



Trayectorias

ISSN: 2007-1205

trayectorias@uanl.mx

Universidad Autónoma de Nuevo León

México

GÁLVEZ SANTILLÁN, ELIZABETH

Trabajo decente: una comparación entre los médicos del sector salud en Nuevo León y el
contexto nacional

Trayectorias, vol. 18, núm. 42, enero-junio, 2016, pp. 94-108

Universidad Autónoma de Nuevo León

Monterrey, Nuevo León, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60744250005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Trabajo decente: una comparación entre los médicos del sector salud en Nuevo León y el contexto nacional

Decent Work: A Comparison between Doctors from the Public-Health Sector in Nuevo León and the National Context

RESUMEN

El artículo presenta un análisis en torno a los cambios que han sufrido las condiciones laborales de los médicos que trabajan en el sector de la salud en el estado de Nuevo León y los compara con la situación registrada a nivel nacional, luego de las reformas estructurales y sectoriales sufridas en la economía y en el sector salud en las últimas décadas. Para ello se utiliza el enfoque de Trabajo Decente propuesto por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1999), empleando la metodología propuesta por Gálvez, Gutiérrez y Picazzo (2011) que comprende los indicadores de empleo durable, salario suficiente y prestaciones sociales o equivalente.

Palabras clave: médicos, trabajo decente, precarización laboral, México, Nuevo León.

ABSTRACT

This article presents an analysis regarding the changes undergone by the labor conditions of doctors working in the health sector in the state of Nuevo Leon and compares them with the situation nationwide following the structural and sectorial reforms in the economy and in the health-sector over the past few decades. To that end, we used the focus of Decent Work proposed by the ILO (OIT, 1999), using the methodology posited by Galvez, Gutierrez and Picazzo (2011), which encompasses the indicators for permanent employment, fair income and social benefits or the equivalent.

Key words: doctors, decent work, precarious work, Mexico, Nuevo Leon.

94

*Profesora-investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, elizabethglvez@gmail.com

Recibido: 17 de junio 2015/ Aceptado: 4 de diciembre 2015

INTRODUCCIÓN

Los servicios ligados a la salud han ido cobrando cada vez más importancia económica global y regional, debido a la tendencia a aumentar los gastos en salud, los avances que se han dado en la medicina y en la tecnología, al incremento de la población en edad avanzada, a la transición epidemiológica, entre otros (Knaul, Arreola-Ornelas y Escandón, 2007).

Sin embargo, en el caso de América Latina y, en particular, México, ese crecimiento en el sector ha sido acompañado de una serie de sucesos que ocasionaron modificaciones en su organización y funcionamiento. Estos eventos ocurridos a partir de los años ochenta están principalmente relacionados con los planes de ajuste estructural, los cuales se tradujeron en la implementación del modelo económico neoliberal en el país; y los planes de reforma del sector salud.

Con el cambio de modelo económico se promovió la desregulación pues se consideraba que era necesario disminuir la intervención del Estado en la economía debido a que se afirmaba que el libre mercado podía hacerla funcionar correctamente. El mismo razonamiento giró en torno al mercado de trabajo, se consideraba que la intervención del gobierno era algo negativo pues producía rigideces en las fuerzas del mercado y limitaba el desarrollo económico y la creación de empleos por lo que era necesaria la desregulación (Solís y Ortega, 2015); sin embargo, lo que resultó fue un aumento de los empleos precarios.

Uno de los impactos derivados de los procesos de reforma estructural y sectorial en el sector de la salud fue que se tendieron a producir cambios fundamentales en la práctica clínica pues se incrementó la subordinación de los médicos a la lógica administrativo-financiera y se redujo de manera importante la práctica profesional independiente,¹ ya que los profesionales ahora deben ofrecer sus servicios a las aseguradoras públicas y privadas o a los propietarios de grandes centros prestadores del servicio de salud (Iriart *et al.*, 2000).

Asimismo, al igual que pasó a nivel nacional, en el caso de Nuevo León en las últimas décadas se dio un fuerte crecimiento en la infraestructura hospitalaria proveniente tanto de inversiones nacionales como extranjeras, por ejemplo: el hospital de alta especialidad Christus Muguerza; hospital CIMA Santa

95

¹ La medicina fue primero una profesión estamental, después una profesión liberal o de mercado (donde las personas con esta preparación gozan de independencia y autonomía en el ejercicio de su profesión) y, por último, una profesión asalariada (Larson, 1977; Guillén, 1990).

Engracia; Clínica Vitro; Oca Hospital; Doctors Hospital; Hospital de Ginecología y Obstetricia; Hospital San José Tec de Monterrey; Grupo Christus Muguerza; Centro Internacional de Medicina CIMA Monterrey; Centro Médico Zambrano Hellion; Hospitaria. Lo que lleva a preguntarnos qué es lo que está pasando con quienes ofrecen los servicios de atención a la salud, es decir los médicos.

Siguiendo esta reflexión, en el presente artículo se analiza cómo se han modificado las condiciones laborales de los médicos que trabajan en el sector de la salud en el estado de Nuevo León y se hace una comparación de lo que ha sucedido a nivel nacional. Para ello se utiliza el enfoque de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) el cual promueve la protección de los derechos laborales de los trabajadores. Se consideraron únicamente a los médicos² que en las encuestas de empleo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía señalaron que habían realizado sus estudios de medicina, ya sea a nivel profesional o de especialidad, y los habían terminado. Esto con la finalidad de tener una idea más certera de lo que ha sucedido con sus condiciones laborales.

96

El artículo está organizado en cinco apartados: el primero presenta los cambios en el sector de la salud en el país tras la implementación de las reformas estructurales y sectoriales; el segundo hace referencia al impacto de las reformas estructurales en el empleo, las cuales incrementaron la precarización laboral; en el tercero habla sobre el Trabajo Decente, una propuesta para reducir la precariedad laboral y muestra la metodología para el cálculo del índice de Trabajo Decente; en el cuarto apartado se presentan los resultados de la medición del trabajo decente en los médicos que laboran en el sector salud y el quinto presenta las conclusiones.

LOS CAMBIOS EN EL SECTOR DE LA SALUD TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REFORMAS ESTRUCTURALES Y SECTORIALES

En las últimas tres décadas el sistema de salud en México ha sufrido una serie de transformaciones en su organización y funcionamiento debido en parte a la realización de una serie de reformas de ajuste estructural que llevaron al país a cambiar de modelo económico, pasando del modelo proteccionista de

² Al hablar de médicos en este escrito, se asume que están incluidos ambos géneros (hombres y mujeres).

sustitución de importaciones al modelo neoliberal o de libre mercado, pero también por las reformas realizadas en el sector salud (Iriart *et al.*, 2000, Menéndez, 2005, e Infante, 2000), las cuales se hicieron con el fin de hacer compatible el sector con el neoliberalismo (Laurell, 1994).

Entre las reformas estructurales realizadas en el país estuvieron: la disminución del papel del Estado en el proceso del desarrollo, la apertura comercial, el libre movimiento de capital, la apertura a la inversión extranjera, la privatización de las empresas del Estado, una mayor eficiencia financiera, la reforma tributaria, un programa para desregular la actividad de los particulares y un compromiso a largo plazo para introducir reformas estructurales (Tello, 2007).

Por su parte, algunas modificaciones que ocurrieron en el sector salud fueron: la descentralización de los servicios de salud desde el gobierno federal hacia los gobiernos estatales, la redistribución del gasto en salud y la reducción del mismo a nivel federal. También, se promovió el desfinanciamiento de la seguridad social, tanto en recursos humanos como materiales, generando problemas de abastecimiento de medicinas y equipo, así como escasa satisfacción laboral entre el personal de las instituciones; se aplicaron medidas para favorecer la mercantilización de los servicios de salud y se propuso un sistema de atención primaria selectiva con el nombre de Seguro Popular (Merino, 2003 y Menéndez, 2005).

De acuerdo a Iriart *et al.*, (2000), uno de los impactos más serios que resultaron de los procesos de reforma estructural y sectorial realizados fue la transformación negativa de la concepción social sobre la salud al dejar de tener ésta un carácter de derecho universal, de cuyo cumplimiento el Estado era responsable, para convertirse cada vez más en un bien de mercado que los individuos deben adquirir, es decir, con esto la salud dejó de ser un bien público para convertirse en un bien privado.

Además, con las reformas estructurales se permitió la entrada de la inversión extranjera al sector de la salud (Iriart *et al.*, 2000), incorporándose ésta en clínicas y hospitales ya existentes en el país o bien como nuevas inversiones.

De esta manera, emerge en el país el gran capital privado como “actor fuerte” en el sector hospitalario de alta capitalización cuyo auge se debe principalmente a que se reestructura la práctica médica al ser desplazada como elemento central en la atención a la salud, en su lugar aparece la tecnología diagnóstica y terapéutica. Lo anterior ocasionó que los médicos se insertaran de forma subordinada en el proceso de trabajo hospitalario, junto con el resto de los trabajadores de la salud (Laurell, 1994).

De acuerdo a cifras de la Secretaría de Salud (INEGI, 2009), en México la cantidad de médicos en las instituciones de atención a personas no aseguradas se incrementó 273% en el periodo de 1980 al 2007, al pasar de 19 927 médicos a 74 233, mientras que los de las instituciones de seguridad social aumentaron 136% durante ese tiempo pasando de 41 157 médicos a 96 960.

Mientras que en el sector privado en el país (México. Secretaría de Salud, 2007), el personal médico que laboraba en este sector en el 2001 sumaba 39 170 médicos (de los cuales 20% eran médicos generales, 73% especialistas y el resto realiza otras labores); y para el 2007 la cifra se elevó a 64 996 médicos (15% médicos generales, 79% especialistas y el resto practica otras labores), un crecimiento de 66% en el periodo. Asimismo, los datos mostraron que del total de médicos en el 2007 solamente 19% se encontraba en nómina y 81% restante laboran en acuerdo especial, es decir, a través de cobertura pagada por anticipado por los clientes a las aseguradoras.

En Nuevo León, por su parte, en relación a la cantidad de médicos en las instituciones de salud que ofrecen atención a personas no aseguradas en el estado se incrementó 40% en el periodo de 1990 al 2007, al pasar de 1 500 médicos a 2 103; mientras que en las instituciones de seguridad social la cantidad de médicos aumentó 80%, pasando de 2 474 médicos a 4 460, es decir, 1 986 más (INEGI, 2008).

98 Respecto al personal médico que labora en el sector privado en el estado, en el 2001 sumaban 1 176 médicos (de los cuales 16% eran médicos generales, 63% especialistas y el resto hace otras labores); mientras que para el 2007 la cifra se elevó a 10 180 médicos (ahora solamente 2% son médicos generales, 94% especialistas y el resto realiza otras labores), un crecimiento de 766%. Asimismo, los datos muestran que del total de médicos en el 2007, solamente 5% se encuentran en nómina y 95% laboran en acuerdo especial, lo que coincide con el señalamiento de que las reformas propiciaron un incremento en el empleo subordinado de los médicos en el sector salud (México. Secretaría de Salud, 2007).

EL IMPACTO DE LAS REFORMAS ESTRUCTURALES EN EL EMPLEO: LA PRECARIZACIÓN LABORAL

Bajo este contexto de debilitamiento del papel que el Estado como regulador de las instituciones de protección social, así como de una mayor influencia de los organismos financieros internacionales en el gobierno, ocasionaron que la

capacidad gubernamental para proteger a los más débiles disminuyera y en su lugar predominaran las fuerzas del mercado (Bensusán, 2006), que en el caso del mercado laboral se tradujo en un aumento de la precarización.

La precarización laboral hace referencia a un conjunto de situaciones que configuran el déficit social y se manifiesta claramente en la carencia de derechos laborales tipificados en la legislación como la ausencia de contrato laboral y de prestaciones sociales, la existencia de salarios por debajo del salario mínimo, la prolongación de la jornada de trabajo sin la correspondiente remuneración ponderada como horas extras, despido sin indemnización, entre otros elementos (Sotelo 1999).

La desregulación de las relaciones laborales tiene que ver con el no cumplimiento de las normas que protegen a los trabajadores al legalizarse mecanismos de flexibilidad tales como facilidades para el despido, contratos temporales, salarios bajos, debilitamiento de las organizaciones sindicales, etcétera; esto coloca a los trabajadores en una situación de precariedad laboral que les impide hacer valer sus derechos laborales (Solís y Ortega, 2015), lo cual provoca la desintegración de la cohesión social.

En palabras de Stiglitz (2007): “La flexibilización del mercado de trabajo no es más que un intento apenas disimulado de demoler –en aras de “la eficiencia económica”– conquistas que los trabajadores habían logrado a fuerza de muchos años de negociación y actividad política”.

De tal forma que, mientras que antes de la década de los ochenta los mercados laborales se constituían principalmente por el mercado primario de trabajo –es decir, por empleos formales; siendo el mercado secundario, el de empleos precarios, el subordinado (Piore, 1983; Neffa, 2010)–, ahora la relación se invirtió y el sector dominante es el mercado secundario de trabajo o el de los empleos precarios (Beck, 2000; Sotelo, 1999; Reygadas, 2006). Además, actualmente el trabajo precario puede estar presente tanto en las actividades económicas informales como en las formales (Neffa, 2010).

99

EL TRABAJO DECENTE, UNA PROPUESTA PARA REDUCIR LA PRECARIEDAD LABORAL

Luego de reconocer que las fuerzas del mercado han actuado de manera desigual en la sociedad, incluso en el mercado de trabajo, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) adoptó en su 87^a reunión, en el año de 1999, el *Programa de Trabajo Decente* definiendo este concepto como el “trabajo pro-

ductivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, en el cual los derechos son protegidos y que cuenta con remuneración adecuada y protección social” (OIT, 1999, p. 4).

Este programa se ha plasmado en cuatro objetivos estratégicos:

- La promoción y crecimiento del empleo.
- El respeto a los derechos laborales consagrados en la legislación laboral.
- La protección social contra las situaciones de vulnerabilidad.
- El fomento del diálogo social.

Es decir, lo que la OIT propone es que en el marco de la globalización, los países deberán poner en primer plano el derecho a la justicia social y los derechos humanos y laborales reconocidos internacionalmente y diseñar un modelo que permita monitorear el desarrollo *versus* el trabajo decente en los países (Zacharie y Serón, 2008; Fields, 2003).

¿Cómo medir el trabajo decente?

100

La OIT promueve el concepto de trabajo decente desde 1999, sin embargo, no existe aún una metodología única para su medición. No obstante se han realizado diferentes esfuerzos para medirlo, entre ellos están la propuesta publicada en *Panorama Laboral* (OIT, 2001), Ghai (2003); Bonnet, Figueiredo y Standing (2003); Anker, Chernyshev, Egger, Mehran y Ritter (2003); Bescond, Chataignier y Mehran (2003); González (2006); Galhardi (2008); Fuji y Alatraste (2008); y Gálvez *et al.* (2011).

En este trabajo se utilizará la propuesta de Gálvez *et al.* (2011) por ser una metodología en la que ha trabajado la autora y por considerar que cumple con criterios como los señalados por Anker *et al.* (2003) de estar basada en un modelo teórico, ser transparente, reproducible y permite medir los cambios a través del tiempo. Esta metodología considera los indicadores: empleo durable, salario suficiente y prestaciones sociales o equivalentes. Los cuales se describen de manera general a continuación:³

³ Para una revisión más profunda de la metodología revisar Gálvez *et al.* (2011).

Empleo durable

Se considera como empleo durable a aquellos segmentos laborales que se desempeñan en el marco de la legislación laboral vigente, es decir, se excluyen el trabajo infantil (trabajadores menores de 18 años) y el trabajo ilegalmente remunerado (trabajadores que no reciben ingreso o que su percepción es menor a un salario mínimo).

Para medir este indicador se utiliza:

$$TED = (PO/PEAR) \times 100$$

Donde

TED: tasa de empleo durable.

PO: población ocupada de 18 años y más que tiene ingresos mayores de un salario mínimo.

PEAR: población económicamente activa real, compuesta por la PEA (población ocupada y desempleados), más la PNEA disponible para trabajar.

Salario suficiente

Este indicador descansa en la idea de que las personas no sólo requieren trabajar sino percibir un ingreso que les permita vivir con libertad y tranquilidad.

101

Para medir este indicador se utiliza:

$$TOSS = (PO1/POT) \times 100$$

Donde

TOSS: tasa de población ocupada con salario suficiente.⁴

PO1: población ocupada con ingresos iguales o superiores al salario suficiente.

POT: población ocupada total.

⁴ Para los años 2007 y 2011 se considera un salario suficiente el que es mayor de 3 salarios mínimos, es decir, mayor de \$151.71 y \$179.46 pesos diarios respectivamente. Para 1987 el salario suficiente equivale a 1 salario mínimo (Gálvez *et al.*, 2011).

Prestaciones sociales o equivalente

Está conformado considerando que uno de los fundamentos de la idea del trabajo decente es que los trabajadores cuenten con prestaciones sociales y materiales que les permitan una mayor calidad en el empleo y de vida.

Para medir este indicador se utiliza:

$$\text{POPSE} = \frac{3}{4} (\text{TAIS}) + \frac{1}{4} (\text{TPOPI})$$

Donde

POPSE: población ocupada con prestaciones sociales o equivalente.

TAIS: tasa de población ocupada con acceso a instituciones de salud.

TPOPI: tasa de población ocupada con prestaciones o ingresos altos.

En este indicador el componente de acceso a la salud tiene una ponderación de $\frac{3}{4}$ y el de prestaciones o ingresos altos de $\frac{1}{4}$, por considerar que dentro de los derechos sociales y materiales el aspecto de mayor relevancia está vinculado a la capacidad que una sociedad tiene de brindar a la población la más amplia cobertura de acceso a los servicios de la salud, además, como señala Sen (2000), la salud es un componente directo del desarrollo debido a que influye en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor.

102

Los indicadores se sometieron a un proceso de normalización para obtener los índices específicos de cada uno de ellos, los cuales posteriormente se sintetizaron en un índice general. Para ello los diferentes índices específicos se sumaron otorgándole una misma ponderación a cada uno de ellos de $\frac{1}{3}$, con lo cual resultó el índice general, en este caso el Índice de Trabajo Decente (ITD). Su valor oscila entre 0 y 1, donde para su interpretación se establecieron tres rangos: de 0 a 0.49 que indica un nivel bajo de trabajo decente; de 0.5 a 0.79, un nivel medio y de 0.8 a 1 un nivel alto, criterio que también utiliza el PNUD (1990) para la interpretación del Índice de Desarrollo Humano.

Es importante aclarar que si bien, el trabajo decente se integra por cuatro dimensiones: el empleo, derechos laborales, prestaciones y diálogo social, en esta trabajo no se considera el último elemento relacionado con el diálogo social, debido a que se busca medir el trabajo decente en los médicos que laboran en actividades del sector salud, y no solo en los asalariados, que es el único sector en el que pueden organizarse los sindicatos. Además, es importante señalar que las tres dimensiones que se utilizan están estrechamente interrelacionadas.

EL TRABAJO DECENTE PARA EL CASO DE LOS MÉDICOS EN EL SECTOR SALUD: RESULTADOS

Tomando en cuenta lo señalado anteriormente, en el cuadro 1 se puede observar que el ITD de los médicos del sector de la salud se ubica en el rango de nivel medio de trabajo decente tanto a nivel nacional como en el estado de Nuevo León y dado lo observado en el cuadro, la posibilidad de avanzar hacia el rango de trabajo decente alto es cada vez es más lejana.

CUADRO 1.

ÍNDICE DE TRABAJO DECENTE DE LOS MÉDICOS QUE LABORAN EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD EN MÉXICO Y NUEVO LEÓN 1987, 2007 Y 2011

COMPONENTES	MÉXICO			NUEVO LEÓN		
	1987	2007	2011	1987	2007	2011
Empleo durable	0.743	0.733	0.713	0.799	0.777	0.755
Población ocupada remunerada con salario suficiente	0.770	0.760	0.740	0.717	0.703	0.770
Población ocupada con prestaciones sociales o ingresos mayores a 5sm	0.716	0.994	0.669	0.803	0.880	0.509
Población ocupada con acceso a instituciones de salud	0.653	0.533	0.531	0.843	0.640	0.365
ITD	0.727	0.714	0.672	0.783	0.727	0.642

Fuente: elaborada con datos de INEGI (1987, 2007 y 2011).

Las cifras muestran que tanto a nivel nacional como estatal, el ITD ha ido en descenso, siendo esta caída mayor en Nuevo León, estado que en 1987 se encontraba en mejores condiciones de trabajo decente (0.783), muy cerca de avanzar al rango de nivel alto de trabajo decente (0.8-1). Sin embargo, para el 2011 el índice descendió a 0.642, es decir, una caída de 18% debido a una pronunciada reducción en tres de los cuatro componentes del índice (en el 2011 solamente el componente de población ocupada remunerada con salario suficiente aumentó 7.4% con relación a 1987). A nivel país el ITD pasó de 0.727 en 1987 a 0.672 en el 2011, un retroceso de 8%, ocasionado por un debilitamiento de todos los componentes que integran dicho índice.

Pasemos a analizar cada uno de los componentes del trabajo decente.

Empleo durable

A nivel nacional, el subíndice de empleo durable pasó de 0.743 en 1987 a 0.713 en el 2011, es decir, disminuyó 4%; mientras que a nivel estatal se redujo 6% al pasar de 0.799 a 0.755, respectivamente, lo cual implica una reducción en la capacidad de generación de empleo en las condiciones legales que una sociedad debe de ofrecer para satisfacer las necesidades de la población.

Salario suficiente

El subíndice de salario suficiente, relacionado con la población ocupada que gana ingresos mayores a 3 salarios mínimos (más de \$5384 pesos mensuales en el 2011), pasó de 0.770 en 1987 a 0.740 en el 2011 a nivel país (una caída de 4%) disminuyendo la proporción de quienes a través de su trabajo pueden adquirir al menos los ingresos mínimos que, como señala Sen (2000), les dé el derecho económico y la libertad fundamental para comprar lo suficiente para vivir. Sin embargo, a nivel estado, el subíndice pasó de 0.717 en 1987 a 0.770 en el 2011 (un aumento de 7%), es decir, aumentó la proporción de médicos con ingresos suficientes para vivir. El subíndice de salario suficiente de los médicos en el 2011 es el que mejor desempeño muestra tanto a nivel nacional como estatal, es decir, la mayoría de los médicos que trabaja en actividades relacionadas con la salud se encuentra en una situación donde perciben un ingreso que al menos le permite cubrir sus necesidades más básicas para vivir. No obstante el aumento de este subíndice, la condición laboral de los médicos se ha precarizado principalmente por dejar de percibir prestaciones laborales y de salud, debido a la flexibilización laboral que se dio con el modelo neoliberal, como veremos enseguida.

104

Prestaciones o ingresos altos

El índice de prestaciones o ingresos altos cayó también entre 1987 y 2011, tanto a nivel nacional como estatal, al pasar de 0.716 en 1987 a 0.669 en 2011 en el país (una caída de 7%), y de 0.803 a 0.509, respectivamente, en el estado (una disminución de 37%), siendo más fuerte el cambio en esta condición en Nuevo León que a nivel país, lo que da muestra de cómo ha cambiado la estructura laboral en este tipo de profesionales principalmente en la entidad, ya que en la actualidad la mayor parte de los médicos en el estado labora por su cuenta o bien es empleador por lo que no disfrutaban de prestaciones laborales.

Acceso a instituciones de salud

El índice de acceso a instituciones de salud de la población ocupada de los médicos bajó entre 1987 y el 2011 tanto a nivel nacional como estatal al pasar de 0.653 a 0.531 en el país (una baja de 19%) y de 0.843 a 0.365, en el estado (una disminución de 57%), ampliándose también por este aspecto la precarización laboral, como se dijo anteriormente. Vale la pena señalar la existencia del Seguro Popular, creado para dar atención a la población abierta, servicio por el cual hay que hacer un pago anualmente en función de los ingresos percibidos. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) no muestra quiénes están accediendo a este tipo de servicio, por lo que no se puede conocer si los médicos que no tienen acceso a instituciones de salud están integrándose a esta nueva institución.

CONCLUSIÓN

Al calcular el ITD para los médicos se observó que se da un descenso en la calidad de las condiciones laborales lo cual está irónicamente asociado principalmente a un menor acceso a instituciones de salud, siendo esto más pronunciado en el caso de Nuevo León que en el país. Es decir, los médicos, quienes son un elemento fundamental para hacer efectiva la atención de la salud para la población en general, no están disfrutando de este derecho universal lo que se traduce en una menor calidad de vida. Asimismo, dentro del apartado de prestaciones o ingresos altos la proporción de médicos subordinados con algún tipo de prestación disminuyó de manera significativa, especialmente en Nuevo León; sin embargo, esto fue en parte contrarrestado por un alza en la participación de médicos sin prestaciones pero con ingresos mayores a los 5 salarios mínimos. De esta forma, la calidad del empleo del segmento de los médicos se ha visto desequilibrada con relación a lo observado en 1987 particularmente debido a una fuerte disminución de las prestaciones sociales y el acceso a las instituciones de salud. Con lo anterior se puede señalar que la calidad del empleo de los médicos tanto a nivel país como en el estado de Nuevo León ha caído, aún a pesar de su elevado nivel de educación, se está dando una precarización laboral en la profesión médica.

Se puede tener una mejor percepción de la magnitud de este resultado negativo del 2011 si se considera que las condiciones laborales que en 1987 existían en el país estaban muy lejos de lo que se podría desear ya que es un año que corresponde, como señalan Gutiérrez y Gaudiano (2010), a lo que la

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (Cepal) llamó “la década pérdida”. En los años ochenta el país sufrió fuertes estragos económicos y sociales debido a la crisis de deuda de 1982, y para poder cumplir con sus compromisos de deuda México tuvo que pedir más préstamos a los organismos financieros internacionales, los cuales fueron condicionados a la aplicación de una serie de medidas de ajuste económico y de cambios estructurales impactando gravemente no sólo en lo económico sino también en lo social (Tello, 2007), debido a que durante el proceso no se consideró la aplicación de políticas sociales que ayudaran a sobrellevar los efectos de estos ajustes.

Cabe destacar que la idea de trabajo decente representa un piso mínimo en cuanto a la calidad del empleo que todos los trabajadores deberían de disfrutar y, a la vez, representa una aspiración, que los gobiernos y la sociedad en general pueden utilizar como un medio para orientar las políticas laborales que eleven las capacidades de los trabajadores y avanzar hacia una sociedad más justa y productiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

106

- Anker, R., Chernyshev, I., Egger, P., Mehran, F. y Ritter, J. (2003). La medición del trabajo decente con indicadores estadísticos. *Revista Internacional del Trabajo*, 122 (2).
- Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz: la precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona, Provincia de Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bensusán, G. (2006). Diseño legal y desempeño real: México. En Bensusán, G. (Coord.). *Diseño legal y desempeño real: instituciones laborales en América Latina*. México, D. F., Porrúa- UAM.
- Bescond, D., Chataignier, A. y Mehran, F. (2003). Siete indicadores para medir el trabajo decente. Comparación internacional. *Revista Internacional del Trabajo*, 122 (2), 197-231.
- Bonnet, F., Figueiredo, J. y Standing, G. (2003). Una familia de índices de trabajo decente. *Revista Internacional del Trabajo*, 122 (2), 233-261.
- Fields, Gary (2003). El trabajo decente y las políticas de desarrollo. *Revista Internacional del Trabajo*, 122 (2).
- Fuji, G. y Alatríste. M. G. (2008). *Trabajo decente en México, 2006-2007*. Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Estudios del Trabajo. Del 21 al 23 de mayo. Universidad Autónoma de Querétaro, Centro Universitario. Querétaro, Qro.
- Galhardi, R. (2008). *Indicadores de trabajo decente: un índice para México*. México, D. F.: OIT. Oficina para Cuba y México.
- Gálvez, E.; Gutiérrez Garza, E. y Picazzo E. (2011). El trabajo decente: nuevo paradigma para el fortalecimiento de los derechos sociales. *Revista Mexicana de Sociología*, 73 (1), 73-104.
- Ghai, D. (2003). Trabajo decente. Concepto e indicadores. *Revista Internacional del Trabajo*, 122 (2), 125-160.
- González, M. (2006). *La promoción del trabajo decente y productivo de los jóvenes en la Región América*. Ponencia presentada en el seminario Estrategias para la Generación de Empleo Productivo para los Jóvenes. Del 8 al 10 de noviembre. Morelos, México.
- Guillén, M. (1990). Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Reis*, (51), 35-51.

- Gutiérrez, E. y Gaudiano, E. (2010). *De las teorías del desarrollo al desarrollo sustentable*. México, D. F.: Siglo XXI-UANL.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (1987). *Encuesta nacional de empleo urbano 1987*. Aguascalientes, Aguascalientes: INEGI. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/microdatos/encuestas.aspx?c=14650&s=est>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2007). *Encuesta nacional de ocupación y empleo 2007*. Aguascalientes, Aguascalientes: INEGI. Recuperado de: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enoe/enoe2007/Enoe2007.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2008). *Estadísticas históricas de los municipios de Nuevo León*. Tomo III. Aguascalientes, Aguascalientes: INEGI. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825460754>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2009). *Estadísticas históricas de México 2009*. Aguascalientes, Aguascalientes: INEGI. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825460792>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2011). *Encuesta nacional de ocupación y empleo 2011*. Aguascalientes, Aguascalientes: INEGI. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/microdatos/encuestas.aspx?c=33538&s=est>
- Infante, A. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y El Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1).
- Iriart, C., Emerson, E. M. y Howard, W. (2000). La atención gerencial en América latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1), 95-105..
- Knaul, F., Arreola-Ornelasa, H. y Escandón, P. (2007). La competitividad, la salud y el sector salud: una nueva vertiente del paradigma de economía y salud. *Gaceta Médica de México*, 143 (2). Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/2007-143-2-93-100.pdf
- Larson, M. (1977). *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, CAL: University of California Press.
- Laurell, A. C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. En Asa Cristina Laurell (Coord.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México, D. F.: Fundación Friedrich Ebert / UAM-X.
- Menéndez, E. L. (2005). Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales. *Salud Colectiva*, 1 (2), mayo-agosto.
- Merino, G. (2003). Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo. *Caleidoscopio de la salud*. En F. Knaul y G. Nigenda (Eds.).
- México. Secretaría de Salud (2007). *Estadísticas*. Recuperado de: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas.html>
- Neffa, J.C. (2010). La transición desde los “verdaderos empleos” al trabajo precario. En E. de la Garza y J.C. Neffa (Coords.). *Trabajo, identidad y acción colectiva*. México, D.F.: UAM-Plaza y Valdez.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1999). *Memoria del director general: Trabajo decente*. 87ª. Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Junio. Ginebra, Cantón de Ginebra. Recuperado de: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2001). Índice de desarrollo de trabajo decente 1990-2000. *Panorama Laboral 2001; América Latina y El Caribe*, pp. 45-51. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—americas/—ro-lima/documents/publication/wcms_187554.pdf
- Piore, M. (1983). El dualismo como respuesta al cambio y a la incertidumbre. En Toharia, L. (Comp.). *El mercado de trabajo: teoría y aplicaciones*. Madrid: Alianza Universidad.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990). *Human development report*

1990. New York, NY: Naciones Unidas. Recuperado de: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/219/hdr_1990_en_complete_nostats.pdf
- Reygadas, Luis (2006). ¿Cómo se distribuye el desempleo? Los desafíos de la desigualdad de trabajo. En Teresa Páramo (Coord.). *Nuevas realidades y dilemas teóricos en la sociología del trabajo*. México, D. F.: UAM-I/Plaza y Valdez.
- Sen, A., (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona, Provincia de Barcelona: Planeta.
- Solís, A. y Ortega, M. (2015). *Neoliberalismo y contrarreforma de la legislación laboral (1982-2013)*. México, D. F.: Itaca.
- Sotelo, A. (1999). *Globalización y precariedad del trabajo en México*. México, D.F.: El Caballito.
- Stiglitz, J. E. (2007). Empleo, justicia social y bienestar de la sociedad. En A. Sen, J. Stiglitz y I. Zubero (Coaut.). *Se busca trabajo decente*. Madrid, Comunidad de Madrid: HOAC.
- Tello, C. (2007). *Estado y desarrollo económico: México 1920-2006*. México, D. F.: UNAM. Facultad de Economía.
- Zacharie, A. y Seron, A. (2008). *Mondialiser. Le travaildecent*. Bruselas: Luc Pire.