Jangwa Pana Vol. 24 (2) | 2025 | e-ISSN 2389-7872
https://doi.org/10.21676/issn.1657-4923

BY-NC-SA

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), e6237. 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, haciendo que las herramientas utilizadas para la realización del trabajo se tornen dominantes y nocivas y acarreen 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 repercusiones en los prestadores del servicio debido a la sobrecarga de actividades, los tiempos reducidos para la atención, los recursos limitados, la precarización laboral y la presión que se ejerce sobre ellos, que pueden estar relacionadas con la aparición de eventos de salud como el *burnout*. El objetivo de este documento consiste en observar la relación entre el neoliberalismo y la injusticia social con la aparición del dicho síndrome en médicos y la manera en que la bioética reflexiona sobre estas problemáticas. Se concluye que tal disciplina 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 beginning, human beings have operated in two dimensions: the ability to transform the world (technology) and a sense of respect and justice (ethics). With the advent of the Industrial Revolution, the rise of capitalism, and the paradigm of modernity, the desire for power and wealth has taken precedence, causing the tools used for labor to become dominant and harmful, bringing about serious consequences for humanity. The neoliberal model, which reduces state involvement and promotes the privatization of health systems, has led to repercussions for service providers due to activity overload, limited time for patient care, scarce resources, job insecurity, and the pressure placed upon them. These factors may be linked to the emergence of health events such as burnout. The aim of this document is to examine the relationship between neoliberalism and social injustice with the appearance of this syndrome in physicians, and the way bioethics reflects on these issues. It concludes that this discipline is called upon to rescue the ethical dimension of medicine, guiding professional practice toward justice and respect for human dignity, and promoting the development of public policies that ensure fair and dignified working conditions for physicians.

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

* Universidad del Valle, Colombia
Correspondencia: martha.vivas@correounivalle.edu.co

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha conceptualizado el *burnout* como un síndrome crónico de desgaste profesional causado por estrés propio del contexto laboral. Se caracteriza 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 estos profesionales deben recibir una atención en salud mental y un tratamiento multidisciplinario desde su formación universitaria para reducir la incidencia de estas complicaciones (Sotto et al., 2022).

El riesgo de padecer el *burnout* se ha incrementado con la llegada de la tecnología. Así se observan casos como el de una médica de Estados Unidos que a finales de 2016 decidió cerrar su consultorio, a pesar de tener una práctica próspera, porque la historia clínica electrónica que debía diligenciar, en lugar de mejorar su eficiencia, le quitaba tiempo para sus pacientes. Tal tarea le agregaba más horas a su trabajo administrativo, de manera que su juicio clínico se veía reemplazado por una métrica impuesta por el Gobierno 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. Estudios de tiempo y movimiento muestran que, por cada hora que pasa este profesional de la salud con sus pacientes, debe 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 ligados a la productividad.

Las políticas neoliberales, asimismo, han creado condiciones laborales precarias, donde el aumento de la intensidad y la extensión de la jornada laboral (resultado directo de estas medidas) han generado un entorno propicio para el desarrollo del *burnout*, uno de los trastornos que más afectan la salud de los trabajadores (Martínez & Preciado, 2009). En el contexto colombiano, tal como ocurre en otros países de América Latina (por ejemplo, en Ecuador), el médico pasó de tener tiempo suficiente para dedicarse al paciente, realizar una muy buena valoración clínica y establecer correctos diagnósticos a cumplir con horarios exigentes que llevan a sobrecarga en el trabajo, con tiempos limitados para la consulta, lo que puede provocar errores en diagnósticos o incurrir en mala praxis (Rodríguez et al., 2024). Estas situaciones producen, a su vez, problemas a la salud, como el estrés, que pueden llevar incluso al 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, se aborda, en primer lugar, la relación entre el proceso tecno-ético y la bioética global; luego, se 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 solo desde su perspectiva económica en el contexto de la salud pública.

Seguidamente, se reflexionará sobre la incidencia de las políticas neoliberales en el sistema de salud y las condiciones laborales de los profesionales del sector. Por último, se analizará la recarga laboral como una de estas medidas estatales y sus 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 se ha desarrollado en dos dimensiones. Por una parte, está la técnica, que nos dota de posibilidades para sobrevivir; y por otro lado se encuentra la ética, que nos permite reflexionar si estos avances técnicos nos llevan o no a un modo de vida estrictamente humano, considerando que no es suficiente que el hombre logre su supervivencia, sino que esta sea digna (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 dio con los aportes de Platón y su interpretación del mito de Prometeo. Esta aproximación le permitió al filósofo 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 surge 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 Hefaistos (dios del fuego y de las artes con él relacionadas, en especial la metalúrgica) y les robó a estos 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 estos 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, solo 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 (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 desarrollado por la técnica, que dejó en segundo plano la otra dimensión. Así, empezó a primar la racionalidad instrumental sobre la comunicativa o ética (Habermas, 1985/1989).

En un segundo momento se dio 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. Por un lado, Kant construyó una moral autónoma, según la cual el hombre racional es el único juez y legislador de sus actos y, mediante la autoimposición de normas, es capaz de alcanzar su propia y auténtica libertad (Kant, 1797/1946). El ser humano es concebido como individuo, sujeto jurídico y personal moral que cumple deberes y exige derechos.

Hegel, por otro lado, 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 que garantiza su legitimidad política y que es asumida por la bioética en el contexto de una civilización tecno-lógica (Osorio, 2014).

Posteriormente, en un tercer momento Iván Illich reflexionó sobre una bioética para la ética, es decir, la emergencia de la ética global, que ya había sido considerada por Potter para abordar problemas universales que afectan la supervivencia de la humanidad y la biosfera. En su libro *Bioethics: Bridge to the Future*, Potter (Potter, Bioethics: Bridge to the future, 1971) (1971) destaca la necesidad de una ética que integrara las ciencias biológicas, los valores humanos y la conservación del medio ambiente. El autor define entonces 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, p. 29).

Illich, retomando entonces lo postulado por Potter y ante una «sociedad sin límites», plantea la posibilidad de una sociedad convivencial. En esa medida, propone que las herramientas dominantes se transformen en convivenciales de forma que el universo no se enfrente al colapso y, en definitiva, a la destrucción de la especie humana. Se trata, por tanto, de pasar de un modo epimeteico y convivencial a uno prometeico y desproporcional (Illich, 1970/1985).

En este orden de ideas, se sugiere el paso de un imperativo tecnológico, basado en el uso perjudicial de herramientas dominantes, a uno ético, que aproveche sus recursos a escala humana, transformándolos en convivenciales. Es decir, se debe buscar que los instrumentos de desarrollo de la especie, en lugar de generar dependencia o deshumanización, promuevan la autonomía, el bienestar y la cooperación en las personas. De esta manera se contará con criterios para la construcción de una bioética global donde sean 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 dentro de 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 frente a decisiones de los Estados 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 fue «Salud para todos en el año 2000». Este encuentro produjo un documento que consideró la salud como un derecho humano fundamental, basado en los principios éticos de justicia y equidad, que debía centrarse en la promoción y prevención más que en el cuidado de enfermedades. De tal manera se propuso la estrategia de atención primaria en salud (APS) como parte del desarrollo social concebido desde la 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, dirige su atención hacia la familia y a la sociedad en general (Alcalá-Mercado et al., 2022). De tal modo, es un soporte importante para la toma de decisiones en lo referente a la asistencia sanitaria, clínica o biotecnológica (Mendieta et al., 2019) en el marco de los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; Marmot, 2009).

Ahora bien, la estrategia descrita ha sido criticada en el contexto de América Latina, pues la mirada anglosajona de la que proviene no comprende la salud en su relacionamiento con la justicia social y la bioética, por lo cual no aborda ciertas problemáticas que afectan la vida de manera individual y colectiva (Rodríguez, 2009; Tacumá & Tovar, 2021). En consecuencia, las circunstancias políticas, económicas y sociales de los países subdesarrollados deben ser estudiadas de modo diferenciado a aquellas presentes en contextos más avanzados, no solo por la escasez de recursos económicos de los primeros 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 el acceso a bienes y servicios indispensables para el desarrollo del ser humano en una comunidad donde se exaltan las dinámicas de acumulación de capital. Estas últimas explican los procesos de salud-enfermedad que se dan por patrones de trabajo y consumo exagerados. Es así como ciertos soportes sociales y formas culturales inciden en estilos malsanos, generando enfermedades en los individuos de manera diferencial según 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; en su lugar, es preciso concebir cualquier patología o trastorno como una manifestación que afecta y amenaza el bienestar y crea una disarmonía tanto en el ser individual como en el colectivo. De tal manera, estas afecciones no se limitan al cuerpo del ser humano, sino que también afectan 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; también abarca los derechos que garanticen niveles de vida adecuados y con calidad para todos los seres humanos y no humanos. Esta perspectiva se alinea con lo que los pueblos indígenas han planteado desde siempre como el «buen vivir» (Sarango & Saballos, 2023), y se contrapone a la de un crecimiento económico basado en la infinitud de los recursos naturales y un mercado que absorbe todo lo producido, que jamás conducirán a un desarrollo a escala humana (Cabrales & Márquez, 2017).

A partir de estas consideraciones, es claro que los discursos bioéticos que emergen del contexto latinoamericano y distan mucho del modelo anglosajón, aunque pueden parecer utópicos, son necesarios para comprender el concepto de justicia social en países que, a pesar de ser ricos en recursos naturales, son constantemente explotados por otras naciones desarrolladas. Este enfoque resulta fundamental en esta región, donde se conjugan la ausencia de progreso, 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 se refiere a las posibilidades equitativas de acceso a un sistema de salud y permite tomar decisiones éticas que atañen a la vida. No obstante, para poner en práctica este fundamento no basta con tomar como referencia el aspecto socioeconómico, tal como ocurre en ciertos países que aplican este paradigma, pues este, 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 alcanzar 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. De esta manera, las realidades de esta región se establecen 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.

Un análisis como el propuesto permitiría superar las políticas neoliberales en las cuales se han venido desarrollando los sistemas de salud y que han afectado tanto a los pacientes como a los prestadores del servicio, no solo a nivel económico, sino también al psicosocial. De hecho, estas medidas han ejercido 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.

Colombia, en particular, cuenta con la Política Nacional del Talento humano en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), que busca promover la formalización laboral y desestimular el uso de formas de vinculación que vulneren los derechos del talento humano. Sin embargo, se siguen manteniendo prácticas de contratación que incumplen uno de los postulados de la Organización Internacional del Trabajo (OIT): el trabajo decente.

Frente a este panorama, la bioética se convierte en instrumento fundamental que puede rescatar la dimensión ética de la práctica profesional, de tal manera que se oriente hacia la justicia y la dignidad humana. Desde sus principios, esta disciplina provee un marco para cuestionar las condiciones estructurales que afectan la salud de los médicos y de los pacientes, promoviendo el desarrollo de políticas públicas que garanticen condiciones laborales justas para los prestadores del servicio y acceso equitativo a este para la población.

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

Luego de la Gran Depresión de 1929, y en un contexto caracterizado por el auge de ideologías como el fascismo o el comunismo y la implementación del modelo keynesiano, se realizó el Coloquio Lippmann, un encuentro en el que participaron, entre otros, pensadores como Friedrich Hayek, Jacques Rueff y Wilhelm Röpke. A raíz de las ideas discutidas en este espacio, surgió en 1947 la Sociedad Mont Pelerin, liderada por Hayek, quien señaló en su libro *Camino de servidumbre* (2000) la diferencia que existe entre la actividad económica sometida al Estado y un sistema de competencia donde el individuo es libre. De allí se expandiría entonces el llamado pensamiento neoliberal, según el cual la competitividad 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).

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 o ,si los hay, que no estén en manos estatales, sino de particulares (Cardoso, 2006). Con esta propuesta, dicho autor no solo se limita a quitarle el rol económico al Estado, sino que promueve la privatización de las funciones públicas y defiende al mercado como principal factor que organiza la vida social (Cardoso, 2006).

El 20 de enero de 1949, ante el colapso de las potencias de Europa, el presidente

Truman de Estados Unidos utilizó por primera vez el término «áreas subdesarrolladas» para referirse al hemisferio sur. De este modo inició un nuevo ciclo colonizador donde el progreso económico se convirtió en la vía para lograr un avance social, cultural y político (Mandeau, 2018; Sarango & Saballos, 2023).

Así pues, en 1961, el presidente John F. Kennedy lanzó 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 estrategia fue una manera de replicar en América Latina el Plan Marshall propuesto para Europa posterior a la Segunda Guerra Mundial (Maya, 2021).

A pesar de las buenas intenciones de la Alianza para el Progreso, en el fondo lo que pretendía Estados Unidos era seguir teniendo el control de la región. 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, perpetuando de esta forma la explotación de estos territorios.

Posteriormente, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, como organismos financieros internacionales, se opusieron a los principios de equidad y justicia social planteados en la reforma a la salud presentada en la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978) bajo el lema «Salud para todos en el año 2000». Los argumentos de estos entes en contra de dichos paradigmas se basaron en el alto costo del servicio y en la incapacidad de los Estados para prestarlo. De esta manera, quedó bajo responsabilidad de los Gobiernos solo la atención a la población más pobre, mientras que los demás debían 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, el país reformó, entre otros, el sistema de salud, definiendo la salud no como un derecho, sino como un servicio público que debía ser prestado por instituciones públicas o privadas. En este contexto se creó la Ley 100 de 1993, y el Sistema de Seguridad Social en Salud se configuró dentro de un modelo de aseguramiento individual privado, con evidentes impactos negativos para la salud de la población (Pazo, 2021; Torres, 2014).

Como resultado de las anteriores disposiciones normativas, aparecieron en el país las corporaciones financieras de seguros privados de salud, las entidades de medicina prepagada, los servicios de ambulancias, entre otras organizaciones con fines de lucro a las que solo podían tener acceso las

personas con capacidad de pago. En pocas palabras, al ubicar la salud como una actividad privada, esta se convirtió en un campo de acumulación capitalista (Borrero-Ramírez et al., 2021; Hernández-Álvarez et al., 2021; Laurrell, 1994).

Sin embargo, los resultados de la implementación de este sistema no han sido los mejores. La alta competitividad entre las empresas por el ofrecimiento de productos y servicios en un mundo globalizado se ha traducido en mayores exigencias para los trabajadores (Hernández-Álvarez et al., 2021), generando situaciones de estrés (Hernández, 2018). Por lo tanto, han surgido distintas movilizaciones sociales que exigen, entre otros cambios, un ajuste en las condiciones laborales dentro del sector de la salud.

Las precarias condiciones en las que trabaja el personal de la salud en Colombia quedaron al descubierto especialmente durante la pandemia de COVID-19. Según la Federación Colombiana de Sindicatos Médicos y la Asociación Nacional de Trabajadores (Circular N.º 041 de 2021), el 80 % de los profesionales del sector se encontraba desprotegido en dicha coyuntura. Asimismo, una encuesta realizada durante la pandemia por la Contraloría General de la República (2020) a 12.230 trabajadores de este servicio encontró que el 43 % estaban contratados por prestación de servicios, tercerizados o en provisionalidad, y el 22 % manifestó que los pagos de honorarios no eran puntuales. Estos hallazgos correspondían tanto al sector público de la medicina como al privado.

El anterior panorama, sin embargo, no es reciente. La subcontratación de clínicas y hospitales para responder ante la ineficiencia del Estado en la prestación del servicio de salud ha sido una práctica habitual desde que entró en vigor la Ley 100 de 1993. En un principio, los centros médicos, que operaban como empresas sociales del Estado (ESE), vinculaban al personal a través de cooperativas de trabajo asociado (CTA), una figura que estuvo vigente hasta la firma del tratado de libre comercio (TLC) con Estados Unidos, quien puso como requisito para el acuerdo eliminar este modelo. De esta forma aparecieron entonces 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 y no reciben salario, sino compensaciones económicas, y por lo tanto no tienen derecho a prestaciones sociales.

Al problema de la subcontratación se suma el de las bajas remuneraciones recibidas, las cuales además no son pagadas a tiempo. Asimismo, la cotización a la seguridad social se hace sobre un salario diferente al percibido por el trabajador, lo que constituye un delito de elusión (Bedoya et al., 2021). Por estos motivos, a menudo el profesional médico recurre al multiempleo (Sepúlveda et al., 2023), una alternativa que le dificulta cumplir su función con ética y responsabilidad pues pierde su autonomía al adaptarse a las reglas económicas imperantes en el sistema, con horarios extendidos y la limitación de envío de

exámenes y medicamentos al paciente. También ocurre que estos trabajadores, como imagen de la institución en el momento de prestar el servicio, se convierten en receptores 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, estos principios, como ya se señaló, no se cumplen. Igualmente, a pesar de que con la Ley 1438 (2011) se prohíben las CTA, la tercerización que esta figura fomentaba sigue dándose a través de las agremiaciones sindicales, que vulneran los derechos del trabajador de la salud, precarizan su trabajo y la relación laboral, e incumplen los estándares laborales que rigen a niveles nacional e internacional (Bedoya et al., 2021).

La política neoliberal y su relación con el *burnout*

Como ya se ha visto, con la Ley 100 de 1993 la profesión médica experimentó una transformación importante debido a las exigencias laborales del modelo de seguridad social impuesto por el neoliberalismo. Los requerimientos en este sistema dieron paso a la aparición de nuevos riesgos psicosociales relacionados con el estrés debido a condiciones de trabajo demandantes, la precarización laboral y los insuficientes recursos institucionales y de personal.

Los síntomas psicosomáticos, conductuales, emocionales y laborales observados en algunos profesionales de la salud han llevado a identificar al *burnout* como una respuesta al estrés laboral crónico que pueden experimentar estos médicos. Dicho síndrome se asocia entonces a factores como los ya mencionados de sobrecarga laboral, falta de personal, jornadas de trabajo extensas, menos días de descanso o descansos interrumpidos por disponibilidades (Aguilar et al., 2020; García et al., 2023).

La primera definición de *burnout* fue propuesta por Freudenberger 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. Allí, junto a sus colegas, el autor atendía a población joven e indigente que llegaba con problemas de salud y adicción a drogas (Fontes, 2020), pero observó que el personal médico presentaba fatiga en su desempeño, la cual asoció al hecho de que todos laboraban en el horario posterior a su trabajo habitual.

Maslasch, por su parte, 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). El autor especifica asimismo una mayor frecuencia de este trastorno entre el personal de

la salud.

El síndrome de *burnout* tiene alto impacto en los sistemas y las políticas de salud pública pues produce incalculables gastos médicos a nivel mundial debido a la prescripción de medicamentos psicotrópicos, la alta incapacidad asociada y otros problemas mentales (Chugandro et al., 2019). Este trastorno, además, 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).

En general, los principios de administración a nivel hospitalario contemplan que la carga de trabajo debe ser justa, de acuerdo con las indicaciones de productividad y los sistemas de calidad. Igualmente, se promulga el reconocimiento a la labor realizada, con estímulos y recompensas y un ambiente armónico, donde exista comunicación entre todos los niveles para que se favorezca la relación organización-trabajador (Palmer et al., 2005). Sin embargo, en la práctica pocas veces se aplican estos fundamentos; por el contrario, la presión que se ejerce sobre el personal puede exacerbarse con miras a cumplir las metas trazadas en el marco de las políticas neoliberales. Si a lo anterior se le suma la vinculación mediante contratos temporales (Couteiro et al., 2022), es probable que se presenten situaciones capaces de desencadenar un síndrome de *burnout*, tal como lo registran ciertos estudios con profesionales de la salud (Buffon et al., 2023).

Desde la Comisión Séptima del Senado se han presentado propuestas para reformar el Sistema de Seguridad Social con el objetivo, entre otros, de mejorar las injustas condiciones laborales de los trabajadores de la salud, que se hicieron más evidentes durante la pandemia del COVID-19. En efecto, ya existe 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, aunque, de nuevo, en la práctica esto no se cumple y no se les presta la debida atención a las denuncias al respecto.

En definitiva, 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», tal y como lo dice uno de sus objetivos.

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. Estos escenarios generan un gran

desgaste emocional en estos profesionales porque van en contravía de la equidad y la justicia, lo que puede llevar a su vez a experimentar frustración y, en últimas, al *burnout*.

Frente a esta perspectiva, la bioética se convierte en una herramienta fundamental que va en rescate de la dimensión ética de la medicina, reorientando el ejercicio profesional hacia la justicia y el respeto por la dignidad humana. Desde sus principios, esta disciplina proporciona los pilares sobre los cuales deben estructurarse las condiciones tanto laborales como de salud de los profesionales y sus pacientes, a la vez que promueve 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), condiciones que son a su vez un 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 mercantilización de la salud, la deshumanización del acto médico y las condiciones precarias a las que se exponen los profesionales del sector. En este sentido, la bioética debe trabajar para que se respeten y pongan en práctica las políticas públicas que promueven la justicia, la equidad y la humanización de la atención médica, así como el 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, su mirada también se debe desplazar en alguna medida hacia el profesional de la salud.

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, resultado de la tesis doctoral “Significado de la experiencia vivida en médicos de un servicio de urgencias en Cali, Colombia. Un estudio fenomenológico desde los principios bioéticos de justicia sanitaria y dignidad”, dirigida por Giovane Mendieta Izquierdo, PhD., en el marco del doctorado en Bioética de la Universidad Militar Nueva Granada.

REFERENCIAS

Aguilar, M. J., Luna, J. E., Tovar, A. R., & Blancarte, E. (2020). Síndrome de burnout. Biodesarrollo 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

Cabrales, 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., Espinoza, M. G., Yunga, D. R., & 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-jornadanacionaldedenunciasdelsectorsalud.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-desventajosas-condiciones-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-Ruíz, 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

Mandeau, 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_Mandeu.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. (1971). *Bioethics: Bridge to the future.* Michigan State University Press.

Potter, V. R. (1997). Bioética puente, bioética global y bioética profunda. In J. P. Beca, J. Acosta, G. D'empaire, J. Siquiera, & M. Kottow (Eds.), *Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 7* (pp. 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., Higuita-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/dcsh/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