

# La Nueva Gestión Pública y sus factores de riesgo psicosocial

*The New Public Management and its psychosocial risk factors*

*A Nova Gestão Pública e seus fatores de risco psicossociais*

Camilo Ernesto López- Meneses

Grupo de investigaciones Ignacio Torres Giraldo, Universidad Libre, Cali, Colombia. Correo: [camilopezmen@gmail.com](mailto:camilopezmen@gmail.com)

FECHA RECEPCIÓN: ENERO 15 DE 2018

FECHA ACEPTACIÓN: ABRIL 23 DE 2018

## Resumen

El presente artículo de reflexión, expone los impactos logrados por la implementación de la Nueva Gestión Pública, en tanto modelo que permitió privatizar al Estado al reemplazar el modelo de burocratismo por un nuevo modelo gerencial para estimular el desmonte de las políticas proteccionistas e inducir el surgimiento de empresas de prestación de servicios como la salud para ciudadanos-clientes en el ámbito del mercado. Se encuentra que, fracasó la nueva gestión pública en la idea de ampliar la cobertura y el acceso al sistema de salud en condiciones de eficiencia y efectividad, generando factores asociados a enfermedades psicosomáticas como el síndrome de Burnout en los trabajadores del sector. Se concluye que, ligado a condiciones propias del modelo de NGP como la flexibilización laboral, inestabilidad en los salarios y alta carga laboral, es necesario profundizar en investigaciones para relacionar variables de la NGP con la patología.

## Palabras clave:

Gestión pública, riesgo psicosocial, síndrome de Burnout.

## Abstract

The present article of reflection, exposes the impacts achieved by the implementation of the New Public Management, as a model that allowed to privatize the State by replacing the bureaucratism model with a new managerial model to stimulate the dismantling of protectionist policies and induce the emergence of companies that provide services such as health for citizens-clients in the field of the market. It is found that the new public management failed in the idea of expanding coverage and access to the health system in conditions of efficiency and effectiveness, generating factors associated with psychosomatic diseases such as Burnout syndrome in workers in the sector. It is concluded that, linked to NPM model conditions such as labor flexibility, instability in salaries and high workload, it is necessary to deepen research to relate variables of the NPM with pathology

## Keywords:

Public management, psychosocial risk, Burnout syndrome.

## Resumo

O presente artigo de reflexão, expõe os impactos alcançados pela implementação da Nova Gestão Pública, como modelo que permitiu privatizar o Estado, substituindo o modelo burocratizador por um novo modelo gerencial para estimular o desmantelamento de políticas protecionistas e induzir ao surgimento de empresas que fornecem serviços como saúde para cidadãos-clientes no campo do mercado. Verifica-se que a nova gestão pública fracassou na ideia de ampliar a cobertura e acesso ao sistema de saúde em condições de eficiência e efetividade, gerando fatores associados a doenças psicossomáticas como a síndrome de Burnout em trabalhadores do setor. Conclui-se que, ligadas às condições específicas do modelo NGP, como flexibilidade laboral, instabilidade salarial e alta carga de trabalho, é necessário aprofundar a pesquisa para relacionar variáveis do NGP com a patologia.

## Palavras-chave:

Gestão pública, risco psicossocial, síndrome de Burnout

\*Cómo citar: López-Meneses, C. E. (2018). La Nueva Gestión Pública y sus factores de riesgo psicosocial. Revista Criterio Libre jurídico, (15-2), e-5493. Doi: <https://doi.org/10.18041/1794-7200/criteriojuridico2018v15n2.5493>

## Introducción

La Nueva Gestión Pública (NGP) se define como un “conjunto de decisiones y prácticas administrativas orientadas a flexibilizar estructuras y procesos, y a introducir mayor competencia en el sector público, con el propósito de mejorar los resultados de la acción gubernativa” (Cejudo, 2013, p. 15). Ésta ha generado cambios importantes en las condiciones de trabajo de los funcionarios públicos y nuevos retos de adaptación a condiciones flexibilizadoras en el contexto y desempeño laboral para los mismos. El contexto de finales del siglo XX ha generado gradualmente nuevos factores de riesgo para los trabajadores, en donde las afectaciones psicosomáticas como el estrés han tenido crecimiento y extensión en el mundo, teniendo en cuenta los estudios de la Asociación Americana de Psicología citada por (Gallego y Londoño, 2010) quien describe que dos de cada tres empleados encuestados, revelaron que el trabajo tiene un impacto significativo en sus niveles de estrés, y que el 25% de los empleados llamaron para reportarse enfermos como resultado del estrés en el trabajo.

Un tipo de estrés crónico resultado del padecimiento continuo del estrés laboral es el Síndrome de Burnout, identificado como un proceso consecuencia de la iteración de variables del entorno laboral y personal, que provoca una secuencia de etapas representadas por síntomas diferentes (Aguilar y Feresin, 2009). Pedro Gil Monte ha denominado al fenómeno como *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (SQT), en un esfuerzo de eliminar el anglicismo “Burnout” para referirse a esta patología, ante la evidencia de por lo menos diecisiete definiciones similares que generan confusión al incursionar investigativamente el fenómeno en los países de habla hispana (Gil-Monte, 2003). Teniendo en cuenta que en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (Morales y Murillo, 2015), esta investigación busca caracterizar conceptualmente el proceso de la NGP, al tiempo de relacionar su desarrollo con el síndrome de Burnout, conociendo sus aproximaciones conceptuales, modelos explicativos y referencias de estudios de investigación en el sector salud colombiano para identificar nuevos elementos para la investigación del fenómeno en el actual contexto para esta población.

## Métodos

El presente estudio constituye una revisión bibliográfica del modelo de NGP como impulsor de efectos dentro de la salud laboral en general, al mismo tiempo que se aborda el constructo del Síndrome de Burnout como patología derivada de la exposición al estrés crónico y que repercute a nivel individual y organizacional. Para ello se hace revisión conceptual de sus modelos de abordaje, sus métodos de medición y los resultados de algunas investigaciones para el sector de salud en Colombia, con el fin de indagar variables comunes entre las características de la nueva gestión pública y factores asociados a las fuentes de Burnout.

## Abordajes conceptuales

### Nueva Gestión Pública

Para Chica Vélez (2011), la NGP se define como una institución mediadora entre el Estado y la sociedad, sustituyendo al modelo burocrático que caracterizó la administración pública hasta finales del siglo XX, para establecer mercados intra-gubernamentales y orientar al gobierno hacia el ciudadano-cliente, desarrollar la competencia en la provisión de bienes y servicios públicos, e introducir el “espíritu empresarial” en la cultura de la administración pública. Por su parte, Guerrero (2009) concreta más este concepto al indicar que se trata de una propuesta orientada a la privatización del Estado, con profundos vínculos teóricos y políticos con el neoliberalismo, en la medida que ésta obtiene cuerpo doctrinal de aquel, mientras que el “neoliberalismo adquiere consistencia programática a través del desarrollo de la NGP”. En la Figura 1 se esquematiza la transición del esquema burocrático a un nuevo modelo gerencial, característico de la NGP.

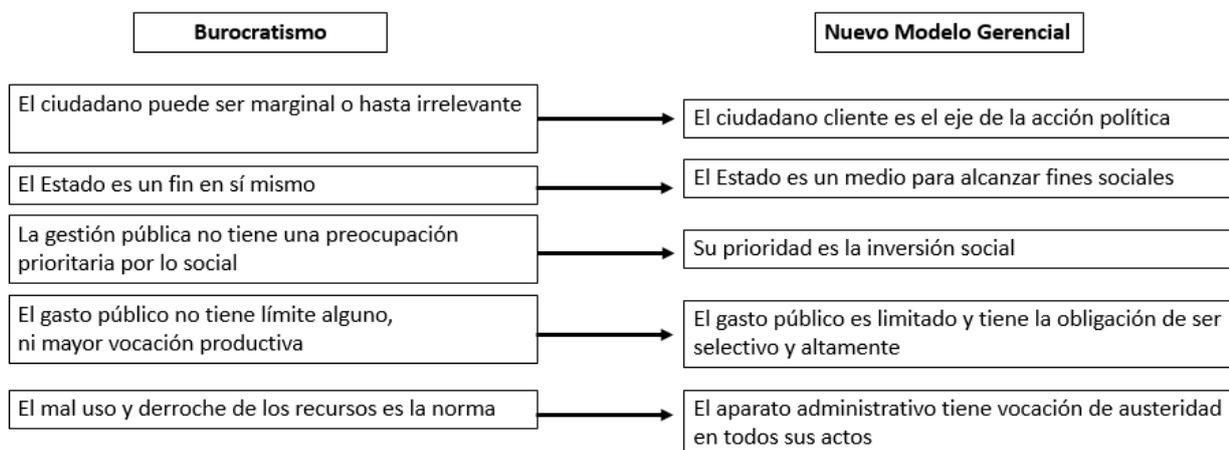


Figura 1. Burocratismo vs. Nuevo Modelo Gerencial. Fuente: (Chica Vélez, 2011)

La implementación de la NGP en América Latina se dio a partir de beneficios económicos del Banco Mundial y a partir de la adopción del documento “Una Nueva Gestión Pública para América Latina”, adoptado por el Consejo Directivo del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo-CLAD, mediante el cual se estimula el desmonte de las políticas proteccionistas y su sustitución por un sólido proyecto de comercio exterior que induzca a las empresas a ser más competitivas, dándole al Estado, en el plano económico y político, un papel de mero regulador, buscando formular las políticas públicas para ejercer la regulación y el control de la prestación de los servicios públicos; la flexibilización organizacional del aparato estatal (descentralización y desconcentración organizacional), la “democratización” de las relaciones entre los prestadores de servicios públicos y los “ciudadanos-consumidores” (transparencia), y el aumento de la eficiencia y efectividad de las políticas por medio de un modelo contractual y competitivo (control de los resultados, generó el control contable de costos, control por competencia administrada y control social (Avendaño López, 2010, p. 11); (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, 2013, p. 161).

En Colombia, mediante la ley 489 de 1998 se reglamenta en términos generales el proceso de implementación de la NGP en la medida que desarrolla los principios constitucionales de la función administrativa, determina los medios para incrementar la eficiencia administrativa, establece la estructura y organización de la administración pública, y trata del control administrativo y del ejercicio de funciones públicas por particulares. Así mismo, la ley crea los siguientes instrumentos para la adaptación de la capacidad administrativa a los requerimientos de la NGP: el Sistema de Desarrollo Administrativo, incentivos a la gestión pública (Banco de Éxitos y Premio Nacional de Alta Gerencia), Sistema Nacional de Control Interno, Escuela de Alto Gobierno, Democratización y Control Social, y el Sistema General de Información Administrativa (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2002). La implementación de la NGP en el sector de la salud en Colombia se hizo bajo el modelo del “Pluralismo Estructurado” propuesto por Juan Luis Londoño y Julio Frenk, también llamado por otros como “competencia regulada o gerenciada”. Este modelo, caracterizado por “incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia” (Londoño, 1997, p. 17), sirvió de sustento para la construcción de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Con esta norma la salud dejó de ser un servicio de beneficencia brindado de manera asistencialista por parte del Estado a los ciudadanos, para convertirse en un derecho establecido por la ley y en un servicio al cual pueden acceder los ciudadanos-clientes en un mercado donde participan entidades públicas (ESE) o privadas reguladas por el gobierno. Mercado que además, separa el servicio de aseguramiento, de la prestación del servicio de atención en salud propiamente dicho, buscando hacerlo más competitivo y eficiente, y garantizar la libertad del ciudadano-cliente a la hora de escoger su entidad aseguradora; dirigiendo los subsidios estatales a la cobertura de los sectores empobrecidos (la demanda) y ya no a los hospitales públicos (la oferta), de modo que éstos deban competir con las entidades privadas por la atención de los clientes para vender sus servicios (medicina general, odontología, laboratorios, cirugías, etc.), adquiriendo mayor responsabilidad y autonomía (Avendaño López, 2010, p. 17).

En términos generales, el proceso de reforma neogerencialista en el sistema de salud colombiano ha tenido pocos resultados positivos respecto a las expectativas generadas por su propuesta frente a mejorar la calidad del servicio, ampliar la cobertura y el acceso al sistema en condiciones de mayor eficiencia y efectividad; por el contrario, investigaciones como la de Flórez, Atehortúa, Arenas (2009) Avendaño (2010), Esguerra (2013) y Abadía, *et al.* (2007) han encontrado que las estrategias, principios y medidas del SGSSS han promovido la creación de importantes conflictos entre los actores del mismo, destacando en particular la falta de control del Estado, la prevalencia de los intereses privados sobre el derecho fundamental a la salud, la intermediación de las EPS y la existencia del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Los intereses privados sobre el derecho fundamental a la salud han conllevado a su vez a la degradación de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, específicamente de los médicos, por la pérdida de su autonomía al quedar supeditados a la búsqueda de eficiencia y rentabilidad de sus patronos, convirtiéndose en “obrero de la enfermedad, (al que) se le impide ejercer de manera gratificante su profesión como consecuencia de los determinismos económicos que se instauraron con la ley y el protagonismo otorgado a las EPS” (Gómez Ramírez, J. citado en: (Jiménez Esguerra, 2013, p. 35).

Si bien, todas las actividades laborales comportan factores de riesgo psicosocial, es innegable su preponderancia en algunas actividades específicas como el caso de la salud, dada la mayor relevancia del componente humano que el de capital (Díaz, 2016). Uno de los aspectos característicos de la reforma neogerencialista es la flexibilización organizacional, que para los trabajadores de la salud conlleva, en el nuevo discurso, su empoderamiento (trabajadores con mayor autonomía) y empleabilidad (capacidad de tener y obtener trabajo), otorgándole mayor importancia a las competencias psicosociales; es decir, a la capacidad de adaptarse a los cambios de manera innovadora y creativa para ser competitivos (Gallo, Modelos de gestión, prácticas organizacionales y riesgos laborales, 2016). Pero, para efectos prácticos de las entidades (públicas o privadas) significa la precarización laboral para disminuir costos mediante nuevas formas de contratación del personal, como la subcontratación a través de cooperativas de trabajo asociado, los contratos de prestación de servicios o contratos temporales, entre otros; lo que conlleva la pérdida del prestigio profesional de los médicos, la reducción de salarios, la disminución de su pertenencia institucional, el acoso e la inseguridad laboral (Flórez, 2009, p. 10; Jiménez, 2013, p. 35; Abadía, 2007, p. 6).

Estas nuevas condiciones de trabajo generan exposición a riesgos de enfermedades, dado que la única solución viable hasta el momento para los trabajadores de la salud en la búsqueda por compensar sus ingresos es tener varios empleos precarios, lo cual está asociado con el aumento de la fatiga, el estrés producido por el trabajo, la mayor susceptibilidad a los riesgos ambientales, entre otros. Dicho en términos técnicos “la exposición crónica y repetida a estresores psicosociales puede desencadenar trastornos tanto físicos como psicológicos, accidentalidad y hasta la muerte. El sufrimiento producido por dichas condiciones de trabajo puede activar los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad” (Gallo, 2016).

### Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout se definió por primera vez como el estado de fatiga o de frustramiento que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida, o de relación que no produce el esperado refuerzo (Tirado et al, 2004). Posteriormente, Maslach y Jackson en 1981 lo explicaron como un fenómeno multidimensional, caracterizado por la presencia de sensación de esfuerzo físico y emocional exagerados (en principio), que caracteriza un componente básico individual, seguido del incremento de comportamientos y actitudes negativas como insensibilidad, cinismo e incluso agresividad hacia los otros, representativos de un componente de contexto interpersonal y por último, una valoración negativa de la labor que se realiza como un componente de autoevaluación. Todo como un proceso de erosión psicológico resultado de una exposición crónica al estrés, aclarando que Burnout no es una dificultad de las personas, si no resultado del ambiente social en el que trabajan, puesto que es la estructura y el funcionamiento del lugar del trabajo los que delimitan la forma en la cual las personas interactúan y realizan el trabajo (Bambula y Gómez, 2016). Aunque Burnout ha sido investigado ampliamente, es este concepto el que en la actualidad ha tenido mayor reconocimiento e influencia en el campo de la ciencia.

Otros modelos analizan el problema en relación al estado personal del individuo. Se conocen los modelos diseñados desde la teoría cognoscitiva del yo; las teorías del intercambio social y desde la teoría organizacional. Para las primeras, Burnout es la consecuencia de no tener éxito en las tareas laborales a causa de obstáculos permanentes que gradualmente fisuran la esperanza del cumplimiento de los objetivos; para las segundas, Burnout se origina en la percepción de falta de equidad o de ganancia como proceso de la comparación social, esto es, la condición de aportar más de lo que se recibe sin posibilidades de resolver problemas; para las últimas, es una respuesta al estrés laboral, específicamente a estresores del contexto, como la estructura y el clima organizacional, disfunciones, apoyo recibido, entre otros, y de las estrategias que surgen para afrontar la experiencia con la patología. (Gracia, Varela, Zorrilla, y Olvera, 2007).

### Modelos de Medición

Para la medición del síndrome de Burnout se han desarrollado múltiples modelos, aunque algunos de ellos no han sido implementados o validados por lo que carecen de practicidad, teniendo en cuenta que un modelo de medición en este campo necesita contar con propiedades psicométricas efectivas como la fiabilidad, validez y sus niveles de análisis. (Gracia, Varela, Zorrilla y Olvera, 2007). La Tabla 1 muestra los instrumentos de medidas que han sido usados a lo largo del tiempo y que la literatura relaciona, resaltando que es el Maslach Burnout Inventory el mayor instrumento considerado en las investigaciones alrededor de Burnout.

El Modelo de MBI está compuesto por 22 preguntas (ítems) en una escala tipo Likert de 0 a 6 que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo, midiendo las tres dimensiones de desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal (Tabla 1). Las primeras dos indican mayor grado de Burnout si la puntuación es mayor, mientras que en la última se indica menor grado de Burnout si la puntuación es menor (Pera y Serra-Prat, 2002). El instrumento evalúa el grado de intensidad del problema en leve, moderado o severo de acuerdo a un puntaje dado. En tanto que es el modelo más utilizado en el mundo para desarrollar diagnósticos investigativos, diversos autores han contribuido en la adaptación del modelo al campo educativo y un modelo general, posibilitando la evaluación a cualquier profesión, denominados como MBI Educators Survey (MBI-ES) desarrollado en 1986 por Schwab, 1986 y El MBI -General Survey (MBIGS) desarrollado en 1996 por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, respectivamente.

**Tabla 1.** Modelos para la medición del síndrome de Burnout. (Gracia, Varela, Zorrilla, y Olvera, 2007).

Instrumento de medida	Autor
Staff Burnout Scale	Jones(1980)
Emener Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)
Maslach Burnout inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Scale	Kremer y Hofman (1985)
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)
Energy Depletion Index	Garden (1987)
Burnout Measure	Pines, y Aronson(1988)
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)
Efectos Psíquicos del Burnout	García Izquierdo (1990)
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993)
Rome Burnout Inventory Venturi	Dell Rizzo (1994)
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)
Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)	Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996)
Cuestionario Breve de Burnout	Moreno, Bustos, Matallana y Miralles (1997)
Cuestionario Para La Evaluación Del Síndrome De Estar Quemado Por El Trabajo En Profesionales De La Salud (CESQT PS)	De Pedro Gil Monte (2005)

Por su parte, el modelo de Burnout Mesaure, considera tres dimensiones definidas: agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental, teniendo en cuenta y privilegiando la dimensión emocional únicamente, además de considerar que el Burnout puede ser provocado tanto a nivel interno o fuera del contexto laboral. (Carpio, 2007; Martínez, 2010).

El modelo Cuestionario Breve de Burnout (CBB) también evalúa tres componentes: 1. antecedentes de Burnout 2. Factores Burnout y 3. Consecuencias de Burnout, y pretende medir la motivación al ejecutar las tareas relacionadas con su profesión y la percepción distorsionada frente a las situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad.

El modelo Staff Burnout Scale es de estricto uso para personal médico; incluye aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos que están al rededor del origen del síndrome recogidos en cuatro dimensiones: Insatisfacción con el trabajo, Tensión psicológica e interpersonal, Enfermedades física y Distrés y, Negativas Relaciones Profesionales con los Pacientes y El Matthews Burnout Scale for Employees no considera dimensiones en el análisis y constituye una escala que ofrece una puntuación que discrimina la presencia del síndrome o no, a su vez que puede identificar qué variables determinan la existencia de Burnout y la literatura la referencia como un modelo fiable, aunque poco utilizado (Carpio, 2007).

### **Identificación de burnout en el sector médico colombiano**

La identificación de la presencia del síndrome en el sector salud ha sido enfocado en su mayoría a establecer la prevalencia de Burnout, de acuerdo a criterios particulares de cada investigación, pero no se identificó ninguna investigación que analice los factores de desarrollo del fenómeno a partir de variables del modelo administrativo o económico bajo el que los profesionales laboran, y aun así, los resultados de algunas investigaciones tienden a pensar la necesidad de generar métodos de investigación que permitan contribuir a lineamientos de política pública.

Los factores predominantes asociados a la presencia del síndrome en profesionales del área de la salud encontrados en la literatura son: la carga laboral (número de horas de trabajo), condiciones de la prestación del servicio, número de pacientes por atender, ser mujer, resaltando este último como un riesgo importante de desarrollo, (Gutiérrez, Lobo, y Martínez, 2017; Muñoz y Velásquez, 2016; Quiceno y Alpi, 2007).

En la evaluación de tres instituciones de salud en Bogotá se encontró que la contratación por prestación de servicios, la necesidad de tener dos empleos, y un tiempo de ejercicio profesional menor a cinco años, son factores significativos para el desarrollo de Burnout en profesionales de salud (Rodríguez, et al., 2011), mientras que (Illera, 2006) en sus estudios, encontró que el poder incapacitante del síndrome de Burnout en tres profesiones es significativo, en tanto que de acuerdo a los resultados encontrados se incapacitarían el 25.7% de la población trabajadora de un hospital de nivel II, el 25,8% los fonoaudiólogos estudiados y el 28.1% de médicos internos.

### **Conclusión**

Los modelos que refieren medición sobre los efectos psicosociales relacionados con el nivel de trabajo, se diferencian por su aplicabilidad, dimensiones a considerar y el tipo de población a evaluar y, aunque el MBI es el instrumento más usado en el mundo, el restante de modelos son alternativas para la investigación en la búsqueda de variables o enfoques diferenciales de acuerdo a lo que cada estudio persiga. Los modelos Emener Luck Burnout Scale, Teacher Burnout Scale, al igual que Holland Burnout Assessment Survey, Cuestionario de Burnout del Profesorado y Escala de Burnout de Directores de Colegios se desarrollaron para el uso dentro de los ámbitos docentes, sin embargo, permiten observar los impactos psicosociales en el contexto laboral de la salud. Queda aún por revisar la oportunidad que los resultados que arrojan las investigaciones, a propósito del uso de estos métodos de medición de las afecciones psicosociales relacionados con el trabajo, representan frente a una reforma a la NGP.

### **Conflicto de interés:**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

### **Referencias Bibliográficas**

1. Abadía-Borrero, C. E.; Cortés, G.; Fino S., D. E.; García Álvarez, C. M.; Oviedo M., D. G.; Pínula A., M. Y.; Valdés S., E. (2007). Perspectivas inter-situadas sobre el capitalismo en la salud: desde Colombia y sobre Colombia. *Palimpsestus*, 6, 163-176.
2. Feresin, C. y Aguilar, L. (2009). Nuevas consideraciones sobre Burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT). VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo. Mar del Plata, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
3. Avendaño, J. (2010). Análisis de la nueva gerencia hospitalaria. Un nuevo enfoque de gestión administrativa dentro del sector hospitalario. "Estudio de caso". Tesis de maestría en Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia.
4. Bambula D., F. y Gómez, I. C. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el caribe*, 33 (1), 113-131.
5. Carpio López, D. C. (2007). Comparación de tres instrumentos de medición para la evaluación del burnout. Tesis Ingeniería, Division de Ingeniería, Universidad de Sonora: Mexico.

6. Cejudo, G. M. (2013). La Nueva Gestión Pública. Introducción al Concepto y a la Práctica. En G. M. Cejudo, Nueva Gestión Pública. México D.F: Siglo Veintiuno Editores.
7. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. (2013). Una nueva gestión pública para América Latina. En G. M. Cejudo, Nueva Gestión Pública. Mexico D.F: Siglo Veintiuno Editores.
8. Chica Vélez, S. (2011). Una mirada a los nuevos enfoques de la gestión pública. *Administración y Desarrollo* 53 (39), 57-74.
9. Departamento Administrativo de la Función Pública. (2002). Nueva Gestión Pública. Obtenido de Sistema de documentación e información municipal: <http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/DocumentosExternos/Nueva%20gestion%20p%C3%BAblica.pdf>
10. Diaz, C. J. (2016). Riesgos psicosociales en el sector financiero. *Cultura & Trabajo*, 92, 25-27.
11. Flórez, A. A. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Gerencia. Política. Salud*, 8 , 107-131.
12. Gallego, D. R. y Londoño, B. M. (2010). Formación en creencias de eficacia. Una propuesta para reducir el burnout y optimizar los niveles de engagement en empleados. *International Journal of Psychological Research*, 3 (2), 86-92.
13. Gallo, O. (2016). Alienación, riesgos sociales y enfermedades crónicas. *Cultura y Trabajo*, (92), 54-61.
14. Gallo, O. (2016). Modelos de gestión, prácticas organizacionales y riesgos laborales. *Cultura y Trabajo* (92), 42-51.
15. Gil-Monte, P. R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 19 (2), 181-197.
16. Gracia, T. J.; Varela, O. E.; Zorrilla, D. M. y Olvera, A. L. (2007). El Síndrome Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. *Revista Cubana de Salud Pública*, 3 (5), 50-68.
17. Guerrero, O. (2009). El Fin de la Nueva Gerencia Pública. Estado, Gobierno, Gestión Pública. *Revista Chilena de Administración Pública*. (13), 5-22.
18. Gutiérrez, O. A., Lobo, N. J. y Martínez, J. (2017). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. *Universidad y Salud* , 20 (1), 37-43. DOI: 10.22267/rus.182001.107
19. Illera Rivera, D. (2006). Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayán. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 8 (3), 21-29.
20. Jiménez Esguerra, N. (2013). Análisis del Sistema de Salud Colombiano desde la Perspectiva de la Nueva Gerencia Pública. Monografía de Grado para optar al título de politóloga en la Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Bogotá D.C: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
21. Londoño, J. L. (1997). Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Documento de trabajo 353. . México: Oficina del Economista Jefe. Banco Interamericano de Desarrollo.
22. Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.
23. Soborio Morales, L. S., y Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32 (1), 119-124.
24. Muñoz, A. I., y Velásquez, M. S. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (2), 202-211.
25. Pera, G., y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6), 480-486.
26. Quiceno, J. M., & Alpi, S. V. (2007). Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
27. Rodríguez, M. G.; Rodríguez, R.; Gutiérrez, A. E.; Rodríguez, M. L.; y Pinzón, J. Y. (2011). Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá. Bogotá: Universidad del Rosario.
28. Tirado, J.; Vargas, C. R.; Algarrada, R. P.; Borrego, P.; Fiestas, M.; y Domínguez, A. (2004). Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. *Rehabilitación*, 38 (2), 59-65.