

Gestión hospitalaria y reducción del riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos

Hospital Management and Psychosocial Risk Reduction Among Physicians in Public Hospitals

Shirley Patricia Valeriano Gurumendi ^a✉; Susana Valeria Mera Domo ^b; Gladys Lola Luján Johnson ^c

Resumen

Introducción: Los riesgos psicosociales del personal médico se relacionan con condiciones organizacionales que pueden comprometer el bienestar profesional y la seguridad del paciente. **Objetivo:** Construir una definición conceptual y operacional de la gestión hospitalaria orientada a reducir el riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión integradora de literatura con propósito conceptual y operacional. Se consultaron Scopus, Web of Science, ScienceDirect, PubMed, SciELO y ProQuest, priorizando publicaciones de 2020 a 2025. Mediante análisis de contenido temático se organizaron los hallazgos en dimensiones, componentes e indicadores. **Resultados:** Se propuso una estructura de seis dimensiones, dieciocho componentes y treinta y cinco indicadores conceptuales. Las dimensiones comprendieron organización del trabajo médico, soporte institucional y liderazgo preventivo, clima psicosocial y seguridad relacional, gestión de carga cognitiva y transformación digital, bienestar y salud ocupacional, y sostenibilidad del desempeño médico y seguridad del paciente. **Conclusiones:** La propuesta permite orientar la evaluación de la capacidad preventiva de la gestión hospitalaria desde la percepción del personal médico. Su aplicación como instrumento de medición requiere validación de contenido y evaluación psicométrica.

Palabras clave: Gestión hospitalaria; Riesgos psicosociales; Personal médico; Salud ocupacional; Seguridad del paciente

Abstract

Introduction: Psychosocial risks among physicians are associated with organizational conditions that may compromise professional well-being and patient safety. **Objective:** To develop a conceptual and operational definition of hospital management aimed at reducing psychosocial risks among physicians in public hospitals. **Materials and methods:** An integrative literature review was conducted for conceptual and operational development. Scopus, Web of Science, ScienceDirect, PubMed, SciELO, and ProQuest were searched, prioritizing publications from 2020 to 2025. Thematic content analysis was used to organize findings into dimensions, components, and indicators. **Results:** A framework comprising six dimensions, eighteen components, and thirty-five conceptual indicators was proposed. The dimensions encompassed organization of physicians' work, institutional support and preventive leadership, psychosocial climate and relational safety, cognitive load management and digital transformation, well-being and occupational health, and sustainability of

^a Universidad César Vallejo.
Lima, Perú
svalerianog@ucvvirtual.edu.pe
<https://orcid.org/0009-0001-5231-1842>

^b Universidad César Vallejo.
Lima, Perú
smerad@ucvvirtual.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0001-6766-8839>

^c Universidad César Vallejo.
Lima, Perú
ljohnsongl@ucvvirtual.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0002-4727-6931>



Cómo citar:

Valeriano Gurumendi SP, Mera Domo SV, Luján Johnson GL. Gestión hospitalaria y reducción del riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos. Vive Revista de Investigación en Salud. 2026;9(27).
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i27.527>

Review Article
Peer-reviewed
Open Access



physician performance and patient safety. **Conclusions:** The proposed framework can guide the assessment of hospital management's preventive capacity from physicians' perspectives. Its application as a measurement instrument requires content validation and psychometric evaluation.

Keywords: Hospital management; Psychosocial risks; Physicians; Occupational health; Patient safety

Introducción

La sostenibilidad de los hospitales públicos no depende únicamente de la infraestructura y de los recursos clínicos, sino también de la capacidad institucional para proteger la salud física, mental y emocional del personal médico. En este contexto, los riesgos psicosociales representan una de las principales problemáticas de la gestión hospitalaria, debido a su impacto sobre el bienestar profesional, la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. El trabajo médico se desarrolla bajo sobrecarga asistencial, jornadas prolongadas, presión diagnóstica, exposición constante al sufrimiento humano, deficiencias organizacionales y una creciente carga cognitiva derivada de los sistemas clínico-digitales. Cuando estas condiciones no son gestionadas adecuadamente, aumentan el estrés ocupacional, el burnout, la fatiga emocional, el ausentismo, la rotación laboral y los errores clínicos.

Villalón López et al. ⁽¹⁾ evidencian que la presión de tiempo es uno de los principales predictores del burnout médico y se asocia con errores clínicos, licencias médicas y rotación profesional. Simões et al. ⁽²⁾ identifican que la sobrecarga asistencial, la escasez de personal y las condiciones laborales desfavorables constituyen factores estructurales del desgaste profesional. Franklin y Gkiouleka ⁽³⁾ agregan que la mala planificación de turnos, la falta de pausas y el escaso apoyo institucional incrementan ansiedad, depresión e insomnio en trabajadores sanitarios.

Asimismo, Gaspar et al. ⁽⁴⁾ sostienen que el liderazgo organizacional, la calidad de vida profesional y el clima laboral influyen directamente en la satisfacción médica y en la seguridad del paciente. Asgari et al. ⁽⁵⁾ muestran que la mala estructuración de historias clínicas electrónicas y el exceso de carga documental incrementan la sobrecarga cognitiva y afectan la toma de decisiones clínicas.

En Ecuador, Astudillo-Romero et al. ⁽⁶⁾ reportan que el 54,7% del personal sanitario estudiado presenta baja calidad de vida laboral en hospitales públicos, mientras Chaguay Jaime y Luján Johnson ⁽⁷⁾ identifican elevada presencia de estrés laboral y agotamiento emocional asociados a la sobrecarga clínica y la debilidad institucional.

Sin embargo, gran parte de la literatura mantiene un enfoque centrado en la medición individual del burnout, dejando en segundo plano la evaluación de la gestión hospitalaria como sistema preventivo del riesgo psicosocial. Esta limitación dificulta el diseño de estrategias organizacionales de intervención.

Frente a esta brecha, el presente artículo se justifica porque permite construir la definición conceptual y operacional de la variable gestión hospitalaria para la reducción del riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos, estableciendo dimensiones, componentes e indicadores con sustento científico.

El objetivo general fue construir la definición conceptual y operacional de esta variable. Como objetivos específicos se plantearon identificar los fundamentos teóricos y empíricos del riesgo psicosocial hospitalario, determinar sus dimensiones, componentes e indicadores, y establecer su base operacional desde la percepción del personal médico.

Materiales y métodos

La investigación se desarrolló mediante una revisión conceptual-operacional para construir la variable gestión hospitalaria para la reducción del riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos, identificando sus dimensiones, componentes e indicadores conceptuales.

Se realizó una revisión integradora de literatura sobre riesgos psicosociales, burnout médico, salud ocupacional, liderazgo hospitalario, clima organizacional, transformación digital y seguridad del paciente. La búsqueda se efectuó en Scopus, Web of Science, ScienceDirect, PubMed, SciELO y ProQuest, priorizando artículos indexados entre 2020 y 2025.

Se incluyeron estudios empíricos y revisiones sistemáticas aplicadas a hospitales públicos, especialmente sobre sobrecarga asistencial, apoyo institucional, clima psicosocial, carga cognitiva y sostenibilidad profesional. Luego, mediante análisis de contenido temático y convergente, se agruparon los hallazgos en seis dimensiones estructurales.

Resultados

Fundamentos teóricos principales

Teoría de riesgos psicosociales laborales: explica que la organización del trabajo genera factores de estrés que afectan la salud física y mental del trabajador, especialmente cuando existen sobrecarga asistencial, jornadas prolongadas y escaso soporte institucional ^(8,9).

Modelo demanda–control–apoyo social: sostiene que altas demandas laborales con bajo control profesional y limitado apoyo institucional incrementan el desgaste emocional y el riesgo de burnout ^(3,10).

Modelo de desequilibrio esfuerzo–recompensa: plantea que cuando el esfuerzo clínico no recibe reconocimiento profesional, seguridad organizacional ni respaldo directivo, aumenta el deterioro psicosocial y la insatisfacción laboral ^(4,11).

Teoría de calidad de vida laboral: relaciona bienestar profesional, satisfacción ocupacional, permanencia laboral y sostenibilidad del desempeño médico dentro del sistema hospitalario ^(4,6,12).

Seguridad del paciente vinculada al bienestar médico: destaca la importancia de proteger el desempeño profesional y de ofrecer una respuesta institucional frente al error clínico para favorecer una atención segura y la continuidad asistencial ^(1,13).

Liderazgo organizacional preventivo: establece que la gestión hospitalaria debe actuar como sistema de prevención, supervisión y protección institucional frente al desgaste profesional, y no solo como administración operativa ^(7,11).

Definición conceptual

La gestión hospitalaria para la reducción del riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos se define como la capacidad institucional del hospital para organizar de manera equilibrada el trabajo asistencial, brindar soporte directivo y liderazgo preventivo, fortalecer un clima psicosocial seguro, gestionar adecuadamente la carga cognitiva derivada de los sistemas clínico-digitales, proteger la salud ocupacional y sostener el desempeño médico seguro y continuo, con el propósito de prevenir o mitigar factores organizacionales que generan sobrecarga laboral, burnout, fatiga por compasión, agotamiento emocional, errores clínicos, ausentismo, rotación profesional y deterioro de la seguridad del paciente.

Esta definición parte del reconocimiento de que el riesgo psicosocial no debe interpretarse únicamente como una consecuencia individual del estrés, sino como el resultado de la interacción entre demandas laborales excesivas y recursos organizacionales insuficientes. Pujol-Cols y Lazzaro-Salazar ⁽⁹⁾ explican que los riesgos psicosociales emergen cuando la presión asistencial, la falta de autonomía, la inseguridad laboral, el bajo apoyo social y el desequilibrio esfuerzo–recompensa superan la capacidad institucional de protección del trabajador sanitario.

En el ámbito hospitalario, Villalón López et al. ⁽¹⁾ evidencian que la presión de tiempo constituye uno de los principales predictores del burnout médico y que este se asocia con errores clínicos percibidos, licencias médicas y rotación laboral, demostrando que el problema trasciende el malestar emocional individual y compromete directamente la sostenibilidad institucional. De manera complementaria, Simões et al. ⁽²⁾ identifican como factores predominantes del desgaste profesional la sobrecarga asistencial, la escasez de personal y las malas condiciones laborales, concluyendo que las intervenciones deben dirigirse también al nivel organizacional y no exclusivamente al afrontamiento individual.

Gaspar et al. ⁽⁴⁾ sostienen que la calidad de vida profesional, la cultura organizacional, el liderazgo institucional y el clima laboral impactan directamente en los resultados clínicos, la satisfacción profesional y la seguridad del paciente, por lo que la gestión hospitalaria debe entenderse como un sistema preventivo de bienestar y no únicamente como administración operativa. Asimismo, Asgari et al. ⁽⁵⁾ muestran que la mala estructuración de historias clínicas electrónicas y el exceso de carga documental incrementan la sobrecarga cognitiva, favoreciendo agotamiento y errores médicos.

En Ecuador, Astudillo-Romero et al. ⁽⁶⁾ reportan que el 54,7% del personal sanitario estudiado presenta baja calidad de vida laboral en hospitales públicos, evidenciando que las condiciones organizacionales afectan directamente la salud ocupacional y la permanencia profesional. Este hallazgo sugiere que reducir el riesgo psicosocial implica transformar la estructura institucional del trabajo médico y no solo intervenir sobre el individuo.

Por ello, la variable se comprende como una expresión de la capacidad del hospital para construir entornos clínicos saludables, previsibles, seguros y sostenibles, donde el bienestar del médico y la seguridad del paciente constituyen resultados inseparables. Esta perspectiva es coherente con la propuesta de gestión de procesos clínicos orientada al bienestar psicosocial de los médicos hospitalarios ⁽¹⁴⁾.

Definición operacional

La variable gestión hospitalaria para la reducción del riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos se operacionaliza como la percepción del personal médico sobre el grado en que la institución hospitalaria organiza equilibradamente la carga asistencial, garantiza tiempos adecuados de recuperación laboral, fortalece la autonomía clínica y la claridad funcional, brinda soporte institucional efectivo, promueve liderazgo preventivo, asegura un clima relacional seguro, reduce la carga cognitiva derivada de los sistemas clínico-digitales, protege la salud física y mental del profesional médico y sostiene condiciones institucionales que favorecen la continuidad del desempeño clínico y la seguridad del paciente.

Esta operacionalización no mide directamente el nivel individual de burnout, ansiedad o agotamiento emocional, sino la valoración del médico sobre la capacidad de la gestión hospitalaria para prevenir los factores organizacionales que originan dichos problemas.

Franklin y Gkiouleka ⁽³⁾ muestran que la planificación adecuada de turnos, la disponibilidad de espacios de descanso, el apoyo práctico de la gerencia y la reducción de interrupciones laborales disminuyen ansiedad, depresión, insomnio y agotamiento físico y emocional en trabajadores sanitarios. Del mismo modo, Lavoie et al. ⁽¹⁵⁾ describen la colaboración internacional para proteger al personal sanitario frente a enfermedades infecciosas en Ecuador, como antecedente de protección ocupacional.

Dimensión 1: Organización del trabajo médico

La organización del trabajo médico se define como la capacidad de la gestión hospitalaria para estructurar de manera equilibrada la carga asistencial, la distribución de funciones clínicas, la planificación de turnos, los tiempos de recuperación laboral, la claridad operativa y la autonomía profesional del médico, con el propósito de prevenir sobrecarga física, cognitiva y emocional, garantizando condiciones sostenibles para el ejercicio clínico seguro.

Esta dimensión constituye uno de los principales núcleos explicativos del riesgo psicosocial hospitalario, ya que el desgaste profesional no surge únicamente por la complejidad clínica, sino por la forma en que el trabajo es distribuido y sostenido institucionalmente. Villalón López et al. ⁽¹⁾ evidencian que la presión de tiempo constituye uno de los principales predictores organizacionales del burnout médico y se asocia significativamente con errores clínicos percibidos, licencias médicas y rotación laboral. Simões et al. ⁽²⁾ complementan que la sobrecarga laboral, la escasez de personal y las condiciones laborales desfavorables constituyen los factores más relevantes del desgaste profesional médico. Franklin y Gkiouleka ⁽³⁾ destacan que la planificación adecuada de turnos, la reducción de interrupciones y la disponibilidad de descanso disminuyen ansiedad, depresión y agotamiento físico y emocional.

Componente 1: Distribución de carga asistencial

La distribución de carga asistencial se refiere a la forma en que la gestión hospitalaria asigna el volumen de pacientes, la complejidad de casos, las responsabilidades clínicas y la disponibilidad de personal médico, buscando mantener el equilibrio entre demanda asistencial y capacidad profesional, y evitar una sobrecarga estructural que afecte la seguridad clínica y el bienestar del médico.

Cuando la demanda asistencial supera la capacidad real del profesional, aumenta el riesgo de agotamiento, errores clínicos, licencias médicas y deterioro de la calidad asistencial. Simões et al. ⁽²⁾ destacan que la sobrecarga laboral y la escasez de personal constituyen factores predominantes del burnout médico. Villalón López et al. ⁽¹⁾ confirman que la presión asistencial se asocia con mayor desgaste y mayor percepción de error clínico. Romero-Alvarez et al. ⁽¹⁶⁾ evidencian desigualdades en la distribución de médicos del servicio rural en Ecuador, lo que puede contribuir a la presión estructural sobre los servicios públicos de salud.

Componente 2: Gestión de tiempos y recuperación laboral

La gestión de tiempos y recuperación laboral comprende la planificación de turnos, la duración de jornadas, la disponibilidad de pausas, los espacios de descanso y las condiciones institucionales que permiten la recuperación física, emocional y funcional del médico después de la exigencia asistencial.

La evidencia muestra que la ausencia de descanso adecuado incrementa fatiga, ansiedad, trastornos del sueño y agotamiento físico. Franklin y Gkiouleka ⁽³⁾ recomiendan la planificación estructurada de turnos y periodos de recuperación como estrategia institucional para reducir síntomas postraumáticos y fatiga profesional. Lulli et al. ⁽¹⁰⁾ y Benavides et al. ⁽⁸⁾ destacan la importancia de una recuperación laboral adecuada para prevenir el burnout y favorecer la sostenibilidad profesional.

Componente 3: Autonomía funcional y claridad de rol

La autonomía funcional y la claridad de rol comprenden el grado en que el médico conoce con precisión sus funciones clínicas y administrativas, así como la libertad profesional para actuar con criterio técnico, respaldo institucional y margen de acción suficiente dentro de la práctica asistencial.

La baja autonomía y la ambigüedad funcional son factores reconocidos de riesgo psicosocial. Adamopoulos ⁽¹¹⁾ destaca que la claridad de rol y la seguridad laboral fortalecen satisfacción profesional y reducen estrés ocupacional. Asgari et al. ⁽⁵⁾ y Pereira et al. ⁽¹⁷⁾ abordan la carga cognitiva y la implementación de guías clínicas, respectivamente, aspectos que contribuyen a la claridad operativa y al desempeño clínico seguro.

Dimensión 2: Soporte institucional y liderazgo preventivo

El soporte institucional y liderazgo preventivo se define como la capacidad de la gestión hospitalaria para brindar respaldo directivo, acompañamiento organizacional, supervisión preventiva, reconocimiento profesional, protección institucional y liderazgo orientado a la mejora continua, con el propósito de reducir factores organizacionales que generan desgaste psicosocial, fortalecer la seguridad laboral y sostener el bienestar del personal médico.

Esta dimensión reconoce que el riesgo psicosocial no depende únicamente de la carga asistencial, sino también del nivel de respuesta institucional frente a las exigencias clínicas, emocionales y laborales del médico. Cuando el hospital carece de liderazgo preventivo, el profesional percibe abandono organizacional, mayor vulnerabilidad frente al estrés y menor sostenibilidad laboral.

Gaspar et al. ⁽⁴⁾ sostienen que el apoyo organizacional, el liderazgo institucional y la cultura de gestión influyen directamente en la satisfacción profesional, la calidad de vida laboral y los resultados clínicos. Lulli et al. ⁽¹⁰⁾ evidencian que el apoyo de la gerencia reduce burnout y fortalece la estabilidad emocional del personal sanitario. Adamopoulos ⁽¹¹⁾ relaciona reconocimiento profesional, supervisión adecuada y seguridad laboral con mayor satisfacción laboral y menor agotamiento ocupacional.

De manera complementaria, Lavoie et al. ⁽¹⁵⁾ abordan la colaboración internacional para proteger al personal sanitario frente a enfermedades infecciosas en Ecuador.

Componente 1: Apoyo directivo y acompañamiento institucional

El apoyo directivo y acompañamiento institucional se refiere al respaldo permanente que brinda la dirección hospitalaria frente a condiciones clínicas, laborales y emocionales que pueden afectar el desempeño del médico, incluyendo capacidad de respuesta organizacional, disponibilidad de recursos y acompañamiento frente a situaciones críticas.

Cuando el médico percibe ausencia de apoyo institucional, aumenta la inseguridad laboral, el agotamiento emocional y la percepción de abandono organizacional. Gaspar et al. ⁽⁴⁾ muestran que el soporte organizacional fortalece satisfacción profesional y desempeño institucional. Franklin y Gkiouleka ⁽³⁾ destacan que el apoyo práctico de la gerencia reduce ansiedad, insomnio y fatiga emocional.

Componente 2: Supervisión preventiva y reconocimiento profesional

La supervisión preventiva y reconocimiento profesional comprende el acompañamiento institucional orientado a la prevención de errores, la mejora del desempeño clínico, la valoración del esfuerzo profesional y la protección institucional del ejercicio médico.

Una supervisión exclusivamente punitiva incrementa tensión laboral, mientras que la supervisión orientada al apoyo fortalece confianza y seguridad clínica. Adamopoulos ⁽¹¹⁾ y Mora Tobar et al. ⁽¹³⁾ destacan que la supervisión adecuada mejora satisfacción laboral y seguridad del paciente.

Componente 3: Liderazgo organizacional preventivo

El liderazgo organizacional preventivo se refiere a la capacidad de las autoridades hospitalarias para anticipar factores de riesgo psicosocial, establecer políticas claras de protección profesional y promover la mejora continua orientada al bienestar médico.

La prevención institucional del desgaste no depende solo de recursos, sino de la voluntad organizacional para identificar riesgos antes de que se conviertan en crisis laborales. Simões et al. ⁽²⁾ y Villalón López et al. ⁽¹⁾ señalan que la prevención debe actuar sobre factores organizacionales y no solo sobre síntomas individuales.

Dimensión 3: Clima psicosocial y seguridad relacional

El clima psicosocial y seguridad relacional se define como la capacidad de la gestión hospitalaria para construir un entorno laboral basado en comunicación abierta, trabajo colaborativo, respeto profesional, apoyo entre pares, seguridad psicológica y mecanismos institucionales de prevención frente a violencia psicológica, acoso laboral y prácticas organizacionales injustas, con el propósito de proteger la estabilidad emocional del médico y fortalecer la calidad de la atención clínica.

Esta dimensión reconoce que el riesgo psicosocial no solo surge de la carga asistencial o de la presión organizativa, sino también de la calidad de las relaciones humanas dentro

del hospital. Cuando el entorno laboral está marcado por conflictos interpersonales, comunicación deficiente, miedo al error, violencia psicológica o ausencia de justicia organizacional, aumenta significativamente el desgaste emocional, la fatiga profesional y el deterioro del desempeño clínico.

Mora Tobar et al. ⁽¹³⁾ evidencian que la cultura de seguridad del paciente depende directamente de la apertura comunicacional, el trabajo en equipo y la confianza para reportar errores, siendo la comunicación uno de los principales factores de mejora hospitalaria. Gaspar et al. ⁽⁴⁾ sostienen que el clima laboral, la calidad relacional y la cultura organizacional impactan directamente en la satisfacción profesional y los resultados asistenciales.

Pujol-Cols y Lazzaro-Salazar ⁽⁹⁾ muestran que la falta de apoyo social, la inseguridad relacional y la baja justicia organizacional incrementan el riesgo psicosocial y el burnout en profesionales de salud. Benavides et al. ⁽⁸⁾ y Nombera-Aznaran et al. ⁽¹⁸⁾ abordan los riesgos ocupacionales y la violencia psicológica en el ámbito sanitario, que pueden afectar la salud mental y la permanencia profesional.

Componente 1: Comunicación institucional y apertura relacional

La comunicación institucional y apertura relacional comprende la posibilidad de expresar opiniones, preocupaciones clínicas, dificultades laborales y eventos adversos dentro del hospital en un ambiente de respeto, escucha activa y apertura organizacional, favoreciendo la seguridad profesional y el aprendizaje institucional.

Cuando la comunicación institucional es cerrada o punitiva, el médico evita reportar errores, disminuye la confianza organizacional y aumenta la carga emocional del trabajo clínico. Mora Tobar et al. ⁽¹³⁾ destacan que la comunicación abierta constituye uno de los pilares de la cultura de seguridad del paciente.

Componente 2: Trabajo en equipo y relaciones profesionales seguras

El trabajo en equipo y relaciones profesionales seguras se refiere a la calidad de la colaboración interdisciplinaria, el respeto profesional y el apoyo entre colegas, generando un entorno laboral que reduce tensión emocional y fortalece continuidad asistencial.

Las relaciones laborales deterioradas incrementan desgaste emocional, conflictos operativos y errores clínicos. Gaspar et al. ⁽⁴⁾ y Mora Tobar et al. ⁽¹³⁾ demuestran que el trabajo colaborativo mejora seguridad del paciente y satisfacción profesional.

Componente 3: Seguridad psicológica y prevención de violencia relacional

La seguridad psicológica y prevención de violencia relacional comprende la posibilidad de actuar clínicamente con confianza profesional dentro de un entorno institucional libre de acoso, maltrato, abuso jerárquico y decisiones organizacionales injustas.

La inseguridad psicológica deteriora la confianza institucional y aumenta el agotamiento emocional. Benavides et al. ⁽⁸⁾ y Nombera-Aznaran et al. ⁽¹⁸⁾ destacan la relevancia de los riesgos psicosociales y de la violencia psicológica en el ámbito sanitario.

Dimensión 4: Gestión de carga cognitiva y transformación digital

La gestión de carga cognitiva y transformación digital se define como la capacidad de la gestión hospitalaria para implementar sistemas clínico-digitales, historias clínicas electrónicas, registros asistenciales, protocolos normativos, alertas clínicas y herramientas tecnológicas de forma clara, funcional, interoperable y accesible, evitando que la tecnología incremente la sobrecarga mental, la fatiga cognitiva, la incertidumbre diagnóstica y el desgaste profesional del médico.

Esta dimensión reconoce que el riesgo psicosocial contemporáneo no depende únicamente de la carga asistencial tradicional, sino también de la sobrecarga cognitiva derivada del entorno digital hospitalario. El exceso de documentación, la complejidad de los sistemas electrónicos, la mala usabilidad de plataformas clínicas, la multiplicidad de alertas y la dificultad para acceder a normas y protocolos generan agotamiento mental, frustración profesional, errores clínicos y deterioro del bienestar ocupacional.

Asgari et al. ⁽⁵⁾ demuestran que las historias clínicas electrónicas mal estructuradas producen sobrecarga cognitiva por exceso de información, navegación compleja, interfaces poco intuitivas y múltiples alertas, lo que puede favorecer el burnout médico y comprometer la seguridad del paciente. Hashemi y Burstein ⁽¹⁹⁾ y Hashemi et al. ⁽²⁰⁾ señalan que la capacitación deficiente en registros electrónicos puede aumentar la carga cognitiva y el riesgo de errores humanos.

Thomas Craig et al. ⁽²¹⁾ sostienen que la optimización de flujos de trabajo y la reducción de tareas administrativas constituyen estrategias clave para disminuir burnout profesional. Rodríguez Quintana et al. ⁽²²⁾ identifican dificultades en el conocimiento y la implementación de la guía de práctica clínica de cuidados paliativos en el primer nivel de atención de Ecuador.

Por ello, esta dimensión evalúa si la transformación digital hospitalaria actúa como sistema protector o como generador adicional de riesgo psicosocial.

Componente 1: Usabilidad de sistemas clínico-digitales

La usabilidad de sistemas clínico-digitales se refiere a la funcionalidad, claridad, accesibilidad e interoperabilidad de las plataformas tecnológicas utilizadas por el médico en su práctica diaria, incluyendo historias clínicas electrónicas, registros asistenciales, sistemas de alertas y herramientas de soporte clínico.

Cuando los sistemas son complejos, repetitivos o mal diseñados, aumentan frustración, fatiga mental y tiempo administrativo, desplazando la atención clínica hacia carga

documental innecesaria. Asgari et al. ⁽⁵⁾ muestran que las interfaces poco intuitivas incrementan directamente la sobrecarga cognitiva y el agotamiento profesional.

Componente 2: Accesibilidad normativa y protocolos clínicos

La accesibilidad normativa y protocolos clínicos comprende la disponibilidad, comprensión y aplicación práctica de normas institucionales, guías clínicas y protocolos basados en evidencia que orientan la toma de decisiones médicas.

Cuando las guías clínicas no son accesibles o comprensibles, aumenta la incertidumbre diagnóstica y terapéutica, afectando seguridad clínica y bienestar profesional. Rodríguez Quintana et al. ⁽²²⁾ identifican dificultades en el conocimiento y la implementación de la guía de cuidados paliativos en el primer nivel de atención de Ecuador.

Componente 3: Capacitación tecnológica y soporte cognitivo

La capacitación tecnológica y soporte cognitivo expresa la forma en que el hospital prepara al médico para utilizar tecnologías clínicas, herramientas digitales y sistemas electrónicos sin incrementar ansiedad, frustración o dependencia disfuncional.

La capacitación adecuada no solo mejora competencia técnica, sino que reduce carga cognitiva y fortalece seguridad clínica. Hashemi y Burstein ⁽¹⁹⁾ señalan que la falta de entrenamiento adecuado incrementa errores humanos y afecta directamente la seguridad del paciente.

Dimensión 5: Bienestar, salud ocupacional y prevención clínica-laboral

El bienestar, salud ocupacional y prevención clínica-laboral se define como la capacidad de la gestión hospitalaria para proteger la salud física, mental y emocional del personal médico mediante programas preventivos, monitoreo de riesgos psicosociales, apoyo emocional, recuperación funcional, seguridad ocupacional y condiciones laborales saludables que permitan sostener el ejercicio profesional sin deterioro progresivo del bienestar.

Esta dimensión reconoce que el trabajo médico en hospitales públicos expone de forma permanente a exigencias físicas, emocionales y cognitivas que, si no son gestionadas institucionalmente, derivan en fatiga, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, enfermedades musculoesqueléticas, burnout y deterioro del desempeño clínico. Por ello, la salud ocupacional no debe limitarse a la prevención de accidentes físicos, sino incorporar explícitamente la prevención del desgaste psicosocial.

Chaguay Jaime y Luján Johnson ⁽⁷⁾ identifican que los profesionales sanitarios están expuestos a jornadas prolongadas, sobrecarga asistencial, baja autonomía y relaciones laborales deficientes, generando estrés laboral, fatiga, ansiedad, trastornos del sueño y afectaciones cardiovasculares y musculoesqueléticas. Benavides et al. ⁽⁸⁾ señalan que los hospitales concentran riesgos ergonómicos y psicosociales de alta intensidad, con elevada prevalencia de burnout y necesidad de fortalecer los servicios de salud laboral.

En hospitales públicos del sur de Ecuador, Astudillo-Romero et al. ⁽⁶⁾ reportan que el 54,7% del personal sanitario estudiado presenta baja calidad de vida laboral, lo que muestra la importancia de las condiciones institucionales para el bienestar profesional. Este hallazgo sugiere que la protección del médico debe asumirse como responsabilidad estructural del hospital.

Componente 1: Protección de la salud física y mental

La protección de la salud física y mental se refiere al conjunto de acciones institucionales orientadas a prevenir el deterioro físico, emocional y psicológico del médico mediante identificación temprana de riesgos, monitoreo preventivo y control de factores organizacionales que afectan el bienestar ocupacional.

La evidencia muestra que la exposición prolongada a sobrecarga laboral sin protección institucional incrementa no solo agotamiento emocional, sino también enfermedades físicas asociadas al trabajo clínico. Benavides et al. ⁽⁸⁾ destacan que los riesgos ergonómicos y psicosociales suelen coexistir y requieren intervención integrada desde salud ocupacional.

Componente 2: Apoyo emocional y recuperación funcional

El apoyo emocional y recuperación funcional comprende la disponibilidad de mecanismos institucionales que permiten al médico recuperar equilibrio emocional y funcional frente a experiencias clínicas de alta carga afectiva, fatiga por compasión y exposición permanente al sufrimiento humano.

La medicina hospitalaria expone constantemente a pérdidas, urgencias, decisiones críticas y presión emocional sostenida. Cuando no existen espacios de contención, aumenta significativamente el riesgo de burnout y fatiga por compasión. Garnett et al. ⁽²³⁾ explican que la fatiga por compasión afecta ausentismo, toma de decisiones clínicas y relación médico-paciente.

Componente 3: Condiciones laborales saludables y sostenibles

Las condiciones laborales saludables y sostenibles expresan la capacidad del hospital para generar un entorno de trabajo seguro, estable y compatible con la continuidad del ejercicio médico, evitando que la práctica clínica se convierta en una fuente permanente de deterioro profesional.

La baja calidad de vida laboral puede reflejar limitaciones en la protección institucional y asociarse con la intención de retiro o abandono profesional. Astudillo-Romero et al. ⁽⁶⁾ muestran que más de la mitad del personal sanitario estudiado presenta baja calidad de vida laboral.

Dimensión 6: Sostenibilidad del desempeño médico y seguridad del paciente

La sostenibilidad del desempeño médico y seguridad del paciente se define como la capacidad de la gestión hospitalaria para mantener de manera continua, estable y segura el rendimiento clínico del personal médico, reduciendo la ocurrencia de errores asistenciales, ausentismo, rotación profesional y retiro anticipado, y garantizando simultáneamente una atención segura, de calidad y centrada en el paciente.

Esta dimensión representa el nivel más integrador de la variable, porque articula los efectos acumulativos de las dimensiones previas. Cuando la organización del trabajo, el soporte institucional, el clima relacional, la carga cognitiva y la salud ocupacional son gestionados adecuadamente, el resultado esperado es la sostenibilidad del desempeño médico. En caso contrario, el sistema hospitalario entra en un ciclo de deterioro caracterizado por agotamiento profesional, errores clínicos, pérdida de talento médico y debilitamiento de la seguridad del paciente.

Villalón López et al. ⁽¹⁾ evidencian que el burnout médico no solo afecta el bienestar individual, sino que se asocia directamente con errores clínicos percibidos, licencias médicas y rotación laboral, impactando la continuidad del servicio y la seguridad del paciente. Jung et al. ⁽²⁴⁾ demuestran que el burnout, la baja satisfacción laboral y el deterioro de la salud general influyen significativamente en la intención de retiro anticipado, comprometiendo la sostenibilidad del recurso humano en salud.

Garnett et al. ⁽²³⁾ complementan este enfoque señalando que la fatiga por compasión afecta la toma de decisiones clínicas, incrementa el ausentismo y deteriora la relación médico-paciente. Mora Tobar et al. ⁽¹³⁾ destacan que la cultura de seguridad del paciente depende del aprendizaje organizacional, el trabajo en equipo y la respuesta institucional frente al error clínico.

Componente 1: Continuidad del desempeño profesional

La continuidad del desempeño profesional se refiere a la capacidad del hospital para mantener la presencia, estabilidad y permanencia del personal médico a lo largo del tiempo, evitando interrupciones frecuentes del servicio asociadas a ausentismo, desgaste ocupacional, rotación laboral o retiro anticipado.

La continuidad profesional es esencial para garantizar calidad asistencial, especialmente en hospitales públicos donde la demanda es constante y los recursos humanos suelen ser limitados. Villalón López et al. ⁽¹⁾ señalan que el burnout se asocia con una mayor probabilidad de licencias médicas y rotación profesional, afectando directamente la continuidad del servicio.

Componente 2: Desempeño clínico seguro

El desempeño clínico seguro comprende la capacidad del médico para mantener decisiones diagnósticas y terapéuticas seguras, oportunas y técnicamente adecuadas, sin interferencia de fatiga, estrés o sobrecarga cognitiva.

El deterioro del desempeño clínico constituye una de las consecuencias más críticas del riesgo psicosocial, ya que impacta directamente en la seguridad del paciente. Asgari et al. ⁽⁵⁾ muestran que la sobrecarga cognitiva incrementa la probabilidad de error clínico, mientras Villalón López et al. ⁽¹⁾ relacionan burnout con mayor percepción de errores médicos.

Componente 3: Seguridad del paciente y sostenibilidad institucional

La seguridad del paciente y sostenibilidad institucional expresa la relación entre el bienestar del médico y la capacidad del hospital para garantizar atención segura, aprendizaje organizacional y mejora continua a partir de los eventos clínicos.

Las condiciones laborales adecuadas para el personal sanitario son esenciales para favorecer la seguridad del paciente. Mora Tobar et al. ⁽¹³⁾ evidencian que la cultura de seguridad depende del aprendizaje organizacional, la comunicación y el apoyo institucional, siendo clave para reducir eventos adversos.

Tabla1: Operacionalización de la dimensión 1: Organización del trabajo médico

Dimensión	Componente	Indicador	Referencias
Organización del trabajo médico	Distribución de carga asistencial	Equilibrio de carga asistencial	(1,2,3,16)
		Equidad en la asignación de funciones clínicas	(2,11,16)
	Gestión de tiempos y recuperación laboral	Recuperación laboral efectiva	(3,8,10)
		Planificación adecuada de turnos	(3,9,11)
	Autonomía funcional y claridad de rol	Claridad y previsibilidad del trabajo clínico	(5,11,17,22)
		Autonomía en la toma de decisiones clínicas	(4,9,11)

Tabla 2: Operacionalización de la dimensión 2: Soporte institucional y liderazgo preventivo

Dimensión	Componente	Indicador	Referencias
Soporte institucional y liderazgo preventivo	Apoyo directivo y acompañamiento institucional	Apoyo gerencial percibido	(4,10,11)

Dimensión	Componente	Indicador	Referencias
	Supervisión preventiva y reconocimiento profesional	Respuesta institucional oportuna	(3,4,15)
		Disponibilidad de recursos para el trabajo clínico	(4,16,22)
		Supervisión orientada al apoyo	(4,11,13)
		Reconocimiento profesional institucional	(4,11,24)
	Liderazgo organizacional preventivo	Protección institucional del ejercicio profesional	(8,11,15)
		Gestión preventiva del desgaste profesional	(1,2,7)
		Claridad de políticas de protección profesional	(15,17,25)
		Liderazgo orientado a mejora continua	(4,11,13)

Tabla 3: Operacionalización de la dimensión 3: *Clima psicosocial y seguridad relacional*

Dimensión	Componente	Indicador	Referencias
Clima psicosocial y seguridad relacional	Comunicación institucional y apertura relacional	Apertura de comunicación profesional	Ecuador — hospital del Carchi (13); otras fuentes (4,10)
		Confianza para reportar errores	(3,4,13)
	Trabajo en equipo y relaciones profesionales seguras	Colaboración interdisciplinaria efectiva	Ecuador — hospital del Carchi (13); otras fuentes (4,15)
		Respeto y apoyo profesional entre pares	(9,10,11)
	Seguridad psicológica y prevención de violencia relacional	Seguridad psicológica en el trabajo	(3,9)
		Justicia organizacional y prevención de violencia psicológica	(4,8,18)

Tabla 4: Operacionalización de la dimensión 4: Gestión de carga cognitiva y transformación digital

Dimensión	Componente	Indicador	Referencias
Gestión de carga cognitiva y transformación digital	Usabilidad de sistemas clínico-digitales	Usabilidad funcional del sistema clínico-digital	(5,19,26)
		Reducción de carga documental innecesaria	(5,21)
		Accesibilidad a protocolos clínicos actualizados	(17,22)
	Accesibilidad normativa y protocolos clínicos	Claridad procedimental y confianza clínica	(22,27)
		Capacitación y soporte tecnológico institucional	(19,20)
		Reducción de incertidumbre clínica mediante soporte tecnológico	(28,29,30)

Tabla 5: Operacionalización de la dimensión 5: Bienestar, salud ocupacional y prevención clínica-laboral

Dimensión	Componente	Indicador	Referencias
Bienestar, salud ocupacional y prevención clínica-laboral	Protección de la salud física y mental	Monitoreo institucional del riesgo psicosocial	(7,8,25)
		Protección integral de salud física y mental	(6,7,8)
	Apoyo emocional y recuperación funcional	Soporte de bienestar psicoemocional	(3,10,23)
	Condiciones laborales saludables y sostenibles	Calidad de vida laboral percibida	(4,6,11)
		Seguridad ocupacional y protección laboral	(3,8,15)

Tabla 6: Operacionalización de la dimensión 6: Sostenibilidad del desempeño médico y seguridad del paciente

Dimensión	Componente	Indicador	Referencias
Sostenibilidad del desempeño médico y seguridad del paciente	Continuidad del desempeño profesional	Sostenibilidad profesional del médico	(1,2,24)

Dimensión	Componente	Indicador	Referencias
	Desempeño clínico seguro	Seguridad del desempeño clínico	(1,5,23)
	Seguridad del paciente y sostenibilidad institucional	Cultura de seguridad del paciente y aprendizaje institucional	(4,13,17)

Discusión

La revisión evidencia que el riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos no puede explicarse únicamente desde el burnout como manifestación individual, sino desde las condiciones estructurales de la organización hospitalaria. En esta línea, Pujol-Cols y Lazzaro-Salazar ⁽⁹⁾ sostienen que los riesgos psicosociales en América Latina emergen principalmente de la relación entre altas demandas laborales y escasos recursos organizacionales, mientras Villalón López et al. ⁽¹⁾ muestran que la presión de tiempo y la sobrecarga asistencial se asocian con errores clínicos, licencias médicas y rotación profesional. Ambos enfoques convergen en que el problema no se resuelve fortaleciendo solo la resiliencia individual, sino interviniendo sobre la estructura del trabajo médico.

Sin embargo, existe una diferencia importante en la priorización de factores. Simões et al. ⁽²⁾ ubican la escasez de personal y la distribución inequitativa de carga asistencial como el principal origen del desgaste profesional, mientras Franklin y Gkiouleka ⁽³⁾ enfatizan que incluso en contextos de alta demanda, la planificación adecuada de turnos, las pausas y los espacios de recuperación pueden reducir significativamente ansiedad e insomnio. Esta diferencia no representa una contradicción, sino complementariedad: mientras unos explican el origen del problema, otros muestran mecanismos institucionales de mitigación. De allí surge la primera dimensión: organización del trabajo médico.

Respecto al soporte institucional, Adamopoulos ⁽¹¹⁾ plantea que la satisfacción laboral depende de reconocimiento profesional, claridad de rol y supervisión adecuada, mientras Gaspar et al. ^(4,12) amplían esta visión al señalar que el liderazgo organizacional se relaciona con el desempeño hospitalario y los resultados asistenciales. De forma complementaria, Chaguay Jaime y Luján Johnson ⁽⁷⁾ evidencian que la ausencia de acompañamiento directivo incrementa agotamiento emocional y percepción de abandono institucional. La convergencia entre estos estudios permite comprender que el liderazgo no actúa como variable complementaria, sino como factor preventivo central, justificando la dimensión soporte institucional y liderazgo preventivo.

En el clima psicosocial aparece una interacción distinta. Mora Tobar et al. ⁽¹³⁾ sostienen que la cultura de seguridad del paciente depende de la confianza para reportar errores

y del aprendizaje organizacional, mientras Benavides et al. ⁽⁸⁾ advierten que la violencia psicológica y la injusticia organizacional deterioran dicha confianza. Garnett et al. ⁽²³⁾ desde la fatiga por compasión, muestran que el deterioro emocional afecta incluso la relación médico-paciente. Aquí la convergencia indica que la seguridad clínica no depende exclusivamente de protocolos técnicos, sino de relaciones laborales seguras y de una cultura institucional protectora.

Una divergencia más reciente se observa en la transformación digital. Tradicionalmente, la digitalización hospitalaria se ha presentado como estrategia de eficiencia; sin embargo, Asgari et al. ⁽⁵⁾ y Thomas Craig et al. ⁽²¹⁾ demuestran que la mala usabilidad de historias clínicas electrónicas, el exceso de alertas y la duplicidad documental incrementan la carga cognitiva y favorecen burnout. Frente a ello, Rodríguez Quintana et al. ⁽²²⁾ y Pereira et al. ⁽¹⁷⁾ destacan la importancia del conocimiento y de las estrategias de implementación de las guías de práctica clínica. La diferencia no está en la tecnología en sí, sino en la forma de gestión institucional de esa tecnología, lo que justifica incorporar la dimensión carga cognitiva y transformación digital.

En bienestar y salud ocupacional también existe convergencia significativa. Astudillo-Romero et al. ⁽⁶⁾, Ramírez et al. ⁽³¹⁾ y Chaguay Jaime y Luján Johnson ⁽⁷⁾ reportan baja calidad de vida laboral, estrés sostenido y agotamiento emocional en profesionales sanitarios ecuatorianos, mientras Benavides et al. ⁽⁸⁾ sostienen que la prevención requiere monitoreo institucional permanente y programas formales de salud ocupacional. La diferencia entre ambos enfoques radica en que unos describen el daño ya presente y otros proponen la prevención estructural, consolidando así la dimensión bienestar, salud ocupacional y prevención clínica-laboral.

Finalmente, Jung et al. ⁽²⁴⁾ explican que el desgaste profesional incrementa la intención de retiro anticipado, mientras Villalón López et al. ⁽¹⁾ lo relacionan con errores clínicos y rotación laboral. Mora Tobar et al. ⁽¹³⁾ complementan señalando que la respuesta institucional frente al error define la cultura de seguridad del paciente. Esta convergencia demuestra que la sostenibilidad del desempeño médico no es una variable aislada, sino el resultado acumulativo de todas las dimensiones previas.

A partir de estas coincidencias y diferencias, la revisión permitió estructurar la variable en seis dimensiones, dieciocho componentes y treinta y cinco indicadores conceptuales. El principal aporte metodológico consiste en trasladar el análisis desde el síntoma individual hacia la capacidad institucional de prevención, destacando la relación entre la seguridad del paciente, la sostenibilidad del desempeño médico y la gestión hospitalaria preventiva. Esta propuesta requiere validación de contenido y evaluación de sus propiedades psicométricas antes de utilizarse como instrumento de medición.

Conclusiones

La revisión sugiere que la reducción del riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos no debe centrarse solo en el burnout individual, sino en la capacidad de la gestión hospitalaria para intervenir sobre los factores organizacionales que generan desgaste profesional. La sobrecarga asistencial, la presión de tiempo, la debilidad del liderazgo, la inseguridad relacional, la carga cognitiva digital y la limitada salud ocupacional constituyen factores estructurales relevantes.

Los estudios revisados coinciden en que la prevención requiere intervenciones institucionales sostenidas. La adecuada organización del trabajo médico, el liderazgo preventivo, la comunicación segura, la protección ocupacional y la cultura de aprendizaje frente al error clínico actúan como factores protectores del bienestar profesional y de la seguridad del paciente.

Como principal aporte, se construyó la definición conceptual y operacional de la variable gestión hospitalaria para la reducción del riesgo psicosocial del personal médico en hospitales públicos, organizada en seis dimensiones, dieciocho componentes y treinta y cinco indicadores conceptuales. Esto permite trasladar el análisis desde el síntoma individual hacia la evaluación de la gestión institucional como sistema preventivo.

Se concluye que la seguridad del paciente está estrechamente vinculada con la sostenibilidad del desempeño médico y que fortalecer el bienestar profesional constituye una condición esencial para la calidad hospitalaria y la continuidad asistencial.

Acerca de

Contribución de los autores: Las autoras contribuyeron en la conceptualización del estudio, desarrollo metodológico, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito y revisión crítica de su contenido intelectual. En la aprobación de la versión final para su publicación.

Financiamiento: Las autoras declaran no haber recibido financiamiento para la realización de esta investigación.

Conflicto de interés: Las autoras declaran no tener conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

Certificación ética: Por tratarse de una revisión integradora de literatura científica con propósito conceptual y operacional, la investigación no involucró directamente a participantes humanos ni recopiló datos personales. Se respetaron los principios de integridad académica, reconocimiento de las fuentes consultadas y uso responsable de la información científica. Por la naturaleza documental del estudio, no se requirió consentimiento informado.

Historia del artículo: Artículo recibido 06 de julio 2026 | Aceptado 10 de agosto 2026 | Publicado 13 de octubre 2026

Referencias

1. Villalón López F, Mundt AP, Hirmas A, Rivera RM, Guiloff R. Impact of burnout on turnover, medical errors, medical leave and a cross-sectional study of contributing factors among Chilean physicians. *BMJ Open*. 2025;15(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099773>
2. Simões C, Fronteira I, Pedro AR. Factors that contribute to physician burnout, interventions to prevent and mitigate burnout and knowledge gaps—a Delphi study. *Front Public Health*. 2025;13:1540214. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1540214>
3. Franklin P, Gkiouleka A. A scoping review of psychosocial risks to health workers during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052453>
4. Gaspar T, Correia MF, Torres I. Perception of management and public health experts about organizational, professionals and patients related factors that influence the performance in health organizations. *Procedia Comput Sci*. 2021;181:166-72. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.01.117>
5. Asgari E, Kaur J, Nuredini G, Balloch J, Taylor AM, Sebire N, et al. Impact of electronic health record use on cognitive load and burnout among clinicians: narrative review. *JMIR Med Inform*. 2024;12. <https://doi.org/10.2196/55499>
6. Astudillo-Romero X, Urgilés-Barahona CE, Briceño-Rodríguez DA, Vélez-Díaz DC. Calidad de vida laboral en personal sanitario de hospitales públicos de Ecuador. *European Public & Social Innovation Review*. 2025;10:1-15. <https://doi.org/10.31637/epsir-2025-1607>
7. Chaguay Jaime ME, Luján Johnson GL. Gestión de salud integral: riesgos psicosociales del profesional de salud en un hospital público. *Revista Cientific*. 2025;10(35):321-42. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2025.10.35.15.321-342>
8. Benavides FG, Utzet M, Serra C, Delano P, García-Gómez M, Ayala A, et al. Salud y bienestar del personal sanitario: condiciones de empleo y de trabajo más allá de la pandemia. *Informe SESPAS 2024. Gac Sanit*. 2024;38 Supl 1:102378. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102378>
9. Pujol-Cols L, Lazzaro-Salazar M. Ten years of research on psychosocial risks, health, and performance in Latin America: a comprehensive systematic review and research agenda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2021;37(3):187-202. <https://doi.org/10.5093/jwop2021a18>
10. Lulli LG, Giorgi G, Pandolfi C, Foti G, Finstad GL, Arcangeli G, et al. Identifying psychosocial risks and protective measures for workers' mental wellbeing at the time of COVID-19: a narrative review. *Sustainability*. 2021;13(24):13869. <https://doi.org/10.3390/su132413869>

11. Adamopoulos IP. Job satisfaction in public health care sector, measures scales and theoretical background. *European Journal of Environment and Public Health*. 2022;6(2). <https://doi.org/10.21601/ejeph/12187>
12. Gaspar T, Gomez-Baya D, Guedes FB, Correia MF. Health management: evaluating the relationship between organizational factors, psychosocial risks at work, performance management, and hospital outcomes. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(20):2744. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202744>
13. Mora Tobar MÁ, López-Aguilar EC, Espinel Jara VM, Tito Pineda AP, Tapia Paguay MX. Explorando el clima de seguridad del paciente en un hospital del Carchi-Ecuador; una perspectiva del personal de salud. *Horiz Enferm*. 2024;35(1):95-109. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.1.95-109
14. Valeriano Gurumendi SP, Mera Domo SV, Luján Johnson GL. Gestión de procesos clínicos como modelo teórico para el bienestar psicosocial en médicos hospitalarios. *Vive Revista de Investigación en Salud*. 2025;8(24):945-54. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i24.423>
15. Lavoie MC, Yassi A, Bryce E, Fujii R, Logronio M, Tennessee M. International collaboration to protect health workers from infectious diseases in Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(5):396-402. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010000500010>
16. Romero-Alvarez D, López-Cevallos DF, Torres I. Doctors for the people? The problematic distribution of rural service doctors in Ecuador. *Health Policy Plan*. 2023;38(7):851-61. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad040>
17. Pereira VC, Silva SN, Carvalho VKS, Zanghelini F, Barreto JOM. Strategies for the implementation of clinical practice guidelines in public health: an overview of systematic reviews. *Health Res Policy Syst*. 2022;20(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00815-4>
18. Nombera-Aznaran N, Bazalar-Palacios J, Nombera-Aznaran M, Rojas-Del-Aguila M, Aznaran-Torres R. Burnout syndrome and psychological workplace violence among Peruvian physicians: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2025;25(1):625. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12387-4>
19. Hashemi S, Burstein F. A framework for managing cognitive load in electronic medical record systems training. En: *AMCIS 2019 Proceedings 2019*. Trabajo 7. https://aisel.aisnet.org/amcis2019/cognitive_in_is/cognitive_in_is/7/
20. Hashemi S, Burstein F, Tan K, Bain CA. Addressing cognitive load in training on electronic medical record systems. En: *ACIS 2019 Proceedings [Internet]*. 30th Australasian Conference on Information Systems; 9-11 dic 2019; Fremantle, Australia. Curtin University; 2019. Trabajo 56. <https://aisel.aisnet.org/acis2019/56/>
21. Thomas Craig KJ, Willis VC, Gruen D, Rhee K, Jackson GP. The burden of the digital environment: a systematic review on organization-directed workplace interventions to mitigate physician burnout. *J Am Med Inform Assoc*. 2021;28(5):985-97. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa301>
22. Rodríguez Quintana T, Dávalos-Batallas V, Vargas-Martínez AM, López L, Bonilla-Sierra P, Lomas-Campos MDLM, et al. Implementation and knowledge of the clinical

- practice guide for palliative care in the Ecuadorian primary care level. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(21):11573. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111573>
23. Garnett A, Hui L, Oleynikov C, Boamah S. Compassion fatigue in healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):1336. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10356-3>
24. Jung FU, Bodendieck E, Luppá M, Riedel-Heller SG. Motivation to work and attitudes towards retirement among physicians. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):846. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11296-2>
25. Ministerio del Trabajo del Ecuador. Guía para la implementación del programa de prevención de riesgos psicosociales. Ministerio del Trabajo; 2018. <https://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/2024/01/Guia-para-la-implementacion-del-programa-de-prevencion-de-riesgo-psicosocial.pdf>
26. Murillo Suarez EJ, Francisco-Pérez J, Benavides Vera P. Functional requirements for a digital post-surgical monitoring tool. Phenomenological study. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2024;4:1124. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241124>
27. Kim K, Lee YM. Understanding uncertainty in medicine: concepts and implications in medical education. *Korean J Med Educ*. 2018;30(3):181-8. <https://doi.org/10.3946/kjme.2018.92>
28. Meneses Claudio BA. Implementation of a machine learning algorithm for the detection of cardiovascular diseases in adult patients in public hospitals of Lima, Peru, 2023. *LatIA*. 2023;1:13. <https://doi.org/10.62486/latia202313>
29. Wang E, Brenn BR, Matava CT. State of the art in clinical decision support applications in pediatric perioperative medicine. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2020;33(3):388-94. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000850>
30. Amato A, Coronato A. Supporting hypothesis generation by machine learning in smart health. En: Barolli L, Enokido T, editores. *Innovative mobile and Internet services in ubiquitous computing*. Cham: Springer; 2018. p. 401-10. (Advances in Intelligent Systems and Computing; vol. 612). https://doi.org/10.1007/978-3-319-61542-4_38
31. Ramírez MR, Ontaneda MP, Otero P, Ortega-Jiménez D, Blanco V, Vázquez FL. Burnout, associated factors, and mental health measures among Ecuadorian physicians: a cross-sectional study. *J Clin Med*. 2025;14(7):2465. <https://doi.org/10.3390/jcm14072465>



Este artículo está bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).