

Condiciones de trabajo de médicos de la industria farmacéutica; el caso de un tercero autorizado

Working conditions of doctors in the pharmaceutical industry; the case of an authorized third party

doi: 10.32870/ees.v30i88.7352

Nancy Rubi Estrada Ledesma♦

Resumen

A pesar de la relevancia de la industria farmacéutica en México, los médicos que se ubican en este mercado, como los Consultorios de Farmacia Adyacentes (CAF) y los *terceros autorizados*, suelen emplearse bajo características flexibles y precarias que tienden a desprofesionalizarlos. Con el apoyo del enfoque cualitativo, se desarrolló un estudio de caso, se aplicaron entrevistas a médicos que trabajaron en una clínica tercero autorizado ubicado en Guadalajara y, por medio de testimonios, se evidenciaron las actividades y condiciones de trabajo de la empresa. Se identificó que los médicos que trabajaron en la clínica aceptaban condiciones de trabajo flexibles y precarias a cambio de ejercer la profesión y adquirir experiencia laboral mientras encontraban un empleo con mejores condiciones laborales o mientras se preparaban para continuar con los estudios de especialidad.

Palabras clave: precariedad laboral, flexibilidad laboral, médicos, tercero autorizado, industria farmacéutica

Abstract

Despite the relevance of the pharmaceutical industry in Mexico, physicians working in this market, such as the Adjacent Pharmacy Clinics (CAF) and the authorized third parties, are usually employed under flexible and precarious characteristics that tend to deprofessionalize them. With the support of the qualitative approach, a case study was developed, interviews were applied to physicians who worked in a third party authorized clinic located in Guadalajara; through testimonies, the activities and working conditions of the company were evidenced. It was identified that the physicians who worked in the clinic accepted flexible and precarious working conditions in exchange for practicing their profession and acquiring work experience while they found a job with better working conditions or while they were preparing to continue with their specialty studies.

Keywords: labor precariousness, labor flexibility, physicians, authorized third-party, pharmaceutical industry

♦Maestra en Gestión y Desarrollo Social, estudiante del doctorado en Psicología con Orientación en Calidad de Vida y Salud en el Centro Universitario del Sur, de la Universidad de Guadalajara; Guadalajara, Jalisco, México. Dirección electrónica: estradarubi.lesma@gmail.com / ORCID: 0000-0002-0459-8834

Fecha de recepción: 17 de octubre de 2022 / Fecha de aceptación: 16 de febrero de 2023.



Introducción

Las actividades principales de los médicos han ido cambiando con el paso del tiempo; anteriormente se dedicaban a prevenir, diagnosticar y tratar diversas enfermedades para mejorar la salud de sus pacientes, fuera en clínicas fuera en hospitales del sector salud público o del privado (Gómez-Sánchez *et al.*, 2018).

En la actualidad se observa que en el sector salud privado han surgido empleos emergentes para los médicos, como los consultorios de farmacias y clínicas o laboratorios de la industria farmacéutica, que poco a poco han ido desplazando los empleos tradicionales, como médico de consulta en hospitales, clínicas o centros de salud (Blancas Martínez, 2019).

En los últimos años, los médicos han adquirido relevancia en la industria farmacéutica, pues cada vez se requieren más profesionales con formación en medicina para incorporarse a este nuevo campo laboral (Alfonso y Martín, 2016). A pesar de ello, el nicho del mercado farmacéutico no garantiza una incorporación con mejores salarios, condiciones laborales que aseguren una carrera exitosa o una mejor calidad de vida laboral. Hoy en día el mercado de trabajo del sector salud, tanto público como privado, se ha vuelto flexible y precario (Morán Pérez, 2020).

Para comprender los cambios en las relaciones laborales y condiciones de trabajo es necesario hacer referencia al concepto flexibilidad laboral en el mercado de trabajo del sector salud, entendiendo la flexibilidad laboral como la adecuación del uso de la fuerza de trabajo, la libertad en la explotación, la polifuncionalidad, el tiempo y el salario, según las necesidades de producción (Chávez-Ramírez, 2001; de la Garza, 2000; López y Chapa, 2018).

La flexibilización del mercado laboral implicó eliminar las rigideces para los empleadores, así como la fijación de los salarios. En México, durante el periodo económico

Estado benefactor o *Estado de bienestar* (1940-1970), el Estado regulaba leyes laborales, contratación colectiva, sindicalización, seguridad social y justicia laboral (Rodríguez Torres *et al.*, 2020). Sin embargo, en los años ochenta, cuando se instauró el modelo económico *neoliberal*, se fueron flexibilizando las leyes laborales, los contratos colectivos, las políticas gubernamentales y el poder de los sindicatos (López y Chapa, 2018).

Ante dicho suceso, se optó a favor de la flexibilidad para contener el problema del desempleo en la década de los ochenta y dar un nuevo impulso a la actividad económica. La intención de optar por la flexibilidad en el mercado laboral era organizar el trabajo y la productividad para aumentar las oportunidades de empleo reduciendo las jornadas laborales y el salario (Chávez-Ramírez, 2001). No obstante, las empresas tomaron la flexibilidad a su favor, pues a lo largo de las décadas han generado diferenciación salarial en función de las cualificaciones laborales y de género, contrataciones temporales, subcontratación, sustitución de mano de obra por maquinaria o tecnología, contratos eventuales, entre otras (López y Chapa, 2018).

Las políticas neoliberales y la flexibilidad laboral tuvieron gran impacto en el sistema de salud, sobre todo en el sector público; estas provocaron la descentralización de los servicios de salud, la reducción del gasto en salud a escala federal, el desfinanciamiento de la seguridad social, en recursos tanto humanos como materiales. Además, el trato del servicio de la salud cambió, de ser asistencial pasó a ser mercancía (Molina y Tobar, 2018; Nájera Ahumada, 2021).

En consecuencia surgieron problemas de abastecimiento de medicamentos, equipo, poca inversión en infraestructura hospitalaria y reducción de personal médico (Gálvez, 2016; Molina y Tobar, 2018). Ante este panorama se fueron deteriorando y precarizando las condiciones de empleo para los trabajadores de la salud en el sector público y privado.

Desde entonces la flexibilidad laboral se hizo presente; esta se explica en cuatro dimensiones: a) externa, por las formas de subcontratación; b) numérica, que se refiere a los contratos temporales y parciales; c) interna o funcional, que alude a la capacidad que tiene la empresa o institución para asignar a los trabajadores otras tareas o puestos de trabajo dentro de la empresa, y d) salarial, donde las empresas o instituciones ajustan los salarios según su situación económica (Coller, 1997; Covarruvias, 1992; Ibarra Cisneros y González Torres, 2010).

Dichas características remiten al concepto de la precariedad laboral, entendiendo este término como un empleo de condiciones que inciden negativamente en el ámbito laboral y se manifiestan de diferentes formas, como empleos que ofrecen condiciones inestables, no cuentan con prestaciones laborales, no tienen derecho a la atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT),¹ los salarios son bajos o mal remunerados, pues en ocasiones no figuran conforme a la formación académica. También suelen ser empleos con largas jornadas laborales o reducidas según las necesidades de la empresa, y en ocasiones los trabajadores no cuentan con contrato escrito o tienen contratos eventuales (Favieri, 2018; Guadarrama *et al.*, 2016; Hualde, 2017; Kreshpaj *et al.*, 2020; Rönnblad *et al.*, 2019).

La precariedad laboral también se explica y describe en cuatro dimensiones: a) temporal, que expone la relación contractual y la duración del empleo; b) organizacional, que alude al control individual y colectivo de los trabajadores, y sus características (condiciones de trabajo, jornada laboral, turnos y calendarios, intensidad del trabajo, condiciones de pago, salud, y seguridad); c) económica, que se refiere

1. El IMSS y el INFONAVIT son instituciones que brindan sus respectivos servicios a los trabajadores mexicanos.

al pago suficiente y la progresión salarial, y d) social, que señala la protección legal o consuetudinaria contra despidos injustos, discriminación y prácticas de trabajo inaceptables, y la protección social; es decir, acceso a los beneficios de la seguridad social, salud, accidentes y seguro de desempleo (Guadarrama *et al.*, 2016).

Así, pues, la flexibilidad y la precariedad laboral, así como la conformación de nuevas culturas de trabajo que se han creado lo largo de las décadas, han afectado tanto las relaciones laborales como la competitividad profesional del médico. A pesar de que dicha profesión exige constante profesionalización, inversión y actualización, el mercado laboral de este gremio no es seguro, estable o bien remunerado (Rodríguez Torres *et al.*, 2020).

Al respecto, Leyva y Pichardo (2014) señalan que los médicos insertos en la industria farmacéutica, como en los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF), han desprofesionalizado y precarizado al médico, pues en este tipo de empleos son promotores y vendedores de medicamentos y tienen salario a destajo.

Los CAF captan a los médicos jóvenes, menores de 35 años, con poca experiencia laboral; la mayoría la componen egresados de universidades públicas, que provienen de una condición socioeconómica media o media baja, y solo en casos excepcionales son de un estrato socioeconómico alto (Morán Pérez, 2020).

Diversos estudios respecto de las condiciones de trabajo de los médicos ubicados en la industria farmacéutica, sobre todo en los CAF, han identificado que suelen aceptar condiciones de empleo precarias por distintos motivos: no provienen de una familia adinerada, los miembros de la familia cercanos no son médicos, no tienen redes sociales que les faciliten un mejor empleo, no pueden acceder a una especialidad, o por el momento se preparan para el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). La



tolerancia a la precariedad en los CAF suele ser permisiva los primeros cinco años posteriores al egreso (Gómez-Sánchez *et al.*, 2018), pues este tipo de trabajos temporales facilita una temprana inserción en el campo profesional a cambio de la experiencia, y solo se requiere el título, sin necesidad de cedula profesional para ejercer la profesión (Blancas Martínez, 2019; Díaz-Portillo *et al.*, 2015; Morán Pérez, 2020).

Asimismo, diversos estudios han concluido que los médicos insertos en los CAF padecen de precariedad laboral por varios motivos: 1) transitoriedad, por el poco tiempo que suelen quedarse en ese tipo de empleos, sobre todo por el tránsito entre la carrera y la especialidad, la carrera y un posgrado, o como transición hacia un empleo con mejores condiciones laborales; 2) incertidumbre, no hay una contratación formal o los contratos son de tiempo indeterminado, y en cualquier momento los médicos pueden ser despedidos; 3) subcontratación, las condiciones de trabajo son mediadas por el corporativo o el propietario de la farmacia que los contrata; 4) escasez de derechos, no cuentan con prestaciones sociales, por tanto, no son beneficiarios del servicio de salud o las aportaciones para la jubilación; 5) insatisfacción laboral a causa de la incertidumbre y precariedad, y 6) extensas jornadas laborales (Blancas Martínez, 2019; Díaz-Portillo *et al.*, 2015; Gómez-Sánchez *et al.*, 2018; Leyva Piña y Pichardo Palacios, 2014; Morán Pérez, 2020; Rodríguez Torres *et al.*, 2020).

El trabajo en los CAF es la evidencia del crecimiento que ha tenido el sector farmacéutico en México. En el año 2010 las farmacias de medicamentos similares,² junto con sus consultorios, aumentaron exponencialmente en el país

2. Los medicamentos similares, también conocidos como no intercambiables, son fármacos no innovadores que, a diferencia de los genéricos intercambiables, solo tienen la obligación de cumplir con las indicaciones farmacopeicas, o sea, comprobar el principio activo y la cantidad indicada. De acuerdo con la Secretaría de Economía, los medicamentos similares no cuentan con las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad, por lo que no tienen la garantía de calidad con

debido a la venta de medicamentos y el servicio médico a un bajo costo económico (Blancas Martínez, 2019). Así, pues, el servicio de la salud a un costo accesible, el desplazamiento de la provisión de salud por parte del Estado, la falta de infraestructura, equipo, medicamentos; la saturación del servicio en instituciones de salud pública, así como la poca oferta de puestos para los médicos, han provocado que la industria farmacéutica se aproveche del contexto y ofrezca empleos de condiciones precarias al gremio médico (Blancas Martínez, 2019; Morán Pérez, 2020).

Otro nicho de mercado de la industria farmacéutica en México que emplea a médicos son los *terceros autorizados o unidades de pre dictamen*. Estas son clínicas o laboratorios que realizan estudios de bioequivalencia³ a medicamentos genéricos;⁴ son empresas autorizadas por la Secretaría de Salud (SS) para emitir un dictamen respecto del cumplimiento de requisitos establecidos por la SS o según las normas correspondientes para realizar estudios, y para efectos de trámites o autorizaciones sanitarias (Secretaría de Salud y Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios [COFEPRIS], 2019).

Los terceros autorizados, que realizan estudios de bioequivalencia y son supervisados y auditados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y la Secretaría de Salud, pueden evaluar y

que cuentan los medicamento genéricos, y mucho menos los patentes, conocidos como los “originales” o “de marca” (AMX Contenido, 2020).

3. Este tipo de estudios analiza y demuestra que un medicamento genérico tiene la misma eficacia terapéutica y el mismo efecto de alivio que un medicamento de referencia o patente.

4. La Asociación Mexicana de Genéricos (AMEGI) considera medicamento genérico a todos los que pueden utilizarse en lugar de los originales. Los medicamentos genéricos han pasado previamente por un conjunto de pruebas que demuestran que su comportamiento respecto de uno de patente es idéntico en cuanto a tiempo de acción, potencia, eficacia y seguridad, con lo cual garantiza que contiene la misma sustancia activa, pureza y tamaño de partícula y produce el mismo efecto que el producto original de marca (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 2017).



dictaminar medicamentos o dispositivos médicos antes de su salida al mercado (Gobierno de México y COFEPRIS, 2018).

La bioequivalencia es un tipo de estudio que se realiza para analizar y asegurar que un medicamento genérico cumpla con las mismas características de calidad y eficacia que el medicamento de referencia; es decir, del medicamento patente⁵ u original (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 2013).

La SS y la COFEPRIS necesitan del servicio de los terceros autorizados dedicados a los estudios de bioequivalencia, dada la creciente demanda de solicitudes para comercializar medicamentos genéricos o productos en el mercado de la salud (Chávez *et al.*, 2021)

Así, pues, los terceros autorizados tomaron ventaja por ser un insumo necesario que ayuda a reducir el costo en la inversión de medicamentos destinados a la salud pública. Gracias a ello es posible invertir en medicamentos genéricos confiables, eficaces y baratos, y destinarlos a instituciones de salud pública (Chávez *et al.*, 2021).

La investigación en estudios de bioequivalencia lleva poco tiempo en México; comenzó aproximadamente a inicios de los años dos mil (Becerril-Ruiz *et al.*, 2018). Al paso, este nicho de mercado fue creciendo. En el año 2002 se contaba con seis unidades clínicas y once unidades analíticas de terceros autorizados a escala nacional (Rodríguez, 2018). En un informe de COFEPRIS emitido en el año 2018 se registraban 333 empresas que realizaban estudios de bioequivalencia en el país, siete de ellas ubicadas en Jalisco (Gobierno de México y Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 2018).

5. Los medicamentos de patente son aquellos que surgen de una investigación profunda realizada en laboratorio, con la intención de sanar un padecimiento específico; por este descubrimiento se le otorga la patente, la cual tiene un determinado período de duración; es decir, el inventor tiene la exclusividad de producción de dicho medicamento en el mercado (Procuraduría Federal del Consumidor, 2016).

Ante la inserción de los médicos en la industria farmacéutica y los terceros autorizados, surgió el interés de registrar los resultados recabados en un trabajo de posgrado para dar a conocer las características y condiciones de trabajo de los médicos empleados en sector de salud en el ámbito privado de la industria farmacéutica, en una clínica tercero autorizado que realizaba estudios de bioequivalencia en Guadalajara, Jalisco. Con el fin de respetar la confidencialidad de la empresa, esta se identificará como “clínica de bioequivalencia.”⁶

Desde el año 2011 a julio del 2019, la clínica de bioequivalencia desempeñaba sus actividades con normalidad. Sin embargo, para septiembre del año 2019 suspendió actividades, al disminuir su carga laboral, ya que las empresas que solicitaban los servicios de la clínica de bioequivalencia dejaron de contratarlos; esto provocó atrasos en el pago de salarios de sus trabajadores (médicos, enfermeros, químicos y personal administrativo). Ante la falta de actividades y de pago, los trabajadores decidieron renunciar, por lo que la empresa tuvo que cerrar en septiembre del 2019. En la actualidad, la empresa se encuentra sin personal y está en espera de ser nuevamente autorizada para realizar protocolos de investigación en el campo de la bioequivalencia.⁷

En el periodo 2018-2020 se recabó información de la clínica de bioequivalencia. La investigación se apoyó en el enfoque cualitativo; se aplicó un estudio de caso, en el cual se entrevistaron trabajadores del área administrativa y médicos. Con la información recabada fue posible contextualizar y describir en profundidad el nicho de mercado y las condiciones de trabajo, como contrato, jornada laboral, capacitación, salario, riesgo laboral y seguridad.

6. Se corrobora la existencia de la clínica de bioequivalencia con el registro TA-73-18 en la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en el año 2019-2020.

7. Dato proporcionado por un informante clave, trabajador del área administrativa de la empresa. La información fue recabada en octubre de 2022.

Método

El enfoque metodológico de la investigación es cualitativo. Como diseño, se realizó un estudio de caso. Stake (2007) considera que “el estudio de caso es la particularidad y la complejidad de un caso singular para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (p. 11). Este diseño ayudó a profundizar el contexto, así como a conocer las condiciones de trabajo de los médicos en una clínica de bioequivalencia.

Como técnica de recolección de datos se aplicaron entrevistas en profundidad a médicos y trabajadores administrativos. Se recabó información desde que comenzó la empresa, desde el año 2011 y hasta 2019. En la clínica de bioequivalencia trabajaban doce personas, entre ellas administrativos, médicos, químicos y enfermeros. Respecto de los puestos médicos, solo había cuatro: 1) médico general, 2) médico de urgencias, 3) responsable sanitario y 4) director de estudios clínicos e investigación. Se entrevistó a un médico por cada puesto; los participantes fueron dos mujeres y dos hombres que laboraron en el tercer autorizado entre 2014 y 2019. También se entrevistaron dos informantes clave; uno de ellos es un profesional que actualmente desempeña labores en el área de recursos humanos y administrativos, el otro informante clave es una profesional del área de dirección general.

Primero se entrevistó a los dos informantes clave; ellos ayudaron a conocer las actividades de la empresa y, los medios y características de contratación de los médicos. Posteriormente se aplicaron entrevistas a los médicos; las entrevistas se realizaron en febrero del año 2020, a causa de la pandemia solo fue posible contactar a seis participantes.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista en profundidad con apoyo de una guía de preguntas. Dicha técnica permitió conocer a fondo la opinión y la perspectiva de los sujetos de estudio según sus

experiencias de trabajo en la clínica de bioequivalencia. La guía de entrevista se dividió en tres ejes temáticos: 1) formación académica, 2) mercado laboral de los médicos, 3) opinión sobre las experiencias laborales en la clínica de bioequivalencia. Después de recabar la información, se analizaron las entrevistas y se realizó una codificación de acuerdo con las categorías que describen la flexibilidad y la precariedad laboral.

Resultados

La industria farmacéutica en México se convirtió en un giro importante. A partir de la década de los noventa el Estado mexicano intentó abatir el alto costo de los insumos para la salud mediante la permisión de medicamentos que fueran intercambiables (genéricos) con los *innovadores* o *de patente* (Becerril-Ruiz *et al.*, 2018). En razón de los costos elevados de los medicamentos patentes y la opción de ahorro en el presupuesto de la salud con la compra de medicamentos genéricos, la industria farmacéutica mexicana se interesó por crear clínicas y laboratorios para la investigación, el desarrollo, la fabricación y la distribución de medicamentos genéricos.

En México, la farmacéutica es la séptima actividad más importante de las industrias manufactureras. Incluso, la industria farmacéutica es considerada el segundo mercado más grande, comparado con los demás países de América Latina. Además, el país es el principal exportador de medicamentos en la región, y Jalisco es el segundo estado con mayor actividad (Becerril-Ruiz *et al.*, 2018; Chávez *et al.*, 2021). En el año 2018 el impacto de dicha industria se representó en 161 ramas de la actividad económica, 87 mil empleos directos y 400 mil indirectos (Ávila *et al.*, 2018).

Por la posición que tiene la industria farmacéutica en el mercado, se esperaría que los médicos ubicados en este

nicho tuvieran empleos de condiciones dignas. Sin embargo, el ejemplo de los CAF indica lo contrario (Blancas Martínez, 2019; Bustos, 2016; Díaz-Portillo *et al.*, 2015; Gómez-Sánchez *et al.*, 2018; Leyva Piña y Pichardo Palacios, 2014; Morán Pérez, 2020).

De igual forma, el estudio de caso evidencia características de trabajo precarias en la clínica de bioequivalencia. Esta empresa era un tercero autorizado que analizaba y demostraba a través de distintos procesos metodológicos clínicos y farmacéuticos de investigación que un medicamento genérico tiene la misma eficacia terapéutica y el mismo efecto de alivio que un medicamento de referencia o patente. Por medio de dichos procesos se emitía un predictamen en cual señalaban que el medicamento genérico es apto y aprobado, para que pudiera estar a la venta.

Los medicamentos genéricos son los que pasaron por un conjunto de pruebas para demostrar que su comportamiento respecto del medicamento patente es idéntico, en cuanto a tiempo de acción, potencia, eficacia y seguridad, lo cual garantiza que contengan la misma sustancia activa (formula principal del medicamento) y el mismo efecto que el fármaco original (Procuraduría Federal del Consumidor, 2016). Un medicamento genérico debe pasar por un estudio de bioequivalencia para lanzarse a la venta. En nuestro país, para que un medicamento pueda obtener un registro sanitario debe mostrar a través de estudios que es terapéuticamente igual al medicamento de patente (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 2013).

En la clínica de bioequivalencia, el método operativo para llevar a cabo los estudios era a través de protocolos clínicos realizados por el director, los cuales eran sometidos a un proceso de revisión y autorización por un comité de investigación interno avalado por COFEPRIS. Luego de la autorización, la empresa podía llevar a cabo un estudio de bioequivalencia, que era aplicado en sujetos sanos que

cumplieran como mínimo los siguientes requisitos: sexo indistinto, mayores de dieciocho años y menores de 50, no ser alérgico a medicamentos y, en el caso de las mujeres, no estar embarazadas. A quienes estaban interesados en participar se les mandaba a hacer análisis,⁸ los médicos les hacían una valoración médica y toma de electrocardiograma; si el médico general determinaba que era apto después de interpretar los estudios, el voluntario o sujeto de investigación podía participar en un estudio, a cambio recibía una compensación económica.⁹

Para realizar los estudios de bioequivalencia los voluntarios pasaban por dos periodos de prueba. Por ejemplo, en la primera etapa (periodo uno), ingerían el fármaco patente y, después de un periodo de cinco a siete días de desintoxicación, tomaban el fármaco de prueba (periodo 2).¹⁰ Se hacía de forma periódica para que el tracto gastrointestinal digiriera el medicamento y no afectar el segundo periodo de prueba.

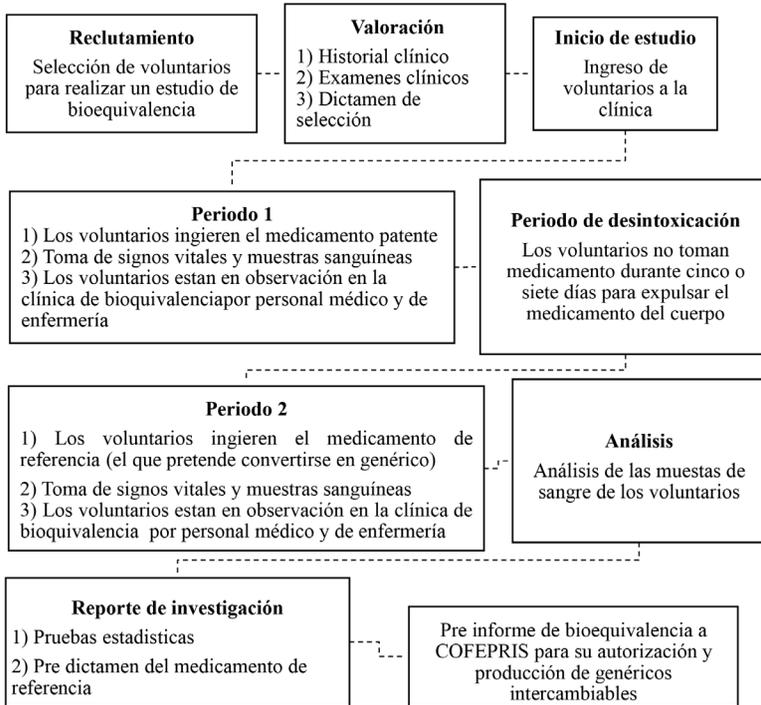
8. Biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, perfil de lípidos, examen general de orina, examen de VIH y VDRL.

9. Dependiendo del medicamento, los periodos o semanas que los voluntarios debían someterse a un estudio de bioequivalencia, estos recibían una compensación económica de \$2,000.00, \$4,000.00, \$6,000.00 o hasta \$8,000.00 pesos, por medio de un cheque.

10. Los periodos 1 y 2 son un ejemplo de la ejecución de un estudio de dos semanas como clonazepam o valsartán. Sin embargo, los periodos podían variar según el medicamento, por lo que se requiere un estudio de bioequivalencia.



Figura 1. Ejemplo de un proceso de estudio de bioequivalencia



Para que los sujetos estuvieran bajo observación, durante el periodo uno y dos también debían internarse por una o dos noches en las instalaciones de la clínica; de esta forma, los médicos podían supervisar la reacción al medicamento después de ingerirlo. Además, se les tomaban muestras de sangre, las cuales podían ser de quince a veintiuna tomas cada cierto tiempo, según las indicaciones del protocolo de investigación. Después, dichas muestras de sangre se centrifugaban y se congelaban en un laboratorio, para que pudieran examinarse; allí los químicos realizaban cromatogramas para analizar la reacción y la comparación del medicamento patente o de referencia. Posteriormente se aplicaban pruebas estadísticas para determinar el por-

centaje de diferencia; si existía una varianza mínima se consideraba que el medicamento era bioequivalente; es decir, comparable, y produce los mismos efectos que el medicamento patente.

Al finalizar todos los procesos y pasar por las diferentes áreas de investigación, y si el medicamento cumplía con las pruebas específicas o de investigación clínica que sustituyen a la patente, se lo nombra genérico intercambiable. Es decir, el fármaco tiene la garantía de que se va a comportar en el organismo de la misma manera que un fármaco de patente. Después de los estudios, la clínica de bioequivalencia emitía un predictamen y los resultados eran enviados a COFEPRIS para ser aprobado, y que el fármaco genérico intercambiable pudiera tener la autorización para su comercialización.

Respecto de las actividades de cada médico que participó en el estudio se puntualiza en la tabla 1.

Tabla 1. Funciones generales de puesto de los sujetos de estudio

<i>Médico general</i>	<i>Médico de urgencias</i>	<i>Responsable sanitario</i>	<i>Director de estudios clínicos e investigación</i>
Valoración de voluntarios	Solicitar material para ejecutar un estudio clínico	Vigilar la realización de los sistemas de control internos y externos que determine COFEPRIS	Elaboración de protocolos de investigación en bioequivalencia
Aplicaciones exámenes (embarazo y abuso de drogas)	Supervisar material de enfermería para aplicar tomas de muestra durante los estudios	Elaborar protocolos de investigación clínica y su ejecución	Dirigir personal de la salud para ejecutar protocolos de investigación
Control de expedientes de voluntarios	Validar el diagnóstico de los voluntarios	Firmar los informes de los análisis realizados de estudios clínicos	Solicitar insumos y material adecuado para la ejecución de estudios de bioequivalencia



<i>Médico general</i>	<i>Médico de urgencias</i>	<i>Responsable sanitario</i>	<i>Director de estudios clínicos e investigación</i>
Dictaminar el diagnóstico sobre el estado de salud de los voluntarios	Interpretación de electrocardiogramas Supervisar expedientes clínicos de los voluntarios	Supervisar la ejecución de un estudio clínico conforme a los protocolos de investigación	Supervisar y apoyar al área de médicos y de enfermería en la ejecución de estudios de bioequivalencia Hacer el informe final de estudios de bioequivalencia
Canalizar a los voluntarios	Atender pacientes en estado de urgencias	Entregar informes finales a COFEPRIS	Enviar a COFEPRIS el predictamen de los resultados de estudios de bioequivalencia
Realizar toma de muestras y de signos vitales en los tiempos que indique el protocolo clínico	Revisar que los fármacos no estén caducados		

Sobre la base del testimonio de los informantes clave y los sujetos de estudio se identificaron condiciones de trabajo flexibles y precarias en la clínica de bioequivalencia. La empresa optaba por contratar médicos con poca experiencia para poder ofrecerles sueldos bajos y pocas prestaciones sociales. Por ejemplo, la empresa solicitaba hombres o mujeres médicos con cédula profesional, provisional o en trámite, titulados, con experiencia laboral mínima de seis meses, con 24 años de edad, solteros, sin hijos y de preferencia egresados de una universidad pública, ya que era más probable que estos aceptaran salarios bajos y malas condiciones de trabajo que los egresados de universidades privadas. Vale la pena resaltar que un infórmate clave señaló que era preferible contratar hombres porque las mujeres solían ser mamás jóvenes con hijos menores de

edad, y debían acudir constantemente a eventos escolares o atender con frecuencia la salud de sus hijos.

Por otro lado, se observó que el perfil de la mayoría de los médicos que se insertaban en la clínica de bioequivalencia indicaba que era su primero o segundo empleo y contaban con poca experiencia, fuera por su internado o prácticas profesionales, o por experiencia previa en los CAF. Se entiende que la experiencia en los CAF era por ser lo más parecido a trabajar en la industria farmacéutica y porque, al igual que la clínica de bioequivalencia, no requerían trayectorias laborales con amplia preparación y experiencia.

Al momento de la contratación en la clínica de bioequivalencia, el médico debía firmar un contrato de servicios profesionales, el cual no les garantizaba prestaciones sociales¹¹ y se debía renovar primero cada mes, posteriormente cada tres meses, y por último cada seis meses. A estas estrategias, diferentes autores, como Covarrubias (1992), Coller (1997) e Ibarra Cisneros y González Torres (2010), las denominan *flexibilidad numérica o externa* a los contratos temporales. Esta estrategia se refiere a la capacidad de cambiar la fuerza de trabajo según las necesidades de producción o los intereses de las empresas. Ello se refleja en el aumento de trabajadores eventuales, de tiempo parcial, por horas, subcontratados o que laboran sin contratos de trabajo (Ibarra Cisneros y González Torres, 2010).

Además, al momento de la contratación, los médicos debían firmar cartas de renuncia que no tenían fecha; en estas también se estipulaba la entrega de un finiquito¹² de cantidad ficticia, y declaraban que recibían prestaciones de ley y pago puntual. Dichas prácticas son una simulación

11. Se refiere a seguridad social adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), vacaciones, prima vacacional y aguinaldo.

12. Es una remuneración monetaria que el patrón está obligado a entregar al trabajador al terminar la relación laboral en casos como renuncia voluntaria, finalización de contrato, despido justificado o injustificado, invalidez por enfermedad o muerte del trabajador.



de un acto jurídico, cuyas consecuencias legales benefician principalmente al patrón, que evade sus responsabilidades (De Buen Unna, 2003).

Respecto de las jornadas y los horarios de trabajo en la clínica de bioequivalencia, eran flexibles. Los médicos eran obligados a cumplir un horario de trabajo según las necesidades de la empresa y a cubrir un horario de cincuenta horas a la semana, con horarios fijos y guardias nocturnas, de lunes a viernes, o intercambiando entre la semana o fines de semana. Si el médico excedía las cincuenta horas de la jornada semanal, le daban una retribución económica. Llama la atención que los médicos entrevistados consideraron que la jornada no era demandante. Incluso, una médica afirma que hacían guardias esporádicamente debido a la poca carga laboral, por lo que le parecía que el horario era cómodo y se compensaba con el sueldo.

Los médicos que se integraban a trabajar en la clínica de bioequivalencia estaban enterados desde el proceso de contratación de que el horario sería irregular, por lo que debían tener disposición de trabajar de lunes a domingo, con una jornada de cincuenta horas a la semana con un horario variado, considerando que podían tener una jornada de doce u ocho horas en un día.

En consideración a las extensas jornadas laborales, la clínica de bioequivalencia trataba de compensar dicha situación siendo flexible con los horarios. Por ejemplo, a los médicos les permitían entrar tarde o salir temprano si necesitaban hacer un trámite escolar o en asuntos que involucraran la preparación profesional. También se observó que tenían permitido dedicarse al estudio durante la jornada laboral, mientras no tuvieran actividades y se tratara de un examen de preparación profesional, como el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), curso o posgrado. Uno de los informantes clave señaló que los horarios eran variados, dado que la empresa no tenía

actividad día a día, y que a pesar de tener actividades podían existir momentos en los cuales podían dedicarse a estudiar.

En lo referente a la capacitación que recibían para desarrollar sus actividades, los médicos declaran que, al integrarse a la empresa, les entregaban *manuales de perfiles de puesto* para que los leyeran, no había capacitación formal ni suficiente para desarrollar su trabajo; más bien, la capacitación era proporcionada por los compañeros de área, según el paso de los días y las actividades que iban surgiendo.

Había ciertas excepciones con las capacitaciones; por ejemplo, todo el personal de la clínica de bioequivalencia debía tomar cursos de bioética, impartidos por COFEPRIS de forma gratuita. La clínica solo ofrecía capacitaciones de *lineamientos éticos*, impartidos el responsable sanitario o el director de estudios clínicos.

Por otro lado, en relación con el salario, se encontró que era variado, y dependía de las funciones de puesto y los requisitos mínimos; por ejemplo, de 2011 a 2015 los salarios para el puesto de médico general era \$8,000.00 (pesos mexicanos), médico de urgencias, \$9,000.00, responsable sanitario \$10,000.00, y dirección de investigación \$40,000.00; de 2016 a 2018 se logró subir el sueldo únicamente al médico de urgencias, mil pesos más, y al responsable sanitario, dos mil pesos más, pero en el año 2019 los sueldos del médico general, de urgencias y responsable sanitario bajaron a \$6,000 mil pesos, y el sueldo del director de estudios de investigación bajo a \$19,000.00.

Se observa que de 2015 a 2019 el salario mensual de los médicos generales decreció 25%, el de urgencias 40%, y el responsable sanitario 50%. También se identificó que en el año 2017 la clínica de bioequivalencia comenzó a retrasar el pago a los médicos. Pasaban de dos a cinco días para que les pudieran pagar el salario correspondiente o, en ocasiones, solo les pagaban una parte; es decir, les pagaban menos de la mitad de la quincena y al paso de los días el restante.



A pesar de los sueldos bajos y los retrasos, dos médicos (médico de urgencias y médico general) consideraban que el salario no estaba “tan mal”, debido a la poca carga laboral. Al respecto, un informante clave señaló que la clínica ofrecía sueldos bajos porque captaba a médicos con poca experiencia, de ser lo contrario, no sería rentable para la clínica de bioequivalencia.

Además de las irregularidades, también había anomalías en las prestaciones sociales: los médicos no tenían el derecho de la seguridad y otras prestaciones sociales. Entre las pocas prestaciones que ofrecía la clínica de bioequivalencia estaban aguinaldo, vacaciones y prima vacacional. Un informante clave justifica que los médicos no tenían prestaciones sociales debido a que las circunstancias económicas no eran favorables para la empresa. De los médicos entrevistados, ninguno tuvo seguridad social. Una médica declaró que “se nos prometió reiteradamente —ahora sí ya vamos a asegurarlos, ahora sí ya va a haber caja de ahorro— y por una u otra cosa nunca llegó”.

En cuanto al riesgo y la seguridad laboral en la clínica de bioequivalencia, se encontró que las condiciones no eran adecuadas. Al decir de uno de los entrevistados, quien trabajó en el puesto de médico de urgencias, las circunstancias de la empresa eran “muy precarias”, por no tener el equipo y el material necesario de trabajo para atender urgencias básicas y por tener medicamentos caducos.

Además, algunas áreas de trabajo, como la de urgencias, eran de espacio reducido. El médico de dicha área señaló que por la falta de espacio era complicado atender a pacientes; en suma, el área de urgencias se ubicaba en el segundo piso, lo cual hacía difícil atender un traslado en ambulancia a un hospital para atender la urgencia. El médico destacó que, por normas de salud internacionales, el área urgencias debe ubicarse en planta baja para hacer más accesible y rápida la movilidad en caso de derivar al paciente a un hospital.

Asimismo, el médico señaló que dichas circunstancias lo podían “exponer” y “afectar” su carrera por ser responsable del área y por no responder adecuadamente ante una emergencia, o ante una reacción desfavorable de un voluntario por administrarle un medicamento caduco.

Otro riesgo laboral y de salud que podía afectar a los médicos era que participaban como voluntarios en los estudios de bioequivalencia sin valoración médica previa. Esto sucedía cuando no se completaba la cantidad de voluntarios que la empresa necesitaba para llevar a cabo un estudio. Los médicos que llegaron a participar en un estudio utilizaban datos personales y los datos de los expedientes de los voluntarios previamente valorados. Esta estrategia la hacían en virtud de que COFEPRIS no permitía al personal de la clínica involucrarse en los estudios, pero mucho menos estaba permitido fingir ser voluntario.

Es necesario resaltar que, cuando un médico participaba en un estudio de bioequivalencia, se omitía el protocolo de valoración médica y análisis clínicos, por lo que podían poner en riesgo su salud. A cambio, los médicos que participaban en los estudios recibían una compensación económica (la que supuestamente recibirían los voluntarios).

Teniendo en cuenta esta acción, se identificó que los médicos asumían un riesgo profesional (por posibles sanciones de instancias sanitarias) y de salud (en caso de tener una reacción negativa por no tener una previa revisión y valoración médica) para recibir un ingreso extra, aunque fuera de forma esporádica. Esta acción prueba que los médicos de la clínica de bioequivalencia no percibían un salario suficiente que le permitiera cubrir o completar sus necesidades básicas. Por otro, el uso de dichas prácticas (médicos participando en estudios de bioequivalencia) indica que los resultados del estudio de bioequivalencia no eran veraces, lo que incide negativamente en el informe de evaluación del fármaco.



Discusión

La presente investigación permitió dar cuenta de la diversificación del campo laboral de los médicos, así como las condiciones de trabajo desfavorables y precarias que enfrentan en la industria farmacéutica. Se observa que, a pesar de ser una de las profesiones más exigentes y demandantes, es difícil insertarse en empleos de condiciones dignas luego de concluir los estudios universitarios.

También se demostró que, a pesar de que la industria farmacéutica abrió un nuevo nicho de mercado de trabajo, como en los terceros autorizados, no todos ofrecen condiciones de empleo digno, tal fue el caso de los médicos que trabajaron en la clínica de bioequivalencia.

Sobre la base del testimonio de los informantes clave y médicos, se identificó que tanto la flexibilidad como la precariedad laboral se muestran desde diferentes dimensiones que sostienen distintos autores (Coller, 1997; Covarrubias, 1992; Favieri, 2018; Guadarrama *et al.*, 2016; Hualde, 2017). La flexibilidad se encontró en tres dimensiones: 1) *numérica*, la clínica contrataba por tiempo determinado; 2) *interna o funcional*, requería de personal de acuerdo con la demanda de trabajo; asimismo, el horario de trabajo podía variar según los intereses, hasta cubrir cincuenta horas a la semana, sin importar que algunas horas fueran guardias nocturnas, y 3) *salarial*, al paso de los años los salarios fueron decreciendo según los intereses de los directivos y la demanda de trabajo de la empresa.

Las condiciones de trabajo precarias en la clínica de bioequivalencia se describen en las cuatro dimensiones: 1) *temporal*: los contratos eventuales y en constate renovación; 2) *organizacional*: falta de capacitación por parte de la empresa y la capacitación entre los compañeros de trabajo; falta de insumos y áreas adecuadas para desempeñar labores; prácticas de trabajo inaceptables, como

participar en estudios de bioequivalencia con nombres de los voluntarios porque no se completaron los participantes; 3) *económica*: atraso de pago, salarios bajos y decremento de salario; 4) *social*: falta de acceso a prestaciones sociales, como IMSS e INFONAVIT, y falta de protección en caso de accidentes y de seguro de desempleo.

En los testimonios de los médicos se identificaron otros aspectos que describen el empleo precario y abonan a la discusión de la dimensión temporal. Se identificó que es posible que los patrones den a firmar renunciaciones sin fecha y finiquito con cantidades ficticias al momento de contratación.

En opinión de los médicos, el empleo en la clínica de bioequivalencia es adecuado para los médicos que son recién egresados de la licenciatura y buscan formación profesional para aplicar a estudios de posgrado, especialidades o certificaciones, y generar experiencia laboral. Al respecto, Díaz-Portillo *et al.* (2015) y Morán Pérez (2020) habían identificado las mismas razones de tolerancia en los CAF.

También se observó que, tanto en la clínica de bioequivalencia como en los CAF, los requisitos de contratación son parecidos: médicos recién egresados, con título y con poca experiencia laboral. De igual forma coinciden varias condiciones de trabajo, por ejemplo: renovación constante de contratos bajo salario y falta de seguridad social (Blancas Martínez, 2019; Díaz-Portillo *et al.*, 2015; Gómez-Sánchez *et al.*, 2018; Leyva Piña y Pichardo Palacios, 2014; Morán Pérez, 2020; Rodríguez Torres *et al.*, 2020).

De acuerdo con la trayectoria laboral de los sujetos de estudio, llama la atención que, en un promedio de cinco años después del egreso de las instituciones de educación superior, se identificaron empleos de condiciones precarias. Ello se asemeja a los hallazgos de Gómez-Sánchez *et al.* (2018) y Morán Pérez (2020), quienes previamente lo identificaron con los médicos de los CAF.



Sobre la base en los testimonios de los médicos, es posible afirmar que este grupo de profesionales suele aceptar salarios bajos y contratos eventuales por falta de experiencia laboral, pues los médicos consideraron que para obtener un buen empleo no basta con ser médico general; la preparación profesional y la especialidad o posgrado en esta profesión son indispensables.

La experiencia y la profesionalización les permiten tener mayores ingresos o estabilidad, o les permite tener dos o más empleos en alguno de los cuales pueden tener acceso a prestaciones sociales, como fue el caso de uno de los sujetos de estudio (director de estudios clínicos e investigación). De igual forma se identificó que las redes sociales entre colegas también pueden influir para obtener un buen empleo o insertarse en el gremio.

La permisividad de los empleos precarios, como en la clínica de bioequivalencia, se fundamenta en que existen nichos de mercado en el sector salud privado que ofrecen la rápida inserción con mínima o nula experiencia, cédula profesional (incluso en trámite) y la oportunidad de ejercer la profesión siendo recién egresado. Cabe señalar que esta es una oferta que difícilmente se podrá encontrar en el mercado laboral de otras profesiones.

Las empresas aprovecharon la flexibilidad numérica que en su momento fue permisible para ofrecer mayores empleos en momentos de crisis económica en el país, pero dicha estrategia tornó a un objetivo más favorable para estas. Actualmente se observa que instituciones de salud pública o privada contratan de forma eventual a médicos solo para atender necesidades específicas y sobrellevar la demanda de trabajo del momento, tal fue el caso de contrataciones eventuales en la contingencia sanitaria por la pandemia del SARS-CoV-2.

Esto mismo demuestra que la inserción al mercado de trabajo de los médicos ha cambiado: no es seguro tener un

empleo de condiciones dignas de trabajo al inicio de la trayectoria laboral, y mucho menos insertarse en instituciones de salud pública. Cada vez el panorama para este grupo de profesionales es más exigente con la preparación y la experiencia laboral.

Por otro lado, es necesario reflexionar sobre las prácticas de estudios de bioequivalencia en la región. Si bien Jalisco es de los primeros estados del país en colocarse en la industria farmacéutica, no se debe perder de vista los lineamientos éticos y bioéticos con que se realizan sus prácticas de investigación, fabricación y validación del medicamento. En este caso, COFEPRIS debe ser riguroso y poner altos estándares de vigilancia y de calidad para que se cumplan de forma incorruptible los estudios de bioequivalencia.

Se sugiere que COFEPRIS realice auditorías constantes en las cuales exija a las empresas dedicadas a los nichos de trabajo de la industria farmacéutica certificaciones de control de calidad, procesos para realizar los estudios de bioequivalencia y financiamiento en capacitación para el personal. Entre tanto, las empresas estarán obligadas en mejorar las condiciones de trabajo.

Los médicos en la industria farmacéutica no tienen buena reputación por las características de trabajo que ofrecen los CAF, que además abundan en el país. No obstante, los terceros autorizados pueden recuperar el prestigio de este nicho de mercado ofreciendo mejores condiciones laborales. Sería conveniente que los médicos en la industria farmacéutica difundan información científica sobre los lineamientos adecuados y hallazgos en las prácticas de estudios de bioequivalencia para incrementar el interés y la especialización de los médicos recién insertos en este nicho de mercado. Asimismo, la unión de este tipo de perfil profesional, sea un colectivo o una asociación, podría ayudar a identificar y denunciar las malas prácticas en los laboratorios o clínicas en instancias correspondientes, así como



también denunciar las condiciones de trabajo precarias en que se encuentran los médicos y en las que se desarrollan los estudios de bioequivalencia.

Conclusiones

La flexibilidad laboral surgida en la década de los ochenta tuvo gran impacto en el mercado laboral de los médicos. Tanto el sector salud público como el privado fueron adaptando las formas de trabajo a las necesidades inmediatas de las instituciones, requiriendo los servicios del médico de forma eventual y trabajo a destajo, lo que provocó que la precariedad laboral permeara al gremio. Entre tanto, las formas de trabajo precarias han rebasado a la profesión del médico en nichos de trabajo emergentes que ofrece la industria farmacéutica, como el caso de la clínica de bioequivalencia, que ofreció renovación de contrato cada seis meses, firma de renunciaciones y finiquito al momento de contratación, jornadas irregulares, horarios variados con jornada de ocho o doce horas, falta de capacitación, atraso de pago y salarios bajos

Al contexto flexible, precario y desprofesionalizante de los médicos lo anteceden el deslindamiento del Estado en el sector salud, la falta de infraestructura de salud pública en el país, el incremento de matrícula de médicos, la exigencia de experiencia profesional a continuación del egreso, los pocos espacios y puestos para estudiar la especialidad, la renuencia a contratar más personal médico en instituciones de salud pública, el crecimiento del sector salud privado, y el abaratamiento del servicio de la salud de los CAF.

A pesar de las condiciones de trabajo precarias que ofrecía la clínica de bioequivalencia, se encontró que los médicos aceptaban dichas características con la finalidad de insertarse en el mercado laboral: permanecer en la clínica de forma eventual mientras lograban sus objetivos personales

(estudiar para el ENARM o encontrar un mejor empleo), ejercer la profesión en su nicho de mercado, generar experiencia laboral y no emplearse en otros trabajos que pudieran ser más precarios, como los CAF, ya que en este deben vender medicamentos no tienen sueldo fijo, es a destajo y suelen tener comisiones por prescribir medicamentos.

Los hallazgos describen una realidad social en el campo laboral de los médicos que muestra la flexibilidad y la precariedad laboral que se presentan en nichos emergentes de la industria farmacéutica, como las clínicas o los laboratorios de estudios de bioequivalencia. Si bien este nicho es prometedor por la necesidad de reducción de costos de medicamentos del sector salud público, el consumo de medicamentos de la población mexicana, y los costos accesibles, es necesario que este nicho de trabajo ofrezca buenas condiciones de trabajo, asegurando trabajo por la demanda creciente de tratamientos y estudios de los medicamentos genéricos, sobre todo de calidad. ☺

- Alfonso, M. y Martín, E. (2016). Médicos en la industria farmacéutica: ¿un reto posible? *MPFARMA*.
- AMX Contenido (2020). *¿Cuál es la diferencia entre medicamentos genéricos y similares?* Disponible en: <https://www.unotv.com/ciencia-y-tecnologia/cual-es-la-diferencia-entre-medicamentos-genericos-y-similares/>
- Ávila, F., Temblador, M.A., Aldama, A. y García-Téllez, I. (2018). *La industria farmacéutica mexicana*. KPMG. Disponible en: <https://bit.ly/2FsH6k4>
- Becerril-Ruiz, V.H., Ortiz-Reynoso, M. y Santillán-Benítez, J. G. (2018). Historia de la regulación de los medicamentos genéricos en México: 1977 a la fecha. *Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas*, 1(21), 88–19. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fesz.23958723e.2018.0.144>
- Blancas Martínez, E. N. (2019). Síntomas de precariedad. La profesión del médico y los consultorios adyacentes

Bibliografía



Bibliografía

- a farmacias. *Las ciencias sociales y la agenda nacional. Reflexiones y propuestas desde las ciencias sociales*, 3, 609–626.
- Bustos, B. (2016). *Mercado laboral de profesionales y trayectorias laborales, egresados de la universidad de Guadalajara*. COECYTJAL y Universidad de Guadalajara.
- Chávez-Ramírez, P. (2001). Flexibilidad en el mercado laboral: orígenes y concepto. *Aportes: Revista de la Facultad de Economía*, 6(17), 57–74. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/376/37661703.pdf>
- Chávez, I., Hernández, N., Masse, F. y Torres, L. (2021). *El mercado de medicamentos en México: retos y oportunidades*. Disponible en: <https://imco.org.mx/el-mercado-de-medicamentos-en-mexico-retos-y-oportunidades/>
- Coller, X. (1997). *La empresa flexible. Estudio sociológico del impacto de la flexibilidad en el proceso del trabajo*. Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI. Disponible en: <https://editorial.tirant.com/es/libro/la-empresa-flexible-estudio-sociologico-del-impacto-de-la-flexibilidad-en-el-proceso-de-trabajo-9788474762501>
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (2013). *Estrategia de liberación de genéricos para el ahorro de las familias mexicana*. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/videos/estrategia-de-liberacion-de-genericos-para-el-ahorro-de-las-familias-mexicanas>
- (2017). *Comunicado 036 - La COFEPRIS se reunió con representantes de Apotex y de la Asociación Mexicana de Genéricos (AMEGI). México cuenta con una política farmacéutica responsable que garantiza el acceso de la población a soluciones en salud*. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/prensa/medicamentos-genericos-ofrecen-calidad-seguridad-y-eficacia>
- Covarruvas, A. (1992). *La flexibilidad laboral en Sonora: un análisis comparativo de la flexibilidad de los contratos colec-*

- tivos de trabajo de la industria en Sonora, en la década de los ochenta*. El colegio de Sonora. Disponible en: <https://www.abebooks.com/first-edition/flexibilidad-laboral-Sonora-análisis-comparativo-contratos/6136102669/bd>
- De Buen Unna, C. (2003). *El contrato de prestación de servicios profesionales, vía de fraude laboral*. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/3/1090/10.pdf>
- De la Garza, E. (2000). Flexibilidad del trabajo en América latina. En E. de la Garza (Ed.). *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo*. Fondo de Cultura, pp. 148–177. Disponible en: <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/51932.pdf>
- Díaz-Portillo, S. P., Idrovo, Á. J., Dreser, A., Bonilla, F. R., Matías-Juan, B. y Wirtz, V. J. (2015). Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública de Mexico*, 57(4), 320–328. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26395797>
- Favieri, F. (2018). Precariedad laboral: concepto, variables y propuesta de análisis. *Prácticas y Discursos*, 6(7). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6482107>
- Gálvez, E. (2016). Trabajo decente: una comparación entre los médicos del sector salud en Nuevo León y el contexto nacional. *Trayectorias*, 42, 94-108. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60744250005>
- Gobierno de México y Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (2018). *Terceros autorizados*. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/terceros-autorizados>
- Gómez-Sánchez, E., Vega-López, M. G., Fajardo-López, E. R. y González-Pérez, G. J. (2018). Consultorios médicos adscritos a farmacias. ¿Una opción de trabajo para



Bibliografía

- recién egresados? *Revista de Educación y Desarrollo*, 44, 29–38. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/44/44_Gomez.pdf
- Guadarrama, R., Hualde, A. y López, S. (2016). *La precariedad laboral en México, dimensiones, dinámicas y significados*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Hualde, A. (2017). *Más trabajo que empleo: trayectorias laborales y precariedad en los call centers de México*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Ibarra Cisneros, M. A. y González Torres, L. A. (2010). La flexibilidad laboral como estrategia de competitividad y sus efectos sobre la economía, la empresa y el mercado de trabajo. *Contaduría y Administración*, 231 (231), 33–52. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-10422010000200003&yscript=sci_abstract&ytlng=en
- Kreshpaj, B., Orellana, C., Burström, B., Davis, L., Hemmingsson, T., Johansson, G., Kjellberg, K., Jonsson, J., Wegman, D. H. y Bodin, T. (2020). What is Precarious Employment? A Systematic Review of Definitions and Operationalizations from Quantitative and Qualitative Studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 46(3), 235–247. Disponible en: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3875>
- Leyva Piña, M. A. y Pichardo Palacios, S. (2014). La identidad de los médicos en la fundación Best. En M. Hernández Romo (Ed.). *Los nuevos estudios laborales en México. Perspectivas actuales*. Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 229–258. Disponible en: <http://www2.izt.uam.mx/sotraem/NovidadesEditoriales/Lonuevestudios.pdf>
- López, M. y Chapa, J. (2018). ¿Mito o realidad del fin de la precariedad laboral en Jalisco? En J. Chapa y R. Pineda (Ed.). *Dinámicas recientes del empleo y el desarrollo económico en Jalisco*. Universidad de Guadalajara. Disponible en: <https://www.academia.edu/38078177/Dinámicas>

- cas_recientes_del_empleo_y_el_desarrollo_económico_en_Jalisco, pp. 75–104.
- Molina, C., y Tobar, F. (2018). ¿Qué significa neoliberalismo en salud? *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12), 65–73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=553557482007>
- Morán Pérez, A.V. (2020). *Una radiografía de los consultorios adyacentes a farmacias al sur de la ciudad de México, saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema* [Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)]. Disponible en: https://www.academia.edu/68549031/Una_radiografía_de_los_consultorios_adyacentes_a_farmacias_al_sur_de_la_Ciudad_de_México_Saberes_de_médicos_y_usuarios_en_torno_a_un_sistema_privado_de_atención
- Nájera Ahumada, A. G. (2021). Cosificación del cuerpo en los servicios de salud públicos desde la visión del personal médico. *Instituto Mexicano del Seguro Social*, 132–146. Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/16932/18103>
- Procuraduría Federal del Consumidor (2016). *Medicamentos genéricos y de patente. ¿Cuánto cuestan?* Gobierno de México. Disponible en: <https://www.gob.mx/profec/documentos/medicamentos-genericos-y-de-patente-cuanto-cuestan?state=published>
- Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C. y Casas Patino, D. (2020). Flexibilización, precarización laboral y burocracia en salud: tres determinantes de desprofesionalización médica. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 42(2), e53134. Disponible en: <https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v42i2.53134>
- Rodriguez, Z. (2018). *Desarrollo de los estudios de bioequivalencia*. *Revista COFEPRIS, protección y salud*,. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/articulos/arte-cofepris-revista-cofepris-proteccion-y-salud>



Bibliografía

Rönblad, T., Grönholm, E., Jonsson, J., Koranyi, I., Orellana, C., Kreshpaj, B., Chen, L., Stockfelt, L. y Bodin, T. (2019). Precarious Employment and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 45(5), 429–443. Disponible en: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3797>

Secretaría de Salud y Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (2019). *Relación de unidades clínicas, analíticas y preclínicas terceros autorizados para realizar estudios de Intercambiabilidad de medicamentos y estudios de biocomparabilidad de medicamentos biotecnológicos*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/372706/Unidades_de_Intercambiabilidad_y_Biocomparabilidad.pdf

Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudio de caso*. Ediciones Morata. Disponible en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudios-de-caso.pdf>

Llama la atención que los médicos de la clínica de bioequivalencia no percibieron del todo su trabajo como precario, por permitir disponer de tiempo libre dentro de la empresa en el cual podía aprovechar el tiempo para asuntos académicos. Empero, sabían que era un empleo de paso mientras adquirían experiencia, pues quienes estaban en el puesto de médico general y responsable sanitario buscaban estudiar una especialidad y ejercerla. Entre tanto, el que tenía cargo de dirección de investigación no disponía de tiempo libre, pero se identificó que tenía otros dos empleos que lo ayudaban a cubrir las carencias, como las prestaciones sociales. La precariedad obliga en tener dos o más empleos, profesionalizarse con especialidad, diplomados, cursos, etc., para seguir compitiendo dentro del mercado laboral.