

EVALUAR, CASTIGAR Y SOPORTAR: GÉNERO Y PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO DE MUJERES DEL SECTOR SALUD

EVALUATING, PUNISHING, AND ENDURING: GENDER AND PRECARIOUS WORK OF WOMEN IN THE HEALTH SECTOR

Mayleth Alejandra Zamora Echegollen
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México

Recepción: 13 de marzo de 2026

Aceptación: 28 de junio de 2026

Resumen

El artículo analiza la precarización del trabajo en el sector salud desde una perspectiva marxista-feminista-socioanalítica, articulando explotación capitalista, feminización del cuidado y producción de subjetividad. Se sostiene que la precarización no se limita al deterioro contractual, sino que constituye una forma histórica de recrudecimiento de la explotación que produce modos específicos de subjetivación en médicas y enfermeras. A partir de una investigación cualitativa basada en entrevistas, socioanálisis participante, observación pedagógica prolongada y sistematización de experiencias en hospitales públicos mexicanos, se examinan tres dimensiones del problema: evaluar, castigar y soportar. El análisis muestra cómo dispositivos aparentemente técnicos, como la evaluación institucional, operan como tecnologías de diferenciación atravesadas por violencia sistémica, de género y epistémica; cómo la exigencia de disponibilidad permanente y el castigo disciplinario aseguran la docilidad y feminización del trabajo; y cómo el acoso sexual naturalizado forma parte de las formas instituidas del trabajo hospitalario. En ese sentido, se argumenta

que el malestar psíquico no puede reducirse a diagnósticos individuales como *burnout*, sino que debe analizarse a partir de las condiciones sociohistóricas que organizan el trabajo hospitalario contemporáneo.

PALABRAS CLAVE: *PRECARIZACIÓN, FEMINIZACIÓN, SUBJETIVIDAD, VIOLENCIA*

Abstract

This article examines labor precarization in the health sector from a Marxist–feminist–socioanalytic perspective, articulating capitalist exploitation, the feminization of care work, and the production of subjectivity. It argues that precarization cannot be reduced to contractual deterioration; rather, it constitutes a historical intensification of exploitation that produces specific modes of subjectivation among female physicians and nurses. Based on qualitative research conducted in Mexican public hospitals—including in-depth interviews, participant socioanalysis, prolonged pedagogical observation, and the systematization of experiences—the study analyzes three dimensions: evaluating, punishing and enduring. The analysis shows how seemingly technical devices, such as institutional evaluation, operate as technologies of differentiation shaped by systemic, gendered, and epistemic violence; how demands for permanent availability and disciplinary punishment secure labor docility; and how normalized sexual harassment forms part of the instituted dynamics of hospital work. In this sense, the article argues that psychic distress cannot be reduced to individual diagnoses such as *burnout*, but must instead be analyzed in relation to the sociohistorical conditions that organize contemporary hospital labor.

KEY WORDS: *PRECARITY, FEMINIZATION, SUBJECTIVITY, VIOLENCE*

Introducción

En las últimas décadas, el trabajo en el sector salud ha sido atravesado por profundas transformaciones asociadas a las reformas neoliberales, que han intensificado la flexibilización, la inestabilidad contractual y la sobrecarga laboral en hospitales públicos y privados. Estas dinámicas no sólo han precarizado las condiciones materiales del empleo sanitario, sino que se han articulado con la feminización histórica del trabajo de cuidados, configurando una fuerza laboral mayoritariamente femenina sometida a jornadas extendidas, pluriempleo y exigencias afectivas sostenidas bajo narrativas de vocación y compromiso (Ortega, 2019; Rodríguez Torre, Jarillo Soto, Casas Patiño, 2020).

En este marco, la literatura sobre precarización ha tendido a centrarse en los cambios organizacionales y contractuales del proceso laboral, invisibilizando las condiciones en las que configuran las relaciones sociales capitalistas (Reporte 134, 2021). Asimismo, los estudios sobre salud mental en el campo del trabajo han enfatizado el aumento de diagnósticos como *burnout*, ansiedad y depresión entre el personal sanitario, produciendo un vacío en un análisis que articulen ambas dimensiones (Longo, Lenta, Tortosa y Zaldúa, 2022; Emmer y Schejter, 04 de noviembre 2014). Dicho de otro modo, el malestar derivado de la intensificación del trabajo hospitalario es traducido al lenguaje clínico y explicado en términos individuales, desplazando e invisibilizando las condiciones sociohistóricas del trabajo capitalista hacia un problema individual del trabajador (Silva de los Ríos, 2016).

Frente a este escenario, el presente artículo se propone problematizar la relación entre precarización, feminización del trabajo y producción de subjetividad en el contexto hospitalario mexicano. Desde una perspectiva socioanalítica, feminista y marxista crítica, se sostiene que la precarización no constituye únicamente un deterioro contractual, sino una forma históricamente situada de intensificación de la explotación que produce modos singulares de subjetivación.

En ocupaciones feminizadas como la enfermería y la medicina, estas formas de subjetivación se articulan con narrativas de sacrificio, ética del cuidado y responsabilidad moral que operan como soportes subjetivos de la organización

laboral, permitiendo sostener el trabajo aún en condiciones adversas. De este modo, el objetivo del artículo es analizar cómo estas condiciones materiales y de posibilidad permean las trayectorias laborales de médicas y enfermeras, y cómo en su participación de la reproducción cotidiana del trabajo de cuidados, tiene lugar en contextos de precarización y violencia.

Para ello, el estudio se basa en una investigación cualitativa realizada en hospitales públicos mexicanos, a partir de entrevistas en profundidad, observaciones pedagógicas prolongadas, sistematización de experiencias y análisis de narrativas laborales de médicas y enfermeras.

En el apartado de resultados, se presentan los hallazgos empíricos organizados en torno a las tensiones entre explotación, violencia de género y experiencias laborales. Finalmente, se discuten las implicaciones de estos resultados para repensar el malestar en el trabajo sanitario más allá de su reducción psicopatológica, proponiendo una lectura que reinscriba la experiencia subjetiva en sus condiciones sociohistóricas de producción.

Precarización y feminización en las trabajadoras salud

En las últimas décadas, la noción de precarización en el campo de la salud se ha consolidado como categoría privilegiada para nombrar las transformaciones del trabajo en el contexto de las reformas neoliberales (Rodríguez Torres, Jarillo Soto y Casas Patiño, 2020). En particular, los estudios sobre enfermería y medicina han documentado de manera consistente el deterioro de las condiciones laborales asociado a procesos de flexibilización, tercerización, intensificación del trabajo y burocratización de la práctica clínica (Progianti, Melo de Paula Moreira, Amaral Prata, *et al.*, 2018; Araújo-dos-Santos, Silva-Santos, da Silva, *et al.*, 2018).

Sin embargo, la noción de precarización suele presentarse como el resultado de cambios organizacionales y político-institucionales que impactan sobre el empleo y el proceso de trabajo en los hospitales públicos y privados, dejando de lado el carácter sociohistórico que ha configurado los procesos de precarización a través de las políticas neoliberales capitalistas (Reporte 134, 2021; Zamora Echegollen, 2021).

Como ejemplo, diversas investigaciones sobre enfermería en sistemas públicos de salud han mostrado cómo las reformas estatales implementadas desde la década de los '80s promovieron nuevas modalidades de gestión orientadas a la reducción de costos e incremento de la competitividad, introduciendo formas flexibles de organización del trabajo que se traducen en inestabilidad contractual, multiplicidad de vínculos laborales y ampliación de las jornadas. Estas condiciones han sido identificadas como expresiones de un régimen de trabajo caracterizado por la inseguridad permanente y por la intensificación de las tareas asistenciales, con efectos potencialmente perjudiciales tanto para la salud de las trabajadoras como para la calidad del cuidado brindado (Araújo-Santos, Silva-Santos, da Silva, *et al.*, 2018; Progianti, Melo de Paula Moreira, Amaral Prata, *et al.*, 2018; Reporte 134, 2021).

De manera convergente, otros trabajos han destacado que la precarización en el ámbito sanitario no puede comprenderse únicamente en términos contractuales, sino que se articula con procesos históricos de subordinación profesional y con la feminización del trabajo de cuidados (Ortega, 2019; Pasero y Carabaca, 2024).

En el caso de la enfermería, se ha señalado que los bajos salarios, el pluriempleo, la sobrecarga e intensidad laboral se combinan con la naturalización de tareas como atributos femeninos y con la invisibilización de su dimensión profesional, contribuyendo a su desvalorización simbólica dentro de la división técnica del trabajo hospitalario (Beliera y Malleville, 2021). Desde esta perspectiva, la precarización se encuentra imbricada con representaciones de género que configuran al cuidado como una actividad secundaria, afectiva, sacrificial y vocacional, más que como trabajo especializado socialmente necesario.

En esta línea, diversos estudios han subrayado que la feminización del sector salud constituye un elemento clave para comprender las formas contemporáneas de precarización (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2018). En términos generales, la feminización del trabajo se refiere al proceso sociohistórico mediante el cual, las mujeres nos hemos constituido como fuerza de trabajo, en este caso, del sector sanitario y asistencial. No obstante, la feminización del trabajo no se trata solamente del aumento cuantitativo de la

participación femenina, sino de una transformación cualitativa en los campos profesionales que configura jerarquías, relaciones de poder, condiciones de trabajo, acceso y posibilidades de promoción, especialización y trayectorias laborales.

Dicha discusión puede problematizarse en al menos tres planos: en el primero, la economía laboral y el enfoque neoclásico-funcionalista que tienden a explicar la presencia mayoritaria de las mujeres en el trabajo por supuestas elecciones individuales (Becker, 1985; Mincer y Polachek, 1974). Desde esta mirada, la brecha salarial, la inestabilidad laboral y la interrupción de la trayectoria laboral, se interpreta como efecto del capital humano, es decir, como resultado de decisiones atomizadas y racionales hechas por las mujeres, como dejar el empleo para ejercer su maternidad o disminuir sus horas de trabajo para realizar labores de cuidado en el hogar, dejando por fuera del análisis las condiciones sociohistóricas que han configurado la división sexual del trabajo (Fraser, 2014; Federici, 2013).

En un segundo plano, desde la sociología de las profesiones y del modelo médico hegemónico, la discusión se centra en cómo ciertas profesiones se construyen como “masculinas” o “femeninas”; cómo opera la segregación horizontal (especialidades feminizadas-masculinizadas); y cómo el currículo oculto reproduce desigualdades (Bourdieu, 2000; Petrone, 2018). Con ello, se cuestiona la supuesta neutralidad meritocrática en el campo laboral y de la trayectoria académica, desde una perspectiva que intenta desnaturalizar la categoría de género. Sin embargo, desde estas miradas se deja por fuera la categoría trabajo como forma organizadora de las relaciones sociales en el capitalismo.

En un tercer plano, el feminismo materialista de la reproducción social y la economía del cuidado busca desplazarse del eje de la “elección individual” hacia la división sexual del trabajo, la valorización diferencial del cuidado y la infravaloración estructural de los sectores laborales altamente feminizados (Longo, Lenta y Tortosa, 2022). Es decir, no se trata sólo de que haya más mujeres, sino que el trabajo asociado al cuidado, históricamente se ha atribuido a lo femenino, y con ello, ha sido socialmente desvalorizado (Sampayo, 2018; Federici, 2013; Bhattacharya, 2017; Arruzza, Bhattacharya y Fraser, 2019). Desde esta perspectiva se busca problematizar al trabajo como forma sociohistórica que produce desigualdades

y expolia a los sujetos.

En este marco, la feminización del trabajo en salud deja de ser un simple correlato demográfico para constituirse en la condición material y de posibilidad de las formas contemporáneas de organización del trabajo hospitalario. Desde una perspectiva marxista-feminista, la creciente inserción de mujeres en ocupaciones asociadas al cuidado no sólo responde a transformaciones del mercado laboral, sino que se inscribe en un proceso más amplio de reorganización capitalista de la reproducción social, en el que tareas históricamente atribuidas al ámbito de los cuidados son progresivamente institucionalizadas sin perder su perspectiva de género ni su desvalorización material y simbólica (Federici, 2013).

De este modo, la feminización del sector sanitario no puede pensarse por fuera de la división sexual del trabajo, en tanto produce una fuerza laboral disponible para asumir jornadas extendidas, pluriempleo y sobrecarga afectiva bajo narrativas de vocación, compromiso o ética del cuidado, que operan como soportes subjetivos del trabajo en contextos de precarización (Longo, Lenta y Tortosa, 2022). Así, las transformaciones neoliberales no sólo reorganizan las condiciones contractuales del empleo en salud, sino que se apoyan en la feminización estructural del cuidado para intensificar la explotación del trabajo remunerado, articulando de manera diferencial las esferas productiva y reproductiva. Dicho de otro modo, además de reconfigurar el sistema sanitario y el mercado de trabajo, han profundizado la inserción laboral de las mujeres en ocupaciones históricamente asociadas a responsabilidades “domésticas” y de cuidado, generando una doble presencia que articula trabajo remunerado y no remunerado. En el ámbito hospitalario, esta sobrecarga adquiere particular relevancia al tratarse de profesiones fuertemente feminizadas, donde persisten representaciones que explican, al menos en parte, la falta de reconocimiento económico y social de la labor de enfermería y de la medicina (Ortega, 2019).

Por lo tanto, la recuperación de estas tres perspectivas no busca realizar una revisión exhaustiva del campo, sino delimitar el lugar de enunciación de esta investigación. Mientras los enfoques neoclásicos privilegian la elección individual y la sociología de las profesiones se concentra en las jerarquías ocupacionales, el presente trabajo recupera los aportes del

feminismo materialista para analizar la precarización como expresión de la reorganización capitalista del trabajo de cuidados y de la producción diferencial de subjetividades laborales.

Malestar, diagnósticos y producción de subjetividad

Si bien existe una amplia literatura sobre precarización laboral en salud y sobre malestar psíquico del personal sanitario, escasean aquellos análisis que articulen ambas dimensiones desde una perspectiva feminista-materialista que comprendan los modos de subjetivación como producción histórica de la reorganización neoliberal capitalista del trabajo hospitalario.

Esta reorganización del trabajo hospitalario, marcada por la intensificación de tareas, la precarización contractual y la feminización de las labores de cuidado, además de producir efectos materiales en términos de jornadas extendidas y sobrecarga, también genera modos específicos de vivenciar el trabajo (Lenta et al., 2020; Longo et al., 2022; Emmer & Schejter, 2014).

Sin embargo, cuando estas experiencias de agotamiento, frustración o sufrimiento emergen en el discurso público y académico, suelen ser traducidas rápidamente al lenguaje clínico. Es decir, la sobrecarga estructural que se inscribe en la organización neoliberal del sistema de salud tiende a reaparecer como problema individual de salud mental, desplazando el análisis desde las condiciones históricas y laborales hacia la esfera del diagnóstico psicopatológico.

En este contexto, y particularmente en el ámbito hospitalario, la predominancia de diagnósticos como *burnout*, depresión, ansiedad o trastorno por estrés laboral y postraumático (OMS, 2019) se han consolidado como un campo de estudios que, aun cuando reconoce el sufrimiento y malestar psíquico del personal de salud, tiende a individualizar su etiología (Silva de los Ríos, 2016; Emmer y Schejter, 04 de noviembre, 2014).

Con ello, el malestar aparece como resultado de vulnerabilidades personales, déficit de habilidades de afrontamiento, fallas en la regulación emocional o desajustes en la personalidad del trabajador (Hurrell, Murphy, Sauter y Levi, 2001). Asimismo, se alude a “factores organizacionales”, estos suelen reducirse a variables medibles —carga de trabajo,

clima laboral, liderazgo— que pueden corregirse mediante intervenciones focalizadas en la adaptación del sujeto: entrenamiento en resiliencia, manejo del estrés, *mindfulness*, *coaching* o fortalecimiento de competencias socioemocionales (Silva de los Ríos, 2016; Zamora Echegollen, 2021).

De este modo, el sufrimiento se explica como un problema de gestión individual. El hospital, la política sanitaria, las reformas estructurales, el género o la lógica de acumulación capitalista que reorganiza el sistema de salud bajo el axioma de su mercantilización como servicio quedan fuera del análisis o aparecen como telón de fondo supuestamente neutral. La explotación, extensión e intensificación del trabajo, la inestabilidad contractual y la feminización precarizada de las profesiones de cuidado no se abordan como determinaciones sociohistóricas de la experiencia subjetiva, sino como “estresores” externos frente a los cuales el individuo debe adaptarse. El resultado es una psicopatologización del malestar que desplaza la pregunta por las condiciones materiales de producción de ese sufrimiento (Dejours, 2015; 2017; Silva de los Ríos, 2016; Zamora Echegollen, 2021).

En este sentido, la proliferación del *burnout* como categoría diagnóstica resulta paradigmática: describe el agotamiento, el cinismo y la pérdida de eficacia, pero tiende a inscribirlos en la esfera de la salud mental individual. El problema no es que el diagnóstico sea falso, sino que, al aislar el síntoma de su génesis sociohistórica, corre el riesgo de neutralizar su potencia crítica. La trabajadora aparece como “quemada”, pero el régimen de trabajo que la quema permanece intacto.

No obstante, existen abordajes que se han desplazado de estas lógicas reduccionistas y se han ocupado de problematizar las dimensiones psicosociales de precarización. Como ejemplo, ciertos estudios de la psicología social y de la sociología clínica, han mostrado que estos contextos producen diversas afecciones y malestares psíquicos en los equipos de salud, incidiendo en las prácticas de cuidado, las identidades profesionales y las dinámicas cotidianas de trabajo (Lusnich, 2013; Silva de los Ríos, 2016; de Gaulejac & Guerrero, 2017; Dejours, 2015; 2017). Tales aproximaciones han permitido habilitar procesos de reflexión-acción colectiva sobre el impacto de la precarización y sobre las inequidades de género que atraviesan a las profesiones clínicas dentro del hospital (Longo, Veloso y Zaldúa, 2020).

Bajo este marco, la presente investigación busca problematizar los modos de subjetivación de mujeres trabajadoras del sector de salud, específicamente médicas y enfermeras en el contexto hospitalario mexicano, con el objetivo de elucidar desde una perspectiva socioanalítica, feminista y marxista crítica, que la precarización no constituye un fenómeno neutral, sino una forma históricamente situada de intensificación de la explotación, que se despliega tanto en la extensión de las jornadas (pluriempleo), como en la intensificación del trabajo y en la subordinación a dispositivos burocrático-administrativos que reconfiguran el proceso laboral (Federici, 2013; Bhattacharya, 2017; Sampayo, 2018; Arruzza, Bhattacharya y Fraser, 2019; Longo, Lenta y Tortosa, 2022).

En otras palabras, la precarización no sólo reorganiza las condiciones materiales de trabajo, sino que interviene en las formas en que los sujetos experimentan, significan y sostienen su actividad laboral (Dejours, 2015; 2017; de Gaulejac & Guerrero, 2017). Desde esta perspectiva, es posible pensar que la precarización participa en la producción de modos de subjetivación asociados a la disponibilidad permanente de la fuerza de trabajo, cuyos efectos suelen reaparecer bajo la forma de malestares posteriormente explicados mediante categorías centradas en el individuo (Lenta et al., 2020; Longo et al., 2022). En ocupaciones feminizadas como la enfermería y la medicina, estas dinámicas se articulan con narrativas de vocación, sacrificio, compromiso moral o ética del cuidado que, históricamente vinculadas al trabajo reproductivo y de cuidados, contribuyen a sostener la organización cotidiana del trabajo hospitalario aun en contextos de sobrecarga, explotación y violencia (Federici, 2013; Bhattacharya, 2017; Arruzza et al., 2019; Emmer y Schejter, 2014).

Metodología

La propuesta teórico-metodológica de la presente investigación parte de un abordaje en torno a la subjetividad, inscrito desde las experiencias y narrativas de mujeres trabajadoras en el ámbito de la salud. Por lo que las herramientas metodológicas para recuperar sus experiencias estuvieron sustentadas en una propuesta fenoménica, feminista, histórico-materialista y desde el análisis institucional.

Desde la tradición fenomenológica, se ha destacado el reconocimiento de la experiencia como el plano constitutivo de la vida social, y por tanto, de las relaciones que establecen los sujetos con el mundo (Paoli Bolio, 2012). Es así que, la experiencia no se trata de un residuo subjetivo secundario, sino, de la producción misma de sentido que vincula a los sujetos con su realidad. De este modo, se concibe una noción de sujeto que no preexiste a las relaciones sociales, sino que se constituye en ellas. Con ello, la subjetividad se trata de un proceso de producción histórica a través de una multiplicidad de dispositivos e instituciones históricamente situadas, como la familia, la escuela, el trabajo, la clínica, el género, etc. (Guattari y Rolnik, 2006; Lourau, 2001).

El corpus empírico se construyó a partir de tres fuentes principales: a) registros derivados de la observación pedagógica prolongada realizada entre 2011 y 2021 en la formación de licenciatura y especialidad en enfermería; b) materiales narrativos producidos por estudiantes-trabajadoras en el marco de actividades académicas orientadas a la reflexión sobre la práctica hospitalaria; c) la construcción de un archivo de experiencias conformado a partir de tres estrategias de producción y recuperación de información en distintos momentos de la trayectoria investigativa. El primero entre 2012 y 2013 a través de observación participante en el área de urgencia de un hospital en el centro del país; el segundo entre 2014 y 2015 se desarrolló un socioanálisis participante en un hospital universitario durante cinco meses de trabajo de campo, que comprendió un total de 59 visitas institucionales y la participación de 58 trabajadores¹ de la salud; y posteriormente entre 2016 y 2017, se realizó una intervención-investigación en un hospital regional del estado de Puebla que incluyó entrevistas y observaciones participantes orientadas a comprender las condiciones de trabajo, las trayectorias laborales y las experiencias subjetivas del personal sanitario.

1 Para los fines de este artículo, se recuperaron las experiencias de 30 mujeres: diecisiete médicas —entre adscritas, residentes y médicas internas de pregrado— (edad promedio de 30 años), ocho enfermeras (edad promedio de 40 años), dos psicólogas (edad promedio de 24 años), una trabajadora social (30 años) y una practicante de psicología (22 años). La diversidad de posiciones ocupacionales, trayectorias laborales y momentos de formación permitió reconstruir experiencias situadas del trabajo hospitalario desde distintos lugares institucionales.

La observación participante permitió la aproximación a las experiencias cotidianas de los sujetos en el marco del trabajo hospitalario. Con ello, se registraron prácticas, interacciones, jerarquías y formas de organización del trabajo (Guber, 2011). En suma, las entrevistas posibilitaron la reconstrucción y significación de vivencias, trayectorias laborales, experiencias de sufrimiento, conflictos institucionales y significados atribuidos al trabajo de cuidado (Kvale & Brinkmann, 2015). Por su parte, el socioanálisis participante es una estrategia de investigación-intervención propia del análisis institucional que, mediante la participación en el terreno y el análisis de las implicaciones, busca elucidar las tensiones, contradicciones y modos de funcionamiento de las instituciones (Manero, 1991; Lourau, 2001). En conjunto, estas estrategias permitieron articular la dimensión práctica de la vida hospitalaria con las elaboraciones narrativas que médicas, enfermeras y otras trabajadoras realizaban sobre sus propias experiencias, recuperando la subjetividad no como un atributo individual aislado, sino como una producción situada en condiciones históricas e institucionales específicas.

La recuperación de estos materiales se realizó desde una perspectiva socioanalítica. En este sentido, el socioanálisis no se presenta como una técnica fetichizada, sino como una posición epistemológica y política frente al conocimiento. Parte de una premisa central del análisis institucional: la realidad social no constituye un objeto externo susceptible de ser descrito de manera neutral, sino una trama institucional conflictiva y en permanente tensión de la cual el o la investigadora forma parte. Por ello, la producción de conocimiento no se limita a la observación de los fenómenos, sino que exige analizar las propias implicaciones, intervenir en el terreno y reconocer los efectos que éste produce sobre quien investiga (Manero Brito, 1991; Lourau, 2001).

Asimismo, parto de la observación pedagógica prolongada, referida al seguimiento sistemático y sostenido de procesos formativos durante un periodo extenso de tiempo, atendiendo no sólo a los contenidos curriculares, sino también a las narrativas, conflictos, experiencias y significaciones que emergen en la interacción cotidiana entre docentes y estudiantes (Jara, 2018). En este caso, mi posición docente permitió registrar de manera continuada las elaboraciones que estudiantes de enfermería realizaban sobre sus prácticas hospitalarias y trayectorias

laborales.

Este proceso, se desarrolló del año 2011 y hasta el 2021 en la licenciatura en Enfermería de una universidad² privada incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la ciudad de Puebla. Cabe destacar que la observación pedagógica prolongada no se asumió como registro externo, sino como práctica atravesada por mi propia implicación institucional (Lourau, 2001). Mi lugar como docente habilitó el acceso sostenido al campo (los hospitales), y además, configuró las condiciones mismas de producción del material: las consignas, los espacios de reflexión y los ejercicios de escritura formaron parte de un dispositivo formativo que incidió en los modos en que las estudiantes narraron y problematizaron su experiencia hospitalaria. Reconocer esta implicación significa asumir que la investigación no se sitúa fuera del proceso pedagógico, sino que emerge de él, y que la relación entre docencia, intervención y análisis constituye una mediación central en la construcción del problema de investigación (Garay, 2000).

En dicho periodo, se impartieron contenidos de psicología y sociología enfocados a la formación y praxis del campo de la enfermería. A partir de 2017, y hasta 2023, la experiencia se extendió al nivel de especialización en Enfermería Quirúrgica y Enfermería en Cuidados Intensivos, en el que se impartieron materias de Tanatología, Bioética y Desarrollo Humano.

En el contexto de estas actividades³ pedagógicas realizadas del 2011 al 2021, las estudiantes —tanto de licenciatura como de especialidad— realizaron de manera sistemática ensayos, trabajos reflexivos y discusiones grupales orientadas a problematizar su práctica cotidiana en el ámbito hospitalario. En dichos escritos se abordaron experiencias vinculadas a sus condiciones de trabajo, así como situaciones asociadas al sufrimiento psíquico, el duelo y la exposición reiterada a eventos traumáticos en el ejercicio profesional.

2 El plan de estudios estaba organizado de acuerdo al sistema modular que busca articular la enseñanza, la investigación y la intervención en torno a problemas sustantivos de la realidad social (UAM, 2004), en este caso, en torno a procesos de salud-enfermedad-muerte en el campo hospitalario.

3 Fueron un total de 11 experiencias modulares distintas y 4 de especialidad. Se trabajó con un aproximado de 275 alumnas de enfermería durante este periodo.

En ese sentido, los ensayos y discusiones elaborados en el marco de las actividades de enseñanza-aprendizaje funcionaron como dispositivos narrativos que posibilitan acceder a la dimensión subjetiva del trabajo, incorporando la polifonía de voces implicadas en la experiencia (Jara, 2018; Garay, 2000). Asimismo, estas narrativas constituyeron registros de experiencias vividas en el proceso formativo, en los que emergen referencias a dinámicas institucionales que pueden ser analizadas en términos de violencia de género, sistémica, epistémica y simbólica, entendidas como procesos que producen diferenciaciones y ordenamientos sociales mediante el uso de fuerzas materiales y semánticas (Inclán, 2018).

Así, la sistematización de experiencias fue un proceso de interpretación crítica de prácticas vividas que, al ordenarse y reconstruirse, permitió identificar la lógica histórica que las configura. Desde esta perspectiva, sistematizar no implicó únicamente narrar o describir una experiencia, sino producir conocimiento a partir de ella mediante un ejercicio analítico que articuló la memoria, la reconstrucción histórica y la reflexión teórica (Jara, 2018).

Siguiendo la propuesta de Óscar Jara (2011; 2018), la sistematización se desarrolló a partir de cinco momentos analíticos: (1) el reconocimiento de la experiencia vivida en el marco de la práctica docente; (2) la delimitación de preguntas orientadoras vinculadas a las condiciones y procesos de trabajo hospitalario con los objetivos propuestos por los cursos; (3) la recuperación del proceso mediante la reconstrucción de las trayectorias formativas y laborales narradas por las estudiantes; (4) la reflexión de fondo sobre las configuraciones subjetivas que sostienen el trabajo en contextos de precarización; y (5) la identificación de aprendizajes que permitan comprender las tensiones entre cuidado, género e institución en el ámbito sanitario.

Así, la sistematización se configuró como una práctica reflexiva que en la labor pedagógica deviene objeto de investigación, permitiendo reconstruir las mediaciones institucionales, simbólicas y afectivas que intervienen en la configuración de las trayectorias laborales de las trabajadoras de la salud. Más que acumular información empírica, este enfoque busca interpretar críticamente las experiencias vividas para identificar los procesos sociohistóricos que organizan el

trabajo hospitalario contemporáneo.

La sistematización de estos materiales permitió reconstruir un archivo de experiencias heterogéneas vinculadas con las condiciones de trabajo de mujeres en el ámbito hospitalario. Más que buscar representatividad estadística, el análisis se orientó a identificar recurrencias, tensiones y acontecimientos significativos capaces de condensar procesos institucionales más amplios. Desde esta perspectiva, el interés no estuvo puesto en la frecuencia de los casos, sino en su potencia analítica para hacer visibles relaciones entre género, trabajo y subjetividad que habitualmente permanecen naturalizadas en la vida cotidiana de la institución hospitalaria.

A partir de este proceso de sistematización se realizó una lectura transversal del conjunto de materiales recuperados —entrevistas, observaciones participantes, diarios de investigación, registros pedagógicos, discusiones grupales y producciones narrativas— con el propósito de identificar acontecimientos⁴ que aparecían de manera reiterada y virulenta en distintas trayectorias, espacios hospitalarios y momentos formativos. Más que buscar regularidades estadísticas, el análisis se orientó a reconocer situaciones que condensaran tensiones institucionales persistentes y que permitieran visibilizar relaciones habitualmente naturalizadas entre género, trabajo y subjetividad.

Siguiendo la tradición del análisis institucional, estos acontecimientos fueron trabajados como analizadores en tanto su irrupción hacía visible aquello que permanecía oculto bajo la aparente normalidad de la vida hospitalaria (Lourau, 2001).

La construcción de los analizadores no respondió, por tanto, a la singularidad de un caso particular, sino a su capacidad para condensar procesos recurrentes observados en distintos materiales empíricos.

Entre los múltiples materiales disponibles se construyeron

4 La noción de acontecimiento remite aquí a aquellos hechos que, lejos de constituir meras anécdotas individuales, irrumpen en la cotidianeidad institucional haciendo visible aquello que permanecía naturalizado. Como señala Lazzarato (2006), el acontecimiento revela lo que una época tiene de intolerable y abre un campo problemático que obliga a reinterpretar las relaciones existentes. En este sentido, la potencia analítica del acontecimiento radica menos en el hecho mismo que en su capacidad para descomponer la aparente normalidad de la vida social y hacer emerger las condiciones históricas e institucionales que la sostienen.

tres analizadores por su recurrencia y potencial heurístico para comprender la tensión, contradicción y transversalidad institucional entre género, trabajo y subjetividad: la evaluación institucional como tecnología de diferenciación; el castigo disciplinario asociado a la disponibilidad permanente de la fuerza de trabajo; y el acoso sexual como expresión cotidiana de la institucionalización de la violencia de género en el hospital.

Evaluar: violencia en la trayectoria profesional

El 29 de diciembre del 2015 mientras realizaba la intervención socioanalítica en un hospital de la ciudad de Puebla, una doctora adscrita al área de cirugía me contó a mí y a tres médicas residentes una experiencia que, en sus palabras, le había aclarado el panorama y su lugar como mujer-médica en el hospital.

Ella narró que, en el marco de los procesos periódicos de evaluación y supervisión realizados por instancias de la Secretaría de Salud en hospitales públicos, ella fue sometida a una revisión de desempeño cuyo resultado final fue de 9 sobre 10. En el documento oficial de evaluación se consignó por escrito que la disminución en el puntaje obedecía a que la médica era “muy hormonal”.

Ante la ambigüedad y lo que ella consideraba como impropio de dicha expresión en un instrumento formal de evaluación profesional, la doctora elaboró un oficio solicitando aclaración sobre el sentido de ese señalamiento. La respuesta institucional indicó que se le “percibía” como una persona visceral, que tomaba decisiones de manera apresurada, sugiriendo que ello podría relacionarse con que se encontraba “en sus días”, en referencia explícita a su ciclo menstrual.

La médica expresó su inconformidad ante su jefe inmediato, señalando que en el año previo había obtenido la calificación máxima bajo el mismo procedimiento de evaluación. No obstante, la “autoridad” respondió que el comentario podía efectivamente vincularse con sus “hormonas” y manifestó no comprender el motivo de su indignación.

Para la doctora, esta situación evidenció la naturalización de formas de violencia que, lejos de presentarse como agresiones abiertas, se inscriben en dispositivos administrativos formales. En particular, subrayó que el señalamiento difícilmente habría

sido dirigido a un médico varón y que la inclusión de tal comentario en un documento oficial, revelaba la legitimación institucional de un criterio evaluativo atravesado por su condición de género.

Este caso, más allá de pensarlo como una experiencia individual aislada, opera como un analizador entendido desde el análisis institucional y el socioanálisis. Los analizadores no son meros hechos ilustrativos o anecdóticos, sino que se tratan de acontecimientos que, al irrumpir en la cotidianidad institucional, revelan su lógica subyacente. Con ello, pueden concebirse como un cristal que refracta la luz, es decir, que descomponen su aparente unidad y permiten distinguir tonalidades, tensiones y opacidades que lo instituido mantiene naturalizados e invisibilizados (Hess, 1977; Lourau, 2001).

Así, la experiencia narrada por la doctora se constituye como un analizador que fractura la aparente neutralidad del orden institucional. Lo que en la superficie se presenta como un procedimiento técnico ordinario —la evaluación del desempeño—, al descomponerse, deja ver una serie de elementos instituidos que obturan procesos sociohistóricos más amplios.

En este sentido, el analizador habilita la discusión al evidenciar cómo un dispositivo aparentemente técnico puede funcionar como tecnología de violencia. No se trata de violencia entendida como exceso o desborde individual, sino como proceso productor de diferencias a través de fuerzas materiales y semánticas (Inclán, 2018).

De esta forma, la evaluación funge como una tecnología de diferenciación que produce jerarquías, ordenamientos y efectos materiales en la trayectoria profesional. Es decir, el señalamiento “muy hormonal” no puede reducirse a un comentario improcedente o a una opinión individual, sino que constituye una operación discursiva que introduce una distinción jerárquica en el interior de un procedimiento formal.

En una primera dimensión del analizador, se apunta a expresión de violencia sistémica, que de acuerdo con Daniel Inclán (2018) se refiere a elección de la forma cultural existente por encima de *otras*, que exige su reproducción homogénea de los sujetos inscritos en ella. Por lo que dirige comportamientos, sentires, afectos, actitudes que reproducen la forma social dominante. En este nivel, se concentran las violencias estructurales y simbólicas.

El éxito de la violencia sistémica es que, a pesar de estar detrás de la reducción de la existencia a una forma mercantil, desprovistas de politicidad e historicidad, logra que las poblaciones defiendan al mismo sistema y sus formas represivas: la democracia como forma de gobierno, la representatividad, las instituciones abstractas, el estado de derecho. Todas estas formas de la violencia sirven para sostener el trípode de poder del capitalismo: género, raza y clase. Suelen combinarse, pero cada una tiene una dimensión específica. Así, la violencia de género, la violencia racista y la violencia de explotación, construyen diferencias, sujetos y semánticas (Inclán, 2018, p. 9).

De este modo, la evaluación institucionalizada, por un lado, se presenta como parte de una expresión institucional instituida, es decir, se naturaliza la violencia. Por el otro, se articula con la violencia de género, en donde la evaluación no sólo mide el desempeño, sino que clasifica, distribuye prestigio y condiciona posibilidades de promoción.

Con ello, la reducción del puntaje no es simbólica en sentido abstracto, sino que incide directamente en la trayectoria laboral, en el reconocimiento profesional y en el acceso a posiciones de mayor autoridad. Así, el comentario inscrito en el documento oficial funciona como una fuerza semántica que reorganiza la posición de la médica dentro del orden hospitalario. Produciendo una diferenciación que se legitima bajo el lenguaje administrativo.

En una segunda dimensión, el analizador revela con claridad la operación y articulación con la violencia de género:

Su peculiaridad no reside en actos de fuerza desmesurados contra las mujeres, sino en la construcción de una jerarquía artificial en la que lo masculino (representado generalmente por los hombres) está por encima de lo femenino (representado generalmente por las mujeres). En la violencia de género no todos los actos son instrumentales, muchos de ellos sirven para alimentar un orden discursivo y una estética social, en la que lo masculino es siempre privilegiado sobre lo femenino, y en la que se genere estetización y anestesiamiento de las formas femeninas (Inclán, 2018, p. 12).

Dicho de otro modo, el adjetivo “hormonal” biologiza el juicio profesional y desplaza el análisis del desempeño

hacia el cuerpo femenino. La toma de decisiones clínicas es reinterpretada como efecto de un supuesto desajuste corporal ligado al ciclo menstrual; configurando una jerarquía artificial donde lo masculino se presenta como la norma y lo racional, y lo femenino como inestable o emocionalmente deficitario. Con ello, no se cuestiona un criterio técnico, sino la supuesta naturaleza corporal de quien lo ejerce. La evaluación deviene así una escena en la que se reinscribe la subordinación histórica de lo femenino en el campo profesional.

En una tercera dimensión del analizador, el episodio puede leerse como violencia epistémica, que apela a las formas de construcción del conocimiento, de aquello que se reconoce como valioso y verdadero. Situación que puede llevar a la imposición de las formas de nombrar el mundo, de una normativa del lenguaje (Inclán, 2018).

Al introducir la categoría “estar hormonal” como criterio evaluativo, se altera el orden de verdad que rige la evaluación profesional. Se legitima como argumento válido una referencia corporal atravesada por estereotipos de género, desplazando el saber clínico hacia una interpretación biologizante de la conducta. De este modo, la violencia no sólo clasifica, sino que redefine qué cuenta como conocimiento pertinente y quién puede ejercer autoridad sin que su cuerpo sea convertido en objeto de sospecha.

Asimismo, la respuesta del jefe inmediato —quien no comprende la indignación de la médica— evidencia la naturalización de estas formas de violencia. La descalificación no se presenta como agravio, sino como explicación razonable. Se configura así un mecanismo de anestesiamiento y el carácter instituido que inscribe la violencia en la cotidianidad institucional, dificultando su problematización y reforzando su legitimidad.

En ese sentido, el caso permite articular estas dimensiones con la discusión sobre precarización y producción de subjetividad, en tanto que la precarización no se limita a inestabilidad contractual o sobrecarga laboral, sino que también se expresa en dispositivos de evaluación que regulan las trayectorias laborales⁵ y producen modos de subjetivación específicos. La

5 Valdría la pena seguir problematizando la noción de trayectoria laboral bajo este lente analítico, el cual, visibiliza que ésta no es lineal, que al contrario, está inmersa por las condiciones materiales y de posibilidad en las que se desarrolla.

médica es interpelada no sólo como trabajadora, sino como mujer cuya corporalidad puede ser invocada como criterio de valoración profesional. La escena evaluativa introduce una encrucijada subjetiva: aceptar la clasificación, interiorizarla y adaptarse; o confrontarla y exponer la violencia que la sostiene, situación que puede tener altos costos profesionales.

Por lo tanto, el caso de la doctora no constituye una anécdota aislada, sino un analizador privilegiado de las formas contemporáneas en que la organización hospitalaria articula violencia sistémica, violencia de género y violencia epistémica. A través de una operación semántica aparentemente menor, el dispositivo evaluativo produce una diferenciación jerárquica con efectos materiales y subjetivos, evidenciando cómo las condiciones materiales y de posibilidad del trabajo sanitario se inscriben en las trayectorias laborales mediante tecnologías discursivas que reordenan cuerpos, saberes y posiciones de autoridad.

Disciplinar: el castigo en la institución hospitalaria

El segundo caso que opera como analizador, fue narrado en el marco de una discusión grupal durante una clase de especialidad, aunque esta situación tiene resonancias con situaciones reiteradas en distintos hospitales del centro del país y que fue enunciado repetidas veces en las sistematizaciones de experiencia de licenciatura y especialidad. Se trata de una enfermera que, tras haber doblado turno —acumulando aproximadamente dieciséis horas continuas de trabajo— fue requerida para permanecer horas extras debido al ingreso de un paciente catalogado como “difícil”.

En el servicio era frecuente que a determinadas enfermeras se les atribuyera “mayor paciencia”, “mejor trato” o “más vocación” para atender este tipo de pacientes. Estas cualidades eran presentadas como rasgos individuales o disposiciones personales, en lugar de competencias profesionales desarrolladas en condiciones de alta exigencia y precarización laboral. En esta ocasión, el paciente —en estado de ebriedad y con actitudes insistentes hacia la enfermera— manifestó que sólo aceptaría ser atendido por ella.

El jefe del área de urgencias solicitó a la jefa de enfermería

que pidiera “amablemente” a la trabajadora que permaneciera en el turno. La enfermera se negó, argumentando el cansancio acumulado y su deseo de retirarse. Ante la negativa, el médico jefe del área intervino directamente, advirtiéndole que, si no aceptaba quedarse, en el futuro no se le asignarían horas extras cuando ella las solicitara.

La enfermera decidió sostener su decisión e irse a casa, pero al presentarse al trabajo dos días después, se enteró que había sido “reubicada” al servicio de Central de Esterilización y Equipos (CEyE), espacio hospitalario encargado de la limpieza, preparación y esterilización de material, reconocido entre el personal como un área de relegación, más precisamente, de castigo.

El sistema de castigos en el hospital refiere a un conjunto de prácticas informales de disciplinamiento que operan al interior de la institución hospitalaria para corregir, sancionar o encauzar conductas consideradas inadecuadas dentro de la jerarquía médica y enfermeril. Estos castigos pueden incluir sobrecarga de guardias, asignación de tareas consideradas degradantes, reubicaciones a servicios de menor prestigio o exposición pública de errores. Aunque suelen presentarse como parte de la formación o de la dinámica cotidiana del hospital, constituyen mecanismos institucionales de control y normalización que reproducen relaciones de poder y jerarquía dentro del campo clínico.

En la discusión grupal, algunas colegas señalaron que habría sido conveniente justificar su negativa apelando a sus responsabilidades familiares: su esposo e hijos, lo cual, era cierto. Es decir, ella llegaría a su casa a realizar una serie de actividades de cuidado y de reproducción de la vida social. No obstante, la enfermera respondió que estaba cansada de tener que legitimar su agotamiento mediante la invocación de su doble jornada doméstica. Durante la sistematización de experiencias, las enfermeras más jóvenes respaldaron esta postura, cuestionando el uso estratégico de la maternidad como argumento defensivo y planteando la necesidad de problematizar colectivamente estas prácticas, pues, de lo contrario, las exigencias laborales seguirían normalizándose.

Este analizador permite profundizar la articulación entre precarización, feminización del trabajo y técnicas disciplinarias en el hospital. En un primer nivel, se observa la naturalización de

la disponibilidad permanente de la fuerza de trabajo. La solicitud de permanecer tras una jornada extendida no aparece como excepcional, sino como exigencia ordinaria del funcionamiento institucional, no sólo del médico varón de urgencias, sino también a través de la jefa de enfermeras.

En ese sentido, es importante subrayar que el lugar ocupado por el jefe de urgencias y por la jefa de enfermería en esta escena no debe leerse en clave individualizante ni psicologizante. No se trata de que “él”, por ser varón, ejerza violencia de género en términos individuales, ni de que “ella”, por ocupar un cargo intermedio, reproduzca acríticamente esa violencia. Ambos encarnan posiciones dentro de una trama institucional que los precede y los excede. Son operadores de un orden ya instituido. Dicho de otro modo, las prácticas de disciplinamiento no pueden reducirse a voluntades particulares. El dispositivo clínico, articulado con la institución trabajo y atravesado por la institución del género, produce condiciones materiales y simbólicas que orientan las decisiones posibles.

Así, la amenaza de retirar horas extras y la reubicación al CEyE no emergen como actos improvisados, sino como recursos disponibles dentro de la tecnología hospitalaria para restablecer la docilidad del cuerpo laboral. La violencia no radica en la intención subjetiva del superior, sino en la estructura que habilita, legitima y naturaliza ese repertorio de acciones.

Por ello, atribuir el conflicto a la “mala actitud” del jefe o a la “falta de sororidad” de la jefa de enfermeras sería una salida cómoda. Es decir, individualizar el problema tranquiliza y permite imaginar que si se sustituyeran a las personas, cambiaría la dinámica. Sin embargo, lo que está en juego es el carácter instituido de una lógica que exige disponibilidad permanente y que penaliza la negativa o la resistencia.

La institución hospitalaria, en su entrecruzamiento con la precarización laboral, dispone de mecanismos para asegurar obediencia y disciplinamiento: control de horarios, asignación de turnos, redistribución espacial, acceso o restricción a ingresos complementarios. Las figuras jerárquicas administran esos mecanismos y les otorgan sentidos de disciplinamiento, vocación y compromiso, por ejemplo, “ponerse la camiseta” o “es que así es la chamba”.

De este modo, y en resonancia con lo planteado por Daniel Inclán (2018), puede afirmarse que la violencia no

opera únicamente como acto visible, sino como forma social sedimentada que organiza las relaciones cotidianas. Así, la decisión de exigir horas extras y de castigar la negativa no es un exceso personal, sino la actualización performativa de una norma no escrita: el trabajo de cuidado femenino debe ser flexible, extensible y afectivamente disponible. La violencia de género aquí no se manifiesta exclusivamente en un agravio directo, sino en la estructura que presupone que esa trabajadora puede y debe quedarse, porque “tiene más paciencia”, “más vocación” o “mejor trato”.

Esta performatividad institucional implica que incluso mujeres en posiciones de mando pueden reproducir decisiones que perpetúan el orden. No se trata de traición de género, sino de inscripción en un campo de fuerzas donde la jerarquía, la productividad y la gestión del servicio priman sobre la protección de derechos laborales. La jefa de enfermeras actúa dentro de un margen estrecho, atravesado por evaluaciones de eficiencia, presión de médicos adscritos y responsabilidad administrativa. La reproducción de la exigencia no es simplemente adhesión ideológica; es resultado de un entramado que organiza la obediencia como condición de funcionamiento.

Desde esta perspectiva, la violencia de género no se agota en la interacción entre sujetos, sino que está incorporada en la arquitectura misma del hospital como institución moderna. El género opera transversalmente con el trabajo y la clínica, configurando expectativas diferenciadas sobre quién debe soportar, quién debe ceder y quién puede amenazar con sanciones. La amenaza de negar horas extras no es neutra: recae sobre una trabajadora cuya necesidad salarial ya ha sido explotada mediante el doblaje de turno. Y al mismo tiempo, la reubicación al CEyE no es sólo un cambio operativo, sino que es un mensaje disciplinario dirigido al colectivo.

De este modo, el riesgo de individualizar el conflicto nos puede llevar a invisibilizar el carácter institucional. Lo que el caso revela es que la violencia está instituida y se performa a través de decisiones aparentemente administrativas. La escena no es la expresión de una voluntad aislada, sino la actualización de una racionalidad que articula productividad, explotación, jerarquía y género. Por eso, la pregunta de las enfermeras más jóvenes sobre la necesidad de problematizar colectivamente estas prácticas apunta en la dirección ético-política: no se trata

de confrontar personas, sino de desnaturalizar el orden que hace posible que tales decisiones sean pensables, legítimas y repetibles.

Asimismo, la prolongación del tiempo laboral se apoya en la fragilidad contractual y en la necesidad salarial y la pérdida del poder adquisitivo (Reporte 134, 16 de abril, 2021), —la enfermera había doblado turno precisamente por necesidades económicas—, lo que revela cómo la precarización opera como condición material de posibilidad de estas demandas y situaciones.

En un segundo plano, la escena expone la feminización del cuidado como dispositivo de explotación diferencial. La atribución de “paciencia”, “vocación” o “mejor trato” constituye una operación simbólica que desprofesionaliza competencias adquiridas en contextos adversos. Lo que se presenta como rasgo subjetivo es, en realidad, resultado de una socialización de género y de un aprendizaje laboral intensivo.

De este modo, al individualizar estas capacidades, se invisibiliza su carácter de trabajo calificado y se refuerza la expectativa de disponibilidad afectiva ilimitada. Además, el hecho de que el paciente en estado de ebriedad expresara preferencia por ella introduce una dimensión de sexualización que se normaliza bajo el argumento de la atención “personalizada”, desplazando el problema hacia la supuesta idoneidad femenina para manejar situaciones incómodas o violentas.

En un tercer plano del analizador, la amenaza de negar futuras horas extras funciona como mecanismo disciplinario. No se trata sólo de una advertencia individual, sino de una técnica de gobierno del tiempo laboral. La asignación de horas extras —en contextos de bajos salarios— se convierte en instrumento de regulación y obediencia. La negativa de la enfermera rompe momentáneamente la lógica de docilidad-utilidad, y la respuesta institucional adopta la forma del castigo: la reclusión al CEyE.

Por ello, la reubicación al CEyE puede leerse a la luz del castigo como tecnología de disciplinamiento. Es decir, el castigo no es meramente punitivo, sino que organiza cuerpos en el espacio, redistribuye jerarquías y produce efectos subjetivos. Con ello, al desplazar a la enfermera a un servicio percibido como de menor prestigio o visibilidad clínica, se activa el “arte de las distribuciones”: se reclasifica su posición dentro del orden hospitalario (Foucault, 2003; 2012). El mensaje es claro:

la negativa tiene consecuencias. La técnica disciplinaria no sólo corrige una conducta, sino que inscribe en el cuerpo la experiencia del límite y del riesgo de exclusión simbólica.

En un cuarto plano del analizador, el debate entre generaciones revela fisuras en los modos de subjetivación. Las enfermeras de mayor edad proponen una estrategia defensiva basada en la apelación a la maternidad y a la doble jornada doméstica. Esta estrategia confirma la articulación entre trabajo productivo y reproductivo: la legitimidad del descanso no se reconoce como derecho laboral, sino como obligación familiar. La trabajadora debe justificar su cansancio en términos de cuidado doméstico, no de explotación contractual.

La negativa de la enfermera a utilizar esa “carta” implica un desplazamiento político relevante. Rechaza que su condición de mujer y madre sea el argumento válido para resistir. Su agotamiento deriva de la intensificación del trabajo hospitalario, no sólo de su rol reproductivo. En ese gesto se interrumpe la naturalización de la doble presencia como destino inevitable y se cuestiona la feminización de la disponibilidad.

Finalmente, el analizador elucida cómo precarización, violencia simbólica y disciplinaria se articulan en una misma escena. La institución hospitalaria no necesita recurrir a sanciones formales, basta con la amenaza económica y la redistribución espacial —el castigo— para restablecer el orden. Los modos de subjetivación laborales se producen en esa tensión entre obedecer, adaptarse o resistir. La enfermera que declina la orden no sólo defiende su derecho al descanso, interrumpe, aunque sea parcialmente, la tecnología afectiva que sostiene la explotación del trabajo feminizando en el hospital.

Por lo tanto, este segundo analizador, en continuidad con el primero, muestra que la violencia no siempre adopta la forma explícita del agravio directo. Puede operar como expectativa moral de vocación, como amenaza económica o como desplazamiento del área de trabajo. En todos los casos, el efecto es el mismo: garantizar la disponibilidad permanente del cuerpo femenino para el sostenimiento del trabajo hospitalario en condiciones precarizadas.

Soportar: acoso, violencia y naturalización institucional

En la observación pedagógica prolongada y en la sistematización de experiencias, el acoso sexual aparece como una constante en los relatos de médicas, enfermeras y estudiantes de enfermería. No se presenta como evento extraordinario, sino como dimensión “ordinaria” del trabajo hospitalario. Lo que resulta particularmente significativo no es sólo su recurrencia, sino las formas institucionalizadas mediante las cuales opera y se invisibiliza.

Diversas estudiantes médicas y enfermeras narraron los “consejos” transmitidos por sus superiores y predecesoras ante las situaciones que enfrentan durante el cuidado de pacientes varones. Por ejemplo, al momento de realizar el baño corporal, algunos hombres comienzan a excitarse y presentan erecciones. Ante esta situación, se les sugiere verter un chorrito de alcohol en los genitales para “ahogar” la excitación. La práctica no se presenta como violencia, sino como técnica pragmática para resolver una incomodidad asumida como parte inevitable del trabajo. El énfasis se coloca en cómo gestionar el cuerpo del paciente, no en problematizar la escena como experiencia de acoso.

En múltiples discusiones, las alumnas han formulado una pregunta directa: “¿por qué deberíamos “aguantar” estas condiciones formativas y laborales?”. Este interrogante desplaza el foco desde la técnica de resolución hacia la legitimidad de la exigencia. Soportar no es una contingencia, sino que se configura como mandato formativo.

A ello se suman experiencias reiteradas de toqueteo, comentarios sexualizados y apelativos como “linda”, “cariño”, “hermosa”, “bonita” o “chiquita”. Estos enunciados, aparentemente triviales, producen una reducción simbólica que desprofesionaliza y erotiza la presencia femenina en el hospital. El efecto no es anecdótico: reconfigura la relación clínica al desplazar la autoridad profesional hacia una posición afectiva y corporal subordinada. Cuando estas situaciones son señaladas, suelen ser minimizadas por superiores, quienes las interpretan como exageraciones o malentendidos. Así, la denuncia se convierte, paradójicamente, en problema.

Desde una lectura institucional, estas escenas no pueden analizarse como conductas individuales aisladas. Constituyen manifestaciones del carácter instituido del género en su transversalidad con otras instituciones: el trabajo, la escuela,

la clínica y la burocracia. El hospital, como dispositivo clínico, organiza saberes y jerarquías (Foucault, 2012), pero simultáneamente está atravesado por la institución del género, que asigna expectativas diferenciadas sobre los cuerpos y sus disponibilidades.

En primer lugar, el acoso se inscribe en la feminización histórica del cuidado. El contacto corporal —bañar, movilizar, limpiar— es parte estructural del trabajo de enfermería (Beliera y Malleville, 2021). Sin embargo, cuando este contacto deviene escenario de sexualización, la responsabilidad se desplaza hacia quien cuida. Las estrategias transmitidas (verter alcohol, ignorar, “no darle importancia”) son técnicas de adaptación, no mecanismos de transformación institucional, por lo que se enseña a soportar, no a cuestionar.

En segundo lugar, el acoso funciona como tecnología disciplinaria. Si una mujer señala la violencia, puede ser etiquetada como conflictiva, poco empática o incapaz de manejar situaciones “propias” del servicio. En términos de las tecnologías hospitalarias descritas previamente en otras investigaciones (Zamora Echegollen, 2017; 2021), el señalamiento del acoso puede traducirse en reubicaciones, exclusiones simbólicas, castigos o bloqueos en la trayectoria laboral. Así, la violencia no sólo se ejerce en el acto de acoso, sino en la respuesta institucional que protege la normalidad del dispositivo y de la institución.

En tercer lugar, el fenómeno revela la articulación entre violencia de género y precarización. La fragilidad contractual y la jerarquía estricta dificultan la denuncia. Las estudiantes dependen de evaluaciones de sus superiores; las residentes, de recomendaciones de los adscritos; las enfermeras, de asignación de turnos y horas extras de sus jefas y de los médicos. En ese contexto, denunciar implica riesgo. El silencio se convierte en mecanismo de supervivencia laboral.

Con ello, el acoso naturalizado produce modos específicos de subjetivación. Soportar, minimizar, adaptarse, “no hacer problema” deviene parte del aprendizaje profesional. El cuerpo femenino se constituye como objeto de mirada, de contacto y de comentario, pero también como objeto de autogobierno: debe regular su incomodidad, administrar su indignación y preservar la funcionalidad del servicio.

La pregunta de las alumnas —¿por qué debemos

aguantar?— introduce una grieta en ese régimen instituido. Interroga la normalización del acoso como costo inevitable de la supuesta vocación. Al hacerlo, cuestiona la ética hospitalaria que exige sacrificio corporal sin reconocer la violencia que la sostiene.

Esta última dimensión permite cerrar el análisis mostrando que el hospital no sólo disciplina mediante horarios, castigos o evaluaciones. También lo hace a través de la naturalización de la violencia de género. El acoso, cuando se vuelve parte del paisaje laboral, deja de percibirse como transgresión y se integra como condición de posibilidad del trabajo. La institución del género, en su entrecruzamiento con la clínica y el trabajo, produce así cuerpos disponibles, silenciosos y adaptados a sostener un orden que los vulnera.

Reflexiones finales

Los analizadores no constituyen episodios aislados ni desviaciones excepcionales del funcionamiento hospitalario. Por el contrario, permiten problematizar en su condensación narrativa, las condiciones materiales y de posibilidad históricamente configuradas que organizan el trabajo sanitario contemporáneo. La evaluación “hormonal”, la exigencia de disponibilidad tras jornadas extendidas, la amenaza económica, el castigo a través de la reubicación disciplinaria y la naturalización del acoso no son anomalías del sistema, son expresiones diferenciadas de una misma racionalidad que articula explotación capitalista, feminización del cuidado y dispositivos institucionales de disciplinamiento.

De este modo, en lugar de concebir a la precarización como un conjunto de transformaciones externas que “impactan⁶” sobre las subjetividades laborales, por ejemplo, en forma de malestar, desgaste o *burnout*, es necesario dilucidar los procesos mediante los cuales dichas condiciones participan activamente en la producción de modos de subjetivación que sostienen el trabajo en tales contextos.

En este sentido, el concepto de precarización por sí sola,

6 Lo pongo en comillas para destacar la imposibilidad de que lo supuestamente externo, como lo social, “impacte” en la subjetividad. Todo lo contrario, la subjetividad es producida a través de las relaciones sociales, por lo que no hay un dentro o fuera de lo social, la subjetividad siempre está plegada.

corre el riesgo de operar como un descriptor de la degradación del empleo que, si bien permite dar cuenta del deterioro de las condiciones laborales, invisibiliza los procesos más amplios de explotación que organizan la producción y reproducción de la fuerza de trabajo en el campo sanitario. Por ello, la precarización no debe entenderse únicamente como deterioro contractual o flexibilización laboral, sino como forma histórica de extensión e intensificación de la explotación que reorganiza la producción y reproducción de la fuerza de trabajo en el sector salud.

Esta discusión permite recuperar críticamente las distintas formas en que la feminización del trabajo ha sido interpretada en la literatura especializada. Frente a los enfoques que explican las desigualdades laborales como resultado de elecciones individuales o trayectorias diferenciadas de capital humano (Arruzza *et al.* 2019), los hallazgos presentados muestran que las experiencias de médicas y enfermeras no pueden comprenderse al margen de las condiciones materiales que organizan el trabajo hospitalario.

Del mismo modo, aunque los estudios sobre profesiones y género han contribuido a visibilizar jerarquías y mecanismos de segregación dentro del campo sanitario (Bourdieu, 2000; Petrone, 2018; Beliera y Malleville, 2021), el análisis desarrollado permite observar que dichas desigualdades se articulan con formas históricas de explotación que exceden el ámbito profesional. Por ello, la perspectiva feminista-materialista resulta particularmente fecunda, en tanto posibilita comprender la feminización del cuidado no sólo como composición demográfica o distribución ocupacional, sino como una condición estructural vinculada a la reproducción social, a la valorización diferencial del trabajo y a la producción de subjetividades atravesadas por relaciones de explotación, género y poder (Federici, 2013; Bhattacharya, 2017; Arruzza *et al.*, 2019).

En este sentido, la feminización del trabajo en salud no constituye un atributo de las trabajadoras, sino una relación social históricamente producida que participa activamente en la organización de la explotación contemporánea. Desde esta perspectiva, las experiencias analizadas no pueden explicarse por características individuales, vocacionales o profesionales de médicas y enfermeras, sino por las condiciones sociohistóricas que organizan el trabajo de cuidados y por los dispositivos institucionales que producen, regulan y disputan determinadas

formas de subjetivación. Es decir, a través de las condiciones de posibilidad para la extensión del tiempo laboral, la disponibilidad afectiva permanente y la internalización de narrativas de sacrificio y vocación que sostienen el funcionamiento hospitalario, por lo que debe analizarse en conjunto con la precarización. De esta manera, el género, en su imbricación con clase, trabajo precarizado y jerarquía institucional, opera como tecnología que distribuye expectativas, responsabilidades y tolerancias diferenciales frente a la violencia.

A ello se suma la singularidad del trabajo hospitalario. No se trata de cualquier espacio productivo: es un dispositivo que organiza la experiencia cotidiana de la enfermedad, la agonía y la muerte. Lidar con el dolor ajeno, con el deterioro corporal y con la finitud no es una “variable” secundaria, sino un elemento constitutivo del proceso laboral. Tal como he desarrollado en otros espacios⁷, la exposición reiterada a la muerte y al sufrimiento cataliza procesos afectivos específicos que pueden derivar en desafección, endurecimiento o anestesiamento emocional como mecanismos de supervivencia psíquica. Sin embargo, estas respuestas no son meramente individuales, sino que están configuradas por la organización institucional del trabajo y por la exigencia de sostener la productividad clínica bajo presión constante.

De este modo, las condiciones materiales del trabajo hospitalario —pluriempleo, intensificación, subordinación burocrática, violencia de género naturalizada— no sólo generan malestar como “consecuencia”, sino que producen modos de subjetivación que hacen posible la explotación y la pervivencia de la violencia. La disponibilidad permanente, la autogestión del sufrimiento, la minimización del agravio y la internalización de la vocación como mandato moral son efectos históricos de un entramado que necesita cuerpos feminizados capaces de soportar y continuar. Así, el malestar psíquico no es una falla individual ni un desajuste emocional, es una inscripción subjetiva

7 Sirvase de ver: Zamora Echegollen, M. A. y Manero Brito, R. (2020). La muerte en la institución hospitalaria, *Revista M.*, 5(9), pp. 9-24. y Zamora Echegollen, M. A. (2023). “Los procesos de desafección en el personal médico en el contexto de la institución hospitalaria”. En: O. López Sánchez y R. Enríquez Rosas (Coord.). *Colección Emociones e Interdisciplina*. Vol. 9. Dimensión Emocional. Abordajes analíticos y exploraciones empíricas socioantropológicas e histográficas, (pp. 335-356). México: UNAM/FES-I/ITESO.

de relaciones sociales singulares.

No obstante, reconocer estas dimensiones no implica asumir una clausura absoluta ni afirmar que sólo hay sujeción. En las grietas del dispositivo emergen prácticas de resistencia que, aunque muchas veces subsumidas por la lógica institucional, contienen un potencial instituyente. Las tácticas cotidianas — en el sentido propuesto por Michel de Certeau (2000)— como pasarse “tips” o consejos para protegerse del acoso, advertirse sobre ciertos médicos o negociar silenciosamente turnos, pueden leerse ambivalentemente. Por un lado, operan como mecanismos de adaptación que permiten soportar la violencia sin transformarla. Por el otro, expresan una ética de cuidado entre mujeres que produce lazos de solidaridad y micropolíticas de protección.

Por su parte, la discusión generacional en torno a justificar el descanso mediante la maternidad también revela fisuras. La negativa de algunas enfermeras a legitimar su agotamiento apelando a la doble jornada doméstica constituye un gesto político que desplaza la justificación desde el rol reproductivo hacia los derechos laborales. Allí se problematiza la naturalización del sacrificio femenino y se abre la posibilidad de colectivizar el malestar.

En consecuencia, el análisis permite afirmar que el hospital no sólo es un espacio de prestación de servicios sanitarios, sino un dispositivo que articula trabajo explotado, género y producción de modos de subjetivación. Las violencias analizadas —sistémica, de género, epistémica y disciplinaria— no son externas al funcionamiento institucional, son las condiciones mismas de su reproducción. Pero al mismo tiempo, la experiencia narrada por médicas y enfermeras muestra que la subjetividad no es mero efecto pasivo: en su interior se gestan preguntas, indignaciones y tácticas que interrumpen, aunque sea parcialmente, la naturalización del orden.

El desafío analítico y político consiste entonces, en no reducir el malestar a diagnóstico individual ni las resistencias a simples estrategias adaptativas. Se trata de reinscribir la experiencia subjetiva en sus condiciones sociohistóricas de producción, sin perder de vista que en esa misma experiencia se configuran posibilidades de desnaturalización y transformación.

Bibliografía

- Araújo-dos-Santos, T., Silva-Santos, H., da Silva, M., Navegante Carvalho Coelho, A. C., da Silva Pires, C., Geovana y Meira de Melo, C. M. (2018). Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem nos hospitais públicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.
- Arruzza, C., Bhattacharya, T., y Fraser, N. (2019). *Feminism for the 99%: A Manifesto*. Verso Books.
- Becker, Gary, S. (1985). Human capital, effort, and the sexual division of labor. *Journal of Labor Economics*, 3(1, Part 2), S33–S58.
- Beliera, A. y Malleville, S. (2021). La enfermería y sus tareas invisibles: Revisitando el concepto de precarización laboral. En M. Busso y P. E. Pérez (Comps.), *El trabajo degradado: Heterogeneidad ocupacional, precarización y nuevas inserciones laborales durante el gobierno de Cambiemos* (pp. 191–221). Universidad Nacional de La Plata.
- Bhattacharya, T. (2017). *Social Reproduction Theory: Remapping Class, Recentering Oppression*. Pluto Press.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- de Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano. I. Artes de Hacer*. Universidad Iberoamericana.
- de Gaulejac, V., y Guerrero, P. (2017). *Gestión paradójica del capitalismo actual: Un sistema que nos está volviendo locos*. En H. Foladori, y P. Guerrero, *Malestar en el trabajo* (pp. 13-28). Lom.
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Topía.
- Dejours, C. (2017). La sublimación entre el sufrimiento y el placer en el trabajo. En H. Foladori, y P. Guerrero Morales, *Malestar en el trabajo* (P. Guerrero, Trad., pp. 29-44). Lom.
- Emmer, S. y Schejter, V. (04 de noviembre, 2014). *Ética y lazo social*. En Mora Larch, F., Proceso grupal. Disponible en: <http://procesogrupal.overblog.com/2014/11/etica-y-lazo-social-de-silvia-emmer-y-virginia-schejter.html>.

Federici, S. (2013). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños.

Foucault, M. (2003). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.

Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. Fondo de Cultura Económica.

Fraser, N. (2014). Behind Marx's hidden abode: For an expanded conception of capitalism. *New Left Review*, 86, 55–72.

Garay, L. (2000). Investigar en Educación hoy, es intervenir. *Cuadernos de Educación*, 1(1), 19-23.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. Traficantes de Sueños.

Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.

Hess, R. (1977). El analizador en la institución. En R. Lourau, M. Bernard, M. Evrard, y V. Goldstein, *Análisis institucional y socioanálisis*. Nueva Imagen.

Hurrell, J., J., Murphy, L., R., Sauter, S., L. y Levi, L. (2001). "Salud Mental". En J. M. Stellman (Dir.) *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (pp. 5.2-5.20). Organización Internacional del Trabajo.

Inclán, D. (2018) *Violencia*. Ciudad de México: UNAM.

Jara Holliday, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Kaidara.

Jara Holliday, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano.

Kvale, S., y Brinkmann, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. SAGE Publications.

Lazzarato, M. (2006). *Políticas del acontecimiento*. Tinta Limón.

Lenta, M. M., Longo, R. G., Zaldúa, G. y Veloso, V. (2020). La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de Investigaciones*, 27, 147–160.

Longo, R., Lenta, M. M., Tortosa, P. y Zaldúa, G. (2022). "Feminización del trabajo en salud, salud colectiva y pandemia". En G. Zaldúa, M. Bottinelli y M. Lenta. (Coord). *Salud mental comunitaria y pandemia: Diálogo desde los territorios* (pp. 43-56). Teseo.

Lourau, R. (2001). *El análisis institucional*. Amorrortu.

Lusnich, C. (2013). *Neoliberalismo y flexibilización laboral: acerca de la articulación salud-subjetividad-trabajo en los trabajadores de enfermería*. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Instituto de Ciencias Antropológicas.

Manero Brito, R. (1991). Introducción al análisis institucional. *Tramas*, (1), 121-157.

Mincer, J., y Polachek, S. (1974). Family investments in human capital: Earnings of women. *Journal of Political Economy*, 82(2), S76-S108.

OMS. (04 de diciembre 2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Depresión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Ortega, J. (2019). Trabajos de(s)cuidados: Reformas neoliberales, feminización y precarización de las condiciones de trabajo en enfermería. *Athenea Digital*, 19(3), 1-26.

Paoli Bolio, A. (2012). Husserl y la fenomenología trascendental: perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. *Reencuentro*, 65, 20-29.

Pasero Brozovich, V. y Carabaca Videla, C. (2024). *El trabajo de cuidados en tiempos de descuido: La profesión enfermera ante la precarización de la vida y el trabajo*. VII Jornadas CINIG de Estudios de Género y Feminismos y V Congreso Internacional de Identidades. Universidad Nacional de La Plata.

Petrone, P. (2018). La feminización en la medicina. *Revista Colombiana de Cirugía*, 33(2), 132-134).

Progiante, J. M., Melo de Paula M., Noelle J., Amaral Prata, J. Cardoso Vieira, M. L., Andrade A. T. Y Muniz de Costa Vargens, O. (2018). Precarização do trabalho da enfermeira obstétrica. *Revista Enfermagem UERJ*, 26.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2018. *Género en el sector salud: Feminización y brechas laborales*. PNUD Argentina.

Reporte 134. (16 de abril 2021). En total precarización laboral los trabajadores de salud enfrentan la pandemia por el Covid-19 en México. *Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado el 16 de abril 2021 en: <https://cam.economia.unam.mx/reporte-134-en-total-precarizacion-laboral-los-trabajadores-de-la-salud-enfrentan-la-pandemia-por-el-covid-19-en-mexico/>

Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C. y Casas Patiño, D. (2020). Flexibilización, precarización laboral y burocracia en salud: tres determinantes de desprofesionalización médica. *Acta Scientiarum*, 42, 1-11.

Sampayo, H. (2018). Género, Medicalización y poder. La feminización en la profesión médica como consecuencia de un proceso de proletarianización profesional. *La Aljaba*, 1(22), 1-10.

Silva de los Ríos, M. C. (2016). *¿Por qué sufren los trabajadores de salud? El caso de una Centro de Salud Familiar Rural del sur de Chile*. [Tesis para optar al grado de Doctor, no publicada]. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales.

UAM-X (2004). *El sistema modular en la UAM-Xochimilco*. Universidad Autónoma Metropolitana.

Zamora Echegollen, M. A. (2017). *Cuerpo médico: desafección y castigo*. [Tesis para obtener el grado Maestría]. Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.

Zamora Echegollen, M. A. y Manero Brito, R. (2020). La muerte en la institución hospitalaria, *Revista M.*, 5(9), 9-24.

Zamora Echegollen, M. A. (2021). Trabajo y desafección en el capitalismo contemporáneo. Afectos y subjetividad en médicos del hospital universitario. [Tesis para obtener el grado Doctorado]. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades-BUAP.

Zamora-Echegollen, M. A. (septiembre-diciembre, 2026). Evaluar, castigar y soportar: género y precarización del trabajo de mujeres del sector salud. *Internacionales. Revista en Ciencias Sociales del Pacífico Mexicano*, 9(22), p. 252-287

Zamora Echegollen, M. A. (2023). Los procesos de desafección en el personal médico en el contexto de la institución hospitalaria. En. O. López Sánchez y R. Enríquez Rosas (Coord.). *Colección Emociones e Interdisciplina. 9. Dimensión Emocional. Abordajes analíticos y exploraciones empíricas socioantropológicas e histográficas*, (pp. 335-356). UNAM/FES-I/ITESO.

Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).