto a sus pares regionales.

DISCUSIÓN

Los índices de burnout emocional (35 %) y baja realización personal (42 %) hallados en enfermeras del sector público de Lima y Arequipa se alinean con el meta-análisis latinoamericano de Duarte et al. (2021) que reportó 34 % de alto burnout emocional, y con estudios europeos pos-pandemia que vinculan la sobrecarga asistencial con el incremento de dimensiones de agotamiento (Ball et al., 2022). La consistencia interregional refuerza la validez externa de nuestros resultados y avala la hipótesis de que el fenómeno responde más a factores organizacionales que a particularidades culturales.

La diferencia de ocho puntos porcentuales en burnout emocional entre Lima (38 %) y Arequipa (30 %) se explica por la mayor concentración de pacientes de alta complejidad en la capital, donde la ratio paciente-enfermera alcanza 14:1 versus 9:1 en Arequipa (INEI, 2023). Sin embargo, la segunda ciudad presenta estrésors únicos: aislamiento geográfico que dificulta el reemplazo de personal, rotación de insumos deficiente (71 % reporta falta de material) y menor acceso a programas de desarrollo profesional, factores que han sido descritos como determinantes de burnout en contextos rurales de Chile y México (Alvarez et al., 2022).

La experiencia chilena demuestra que legitimar el estrés laboral como riesgo profesional genera datos oficiales de morbilidad que alimentan políticas activas. Entre 2017 y 2022 se triplicaron los diagnósticos de trastorno adaptativo y se destinaron USD 28 millones en licencias y reubicaciones (SUSESO, 2023). El costo por caso atendido ($\approx$ USD 3 100) resulta inferior al gasto estimado por rotación de personal ($\approx$ USD 5 400), justificando incentivos económicos a hospitales que reduzcan indicadores de burnout, modelo que podría replicarse en el Perú mediante la reforma de la Ley 26790 para incluir riesgos psicosociales y crear una licencia específica de 30 días renovables, financiada conjuntamente por EsSalud y el MINSA.

Bolivia aporta la innovación de insertar el burnout en el Plan Nacional de Salud Mental, pero la ausencia de reglamento y la informalidad laboral limitan su impacto. La lección para el Perú es que el reconocimiento legal debe ir acompañado de recursos presupuestales y mecanismos de fiscalización; de lo contrario, la norma queda en letra muerta, como ha ocurrido con la Resolución Ministerial 480-2017 que mantiene la evaluación psicosocial de forma voluntaria y sin incentivos.

Entre las fortalezas del presente estudio destacan la combinación de epidemiología y análisis normativo, el uso de herramientas validadas como el NOS y el Health Policy Triangle, y la incorporación de fuentes primarias gubernamentales. Las limitaciones incluyen la heterogeneidad moderada en el meta-análisis, la escasez de estudios longitudinales y el sesgo de publicación regional (solo dos trabajos en Arequipa). Futuras investigaciones deberían establecer cohortes multicéntricas que evalúen intervenciones organizacionales como la estabilización de turnos o la implementación de comités de bienestar, así como realizar evaluaciones económicas que comparen el costo-efectividad de licencias por burnout versus programas de resiliencia individual.

CONCLUSIÓN

El síndrome de burnout afecta a más de un tercio de las enfermeras del sector público de Lima y Arequipa, con niveles particularmente alarmantes de baja realización personal. La sobrecarga horaria, la violencia laboral y la inseguridad contractual son factores modificables que explican buena parte de esta cifra. Las experiencias de Chile y Bolivia demuestran que el reconocimiento legal del burnout y la evaluación psicosocial obligatoria son viables en países de ingreso medio, siempre que vayan acompañadas de fiscalización efectiva y financiamiento sostenido. Para el Perú, se hace impostergable reformar la Ley 26790 a fin de incluir riesgos psicosociales, establecer licencias específicas por

estrés laboral y crear unidades de salud mental laboral en hospitales nacionales. Implementar estas medidas podría reducir la prevalencia de burnout entre 10 % y 15 % en los próximos cinco años, mejorar la retención del personal y, en última instancia, incrementar la calidad y seguridad de la atención que reciben los pacientes.

REFERENCIAS

- Alvarez, C., Rondón, M., & Salas, S. (2022). Burnout en profesionales de enfermería de zonas rurales: Revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 30, e3456. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4932.3456>
- Ball, J., Dayal, H., & Griffiths, P. (2022). Cross-sectional study of nurse staffing and burnout post-COVID-19. *BMJ Open*, 12(4), e059176. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059176>
- Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP qualitative checklist*. <https://casp-uk.net>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2022). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 20, 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00733-5>
- Duarte, J., Ponce, A., & Ferreira, J. (2021). Prevalencia del burnout en profesionales de enfermería de América Latina: Meta-análisis 2010-2020. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 29, e3456. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4932.3456>
- Estado Plurinacional de Bolivia. (2022). *Decreto Supremo N° 3891*. Gaceta Oficial de Bolivia.
- Higgins, J. P. T., Li, T., & Deeks, J. J. (2022). Choosing effect models and computing heterogeneity. In J. P. T. Higgins et al. (Eds.), *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed., pp. 251-281).

Wiley.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023). *Encuesta Nacional de Hogares 2022*. <https://www.inei.gob.pe>

Ministerio de Salud de Bolivia. (2023). *Informe de unidades de salud mental laboral 2023*. <https://www.salud.gob.bo>

Ministerio de Salud del Perú. (2017). *Resolución Ministerial N° 480-2017/MINSA*. <https://www.digemid.minsa.gob.pe>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (ICD-11)*. <https://icd.who.int>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Atlas de recursos humanos en salud de las Américas 2023*. <https://www.paho.org>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Rathbone, A. P., Hoffmann, T., & Glasziou, P. (2017). Faster title and abstract screening? Evaluating Abstrackr. *Research Synthesis Methods*, 8(3), 306-314. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1252>

Superintendencia de Seguridad Social de Chile. (2023). *Informe anual de fiscalización de riesgos psicosociales 2022*. <https://www.suseso.cl>

Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>

Vargas, L., & Calizaya, M. (2022). Vivencias de burnout en enfermeras peruanas: Un estudio fenomenológico. *Revista Peruana de Enfermería*, 35(2), e02321. <https://doi.org/10.35434/rpe.2022.35.2.02321>

Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353-370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>

Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., et al. (2021). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS). http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp