

# MUERTE, DOLOR Y SUFRIMIENTO: CONSECUENCIAS DE LA PRECARIZACIÓN LABORAL DEL TRABAJADOR SANITARIO COLOMBIANO

*“Las enfermedades no nos llegan de la nada. Se desarrollan a partir de pequeños pecados diarios contra la Naturaleza. Cuando se hayan acumulado suficientes pecados, las enfermedades aparecerán de repente”*  
- Hipócrates de Cos

## ➤ RESUMEN

Con fundamento en cifras y testimonios que dibujan el entorno laboral y contractual de los trabajadores sanitarios en Colombia, se argumenta que la precarización laboral, a través de instrumentos jurídico políticos encaminados a flexibilizar, desregular y/o inaplicar garantías laborales, incrementa, en cuanto Factor Externo, el riesgo de padecer Síndrome de Burnout de los trabajadores sanitarios y, consecuentemente, la posibilidad de cometer errores médicos, en perjuicio de la vida y salud de los pacientes.

**Palabras Clave:** Precarización laboral, Síndrome Burnout, Error Médico.

## ➤ ABSTRACT

Through data and testimonies that contextualize the Colombian health workers labor field, this paper shows that medical error problematic, and its damages on the patients safety, is directly related with the process of labor precariousness that affects the national health workers, via politic and legal strategies directed to make flexible, deregulate and or inapply their labor warranties.

**Key words:** Labour precariousness, Burnout Syndrome, Medical Error.

## ➤ SUMARIO

**1.** Introducción. **2.** Marco Conceptual. **2.1** Precarización Laboral. **2.1.1** Instrumentos de precarización laboral de los trabajadores sanitarios en Colombia. **2.1.1.1** Contrato de Prestación de Servicios. **2.1.1.2.** Cooperativas de Trabajo Asociado. **2.1.1.3** Contrato Sindical. **2.2.** Síndrome de Burnout. **2.3.** Error Médico. **3.** Evidencia Empírica. **3.1.** Información Cuantitativa. **3.2.** Información cualitativa. **4.** Conclusiones. **5.** Referencias.

## ➤ 1. INTRODUCCIÓN

Resulta común que la vocación de muchos jóvenes sean las profesiones de la salud: sanar el dolor de otro ser humano es un impulso propio de la especie, móvil de satisfacción personal y fuente de reconocimiento social. Sin embargo, una vez los aprendices de la salud ingresan al mundo laboral en Colombia, se llevan la ingrata sorpresa de que el sistema sanitario reduce su participación al cumplimiento de objetivos eficientistas, y que las formas de contratación, retribución y carga laboral, no tienden hacia su bienestar.

El estrés propio de convivir con la muerte y dolor, objeto profesional del trabajador sanitario, es profundizado por la sobre carga de horarios de trabajo extenuantes con poco descanso (aspectos latentes desde las prácticas previas a la obtención del título), inestabilidad de empleo, baja retribución salarial y prestacional, e imposibilidad de asociación y reivindicación sindical efectiva. Condiciones adversas que expone al trabajador de la salud a enfermar de Síndrome de Burnout: padecimiento psicomotriz que conduce a la pérdida progresiva de energía, desmotivación, ansiedad, depresión y falta de interés por el trabajo; en suma: reduce la calidad de su prestación laboral.

Esta es una enfermedad que aflige al trabajador de cualquier tipo de rama productiva o de servicios, que sufra de estrés crónico generado por un ambiente laboral hostil. No obstante, los trabajadores cuyo oficio implica atención de usuarios o clientes, como los sanitarios, tienen mayor riesgo de padecerlo (Maslash y Jackson, 1986; Grau, Armand, Suñer, Rosa, & García, María M., 2005; Morales y Murillo, 2015; Aldrete Rodríguez<sup>1</sup>, Navarro, González, y Pérez, 2015).

Bien podría hacerse una reflexión deductiva exponiendo las condiciones objetivamente precarias enarboladas por los instrumentos de flexibilización y desregulación en Colombia, a fin de indicar que cualquier trabajador en estas condiciones disminuye la calidad de su actividad laboral; sin embargo, la utilidad de la categoría del Síndrome de Burnout, propia de la psicología clínica, radica en la causalidad científicamente corroborada entre su manifestación, y la ocurrencia de errores en la práctica profesional médica (en el texto se dará cuenta de las investigaciones más relevantes sobre el tema). Igualmente, la etiología de la enfermedad, esto es las causas que explican su diagnóstico, cuenta con una

delimitación empírica coincidente con el entorno instituido por la precarización laboral que afecta la mayoría de los trabajadores de la salud en Colombia.

Se dará cuenta de información cuantitativa (encuestas a trabajadores de la salud), y cualitativa (entrevistas a prestadores sanitarios), a fin de demostrar que los médicos generales, especialistas, rurales, enfermeros y enfermeras, camilleros y demás trabajadores de la salud en Colombia, presentan un descontento generalizado con sus formas de contratación, remuneración, carga laboral y estabilidad del empleo: Factores Externos propicios para la configuración del cuadro sintomático del Síndrome de Burnout que incrementa el riesgo de cometer errores en el servicio (Campo y Ortegón, 2012; Blanco, Ribeiro, Ayuso, Crespo y Mena 2016; García, Jiménez, Riaño y Umbarila, 2018).

El impacto de los errores médicos sobre la vida y salud de los pacientes es de importantes proporciones: de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (2019), los eventos adversos (consecuencias del error médico), representan una de las 10 principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Según la entidad internacional, en hospitales de países de ingresos bajos y medianos, como Colombia, al año se producen 134 millones de eventos adversos, de los cuales 2.6 millones resultan en muerte, 83% de los pacientes que sufren daños al interior de un centro hospitalario de estos países se podían prevenir, y el 30% de los mismos se asociaron a la muerte. Además, cuatro de cada 10 pacientes en estos países, sufren daños en la atención primaria y ambulatoria relacionados con el diagnóstico y prescripción de medicamentos.<sup>1</sup>

El estudio IBEAS, sobre la Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, señaló, para Colombia, una incidencia del 13,1% de errores médicos en los pacientes atendidos en centros hospitalarios. Indicó el informe que el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento (Ministerio de Sanidad e Igualdad Social de España, 2010).

---

<sup>1</sup> Indica el mismo informe que los errores en medicación cuestan al menos 42 mil millones de dólares anuales al PIB mundial. Además, cerca de 7 millones de pacientes quirúrgicos sufre complicaciones cada año y 1 millón muere durante una intervención o después de ella (Organización Mundial de la Salud (2019).

Comprender la magnitud de la problemática puesta en consideración, implica trascender el análisis de los hechos fácticos de su manifestación concreta; por lo tanto, el presente estudio, además de nutrirse con saberes propios de las ciencias de la salud con el abordaje de la enfermedad del “quemado”<sup>2</sup>, hará una mirada del contexto político, jurídico y económico de la relación médico-paciente, no solo a nivel local: los hilos que tejen el ambiente de trabajo hostil del personal de la salud, y el subsecuente riesgo de error, tienen como punto de partida los ejes de poder global. Sanar y paliar el dolor, como hecho social permanente a lo largo de la historia, es determinado por los valores y principios económicos y políticos imperantes de su época.

Se abordará la cuestión de los errores cometidos por prestadores de servicios sanitarios como una problemática agravada por el proceso histórico, crónico y actual de precarización laboral, que flexibiliza las formas de contratación a fin de esquivar normatividad laboral, y desregulariza, de facto o derecho, aquellas normas garantistas al trabajador sanitario colombiano. En distintas conceptualizaciones y estudios de la materia, se ha señalado, de manera sucinta y general, que las circunstancias precarias de trabajo (condiciones de trabajo extremo, sobrecarga horaria, inestabilidad del empleo, imposibilidad de resistencia sindical y baja remuneración) operan como factor de riesgo de estrés laboral y errores médicos (Campo y Ortegón, 2012; Blanco, Ribeiro, Ayuso, Crespo y Mena 2016; García, Jiménez, Riaño y Umbarila, 2018), sin embargo, no se ha hecho foco en los causantes jurídico-políticos del sufrimiento de los prestadores sanitarios que tanto dolor y muerte ocasiona en los pacientes.

El modelo económico neoliberal, implementado en el país desde los años noventa, desarrolló políticas de flexibilización y desregulación en perjuicio de garantías de los trabajadores, y promovieron modelos de vinculación como el contrato de prestación de servicios, las Cooperativas de Trabajo Asociado, o el Contrato Sindical. Esta precarización laboral representó un impacto negativo en la capacidad física, emocional y conductual del prestador de salud. Por lo tanto, se hará reseña de los antecedentes jurídicos que incrementan el estrés y sufrimiento los trabajadores de la salud (y el contexto político que le dieron

---

<sup>2</sup> Síndrome de Burnout en español. La literatura sobre el tema, al igual que el presente artículo, le dan uso semejante.

cabida), con referencia a información estadística que indicará el devenir histórico en las últimas décadas de la contratación del trabajador sanitario colombiano y su marcada tendencia a padecer estos instrumentos de precarización laboral.

Así, apoyado en información cuantitativa y cualitativa que evalúa las condiciones laborales de los trabajadores en Colombia, el presente trabajo aportará al debate un análisis explicativo de cómo los instrumentos de precarización laboral, vigentes en el país desde hace tres décadas con las políticas de apertura económica, diseñan las circunstancias precarias de trabajo que hacen sufrir al personal sanitario colombiano a causa del síndrome Burnout, e incrementan los daños en la vida y salud del paciente.

## ➤ **2. MARCO CONCEPTUAL**

Como hilo conductor de la problemática planteada, se conceptualizarán las categorías de Precarización laboral, Síndrome de Burnout y Error Médico, relacionadas consecuentemente, pues la aparición de este último corresponde, en proporción considerable, a un síntoma clínico desencadenado por la precarización laboral, que a partir de la degradación de las condiciones de trabajo, correa el carácter del trabajador de la salud, y propicia la aparición del trastorno psicológico en mención y las fatalidades que le devienen.

### **2.1. PRECARIZACIÓN LABORAL**

La precarización laboral parte de un proceso previo de precariedad, es decir, un contexto de desarticulación e inseguridad social, donde los vínculos identitarios construidos a partir de prácticas simbólicas sostenidas y previsibles, se diluyen ante una realidad cambiante y avasallante, cuyas transformaciones atienden a la maximización de la productividad, en detrimento del bienestar social y zonas de protección de la población, especialmente la trabajadora.

Precisamente, esas zonas de protección son, entre otros, los derechos laborales individuales y colectivos plasmados en constituciones y ordenamientos jurídicos, producto de un hilo histórico de lucha, cuyo eje homogeneizador ha sido la identidad socio-económica

del conglomerado de resistencia. Identidad de clase que resulta socavada ante el desvanecimiento de las condiciones objetivas que dieron lugar a su existencia.

La precariedad laboral implica un estado vital constante de inseguridad, fragilidad, escasez e insatisfacción (Le Blanc, 2007), identificable en la experiencia latinoamericana a partir de la implementación de las políticas neoliberales que hubo lugar en el continente (Dasten, 2014) desde hace tres decenios.

Hacia finales de la década de 1980, en Estados Unidos se constituyeron una serie de políticas económicas a ser tomadas por los países considerados capitalistas, en especial las naciones en vía de desarrollo de América Latina, que, bajo la promesa de avance económico, fungieron como escenario de experimentación de las nuevas teorías (Jaramillo, 2010). La división internacional de la producción y el trabajo, proyectada en el Consenso de Washington y desarrollada a través de entidades con poder de influencia como el Banco Interamericano de Desarrollo o el Fondo Monetario Internacional (Isaza, 2003), se fundamentó en la liberalización de los medios productivos y de servicios (incluyendo los públicos y esenciales) del Estado, para ser administrados y usufructuados por privados, amparados en un ordenamiento jurídico laxo, desprendido de aquellas normas que dificulten el libre intercambio de bienes y servicios.

Colombia no fue ajena a esta reestructuración económica y política. A partir de la ley 100 de 1993, los servicios sanitarios pasaron a ser ofrecidos y administrados mayoritariamente por el sector privado. De acuerdo al profesor Jaime Gañán, este giro implicó un menoscabo en el derecho fundamental a la salud y dignidad humana, pues su materialización se diluyó en la contraproducente predilección del sistema sanitario por la libertad económica y de empresa (Gañán, 2009). Además,

“la Ley 100 de 1993 afectó la contratación de los empleados del sector, ya que la introducción de la competencia en el mercado de aseguramiento y de prestación de los servicios de salud generó incentivos para que estas empresas buscaran rentabilidad o sostenibilidad financiera mediante varios mecanismos, entre ellos la minimización de costos totales.” (Acosta, Becerra & Mejía, 2009, p. 120)

Así, la edificación del nuevo sistema de salud se acompañó de políticas flexibilizadoras y desreguladoras de estructuras jurídicas garantistas, en perjuicio del bienestar del personal sanitario. Los derechos adquiridos luego de años de lucha y

reivindicación, se han diluido en un proceso aún vigente. Dignificar al trabajador, integralmente, en el contexto mundial de globalización actual, implica gasto fiscal a expensas del superávit mercantil, así que los postulados normativos que tiendan a ese fin, son objeto de transformación, desaparición o simplemente son inaplicados.

La precarización laboral en Colombia ha sido un proceso histórico encaminado a la degradación y pérdida de protecciones de carácter laboral y social, cuya manifestación jurídico política tiene doble arista: flexibilización y desregulación. La primera se entiende como la reducción de derechos a través de la expansión del trabajo informal, mecanismos de subcontratación que afectan el trabajo formal como esquema central de las relaciones laborales, y evaden la normatividad favorable al trabajador. (Lozano, 1998). La ley 50 de 1990, en Colombia, representa el primer paso en la flexibilización de la fuerza productiva (Isaza, 2003).

Por su parte, la desregulación alude al proceso derogatorio, de facto o derecho, de aquellas normas laborales que representan obstáculos de productividad para los empleadores, sustituidas, generalmente, por normas de carácter civil o mercantil (Malespín, 2002). A diferencia de la adecuación normativa que implica la flexibilización, la desregulación apunta a la inaplicación de facto y a la eliminación normativa a cargo del legislador o, dado el caso, el poder presidencial reglamentario.

La precarización laboral que afecta la salud y bienestar de los trabajadores sanitarios, se ha relacionado con la aparición del Síndrome del quemado (Campo y Ortigón, 2012; Blanco, Ribeiro, Ayuso, Crespo y Mena 2016; García, Jiménez, Riaño y Umbarila, 2018). Por lo tanto, es claro que el desmonte de situaciones favorables, la vinculación de personal por medio de Contrato de Prestación de Servicios, Cooperativas de Trabajo Asociado y Contrato Sindical, propicia afectaciones físicas, emocionales y conductuales en los trabajadores de la salud propios de la enfermedad en cuestión.

### **2.1.1. INSTRUMENTOS DE PRECARIZACIÓN LABORAL DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS EN COLOMBIA**

El proceso de precarización laboral de los trabajadores del sistema sanitario en Colombia, desde la década de los noventa hasta la fecha, se ha adelantado de manera lineal y sistemática a través de instrumentos jurídico-políticos concretos e identificables en la temporalidad mencionada.

La ley 50 de 1990 implementó cambios estructurales en la legislación colombiana tendientes a disminuir, flexibilizar y desregular una serie de garantías otrora vigentes en el ordenamiento jurídico: se dio vía libre para los contratos a término fijo, pérdida de retroactividad de las cesantías y de parámetros claros de despidos colectivos, modificación de los montos de indemnización por despido injusto, pérdida de la acción de reintegro en los casos de despidos injustos con más de diez años de antigüedad, entre otras (Bedoya y Caruso, 2006).

Francisco Posada de la Peña, ministro de Trabajo del gobierno Gaviria (1990-1994), sobre dicha reforma laboral, sintetizó la finalidad político económica que hasta la actualidad sigue encaminando el devenir de la contratación laboral del país:

“Es uno de los pasos trascendentales que ha dado el país en la búsqueda de unas condiciones que le permitan a nuestra nación incorporarse en el mercado internacional, acomodar también toda nuestra estructura a la política de apertura económica” (Jaramillo, 2010, p. 63).

Asimismo, según indica Isaza Castro (2003), el fenómeno del desempleo a finales de los noventa e inicios de los dos mil fue una de las razones justificantes de la reforma laboral de 2002, en cuanto muchos empresarios se abstenían de contratar de la manera tradicional, pues implicaba correr con responsabilidades patrimoniales y jurídicas en detrimento de la productividad. La Ley 789 del año en mención, redujo la jornada nocturna (y su consecuente recargo), bajó el recargo por trabajo dominical y festivo, disminuyó las indemnizaciones por despido sin justa causa, eliminó la naturaleza laboral del contrato de aprendizaje y la obligación de aportes parafiscales de personas privadas de la libertad, entre otras medidas desregulatorias.

Desde los años noventa, garantías que se consideraban pétreas para el trabajador bajo el principio de progresividad y no regresividad de derechos laborales, se han desvanecido, ya sea por reducción y/o eliminación directa de derechos, o reinventando instituciones jurídicas que, no obstante superan el examen de constitucionalidad, en la praxis esquivan obligaciones



patronales: modalidades de contratación como las Cooperativas de Trabajo Asociado, la incidencia desproporcionada del Contrato de Prestación de Servicios, o el uso contemporáneo del Contrato Sindical, fenómenos que serán desarrollados a continuación, son ejemplos paradigmáticos que, según indican cifras, han precarizado de manera especial al personal sanitario colombiano, en desfavor de su salud mental y capacidad profesional.

### **2.1.1.1. CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

El Contrato de Prestación de Servicios es un modo de relación jurídica fundamentada en la ejecución de ciertas actividades temporales a cargo de una persona natural o jurídica independiente y autónoma, a cambio de una retribución monetaria por parte del beneficiario del servicio. No hay subordinación patronal, por lo que el régimen aplicable es el civil o comercial, según la vocación de las partes y/u objeto contractual (Anaya, Andrade, Herazo y Sánchez, 2014).

La regulación del contrato de prestación de servicios se desprende del artículo 1495 del Código Civil (Ley 57 de 1887), el cual de manera amplia le define como un acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa; asimismo, el artículo 34 del Código Sustantivo de Trabajo indica que el contratista independiente puede ser persona natural o jurídica que acuerda “la ejecución de una o varias obras o la prestación de servicios en beneficios de terceros, por un precio determinado, asumiendo todos los riesgos, para realizarlos con sus propios medios y con libertad y autonomía técnica y directiva.”

La contratación por servicios se ha convertido en un instrumento de precarización laboral, pues muchos empleadores lo usan para vincular personal permanente en actividades misionales, y así evitar el reconocimiento y pago de seguridad social, vacaciones, prestaciones sociales y demás auxilios, socavando las condiciones económicas de los contratistas (Echevarría, 1997). Además, derechos como la estabilidad laboral reforzada, libertad de terminación contractual, o principios como *in dubio pro operario* y continuidad laboral, le son esquivos a quienes trabajan con este medio.

El artículo 53 de la constitución política, que habla del principio de la primacía de la realidad sobre las formas, ha emergido como el principal mecanismo de resistencia cuando

contratantes pretenden simular una relación laboral. Acudir a instancias judiciales para reclamar derechos no reconocidos en el contrato de prestación de servicios se ha vuelto una cotidianidad en los despachos laborales del país: de corroborarse que efectivamente hay subordinación de un servicio personal, intermediada por una remuneración, será aplicable el régimen laboral desde el nacimiento de dicha relación jurídica, según lo indica la Corte Constitucional en jurisprudencia de unificación:

“(…) lo que en realidad debe tenerse en cuenta es la relación efectiva que existe entre trabajador y empleador, y no lo que se encuentre consignado en un contrato, pues lo escrito, puede en ocasiones resultar contrario a la realidad. De esta manera, un contrato llamado de prestación de servicios, puede esconder una verdadera relación laboral.” (SU 448 de 2016).

Si bien es cierto que el contrato de prestación de servicios es una figura jurídica legal y constitucional, apta para aquellas situaciones donde la labor está determinada y no implica continuidad, el inconveniente reside en la desproporcionada instrumentalización que hacen los contratantes (estatales y particulares) para evitar la configuración de relaciones laborales y los derechos que devienen de ella; de acuerdo a datos de la Encuesta de Satisfacción Laboral de Trabajadores de la Salud (Colegio Médico Colombiano, 2019), la incidencia de este modelo de contratación en el personal sanitario es muy alto. En páginas posteriores se compartirán estas cifras.

El menoscabo de derechos de seguridad social y prestacionales, anudado a la sensación de inestabilidad del empleo y desventaja en relación a colegas contratados formalmente, repercuten severamente en el bienestar físico, psicológico y ocupacional de los trabajadores de la salud vinculados a través de este medio, y representan causas externas que desencadenan la enfermedad de Burnout.

### **2.1.1.2 COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO (CTA)**

El cooperativismo, fundamentado en el pensamiento utópico socialista, ideado hacia la obtención de metas comunes a partir del aporte equitativo y democrático de sus integrantes (Bedoya y Caruso, 2006), nada tiene que ver con el uso que se le ha dado para la vulneración de beneficios laborales adquiridos y consolidados en la constitución.

Sin embargo, las Cooperativas, existentes en el ordenamiento jurídico colombiano desde 1931 (Ley 134), pasaron relativamente desapercibidas en la dinámica productiva del

país; resurgieron a partir del proceso de apertura económica, enunciado por el ex ministro de trabajo Francisco de la Peña en la cita traída a colación.

A través de la Ley 79 de 1988, y el Decreto 468 de 1990, quedó permitida la vinculación abusiva de personal permanente a través de las CTA, pues se negó que los trabajadores tuvieran relación laboral con la Cooperativa (ni con el tercero beneficiario) y señaló el régimen aplicable a la materia: manifestación paradigmática de la estrategia neoliberal de desregulación laboral.<sup>3</sup> La Sentencia de Constitucionalidad 211 de 2000, reiteró la directriz precitada:

“Las cooperativas de trabajo asociado se diferencian de las demás en que los asociados son simultáneamente los dueños de la entidad y los trabajadores de la misma, es decir, que existe identidad entre asociado y trabajador. Siendo así no es posible hablar de empleadores por una parte, y de trabajadores por la otra, como en las relaciones de trabajo subordinado o dependiente. Esta la razón para que a los socios-trabajadores de tales cooperativas no se les apliquen las normas del Código Sustantivo del Trabajo, estatuto que regula solamente el trabajo dependiente, esto es, el que se presta bajo la continuada dependencia o subordinación de un empleador y por el cual el trabajador recibe una retribución que se denomina salario.” (C 211 de 2000).

Así las cosas, quedó firme el sostén jurídico que sirvió para intermediar la contratación de los trabajadores asociados y desviar las obligaciones de una contratación directa. Las CTA se dispararon: según datos de la Confederación de Cooperativas de Colombia (CONFECOOP), en 1989 (a un año de vigencia de la ley 79) existían apenas 306 de estas organizaciones, hacia el año 2000 había reportadas 732, y para el 2008 (posterior a normas y jurisprudencia favorable) pasaron a la exponencial cifra de 3903<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> “En las cooperativas de trabajo asociado en que los aportantes de capital son al mismo tiempo los trabajadores y gestores de la empresa, el régimen de trabajo, de previsión, seguridad social y compensación, será establecido en los estatutos y reglamentos en razón a que se originan en el acuerdo cooperativo y, por consiguiente, no estará sujeto a la legislación laboral aplicable a los trabajadores dependientes (...)” (Artículo 59 Ley 79 de 1988).

<sup>4</sup> Misma tendencia para la cantidad absoluta de trabajadores asociados: en el 2000 había poco más de 50.000 vinculados a través de CTA, para el 2008 (posterior a la sentencia de exequibilidad sobre el postulado jurídico que cataloga a los trabajadores asociados como no trabajadores), de acuerdo a la misma fuente, 540.000. Un asombroso crecimiento del 1000% (CONFECOOP, 2009).

Las entidades receptoras del personal asociado incrementaron su productividad, en detrimento de derechos de carácter patrimoniales de estos<sup>5</sup>. Igualmente, fue considerable la incidencia del fenómeno de las CTA en el sector salud, según lo indica la misma CONFECOOP:

“(..) allí se ubica el 9% de las cooperativas de trabajo asociado (351 entidades) y el 7% de los asociados (37.650 personas)<sup>6</sup>. En esta materia las cifras confirman una tendencia reciente del sector salud, público y privado, consistente en dejar en manos de terceros la realización de ciertas actividades propias del ejercicio de la práctica médica, en este caso en manos de trabajadores asociados en cooperativas.” (CONFECOOP, 2009, p. 27).

No obstante, atendiendo a dinámicas geopolíticas, para suscribir el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos, el gobierno americano le exigió a Colombia cesar la precarización laboral a la que estaban sometidos trabajadores de diversos sectores económicos a través de figuras como las CTA, pues representaba una competencia desleal con los bienes y servicios producidos en suelo estadounidense, cuya mano de obra era recompensada con unos mínimos de dignidad que, evidentemente, no eran observados en Colombia (Portafolio, 2009); por lo tanto, se expidió la Ley 1233 de 2008, que prohibió el suministro de mano de obra subordinada por parte de las CTA a usuarios o terceros beneficiarios del servicio, a la manera de un empleador. El siguiente gráfico ilustra con precisión la incidencia de las normatividades citadas sobre la creación de Cooperativas de Trabajo Asociado a través del tiempo:

---

<sup>5</sup> “(...) los trabajadores asociados ganan mucho menos que sus homólogos asalariados. El 64% de ellos devenga una compensación equivalente a un salario mínimo, y el 99% es potencial beneficiario de los subsidios de su CCF ya que su remuneración básica es inferior a los 4 salarios mínimos. Los asociados con compensación superior a 1.632.000 pesos mensuales en 2006 son apenas el 1% de todos los trabajadores de las CTA. En cambio, para los demás trabajadores asalariados afiliados a las CCF la distribución según rangos de salarios es mucho menos sesgada hacia el valor mínimo establecido legalmente: el 31.3% de ellos gana un salario mínimo y el 10.5% más de 1.632.000 pesos mensuales (...) Del total de las 3.296 CTA que presentaron a tiempo sus estados financieros del año 2006, el 40% proporcionó información de compensaciones ordinarias y sólo el 23% reportó haber hecho pagos por concepto de cesantías o primas o vacaciones.” (Observatorio del mercado de trabajo y la seguridad social, Universidad Externado, 2017, p.p. 22-23.)

<sup>6</sup> Según registros de la Cámara de Comercio, los datos consolidados de la CONFECOOP estarían desfasados: tres cuartas partes de las cifras reales de CTA registradas, no fueron reportadas a la Confederación (CONFECOOP, 2009).



Fuente: Observatorio CONFECOOP, 2009.

A pesar de haberse detenido el carrusel de las CTA, como se verá en la Encuesta de Satisfacción Laboral, un importante porcentaje de personal sanitario sigue vinculado a través de esta figura, hoy más controlada y limitada, pero vigente. Acertado afirmar, entonces, que el personal sanitario, dadas las condiciones de trabajo que brinda esta modalidad de contratación, no cuenta con un ambiente sano de labor, no tienen instrumentos de participación y confrontación sindical, sufren inestabilidad, movilidad de empleo y les resulta esquivada la responsabilidad patronal propia de la contratación directa y formal. Elementos que socavan el bienestar mental del trabajador.

### 2.1.1.3. CONTRATO SINDICAL

Entorpecido el lucro fraudulento de empleadores y administradores de CTA (2008), el Contrato Sindical emergió como alternativa que, para la fecha, según expertos en la materia, ya se percibía como instrumento de deterioro laboral:

“la pugna entre el contrato sindical y las CTA es esa: a ver quién paga menos fuerza de trabajo, para poder ganar más. En estas condiciones el aumento y ampliación de la precarización laboral va parejo a una mayor volatilidad en los empleos y con ello una sensible reducción de los costos laborales para las diferentes clases de empresarios” (Urrea, 2007, p. 20)

El Contrato Sindical, al igual que las Cooperativas de Trabajo Asociado, es una institución jurídica que ya integraba el ordenamiento colombiano antes del uso desmedido y

fraudulento<sup>7</sup> que devino de la expedición de nuevas normas que encaminaron la materia hacia la vinculación flexible y atípica. Conforme al Código Sustantivo del Trabajo, es un contrato de carácter colectivo que suscriben uno o más sindicatos con uno o más empleadores (o sindicato patronal) para la prestación de servicios o la ejecución de una obra por medio de sus afiliados, el cual debe ser depositado en el Ministerio de Trabajo a más tardar quince días después de su firma (Código Sustantivo del Trabajo, artículo 482).

Sin embargo, el origen político de la figura se remonta hacia 1930, cuando braceros de puertos fluviales, especialmente del río Magdalena se asociaron para fijar tarifas de sus labores, cuya contratación se realizó con lo que se conoce como Contrato Sindical. Posteriormente, se consolidó como un mecanismo a través del cual los trabajadores asociados tendrían prioridad de selección en la prestación de servicios y obras concretas y eventuales a empresas con las que ya contaban una vinculación (Barona, 2019). Un beneficio mutuo, en cuanto los empleadores no tendrían que buscar el personal externamente, con las complejidades organizacionales y contractuales que ello representa, y los trabajadores podrían devengar un ingreso extra de labores propias de su lugar de trabajo.

A excepción de las regiones y zonas productivas concretas, el devenir del Contrato Sindical fue prácticamente inadvertido durante ocho décadas, hasta que el Decreto 1429 de 2010 resignificó la figura, a expensas de garantías de los trabajadores y la desnaturalización del sindicalismo; el presidente de ese entonces, Álvaro Uribe, abanderó el giro hacia un sindicalismo participativo y colaborador con el empleador<sup>8</sup>.

La Corte Constitucional, en Sentencia T-457 de 2011, sobre la posibilidad de que el Contrato Sindical devenga en relación laboral, indicó que no, porque “no existe el elemento esencial de la subordinación propio del contrato de trabajo. El afiliado partícipe durante la ejecución del contrato sindical compone el sindicato y se encuentra en un plano de igualdad

---

<sup>7</sup> De hecho ya existía como institución jurídica desde la ley 83 de 1931, que se desarrolló posteriormente en el Decreto 2350 de 1944, y que a la postre recogió el CST.

<sup>8</sup> “(...) ha servido hoy este Primero de Mayo de marco para entregar a los compatriotas un nuevo instrumento de impulso al sindicalismo de participación: el Decreto que reglamenta el contrato sindical; esto es, el contrato entre la organización sindical y la empresa. Lo llamaría yo, en el lenguaje de la economía y de la administración moderna, un contrato para facilitar que labores que tenga que tercerizar la empresa, las tercerice con la organización sindical; que sean los propios trabajadores, los actores de este contrato.” (Álvaro Uribe Vélez al término del Consejo Comunal de Gobierno número 285, 1° de mayo de 2010).

con éste”. A su vez, el Decreto 36 de 2016 atribuyó obligaciones al sindicato que en una relación de trabajo normal serían propias del empleador, como la consignación de la seguridad social de los asociados partícipes.

El mandato neoliberal de la flexibilización laboral, propio del entorno económico y político de la apertura económica, fue la causa de la resignificación que del Contrato Sindical se hizo (Muñoz, 2018); la correlación temporal entre la prohibición de las Cooperativas de Trabajo Asociado, y la deformación de la intencionalidad primigenia del Contrato Sindical, ambos hechos acaecidos en el mismo gobierno que apoyaba abiertamente la contratación flexible, es ineludible.

Es de resaltar el impacto del “nuevo” Contrato Sindical en el sector salud a partir del año 2010 (año en que las CTA tendrían verdadero control por la entrada en vigencia de la Ley 1233 de 2008): de los 9706 contratos sindicales celebrados entre 2010 y 2019, se halló que este sector, con 9026, aglutina el 93% de los mismos; igualmente, se identificó que los sindicatos que recurren con mayor frecuencia son agremiaciones de la salud<sup>9</sup> (Ministerio del Trabajo, 2019).

El Estado colombiano ha demostrado su compromiso con las políticas de precarización laboral, no solo desde la configuración de normatividad: su participación es directa y activa<sup>10</sup>: las 5 entidades con más contratos sindicales suscritos en la misma temporalidad, son Empresas Sociales del Estado<sup>11</sup>, 47,5% de la totalidad.

El uso del Contrato Sindical acaecido en Colombia desde el Decreto 1429 de 2010, es una forma de flexibilización e intermediación ilegal que socava los derechos individuales y colectivos en relación a empleados vinculados directamente; asimismo, deconstruye la

---

<sup>9</sup> Entre 2010 y 2019, los cuatro sindicatos con más Contratos Sindicales suscritos fueron todos del sector salud: ASOCIACIÓN GREMIAL ESPECIALIZADA EN SALUD DEL OCCIDENTE (AGESOC) con 1821, ASOCIACIÓN DE SERVIDORES DEL SECTOR SALUD (ASSS) registró 1561, SINDICATO COLOMBIANO DE TRABAJADORES INTEGRADOS DEL SECTOR SALUD (INTEGRASALUD) suscribió 500, y el SINDICATO DE GREMIO DE LA SALUD (SINTRACORP) reportó 309 contratos sindicales. Entre los cuatro sindicatos en mención, se concentra el 42% de la totalidad de convenciones contabilizadas para el período en mención.

<sup>10</sup> De la misma muestra de 9706 contratos, 93,4% pertenece al sector público, mientras apenas el 6,6% son convenciones colectivas suscritas con empresas privadas.

<sup>11</sup> RED DE SALUD LA LADERA E.S.E (1286 Contratos Sindicales suscritos entre 2010 y 2019), RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E (703), RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E (703), RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E (691), RED DE SALUD DEL SUR ORIENTE E.S.E (320), HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E (243).

identidad de los asociados, pues ya no se identifican con la clase social trabajadora y sus mecanismos de resistencia: sus plataformas de lucha histórica han devenido en asociaciones con funciones de bolsa de empleo (Semillero Asuntos del Mundo del Trabajo, 2019).

Independientemente de la herramienta jurídica, el Estado colombiano ha reinventado su ordenamiento jurídico a fin de sostener el proceso de precarización laboral iniciado en los años noventa: la instrumentalización que del contrato sindical se hace en la actualidad, posterior a la prohibición del uso fraudulento de las Cooperativas de Trabajo Asociado, el fenómeno de la contratación por servicios, y un Sistema General de Seguridad Social que prioriza el negocio sobre la vida (Gañán, 2009), dan muestra de los principios que rigen la polít jurídica del país desde hace treinta años, en perjuicio de la calidad del servicio sanitario.

Queda consolidado, de esta manera, la precarización crónica del trabajador de la salud, óptima para la manifestación del síndrome burnout y los consecuentes errores en el servicio. La información cualitativa y cuantitativa que se compartirá más adelante, dejará en evidenciará el ambiente laboral hostil que habitan los trabajadores de la salud vinculados a través de esta figura.

## ➤ 2.2. SÍNDROME BURNOUT

El tipo de estrés generado por la carga de trabajo hostil, se conoce como Síndrome de Burnout. Conceptualizado por el médico Herbert Freudenberger en 1974, observó que en la clínica que trabajaba en Nueva York algunos trabajadores presentaban pérdida progresiva de energía, motivación e interés por el trabajo, junto con síntomas de ansiedad y depresión, y lo atribuyó a un tipo de padecimiento nunca descrito hasta entonces: estrés producto del trabajo agotador (Freudenberger, 1974).

En la década de los 80 las psicólogas Maslach y Jackson describieron el síndrome como respuesta al estrés laboral crónico, generalmente en individuos cuyo trabajo implicara atención o ayuda de personas, conduciéndolo al Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal (Maslach y Jackson, 1986). El Agotamiento Emocional consiste en la carencia de energía y recursos emocionales ante los estímulos externos, poca motivación en la interacción con el cliente, usuario o paciente; la



Despersonalización hace referencia a conductas negativas con el entorno de trabajo, una actitud fría, y lejana con usuarios, clientes y/o pacientes; por su parte, la Baja Realización Personal es el descontento e insatisfacción con el trabajo, escepticismo sobre la capacidad profesional, carencia de expectativas y horizontes personales y laborales (Maslach y Jackson, 1986). Igualmente, se les atribuye el método de medición de Burnout más aceptado por la comunidad científica<sup>12</sup>.

El trabajador de la salud, según indican Morales y Murillo (2015), al laborar en un entorno estresante por la inmensa responsabilidad social que acarrea su oficio, convivencia con el dolor humano, interacción con público estresado, dolido y demandante, jornadas extenuantes de trabajo y la alta exigencia de resultados, se encuentra particularmente expuesto a sufrir el síndrome de Burnout.

No obstante las primeras observaciones, desarrollos conceptuales e investigaciones científicas de este padecimiento se dieron en contextos de clínicas y hospitales, el síndrome del quemado es una enfermedad que aflige a cualquier trabajador expuesto a un estrés crónico originado por sus actividades laborales. El Factor Interno de la personalidad del individuo, igualmente, tiene importante influencia, ya sea como protector o predisponente de la aparición de los síntomas en mención, de acuerdo al estado de los cinco grandes factores de la personalidad: extroversión, neurotismo, afabilidad, apertura al cambio y conciencia (Useche, 2008).

La sintomatología Física del síndrome del quemado son: alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, dolor de cabeza, problemas respiratorios, alteración de

---

<sup>12</sup> Indica Ochoa que "El Maslach Burnout Inventory está formado por veintidós ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Cada ítem es valorado por el sujeto, según la frecuencia con que experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems, usando un rango de siete adjetivos que van de nunca a todos los días. Además, se diferencian tres subescalas que evalúan las tres dimensiones que configuran el síndrome de burnout: Agotamiento emocional: valora la sensación de sobre esfuerzo físico y hastío emocional como consecuencia de las demandas laborales y de las interacciones personales, consta de nueve ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y el 20. Despersonalización: describe el grado de aparición de actitudes de frialdad, distanciamiento y respuestas cínicas hacia las personas que reciben el servicio está constituida por cinco ítems: 5, 10, 11, 15, y el 22. Realización personal: describe la valoración que hace el profesional sobre su desempeño. Consta de 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Hay que tener en cuenta que, para las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas son directamente proporcionales a la intensidad del síndrome, mientras que en la subescala de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a alto nivel de burnout." (Ochoa 2017, pp. 31-32).

sueño, y dolores musculares; en lo atinente a la Salud Psicológica, hay manifestación de ansiedad, depresión, irritabilidad, dificultad de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo. Por último, se pueden distinguir alteraciones Conductuales: absentismo, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), disminución de productividad, conductas violentas, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio organizacional (Ortega y López, 2003).

Los trabajadores sanitarios que padecen Síndrome de Burnout incurren con mayor probabilidad en errores, pues las afectaciones Físicas aminoran su capacidad motriz, clave a la hora de efectuar intervenciones quirúrgicas; los síntomas Psicológicos nublan su buen juicio y los expone a equivocaciones sobre aspectos que requieren lucidez y perspicacia científica como toma de decisiones atinentes a procedimientos a seguir, o qué medicamentos suministrar; las manifestaciones Conductuales, les distancia del grupo de trabajo y entorpece la capacidad de interacción, en un contexto cuya comunicación asertiva resulta esencial a fin de prestar un servicio sanitario idóneo y de calidad, además, la apatía hacia a los pacientes propicia inseguridad y desconfianza frente al profesional de salud, cuando, por el contrario, resulta deseable que exista confianza entre el enfermo y el médico, a fin de hacer diagnósticos apropiados.

La carga excesiva de trabajo sostenida por un período largo de tiempo (Cherniss, 1980), y la insatisfacción provocada por una retribución injusta y desinterés del empleador frente a las necesidades de sus trabajadores (Campo y Ortegón, 2012), son el preludeo ideal que auguran la aparición del Síndrome como Factores Externos de su etiología.

Además, hay relación causal entre número de pacientes atendidos, mayor número de horas trabajadas y presencia de síndrome de burnout; es decir, a mayor sobrecarga laboral, mayor burnout (Rodríguez, Riveros, Gómez, Pinzón & Salamanca, 2011). Contrariamente, existe relación entre una buena remuneración salarial, reconocimiento por el trabajo y estabilidad laboral, como contención del estrés laboral. Como se verá más adelante, la satisfacción laboral del trabajador sanitario en Colombia es muy baja, y la cantidad de horas supera el promedio legal, según lo indica la muestra de más de 8000 profesionales de la salud tomada por el Colegio Médico Colombiano.

No han sido pocos los estudios a nivel mundial que verifican la hipótesis de la causalidad directa entre el Síndrome de Burnout y error médico, de hecho, es una relación aceptada por los estudiosos del tema. A continuación se hará mención de los más relevantes, previa conceptualización de la categoría Error Médico, que emerge de una situación médico-prestacional, pero tiene implicaciones jurídicas relevantes.

### ➤ 2.3. ERROR MÉDICO

A comienzos del siglo en curso, el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó el revelador informe *To err is human* que identificó el error médico como un fenómeno de altísima incidencia. La organización estatal norteamericana estipuló el error médico como una falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución), o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeación), asimismo, indicó que es una decisión diagnóstica, terapéutica o procedimiento que dado el momento y circunstancias de la ocurrencia, puede ser considerado erróneo por pares calificados y con experiencia (Institute of Medicine, 2000).

El informe sitúa el error en la prestación de servicios sanitarios como generador de casi cien mil decesos por año en los Estados Unidos, más que accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA. Además, el estudio encontró que hay más muertes anuales por errores de medicación que por accidentes laborales (Institute of Medicine, 2000).

La importancia de la publicación radica en la exposición de una problemática de salud pública de gran envergadura que hasta la fecha había pasado relativamente inadvertida y que, efectivamente, desde su publicación ha tenido mayor atención por parte de las entidades estatales sanitarias a fin de reconocer y afrontar la situación; la comunidad médica ha encarado el proceso de autoevaluación; investigadores apuntan a un diagnóstico certero y en lo posible ofrecen mecanismos de paliación, y la sociedad en general como destinataria de los servicios sanitarios objeto de revisión.

Resultados indeseables sobre la salud de los pacientes acaecen regularmente como consecuencia de una falla en el servicio, ya sea por una intervención equivocada, diagnóstico desacertado, tratamientos incoherentes con la manifestación clínica, formulación de

medicamentos contraproducentes, lectura no asertiva de exámenes y/o historia clínica, entre otros.

De acuerdo a Jairo Beltrán (2020), el evento adverso en salud (materialización del error) es un riesgo latente en el sistema sanitario, sin embargo, no puede ser una carga legítima para el paciente si el error y consecuente daño deviene de la negligencia o poca diligencia del prestador de salud (mala praxis), en cuyo caso procede la imputación penal al responsable, a título de homicidio o lesión, y, según sea el caso, en grado de dolo, dolo eventual, culposo, o preterintencional. La imputación penal objetiva en la materia indica que, una vez constatado el daño sobre un bien jurídico tutelable por el ordenamiento jurídico (o el incremento antijurídico de un riesgo), se enjuiciará el actuar del médico en relación con los protocolos médicos vigentes (lex artis) y si efectivamente el acusado tenía control sobre el devenir de los hechos previsible y evitable por un médico de su misma experticia. (Beltrán, 2020).

No obstante, la exclusión de responsabilidad penal no le exime del juicio administrativo (tribunal de ética médica), y una eventual condena indemnizatoria en proceso civil de responsabilidad.

La relación entre error médico y Síndrome del quemado, ha sido corroborada en las últimas décadas en investigaciones de distintas latitudes mundiales. Un estudio adelantado con médicos de urgencias en Madrid España, identificó síntomas de Burnout en 69.2% de los galenos estudiados, y en 12.3% de ellos la sintomatología fue severa; concluyó que existe una asociación consecencial entre la presión en el trabajo, la aparición del síndrome, disminución de la calidad de servicio y el error médico (Sigüero, García, González & Cermeño, 2003). Por su parte, una investigación adelantada en los Estados Unidos en el año 2007, encontró que los galenos estresados, quemados e insatisfechos incurren con mayor probabilidad en errores y en una prestación de baja calidad y distante con los pacientes. Las conclusiones se dedujeron a partir del contraste de un cuestionario directo a 426 médicos generales (Williams, Manwell, Konrad & Linzer, 2007).

Igualmente, un estudio de 2012 que encuestó a 836 médicos en Japón con la intención de identificar la relación puesta en debate, encontró que los galenos que reconocieron errores, presentaban niveles más altos de burnout, concretamente un aumento de un tercil de la escala

de agotamiento emocional e igual incremento en la escala de despersonalización. (Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman M, Fukuhara S., 2012).

Por último, el más revelador: un estudio de 2010 que midió los errores de cirujanos norteamericanos, calculó la probabilidad de cometer errores, según el nivel de afectación de los tres rasgos característicos del Síndrome Burnout. A través de la Medición Maslash, fue dable concluir que el aumento en un punto en la escala de despersonalización, incrementó 11% la probabilidad de comisión de error médico. El aumento de un punto de agotamiento emocional se correlaciona con el incremento del 5% de generar un evento adverso. La baja realización personal estaba inversamente correlacionada con errores médicos, cada aumento de un punto (esto es, un indicador de agotamiento inferior) fue asociada con una disminución del 3.6 % en la probabilidad de relatar un error. (Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Freischlag, 2010). El riesgo de cometer error, correlacionado con el “Maslash Burnout Inventory”, de acuerdo al citado estudio, se ilustra así:

Escalas Agotamiento emocional	Riesgo de error	Escalas Realización Personal	Riesgo de error	Escalas Despersonalización	Riesgo de error
1	5%	4	28.8%	5	11%
2	15%	7	25.2%	10	22%
3	20%	9	21.6%	11	33%
6	25%	12	18%	15	44%
8	30%	17	14.4%	22	55%
13	35%	18	10.8%		
14	40%	19	7.2%		
16	45%	21	3.6%		
20	50%				

Fuente: Elaboración propia

A nivel nacional, resalta el estudio de la Universidad del Rosario, en alianza con la Universidad CES (2011)<sup>13</sup>, en relación a la escala Burnout, evidenció: Agotamiento Emocional en 20,7% de los participantes y Despersonalización en 16,8% así como una Realización Personal baja en 7,6%. La prevalencia del síndrome, considerado como nivel de agotamiento emocional alto, despersonalización alta y nivel medio para realización personal, indica el estudio, fue de 5,4% (Rodríguez, Riveros, Gómez, Pinzón & Salamanca, 2011).

Si se analizan estos últimos datos diagnósticos, en relación a la probabilidad de cometer errores según las escalas reseñadas en las tablas de arriba, se tendría que 20.7% de los trabajadores de la salud estudiados por las Universidades del Rosario y CES, que manifestaron Agotamiento Emocional, tienen entre 5% y 50% de probabilidad de cometer errores, el 16.8%, correspondiente al nivel de Despersonalización, tiene riesgo entre 11% y 55%, por su parte, el 7.6% que presentaron baja realización personal, tiene entre 3.6% y 28.8% de fallar en el servicio.

### ➤ 3. EVIDENCIA EMPÍRICA

Los insumos que aportan fundamentos de facto a la tesis sobre las precarias condiciones en que laboran los trabajadores sanitarios en razón de las políticas de flexibilización y desregulación, y su insatisfacción con sus formas laborales, son, en primera instancia, la “Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud”, realizada por el Colegio Médico Colombiano en el año 2019, que hace un diagnóstico sobre sus condiciones de trabajo. Igualmente, la encuesta de la Contraloría General de la Nación, diligenciada en el contexto de la pandemia del COVID-19, brinda datos relevantes sobre el riesgo al que se expone el personal sanitario y las pocas garantías de seguridad que generan sus vínculos laborales.

---

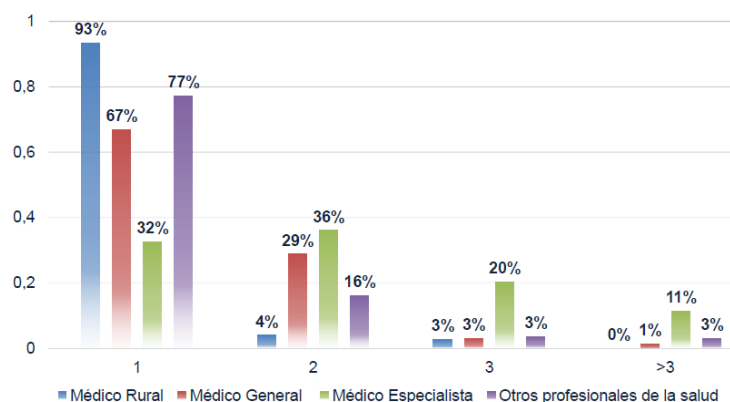
<sup>13</sup> Dirigido a 184 trabajadores de la salud de Bogotá en diciembre de 2010, de los cuales el 27,7% eran auxiliares de enfermería, 18,5% médicos generales, 15,8% médicos especialistas, 12,0% jefes de enfermería, 8,7% terapeutas, y el resto distribuido en otros profesionales de la salud como odontología, auxiliares de odontología, bacteriólogos, camilleros, auxiliares de laboratorio, instrumentadores quirúrgicos, nutricionistas, técnicos en radiología y trabajadora social (Rodríguez, Riveros, Gómez, Pinzón & Salamanca, 2011, p. 49).

Posteriormente, con la finalidad de escuchar el relato de los protagonistas mismos, sus sensaciones y percepciones en torno a su situación laboral, salud mental y física, se transcribirán apartes de entrevistas realizadas a trabajadores de la salud entre el año 2018 y 2019 en la ciudad de Medellín, en el marco de la investigación “Contrato Sindical: usos y efectos 2010-2017” del Semillero Asuntos del Mundo del Trabajo de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Antioquia<sup>14</sup>.

### 3.1. INFORMACIÓN CUANTITATIVA

El Colegio Médico Colombiano realizó en el 2019 una encuesta para medir el nivel de satisfacción laboral de un total de 8249 trabajadores de la salud, cuyos resultados aportan elementos de juicio valiosos sobre las condiciones laborales de estos trabajadores<sup>15</sup> y su percepción.

En razón de que la inestabilidad representa uno de los ejes centrales predisponente del Síndrome de Burnout, resulta valioso evidenciar el número de empleos, o distintos vínculos laborales que tienen los trabajadores del sector sanitario. A la pregunta de ¿En cuántos lugares trabaja?, los encuestados respondieron 1, 2, 3, o más de 3. Así:



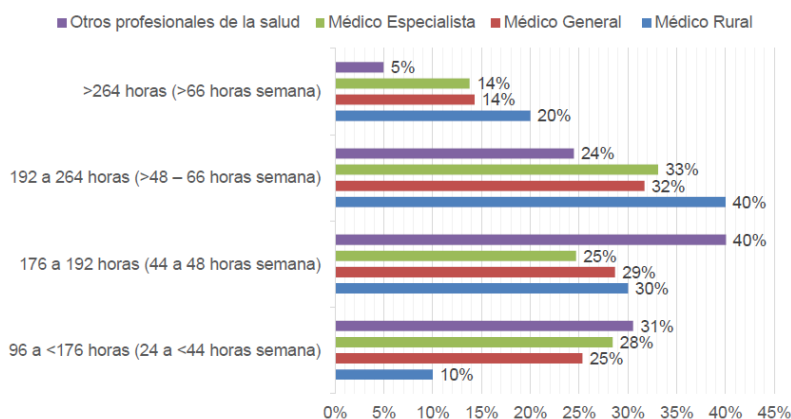
<sup>14</sup> Integrantes del semillero aportantes a la investigación en cuestión: María Rocío Bedoya Bedoya, Daniela Gutiérrez Londoño, Fabián Sebastián Guerra Alves, Brahim Santiago Ocampo Parías, Jorge Luis Arango Mesa, Néstor Aldemar Morales Betancur, Sergio Giraldo Galeano, Jaime Alberto Mejía Castrillón, y Juan Camilo Beltrán Pérez.

<sup>15</sup> Distribuidos así: médicos especialistas 37% (3437), médicos generales 21% (1930), médicos rurales 1% (91) y otros profesionales de la salud 41% (3775) distinguidos porcentualmente de la siguiente manera: bacteriología 42%, terapeutas respiratorios 19%, optometría 12%, odontología 9%, fonoaudiología 8%, enfermería 5%, instrumentadores quirúrgicos 5%.

Tomado de Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019

A excepción de los médicos rurales, quienes tienen una vinculación única pues su quehacer se fundamenta en la prestación continua por un año en un municipio de la ruralidad colombiana<sup>16</sup>, se evidencia que tan solo el 32% de los médicos especialistas encuestados laboran en un lugar, mientras que casi el mismo porcentaje de ellos trabaja en tres o más lugares (31%). A su vez, 1 de cada 3 médicos generales consultados, tiene más de un empleo, y el 23% de los otros profesionales de la salud está en la misma condición.

Fue consultado cuantas horas de trabajo aproximado laboran al mes, de acuerdo a las profesiones, se obtuvo que el 20% de los médicos rurales tienen una carga superior a 66 horas semanales y que 6 de cada 10 médicos rurales trabajan más de 48 horas semanales; asimismo, el 46% de los médicos generales, 47% de los galenos especialistas y el 29% de los otros profesionales labora con una intensidad por encima a la legal:

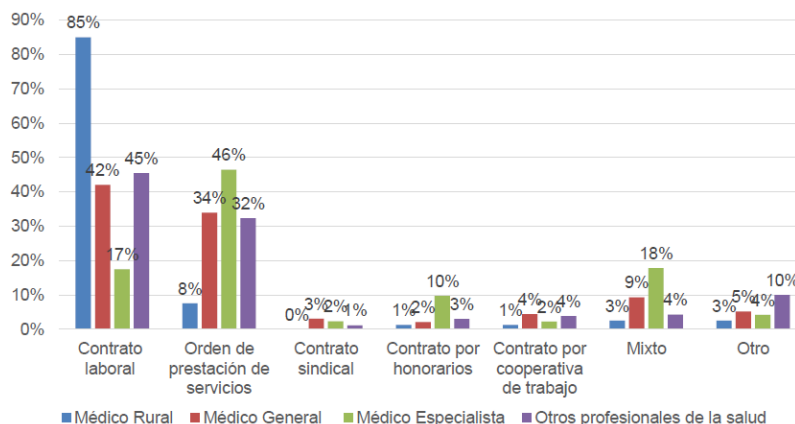


Tomado de Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019

<sup>16</sup> “La Ley 1164 de 2007, crea el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser prestado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, por un término no inferior a seis (6) meses, ni superior a un (1) año. De conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1058 de 2010, reglamentaria del artículo 33 de la Ley 1164 de 2007, los cargos o puestos de trabajo, son considerados Plazas de Servicio Social Obligatorio, que permiten la vinculación a través de nombramiento o contrato de trabajo, con carácter temporal, o, en su defecto, por medio de contrato de prestación de servicios, garantizando a dichos profesionales, su afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral y una remuneración equivalente a la de cargos desempeñados por profesionales similares en la misma institución.” (Concepto 6611 de 2015 Departamento Administrativo de la Función Pública)



A su vez, se indagó por el tipo de contratación de los 8249 trabajadores sanitarios. A diferencia de los médicos rurales, que no atienden a la lógica de sus colegas (el 85% de estos tiene contrato laboral), es notoria la contratación flexible del resto de profesionales consultados: apenas el 17% de médicos especialistas tienen contratación directa<sup>17</sup>, 58% de los médicos generales y 55% de los otros profesionales de la salud, no están formalizados<sup>18</sup>.



Tomado de Encuesta Nacional de Situación Laboral Profesionales de la Salud 2019

En relación a la satisfacción con el salario devengado por la actividad profesional, el 80% de los médicos rurales, 88% de los generales, 77% de los galenos especialistas y 84% de los otros profesionales de la salud no lo están. La insatisfacción es generalizada. Y, a la pregunta de si ha tenido problemas con el pago del salario, 51% de los médicos rurales indagados, 65% de médicos generales, 71% especialistas y 52% de los otros profesionales, confesaron haberlo sufrido.

Por su parte, la encuesta de la Contraloría General de la Nación (2020)<sup>19</sup>, realizada en el marco de la emergencia sanitaria del COVID-19, encontró: 47% de los encuestados ha

<sup>17</sup> Esta lógica atiende a una precarización propia, en cuanto los médicos especialistas encuentran más rentable, dada la alta demanda de su fuerza laboral, implementar una contratación flexible que facilite la prestación del servicio en distintos lugares de trabajo.

<sup>18</sup> El contrato por honorarios, es similar al contrato de prestación de servicios en cuanto no representa una relación directa, pero se distingue, pues el pago se hace de acuerdo al número de servicios prestados, como: cantidad de operaciones, tipo de pacientes atendidos, consultas efectuadas, exámenes diagnósticos realizados, entre otros. Lo que implica una problemática en la calidad y transparencia del servicio, pues constriñe la práctica médica: su juicio está determinado por los pacientes y/o procedimientos que le representan ingresos.

<sup>19</sup> Diligenciada por 12.230 profesionales de la Salud: médicos, cirujanos, anestesiólogos, enfermeras, instrumentadores quirúrgicos, conductores de ambulancia, auxiliares administrativos de hospitales, bacteriólogos, fisioterapeutas, tecnólogos, psicólogos, regentes farmacéuticos, pediatras y odontólogos.

tenido que adquirir con sus propios recursos implementos de seguridad (caretas de protección, guantes, mascarillas quirúrgicas, respiradores N95, vestidos quirúrgicos, monogafas y polainas); el 63% manifiesta la necesidad de tener más implementos que le garanticen mayor seguridad en la atención a los pacientes y el 32 % dice que faltan medidas sanitarias en medios de transporte público, y en algunos casos no hay rutas disponibles (Contraloría, 2020).

Igualmente, el sondeo citado midió aspectos de materia laboral: 43% de los profesionales de la salud encuestados se encuentran desempeñando sus labores por contratos de prestación de servicio, tercerizados o en provisionalidad; 45% han sufrido cambios en las condiciones laborales y el 22% manifiesta que ha sido objeto de reducción salarial desde la emergencia sanitaria inició (Contraloría, 2020).

### **3.2. INFORMACIÓN CUALITATIVA**

El objetivo general del proyecto investigativo que otorga información subjetiva al presente texto, fue analizar la institución del contrato sindical en Colombia en clave de los usos y los efectos provocados en materia de tercerización laboral, derechos laborales, libertad sindical e impactos psicosociales en los trabajadores, en el período 2010-2017 (Semillero Asuntos del Mundo del Trabajo, 2018).

Uno de los hallazgos de la investigación fue, como ya se mencionó, la inmensa proporción de estas convenciones colectivas en el sector salud: 93% de la totalidad de contratos sindicales. Por lo tanto, en razón del importante impacto de este fenómeno sobre los trabajadores del sector salud, se entrevistaron médicos y otros profesionales sanitarios, quienes aportaron experiencias y percepciones destacables para consolidar la idea aquí defendida sobre las profundas consecuencias de la precarización laboral del trabajador sanitario colombiano.

Los testimonios transcritos a continuación<sup>20</sup>, fueron expresados libremente por los entrevistados, quienes consintieron con la difusión de sus respuestas con fines académicos.

---

<sup>20</sup> Seleccionados de un total de 7 entrevistas: 3 médicos generales, 2 enfermeras y 2 operarios de servicios de salud.

Se hace reserva de los nombres de los colaboradores para proteger su identidad y de las empresas para las que prestan o prestaban sus servicios.

Sobre la realidad del sector que labora, un galeno, que para la fecha era trabajador formalizado de una EPS pública de Medellín, indicó:

“En el sector salud nosotros debemos buscar la calidad de vida y bienestar de los seres humanos, y un elemento del bienestar es la estabilidad en el trabajo.” (Médico general, Entrevista, 26 de agosto de 2018).

No obstante:

“(..) La ley 100 de 1993, que cambió la forma de contratación, condiciones laborales, relación con pacientes, golpeó el ejercicio de la medicina, porque priorizó el modelo basado en el mercado, que al ser humano. Este modelo se basa en la factura, en el contrato, y el ser humano poco importa. Aunque las instituciones digan que tienen calidad humana, sentido humano, eso es “Carreta”, el modelo cambió tanto que no importa la persona, ni el médico, pues lo importante es el asegurador, que es quien gestiona los recursos para pagar, quien maneja el dinero, la EPS.” (Médico general, Entrevista, 26 de agosto de 2018).

Por su parte, comentó que la actividad médica del trato con el enfermo, aspecto de la medicina que le apasiona, se desdibuja en el sistema sanitario actual:

“Yo vengo de hacer salud pública, que es el bosque, yo quiero ver el árbol, que es el paciente. Pero bajo ley 100 no me apetecen algunas áreas. Me estoy retirando de la medicina convencional, pues es un exabrupto, 20 minutos para atender pacientes.” (Médico general, Entrevista, 26 de agosto de 2018).

Sobre el Contrato Sindical, expresó:

“Esa figura después la empiezan a utilizar para todo, en el sector salud bajo el criterio de que hay que quitarles estabilidad laboral a los trabajadores, esa lógica perversa, que lo más costoso es la mano de obra, lo cambian para contratación por terceros, enfermeras, diciéndoles que se vuelvan sindicato y al sindicato lo vuelven un tercero. A ASMEDAS nos propusieron eso, pero no estamos de acuerdo con el contrato sindical. Y quien lo hace, nosotros les decimos que están haciendo una doble explotación del trabajador, el sindicato y el patrón, en este caso la administración de la entidad. Entonces, tras de que la salud está bien intermediada, en lo laboral se abre la intermediación también.” (Médico general, Entrevista, 26 de agosto de 2018).

Acerca de los mecanismos de presión de los trabajadores vinculados a través de contrato sindical, señaló:

“La verdad es que hay luchas contra los contratos sindicales, resulta paradójico que hay que crear sindicato dentro del sindicato, hay trabajadores que buscan hacer pliegos a contratos

sindicales, pues deterioran condiciones del trabajador, se vuelve situación conflictiva donde se desvirtúa la relación capital trabajo.” (Médico general, Entrevista, 26 de agosto de 2018).

Se consultó una enfermera, prestadora de sus servicios profesionales en una EPS de carácter mixto en la ciudad de Medellín, que para la época se encontraba vinculada a través de Contrato Sindical. Sobre su gremio comentó:

“(…) en mi área que es la enfermería, pues, nosotros si vemos que está como muy olvidada, muchos sobrecargos de trabajos, de funciones, administrativas, asistenciales, y nosotros mismos ni siquiera podemos abogar por nosotros porque el gremio la verdad no se une (…)”. (Enfermera, Entrevista, 22 de octubre de 2018).

Se le preguntó si consideraba justa la retribución que percibía en razón de su modalidad de contratación. Su respuesta fue concluyente:

“No, porque uno se compara con otras instituciones que son del mismo nivel y ve que hay mayores prestaciones cuando se es vinculado y uno si puede evidenciar que ganan mucho más dinero, entonces uno cree que falta un poco más en cuanto a la compensación trabajando en este hospital.” (Enfermera, Entrevista, 22 de octubre de 2018).

El testimonio de esta trabajadora sanitaria resultó inmensamente revelador sobre los impactos psicosociales que implica laborar en el entorno que lo hace. Sobre la opinión que tiene su familia de su trabajo, denotó el poco control que tiene sobre su propia existencia:

“Que si es un poco esclavizante la verdad porque yo no me manejo sola, entonces yo no puedo planear algo a largo plazo porque no sé si pueda, mi vida es planeada mensualmente por así decirlo, yo si quiero hacer algo o si tengo planeado un viaje o algo, tengo que decir no.” (Enfermera, Entrevista, 22 de octubre de 2018).

Acerca del impacto que tiene el trabajo sobre su salud física y mental, indicó que no es poco:

“A veces mantengo muy agotada, muy agotada, y por más que descansa a veces ni el descanso le da, pues como para reponer energías, porque a veces tocan unos días muy duros, muy duros en el trabajo; es la parte emocional que lo desgasta a veces a mucho, pues uno también les toma mucho aprecio a las personas y se van o fallecen o uno ve a la familia descompensada, entonces a veces si le toma mal, aunque uno no crea eso, lo desgasta física y emocionalmente y en cuanto a la salud física quisiera tener más tiempo para tener una rutina bbxxde ejercicios y todo eso pero a qué horas o sería madrugar bastante y ya en la noche cuando llegas. Yo salgo de trabajar y llego por ahí a las 7 y 30 a 8 de la noche, mientras llego aquí me dan las 9, a esa hora que ánimos uno trae para hacer ejercicio, no, ninguno, lo que quiere es llegar a comer y eso que a veces ni come, uno llega tan cansado de trabajar que solamente se quita el uniforme y se queda allá dormido. Si, la verdad es que uno si es del área de la salud si se descuida mucho, pues por a veces cuidar a los demás a veces se descuida a uno mismo.

(...) nosotros estamos muy propensos a sufrir, y por lo que te digo, con los desbalances que no nos alimentamos bien, comemos a deshoras, no dormimos bien, no descansamos bien, yo tengo compañeros que no duermen, o sea salen del trabajo en la noche y duermen dos horas, eso que descanso es, o sea no, hasta uno se puede volver dependiente a medicamentos por eso, he visto casos; es muy triste, es que usted está desempeñando su trabajo y eso a usted le está restando calidad de vida, en mi caso no porque yo si duermo mucho, que si se me dificulta a veces para poderlo conciliar demasiado, pues yo si duermo, pero yo veo a mis compañeros y yo digo no, no, es muy duro, es complejo.” (Enfermera, Entrevista, 22 de octubre de 2018).

Con gran probabilidad, la colaboradora para el momento de la entrevista estaba presentando sintomatología relacionada al Burnout: agotamiento físico y emocional, poco e insuficiente descanso, en suma: *sufrimiento* por un trabajo estresante y mal remunerado. Su revelador testimonio prosiguió:

(...) este trabajo es como esclavizante la verdad, uno dice por ejemplo las de oficinas, entran a las 8 y salen a las 5, tienen vida o por ejemplo en estas nuevas entidades puede entrar a las 6 de la mañana y salir a las 2 de la tarde y poder tener otro trabajo, poder tener otras actividades de esparcimiento, ver teatro, las lecturas, estar en un club, a nosotros es muy difícil y muy complejo eso, hasta para tener una relación de pareja porque uno mantiene muy inmerso en su trabajo y como te decía ahorita, yo puedo descansar un fin de semana de resto mantengo allá, la vida familiar, la vida personal, eso se va perdiendo y pues uno como persona requiere ciertos espacios, y no es justo porque a veces es demasiada la sobrecarga y te quieren meter muchas y muchas cosas (...) si la gente tuviera bien delimitados sus roles y sus cosas podríamos trabajar en un conjunto pero a veces nosotros como enfermeras coordinadoras nos toca encargarnos de muchas cosas, de la parte logística, de la parte asistencial, de la administrativa y entonces a veces si es mucha la sobrecarga.” (Enfermera, Entrevista, 22 de octubre de 2018).

El carácter de un trabajador en estas condiciones está expuesto: poco descanso, mala alimentación, alta demanda laboral, conflictos organizacionales, constricción en la labor, imposibilidad de esparcimiento e interacción familiar... no es de sorprender que la incidencia del Síndrome del quemado en los prestadores de salud sea alta. En referencia al riesgo de error en la praxis, confiesa la preocupación que le significa, en razón de las precarias condiciones de trabajo y de contratación:

“(...) como yo soy la que estoy supervisando si se hace algo mal, yo soy la que respondo legalmente, entonces ahí también es un poco injusto porque no es algo netamente que yo esté haciendo directamente y lo esté ejecutando sino es otra persona que se terceriza y yo respondo a la sociedad por ello, entonces si es un poco complejo, así sea solamente decir una palabra sí o no, o si no informas algo te puede llevar a un problema legal, por ejemplo si él era alérgico y le pusieron un medicamento y algo, eso sí puede tener un repercusión bastante grande para uno.” (Enfermera, Entrevista, 22 de octubre de 2018).

Entiende el gran riesgo latente de equivocación en el desarrollo de su labor, en razón de la tercerización a la que se exponen como trabajadores. Por su parte, se contó con el testimonio de un médico general de la misma institución sanitaria quien, al ser consultado sobre la percepción que tiene del área en que labora, indicó:

“El sector salud es un pilar importante para el desarrollo de una sociedad. No se valora debidamente, la mayoría de los profesionales de la salud no están contratados como se lo merecen.” (Médico general, Entrevista, 24 de noviembre de 2018).

Sobre su antecedente laboral, comentó que no ha sido ajeno a las nuevas modalidades de contratación, y explica, con experiencia de causa, la diferencia con una vinculación directa:

“En los últimos cinco años he tenido tres trabajos, de esos tres, la modalidad ha sido por medio de contrato sindical. Pero desde el mes de septiembre tengo contrato laboral individual a término definido de seis meses.

La diferencia es que se tienen todas las prestaciones, pensión, salud... que, aunque lo teníamos antes, la cotización era con un monto diferente, ahora se hace por el 100% del salario. Se tienen claridad de los recargos nocturnos, se distingue con el festivo y ordinario. Las horas extras no eran pagadas antes, yo trabajaba hasta 290 horas y no me pagaban las horas extras, solo el recargo. Ahora se tiene certeza de las horas laborales y las horas extras sí se pagan; en este momento hago en promedio unas 192 a 198 horas, 48 horas semanales, y lo restante se paga como extra. Pero bajo estas condiciones no se hacen todas las horas de antes, no se permite. Hacía 290 horas bajo la otra modalidad y nunca me pagaron horas extras, porque no existía dicha figura en el contrato sindical. Ahora cuento con todas las condiciones laborales de ley, hay convenios con la clínica, hay una caja de compensación, si se estudia algo relacionado con la profesión ayudan, salidas académicas... Todo eso no se tenía.” (Médico general, Entrevista, 24 de noviembre de 2018).

Nótese el énfasis que hace el colaborador al indicar que la contratación formal le representa “claridad” y “certeza” sobre derechos como recargos nocturnos, días festivos, horas extras, y horarios fijos de 48 horas semanales mientras en el Contrato Sindical esos derechos no eran garantía para el galeno. Por el contrario, a través de ese modelo trabajaba la exagerada cifra de 290 horas mensuales (sin recargo de horas extra), no percibía una retribución justa y no podía acceder a derechos plasmados en convenios colectivos con la clínica: aspectos detonantes la enfermedad de Burnout: sobrecarga de trabajo, remuneración injusta, y no reconocimiento de derechos. A su vez, al consultarle el concepto que tiene del Contrato Sindical, enfatiza la inseguridad que le genera ese modelo:

“Entiendo que es una relación laboral muy débil. Cuando a uno le dicen que el contrato es sindical o por medio de cooperativa, se sabe que no se tiene una seguridad. Es una relación

muy débil, el día de mañana le pueden decir que no sigue, como les pasó a muchos compañeros. No es estable laboralmente, no se trabaja tranquilo, se piensa que se sale en cualquier momento.” (Médico general, Entrevista, 24 de noviembre de 2018).

Para terminar, vale la pena traer a colación el relato del ex camillero de la una Empresa Social del Estado del sur del Valle de Aburrá, vinculado a través de Contrato Sindical, brindó un valioso testimonio sobre el dilema de la precariedad laboral y el servicio que prestan los trabajadores sanitarios:

“(…) servir a la gente, ayudar enfermos es muy bonito, pero en la parte contractual es demasiado desmotivante. De hecho, en muchas ocasiones se escuchó la voz de que iban a parar, y la mayoría de empleados no paraban por el amor a la profesión. Estoy hablando de los médicos, de las enfermeras, los camilleros y los conductores de ambulancias. Algunos decían, vamos a parar este hospital, pero otros decían yo no soy capaz porque mi vocación es servir.” (Camillero, Entrevista, 24 de octubre de 2018).

#### ➤ 4. CONCLUSIONES

A partir de la neoliberalización acaecida en Colombia desde los años noventa hasta la actualidad, se puso en marcha el proceso de precarización laboral, que en su expresión jurídica de flexibilización y desregulación, socavó el bienestar físico y mental del trabajador sanitario. Los modelos contractuales de prestación de servicios, Cooperativas de Trabajo Asociado, y Contrato Sindical, que vinculan más de la mitad de los trabajadores sanitarios a la vida laboral en Colombia, han disminuido su capacidad adquisitiva, incrementado el promedio de horas trabajadas y obstaculizado los mecanismos de resistencia sindical. Igualmente, en razón de estas formas contractuales, hay una mayor movilidad de la planta de los prestadores de salud, en detrimento de la estabilidad y seguridad de los mismos.

Las condiciones de trabajo precarias, con alta exigencia laboral, insuficiente descanso, poco reconocimiento y retribución injusta del trabajador, han sido contemplados como factores externos del padecimiento analizado (Cherniss, 1980; Campo y Ortégón, 2012), a su vez, las conceptualizaciones del Síndrome de Burnout indican una disminución de calidad en la actividad profesional de quien lo padece (Freudenberger, H. J., 1974; Maslach y Jackson, 1986; Ortega y López, 2003; Rodríguez, Riveros, Gómez, Pinzón & Salamanca, 2011; entre otros) y mayor posibilidad de cometer errores.

Por lo tanto, normas como la ley 100 de 1993 (mercantilización del Sistema General de Seguridad Social), ley 50 de 1990 (desmonte de garantías laborales), ley 789 de 2002 (desregulación de condiciones favorables al trabajador), Decreto 468 de 1990 (reglamentario del nuevo cooperativismo) y Decreto 1429 de 2010 (reglamentó el nuevo uso del Contrato Sindical), así como el uso generalizado del contrato de prestación de servicios para vincular mano de obra, han incrementado el sufrimiento del personal sanitario, y, consecuentemente, aumentado el riesgo de eventos adversos que afligen los pacientes.

Si bien el síndrome de Burnout depende de factores internos (variables de personalidad), los factores externos (entorno laboral) son los principales detonantes de su manifestación, pues mientras los factores personales de cada trabajador varían de acuerdo al perfil del mismo y se refieren a la predisposición positiva o negativa frente a la sintomatología, el entorno laboral es común a todos los prestadores sanitarios, tengan o no susceptibilidad de padecer la enfermedad. Es decir, los factores externos representan el riesgo, y los internos son la capacidad de afrontarlo.

La evidencia científica que relaciona el síndrome de Burnout con errores médicos que devienen en muerte y dolor para los pacientes, es sólida (Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Freischlag, 2010; Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman M, Fukuhara S., 2012; Williams, Manwell, Konrad & Linzer, 2007; Sigüero, García, González & Cermeño, 2003). Ahora bien ¿De qué manera el proceso de precarización laboral, y las formas de contratación precarias incrementan el riesgo de eventos adversos? Los instrumentos jurídicos de precarización laboral colombianos operan como Agentes Externos fulminantes de estrés laboral (Síndrome de Burnout) y, consecuentemente, propician errores en la práctica médica: según lo indica la literatura sobre el tema, la sintomatología del padecimiento surge en contextos de retribución injusta por el trabajo (aproximadamente un 80% de los trabajadores de la salud en Colombia, no se consideran bien remunerados), carga excesiva de trabajo (más de la mitad de los prestadores de servicios de salud laboran más de 48 horas semanales) e inseguridad de la permanencia en el empleo (menos de la mitad de los trabajadores sanitarios cuenta con vinculación formal y directa, y más de un tercio labora en más de un lugar).



Las privaciones de garantías y derechos de los trabajadores de la salud, han enarbolado un entorno de sufrimiento crónico para los vinculados a través de contratos de prestación de servicios, Cooperativas de Trabajo Asociado y Contrato Sindical, pues, además de desarrollar un objeto profesional estresante, son excluidos de mínimos de dignidad: retribución salarial y prestacional justa, seguridad social garantizada, jornadas limitadas de trabajo con recargos reconocidos y pagados, tranquilidad de permanencia en el puesto de trabajo y posibilidad de asociación sindical, todos ellos, como se vio, contienen el surgimiento del síndrome de Burnout.

No se pretende señalar que la precarización laboral y sus instrumentos de contratación laboral son la causante directa de cada uno de los eventos adversos que devienen en muertes y discapacidades en pacientes colombianos, en su lugar, se plantea que el trabajo estresante en condiciones precarias (diseñado por los instrumentos jurídicos presentados en el texto), repercute en el bienestar físico, emocional y conductual de los prestadores de servicios sanitarios, deviniendo, como lo confirman varios estudios, en mayor posibilidad de error.

Con lo visto, es claro que si los trabajadores de la salud en Colombia tuvieran seguridad social y prestaciones sociales (independientemente del tipo de vinculación laboral), recargo de horas extra, incremento nocturno desde las 6 de la tarde y recargo de domingos y festivos completos, límite de jornada semanal de 48 horas, mejor contraprestación salarial, mayor estabilidad en el empleo y posibilidad efectiva de asociación y reivindicación sindical - garantías afectadas en el marco de la precarización laboral - el riesgo etiológico de presentar agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, es decir, *sufrimiento* de Burnout, sería mucho más bajo, y las consecuencias sintomáticas de la disminución de su calidad prestacional, que tanto *dolor* y *muerte* generan, se reducirían.

Construir un sistema de contratación y retribución justa, que otorgue descanso apropiado para los trabajadores de la salud, es un imperativo a fin de lograr una sociedad con mayor bienestar, donde el trabajo no sea fuente sufrimiento, sino de dignidad y reconocimiento, y el servicio de sanidad apunte a contener, en lugar de generar, el dolor y la muerte de la población.

## ➤ 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldrete Rodríguez, María Guadalupe, Navarro Meza, Cristina, González Baltazar, Raquel, Contreras Estrada, Mónica I, & Pérez Aldrete, Jorge. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 32-36. Recuperado el 08/02/2021 en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007>.

Archivo Presidencia (2002-2010). Palabras del Presidente Álvaro Uribe Vélez al término del Consejo Comunal de Gobierno número 285 1° de mayo de 2010 (Popayán, Cauca) Recuperado el 28/01/2021, de: <http://historico.presidencia.gov.co/discursos/index.htm>.

Anaya, Bibiana; Andrade Diana; Herazo, Silvia & Sánchez, Diana (2014). *El Contrato De Prestación De Servicios En La Legislación Colombiana*. Universidad Sergio Arboleda, Bogotá.

Acosta Jorge; Becerra, Sara; Mejía, Alba. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993. *Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, 2009.

Blanco, M., Cunha, A., Ayuso, L., Crespo, P. y Mena, C. (2016). Precariedad laboral. Burnout y salud en personal administrativo de Granada. *ReiDoCrea*, 5(2), 40-48.

Bedoya, Rocío; Caruso, Natalia. Hacia un balance de las cooperativas de trabajo asociado. *Ensayos Laborales ENS No. 15*, Medellín, 2006.

Beltrán, J. (2020). Responsabilidad penal médica en Colombia: orígenes y debates actuales. Universidad Cooperativa de Colombia, Ibagué.

Campo L., Ortegón J. (2012). *Síndrome Burnout: una revisión teórica*. Universidad de la Sabana, Bogotá.

Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout. Job Stress in the Human Services*. London: Sage Publications.

CONFECOOP, Observatorio Cooperativo. *Las cooperativas de Trabajo Asociado en Colombia*. No. 11. Bogotá, Agosto 2009.

DASTEN, J. (2014). La precariedad laboral, modernidad y modernización capitalista: Una contribución al debate desde América Latina. *Trabajo y Sociedad*, Número 23, Santiago de Estero, Argentina.

Echeverría, M. (1997) "Subcontratación de la producción y subcontratación del trabajo" en: *Temas Laborales*, Año 3, Núm. 7. Dirección del trabajo

Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud (2019), Colegio Médico colombiano. Recuperado el 28/01/2021, de: <https://epicrisis.org/2019/09/20/encuesta-de-situacion-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud-2019/>.

Encuesta a personal de salud (2020), Contraloría General de la Nación. Recuperado el 28/01/2021, de: [https://www.contraloria.gov.co/contraloria/sala-de-prensa/boletines-de-prensa/boletines-de-prensa-2020/-/asset\\_publisher/9IOzepbPkrRW/content/encuesta-de-la-contraloria-a-personal-de-la-salud-confirma-falta-de-implementos-de-seguridad-y-desventajas-laborales?inheritRedirect=false](https://www.contraloria.gov.co/contraloria/sala-de-prensa/boletines-de-prensa/boletines-de-prensa-2020/-/asset_publisher/9IOzepbPkrRW/content/encuesta-de-la-contraloria-a-personal-de-la-salud-confirma-falta-de-implementos-de-seguridad-y-desventajas-laborales?inheritRedirect=false).

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

Gañán, Jaime. (2013). Los Muertos de la Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud y del Régimen Contributivo. Universidad de Antioquia. Medellín.

García, Jiménez, Riaño y Umbarila, Prevalencia Del Síndrome De Burnout en el Personal Asistencial De Salud Del Servicio Urgencias de la Unidad Integrada de Servicios de Salud Fontibón- Subred Suroccidente E.S.E y de La Unidad Integrada De Servicios de Salud Engativá- Subred Norte E.S.E De La Ciudad De Bogotá, En El Primer Semestre del Año 2018. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales Facultad de Ciencias De La Salud Programa Medicina Humana, Bogotá, 2018.

Grau, Armand, Suñer, Rosa, & García, María M.. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470. Recuperado en 08 de febrero de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021391112005000600007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112005000600007&lng=es&tlng=es).

Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman M, Fukuhara S. Hope modified the association between distress and incidence of self-perceived medical errors among practicing physicians: prospective cohort study. *Plos One*. 2012; 7(4): e35585. Recuperado el 28/01/2021, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22530055/>.

Isaza Castro, J. G. (2003). Flexibilización laboral: Un análisis de sus efectos sociales para el caso colombiano. *Equidad y Desarrollo*, (1), 9-40.

Lozano, W. (1998). Desregulación laboral, Estado y mercado en América Latina: balance y retos sociopolíticos. *Perfiles Latinoamericanos Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 13, 113-151.

Institute of Medicine. 2000. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jaramillo Jassir, I. D. (2010). Presente y futuro del derecho del trabajo: breve historia jurídica del derecho del trabajo en Colombia. Universidad de Medellín, 57-74.

Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2ª ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.

Malespín, F. (2002). Globalización, Mercado Laboral y Desregulación de las Relaciones Laborales. *Revista de Derecho Universidad Centroamericana, Facultad de Ciencias Jurídicas*, 3, 259-272.

Ministerio De La Protección Social. *Cartilla Contrato Sindical*. Bogotá, 2010.

Ministerio de Sanidad e Igualdad Social de España. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos Adversos en hospitales de Latinoamérica, Madrid, 2010. Recuperado el 08/02/2021 de: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf).

Molina Siguero A, Pérez MG, González MA, et al. Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid. *Aten Primaria* 2003; 31:564–71. Recuperado el 28/01/2021, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12783745/>.

Muñoz, S. M. (2018). El contrato sindical y sus efectos a la luz del concepto de trabajo decente ¿Hacia un nuevo modelo sindical? Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.

Saborío Morales, Lachiner, & Hidalgo Murillo, Luis Fernando. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124. Recuperado el 28/01/2021, de: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140900152015000100014&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152015000100014&lng=en&tlng=es).

Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Freischlag J, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals Of Surgery*. 2010; 251(6): 995-1000. Recuperado el 28/01/2021, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19934755/>.

Semillero Asuntos de Mundo del Trabajo. (2018) Proyecto de Investigación “Contrato Sindical Usos y efectos 2010-2017”, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Antioquia, Medellín.

Semillero Asuntos de Mundo del Trabajo. (2019). Del proletariado al precariado en el mundo del trabajo flexible, o de cómo las cosas tienden a empeorar para la clase trabajadora colombiana. Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Estudios del Trabajo -Alast-, realizado de 10 al 12 de Julio en las Universidades Nacional y La Salle en Bogotá.

PORTAFOLIO.CO. Cooperativas de trabajo son otro inconveniente del TLC entre Colombia y E.U. 11 de mayo de 2009. Recuperado el 28/01/2021, de: <https://www.portafolio.co/economia/finanzas/cooperativas-son-inconveniente-tlc-colombia-e-u-347318>.

Organización Mundial para la Salud (2019). 10 datos sobre la seguridad del paciente. Recuperado el 28/01/2021, de: [https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/)

Ochoa, E. M. (2017). Síndrome de burnout en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria. Universidad Nacional, Bogotá.

Rodríguez, M; Gómez R; Riveros A; Rodríguez M, Pinzón J. (2011). Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Personal de Salud En Tres Instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Universidad del Rosario y CES, Bogotá. Recuperado el 28/01/2021, de: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/RodriguezPaipilla-MagdaGinnette-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

República de Colombia, Ministerio del Trabajo (2019). Cinco Bases de Datos de los contratos sindicales inscritos desde 2010 a 2019, Medellín.

Useche, M. (2008). Factores de personalidad relacionados con el síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad, A, B, C. Pontificia Universidad Bolivariana, Bogotá.

Urrea Giraldo, Fernando. La rápida expansión de las Cooperativas de Trabajo Asociado en Colombia. Escuela Nacional Sindical – Colciencias, No. 65. Medellín, 2007.

Williams E, Manwell L, Konrad T, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. Health Care Management. 2007; 32(3): 203-212.

- Fuentes legales y jurisprudenciales

Decreto 468 de 1990 (reglamentario del nuevo cooperativismo).

Decreto 1429 de 2010 (reglamentó el nuevo uso del Contrato Sindical).

Decreto 36 de 2016 (obligaciones del sindicato en el Contrato Sindical).

Código Sustantivo del Trabajo.

Concepto 6611 de 2015 Departamento Administrativo de la Función Pública

Corte Constitucional, MP Carlos Gaviria Díaz, Sentencia Constitucionalidad 211 de 2000.

Corte Constitucional, M.P Luis Ernesto Vargas Silva, Sentencia de Tutela 457 de 2011.

Ley 83 de 1931 (origen legal del Contrato Sindical).

Ley 134 de 1931 (origen legal de las Cooperativas de Trabajo Asociado).

Ley 79 de 1988 (nueva concepción del cooperativismo asociado).

Ley 50 de 1990 (flexibilización y desregulación de garantías laborales).

Ley 100 de 1993 (régimen jurídico del Sistema General de la Seguridad Social en Colombia).

Ley 789 de 2002 (flexibilización y desregulación de garantías laborales).

Ley 1233 de 2008 (delimitación de competencias de las Cooperativas de Trabajo Asociado).