



TRABAJO EN EL SECTOR SALUD: EMPLEO PRECARIO Y DESIGUALDADES DE GÉNERO

Laura Flamand

María Luz Reyes tiene 33 años, nació en Cuernavaca y es cirujana oftalmóloga. Estudió medicina en el Instituto Politécnico Nacional y luego decidió especializarse en glaucoma. Ha dedicado casi once años a sus estudios, todos en instituciones públicas. Después de varios intentos, consiguió una plaza por honorarios en el Hospital General Ajusco Medio; sin embargo, no goza de los beneficios de la seguridad social y gana menos que cualquier colega suya con la misma especialidad pero con una plaza del gobierno de la Ciudad de México.

Por ahora, no se realizan cirugías oftalmológicas en el hospital por falta de insumos y otros problemas administrativos. La situación ha provocado que los pacientes que sufren cataratas tengan que esperar hasta un año en el Hospital Gea González para recibir la intervención médica que necesitan; algunos terminan discapacitados. “Me siento muy impotente. Después de estudiar tanto, no puedo operar, tengo un salario bajo y no tengo seguro médico. Quizás lo mejor sea volver a Cuernavaca y poner un consultorio privado; de otro modo perderé mi habilidad quirúrgica”.

Desde hace décadas sabemos que la eficacia y la calidad de los servicios de salud varían por subsistemas y por estado. Las personas que están inscritas en el IMSS o en el ISSSTE tienen a su disposición servicios más oportunos y con más recursos que quienes no cuentan con seguridad social como prestación laboral, y que ahora dependen del IMSS-Bienestar.¹ Quienes viven en las grandes ciudades o en estados ricos suelen

¹ M. Arantxa Colchero *et al.*, “Health Care Utilization During the Covid-19 Pandemic in Mexico: the Cascade of Care”, *Salud Pública de México*, noviembre-diciembre de 2021, vol. 63, núm. 6, pp. 743-750. Disponible en doi.org/10.21149/12894.



Thomas H, *Enfermeras*, 2022. Imagen digital, Flickr

tener más acceso a la detección temprana del cáncer o de diabetes que los habitantes de entidades pobres y localidades rurales. Estas y otras carencias se han documentado a detalle, pero se ha dedicado menos atención a estudiar las condiciones laborales en los diferentes subsistemas y niveles del sector.²

Durante la última década, aumentó el número de profesionales de la salud en la mayoría de los países de ingresos medios, lo que se ha traducido en una mejoría para los pacientes. Sin embargo, en México los trabajos del personal médico y de enfermería aún deben mejorar para que la atención sanitaria también lo haga. Si el gobierno federal actual reconoció esta prioridad e incrementó los recursos financieros para crear plazas y otorgar base a quienes estaban contratados por honorarios, entonces ¿por qué hubo manifestaciones del

personal de salud en la Ciudad de México y en otros estados en el verano de 2023?

Según la Organización Internacional del Trabajo, un empleo “decente” dignifica a las personas, les permite ganar ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, desarrolla sus capacidades, es estable, brinda seguridad social y se realiza en condiciones seguras.³ Tener un contrato y protección social reduce la incertidumbre laboral y la volatilidad de los ingresos de las familias. Además, estos empleos favorecen que los hijos de los trabajadores sigan estudiando y fortalecen la posibilidad de los hogares de enfrentar adversidades financieras o de salud.⁴

De acuerdo con los estándares internacionales, el personal de salud en México es insuficiente. Por este motivo y porque no cuentan con los insumos necesarios para tratar a los pa-

² Laura Flamand, Carlos Moreno Jaimes *et al.*, *Cáncer y desigualdades sociales en México*, 2020, El Colegio de México, Ciudad de México, 2021. Disponible en desigualdades.colmex.mx/cancer-desigualdades-mexico-2020.

³ OIT, 1999.

⁴ *Desigualdades en México/2018*, El Colegio de México, Ciudad de México, 2018. Disponible en desigualdades.colmex.mx/informe2018.

En México, los médicos generales y especializados tienen menos ingresos que sus colegas en Chile y Costa Rica.

cientes, los trabajadores experimentan riesgos laborales y frustración. Además, tienen ingresos bajos y condiciones precarias, en comparación con otros países de América Latina. También hay desigualdades de género que reducen la probabilidad de que las médicas y los enfermeros consigan empleo, o bien, lo realizan en peores condiciones que los hombres médicos y las enfermeras.

En México, se reporta que 9.4 personas trabajan en asistencia sanitaria, y en el trabajo social que lo complementa, por cada mil habitantes. Esta cifra es bastante menor que la de Colombia (16.3) y Costa Rica (16). La carencia del personal de enfermería es todavía más aguda: en el país había 2.9 enfermeras y enfermeros por cada mil habitantes en 2020; mientras que las naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos registraban 8.8 en promedio. Es decir, apenas contamos con un tercio de las y los enfermeros que necesitamos.⁵

Esto tiene implicaciones muy serias para los pacientes. Imaginen que al aula de una maestra llega el triple de estudiantes, o bien, que un cajero en una tienda de abarrotes debe atender al triple de compradores. Ambas situaciones serían difíciles, pero no pondrían en riesgo la salud de nadie. Por si fuera poco, las y los enfermeros enfrentan grandes riesgos cuando tratan pacientes graves o con enfermedades contagiosas y, desde luego, altos niveles de estrés, como demostró la pandemia de covid-19. En los hospitales, sus tareas incluyen

solicitar y administrar medicamentos, realizar y enseñar procedimientos de higiene, tomar signos vitales y registrarlos en el expediente clínico, entre muchas otras.

La distribución de trabajadores de la salud en el territorio no es homogénea: en 2017 dieciocho estados no alcanzaban la densidad promedio de este tipo de personal que la OMS recomienda. Por lo tanto, dichas entidades no pueden proveer suficientes servicios médicos a sus pobladores. También hay diferencias muy significativas en la distribución de enfermeros y enfermeras entre las localidades rurales y urbanas: solo 6.5 de cada cien laboran en las rurales.

En México, los médicos generales y especializados tienen menos ingresos que sus colegas en Chile y Costa Rica. En 2020, un médico general ganaba, en promedio, la mitad de lo que percibía uno en Chile. Entre el personal de enfermería ocurre algo similar: en ese año, una enfermera hospitalaria en nuestro país ganaba apenas dos terceras partes del salario de su colega chilena.

Los sueldos dependen del nivel de los trabajadores (A, B y C) y del subsistema al que pertenecen (IMSS, ISSSTE, Insabi). En 2021, los empleados del IMSS recibían salarios más bajos en comparación con quienes están adscritos a los otros subsistemas,⁶ aunque, en general, tienen prestaciones muy generosas, como las pensiones de retiro. Estas diferencias ocurren incluso dentro de un mismo subsistema. Durante las protestas del verano de 2023, se reveló que médicos anestesiólogos con funciones idénticas pueden ganar entre doce mil y

⁵ "Health at a Glance 2023: OECD Indicators". OECD Publishing, París, 2023. Disponible en doi.org/10.1787/7a7afb35-en.

⁶ Alejandra Llanos Guerrero y Judith Senyacen Méndez Méndez, "Sueldos y salarios en el sector salud...", CIEP, 6 de abril de 2021. Disponible en acortar.link/yZQghF.

dieciocho mil pesos en el mismo hospital de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, y que aquellos con salarios más bajos tenían prestaciones menos generosas y no estaban sindicalizados.⁷

De hecho, las plazas con beneficios de seguridad social han disminuido en el sector público. Hasta 2000 predominaban los contratos para trabajar en posiciones permanentes que también otorgaban beneficios generosos y derechos. Sin embargo, los contratos cada vez se negocian más entre cada trabajador y las instituciones, sin participación de los sindicatos.⁸ Como resultado, las condiciones laborales se han precarizado. Por ejemplo, entre 2019 y 2020 casi una quinta parte del personal médico tenía un ingreso inferior o igual a dos salarios mínimos, y aproximadamente una de cada diez personas carecía de beneficios sociales y de seguro médico.⁹

En 2021 casi seis de cada diez personas recurrieron a proveedores privados de salud, es decir, se atendieron en consultorios ubicados dentro de los domicilios del personal médico, adyacentes a las farmacias, en hospitales privados o en edificios de consultorios.¹⁰ Ahí la precariedad es más frecuente que en las instituciones públicas.¹¹ De acuerdo con los datos



Fotografía de Jc Gellidon, 2019. Unsplash

de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2019 y 2020), poco más de la mitad de los médicos y las doctoras trabajaba en el sector público y el resto, en el privado. En este, una quinta parte del personal médico ganaba un ingreso inferior o igual a dos salarios mínimos y no contaba con un contrato escrito, una cuarta parte carecía de beneficios sociales y casi la mitad no tenía seguro médico.¹²

Por último, la violencia ha hecho que el trabajo en el ámbito de la salud se vuelva inseguro. Por lo menos desde 2011, la violencia ocasionada por el crimen organizado llevó a que el personal médico abandonara las localidades donde prestaba servicios por miedo a ser víctimas de extorsión, secuestro o asesinato. El gremio médico ha protestado por esta situación; por ejemplo, en 2012, 2014 y 2016 mar-

⁷ Carlos Marín, "¿IMSS-Bienestar garantiza derechos laborales a médicos?", *El asalto a la razón*, Milenio TV, 14 de agosto de 2023.

⁸ Geraldine Lee et al., "Advanced Practice Nursing Roles...", *Journal of Nursing Regulation*, 2022, vol. 13, núm. 1, pp. 27-34.

⁹ Julio César Montañez-Hernández et al., "Condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos de México: análisis basado en una encuesta nacional", *Cadernos de Saúde Pública*, 2022, vol. 38, núm. 4. Disponible en [acortar.link/bdrWvW](https://doi.org/10.1590/1678-4499.131221).

¹⁰ Teresa Shamah-Levy et al., *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2022.

¹¹ Sandra P. Díaz-Portillo et al., "Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico", *Gaceta Sanitaria*, 2017, vol. 31, núm. 6, pp. 459-465. Disponible en [acortar.link/tPLK10](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.001).

¹² Montañez-Hernández et al., *op. cit.*, 2022.

charon para exigir condiciones de trabajo más seguras en Ciudad Juárez, Morelos, Durango, Veracruz, Jalisco y la Ciudad de México. En respuesta, en 2022, el gobierno ofreció vacantes en zonas rurales con contratación expedita y sueldos más altos, aunque el personal ha dicho que la inseguridad —así como la falta de insumos y equipo médico— prevalece y disuade a los interesados.¹²

En cuanto a la desigualdad de género, las médicas registran menores tasas de empleo (68.2 %) que sus pares varones (77 %). Una proporción significativa de ellas se dedica al trabajo doméstico y de cuidados de tiempo completo (14.5 % de las médicas y apenas 5.3 % de los médicos). Las razones por las que prefieren tener trabajos de tiempo parcial o no trabajar se relacionan con el tiempo que requieren la crianza y las labores del hogar.¹³ Aun cuando el número de médicas graduadas aumentó en los últimos años, todavía enfrentan obstáculos para incorporarse a especialidades consideradas masculinas, como la cirugía y la traumatología. La discriminación en estos campos se debe a la percepción de que las demandas profesionales son incompatibles con las exigencias del trabajo doméstico y de cuidado. Esta situación disuade a las estudiantes de elegir ciertas especialidades.¹⁴

¹² Ivette María Ortiz Alcántara y Felicitas Holzer, “El ejercicio médico y la asignación de recursos humanos en salud en regiones violentas”, *Medicina y Ética*, 2023, vol. 34, núm. 3, pp. 763-803. Disponible en acortar.link/5MYFwX.

¹³ J. C. Montañez-Hernández et al., “Gender inequality in the health workforce in the midst of achieving universal health coverage in Mexico”, 2020, *Human Resources for Health*, vol. 18, núm. 1, pp. 1-13. Disponible en <https://doi.org/10.1186/S12960-020-00481-Z/TABLES/5>.

¹⁴ Marcia Villanueva Lozano, “‘El alfa es el cirujano’: Estereotipos de género y prestigio en las especialidades médicas”, *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 2023, vol. 9, pp. 1-32. Disponible en acortar.link/A2X3qk.

A la vez, los estereotipos de género afectan a los enfermeros, pues se emplean en menor proporción que sus colegas mujeres. Es probable que se enfrenten a la concepción de que la enfermería es una ocupación femenina. Salta a la vista este dato: el número de médicas y enfermeros que busca empleo o que trabaja en ocupaciones distintas a la medicina es mayor que el de médicos y enfermeras en esta situación.¹⁵

Las doctoras experimentan condiciones de trabajo más precarias en el sector privado que los médicos. Alrededor de la mitad de las mujeres (49.9 %) gana menos de dos salarios mínimos, en comparación con 10.9 % de los médicos. Solo una quinta parte de los hombres trabaja tiempo parcial o tiene exceso de trabajo, mientras que dos tercios de las médicas viven estas situaciones.

El personal de salud no solo es insuficiente en México; también tiene ingresos bajos y trabaja en condiciones precarias en contraste con otros países de América Latina. Por si fuera poco, las desigualdades de género afectan su capacidad de conseguir empleo. Para que el sistema de salud mexicano ofrezca servicios efectivos y de calidad para la población, debe crear condiciones de empleo dignas para el personal de salud tanto en el sector público como en el privado. Sus demandas ya no pueden esperar. **U**

¹⁵ J. C. Montañez-Hernández et al., *op. cit.*, 2022.

La autora agradece el estupendo apoyo académico de Sofía Texcagua y Ana Gabriela Franco; también los comentarios inteligentes de Melina Altamirano, Mariana Oliver y Hortensia Reyes a una versión preliminar de este texto.

Daniela Rossell, de la serie “Ricas y Famosas”, 2002. Cortesía de la artista y Greene Naftali, Nueva York ▶