

## **Fragmentación de la gobernanza en salud: desigualdad y precarización laboral en los profesionales de la salud**

### *Fragmentation of health governance: inequality and labor precariousness in health professionals*

María Alejandra Venegas Villascan<sup>1</sup>, Jorge Feregrino Feregrino<sup>II</sup>

Recibido 1 de diciembre de 2021; aceptado 17 de marzo de 2022

### **Resumen**

La política neoliberal en México impulsó durante 30 años las reformas estructurales hacia la privatización del sistema de salud esto ha provocado la fragmentación de la gobernanza y precariedad laboral en el sector. Las reformas en el sector salud se enfocaron en la descentralización, la subcontratación y el copago. Dichas reformas modificaron los servicios de salud bajo la narrativa de la eficiencia en los procesos, cobertura de mercado y reducción de costos. De esta forma se generó un cambio en la gobernanza de la salud pública con la orientación de una estrategia individualista del mercado. El objetivo del trabajo es mostrar la tendencia hacia la precariedad laboral mediante un análisis del estado del arte y la presentación de los hechos estilizados sobre la inestabilidad laboral y los esquemas de subcontratación que limitan el poder de negociación contractual. Los resultados muestran que la participación del sector privado mediante la subcontratación de procesos y trabajadores ha sido insuficiente para cubrir las necesidades del sector y ha precarizado la organización del mercado de los trabajadores de la salud.

**Palabras clave:** Gobernanza, precariedad laboral, flexibilidad laboral, neoliberalismo, sistema de salud  
**Código JEL:** G3, I1

### **Abstract**

The neoliberal policy in Mexico promoted for 30 years the structural reforms towards the privatization of the health system, this has caused the fragmentation of governance and job insecurity in the sector. Reforms in the health sector focused on decentralization, subcontracting, and copayment. These reforms modified health services under the narrative of efficiency, market coverage and cost reduction. In this way, a change in the governance of public health was generated, with the orientation of an individualistic market strategy. The objective of the work is to show the trend towards job insecurity by presenting the stylized facts about job instability and the subcontracting schemes that limit the power of contractual negotiation. The results show that the participation of the private sector through the subcontracting of processes and workers has been insufficient to meet the needs of the sector and has precariously organized the market for health workers.

**Keywords:** Governance, job insecurity, job flexibility, neoliberalism, health system  
**JEL Code:** G3, I1

.....  
<sup>I</sup> Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, Posgrado en Estudios Organizacionales. Licenciada en Psicología Social UAM Iztapalapa, Estudiante de Maestría en Estudios Organizacionales, UAM Iztapalapa. Áreas de investigación: Cultura y cambio organizacional, planeación estratégica en recursos humanos, desarrollo y procesos organizacionales. Autora de correspondencia: [alevenegasuampeo@gmail.com](mailto:alevenegasuampeo@gmail.com). <https://orcid.org/0000-0002-3245-9639>

<sup>II</sup> Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Acatlán. Doctor en Economía por la UNAM. Áreas de investigación: Financiarización y distribución del ingreso, organización industrial. <https://orcid.org/0000-0003-4321-4140>

## Introducción

Ante la presente crisis del Covid-19, el sistema de salud pública mexicano se enfrentó a la pandemia bajo una serie de problemas estructurales resultado de la instrumentación de la política neoliberal. Uno de los problemas más importantes fue la respuesta insuficiente del sistema de salud como resultado de la fragmentación de la gobernanza y la precariedad laboral. La aplicación de las reformas neoliberales orientadas a la eficiencia y reducción de costos en el sector salud se implementaron de forma parcial en la administración pública mexicana mediante cambios estructurales en la gobernanza, como lo señalan Bell y Green (2016).

De acuerdo con el análisis de López-Arellano y Jarillo (2017) la implementación de las políticas neoliberales transformó los ejes de la gobernanza en salud bajo la narrativa de la eficiencia económica. El objetivo era integrar servicios privados orientados a la rentabilidad, la segmentación de procedimientos médicos, así como la modificación de la visión social de los servicios de salud. Uno de los primeros cambios fue la creación del seguro individualizado con base al otorgamiento de atención mediante la estratificación de los servicios de salud. A partir de este cambio (López-Arellano, *et al.*, 2017) la cultura organizacional e institucional, así como el discurso de gestión tecnocrático se posicionaron en el sistema de salud pública mexicano.

El objetivo del trabajo es mostrar que la fragmentación de la gobernanza impulsada por las reformas estructurales del neoliberalismo generó precariedad laboral en los profesionales de la salud. La fragmentación de la gobernanza muestra que la precariedad laboral de los profesionales de la salud es un fenómeno organizacional inherente a los efectos de la mercantilización de la salud y la ruptura del quehacer social y los significantes de servicio público en los núcleos simbólicos humanos, organizacionales y culturales de su gobernanza. En la siguiente sección, se presenta el proceso de fragmentación del sector salud.

## Las reformas neoliberales y fragmentación del sector salud

La crisis de la deuda en México a inicios de los años 80's generó altos niveles de desempleo e inflación en la economía mexicana. El Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) aprovecharon para sugerir la implementación de una política económica enfocada a la eficiencia del mercado para eliminar dichos problemas. Las reformas neoliberales aplicadas a nivel macroeconómico fueron las siguientes: 1) permitir la libre movilidad de capitales, 2) fomentar la apertura comercial y 3) privatización de sectores claves de la economía (Guillen, 1997). De esta forma, México se inserta a la globalización mediante la entrada de empresas privadas transnacionales, la firma de diversos tratados comerciales y la privatización de empresas y servicios públicos bajo la narrativa de la eficiencia económica.

En el caso específico del sector salud se implementó la reforma para la privatización de forma parcial, ya que la lucha sindical limitó el proceso de privatización de los servicios de salud. En el sector se realizaron reformas en la gestión de los

servicios de salud mediante la incursión parcial del sector privado a través de contratos de servicios por determinadas intervenciones o paquetes de atención específicos y asesorías para servicios de gestión. Por ejemplo, el sector público mantuvo el control parcial de servicios médicos especializados, gracias a la intervención del Sindicato del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El objetivo de los ajustes estructurales de la política neoliberal era lograr la reconfiguración de la gobernanza en las políticas de salud pública y ajustarlas al capitalismo global. De acuerdo con Matthew B. Flynn, (2021) la estructura del sector salud se modificó a varios niveles especialmente a nivel de la gobernanza con una visión neoliberal sobre la organización de los sistemas de salud.

La reforma en los sistemas de salud de México y América Latina modificó los mecanismos de gobernanza mediante la descentralización de los procesos y la reorganización que promueve la exclusión del Estado de la intervención a nivel social en el sector salud (Kickbusch, I., y Gleicher, D. E., 2011). La implementación de la reforma dejó al descubierto la transición de la solución de problemas comunes a toda la sociedad, hacia la búsqueda de soluciones individuales. Por ejemplo, Göttems y Mollo muestran para el caso de México (Cuadro 1), la fragmentación de la administración pública en el sector salud, y brindan elementos de análisis para identificar las principales distorsiones generadas en el sistema de salud en México y en América Latina.

**CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO DERIVADAS DE LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN EL CONSENSO DE WASHINGTON**

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO DERIVADAS DE LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN EL CONSENSO DE WASHINGTON					
COPAGO	MECANISMOS DE PRIVATIZACIÓN	DESCENTRALIZACIÓN	FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA	INTEGRACIÓN DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO	COBERTURA POBLACIONAL (UNIVERSAL O SEGMENTADO)
	Sí	Grado medio	Tripartito	Bajo	Segmentario
Sí	Compra de servicios por el sector público e incentivo para contratar privados (todavía limitado)	Del gobierno federal para todos los estados, poco para municipios; descentralización	Social y seguros privados, segmentados sin coordinación	Bajo o cero integración general de ingresos y contribuciones a las seguridad social	En 2003, se creó el seguro popular con insuficiente financiación federal y restricción en el paquete de servicios. Incluye al trabajador formal, doméstico y trabajadores agrícolas, jubilados y dependientes (hijos y cónyuge) en un contexto informal de trabajadores y empleados

Fuente. Cuadro 1, Göttems, *et al.*, 2020, p.6, gráfico elaboración propia.

La descentralización modificó las formas del servicio al introducir el copago, segmentación de los procesos de gestión descentralización y privatización. Como señala Göttems, *et al.*, (2020) las reformas neoliberales en salud en América Latina, elevaron la desigualdad en el otorgamiento de servicios para la protección de la salud, desencadenando problemas importantes convirtiéndose en un riesgo crucial de seguridad nacional.

El resquebrajamiento de la misión pública y social del sistema de salud mexicano comienza su escalada a partir de la transferencia de los costos a los derechohabientes a través del proceso de copago (Cuadro 1), justificado ante el argumento de la corresponsabilidad entre el paciente y las instituciones de salud pública para el cuidado de su salud, con objetivos claros de recuperación de costos y amortiguar la creciente demanda de servicios médicos. Esta medida llevó a la desigualdad social, puesto que el gasto de bolsillo en salud se intensificó para el grueso de las familias. Así las reformas estructurales fragmentaron las capacidades y derechos a la salud, que como lo plasman Göttems, *et al.*, (2020), estos costos a los que se obligó subvencionar a los pacientes participan en el pago y erogación de los servicios privados, gracias a los mecanismos de privatización a los que se sometió la salud pública.

Las carencias de servicio e infraestructura en las que quedaron las comunidades y municipios al descentralizarse la gestión pública de la salud federal hacia los estados desencadenaron en el manejo discrecional del presupuesto en salud. Otra característica de esta fragmentación y descoordinación es la condición tripartita ante la presencia de la seguridad social, la salud pública y los servicios de salud privados, los cuales adolecen de un sistema de colaboración e integración para el fortalecimiento de la salud pública. La integración de fuentes de financiamiento es baja en México, ya que, la única claridad de ingresos y contribuciones son las que ejerce la seguridad social. Aunque destacó el modelo de cobertura universal en salud con el Seguro Popular, lo que condicionó los programas de servicio a la población fue el segmento social al que pertenecían y su poder adquisitivo.

En consecuencia, la hipótesis principal es que la privatización parcial del sector salud generó desigualdad y una asimetría al interior del sistema de salud. Una de las expresiones de este proceso es la precariedad laboral que caracteriza a los profesionales de la salud. Por ello, ante la pandemia del Covid-19 es necesario analizar el proceso de precarización de los servidores públicos de este ámbito profesional.

## **La precarización de los profesionales de la salud**

Las reformas neoliberales en la salud pública mexicana generaron una fragmentación en su sistema de gobernanza. Dicha fragmentación implica una ruptura en la gestión de los servicios de salud, por ejemplo: la organización de los servicios de salud desde el ámbito público y por el otro lado desde el ámbito privado mediante la subcontratación laboral. De esta forma hay limitaciones para la implementación de una estrategia coordinada en los procesos operativos del sistema de salud. Esto conlleva la normalización de una narrativa individualista sobre la cooperación para el bien común (Dussel, 2021). Un análisis llevado a cabo por la Organización para la

Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) muestra los fenómenos de desorganización, duplicidad operativa y presupuestaria, originados por la fragmentación en la financiación y la gobernanza. Estos tuvieron como resultado que a la llegada del Covid-19 un déficit de 140,000 médicos generales, 30,000 especialistas y 300,000 enfermeras (Moran, 2021). Dicha fragmentación del sistema de salud retroalimenta e interactúa sobre los profesionales de la salud.

La fragmentación de la gobernanza sobre los servicios profesionales de la salud implica diversas problemáticas; por ejemplo, limitaciones sobre el control de las tareas de los profesionales de la salud, limitaciones en la formación profesional de los trabajadores de la salud y genera precariedad laboral. Los datos muestran que a pesar de las necesidades de infraestructura y de profesionales de salud, hay un rezago en la formación de cuadros y su contratación. La promoción de la participación del sector privado en la generación de empleo en los servicios de salud es limitada y no ha logrado lo que se esperaba con las reformas laborales. Esto pone en evidencia las contradicciones de los procesos de gobernanza en el sector salud, con la participación del sector privado en la contratación de trabajo, mediante la reducción del presupuesto para la contratación en el sector público inclusive modificaciones sobre la contratación directa.

La formación de los profesionales de la salud está a cargo de la participación del sector privado desde el año 2015 el cual recibe recursos públicos asignados para formar recursos humanos (Cuadro 2). Dicha participación está relacionada a la reforma educativa del 2013, donde se permite la intervención y participación de una privatización parcial en este ámbito.

**CUADRO 2. PUESTOS DE TRABAJO OCUPADOS DEDICADOS A LA FORMACIÓN DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD**

FORMACIÓN DE PERSONAL PARA EL SECTOR SALUD		
AÑO	SECTOR PRIVADO	SECTOR PÚBLICO
2008	0	38,046
2009	0	40,335
2010	0	32,920
2011	0	44,498
2012	0	39,510
2013	0	38,246
2014	0	53,949
2015	41,474	55,552
2016	44,456	56,709
2017	48,412	57,874
2018	50,474	59,364
2019	52,631	58,776

Fuente. INEGI, 2021. Tabla elaboración propia

Estos cuadros dedicados a la formación y desarrollo de los profesionales de la salud como se observa en el Cuadro 2, en el año 2019 el sector privado alcanzó los 52,631 recursos, representando un incremento del 26.9% en relación con el año 2014, mientras que en el sector público sólo representó un incremento del 5.8% respectivamente.

Esto muestra los problemas de fragmentación, sobre todo con un impacto negativo en términos de la precariedad laboral y que se visibiliza con mayor fuerza ante la pandemia. La precariedad laboral es resultado del cambio en las relaciones de trabajo entre los trabajadores y el empleador; sobre todo es resultado de la flexibilidad laboral. La flexibilidad implica el deterioro de las condiciones de seguridad, la desaparición de la negociación colectiva, la eliminación de los contratos de largo plazo y la limitación de la protección social (Nigenda *et al.*, 2020).

La aplicación de la flexibilidad laboral tiene como principal objetivo eliminar las rigideces del salario, para lograr una asignación eficiente de los recursos y alcanzar el pleno empleo de los factores. En este sentido, los enfoques económicos sostienen que las imperfecciones en el mercado laboral son generadas por algunos factores institucionales, como el seguro de desempleo y el salario mínimo, que deben ser eliminadas. (OECD, 1994; Nickell, 1997; IMF, 2003). Entonces, las rigideces en el mercado laboral están asociadas al poder del sindicato, a los contratos de trabajo de largo plazo y a los salarios institucionales. (Hall and Ludwig, 2008). Por ello, los organismos internacionales alentaron las reformas estructurales a nivel global para elevar el empleo.

La flexibilidad en las teorías de la organización y la administración plantean que la contratación contingente de un trabajador afecta la relación de trabajo en el presente y también tiene consecuencias en el largo plazo. Por ejemplo, la utilización del trabajo temporal tiene efectos importantes en la identidad del trabajador, se le impone un ambiente que desafía su entidad idiosincrática y se enfrenta a la adquisición de habilidades nuevas en el corto plazo; estas últimas pueden someterlo a situaciones de stress elevadas. Hay un deterioro de las relaciones sociales entre los trabajadores que son relegados a realizar tareas periféricas y los otros que realizan tareas centrales. De hecho, la evidencia muestra que en este tipo de organizaciones los empleadores asignan tareas extras, que reducen el rendimiento laboral (Pearce 1993). Por esta razón, la estrategia de subcontratación implica un elevado grado de responsabilidad en la supervisión del trabajo. En este contexto, la demanda por trabajo especializado requiere una agencia externa que oriente y capacite a los trabajadores en un corto periodo de tiempo. Todos estos factores componen precariedad laboral relacionada a la contratación del trabajo mediante una agencia externa.

La definición de precariedad incluye la dimensión de la contratación temporal vía la subcontratación y una vez que se establece esta relación las condiciones laborales en el mercado se tornan precarias (Amable *et al.*, 2001). La subcontratación temporal es un concepto clave asociado a quienes tienen un contrato de corto plazo con otra razón social<sup>1</sup>. Esto permite establecer una distinción entre situaciones de precariedad

.....

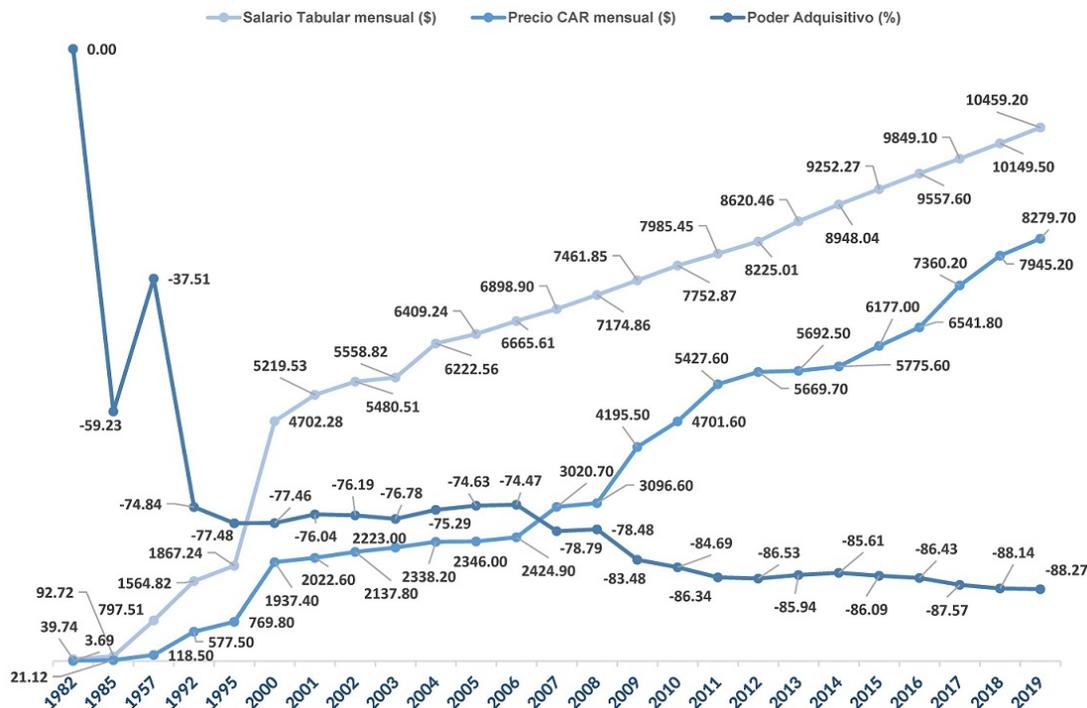
<sup>1</sup> Se entiende como razón social en la administración a una persona moral o una empresa

e inestabilidad laboral. Una forma de identificar la precariedad es a través de los datos de subcontratación laboral. La flexibilidad laboral vía la subcontratación tiene dos dimensiones la flexibilidad salarial y la flexibilidad numérica. La flexibilidad salarial implica que el salario se modifica de acuerdo con las condiciones de la demanda y los costos de producción. Es decir, la eliminación de los contratos colectivos implica que las empresas pueden ajustar el salario en el corto plazo, por ejemplo, ante un incremento en los costos de producción. En el caso de la flexibilidad numérica los empleadores realizan ajustes a la plantilla laboral empleando y desempleando trabajadores en el corto plazo. Por ejemplo, ante una reducción de la demanda de mercancías en una empresa, los empleadores deciden reducir el número de trabajadores.

En México es común que las empresas recurran más a la flexibilidad numérica que a la flexibilidad salarial; mediante la contratación de trabajadores temporales para reducir la carga de la nómina en las empresas (Ballina, 2015). Una de las explicaciones es que la flexibilidad salarial es inoperante, ya que, el salario mínimo impide que el salario sea totalmente flexible. Esta restricción para la reducción del salario por debajo del salario mínimo restringe la caída en el poder de negociación de los empleadores. Ante tal situación, los empleadores utilizan la flexibilidad numérica para ajustar costos (Agell, 1999).

La precarización de las condiciones laborales en el sector salud en México inicia con la aprobación de la reforma sobre la Ley General de Salud en 2003, esta tenía como objetivo la construcción de infraestructura y la modificación del esquema de contratación de nuevos trabajadores. Dichas contrataciones se realizaron bajo el esquema de subcontratación, esta modalidad tiene un contrato por tiempo de definido de 5 meses y sin prestaciones laborales. De esta forma, el deterioro del poder de negociación de los trabajadores trajo consigo una pérdida acumulada del poder adquisitivo del 88%. Esto queda expresado, respecto a tiempo de trabajo para adquirir la canasta alimentaria; por ejemplo, en 1982 los trabajadores de la salud requerían laborar 44 minutos de su jornada laboral. Para 2019 se estima que los trabajadores de la salud requieren de 6 horas y 20 minutos para adquirir la canasta básica. Estos datos muestran que el deterioro del poder adquisitivo se ha profundizado a partir de la implementación del esquema de subcontratación que limita elevar el poder negociación del contrato colectivo limitando las demandas del alza de los salarios nominales por arriba de la inflación.

**GRÁFICA 1. COMPORTAMIENTO DEL PODER ADQUISITIVO MÉDICO FAMILIAR DEL IMSS**



Fuente. Centro de Análisis Multidisciplinario, UNAM, 2021. Gráfica elaboración propia

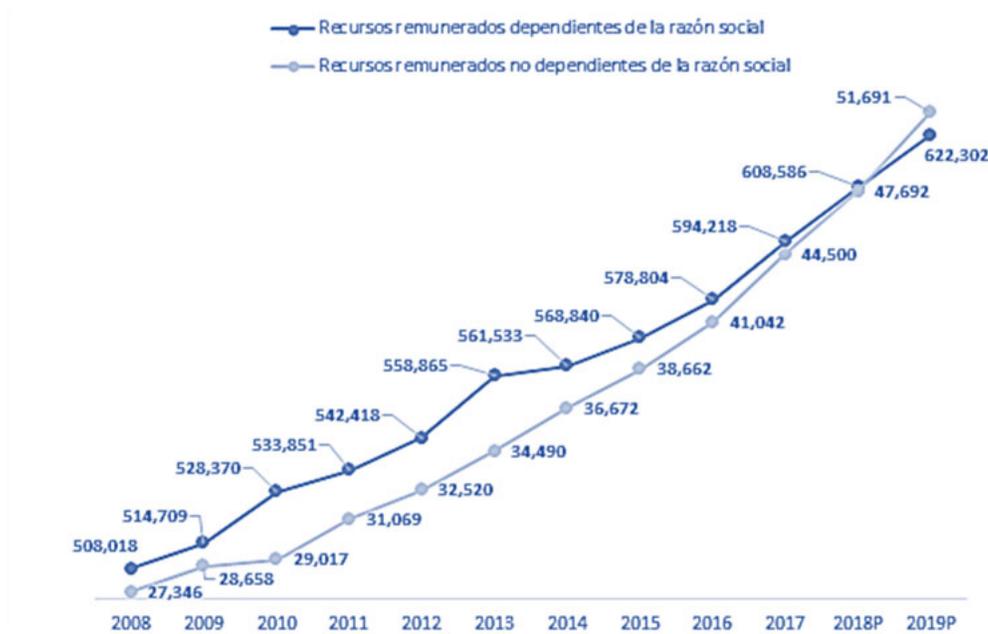
Es necesario, señalar que la caída en el poder adquisitivo durante el período neoliberal se debe a las políticas de contención del salario, ya que, el control de la inflación se logró mantener a la baja. La tendencia mostrada en la Gráfica 1 sobre estas tres variables, brinda un fiel testimonio de la precariedad organizacional y social que ha destacado en la caída del poder adquisitivo durante los gobiernos neoliberales.

En el caso, de la flexibilidad numérica los datos sobre los puestos de trabajo ocupados remunerados dependientes y no dependientes de la razón social en el sector salud de México a partir del 2008 permiten establecer la dinámica de esta estrategia. Los mecanismos de privatización, fragmentación, segmentación y copago fueron instaurados con el argumento del ahorro presupuestal. El sector salud no fue la excepción en este modelo de esquemas de contratación por honorarios y esquemas de contratos eventuales.

El caso de los servicios hospitalarios especializados es uno de los rubros que enfrentan limitaciones debido a la modificación en su estructura de contratación. Es necesario considerar, que el nivel de especialización requerido para realizar estas tareas puede verse limitado por la inestabilidad de las relaciones laborales. De acuerdo, con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el rubro de los servicios hospitalarios especializados el número de trabajadores remunerados no dependientes de la razón social (subcontratados) crecieron 89% durante el período de 2008 al 2019. En contraste, los trabajadores remunerados

dependientes de la razón social solo crecieron un 17.78% en el mismo período. Esta tendencia muestra el hecho incontrovertible de que la contratación de trabajo está enfocada a la subcontratación de trabajo.

GRÁFICA 2. SERVICIOS HOSPITALARIOS



Fuente. INEGI, 2021. Gráficas elaboración propia

La subcontratación pasó de 27 mil a 51 mil trabajadores (Gráfica 2) para 2019, a pesar de que es una tasa significativa, el efecto es limitado en términos de las necesidades y el déficit de trabajo en el sector salud. Es decir, la inclusión del sector privado no ha logrado compensar y no es la solución para cubrir las necesidades del sector salud.

La tendencia de la subcontratación en los servicios especializados de salud, infraestructura y tecnología estuvo presente en diversos ámbitos del rubro de la salud generalizando el proceso precarización laboral en todo el sector. Por ejemplo: los servicios hospitalarios están conformados por actividad generales y especialidades, por ejemplo, en este último rubro se encuentra la atención a problemas psiquiátrico y adicciones. En el caso de los trabajadores especializados en el rubro de la psiquiatría/adicciones el número de trabajadores remunerados dependientes de la razón social creció 74.14% (Cuadro 3) entre los años 2008 al 2019. En el caso de los remunerados no dependientes de la razón social crecieron un 63.75% hacia el mismo año. La tendencia constante de crecimiento, privatización y desarrollo de negocio por medio de los recursos humanos de la salud persistió como una característica de las reformas neoliberales en salud, con un alcance limitado. Dicha situación muestra el impacto la fragmentación de la gobernanza del sistema de salud. Ya que la participación en la formación de este tipo de recursos especializados es limitada por parte de sector privado.

**CUADRO 3. SERVICIOS HOSPITALARIOS. RECURSOS REMUNERADOS DEPENDIENTES DE LA RAZÓN SOCIAL**

SERVICIOS HOSPITALARIOS RECURSOS REMUNERADOS NO DEPENDIENTES DE LA RAZÓN SOCIAL			
AÑO	GENERALES	DE ESPECIALIDADES	PSIQUIÁTRICOS Y PARA EL TRATAMIENTO POR ADICCIÓN
2008	21,624	5,682	40
2009	22,661	5,955	42
2010	22,946	6,029	43
2011	24,568	6,455	46
2012	25,716	6,756	48
2013	27,274	7,165	51
2014	29,006	7,612	54
2015	30,598	8,007	57
2016	32,488	8,494	60
2017	35,193	9,242	64
2018P	37,696	9,928	67
2019P	40,846	10,775	70

\*P:preliminar

Fuente. INEGI, 2021. Tabla elaboración propia

Es reconocido que los niveles de especialización en el sector público son de primer nivel debido a la cooperación dentro del sector y el nivel de recursos que se invierte.

En el rubro de investigación y desarrollo para el cuidado de la salud, representa una importancia estratégica para la salud pública en cualquier sociedad, los datos confirman el retroceso en México. Al dejar de lado el enfoque social estratégico en recursos humanos se generó una evidente debilidad en el sistema ante la pandemia del Covid-19, reflejada en la escasez de especialistas para el desarrollo de vacunas y procedimientos médicos en el área de salud. Los datos muestran que el total de recursos remunerados dependientes de la razón social fueron de 5,629 y bajo los esquemas de honorarios o subcontratación solo de 529.

En referencia a la totalidad de trabajadores remunerados asignados a la investigación y desarrollo para el cuidado de la salud hasta el 2019, en el sector público se registraron 4,600 profesionales (Gráfica 3), mientras que en el sector privado 1,558 para este mismo año. Aunque los recursos remunerados para esta esfera en salud del sector público representan 74% en contraste con el 25% de trabajadores en el sector privado, es importante revisar si el producto del trabajo en esta área de salud ha beneficiado en su totalidad a la salud pública en México.

**GRÁFICA 3. INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**



Fuente: INEGI, 2021. Gráficas elaboración propia

Las gráficas muestran una tendencia similar entre los contratados y los trabajadores subcontratados la diferencia es que, durante el período, la subcontratación se incrementó 84 % en contraste con la tasa de crecimiento de la contratación del 72%.

En el caso de la formación del personal del sector salud, se observa una tendencia creciente de la subcontratación a partir de 2014 en la contratación y subcontratación de trabajadores. La formación es parte importante de los procesos de fragmentación de la gobernanza, ya que, limita la capacidad del sector público con relación a sus objetivos para determinar una política de formación sin precariedad laboral.

### **Análisis de la tendencia hacia la precarización**

El impacto negativo de la fragmentación del trabajo ante el Covid-19 en los profesionales de la salud se visibilizó ante la emergencia sanitaria, donde se observan las limitaciones formativas, colaborativas e integrativas en cuanto a las estrategias de salud pública e involucramiento en temas cruciales como la epidemiología e infectología. La incapacidad de la gobernanza en salud ha fragmentado las cultura colaborativa y social del servicio público de los profesionales de la salud, subvencionando procesos operativos estratégicos de investigación y salud a las empresas privadas, dejando en manos de terceros el *know how*, la riqueza del conocimiento en salud a los grupos que trabajan para las corporaciones a nivel global.



estructurales, alimentan el fenómeno emergente de la precariedad laboral desde una perspectiva macro-meso-micro de gobernanza al interior del sistema de salud pública.

Este conjunto de factores constituye la identidad del servidor público de la salud, limitado por la fragmentación y debilitamiento de una cultura organizacional donde interactuaran dos esquemas de valores contradictorios, el social como servidor público y como individuo cuya labor es precarizada. La identidad de los profesionales de la salud que emerge a partir de su interacción organizacional e institucional, normalizan la precariedad laboral en un sistema complejo.

## Conclusiones

La fragmentación de la gobernanza en la salud fue la principal reforma neoliberal para la reducción del gasto en salud, la privatización parcial y subrogación de los servicios de salud. El mecanismo de copagos y contratación de trabajo en el sector generaron transferencias hacia corporaciones privadas, provocando déficits en la formación, contratación y desarrollo de los profesionales de la salud.

La fragmentación de la gobernanza en la salud mexicana generó una disfuncionalidad sistémica al impactar en la política pública de la salud mediante las reformas estructurales, siendo uno de sus dispositivos estratégicos el seguro popular. A través de esta fragmentación se abrieron las grietas para dar cauce a la desigualdad en salud y precariedad laboral. Las distorsiones generadas por las modificaciones en la contratación y la intervención del sector privado crearon limitaciones en los procesos de negociación del sector salud.

La evidencia presentada muestra una clara tendencia hacia la subcontratación y precariedad laboral. Bajo dicho contexto las condiciones laborales ante esquemas de subcontratación, honorarios, condiciones de trabajo injustas, limitaciones para la formación del recurso humano de la salud pone en evidencia una creciente complejidad en el sector salud. En la actualidad la eliminación de los procesos de subcontratación que propuso el gobierno de Andrés Manuel López Obrador es un avance para revertir los 30 años de precarización de las condiciones de trabajo en el sector salud. De igual forma, es necesario revertir la fragilidad de la gobernanza para que las políticas de salud pública tengan un impacto integral sobre la seguridad social. El discurso antineoliberal es insuficiente es necesario una reforma para revertir la fragmentación en la gobernanza.

Es necesario implementar un paradigma organizacional y cultural para una gobernanza en la salud enfocada en la recuperación del poder adquisitivo y estabilidad laboral de los trabajadores de la salud. Cuyo objetivo sea recuperar la visión social como el eje rector de las estrategias de salud pública. Enfocada al cumplimiento de las demandas sociales a través de los profesionales de la salud bajo condiciones dignas de trabajo encaminadas a rescatar los valores éticos sociales de la salud pública.

El choque identitario de los profesionales de la salud ante los valores de mercantilización de la salud sobre los de la ética del servicio público se “...ha subordinado a los intereses del complejo médico-industrial-asegurador” (Laurell, 2016, p.1). El profesional de la salud se conduce bajo las premisas del mercado y ha convertido su capacidad especializada en una fuente de producción y ganancia. Debe recuperar su misión respecto a los derechos humanos a la vida, al bienestar social y a la salud universal. 🖋️

## Referencias

- Agell, J. (1999). On the benefits from rigid labour markets: norms, market failures, and social insurance. *The Economic Journal*, 109(453), 143-164.
- Amable, M., Benach, J., y González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: concepto y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 4(4), 169-184.
- Ballina, F. (2015). Ventajas competitivas de la flexibilidad numérica en micro, pequeñas y medianas empresas del Distrito Federal. *Problemas del desarrollo*, 46(183), 165-188.
- Bell, K. y Green, J. (2016) Sobre los peligros de invocar el neoliberalismo en la crítica de la salud pública, *Critical Public Health*, 26, 239-243  
<https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1144872>
- CAM, UNAM (2021). Reporte 134. En total precarización laboral los trabajadores de la salud enfrentan la pandemia por el Covid-19 en México. *Centro de análisis multidisciplinario*.  
<https://cam.economia.unam.mx/reportes-134-en-total-precarizacion-laboral-los-trabajadores-de-la-salud-enfrentan-la-pandemia-por-el-covid-19-en-mexico/>
- Chanlat, J. F. (2002). O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In *Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* (Vol. 7, pp. 8-11).
- Dussel, E. e Ibarra-Colado, E. (2006). Globalización, organización y ética de la liberación. *Organización*, 13 (4), 489-508.
- Dussel, E. (2021) "Conferencia magistral Enrique Dussel llevada a cabo el 22 de octubre del 2021" *Instituto Nacional de Formación Política de Morena, CBEPC*.
- Flynn, M. B. (2021). Global capitalism as a societal determinant of health: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 268, 113530.
- Göttems, L. B. D., y Mollo, M. D. L. R. (2020). Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. *Revista de Saude Publica*, 54.
- Guillen, R. (1997). Globalización financiera y riesgo sistémico. *Comercio Exterior*, 47(11), 870-880.
- Hall, J., y Ludwig, U. (2008). Neoclassical versus Keynesian approaches to Eastern German unemployment: a rejoinder to Merkl and Snower. *Journal of Post Keynesian Economics*, 31(1), 167-185.
- IMF, (2003). World Economic Outlook. Washington, DC: *International Monetary Fund*.
- INEGI, (2021). Datos, PIB y cuentas nacionales/ Satélite / Salud.  
<https://www.inegi.org.mx/temas/saludsat/#Tabulados>
- Kickbusch, I., y Gleicher, D. E. (2011). *Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe* (No. BOOK). WHO.
- Laurell, A. C. (2016). La muerte de la clínica y el malestar del médico. *Revista Argentina de Medicina*, 4(9), 25-27.
- López-Arellano, O., y Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00087416.

- Moran, C. (2021) López Obrador achaca la escasez de médicos al difícil acceso de los más pobres a las universidades. *El País*, México. <https://elpais.com/mexico/2021-10-26/lopez-obrador-achaca-la-escasez-de-medicos-al-dificil-acceso-de-los-mas-pobres-a-las-universidades.html>
- Nigenda, G., Serván-Mori, E., Aristizabal, P., y Zárate-Grajales, R. A. (2020). The correlates of precarious working conditions in the Mexican nursing labour market from 2005 to 2018: A repeated cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1010-1020.
- OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, *OECD Publishing*, París. <http://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD/The World Bank (2020), Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, *OECD Publishing*, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- OECD, 1994. Jobs Study. Paris: OECD.
- Pearce, J., 1993. "Toward an organizational behavior of contract laborers: their psychological involvement and effects on employee co-workers". *Academy of Management Journal*, Vol. 36, 1082-1096.
- Toro-Palacio, L. F., y Ochoa-Jaramillo, F. L. (2012). Salud: un sistema complejo adaptativo. *Revista Panamericana de salud pública*, 31, 161-165.
- UNAM, (2021). Oferta académica UNAM. <http://oferta.unam.mx/medico-cirujano.html>



Como citar:

Feregrino, j. y Venegas, m., (2022). Fragmentación de la gobernanza en salud: desigualdad y precarización laboral en los profesionales de la salud. *Administración y organizaciones*, 25(48), 89-105.  
<https://doi.org/10.24275/uam/xoc/dcsh/rayo/2022v25n48/feregrino>



Administración y Organizaciones de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco se encuentra bajo una licencia Creative Commons. Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional License.