

Artículo de reflexión

El neoliberalismo, la injusticia social y su relación con la aparición del síndrome de burnout en médicos. Una reflexión bioética

Neoliberalism, social injustice, and their Relationship with the emergence of burnout syndrome in physicians: A bioethical reflection

Martha Cecilia Vivas Mercado*

Para citar este artículo: Vivas, M. C. (2025). El neoliberalismo, la injusticia social y su relación con la aparición del síndrome de burnout en médicos. Una reflexión bioética. *Jangwa Pana*, 24(2), 1-16. doi: <https://doi.org/10.21676/16574923.6237>

Recibido: 14/10/2024 | **Aprobado:** 13/03/2025 | **Disponible en línea:** 01/05/2025

RESUMEN

Desde un comienzo, el ser humano se ha movido en dos dimensiones: la capacidad de transformar el mundo, (técnica), y el sentido de respeto y la justicia, (ética). Con la llegada de la revolución industrial, el desarrollo del capitalismo y el paradigma de la modernidad ha primado el deseo de poder y de riqueza, volviendo las herramientas utilizadas para la realización del trabajo en dominantes y nocivas con graves consecuencias para el hombre. El modelo neoliberal, en el que se reduce la participación del estado y en donde hay privatización de los sistemas de salud ha traído consigo consecuencias para los prestadores del servicio debido a la sobrecarga laboral, los tiempos reducidos para la atención, los recursos limitados, la precarización laboral y la presión que se ejerce sobre ellos, que pueden estar relacionados con la aparición de eventos de salud como el síndrome de burnout. El objetivo de este documento consiste en observar la relación entre el neoliberalismo y la injusticia social con la aparición del síndrome de Burnout en médicos y la manera en que la Bioética reflexiona sobre estas problemáticas. Se concluye que la Bioética está llamada a rescatar la dimensión ética de la medicina, orientando el ejercicio profesional hacia la justicia y el respeto por la dignidad humana, promoviendo el desarrollo de políticas públicas que garanticen a los médicos condiciones laborales justas y dignas.

Palabras clave: justicia social; médicos; burnout; bioética; condiciones de trabajo.

ABSTRACT

From the very beginning, human beings have operated in two dimensions: the ability to transform the world (technology) and the sense of respect and justice (ethics). With the advent of the Industrial Revolution, the development of capitalism, and the paradigm of modernity, the desire for power and wealth has prevailed, turning the tools used for work into dominant and harmful forces with severe consequences for humanity. The neoliberal model, which reduces state involvement and promotes the privatization of healthcare systems, has brought consequences for service providers due to work overload, reduced consultation times, limited resources, job insecurity, and the pressure exerted on them. These factors may be linked to the emergence of health conditions such as burnout syndrome. The objective of this document is to examine the relationship between neoliberalism and social injustice in connection with the emergence of burnout syndrome among physicians and to explore how bioethics reflects on these issues. It concludes that bioethics is called upon to restore the ethical dimension of medicine, guiding professional practice toward justice and respect for human dignity, while promoting the development of public policies that ensure fair and dignified working conditions for physicians.

Keywords: social justice; physicians; burnout; bioethics; working conditions.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha conceptualizado el Burnout como un síndrome causado por estrés, propio del contexto laboral, crónico o desgaste profesional caracterizado por bajos niveles de energía o sensación de agotamiento, disminución de la eficacia para realizar las labores y pensamientos de negativismo o cinismo. Este síndrome, junto con la depresión, la ansiedad y el suicidio son comunes en el sector salud y afectan a los médicos, por lo que deben recibir una atención en salud mental y un tratamiento multidisciplinario desde su formación universitaria para reducir su incidencia y complicaciones como el suicidio (Sotto et al., 2022).

Con la llegada de la tecnología, se ha incrementado también el riesgo de producirse este síndrome. Esta situación fue vivida a finales de 2016 por una médica en Estados Unidos quien teniendo una práctica próspera, decide cerrar su consultorio porque la historia clínica electrónica que debía diligenciar, en lugar de mejorar su eficiencia, le quitaba tiempo para sus pacientes, agregándole más horas a su trabajo administrativo y reemplazando su juicio clínico con la métrica que el gobierno había impuesto para el uso adecuado y significativo de la tecnología de la información en el cuidado de sus pacientes (Wright & Katz, 2018), perdiendo además su autonomía.

Este aumento en la carga administrativa es una de las causas de agotamiento en los médicos. Se han hecho estudios de tiempo y movimiento que muestran que por cada hora que pasa el médico con sus pacientes, deben dedicar dos horas o más llenando notas, solicitando pruebas, revisando resultados, respondiendo solicitudes de sus pacientes, recetando y comunicándose con el personal (Wright & Katz, 2018), siguiendo los sistemas de calidad que deben cumplir las instituciones y que van ligadas a la productividad del profesional de la salud.

Las políticas neoliberales han creado condiciones laborales precarias, donde el aumento de la intensidad y la extensión de la jornada laboral (resultado directo de estas políticas) han generado un entorno propicio para el desarrollo del burnout, uno de los trastornos que más afecta la salud de los trabajadores (Martínez & Preciado, 2009). En el contexto colombiano, como en otros países de América Latina, como el Ecuador, el médico pasó de tener tiempo suficiente para dedicárselo al paciente, realizar una muy buena valoración clínica y correctos diagnósticos, a cumplir con horarios exigentes que llevan a sobrecarga en el trabajo, con tiempos limitados para la consulta, lo que puede generar errores en diagnósticos o incurrir en mala praxis (Rodríguez et al., 2024). Estas situaciones producen problemas a la salud generando estrés que puede llevarlo incluso a cometer suicidio.

Este documento pretende reflexionar acerca de cómo las políticas neoliberales y la injusticia social están relacionadas con la aparición del síndrome de burnout

en médicos y la manera en que la Bioética se involucra en estas problemáticas para rescatar la dimensión de la ética y el sentido de la justicia en la garantía del derecho a la salud tanto para el paciente como para el prestador del servicio.

Para ello, este texto aborda, en primer lugar, la relación entre el proceso tecno-ético y la bioética global; luego, estudia la manera en que el desborde de la técnica por encima de la ética ha dado lugar a un entendimiento de la justicia social sólo desde su perspectiva económica en el contexto de la salud pública, lo que permite, seguidamente, reflexionar sobre la incidencia de las políticas neoliberales en el sistema de salud y las condiciones laborales del profesional de la salud. Por último, se reflexiona sobre la recarga laboral como una política neoliberal y los efectos en el bienestar del personal médico a la luz del síndrome del burnout.

El proceso tecno-ético y la bioética global

Desde sus inicios, la existencia humana ha tenido dos dimensiones que son la técnica que nos dota de posibilidades para sobrevivir y la ética que nos permite reflexionar si estos desarrollos técnicos nos llevan o no a un modo de vida estrictamente humano, pues desde la ética no es suficiente que el hombre logre su supervivencia sino que logre sobrevivir humanamente (Potter & Potter, 1995). Estas dimensiones aparecieron en ese orden, y este proceso tecno-ético se puede estudiar en varios momentos teóricos:

Un primer momento se da con los aportes de Platón y su interpretación del mito de Prometeo para comprender las relaciones entre la dimensión técnica (fuego robado por Prometeo a los dioses), que es la que aparece primero, y la ética (sentido del respeto y la justicia, regalo de Zeus a todos los hombres) que aparece después, como lo expone Osorio (2014):

Recordemos los momentos centrales del mito de Prometeo en la pluma de Platón:

a) Hubo una época en la que existían los dioses, pero no los mortales. Llegado el tiempo fijado por el destino, los dioses prepararon el nacimiento de los mortales y encargaron a dos hermanos: Prometeo y Epimeteo para que distribuyeran las cualidades de los mortales.

b) Epimeteo que en la interpretación de Platón era poco inteligente y quería protagonismo, pidió a su hermano que le dejara la distribución de las cualidades de los humanos y que al final él supervisara su trabajo. Prometeo accedió a la petición de su hermano, pero cuando fue a hacer la supervisión se dio cuenta de que todas las especies estaban dotadas de cualidades y que el hombre estaba “desnudo, descalzo, privado de abrigo e inerme” y que era inminente la llegada del día fijado por el destino

para que el hombre emergiera desde el seno de la tierra. Apurado por este problema, Prometeo, sin ser visto, entró en la morada de Palas Atenea (protectora de las artes y de las ciencias, diosa de la sabiduría y la virginidad) y de Hefaios (dios del fuego y de las artes con él relacionadas, en especial la metalúrgica) y les robó a éstos el fuego y lo entregó a los hombres para que estos tuvieran lo necesario para la supervivencia. Los hombres vivieron con lo necesario para la sobrevivencia, pero no lograban vivir juntos, vivir en comunidad. Cada vez que se congregaban para hacerlo no alcanzaban la unión, se dispersaban y quedaban totalmente expuestos ante las fieras que estaban bien dotadas de cualidades para la defensa.

c) Entonces Zeus, temiendo que nuestra especie se aniquilara, envió a Hermes para que diese a los hombres “el sentido del respeto y de la justicia, a fin de que éstos sirviesen en la sociedad de principios ordenadores y de lazos productores de amistad”. Y ante la pregunta de Hermes de si deberían repartirse estos dones a algunos de entre los hombres como se hizo con las artes, o si se entregarían a todos por igual, Zeus contestó: a todos.

A todos, de modo que cada uno tenga su parte, ya que la sociedad no podría subsistir, si, al modo que sucede en las demás artes, sólo unos pocos participan de ellos. Y en mi nombre dictarás esta ley: que se mate, como a una peste social, al que no pueda ser partícipe del respeto y de la justicia (Platón, 1988, p. 113, como se cita en Osorio, 2014, p. 138)

Como puede advertirse en el mito fundacional de occidente, la capacidad para transformar el entorno precedió al sentido del respeto y la justicia. Con la revolución industrial y la racionalidad científico-técnica, se representó como fundamental el poder de control y dominio desarrollados por la técnica, quedando en segundo plano el sentido del respeto y la justicia, primando la racionalidad instrumental sobre la comunicativa o ética (Habermas, 1985/1989).

En un segundo momento se da el paso de la moral (moralidad) al derecho, y de la moral a la ética (eticidad) (Hegel, 1817/1965). Esta dialógica desarrollada por los modernistas Kant y Hegel es el legado para el surgimiento de la Bioética. Kant construye una moral autónoma, el hombre racional es el único juez y legislador de sus actos y mediante la autoimposición de normas es capaz de realizar su propia y auténtica libertad (Kant, 1797/1946). El hombre es concebido como individuo, sujeto jurídico y personal moral que cumple deberes y exige derechos, luego Hegel concibe la Eticidad (Moralidad para Kant) como la manera de vivir de un pueblo con sus valores, pero en la estructura de un Estado de Derecho, esto es: obrar coherentemente con la imagen de hombre que el Estado construye. En este contexto, los derechos humanos son la sustancia ética del Estado Social de Derecho y garantizan su legitimidad política, y será la Bioética quien asumirá esta

sustancia ética en el contexto de una civilización tecno-lógica (Osorio, 2014).

Posteriormente, en un tercer momento Iván Illich reflexiona sobre una Bioética para la ética: emergencia de la Ética Global, que ya había sido considerada por Potter para abordar problemas éticos globales que afectan la supervivencia de la humanidad y la biosfera. En su libro "Bioethics: Bridge to the Future" (1971), destaca la necesidad de una ética que integre las ciencias biológicas, los valores humanos y la conservación del medio ambiente. Define la Bioética global como "el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y mejorar la condición humana", y la plantea como una nueva "ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural y que intensifica el sentido de la humanidad" (Potter, 1997).

Illich retomando lo postulado por Potter y ante una "sociedad sin límites", plantea la posibilidad de una sociedad convivencial, y para que esto ocurra, las herramientas dominantes se deben transformar en convivenciales para que el universo no se enfrente al colapso que llevará a la destrucción de la especie humana, pasando de un modo Epimeteico y convivencial a uno Prometeico y desproporcional (Illich, 1970/1985). Propone el paso de un imperativo tecnológico con el uso perjudicial de herramientas dominantes, a un imperativo ético con el uso a escala humana de las herramientas, transformándolas en convivenciales, esto es, herramientas que en lugar de generar dependencia o deshumanización, promuevan la autonomía, el bienestar y la cooperación en las personas, dando criterios éticos para la construcción de un Bioética global donde son evidentes los principios de equidad, autonomía y justicia (Osorio, 2014).

Justicia social, salud pública y bioética

Hacia la segunda mitad del siglo XX, la salud empezó a ser reconocida como un derecho en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948) y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (Naciones Unidas, 1966). Este último tiene estándares de desempeño justiciables que dan a los individuos o comunidades herramientas que les permiten hacer valer su voz en cuanto a decisiones que se definan por parte de los Estados y que afecten su bienestar y su salud (Penchaszadeh, 2018).

En 1978 en la ciudad de Alma Ata tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (1978), cuyo lema "Salud para todos en el año 2000" produjo un documento en donde se consideró a la salud como un derecho humano fundamental, basado en los principios éticos de justicia y equidad, y debía centrarse en la promoción y prevención de la salud, más que en la atención de enfermedades. Es así como se

propone la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para lograr un nivel aceptable de salud en el mundo, como parte del desarrollo social concebido desde el principio de justicia social, lo cual marcó la entrada de la bioética en el discurso de la salud pública (Penchaszadeh, 2018). Esta articulación entre la salud pública y la bioética, supera lo individual y migra a lo público porque además de enfocarse en el individuo, dirigen su atención hacia la familia y a la sociedad en general (Alcalá-Mercado et al., 2022), convirtiéndose en un soporte importante para la toma de decisiones en lo referente a la asistencia en salud, clínica o biotecnológica (Mendieta et al., 2019) en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) (Marmot, 2009; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009).

Para el contexto de América Latina tal estrategia ha sido criticada, pues la mirada anglosajona no comprende la salud en su relacionamiento con la justicia social y la bioética, por tanto, no aborda la problemática social que afecta la vida de manera individual y colectiva (Rodríguez E. , 2009; Tacumá & Tovar, 2021). A este respecto, las circunstancias políticas, económicas y sociales de los países subdesarrollados deben ser estudiadas de modo diferenciado a aquellas presentes en los países desarrollados, no sólo por la escasez de recursos económicos de aquellos para solventar de manera equitativa el acceso de todos los individuos al sistema de salud, sino, además, por la concurrencia de factores ambientales, culturales y sociales que inciden negativamente en el bienestar de las personas.

En este ámbito, La Determinación Social de la Salud (Breilh, 2013) da relevancia a las relaciones de poder que permean los procesos de acceso a bienes y servicios indispensables para la realización del ser humano en una comunidad, donde se exaltan las dinámicas de acumulación de capital. Estas son necesarias para entender la determinación social de los procesos de salud-enfermedad que se dan por patrones de trabajo y consumo exagerados, en los soportes sociales y formas culturales que van a incidir en los estilos malsanos, generando enfermedades en los individuos de manera diferencial, dependiendo de la clase social, el género y la etnia (Morales-Borrero et al., 2013; Ruiz-Taborda et al., 2021).

En este contexto, la bioética debe mediar entre la justicia social y la salud. A su vez, la salud pública debe descentrar su atención de la enfermedad y verla como parte de la salud que la afecta y amenaza, creando una disarmonía en el ser individual y colectivo que no se limita al cuerpo del ser humano, sino también a la dimensión moral y espiritual (Mendieta et al., 2019).

Como se ve, el análisis de la justicia social no se reduce ni se limita al estudio de condiciones socioeconómicas, ni de propiedad privada o acumulación de bienes, sino de derechos que garanticen niveles de vida adecuados y con calidad para todos los seres humanos y no humanos, como lo han planteado desde

siempre nuestros pueblos indígenas quienes manejan el concepto del "Buen Vivir" (Sarango & Saballos, 2023), y consideran que el crecimiento económico basado en la inagotabilidad de los recursos naturales y en un mercado que absorba todo lo producido, jamás conducirá a un desarrollo a escala humana (Cabrales & Márquez, 2017).

A partir de ello, los discursos bioéticos que emergen del contexto latinoamericano, que distan mucho del modelo anglosajón, aunque pueden parecer utópicos, son necesarios para comprender el concepto de justicia social, de países que, a pesar de ser ricos en recursos naturales, son constantemente explotados por países desarrollados y en los cuales se conjugan la ausencia de desarrollo, la pobreza, las culturas del consumo, la degradación ambiental y otros factores que determinan las dinámicas de salud – enfermedad (Mendieta et al., 2019).

Desde el modelo anglosajón de la bioética, la justicia distributiva, por ejemplo, es un principio central que permite la toma de decisiones éticas que atañen a la vida y se refiere a las posibilidades equitativas de acceso a un sistema de salud. No obstante, la relación entre la justicia distributiva, los criterios para una distribución equitativa y el acceso a los servicios de salud, no solo debe tomar como referencia el aspecto socio- económico, pues éste a la luz del Estado de Bienestar, no propugna por el derecho a una vida adecuada, sino que favorece los intereses de los dueños de la salud vista como un negocio.

En este escenario, la justicia social entendida como un medio para la realización de niveles de vida adecuados y óptimos garantes del derecho a la salud, amplía su comprensión epistemológica desde y con los determinantes sociales de países latinoamericanos, como una categoría que la bioética debe discutir a fin de contribuir a los debates sobre estrategias en salud pública con el sentido ético del respeto y la justicia como su trasunto, para superar las políticas neoliberales en las cuales se han venido desarrollando los sistemas de salud y que afecta tanto a los pacientes como a los prestadores del servicio, no solo a nivel económico, sino también psicosocial, y que van en contravía de uno de los objetivos de la Declaración Universal sobre Bioética y derechos Humanos: promover el respeto a la dignidad humana y proteger los derechos humanos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2005) y de la Ley 1164 de Talento humano en Salud (2007) que en su artículo 36 habla de valores como la humanidad y la dignidad entre otros.

Nuestro país cuenta con la Política Nacional del Talento humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) que busca promover la formalización laboral, desestimulando el uso de formas de vinculación que vulneren los derechos del talento humano, pero esto en la práctica no se da, incumpléndose uno de los postulados de OIT: "Trabajo Decente"

Frente a este panorama, la Bioética se convierte en instrumento fundamental que va al rescate de la dimensión ética de la práctica profesional, de tal manera que se oriente hacia la justicia y la dignidad humana. Desde sus principios, la Bioética provee un marco para cuestionar las condiciones estructurales que afectan la salud de los profesionales y de los pacientes, promoviendo el desarrollo de políticas públicas que garanticen condiciones laborales justas para estos y acceso equitativo a la salud para la población.

La política neoliberal y las condiciones laborales del profesional de la salud

Con la Gran Depresión (1929), el auge de ideologías como el fascismo, el comunismo y la implantación del modelo keynesiano, se realizó el Coloquio Lippmann en el que participaron entre otros Friederich Hayek, Jacques Rueff y Wilhelm Röpke y de donde surgió la idea de la creación de la Sociedad Mont Pelerin en 1947, liderada por Hayek (2000), que indicaba la diferencia entre la actividad económica sometida al Estado y un sistema de competencia donde el individuo es libre, idea central planteada en su libro *Camino de Servidumbre*.

De allí se expande el llamado pensamiento neoliberal, en donde la competencia debe ser protegida por el Estado mediante reglas claras con acceso al mercado democrático y libre, a fin de satisfacer las necesidades humanas (Guillén, 2018). La propuesta de Hayek plantea que el hombre tiene absoluta libertad para acceder al trabajo que más le convenga para satisfacer sus necesidades, en una sociedad donde hay libre circulación de mercancía, incluida la mano de obra calificada y altamente especializada, donde no existan monopolios, y si hay, que no estén en manos del Estado sino de particulares (Cardoso, 2006). Hayek, con su planteamiento no sólo se limita a quitarle el rol económico al Estado, sino que propone privatizar las funciones públicas, y defiende al mercado como principal factor que organiza la vida social (Cardoso, 2006).

El 20 de enero de 1949 y ante el colapso de las potencias de Europa, el presidente Truman de Estados Unidos utilizó por primera vez el término de “áreas subdesarrolladas” para referirse al hemisferio sur. Se inicia un nuevo ciclo colonizador, donde el progreso económico se convirtió en la vía para lograr un avance social, cultural y político (Mandeu, 2018; Sarango & Saballos, 2023).

En 1961 el presidente John F. Kennedy lanza la Alianza para el Progreso (Derecho Internacional Público, 2018), que fue una forma de contrarrestar la proliferación de los regímenes socialistas luego de la Revolución Cubana de 1959. Una de sus principales medidas consistió en mejorar las condiciones sanitarias para elevar la expectativa de vida de la población. Esta fue una manera de replicar en América Latina el Plan Marshall propuesto para Europa posterior a la II guerra mundial (Maya, 2021).

A pesar de las buenas intenciones, en el fondo lo que pretendía Estados Unidos era seguir teniendo el control. Con este nuevo colonialismo los países denominados “subdesarrollados” continuaron con una nueva forma de dependencia pues los estados imperialistas se encargaron de organizar la economía y la política perpetuándose de esta manera la explotación.

El Banco Mundial (1993) y el Fondo Monetario Internacional, representando a los organismos financieros internacionales, se opusieron a los principios de equidad y justicia social como paradigmas en la reforma a la salud planteados en la Asamblea Mundial de la ONU (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978) bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”. Sus argumentos contemplan el alto costo de la atención en salud y la incapacidad de los Estados para prestarla, dejando sólo a su responsabilidad, la atención de la población más pobre, teniendo los demás que pagar para acceder a tales servicios (Venegas & Feregrino, 2022).

Colombia no fue la excepción y siguió las orientaciones dadas por los organismos financieros multilaterales en el marco de la globalización neoliberal y la desregulación del mercado (Pazo, 2021).

Con la Constitución Política de 1991 se inicia el proceso de reforma a los sistemas entre ellos el sistema de salud, definiendo la salud no como un derecho, sino como un servicio público para ser prestado por instituciones públicas o privadas. En este contexto, se crea la Ley 100 de 1993 y el sistema de seguridad social en salud se configura dentro de un modelo de aseguramiento individual privado, con evidentes impactos negativos para la salud de la población (Torres, 2014; Pazo, 2021). Aparecen las corporaciones financieras de seguros privados de salud, entidades de medicina prepagada, servicios de ambulancias, etc., con fines de lucro a prestar sus servicios, con acceso sólo para las personas con capacidad de pago. Al ubicar la salud como una actividad privada, esta se convierte en un campo de acumulación capitalista (Laurrell, 1994; Borrero-Ramírez et al., 2021; Hernández-Álvarez et al., 2021).

Los resultados de la implantación de este sistema no han sido los mejores, lo que ha llevado a movilizaciones sociales exigiendo entre otros, el mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores del sector de la salud, ya que la alta competitividad entre las empresas en un mundo globalizado, por el ofrecimiento de mejores productos y servicios, se traduce en mayores exigencias para los trabajadores (Hernández-Álvarez et al., 2021), generando situaciones de estrés (Hernández, 2018).

La pandemia de Covid-19, ha dejado al descubierto las precarias condiciones en las que trabaja el personal de la salud en Colombia. Según la Federación Colombiana de Sindicatos Médicos y la Asociación Nacional de Trabajadores (Circular No. 041 de 2021), el 80% de los profesionales de la salud, se encuentra

desprotegido. La Contraloría General de la República (2020) realizó durante la pandemia una encuesta a 12.230 profesionales de la salud encontrando que el 43% de los trabajadores están contratados por prestación de servicios, tercerizados o en provisionalidad, y el 22% manifestó que los pagos de honorarios no son puntuales. Esto ocurre tanto con los médicos en el sector público, como en el privado.–

Esta situación se ha dado desde que entró en vigor la Ley 100 de 1993 permitiendo a clínicas y hospitales subcontratar procesos para responder ante la ineficiencia del Estado, con la prestación de los servicios de salud a la población. Así, los centros médicos, como hospitales se convirtieron en Empresas Sociales del Estado (E. S. E.) que anteriormente contrataban al personal a través de Cooperativas de Trabajo Asociado (C.T.A.) y que estuvieron vigentes hasta la firma del Tratado de Libre Comercio (T.L.C.) con Estados Unidos quien puso como requisito para la firma, la eliminación de este modelo de contratación. Aparecen luego las agremiaciones sindicales encargadas de la contratación de la mayor parte de los trabajadores de la salud, en las cuales ellos son socios partícipes de los contratos, no reciben salario sino compensaciones económicas y, por lo tanto, no tienen derecho a prestaciones sociales. Las bajas remuneraciones recibidas, no son pagadas a tiempo y la cotización a la seguridad social se hace sobre un salario diferente al percibido por el trabajador, constituyéndose así un delito de elusión (Bedoya et al., 2021).

Por este motivo, el profesional médico recurre al multiempleo (Sepúlveda et al., 2023) que lo está llevando nuevamente a la esclavitud, no pudiendo cumplir su función con ética y responsabilidad pues debe adaptarse a las reglas económicas imperantes en el sistema, con horarios extendidos, limitación de envío de exámenes y medicamentos al paciente, perdiendo su autonomía. A esto se suma que, siendo el médico la imagen de la institución al momento de prestar el servicio, se vuelve el receptor del malestar del usuario ante las inconformidades que se puedan presentar (Cárdenas, 2020).

Aunque la Ley Estatutaria 1751 (2015) contempla el respeto a la autonomía del trabajador de la salud y el derecho a tener un trabajo digno y estable, como ya se ha visto, esto no se cumple. Con la Ley 1438 (2011) se prohíben las Cooperativas de Trabajo Asociado (CTA) pero sigue dándose la tercerización a través de las agremiaciones sindicales que vulneran los derechos del trabajador de la salud, precarizando su trabajo, la relación laboral y desconociendo los estándares laborales que rigen a nivel nacional e internacional (Bedoya et al., 2021).

La política neoliberal y su relación con el burnout

Como ya se ha visto, la profesión médica con la Ley 100 de 1993 experimentó una transformación importante debido a las exigencias de trabajo del modelo de seguridad social impuesto por el neoliberalismo y que dio paso a la aparición de

nuevos riesgos psicosociales en el trabajo relacionados con el estrés debido a condiciones laborales exigentes, a la precarización laboral y a los insuficientes recursos institucionales, y de personal. Ante esta situación, se generan en el individuo síntomas sicosomáticos, conductuales, emocionales y laborales y se identifica al burnout como una respuesta al estrés laboral crónico que puede generarse por la sobrecarga laboral, falta de personal, jornadas más largas, menos días de descanso o descansos interrumpidos por disponibilidades (Aguilar et al., 2020; García et al., 2023).

La primera definición de *burnout* la realizó Freudenberg en su publicación “Agotamiento del personal”, refiriéndose a la situación que él y otras personas sufrían trabajando como voluntarios del movimiento “Clínicas Gratuitas” creado en 1967 en Haight- Ashbury, San Francisco, donde atendían a población joven e indigente que llegaba con problemas de salud y adicción a drogas (Fontes, 2020) y ocurría porque quienes allí laboraban, lo hacían en el horario posterior a su trabajo habitual, causando agotamiento.

Maslach definió el burnout como un “síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre concepto y pérdida del interés por los clientes que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio” (Saavedra et al., 2021) y que se ha visto con mayor frecuencia en el personal de la salud.

El síndrome de *burnout* tiene alto impacto en los sistemas y políticas de salud pública pues produce incalculables gastos médicos a nivel mundial debido a la prescripción de medicamentos psicotrópicos, a la alta incapacidad asociada y otros problemas mentales (Chugandro et al., 2019). Fue incluido por la OMS en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) que empezó a regir desde enero del año 2022 y es considerada como enfermedad laboral (Buffon et al., 2023).

Aunque los principios de administración a nivel hospitalario contemplan que la carga de trabajo de acuerdo con las indicaciones de productividad y sistemas de calidad debe ser justa, con reconocimiento a la labor realizada, y con estímulos y recompensas dadas en un ambiente armónico, donde exista comunicación entre todos los niveles para que se favorezca la relación organización-trabajador (Palmer et al., 2005), en la práctica pocas veces se da, por el contrario, puede exacerbarse por la presión que se ejerce sobre el trabajador y que podría relacionarse a la con el cumplimiento de metas relacionadas con la productividad en el marco de políticas neoliberales, con contratos temporales (Couteiro et al., 2022) generando situaciones que pueden desencadenar un síndrome de *burnout* y de esto dan cuenta los estudios que se han realizado en profesionales de la salud sobre este tema (Buffon et al., 2023).

Desde la comisión Séptima del Senado se han presentado propuestas para

reformular el Sistema de Seguridad Social, con el objetivo entre otros, de mejorar las injustas condiciones laborales de los trabajadores de la salud y que se hicieron más evidentes durante la pandemia del COVID 19. Existe ya una normatividad que rechaza los tipos de contratación por tercerización como la Ley 1438 de 2011 que también habla del respeto por la autonomía del profesional para ejercer su labor, pero en la práctica esto no se cumple y aunque se hacen denuncias sobre estos temas, no se les presta la debida atención. Se espera que con el Proyecto de Política Pública de Talento Humano se puedan “Desarrollar estrategias que promuevan condiciones de bienestar, empleo y trabajo decentes, dignas, estables, equitativas y competitivas para el Talento Humano en Salud, caracterizadas por entornos seguros, libres de discriminación y que favorezcan el desarrollo personal y familiar”.

CONCLUSIONES

En un sistema de salud regido por el mercado, los médicos se enfrentan a dilemas éticos al tratar a pacientes cuyas posibilidades de recibir una atención adecuada dependen de su capacidad de pago, lo que genera un gran desgaste emocional por que va en contravía de la equidad y la justicia, produciendo además frustración que contribuye al desarrollo del burnout en ellos.

Frente a esta perspectiva, la Bioética se convierte en una herramienta fundamental que va en rescate de la dimensión ética de la medicina, para reorientar el ejercicio profesional hacia la justicia y el respeto por la dignidad humana. Desde sus principios la Bioética proporciona los pilares sobre los cuales deben estructurarse las condiciones tanto laborales como de salud de los profesionales y sus pacientes y deberá promover el desarrollo de políticas públicas que garanticen a los médicos condiciones laborales justas y dignas, con acceso equitativo a la salud para todos.

El síndrome de burnout como respuesta al estrés laboral crónico, puede generarse por una sobrecarga laboral, falta de personal, jornadas más largas de trabajo y menos días de descanso (Aguilar et al., 2020) como resultado de las dinámicas económicas y sociales que afectan el ejercicio de la práctica médica. Las políticas neoliberales y la injusticia social han sido determinantes de la configuración de la mercantilización de la salud, la deshumanización del acto médico y las condiciones precarias a las que se exponen los profesionales de la salud. En este sentido, la bioética debe trabajar por que se lleven a cabo las políticas públicas existentes y que promueven la justicia, la equidad, y la humanización de la atención médica, así como la promoción del trabajo digno.

El centro de reflexión bioética es la vida y esta debe ser garantizada con niveles de calidad adecuados para todos. De esta manera, aunque el paciente sigue ocupando un lugar prevalente en los estudios que adelanta el bioeticista, se debe producir un desplazamiento de su mirada para enfocarla en el profesional

de la salud.

CONTRIBUCIONES DEL AUTOR

Martha Cecilia Vivas Mercado: la autora es la única responsable de todas las fases del proceso de investigación. Esto abarca la formulación del concepto original, el diseño y desarrollo metodológico, la redacción del borrador inicial y todas las revisiones posteriores. No contó con la colaboración de coautores en ninguna etapa.

DECLARACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El presente artículo de reflexión es un texto inédito. La autora expresa no tener conflictos de interés con la institución a la cual se encuentra adscrita.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece a la Universidad del Valle por el aporte en tiempo para realizar la investigación y el artículo que de ella se deriva. De igual manera a la Universidad Militar Nueva Granada y a su Director de Tesis Giovane Mendieta Izquierdo, PhD.

REFERENCIAS

- Aguilar, M. J., Luna, J. E., Tovar, A. R., & Blancarte, E. (2020). Síndrome de burnout. Bidesarrollo y reversión de impactos en el sector de la salud del estado de Guanajuato, México. *Región y Sociedad*, 32, 1-24. doi:<https://doi.org/10.22198/rys2020/32/1308>
- Alcalá-Mercado, M. B., Mayorga-Jara, I. M., & Mendieta-Izquierdo, G. (2022). Justicia social en bioética y salud pública, el aporte a los objetivos de desarrollo sostenible. *Revista Cubana de Salud Pública*, 48, 1-28. Obtenido de <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1253>
- Bedoya, M. R., Gutiérrez, D., Ocampo, B. S., & Beltrán, J. C. (2021). El contrato sindical en Colombia: usos, efectos y ganadores. *Opinión Jurídica*, 21(44), 151-178. doi:<https://doi.org/10.22395/ojum.v21n44a8>
- Borrero-Ramírez, Y., Torres-Tovar, M., & Echeverry-López, M. E. (2021). Construcción del movimiento social en salud en Colombia, 1998-2020. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12), 1-12. doi:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00345220>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27. doi:<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Buffon, V. A., Roeder, B. L., Barros, L. L., Sobral, A. C., Simm, E. B., Bark, G. D., & Bark, S. A. (2023). Prevalência da síndrome de burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. *BioScience*, 81(2), 10-16. doi:<https://doi.org/10.55684/81.2.3>
- Cabral, O., & Márquez, F. (2017). El "buen vivir" y el no consumo como modelos de desarrollo a escala humana. *Comunicación científica y realidad social*, 17(32-1), 168-183. doi:<http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1726>
- Cárdenas, H. M. (19 de noviembre de 2020). Tercerización, la pandemia del sector salud. *Consejo de Redacción*. Obtenido de <https://consejoderedaccion.org/noticia/tercerizacion-la-pandemia-del-sector-salud/>
- Cardoso, H. A. (2006). El origen del neoliberalismo: tres perspectivas. *Espacios Públicos*, 9(18), 176-193. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67601812>
- Chugandro, A. B., Licuy, L. B., Meza, M. A., Castro, C. P., Trujillo, J. R., Proaño, C. C., . . . Guerrón, C. A. (2019). Síndrome de Burnout en médicos: abordaje práctico en la actualidad. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(1), 77-84. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/559/55959379016/55959379016.pdf>
- Circular No. 041 de 2021. (2 de noviembre de 2021). *Asociación Nacional de Trabajadores y Servidores Públicos*

- de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC). Obtenido de https://www.anthoc.org/images/pdf/2021/Nov/Circularno_041de2021-jornadanacionaldedenunciassdelsectorsalud.pdf
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (16 de marzo de 2009). *Informe de la Secretaría*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_9-sp.pdf
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. (12 de septiembre de 1978). *Declaración de Alma-Ata*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Contraloría General de la República. (5 de julio de 2020). *Comunicado de Prensa No. 087: Informe de encuesta Contraloría al personal de Salud [Comunicado de Prensa]*. Obtenido de <https://www.contraloria.gov.co/es/w/encuesta-de-la-contralor%C3%ADa-a-personal-de-la-salud-confirma-falta-de-implementos-de-seguridad-y-desventajas-laborales>
- Couteiro, M. C., Carrilho, C. C., Soares, N. M., Tolentino, M., & Freire, T. (2022). Relationship between depressive symptoms, burnout, job satisfaction and patient safety culture among workers at a university hospital in the Brazilian Amazon region: cross-sectional study with structural equation modeling. *Sao Paulo Medical Journal*, 140(3), 412-421. doi:<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0614.15092021>
- Derecho Internacional Público. (24 de marzo de 2018). *Alianza para el progreso*. Obtenido de <https://www.dipublico.org/glossary/alianza-para-el-progreso/>
- Fontes, F. F. (2020). Herbert J. Freudenberger and the making of burnout as psychopathological syndrome. *Memorandum Memória e História em Psicologia*, 37, 1-19. doi:<https://doi.org/10.35699/1676-1669.2020.19144>
- García, J. C., Espinal, L. A., Canestero, I. C., Henao, S., & Garzón, M. O. (2023). Tensiones éticas, causas y consecuencias del síndrome de burnout en el personal de salud en tiempos de la Covid-19: una revisión y análisis desde la bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 23(1), 61-84. doi:<https://doi.org/10.18359/rlbi.5816>
- Guillén, H. (2018). Los orígenes del neoliberalismo: del Coloquio Lippmann a la Sociedad del Mont- Pèlerin. *Economía UNAM*, 15(43), 7-42. doi:<https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2018.43.381>
- Habermas, J. (1985/1989). *El discurso filosófico de la modernidad*. (M. Jiménez, Trad.) Taurus. (Trabajo original publicado en 1985).
- Hayek, F. A. (2000). *Camino de servidumbre*. Alianza Editorial.
- Hegel, G. W. (1817/1965). *Principios de la Filosofía del Derecho*. (J. Vermal, Trad.) Sudamericana. (Trabajo original publicado en 1817).
- Hernández, T. J. (2018). Burnout en médicos de un hospital del sector público en el Estado de Hidalgo. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 15(2), 161-171. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722018000200161
- Hernández-Álvarez, M., Henao-Kaffure, L., Eslava-Castañeda, J. C., Vega-Vargas, M., Arrubla-Sánchez, D., Rodríguez-Ruiz, J., & Vega-Vargas, M. (2021). La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) desde una perspectiva crítica histórico-territorial. In C. Tetelboin, D. Iturrieta, & C. Schor-Landman (Eds.), *América Latina. Sociedad, Política y Salud en Tiempos de Pandemias* (pp. 71-114). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Illich, I. (1970/1985). *La sociedad desescolarizada*. (G. Espinosa, Trad.) Joaquín Mortiz. (Trabajo original publicado en 1970).
- Kant, M. (1797/1946). *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. (M. García, Trad.) Calpe. (Trabajo original publicado en 1797).
- Laurrell, A. C. (Ed.). (1994). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ley 1164 de 2007. (3 de octubre de 2007). Obtenido de Congreso de la República. Diario oficial No. 46.771: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1164_2007.html
- Ley 1438 de 2011. (19 de enero de 2011). *Congreso de la República. Diario oficial No. 47.957*. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- Ley 1751 de 2015. (16 de febrero de 2015). *Congreso de la República. Diario oficial No. 49.427*. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
- Mandau, N. (2018). *Postdesarrollo, decrecimiento y el buen vivir: Un análisis comparativo*. Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación. Obtenido de https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-82472/DT41_Nicolas_Mandau.pdf
- Marmot, M. (2009). *Presentación ceremonia de lanzamiento de la comisión sobre determinantes sociales de la salud [Presentación de conferencia]*. Organización Mundial de la Salud, Asamblea Mundial de la Salud.
- Martínez, S., & Preciado, M. L. (2009). Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios: el burnout como fenómeno emergente. *Psicología y Salud*, 19(2), 197-206.

- Obtenido de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/629>
- Maya, G. (2021). El “Plan Marshall” del gobierno colombiano. *Ensayos de Economía*, 30(57), 9-13. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2619-65732020000200009
- Mendieta, G., Joya, N. S., & Cuevas, J. M. (2019). Salud, justicia social y equidad: alternativas bioéticas para América Latina. *Revista Redbioética*, 1(19), 171-186. Obtenido de <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2019/12/RevistaBioetica19.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42231751001>
- Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Obtenido de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Obtenido de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
- Osorio, S. N. (2014). Ética para la bioética y bioética para la ética. El aporte de Iván Illich al surgimiento de una bioética global. In S. N. Osorio, C. E. Sierra, & S. Macraigne (Eds.), *La bioética a la luz de las epistemologías de segundo orden I: El aporte crítico de Iván Illich y Hans Jonas* (pp. 135-168). Universidad Militar Nueva Granada.
- Palmer, Y., Gómez-Vera, A., Cabrera-Pivaral, C., Prince-Vélez, R., & Searcy, R. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud mental*, 28(1), 82-91. Retrieved from https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000100082
- Pazo, C. A. (2021). Reflexión del discurso del bienestar y el desarrollo en el neoliberalismo. El caso en el sistema de salud colombiano. *Saúde Debate*, 45(129), 275-286. doi:<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112902>
- Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y Salud Pública. *Salud Colectiva y Salud Pública*(7), 1-15. doi:<https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.004>
- Potter, V. R. (1997). Bioética puente, bioética global y bioética profunda. En J. P. Beca, J. Acosta, G. D'empaire, J. Siquiera, & M. Kottow (Edits.), *Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 7* (págs. 21-35). Organización Mundial de la Salud, División Salud y Desarrollo Humano.
- Potter, V. R., & Potter, L. (1995). Global Bioethics: Converting Sustainable Development to Global Survival. *Medicine & Global Survival*, 2(3), 185-191. Obtenido de <https://www.ippnw.org/wp-content/uploads/2023/03/MGSV2N3Potter.pdf>
- Rodríguez, E. (2009). Temas para una bioética latinoamericana. *Acta bioethica*, 15(1), 87-93. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100011>
- Rodríguez, V. E., Noroña, D. R., & Vega, V. (2024). Relación entre sobrecarga laboral y síndrome del burnout en personal médico de Simiatug, Ecuador. *Metanoia: Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación*, 10(1), 37-53. doi:<https://doi.org/10.61154/metanoia.v10i11.3274>
- Ruiz-Taborda, J. P., Higueta-Gutiérrez, L. F., & Cardona-Arias, J. A. (2021). Reflexión epistemológica para la investigación de los proceso de determinación social de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1), 1-9. Obtenido de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/341437>
- Saavedra, I., García, J. V., Llamazares, F. J., Arbesú, E., & López, A. (2021). Grado de burnout en especialistas en formación de medicina y psicología clínica. *Educación Médica*, 22(2), 55-61. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2019.05.002>
- Sarango, L. F., & Saballos, J. L. (2023). El impacto del desarrollo y la propuesta del Buen Vivir desde los pueblos originarios del Ecuador. *Revista Universitaria del Caribe*, 30(1), 95-103. Obtenido de <https://revistas.uraccan.edu.ni/index.php/Caribe/article/view/1241>
- Sepúlveda, J., Barilari, E., Sepúlveda, R., & Molina, T. (2023). Perspectivas de los médicos y médicas del área metropolitana sobre las condiciones laborales que afectan su salud física y mental. *Cuadernos Médico Sociales*, 63(2), 111-115. doi:<https://doi.org/10.56116/cms.v63.n2.2023.1514>
- Sotto, L. T., Machado, I., Salomão, R., Ramalho, M., & Serpa, H. (2022). Síndrome de Burnout, transtornos mentais e suicídio em médicos: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(5), 1-7.

doi:<https://doi.org/10.25248/reas.e10218.2022>

- Tacumá, C. P., & Tovar, B. E. (2021). La relación entre Bioética y Salud Pública. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 21(2), 143-156. doi:<https://doi.org/10.18359/rlbi.5020>
- Torres, M. (2014). Colombia: Lucha social contra la mercantilización de la salud. En E. Espinoza (Ed.), *La lucha por el derecho a la salud en América Latina* (págs. 109-117). Alames Ediciones.
- Venegas, M. A., & Feregrino, J. (2022). Fragmentación de la gobernanza en salud: desigualdad y precarización laboral en los profesionales de la salud. *Administración y Organizaciones*, 25(48), 89-105. doi:<https://doi.org/10.24275/uam/xoc/dcs/rayo/2022v25n48/Feregrino>
- Wright, A. A., & Katz, I. T. (2018). Beyond Burnout – Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. *The New England Journal of Medicine*, 378(4), 309-311. doi:<https://doi.org/10.1056/nejmp1716845>

Artículo Preliminar Aprobado