



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

# **TRABAJO, SALUD Y EMANCIPACIÓN COLECTIVA DE TRABAJADORAS DE ENFERMERÍA**

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS  
QUE PRESENTA

**MICHELLE SANTOS ORTIZ**

PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

DIRECTORA: DRA. MARGARITA PULIDO

Ciudad de México junio 23 de 2023

## RESUMEN

El cuidado y la práctica de la salud son procesos que requieren de reciprocidad en el cuidado mutuo, y del ejercicio de las capacidades humanas (CH) para el mantenimiento de la vida con objetivos de solidaridad y dignificación humana. En esta comunicación reflexiono sobre la construcción de la subordinación como antecedente de la enajenación del trabajo, misma que identifico como problema de las trabajadoras y trabajadores de la profesión de enfermería. La pregunta que orientó la investigación cuyos resultados aquí se comunican, es ¿Cómo sucede la participación de las CH en la subordinación, enajenación del trabajo y posibilidad de emancipación individual y colectiva profesional de la enfermería? El objetivo del presente estudio es identificar algunos elementos del ejercicio de las CH en la construcción, normalización y posibilidad de revertir los procesos de subordinación y enajenación en el trabajo profesional de enfermería. Recurrí a la metodología cualitativa para responder a la pregunta de investigación, por su capacidad de acceder a aspectos no tangibles de las vidas de las personas y los colectivos, en búsqueda de comprensión de las subjetividades que organizan las intenciones de la práctica humana y también por su capacidad de observar al observador a través de procesos reflexivos. El método fue el de búsqueda, elaboración, análisis e interpretación de información obtenida con instrumentos de la historia oral. Con este propósito realicé entrevistas a profundidad no estructurada a cuatro enfermeras: Lupita, Alejandra, Alicia y Amalia. El análisis e interpretación de la información, a la luz de los conceptos de la Salud de los Trabajadores y las CH me permitió afirmar que: El ejercicio más o menos autónomo de las CH es un elemento fundamental para la apropiación del trabajo, la potenciación de la capacidad saludable y la emancipación colectiva. La posibilidad de

ejercicio más o menos autónomo de las CH requiere de habilidades críticas, mismas que no constituyeron parte de la formación profesional formal de las entrevistadas. A pesar de su trabajo enajenado, el ejercicio más o menos autónomo de las CH de Lupita, Alejandra, Alicia y Amalia, se traduce en formas conscientes o inconscientes de resistencia en el trabajo. Es por esto que se hace necesaria la inclusión de formación crítica, reflexiva y colectiva en el currículo de formación de enfermeros y enfermeras, capaz de transformar su situación de subordinación y de recuperación del control de su trabajo.

**Palabras clave:** Trabajo, Salud, Emancipación, Enfermería, Capacidades Humanas.

## ABSTRACT

Health care and practice are processes that require reciprocal relationships of mutual care, and the exercise of human capacities (HC) for the maintenance of life with solidarity and human dignity objectives. In this communication I reflect on the construction of subordination as antecedent of the alienation of work, which I identify as a problem for workers in the nursing profession. The question that guided the research, the results of which are reported here, are: How does the participation of HC in the subordination, alienation and eventual individual and collective emancipation of professional nursing work occur? The objective of this study is to identify some elements of the exercise of HC in the construction, normalization, and possibility of reversing the processes of subordination and alienation in nursing professional work. I employed qualitative methodology to answer the research question because of its ability to access non-tangible aspects of the lives of individuals and groups, in search of understanding of the subjectivities that organize the intentions of human practice and also by its ability to observe the observer through reflective processes. The method was the search, elaboration, analysis, and interpretation of information obtained with Oral History instruments. For this purpose, I resorted to unstructured in-depth interviews with four nurses: Lupita, Alejandra, Alicia and Amalia. The analysis and interpretation of the information, in light of the concepts of Workers' Health and HC, allowed me to affirm that: The more or less autonomous exercise of HC is a fundamental element for the appropriation of work, empowerment and collective emancipation. The possibility of more or less autonomous exercise of HC requires critical skills, which were not part of the formal professional training of the interviewees. Despite their alienated work, the more or less autonomous exercise of Lupita, Alejandra, Alicia and Amalia's HC, translates into conscious or unconscious forms of resistance at work. This is why it is necessary to include critical, reflective, and collective training in nursing curriculae, capable of transforming nurse's situation of subordination and of regaining control of their work.

**Keywords:** Work, Health, Emancipation, Nursing, Human Capacities.

La primera vez que te deje ir,  
se me partió el alma.  
Sentía un dolor inmensurable  
al pensar en tu carita hermosa,  
despertando por la mañana.

En tu sonrisa incontrolable  
y en el beso entre tus comisuras,  
que a partir de ese día ya no te daría,  
pues no es lo mismo todos los días,  
que uno que otro día.

La primera vez que te deje ir,  
se me partió el alma.  
Ya no estarías en el calor de mi regazo,  
sólo estaría el frío de la mañana.  
Tu piel y mi piel no estarían dándose calor  
y en tu mirar ya no estaría reflejado el mío.

La primera vez que te deje ir,  
mi alma no hallaba consuelo,  
fue la primera vez que no me importó  
que alguien más mirara mis lágrimas,  
pues esas lágrimas tenían nombre y razón,  
y mi mayor razón para crecer, amar y vivir  
eres tú...

Mi pequeña y hermosa Raquel

## AGRADECIMIENTOS

Al Creador de Universo por permitirme vivir tan bellas experiencias en este mundo, en este tiempo y en estos lugares de recreación, de enseñanza y crecimiento físico, mental y espiritual.

A mis padres por inculcarme siempre el espíritu de crecimiento, de amor y bondad. Por cuidarme y animarme todos todas las veces que fueran necesarias. Son los protagonistas de mi historia.

A mi compañero de vida, mi amigo, mi soporte, Jean Carlo, por impulsarme todos los días y repetirme constantemente, si inicias algo necesitas terminarlo. Por su compañía noche y día en el transcurso de mis estudios y de este proyecto.

A mi hija hermosa y maravillosa, Raquel. Gracias por mirarme, tocarme y hacerme parte de tu historia.

A la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco por la oportunidad para cursar este plan de estudios. Por ser el lugar indicado para cumplir sueños y metas.

A mis profesores que además de enseñarme la teoría y práctica, me enseñaron el valor del conocimiento; a mi Querida Profesora Coni, por mirarme, animarme y guiarme en este largo camino de la comprensión y reflexión de los Otros, de la Salud y Emancipación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo para la formación de maestros en el área de la Salud en el Trabajo y por permitirme ser parte de esta generación que enriquece mi formación profesional y personal.

## Contenido

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN.....   | 9  |
| CAPÍTULO 1. SER HUMANO, TRABAJO Y EMANCIPACIÓN COLECTIVA .....                      | 16 |
| 1.1 Ser humano y capacidades humanas, individuales y colectivas .....               | 17 |
| 1.2 El Ser humano se construye entre la mismidad y la otredad .....                 | 20 |
| 1.3 Trabajo y dignificación del Ser humano .....                                    | 23 |
| 1.4 Cuerpo, Autonomía y Emancipación .....  | 30 |
| 1.5 Conclusiones.....   | 35 |
| CAPÍTULO 2. EL CUIDADO Y LA SALUD.....  | 38 |
| 2.2 El cuidado como recurso para la vida.....                                       | 42 |
| 2.3 La profesionalización del cuidado y las cuidadoras .....                        | 45 |
| 2.4 La Institucionalización y des-institucionalización del cuidado y la salud ..... | 48 |
| 2.5 Ser humano, hegemonía y cuidado .....   | 49 |
| 2.6 Conclusiones.....   | 52 |
| CAPÍTULO 3. LA SALUD MODERNA EN MÉXICO .....  | 55 |
| 3.1 Instituciones de salud en México dentro del modelo neoliberal .....             | 56 |
| 3.2 Los hospitales como fábrica del neoliberalismo.....                             | 60 |
| 3.3 Trabajo y práctica de enfermería en México .....                                | 62 |
| 3.4 Enfermedades profesionales en enfermería del siglo XX .....                     | 67 |
| 3.5 Conclusiones.....   | 70 |
| CAPÍTULO 4. DE LA TEORÍA AL MÉTODO.....   | 72 |
| 4.1 El problema de la realidad y el problema de conocimiento .....                  | 73 |
| 4.2 Metodologías cualitativas .....   | 74 |
| 4.3 Ir por la información.....  | 75 |
| 4.4 Elaborar y analizar la información.....   | 80 |
| 4.5 Conclusiones.....   | 81 |

|  |     |
|--|-----|
| CAPÍTULO 5. HISTORIAS DE VIDA.....   | 82  |
| 5.1 LUPITA .....   | 82  |
| 5.2 ALEJANDRA .....  | 90  |
| 5.3 AMALIA.....  | 95  |
| 5.4 ALICIA.....  | 101 |
| CAPÍTULO 6. TRABAJO, SALUD Y EMANCIPACIÓN. ....                                    | 108 |
| 5.1 Actividades de una enfermera .....   | 108 |
| 5.2 Relaciones sociales y construcción de la subordinación a través del miedo..... | 110 |
| 5.3 Riesgos y exigencias de enfermería.....  | 114 |
| 5.4 Intensidad de trabajo y estrés.....  | 116 |
| 5.5 Ejercicio de las capacidades humanas en el trabajo .....                       | 117 |
| 5.6 Análisis.....  | 119 |
| CONCLUSIONES GENERALES .....   | 124 |
| REFERENCIAS .....  | 132 |

## INTRODUCCIÓN

Con la significación del trabajo transformándose a través del tiempo y de las distintas conformaciones históricas, el discurso de la cultura capitalista se filtra como agua entre los discursos de la salud. En el contexto neoliberal, la práctica de la salud se ve influenciada por la mercantilización de la curación y el alivio, teniendo como consecuencia la introducción y normalización de conceptos como la división del trabajo, la competencia y el salario, símbolos de hegemonía y enajenación del trabajo y del hombre.

La influencia del movimiento histórico cultural que surge en Occidente a partir del Siglo XVI y que persiste hasta el Siglo XX, llamada época moderna, seguida de la posmoderna en la que vivimos, ha traído una forma de vida diferente a la que se visualizó en la Mesoamérica pre-hispánica o en la “época clásica” en lo que hoy conocemos como Europa, que se impuso mediante prácticas coloniales entre otras en la ciencia, la moral y el arte. Si bien la modernidad surgió de una oposición a la época clásica, ha conformado modelos perdurables. Nombramos moderno a la conciencia que tiene una época de haber superado por rupturas sus lazos con el pasado; rupturas de lo moderno respecto de la época clásica y también rupturas dentro de la misma modernidad (Díaz, 2000).

En esta comunicación se entiende como posmodernidad al momento histórico actual en donde prevalece lo posindustrial y el mundo digital. En la posmodernidad, se añaden nuevos conceptos relativos al yo y el ego, resultando en la individualidad como

característica fundamental para la creación de proyecto de vida *vis-a-vis* la colectividad, las sociedades o las comunidades.

El ambiente laboral que se ha originado en el campo de la salud como consecuencia del giro posmoderno, lo describe la literatura como impositivo, inflexible, lleno de normas incuestionables (Següel, Valenzuela y Sanhueza, 2015), en donde la competencia entre grupos, se presenta como el principal motor para el crecimiento y el desarrollo personal, olvidando que la atención a la salud y a quienes proveen dicha atención, es una actividad colectiva, que necesita el ejercicio de las capacidades humanas para el mantenimiento de la vida.

El cuidado y la práctica de la salud son procesos que, para lograr objetivos de solidaridad y dignificación humana, necesitan a los distintos grupos sociales en relaciones de reciprocidad para el cuidado mutuo. Al comprender quienes son los otros creamos nuestra propia identidad y, con ello, construimos proyectos individuales y colectivos. Cuando los trabajadores se someten a situaciones contradictorias sociales (entre lo que se *quiere* ser con lo que se *tiene* que ser) se divide el propio ser del trabajador generando un conflicto interno (Longo, 2005).

En el momento histórico actual, los trabajadores de la salud, en particular los enfermeros y enfermeras, cada vez más pierden el control de su trabajo y las exigencias laborales aumentan. A pesar de la introducción de nuevas tecnologías, la formalidad en el trabajo, la incorporación de las nuevas modalidades de empleo, el avance científico,

docente, práctico y cultural de esta profesión, la enajenación de sus capacidades humanas, la violencia simbólica como parte de su formación y el conflicto que surge de la imposición de la identidad de enfermería con la identidad propia del trabajador, generan problemas en su salud como consecuencia del proceso laboral al que se enfrentan, afectando la calidad de vida de las y los trabajadores (Bautista, Casque y Aparecido, 2010). La organización del trabajo, la estricta supervisión de los mandos, la prevalencia de la carga de la identidad de enfermería, el estrés psíquico al que se someten día tras día, son factores que contribuyen al desarrollo de atribulaciones, afecciones y enfermedades en los trabajadores (Bordignon y Monteiro, 2018:44).

Por lo tanto, la construcción de la subordinación como antecedente de la enajenación del trabajo se identifica como problema de las trabajadoras y trabajadores de la profesión de enfermería. Es por ello que planteo la pregunta ¿Cómo sucede la participación de las capacidades humanas en la subordinación, enajenación del trabajo y posibilidad de emancipación individual y colectiva profesional de la enfermería?

El objetivo general que persiguió esta Idónea Comunicación de Resultados fue identificar algunos elementos del ejercicio de las capacidades humanas en la construcción normalización y posibilidad de revertir los procesos de subordinación y enajenación en el trabajo profesional de enfermería. Se estudió el ejercicio y de dichas capacidades como condición fundamental de la práctica humana para alcanzar la emancipación colectiva con las y los trabajadores, partiendo de la definición de salud como “capacidad humana corporeizada para concebir, decidir y crear futuros viables” (Chapela, 2015:13) como base para el análisis del trabajo, salud y emancipación colectiva

de las y los trabajadores de enfermería con el propósito de comprender las limitaciones que el trabajo de enfermería y sus contextos, pone a los procesos emancipadores para promover su bienestar y salud.

Esta Idónea Comunicación de Resultados (ICR) se divide en seis capítulos. El primer capítulo “Ser humano, trabajo y emancipación colectiva” proyecta la esencia del papel del trabajo en la evolución del ser humano. Mientras que el ser humano evoluciona, el trabajo mismo también lo hace, se diversifica y perfecciona, alcanzando nuevos horizontes. Desde entonces y hasta ahora, ambos, ser humano y trabajo, se construyen y reconstruyen mutuamente. Se presenta, además, al ser humano como persona colectiva, imposible de construirse en la individualidad, resaltando las capacidades humanas individuales y colectivas como condición fundamental para desarrollar su subjetividad e identidad. Se presentan los conceptos de subjetividad, identidad, capacidades humanas y colectivas, enajenación y Cuerpo-territorio, respondiendo a las preguntas ¿A quién pertenece el cuerpo? y ¿Cómo es utilizado en los espacios donde predomina la cultura capitalista? En esta comunicación se considera la autonomía y la emancipación como respuesta a distintos problemas de subordinación y enajenación en el trabajo.

En el capítulo dos se hace un recorrido histórico sobre el cuidado. Se propone que el cuidado es una actividad vital para la supervivencia individual y colectiva que, conforme avanza la historia, se transforma para conformarse en profesión. Enseguida se discute la actual posición y propósito de la enfermería dentro de las instituciones de salud. Se

argumenta que conceptualizar a la salud como el objetivo de vida y no el recurso para la vida fragmenta la forma de enseñar, capacitar y reflexionar la práctica del cuidado, lo que conduce a concebir la atención a la salud como aquella que previene, trata y cura las enfermedades, dejando de lado posibles escenarios y panoramas colectivos más allá de personas enfermos o en vías de enfermar.

En el capítulo tres “La Salud moderna en México” se aborda la actual situación laboral en el campo de la salud y su relación con las y los trabajadores. Se plantea la creación de los institutos de salud como fábrica del neoliberalismo y la introducción de los trabajadores para la reproducción de las ideologías de la cultura dominante. También se analiza la repercusión del trabajo enajenado en la salud de las y los trabajadores y cuáles son las principales patologías profesionales y no profesionales en el gremio de enfermería en México.

Se describe en el capítulo cuatro el procedimiento utilizado en la investigación, misma que se realizó mediante procedimientos cualitativos para responder a la pregunta de investigación planteada. “Usar la metodología cualitativa nos brinda una aproximación al mundo, a los fenómenos, a los procesos, a los momentos rutinarios y problemáticos de la vida de las personas” y trata de interpretarlos y darles sentido (Martínez, 2011: 7). María del Carmen Collado Herrera (1994) menciona que las ideas, prácticas, influencias recibidas por un grupo social, son el antecedente que nos puede permitir incursionar en otros aspectos de la sociedad. Al ser vista la génesis y el desarrollo de la historia oral de las y los enfermeros, podemos reflexionar sobre sus potencialidades

y sobre algunos de los problemas que enfrentan en la actualidad. La historia oral usada como método de investigación se nutre y se constituye a partir de elementos y experiencias extraídas de la historia de las personas y los grupos sociales; señala caminos diversos y complejos que pueden transitarse en el conocimiento de las sociedades, la cultura y la historia del mundo en que vivimos. Un objetivo de la historia oral es la perpetuación del conocimiento de sucesos históricos tal como fueron interpretados por los participantes (Camarena, Morales y Necochea, 1994). De esta manera, podemos conocer el pasado para saber qué y cómo está afectado el presente y conocer las relaciones en los espacios sociales.

En el capítulo cinco se presenta a las informantes: Lupita, Alejandra, Alicia y Amalia. Se describe quiénes son, de dónde provienen, qué les hace ser ellas y no otras, cuál fue la razón por la que decidieron ser trabajadoras de enfermería y se plasman las palabras inscritas en ellas como cicatrices que marcaron y dirigieron su proyecto de vida.

En el capítulo seis se presenta el análisis e interpretación de las historias de vida de las cuatro enfermeras. Se describen y se reflexionan los contextos de su construcción individual y social, incursionando en aspectos de su infancia, juventud, escuelas, familia, relaciones interpersonales, trabajo, salud, enfermedad, jubilación, desempleo y muerte. En esas historias se pone de manifiesto el proceso de trabajo de enfermería en una institución de Salud, las actividades de una enfermera, las relaciones sociales y los riesgos y exigencias del trabajo, así como algunos aspectos del proceso de trabajo durante la emergencia sanitaria por COVID-19, duelo y pérdidas humanas. Se reflexiona

también sobre el ejercicio de las capacidades humanas en los espacios de interacción y articulación de la palabra, además de los conflictos internos y algunos destellos de autonomía y emancipación que surgen de las contradicciones sociales y del desacuerdo individual y colectivo. De esta manera se muestra la construcción de la subordinación en el trabajo enajenado y el conflicto interno que viven estas trabajadoras de enfermería y la repercusión en su bienestar. El fortalecimiento de las capacidades humanas se revela como condición fundamental para la creación de espacios saludables con las y los trabajadores.

## CAPÍTULO 1. SER HUMANO, TRABAJO Y EMANCIPACIÓN COLECTIVA

El propósito de este capítulo es explorar la relación del trabajo con la construcción del ser humano. Para lograr ese propósito presento primero la idea de ser humano con la que avanzaré en esta comunicación. Esta idea considera al ser humano como especie con capacidades únicas individuales y colectivas. Afirmino que la transformación del mundo en que vive el ser humano depende del ejercicio y desarrollo más o menos autónomo de esas capacidades humanas. La segunda sección la dedico a reflexionar acerca de la otredad, la mismidad y la palabra, necesarias en la construcción de identidad, sociedad y sentido de la vida individual y colectiva. En la sección tres, desarrollo la idea de trabajo como condición básica y fundamental de toda la vida humana en sociedad puesto que es la condición para el ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas. Argumento que gracias a la relación binomial naturaleza-ser humano el *Homo Sapiens* se transforma y evoluciona física, mental e incluso antropomórficamente y que la enajenación del trabajo y con ella la explotación del hombre por el hombre, interfiere en la posibilidad de dignificación del ser humano. Una vez desarrollados los conceptos básicos anteriores, los relaciono con una concepción de cuerpo y su relación con las posibilidades y límites de la autonomía y la emancipación en el capitalismo en general y en particular en el neoliberalismo. Termino afirmando que el ser que es consciente de su construcción biológica, histórica, social y cultural puede oponerse a ser invadido por otros, en procesos de emancipación de sus capacidades humanas para recuperar su dignidad como ser humano.

## 1.1 Ser humano y capacidades humanas, individuales y colectivas

Consuelo Chapela (2015:146) escribe lo siguiente:

Desde que los seres humanos existimos en el planeta, hemos hecho lo que hacemos para lograr lo que queremos como personas y como grupos sociales. Pensar en lo que quiero es una característica de los seres humanos. En todo momento pienso, deseo, siento, juego, sueño en pos de lo que quiero, en pos del proyecto propio... La clase de proyecto que tenemos (hablando de actividad en general) depende del ejercicio de nuestras capacidades humanas...

¿Qué son las capacidades humanas? ¿Qué tiene que ver con la esencia del trabajo? “Las capacidades humanas son poderes que tenemos para vivir la vida entre humanos” (Chapela, 2015:147). Podemos identificar el ejercicio de seis capacidades involucradas en la construcción de cualquier proyecto. La primera capacidad es llamada *sapiens*, con esta podemos pensar, discernir, recordar, estar conscientes del mundo en que estamos y que nos rodea; la segunda capacidad es la *erótica* donde juega la pasión, la ira, el amor, el deseo; la tercera capacidad, *ludens o lúdica*, es capacidad de soñar, de crear, de construir proyecto, de auto-creación.

En el ejercicio de estas tres capacidades básicas, el ser humano genera otras: la capacidad *económica*, con la que identifica sus límites y posibilidades; la capacidad *ético-política*, con la que diseña escenarios posibles y toma decisiones para su futuro. Es necesario ejercer esas cinco capacidades para poder ejercer la sexta, la capacidad *faber*, que es capacidad de actuar en el mundo con intención (Chapela, 2016). Gracias a estas capacidades, el ser humano está en constante construcción, transformándose y cambiando continuamente el mundo en el que vive. Por ello se constituye en ser de proyecto, siempre buscando qué hacer y qué no hacer en relación con las cosas del

mundo, con sí mismo, con el Otro y con los Otros. El ser humano al ejercer sus capacidades humanas se torna un ser con capacidad de autonomía. Es un ser consciente de sí mismo, siempre en construcción, con capacidades humanas vitales para tomar decisiones y crear futuros viables para alcanzar metas personales y colectivas. Es un ser capaz de ejercer su práctica humana a través de la palabra; adquiere experiencia en su práctica, con la que subordina sus capacidades o ejerce su autonomía y ciudadanía.

El trabajo, es una relación constante entre los seres humanos y el mundo material. Cuando se enfrenta a la materia natural, que deviene en objeto de trabajo, el ser humano pone en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, sentidos, brazos, piernas, cabeza y manos a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza bajo una forma útil para su propia vida y la vida de su grupo social de pertenencia. Para ello, involucra su propio cuerpo y los órganos que lo integran. El proceso de trabajo va orientado a un fin que requiere de la atención de la o el trabajador. Cuanto más se atiende a las metas de capitalismo, tanto más subordina el trabajador su proyecto personal.

De acuerdo con diversos autores, en la actual sociedad moderna capitalista, el ser humano es concebido, como un instrumento para la producción de capital. Marx (1962:55) escribe que "...el obrero es más pobre cuanto más riqueza produce, cuanto más aumenta su producción en extensión y en poder..." Entre más trabaja un ser humano en función del proyecto del capital, más se ocupan el cuerpo y la mente en un proyecto ajeno, con lo que se sacrifica la individualidad y la colectividad en pos de cumplir con las actividades que el patrón demanda. El valor final que se le da a la mercancía tiene que

ver con la mano de obra del trabajador, cuántas horas invierte en la producción de determinado objeto, qué y cuánta fuerza, qué y cuáles músculos utiliza para su producción. De esta manera se le enajena no sólo el producto de su trabajo, sino que la actividad misma del trabajo ya no le pertenece, le pertenece a otro. Cuando este proceso es *normalizado y repetitivo* se produce la autoenajenación que representa para la o el trabajador la pérdida de sí mismo; cuantos más objetos produce, menos puede poseer. La valorización del mundo humano, de la belleza, de lo natural, tiene una relación inversa con la del mundo del dinero y las mercancías: a más valor para estos últimos, menos valor del mundo humano.

Lo mismo sucede con la enajenación y las capacidades humanas: a mayor enajenación menor ejercicio de las capacidades humanas. El ser humano enajenado actúa en el mundo con intenciones que no son propias, no crea escenarios futuros propios, juega, aprende, para la satisfacción de quienes han enajenado sus capacidades en primera instancia. La enajenación afecta el lenguaje con el que se da forma al mundo, lo que, a su vez, afecta el sentido, significado y valoración de las palabras y prácticas necesarias para la humanización del ser humano, su contexto histórico y cultural. Los lenguajes así contruidos, ven al ser humano como un animal racionalista y utilitarista; esta mirada no permite apreciar que el ser humano es un ser simbólico que piensa y que siente en todos los sentidos, tiempos y espacios de su vida cotidiana (Cuellar y Pulido, 2015)

## 1.2 El Ser humano se construye entre la mismidad y la otredad

¿Cómo es posible construirnos humana y colectivamente? Considerando que los seres humanos son seres sujetos a las palabras y que las palabras están sujetas a la historia, la posibilidad de la acción completamente autónoma no les es dada. Dotar a la práctica humana de intención más autónoma requiere de cuerpos en los que se hayan corporeizado prácticas anteriores con intención autonómica. Esto es posible debido a que el cuerpo humano, a diferencia de otros seres biológicos, es un cuerpo cargado de subjetividad (Chapela, 2016). A partir de la década de 1960, el interés por la subjetividad social convocó a distintos autores a analizarla para la comprensión de los procesos sociales, por ejemplo, Foucault, Guattari o Bourdieu (Moreschi, 2013). Por subjetividad en esta comunicación entiendo inicialmente “lo perteneciente o relativo al sujeto, y no al objeto en sí mismo, considerado en oposición al mundo externo” (Real Academia Española). La subjetividad incluye los modos de pensar, sentir y hacer, los significados, sentimientos y sentidos conformados socioculturalmente que se incorporan en el sujeto y que a través de ellos cada sujeto hace, siente, encarna y construye a partir de dicha constitución.

La palabra incluida- la palabra extendida como son las imágenes, la ropa u otra materialidad con contenido simbólico, es el medio por el cual el cuerpo es cargado de sentidos y significados. Es una herramienta bidimensional objetiva y subjetiva inseparable. A través de la palabra se construyen proyectos individuales y para el mundo

en el que vive. La palabra encarna en el cuerpo, por lo que el ser humano es un cuerpo encarnado cargado de subjetividad (Chapela y Consejo, 2010)

Para que la palabra encarne en el cuerpo, el ser humano requiere del paso por dos úteros. El primero es el útero biológico, donde a partir de la base genética del producto de la mezcla de ADN materno y paterno, el cuerpo físico anida, se diferencia, forma, nutre y crece hasta que adquiere características particulares que permiten su salida al mundo exterior. Chapela argumenta que el ser humano, a semejanza de las especies marsupiales, al salir del primer útero es un ser incompleto e incapaz de sobrevivir, por lo que necesita pasar por un segundo útero, el útero social. En el útero social, el cuerpo biológico crece y madura con el alimento, el calor y la protección que provee el espacio social en donde ha sido arrojado. Es ahí, en donde ha sido arrojado, en donde se humaniza mediante la adquisición de las palabras y lenguaje a su disposición; exponiéndose y apropiándose de los significados y sentidos de las cosas del mundo (*Ibid.*101).

Dariela Sharim Kovalskys (1999) argumenta que el ser humano en su proceso de construcción social, requiere de una articulación de los diferentes registros de interacción: la esfera de lo social (macrosocial), el de los agentes mediadores como la familia o el colegio (microsocial) y el nivel del individuo (de lo propiamente psíquico). En su paso por el útero social interactúan estos tres niveles, de manera que, al salir del primer útero social el cuerpo ya ha encarnado sentidos y significados del nivel macro y micro, además de estarse formando los de nivel individual. El ser humano, sin embargo, sólo se da

cuenta de quién es él (mismidad) y quién es el otro (otredad) en sus interacciones con sus Otros en sus distintos grupos sociales de pertenencia (Chapela, 2016).

A partir de la construcción biológica y social, el ser humano se somete a un proceso dinámico de construcción de identidad<sup>1</sup>. Todo ser humano adquiere a lo largo del tiempo una identidad. Claude Dubar (2000) define a la identidad como la construcción/reconstrucción entre dos procesos y dimensiones de las personas: lo biográfico y lo relacional. El sujeto construye su identidad a partir de una transacción interna al individuo, delineando qué tipo de persona quiere ser, lo que corresponde a su biografía; y una transacción externa entre el ser humano y las instituciones y grupos a los que pertenece, a través de los cuales se perfila qué tipo de persona uno es.

De esta manera se contruyen actos de pertenencia y de atribución, en los cuales el ser humano “edifica una identidad”. La identidad para sí mismo y la identidad para el otro, responde a la pregunta ¿quién soy yo en el mundo? y ¿Quién es el otro? “Ambos aspectos de identidad son inseparables y se constuyen en un proceso continuo en el que el sujeto y su entorno se entretrascienden y determinan” (Longo, 2005:2).

---

<sup>1</sup> Sobre identidad y trabajo: María Eugenia Longo (2018) en “Un tiempo incierto. La socialización en el trabajo en un contexto de transformaciones” . 7° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Argentina : Asociación Argentina de especialistas en estudios del trabajo .

Estas representaciones sociales, que se viven dentro del marsupio social, son el resultado de la articulación de la palabra. La identidad se nutre a través del tiempo, de los espacios cargados de subjetividad debido a las prácticas de cada persona en sus distintas esferas de interacción: macrosocial, la micrososcial e individual. Reitero, la construcción de proyectos se crea a partir de la relación que uno tiene con estos espacios (objetivos y subjetivos) tales como la familia (provee las identificaciones primarias), el grupo generacional, la escuela, la comunidad o el barrio donde se crece, la religión, el género y en un tiempo determinado el espacio de trabajo (Longo, 2005:3).

Somos seres que precisamos de historia, de cultura, de subjetividad y así desarrollamos nuestra identidad; la conciencia de los otros y con ella nuestra mismidad como seres humanos, políticos, racionales y sociales. Con la palabra y el lenguaje construimos materialidades, cultura, historia, tecnología, poder, hegemonía y contra hegemonía y también al poder apropiarnos de las capacidades individuales y colectivas de las y los Otros, pudimos institucionalizar y enajenar todo lo propio y lo colectivo. Sin la construcción de la identidad ¿quiénes seríamos nosotros? ¿hacia dónde iríamos? ¿a quién le perteneceríamos?

### 1.3 Trabajo y dignificación del Ser humano

Existen muchas definiciones de <trabajo>. De las principales conocidas y argumentadas en la literatura se encuentran las construidas desde disciplinas como la antropología social, la psicología, la fisiología, o la económica política, sin embargo, encontrar la

*esencia* del trabajo, más allá de las definiciones disciplinares implica indagar en un aspecto complicado de la realidad social. Indagando en las propuestas de estas disciplinas, podríamos acercarnos a la comprensión de *qué es el trabajo*. El filósofo checo, marxista, Karel Kosík (1963) argumenta que al estudiar el proceso del trabajo y la actividad misma hay una ambigüedad en captar su problemática. Para conocerla es necesario investigar en las preguntas epistemológicas ¿qué es el ser humano<sup>2</sup>? y ¿qué es el trabajo para el ser humano?

Revelar la idea de los *pares dialécticos* y la *causalidad*<sup>3</sup> entre el hombre y la naturaleza, ayuda a conceptualizar el trabajo como mediador en la humanización del animal. El trabajo, que ha superado el nivel de la actividad instintiva y que es exclusivamente un obrar humano, dice Kosik (1963), transforma lo natural e inhumano y lo adapta a las necesidades humanas y con ello a la satisfacción del hombre. Así, el modo de abordar el proceso del trabajo desde la transformación de lo animal a lo humano es el inicio de la comprensión del mismo.

Federico Engels (2017), teórico, político y filósofo, explica el papel decisivo del trabajo en la humanización de los seres humanos a partir de la identificación de un antepasado parecido al mono que, a través de un largo proceso histórico, siguiendo la

---

<sup>2</sup> En esta comunicación respeto el uso del lenguaje de las y los autores que no utilizan lenguaje inclusivo sino genérico, por ejemplo <hombre> en lugar de <hombres y mujeres> o <ser humano>.

<sup>3</sup> Kosik en su *Dialéctica de lo Concreto* (1963: C1, NP4) argumenta que: "*El Capital*, de Marx, está construido metodológicamente sobre la distinción entre falsa conciencia y comprensión real de la cosa, de suerte que las categorías principales de la comprensión conceptual de la realidad investigada se dan por pares [construidos por el fenómeno y su esencia]".

evolución de las ideas de la modernidad, en su momento escribió que el ser humano evolucionó modificando y “dominando” la naturaleza, “obligándola” a servirle. De acuerdo con Engels, esta es la diferencia esencial que existe entre el hombre y los demás animales, diferencia que es efecto del trabajo (Engels, 2017. párr.1) Mientras que el hombre evolucionaba, el trabajo mismo también lo hacía, se diversificaba y perfeccionaba alcanzando nuevos horizontes, ambos se construían mutuamente.

El desarrollo del trabajo originó la comunicación interna entre un clan o grupo humano y, más adelante, para ayuda mutua entre clanes. El resultado, entre otros cambios biológicos, hizo al ser primitivo perfeccionar sus órganos vocales permitiéndole emitir sonidos articulados que poco a poco se van constituyendo en lenguaje. De esta manera el ser humano deviene en social y colectivo. Más adelante, el lenguaje obligó a perfeccionar gradualmente el cerebro y, en consecuencia, el resto de los órganos; el ojo, el oído, las manos, los pies (*Ibid:* párr.12). En esa época los seres humanos decidían directamente sobre el trabajo, qué hacer, cómo hacerlo, cuándo y dónde llevarlo a cabo, para satisfacer las necesidades propias y de sus comunidades. El trabajo se significó como la condición básica y fundamental de toda la vida humana, de tal manera que podemos afirmar que el trabajo ha creado al propio hombre.

El grupo humano vive de la naturaleza, en conjunción, convirtiéndose en un ser genérico:

La vida genérica, tanto en el hombre como en el animal, consiste físicamente, en que el hombre (como el animal) vive de la naturaleza inorgánica, y cuanto más universal sea el hombre, como el animal, tanto más universal será el campo de la naturaleza inorgánica de la que vive. Del mismo modo que las plantas, los animales, los minerales, el aire, la luz, etc., son, teóricamente, una

parte de la conciencia humana, en parte como objetos de la ciencia natural y en parte como los objetos del arte, constituyen una parte de la vida y de la actividad del hombre (...) La universalidad del hombre se revela de un modo práctico precisamente en la universalidad que hace de toda la naturaleza su cuerpo inorgánico, es tanto un medio directo de vida como la materia, el objeto y el instrumento de su actividad vital. La naturaleza es el cuerpo inorgánico del hombre; es decir, la naturaleza en cuanto no es el mismo cuerpo humano (Engels, 2017:67).

Es decir, la naturaleza es su cuerpo con el que debe mantenerse en un proceso constante, para no morir (Marx,1962). La producción constituye su vida genérica laboriosa. Mediante ella aparece la naturaleza como obra suya, como su realidad. El objeto del trabajo es, por tanto, la objetivación, materialización o el resultado de la vida genérica del hombre: aquí se desdobla no sólo intelectualmente, sino laboriosamente, de un modo real, contemplándose a sí mismo, en un mundo creado por él. (*Ibid:* 61)

Por su parte, Noriega y Villegas (1989:5) afirman que:

El hombre se crea, se produce y reproduce a través del trabajo, puesto que su desarrollo solo es posible en la medida en que elabora sus propios instrumentos y transforma los objetos existentes en la naturaleza por medio de la actividad. [...] Es, por tanto, una actividad que también toma en cuenta la belleza de los objetos creados. El trabajo concebido de esta manera no sólo es productor de enfermedad, sino que posibilita la vida humana misma. Sin el trabajo, no podría existir el hombre, ni forma alguna de sociedad.

A esta manera de entender <trabajo>, se suman los conceptos marxistas de “propiedad privada” y “medios de producción”, como organizadores de la forma de vivir y, por lo tanto, de trabajar. Cuando algunos integrantes de las comunidades humanas se apropian del trabajo y de los medios de producción, la vida orgánica del hombre y la sociedad colectiva llegan a su fin, dividiéndola en dos grandes grupos humanos o clases sociales: los propietarios que se han enajenado el trabajo y se han apropiado de los medios de producción y los obreros cuyo trabajo y medios de producción ha sido enajenado, deviniendo en “los sin tierras”. A esta destrucción de la vida orgánica del ser

humano, se oponen dos formas de resistencia: la lucha latente (explota cuando el hombre es tratado por debajo de los animales de carga por otro hombre) y la lucha del proletariado (consciente, planeada y permanente) (De la Cueva, 2009<sup>a</sup>)

De estas resistencias surgen las revoluciones políticas, sociales y económicas de la modernidad como consecuencia de la desigualdad, de una vida miserable y sin derechos sobre el trabajo de los sin-tierra, campesinos y obreros principalmente. El crecimiento del movimiento obrero fue sin duda el factor fundamental por la liberación y dignificación del hombre en su integridad, modificando el sistema de propiedad privada y transformando el orden económico. Al movimiento obrero se sumó la rebelión del pensamiento y la toma de conciencia que irrumpió en la lucha, abriendo paso a nuevas formas de pensamiento con la apertura de nuevas escuelas y pensadores críticos como Marx y Engels en el Siglo XIX y Gramsci en el XX, mismos que, junto con escritos como el “Manifiesto Comunista”, entre otros,

...alcanzaron tres metas fundamentales en la historia por el derecho al trabajo digno: las libertades sindicales, de negociación y contratación colectivas y de huelga; un derecho individual del trabajo que propiciara un mínimo de justicia social; y una previsión social que defendiera a los hombres contra las consecuencias de los infortunios del trabajo (De la Cueva, 2009a:13).

En México en el Siglo de la Colonia (S. XVI), las Leyes de Burgos se hacen presentes para el buen regimiento y tratamiento de los “indios”. Más adelante, en el Siglo XVII y como resultado de la pugna y la victoria, surgen en 1680 las Leyes de Indias. Éstas los reconocían como seres humanos, sin embargo, se conformaron como un acto más de hegemonía más no de igualdad social, económica o política.

A pesar de las constantes rebeliones y del pensamiento liberal y humano de Morelos, en el siglo XIX el pueblo mexicano aún no conocía el derecho al trabajo digno, a la igualdad y la justicia social. La Revolución de Ayutla en 1854, la segunda de las tres grandes luchas del país para la dignificación del hombre (Independencia, Reforma y Revolución), integró el pensamiento individualista y liberal del pueblo, poniendo fin a la dictadura de Santa Anna y creando el Congreso Constituyente de 1857 que aprobó la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos. Esta Constitución, inicia con la declaración de derechos:

**Art. 1º** El pueblo mexicano reconoce que los derechos del hombre son la base y el objeto de las instituciones sociales. En consecuencia, declara que todas las leyes y todas las autoridades del país deben respetar y sostener las garantías que otorga la presente Constitución.

**Art. 2º.** En la república todos nacen libres. Los esclavos que pisen el territorio nacional recobran por ese solo hecho su libertad y tienen derecho a la protección de las leyes (De la Cueva, 2009b)

En sus artículos 4º, 5º y 9º se definen las libertades de profesión, industria y trabajo; atendiendo al principio de “nadie puede ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento” (De la Cueva, 2009b: 3).

Se procuró dignificar el trabajo a través del ejercicio de las profesiones y el contrato de trabajo a todas las actividades de los hombres, sin embargo, no había mejoras importantes en la condición humana de los trabajadores hasta la revolución social del siglo XX. En 1910, el Plan de San Luis y el Plan de Guadalupe sirvieron para condensar los propósitos de lucha. Impulsa la creación de la Constitución de 1917 junto al derecho del trabajo como un estatuto impuesto por la vida, un grito de los hombres que sólo vivían de explotación. Esas declaraciones fueron la base en que se asentaron los derechos de

las y los trabajadores, sin los cuales no serían posibles los avances actuales con respecto de los derechos de los hombres y las mujeres.

La lucha del proletariado hasta el Siglo actual, vive las consecuencias de aquellas libertades, sin embargo, a partir de la década de 1980 la formación capitalista neoliberal de expansión planetaria, más que mejorar las condiciones laborales perjudica la vida laboral e individual de los pueblos. Los institutos multinacionales encargados del orden económico capitalista, como son la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), La Organización Internacional del Trabajo (OIT) o el Fondo Monetario Internacional (FMI), entre otros, encuentran la forma de explotar y transgredir los derechos y las condiciones laborales que dignifican al ser humano. La mayoría de los hombres y mujeres de nuestra sociedad mexicana no ejerce ningún control sobre los bienes que produce ni en la forma, ni en la cantidad en que los produce. Tampoco en el proceso de consumo, cuánto, qué y cómo consume. Ya no tiene el control sobre el desarrollo de sus capacidades físicas, mentales, intelectuales y materiales, ni sobre los bienes que ellos mismos generaron (Noriega y Villegas, 1989 :5)

Siendo el Estado cómplice de las multinacionales, deja en manos de las grandes potencias económicas el destino del derecho laboral, tal como sucedió en la Cámara de Diputados en el año 2017 en México, con la reforma laboral y la participación de los patrones sobre las listas de las enfermedades profesionales. La introducción a nuevas formas de trabajo basado en la flexibilización de los gobiernos neoliberales es la nueva imagen de la esclavitud. No me detendré aquí en ahondar sobre estas medidas de

*esclavitud* entre empresarios y trabajadores, simplemente diré que seguimos en la búsqueda de aquella vida orgánica que construía al ser humano, que satisfacía las necesidades humanas, espirituales y colectivas.

Como he argumentado en este apartado, el trabajo es el proceso que crea al ser humano en su interacción con la naturaleza. Es un proceso donde el fin es la satisfacción de las necesidades humanas y puede ser enajenado con la finalidad de la producción de mercancías para la generación de ganancias. En el siguiente apartado continuaré con la reflexión acerca de ¿qué es el ser humano? Y ¿qué es el trabajo para el ser humano?, esta vez agregando la pregunta ¿qué es el cuerpo humano y a quién le pertenece?

#### 1.4 Cuerpo, Autonomía y Emancipación

Se mencionó que, para encarnar, el ser humano necesita de dos úteros (biológico y social) en los que se humaniza a través de la palabra dando paso a su posibilidad de práctica humana intencionada en el mundo. Sin esa práctica y sin ese actuar con intención, sin esa conciencia sobre sí y sobre su actuar, el cuerpo es soma, meramente un conjunto de células y tejidos realizando funciones biológicas. En su práctica social, el ser humano construye experiencias y conocimiento.

Eric Hobsbawm, escribe sobre la historia de las sociedades y menciona que, para estudiarlas y comprenderlas, existen

...aspectos sociales o societarios de la existencia del hombre [...]. No se pueden separar, salvo momentáneamente, de las formas en que los hombres organizan sus vidas y su entorno material. No se pueden separar, siquiera por un momento, de sus ideas, puesto que las relaciones entre las personas se expresan y formulan en un lenguaje que, en cuanto abren la boca, implica conceptos (Hobsbawm, 1991:9).

Al estudiar al ser humano se estudia a la sociedad y viceversa, se puede estudiar a la sociedad para entender al ser humano. Al comprender estos pares dialécticos y su relación, podremos continuar con la reflexión sobre el quehacer del ser humano en el mundo.

Pierre Bourdieu (1970) define <sociedad> como relaciones de poder expresadas como intercambios de capital –bienes materiales o simbólicos- en redes específicas de intercambio que se conforman como campos<sup>4</sup>. Aquel que decide entrar al “campo” necesita seguir las “reglas del juego”. Estas reglas pueden ser controladas por agentes sociales que acumulen mayor volumen de capital, sí se tiene algo intercambiable (material o simbólico) un agente puede iniciar un cambio de opinión en el campo, de lo contrario puede ser excluido o marginado en ese campo. Las prácticas en los campos se inscriben en el cuerpo de los agentes sociales (seres humanos) como marcas, como huellas. Huellas que suceden en los espacios materiales y simbólicos como producto de acciones humanas y que construyen la experiencia-en-el-mundo-que-se-vive, como

---

<sup>4</sup> Desde la construcción teórica de Pierre dieu, el campo social son las redes específicas de intercambio de capital. Entendemos como capital, aquellos recursos que los actores sociales tienen para “entrar en juego” en la competencia social. Estos recursos pueden agruparse en 3 categorías: 1) Económica (capital económico) en el que el dinero ocupa un lugar determinante; 2) Cultural (capital cultural) donde los títulos universitarios cobran importancia; 3) Social (capital social) que consiste en “la capacidad de movilizar en beneficio propio redes de relaciones sociales más o menos extensas. (Guerra, 2010, pág. 400)

experiencia con el poder. De esta manera, las relaciones que existen entre agentes sociales, directas o indirectas, por un lado, conforman el campo y, por otro, son interiorizadas por los individuos y/o grupos sociales (Chapela y Consejo, 2010).

El fervor por el capitalismo y el poder hegemónico del mercado, impulsado desde la modernidad hasta nuestro tiempo, ha reducido la razón y esencia del cuerpo y trabajo humanos a simples términos de producción y reproducción, logrando y reproduciendo cuerpos enajenados. El cuerpo humano se convierte en territorio cuando se pone en la mira del poder como territorio a conquistar para la acumulación de capital (Brenkman, 1987).

Luc Boltanski sostiene que el cuerpo humano es funcional a una estrategia social de índole económica; se configura de acuerdo con su utilidad dentro de esa estrategia y requiere cubrir necesidades definidas por las mismas estrategias. En tanto el cuerpo disminuye su utilidad para la producción, aumenta su utilidad para el consumo. De acuerdo con este autor, la creación de una cultura somática desde la segunda mitad del Siglo XX, con sus reglas y significados, facilita el cumplimiento de las funciones de los cuerpos de acuerdo con las estrategias de la producción y el consumo, lo que da lugar a sus conductas perceptuales, de consumo y de producción (Boltanski , 1975). En la modernidad, los seres humanos crecemos y nos preparamos para poder finalmente ejercer un oficio o una profesión funcional a los fines de la producción y el consumo. Disponer el cuerpo para el trabajo no es elección, sino obligación, puesto que no hacerlo es una opción impensable, construida como doxa (Bourdieu, 1970).

De esta manera, al nacer ya se ha inscrito en nuestros cuerpos cómo y en qué situación fuimos arrojados al mundo. El trabajo se convierte en el padre nuestro de cada día y nunca es suficiente. Si se labora medio día, se busca un empleo complementario para las horas restantes; no es suficiente con trabajar todo el día, se necesita trabajar en la noche también. En esta cultura capitalista ¿Quién necesita pareja, hijos, amigos, apreciar lo bello o promover lo justo?

La regulación de los principios de intercambio de capital se logra mediante el trabajo pedagógico de las distintas agencias del poder en las esferas macro y microsociales; la familia, los medios de comunicación, la escuela, el trabajo, entre otras. Estas instituciones son útiles para la reproducción social y cultural favorable a las clases dominantes. Las características actuales del trabajo han reprimido el espíritu de los seres humanos, quienes parecieran haber perdido su potencial de lucha y de recuperación y potenciación de sus capacidades humanas para transformar la realidad en la que han sido arrojados y arrojadas al mundo.

El ser humano construye experiencia y se autopercibe en las redes de intercambio de capital. La resistencia a ser invadido con la consecuente enajenación de sus capacidades humanas, queda inscrita de múltiples maneras en el cuerpo. Una de estas

inscripciones son los cambios morfológicos y fisiológicos que alteran la funcionalidad del cuerpo físico<sup>5</sup> (Chapela y Consejo, 2010).

Se mencionó que al enajenar al ser humano y con ello todas sus capacidades humanas y colectivas, el ser humano ya no se pertenece. Ahora con el cuerpo lleno de significados de producción y consumo se vuelve una herramienta para la reproducción de la ideología capitalista. Quienes desde su esfera social primaria cultivan significados contrarios a la sociedad dominante, con sentido de dignificación, pueden identificar, resistir y modificar los contenidos de significado en las palabras de la dominación y también pueden ser agentes de cambio para quienes no tienen tales significados emancipadores.

El ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas, la autonomía y la capacidad de emancipación son amenazas para los fines económicos y políticos. El cuerpo es explotado, invadido y transformado para la producción. Sin embargo, se visualizan formas de resistencia, trabajadores que se niegan a formar parte de la gran maquinaria sobre la que avanza el capitalismo. La directora Chloé Zhao (2020) en su largometraje *Nomadland*, plasma el modo de vida de algunas personas que deciden vivir cómo nómadas, aparentemente alejadas de los procesos de enajenación, buscando trabajos

---

<sup>5</sup> Para fundamentar este concepto del cuerpo-invasado, retomo las anteriores anotaciones de Chapela y Consejo en su capítulo Cuerpo-Territorio, donde pone en duda el objetivo real de las profesiones que estudian la salud y el cuerpo humano. Argumentan que la acción del poder de dominación se concreta en los usos que hace de los cuerpos para la producción de espacios favorables a sus propios fines y que por tanto “el cuerpo es el territorio irreducible en la mira del poder de dominación convirtiéndose en cuerpo-territorio” (Chapela y Consejo, 2010).

temporales, viajando en su furgoneta sólo para la satisfacción de sus necesidades, pese a la precaridad de esa manera de vivir. La obra de Traven (2003) *Canastitas en serie*, es otro ejemplo de resistencia. Traven relata la vida de un campesino y artesano oaxaqueño que teje hermosas canastitas de paja y se rehúsa a vender su fuerza de trabajo en procesos de producción masiva. Este artesano reivindica al trabajo como proceso de creación.

Así continúa la lucha por la dignificación del ser humano. Sólo el ser que es consciente de su construcción biológica, histórica, social, cultural puede resistirse e incluso oponerse a ser invadido por otros, en procesos de emancipación de sus capacidades humanas, logrando “destellos” de autonomía para recuperar su dignidad como ser humano.

## 1.5 Conclusiones

El trabajo es un proceso que construye a los seres humanos. Es la condición básica y fundamental de toda la vida humana. Por medio del trabajo, el ser humano ha superado su actividad animal instintiva, convirtiéndose en una actividad significada y exclusiva de él. Al modificar la naturaleza mediante el trabajo, el ser humano transforma su alrededor con el objetivo de satisfacer las necesidades particulares que lo definen. La relación binomial naturaleza-ser humano modificó al *Homo Sapiens* física y morfológicamente. Sin el trabajo no podría existir el ser humano ni forma alguna de sociedad.

Es en el sistema económico basado en la acumulación de plusvalía que se denigra el trabajo y se convierte en una actividad de explotación hacia las y los trabajadores. En esta condición de explotación las capacidades humanas de las y los trabajadoras, con las que cuentan para construirse como humanos se obstruyen e invaden por el capitalista explotador y el cuerpo se convierte en herramienta para la producción y reproducción de ganancias. Manteniendo la subordinación del trabajo, la y el trabajador tendrán mayor dificultad para ejercer sus capacidades humanas y, mediante este ejercicio, avanzar hacia la reafirmación de la dignidad humana. En su conjunto, los cuerpos son el territorio mayor para conquistar en el capitalismo. La enajenación del ser humano corporeizado, le ha quitado al trabajador la oportunidad de construirse, de actuar en el mundo con intención definida de manera más autónoma, de crear y recrear proyectos personales y colectivos.

Entre más subordina el trabajador su proyecto personal, sus sentidos y significados con que construye su identidad, menos comprende o quiere comprender quién quiere ser en este mundo. En tanto las metas del capitalismo subordinan los intereses de las y los trabajadores, más se subordina su proyecto personal, perdiéndose a sí mismo. De esta manera, a mayor producción para el capitalista, menos posesión de sí mismo.

Quien conquista el cuerpo, tiene la posibilidad de hacer y dejar de hacer con él lo que desee. Las huellas y cicatrices que ha dejado la acción del poder se reflejan en el

modo de vivir de cada uno de los trabajadores. A pesar de las constantes luchas y revoluciones políticas, sociales y económicas, como manifiestos gritos de los explotados y de los logros en salarios, tiempos e intensidad de trabajo, de sindicalización, de huelga, los trabajadores no han conocido derechos y condiciones laborales que dignifiquen la forma de vida de los seres humanos.

## CAPÍTULO 2. EL CUIDADO Y LA SALUD

El propósito de este capítulo es reflexionar sobre el objetivo actual del cuidado y la atención a la salud de los seres humanos. Para lograrlo divido el capítulo en cinco apartados. En el primero hablo sobre cómo se logra la salud individual y colectiva a través del empoderamiento y ejercicio de las capacidades humanas y cómo de un acto personal e individual termina en un acto colectivo. Enseguida el apartado dos propone el acto de cuidar como el recurso para la realización de metas y proyectos personales y colectivos y no como el objetivo de la propia vida, desechando la conceptualización bidimensional del cuidado para mirar la salud de una forma colectiva. Una vez que se han presentado estos conceptos, en el apartado tres y cuatro menciono cómo el discurso médico-hegemónico se ha inmiscuido en la práctica de la salud y el cuidado a la vida para subordinar y normalizar el trabajo enajenado. Hago énfasis en cómo los Otros son los encargados de dictaminar el curso y el final del propio ser humano. Termino en el apartado cinco con la reflexión sobre la reproducción del modelo médico institucionalista, su distribución de habilidades y sus formas de conocimiento en el proceso de enseñanza, cuestionando si el verdadero objetivo está en la salud o en la mercantilización de atención a la salud de las mujeres y de los hombres.

## 2.1. Salud individual y colectiva

Diversos investigadores han intentado derribar el paradigma de salud médico hegemónico. Se han esforzado para separar cada una de las partes, reflexionarlas e integrarlas nuevamente, tomando en cuenta el tiempo, la historia, la cultura, la política, la economía, la espiritualidad y los recursos naturales para poder definir y por lo tanto enseñar que la salud no es la ausencia de la enfermedad. Aquellas definiciones que miran la salud a raves de un modelo biologista son incompletas. Consideran el problema desde un punto de vista egocéntrico y estático. Sus definiciones sólo están formuladas en términos que conciernen a la persona como individuo, mientras que también deberían considerar a la colectividad” (Dubos , 1971). La salud se aleja de *“formar parte de la propia vida [...] no reflexionamos sobre su significado. No parece medible, no es tangible”* La salud, *“se equipara a la vida y no se le puede poner límites, porque cuando lo hacemos aparece la muerte”* (Talavera y Gavidia, 2019, pág. 165)

La toma de conciencia de estas fallas y la falta de integridad del concepto y la práctica de salud, profesionales de la salud, políticos, administrativos y académicos unen lazos para cambiar los paradigmas en la definición y práctica de la salud; reforzando los objetivos y el compromiso individual y colectivo con la meta *“Salud para todos en el año 2000”*

En 1986 se lleva a cabo la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Canadá. Surge como respuesta a los problemas de salud y a las

necesidades de las poblaciones derivados del estilo de vida pese a las inversiones y la tecnología invertidas al sector salud manifestada en la Carta de Ottawa (1986).

La Carta de Ottawa presenta acciones, estrategias y propuestas para avanzar de forma significativa en el progreso y la promoción de la salud en las poblaciones entre ellas: 1) Elaborar una política pública saludable; 2) Crear entornos de apoyo; 3) Fortalecer la acción comunitaria; 4) Desarrollar las habilidades personales; y 5) Reorientar los servicios sanitarios. Concibiendo que la primera línea para alcanzar la salud es la promoción de la misma.

La Promoción de la Salud se define en esta carta como: “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren, devolviendo el control al ser humano sobre su vida, su existencia y su salud”. En esta nueva forma de alcanzar la salud, se le devuelve el poder de decisión al propio individuo *para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social*. De igual forma se reconoce que un individuo o un grupo debe ser capaz de *identificar y llevar a cabo aspiraciones para satisfacer sus necesidades, cambiar el entorno o adaptarse a él*. Aparece como un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales. En esta nueva concepción de salud, los determinantes sociales son tomados en cuenta y no sólo como responsabilidad del sector sanitario para lograr un óptimo estado de bienestar. De esta manera, se despega mínimamente la mirada de la salud institucionalista, a cargo de las instituciones de salud para devolverla al ser humano. Trabajar en la reciprocidad, el cuidado mutuo, de nuestras comunidades y nuestro ambiente natural.

El empoderamiento de las comunidades es clave para canalizar su salud como recurso colectivo para la vida. Dado que no es posible que una persona empodere a otra puesto que el empoderamiento como ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas es un acto personal, el cuidado del Otro no pretende empoderar a las personas, sino avanzar en procesos colectivos de ejercicio y desarrollo de las capacidades humanas de manera en que puedan diseñar de mejor manera sus proyectos, controlar y lograr mayores grados de autonomía en sus propios empeños y destinos. Una Promoción de la Salud empoderante, apoya el desarrollo individual y colectivo, aporta información, pone los instrumentos de la investigación y a planificación en manos de los Otros, potenciando así las capacidades humanas y las habilidades para la vida (Chapela, 2016).

Recordemos que las sociedades son complejas y están interrelacionadas y por lo tanto la salud no puede separarse de otros objetivos. La salud cambia de acuerdo a la construcción simbólica, económica, histórica y cultural de cada uno de nosotros. Para conceptualizar la salud y el cuidado, se necesita integrar al ser humano como una totalidad biológica y social, no individualizarlo o fragmentarlo; comprender los conceptos históricos, sociales, culturales, biológicos, psicológicos, entre otros, con los que se relaciona y que determinan las distintas saludes humanas; contemplar la enfermedad y la muerte, como procesos normales de los seres vivos que pueden concebirse desarrollándose en paralelo a la salud.

## 2.2 El cuidado como recurso para la vida

Cuidar es y será siempre indispensable no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo grupo social (Colliere, 2009:Primer párrafo).

La palabra Cuidar viene del ant. *Coidar* y este del lat. *Cogitāre* que significa *pensar*. (Real Academia Española, 2019). Su definición se refiere a poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, así mismo se define como asistir, guardar, conservar. La historia de los cuidados comienza con la historia de las especies y se consuma con la aparición del ser humano. El ser humano es un ser en proyecto hacia futuros viables (Chapela, 2015); cuidar es un acto de cualquier persona que ayuda al Otro para continuar su vida y preservar su especie o incluso dignificar su muerte alcanzando sus metas individuales y colectivas.

Martín Heidegger (2005) consideraba que el cuidado es una forma de lograr un cierto control del destino, de poseer la propia existencia. Consideraba que la falta de posesión de la existencia es la forma originaria de nuestro ser en el mundo. El cuidado desde tiempos ancestrales hasta esta época contemporánea no ha dejado de ser la parte esencial del ser humano, éste le acompaña permanentemente (Boff, 2002, pág.14)

El acto de protección y conservación a la vida comienza a modificarse con la separación bidimensional del cuidado. La aparición de la conciencia del bien y el mal, la

salud y la enfermedad como consecuencia del pecado se confía la vida y su curso al chamán y luego al sacerdote; a su vez se convierte en el custodio del orden social. Alrededor de estos cuerpos con poder material y simbólico, se desarrollaron otros, pero los médicos y jueces fueron los principales. Ellos decidían quién vivía y quien moría, lo que es bueno para uno y lo que no.

Se crea un conjunto de organizaciones sociales que dan origen a otras más dependientes de su poder de decisión. El cuidado -una actividad necesaria para la vida y para el servicio de la comunidad- torna parte de las decisiones de poder de estas organizaciones; se presenta como discurso y práctica oficial a partir de su institucionalización con la que varios países, entre ellos México, se comprometen a involucrar sus recursos ambientales, políticos y económicos para el fomento de la salud.

El discurso médico hegemónico se acentúa como custodio del orden social en el campo de la salud. Es posible, gracias a la construcción de concepciones moralistas, representaciones, significados y valores que concibe al cuidado de la vida, como la salud relacionada con la enfermedad. La práctica médica hegemónica incluye una representación de la salud, perteneciente a un paradigma médico-biológico. Donde los problemas y las soluciones se ven como individuales, objetivos, racionales y exclusivas de las instituciones médicas (Chapela, 2007).

La práctica del cuidado se contempla como el objetivo de la vida y no como el recurso para la vida. Insertándose en el campo del capitalismo y el neoliberalismo, se

define y se crea a partir de los intereses políticos-sociales de esta cultura. La prevención y promoción de la salud es el gancho perfecto para participar en este campo con la obtención de bienes para la conservación de la vida. El Estado y la Secretaría de Salud invierten en tecnología, recursos biológicos y humanos para asegurar la vida pese a la decisión de cada uno de ellos. La conservación de esta conceptualización de salud, por lo tanto, consiste en *mirar la propia salud*, ignorando cualquier determinante no biológico que influya o afecte de manera positiva o negativa el curso de la vida.

Al dejar a un lado cualquier determinante social que ayude a comprender el proceso de salud-enfermedad del ser humano, los oficios y las profesiones de la salud se encuentran en un solo camino bidimensional. En este campo de la salud no hay opciones, ni para el que cuida ni para el que se deja cuidar. La enfermería, por ejemplo, pone en mira su conocimiento en preservar la vida, en promocionar la salud, en aprender técnicas que ayuden a los Otros a continuar con su vida a pesar de lo doloroso e incómodo que puedan resultar. Incluso se presenta la enajenación de las capacidades humanas para contrarrestar la enfermedad y evitar la muerte.

El cuidado, visto como atención a la salud en manos de las grandes empresas es un peligro para el individuo y las comunidades. A pesar de los esfuerzos de las organizaciones cívicas y sociales no se han alcanzado metas que ayuden verdaderamente al individuo.

### 2.3 La profesionalización del cuidado y las cuidadoras

¿Cuál es el inicio de la práctica de enfermería? ¿En qué momento pasó de ser un acto que permite la continuidad de la existencia humana a un acto remunerado, moral y sin autonomía por quien lo practica y por quién deja que se lo practiquen?

Marie-Francois Colliere (2009) realiza una revisión documental sobre la construcción de la imagen de la enfermería. Relata una trayectoria histórica de la enfermería aludiendo al cuidado y cómo de cuidado pasó a profesión, a profesionalización para culminar en enfermería. A su vez, Patricia Casasa (2009) hace una investigación retrospectiva documental para obtener una explicación de la construcción histórica de la imagen simbólica de la enfermería. Ambas enfatizan que la práctica de cuidar es remota a tiempos antiguos. Conforme el tiempo, diversos determinantes (culturales y sociales principalmente) hacen de este acto el rol específico de la mujer responsable de la emergencia humana.

Para las civilizaciones antiguas, la salud y la enfermedad eran cuestiones divinas. La enfermedad les permitía añadir conocimiento sobre las prácticas curativas y muchas de estas prácticas eran llevadas por mujeres. Con la llegada del cristianismo, inicia una estructura hegemónica a cargo de la iglesia. Los sacerdotes deciden sobre el pronóstico del ser humano, el cuidado se significa como el camino para alcanzar la santidad.

La práctica moderna de atención a la salud y la práctica del cuidado se vuelve diligente, sumisa, sin reconocimiento y bajo la guianza del médico como encargado. En el Siglo XVIII se produjeron cambios fundamentales que dejaron al margen el ejercicio de la medicina nuevamente en las mujeres, nombradas enfermeras visitadoras o *hermanas de la caridad*. Fue a finales del Siglo XIX y comienzos del Siglo XX que los términos “enfermera” y “enfermero”, utilizado para el personal de la Asistencia Pública de París, relegaron al de “guarda de enfermos” o “cuidadores”, sin duda por ser el primero en introducirse a instancias del doctor Bourneville, en un texto legislativo: decretos del Consejo Municipal de París, que crean las cuatro primeras escuelas de enfermeras de la Asistencia Pública (1878-1894). Después de la promulgación de la ley de Combe en 1901, este término quedó definitivamente homologado por la circular del 28 de octubre de 1902, creando las escuelas de enfermeras en Francia.

Al inicio del Siglo XIX se reconoce a las enfermeras visitadoras como oficio. Esta apertura del trabajo de enfermería a las mujeres ofrece una salida decorosa rodeada de valoración social y moralidad. Inicia un proceso de enseñanza y con ello la creación de escuelas de enfermería; se demuestra, que dicha “actividad” no es un oficio, sino una profesión y disciplina encargada del cuidado. Profesión proviene del singular *Profesar*, significa creer; a partir de allí se enseña en lo que se cree. Pertenecer a una profesión es ser parte de una clase social que tiene un lugar determinado, en una jerarquía de poderes reguladores de la sociedad (Colliere, 2009).

La enfermería, al igual que otras profesiones, es fundada en la fe. Una creencia que se inculca en la población y que tiene como objetivo regular el orden social. Esa creencia permanece como inicio y fin de las interacciones sociales, regulando la experiencia del ser humano, definiendo qué persona es y qué sitio le corresponde dentro de determinado grupo social. En enfermería se cree que aquel que estudia esta profesión necesita de ciertas cualidades ligadas al misticismo cristiano, como grandeza de espíritu, generosidad, abnegación o amor por el prójimo, como desde 1963 mostró la encuesta realizada por la Asociación Nacional de Enfermeras Diplomadas por el Estado (Cit. En Colliere, 2009: ) De esta creencia deriva la homogeneización de las y los enfermeros dentro de un mismo modelo de obediencia y sumisión, insertándolo en el campo laboral como herramienta para la producción y consumo de capital.

Más allá de las determinaciones de la profesión, la construcción de la o el profesional (profesionalización) se construye por el rol de la enfermera.

La carrera de la enfermera [...] que ha nacido a partir de los instintos y de las leyes que rigen la condición humana, aparece como el eterno trámite que escolta nuestro destino y sus fatalidades desde el principio de los siglos. Frente al hombre herido por esta o aquella batalla de la vida, ella mantiene gestos donde se mezclan y se encuentran el sentido maternal, la caridad y el amor (Colliere, 2009:54).

Esta mujer de “noble corazón” se abre paso al campo de la medicina científica para poder “servir, auxiliar” al médico. La aparición de Florencia Nightingale abrió un parteaguas para el reconocimiento de los conocimientos que le pertenecían, sin embargo, la imagen simbólica de la enfermera no desapareció. En consecuencia, trajo consigo la transformación e institucionalización del acto de cuidar.

## 2.4 La Institucionalización y des-institucionalización del cuidado y la salud

Comenzó aproximadamente a principios del Siglo XIX, junto con el inicio del proceso de enseñanza. Se apertura el cambio de práctica médica libre hacia la medicina institucionalista. Surge la necesidad de crear escuelas que enseñen el cuidado técnico y servicios de salud dirigidos a la atención de la población; da origen a las escuelas de Enfermería con el objetivo de controlar las enfermedades contagiosas y epidemias que amenazaban la vida humana (Casasa, 2009).

Todas las instituciones llevan a cabo procesos pedagógicos y por tanto no están exentas de las funciones primordiales de la cultura capitalista descritas por los educadores radicales, entre los que se encuentra Giroux (2013:64-65): “1) la reproducción de la ideología dominante; 2) de sus formas de conocimiento y 3) la distribución de las habilidades necesarias para la reproducción de la división social del trabajo”. Desde esta perspectiva radical, las escuelas como instituciones sólo podrían ser entendidas a través de un análisis sobre su funcionalidad como instrumentos de reproducción social y cultural; es decir, cómo han legitimado la racionalidad capitalista y apoyan las prácticas sociales dominantes.

En las tres últimas décadas del Siglo XX comienza a tomar fuerza la idea de “fomentar y promocionar” la salud en México junto con un modelo higiénico - preventista y una serie de medidas para la mercantilización y privatización de los servicios de salud (Cerdeña, 2010). Bajo este concepto la enfermería profesional se crea mucho más que por

la naturaleza de su actividad, por la formación. Profesan la producción de las enfermedades dejando a un lado el interés en el objeto de estudio que causan estas enfermedades o malestares, lo que hace repensar si su objetivo está en la salud o en la enfermedad, la curación, la sanación, la tecnología o la mercantilización médica. Como ejemplo, la Organización Mundial de la Salud el 7 de abril de 1948 decretó la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” como cátedra para todos aquellos que se desenvuelven en este campo. La definición no ha sido modificada desde esa fecha y la práctica tampoco.

Actualmente el cuidado de la vida y la preservación de la salud se basa en la enseñanza del control del cuerpo, de la enajenación de las capacidades humanas al pasar el poder de decisión en manos de otros, en la mercantilización de los discursos oficiales de la salud, en las enfermedades y cómo curarlas. Ahora son los emisarios institucionales (los estudiantes de la salud, llámese médico, enfermero, promotor) quién decide qué es mejor para la vida de los Otros y qué es lo que tienen que hacer con la salud.

## 2.5 Ser humano, hegemonía y cuidado

El ser humano es un ser en proyecto; proyecta su mirada y su actuar a futuros viables, entre los que se encuentra la muerte misma que da sentido y significado a la vida (Heidegger, 2005). Al proyectar y actuar, el ser humano vive y preserva la vida. Cuidar

es un acto que ayuda a otros a diseñar sus proyectos con mayor o menor grado de autonomía y también ayuda a avanzar hacia ellos, por lo que participa en la ilusión de control del destino. De esta manera, cuidar del Otro es un acto de preservación de la vida y de mediación entre el Otro y su muerte digna.

Con la colonización de América el cristianismo se asentó como doctrina hegemónica mediadora entre la vida y la muerte. Durante la colonia y hasta nuestros días, el poder divino de salvar o condenar, se transmite a sacerdotes, médicos y jueces. Aún con la continua deserción de seguidores, hasta nuestros días la iglesia, los sacerdotes, los médicos y jueces siguen dictaminando el premio y castigo para los individuos, en forma de redención, curación, alivio, por un lado, y por otro de condena, dolor y muerte. Un ejemplo de la enajenación de la muerte por cuenta de los poderes hegemónicos, fue la aprehensión en Madrid de un señor de 69 años que ayudó a su esposa a morir casi inmovilizada por la esclerosis múltiple que padecía desde hacía 30 años. Desde hacía muchos años, la mujer le pidió que le ayudara a morir si la eutanasia y el suicidio asistido aún no estaban legalizados cuando ella ya no pudiera valerse por sí misma. “Los últimos años sufría mucho, los dolores eran insoportables” (Alfageme, 2019: 2). Ahora Ángel Hernández presenta una sentencia de la fiscalía Provincial de Madrid, quien pedía la prisión por cooperación en suicidio. Este acto de poder muestra que, aunque tengamos el derecho de morir y el poder para procurarnos la muerte, las estructuras sociales con sus poderes hegemónicos nos coartan ese derecho.

La salud en manos de las grandes empresas multinacionales son un peligro para el individuo y sus comunidades. A pesar de los esfuerzos de las organizaciones civiles y sociales, no han alcanzado metas que ayuden verdaderamente al que necesita de cuidados y al que presta sus servicios para realizar esta actividad.

El discurso médico hegemónico se continúa construyendo mediante concepciones moralistas, representaciones, significados y valores donde el cuidado se concibe siempre como la atención al individuo para prevenir, tratar o curar las enfermedades (Chapela, 2007). Esta ilusión médico-hegemónica obstaculiza una representación de la salud colectiva no biologizada. Los problemas y las soluciones en materia de salud, se continúan viendo individuales, objetivas, racionales y exclusivas de las instituciones médicas. El cuidado en nuestra época se sigue contemplando como el objetivo de vida y no como un recurso para la vida.

La práctica del cuidado sigue siendo diligente, sumisa y sin reconocimiento. Sólo unos cuantos *expertos* han logrado discursos críticos ante concepciones y prácticas colonizadas en materia de salud. Las escuelas que enseñan este modelo médico hegemónico siguen predominando. Tienen a ocultar la producción capitalista de las enfermedades, lo que nos obliga a reflexionar si el objetivo de las y los trabajadores de la salud está en la salud y la sanación o en la enfermedad, la curación, la tecnología o la mercantilización médica (Cerdeña, 2010) .

## 2.6 Conclusiones

Las definiciones habituales de salud son incompletas. Consideran los problemas de la salud desde un punto de vista individual y estático, cuando deberían considerar la colectividad y la historia. Recordar que somos seres colectivos, seres sociales y no individuales ayudará a comprender mejor las profesiones comprometidas con la salud.

El discurso médico hegemónico continúa construyéndose a través de las representaciones, significados y conceptos donde la salud se concibe como la atención al individuo para prevenir, tratar o curar las enfermedades (Chapela, 2007). Esta visión médico-hegemónica obstaculiza una representación de la salud enfocada en paradigmas transdisciplinarios y emancipadores, dando como resultado que los problemas globales de la salud sean tratados y resueltos de formas individuales, objetivas y racionales, lo que los hace proclives a su apropiación por las instituciones médicas. Es difícil dejar de contemplar la salud y el cuidado a la vida como objetivo y no como capacidad para la vida. Por ello, la práctica contemporánea de atención a la salud y la práctica del cuidado no cambian, siguen siendo diligentes, sumisas y sin reconocimiento profesional (Casasa, 2009)

Giroux menciona que cada institución lleva consigo un proceso pedagógico y por lo tanto no está exenta de las funciones primordiales de la cultura capitalista. Significa que mientras haya instituciones-escuelas que se encarguen de la formación en conocimiento,

ideología y habilidades de los profesionales de la salud, la reproducción de la cultura dominante no parará. La fuerza que toma la idea de “fomentar y promocionar” la salud como una mirada higiénico-preventista, junto con la mercantilización y privatización de los servicios de salud (Cerdeña, 2010) agrega características al perfil del profesional de salud y de la práctica de la salud. Sin embargo, existe literatura, como la presentada en esta investigación, en la que los expertos han podido entender el panorama y enseñar que es posible la emancipación de estas profesiones.

Profesar, por lo tanto, la producción de las enfermedades, el malestar, la curación, la sanación, la tecnología y la mercantilización médica hace pensar si el objetivo está en la salud o en la enfermedad. Actualmente la atención de la salud se basa en la enseñanza del control del cuerpo y de la enajenación de las capacidades humanas para ponerlas al servicio de las instituciones.

La toma de conciencia de esta enajenación ha sido el punto de partida en varios países para que profesionales de salud, políticos, administradores y académicos combinen paradigmas médico-biológicos, pedagógicos y sociológicos en propuestas más o menos enajenantes. Tal es el caso de la Primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, a la que no asistieron representantes de los países excluidos de la riqueza planetaria.

Me parece sensato, viable, saludable y esperanzador que el cuidado y la práctica de la salud tenga la posibilidad de discutirse, dialogarse y, por lo tanto, modificarse. Así

podríamos iniciar por las siguientes acciones, estrategias y propuestas para avanzar de forma significativa en el progreso de la promoción y práctica de la salud. Hacer énfasis en fortalecer la acción comunitaria y a través del ejercicio de las capacidades humanas, así, la propia persona será quien decida, crea y construya su propio proyecto inserto en el proyecto colectivo. En el siguiente capítulo reflexionaré sobre la situación actual de la salud institucionalizada y la enfermería en México.

### CAPÍTULO 3. LA SALUD MODERNA EN MÉXICO

El propósito de este capítulo es reflexionar sobre el objetivo de las instituciones de salud en México y su relación con la formación de las y los estudiantes de enfermería para su inserción en el campo laboral. Para lograr ese propósito, en la sección uno se realiza un breve resumen del recorrido histórico de la creación de las instituciones de salud en México y su objetivo hacia la protección social de los trabajadores y las trabajadoras. Se discute además que el eje central de dichas instituciones está en el fortalecimiento del ser humano a nivel de producción y de consumo, dejando atrás su concepción humana, tal como lo hemos abordado los primeros dos capítulos de esta comunicación. Se discute además en la sección dos, el uso de los hospitales como fábrica para la mercantilización de productos médicos y con ello la reproducción de la fuerza de trabajo. Dejando más o menos claro que la economía en el campo de la salud sitúa el trabajo enajenado como pilar para el *crecimiento y desarrollo* del país. En la sección tres, desarrollo la idea de que el componente principal del trabajo en el campo de la salud es el capital humano y cómo el trabajo de los profesionales de enfermería se encuentra influenciado por la competencia de los diferentes mercados que llevan al desgaste de las y los trabajadores propiciando la extensión horaria y la multiplicidad de empleos que imposibilita el tiempo para descansar, organizar y aprender. Termino el capítulo con la sección cuatro en donde presento las principales enfermedades de los trabajadores de enfermería. Afirmando que la práctica de la profesión de enfermería, al quedar reducida al modelo médico institucionalista como medio de producción y consumo, obliga al trabajador y a la

trabajadora a mantener su vida productiva, ocasionando un desequilibrio físico, social y mental.

### 3.1 Instituciones de salud en México dentro del modelo neoliberal

*Una de las motivaciones fundamentales de los seguros sociales es la de preservar la paz social, ya que es más fácil tratar con un trabajador que sabe que cuando llegue a viejo va a tener cubiertas sus principales necesidades, que con uno que, en la vejez, cuando sea excluido del trabajo, se verá en un total estado de indigencia.*  
Bismarck, 1881

Tras el movimiento revolucionario de 1910 el país exigía la protección a las clases más vulnerables (campesinos y obreros) surgiendo así los servicios médicos, insuficientes para cubrir a toda la población trabajadora. En 1915 la Ley del Trabajo de Yucatán hizo responsable al Estado del bienestar de los obreros. La Ley del Trabajo de Yucatán fomenta que los obreros integren una asociación mutualista para asegurarse en contra de los riesgos de vejez y muerte y obliga al patrón a contratar un seguro privado de riesgos profesionales (De la Cueva, 2009b).

En 1919, como producto del Tratado de Versalles que dio fin a la Primera Guerra Mundial, se constituye la Organización Internacional del Trabajo con el propósito de “promover el empleo y proteger a las personas”. Actualmente, los objetivos principales de la OIT son promover los derechos laborales, fomentar oportunidades de trabajo

decente, mejorar la protección social y fortalecer el diálogo al abordar los temas relacionados con el trabajo (Gernigon, Odero y Guido, 2000: 3).

Años más tarde, en 1925 se crea el Proyecto de Ley del Trabajo para el Distrito Federal, objetando la creación de una institución oficial de seguros contra riesgos de trabajo, con inscripción obligatoria de los trabajadores. Fue hasta enero de 1943 cuando Manuel Ávila Camacho publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Seguro Social. Instituto Mexicano del Seguro Social se propone garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica y la protección de los medios de subsistencia; de los trabajadores mediante una serie de medidas públicas que garanticen la seguridad del ingreso contra las privaciones económicas y sociales que ocasionarían la desaparición o una reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte.

Actualmente el sistema que rige los servicios de salud en México se denomina la Secretaría de Salud; ésta comprende un sector público y uno privado. En el sector público se encuentran las siguientes instituciones que brindan seguridad social y previsión social a los trabajadores dentro del área laboral: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR) como principales. Las instituciones y programas que atienden al resto de la población sin seguridad social, pero con asistencia social son: La Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades

(IMSS-O) y el Seguro Popular de Salud (SPS). Este sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gómez et al, 2011).

El sistema actual mexicano que brinda la seguridad social es consecuencia de la acción del movimiento obrero, los requerimientos del desarrollo capitalista del país y la política estatal de gestión de la fuerza de trabajo. Sin embargo, las concepciones de salud en el modelo neoliberal a cargo de los patrones persiguen otros objetivos; su eje central es el seguimiento del trabajador para fortalecer o incrementar el nivel de producción y de consumo.

Con este tipo de estructura para la prestación de servicios se origina la división básica de los trabajadores a quienes se les brinda la atención de la salud. En primer punto están los *privilegiados*, tienen una amplia cobertura de los servicios de salud. Pueden concurrir tanto a los servicios institucionales como a los privados, éstos usan las prestaciones de forma opcional. En segundo término, están los *marginados*. Tienen una cobertura muy limitada. Están sujetos de la acción preventiva de la salud pública; con prestaciones para asegurar su sobrevivencia. Por último, están los *asalariados*, su cobertura es totalmente institucional. Siguen programas de acción preventiva y la atención de la salud es a través de los principios teóricos estructurales de la Seguridad Social; como la universalidad, integralidad, unidad de acción, eficacia, expansividad y subsidiaridad (Molina, 1989).

La primera característica, menciona el doctor Gustavo Molina (1989), se refiere a la cobertura con prestaciones y servicios a toda la población de un país; la segunda, debe cubrir con prestaciones y servicios todas las necesidades generales de la población; la tercera, se refiere a la responsabilidad de la administración debe recaer en un solo organismo. En la cuarta característica, las prestaciones deben ser suficientes en cantidad, calidad y duración y otorgarse con la oportunidad debida; en la quinta, aunque implica una contradicción con los principios de universalidad e integralidad, no es posible la expansibilidad dada por la subjetividad de las actuaciones de las instituciones y por último la subsidiaridad se refiere a que el “primer responsable de la propia seguridad es el individuo y que el Estado solo debe intervenir cuando éste haya agotado todas sus instancias personales e informales de solidaridad” (*Ibíd.*: 29).

El sistema mexicano de Seguridad Social en la vida cotidiana tiene más deficiencias que oportunidades. La asistencia social que se brinda al resto de la población y a los trabajadores que se encuentran en un estado informal del trabajo solo está limitada a lograr los niveles mínimos de supervivencia dejando a un lado la previsión social y la seguridad social. Ocasionando que la calidad de vida de los trabajadores y sus familias no sea suficiente para satisfacer sus necesidades de alimento, vivienda, comunidad, escolares, servicios básicos, entre otros.

Con el Estado como aliado de las estructuras hegemónicas, se fortalece la cultura del capitalismo no sólo en la economía, también en el campo de la salud y con ello de

sus trabajadores. La calidad de vida, las prestaciones y servicios que alguna vez se lograron para el trabajo y para la vida, están por debajo, muy debajo de la economía política; olvidando que la economía está para servir a las personas y no las personas a la economía (Neef, 2006).

### 3.2 Los hospitales como fábrica del neoliberalismo

Las acciones desarrolladas basadas en el modelo higiénico – preventivo por las instituciones dan origen a la apertura de servicios de salud (hospitales, clínicas) como fábricas para la mercantilización de productos biomédicos, farmacéuticos, reproducción de la fuerza de trabajo basadas en competencias profesionales para conseguir el progreso de las sociedades.

La salud se presenta en la mayoría de los países como discurso oficial para el alcance de objetivos y encaminar el progreso de los países junto con la competencia económica. “La competencia implica siempre que un número limitado de personas obligue a la mayoría a hacer algo que le disgusta, sea trabajar más, alterar sus hábitos o desarrollar sus actividades con mayor tenacidad o atención” (Escalante, 2015:237) el medio para controlar este progreso son los hospitales y estancias que brindan cualquier servicio a la salud.

La economía incrustada en el campo de la salud sólo muestra la obsesión de la idea de desarrollo y crecimiento entre políticos y jefes dejando atrás el principio valórico que realmente sustenta la economía: “Ningún interés económico puede estar por encima de la reverencia por la vida” (Neef, 2005: Párr. 4). Así la salud en manos del patrón sólo es el reflejo de la nueva etapa que vivimos en la actualidad. La neoliberalización es el eje por el que se conducen políticos, empresarios y por ende el pueblo; la principal preocupación de este movimiento cultural, social e histórico no es el empleo ni la práctica de la salud, sino el crecimiento a toda costa.

Dentro de los puntos en los que se basa y se rige el neoliberalismo y con ellos los hospitales encontramos los siguientes: a) Privatización de activos públicos; b) Flexibilización del empleo; c) Liberalización del comercio internacional; d) Liberalización del mercado financiero y del movimiento global de capitales; e) Intensificación del mecanismo de mercado; f) Disminución de impuestos y del gasto público (Aguilar, 2019, pág. 37) Con estos postulados, la forma de pensar del capitalista es la búsqueda por el beneficio personal que conlleva al individualismo y dejando los grupos sociales, incluso se mira a la organización social como algo que tiene que ser abolido ya que se contrapone a las necesidades del capitalismo.

El neoliberalismo a diferencia del liberalismo “ya no pide la abstención absoluta del estado, no se trata de dejarlo fuera de los asuntos económicos, sino de transformarlo para sostener y expandir la lógica del mercado” (Aguilar, 2019:39). Por ello las políticas públicas abarcan temas como “estilos de vida saludables”, “promoción a la salud”,

“participación”, “alivio”, entre otras, llevándonos a una etapa donde todo se mercantiliza. Cada una de las cosas que se encuentran a nuestro alrededor tiene un precio, todo está a la venta y donde los grandes beneficiarios -aquellos que tienen más capital intercambiable- son los grupos empresariales. Los hospitales reproducen esta modernidad y quien tenga más servicios, más presupuesto, mejor tecnología para el alivio y la curación, es el mejor, pero también el más costoso. Con ello el más privatizado; no cualquier persona y/o trabajador entra fácilmente. Aquel trabajador que logra laborar en una institución de “prestigio” se encuentra con una serie de condiciones físicas y psicológicas que afectan positivamente o negativamente en la salud de las personas.

### 3.3 Trabajo y práctica de enfermería en México

El desarrollo económico de un país, explica el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INGEI) a través del Manual de Clasificación para actividades económicas, se produce a través de la actividad económica, entendida como el “conjunto de acciones realizadas por una unidad económica con el propósito de producir o proporcionar bienes y servicios que se intercambian por dinero u otros bienes o servicios”. Como ya se ha mencionado el crecimiento del país y con ello su población, responde a la idea de crecimiento cueste lo que cueste. Para saber si un país está teniendo un *óptimo crecimiento y desarrollo*, el sector económico comprende la actividad “económica”. Esta actividad económica atiende al tipo de proceso productivo para la obtención de bienes

materiales y de servicios del PIB<sup>6</sup> ; a su vez se dividen en sector primario, secundario y terciario.

El primer sector está conformado por las ramas productivas; el segundo constituido por las actividades económicas que transforman los recursos naturales y materias primas en productos de consumo; y el tercero es perteneciente a las actividades no productivas pero necesarias para el funcionamiento del país. México por su parte tiene una economía mixta (privada y estatal) y se conforman en 72 ramas económicas como lo muestra Tabla 1.

---

<sup>6</sup> El Producto Interno Bruto (PIB) se usa frecuentemente para medir el bienestar material de una sociedad, por lo que políticamente es usado como un indicador de la eficacia de las políticas aplicadas.

**TABLA 1. RAMAS ECONÓMICAS POR SECTOR ECONÓMICO**

|                   |                                    |   |                       |   |    |                                   |  |
|-------------------|------------------------------------|---|-----------------------|---|----|-----------------------------------|--|
| Sector Primario   | 1                                  | Agricultura                             |                       |   |    |                                   |  |
|                   | 2                                  | Ganadería                               |                       |   |    |                                   |  |
|                   | 3                                  | Silvicultura                            |                       |   |    |                                   |  |
|                   | 4                                  | Pesca                                   |                       |   |    |                                   |  |
| Sector Secundario | 5                                  | Carbón y sus derivados                  | 27                    | Prendas de vestir                         | 49 | Productos metálicos estructurales |  |
|                   | 6                                  | Extracción de petróleo y Gas Natural    | 28                    | Cuero y calzado                           | 50 | Otros productos metálicos         |  |
|                   | 7                                  | Minerales de Hierro                     | 29                    | Aserraderos, triplay y tableros           | 51 | Maquinaria y equipo no eléctrico  |  |
|                   | 8                                  | Minerales Metálicos no Ferrosos         | 30                    | Otros productos de madera                 | 52 | Maquinaria y aparatos eléctricos  |  |
|                   | 9                                  | Rocas, arenas y arcillas                | 31                    | Papel, cartón y sus productos             | 53 | Aparatos electro-domésticos       |  |
|                   | 10                                 | Otros minerales no metálicos            | 32                    | Imprentas y editoriales                   | 54 | Equipos y aparatos electrónicos   |  |
|                   | 11                                 | Productos cárnicos y lácticos           | 33                    | Refinación de petróleo                    | 55 | Equipos y aparatos eléctricos     |  |
|                   | 12                                 | Producción de Conservas alimenticias    | 34                    | Petroquímica básica                       | 56 | Vehículos automotores             |  |
|                   | 13                                 | Molienda de trigo y sus productos       | 35                    | Química básica                            | 57 | Carrocerías, Motores y autopartes |  |
|                   | 14                                 | Molienda de maíz y sus productos        | 36                    | Abonos y fertilizantes                    | 58 | Otros equipos de Transporte       |  |
|                   | 15                                 | Molienda de café                        | 37                    | Resinas sintéticas y fibras químicas      | 59 | Otras industrias manufactureras   |  |
|                   | 16                                 | Azúcar y sus derivados                  | 38                    | Productos farmacéuticos                   | 60 | Construcción e instalaciones      |  |
|                   | 17                                 | Aceites y grasas comestibles            | 39                    | Jabones, detergentes y cosméticos         | 61 | Electricidad, gas y agua          |  |
|                   | 18                                 | Alimentos preparados para animales      | 40                    | Otros productos químicos                  |    |                                   |  |
|                   | 19                                 | Otros productos alimenticios            | 41                    | Artículos de Hule                         |    |                                   |  |
|                   | 20                                 | Bebidas alcohólicas                     | 42                    | Artículos de plástico                     |    |                                   |  |
|                   | 21                                 | Cerveza y malta                         | 43                    | Vidrio y sus productos                    |    |                                   |  |
|                   | 22                                 | Refrescos y bebidas embotelladas        | 44                    | Cemento y sus productos                   |    |                                   |  |
|                   | 23                                 | Beneficio de tabaco y sus productos     | 45                    | Otros productos de minerales no metálicos |    |                                   |  |
|                   | 24                                 | Hilados y tejidos de fibras blandas     | 46                    | Ind. Básicas de hierro y acero            |    |                                   |  |
|                   | 25                                 | Hilados y tejidos de fibras duras       | 47                    | Ind. Básicas de metales no ferrosos       |    |                                   |  |
|                   | 26                                 | Otros productos textiles                | 48                    | Muebles metálicos                         |    |                                   |  |
|                   | Sector terciario                   | 62                                      | Comercio              |   |    |                                   |  |
|                   |                                    | 63                                      | Restaurants y hoteles |   |    |                                   |  |
|                   |                                    | 64                                      | Transportes           |   |    |                                   |  |
|                   |                                    | 65                                      | Comunicaciones        |   |    |                                   |  |
| 66                |                                    | Servicios financieros y de seguros      |                       |   |    |                                   |  |
| 67                |                                    | Actividades inmobiliarias y de alquiler |                       |   |    |                                   |  |
| 68                |                                    | Servicios profesionales y personales    |                       |   |    |                                   |  |
| 69                |                                    | Servicios de educación e investigación  |                       |   |    |                                   |  |
| 70                |                                    | Servicios médicos y asistencia social   |                       |   |    |                                   |  |
| 71                |                                    | Servicios de esparcimiento              |                       |   |    |                                   |  |
| 72                | Otro servicio incluye org. Y asoc. |   |                       |   |    |                                   |  |

Fuente: INEGI. (s/a). Clasificación para actividades económicas. Recuperado el 25 de enero de 2021.

En México, el sector servicios o terciario es el mayor componente del PIB. El INEGI (2020) reporta hasta el tercer trimestre del 2020 un PIB de casi 11 millones de pesos en actividades terciarias; seguido por el sector industrial con 5 millones de pesos y por último

el sector agrícola con sólo 636 millones. Por lo tanto, este sector es el que genera más empleos en el país.

En el caso específico del trabajo de enfermería, este sector comprende unidades económicas dedicadas a proporcionar servicios de cuidados de la salud y asistencia social. La función primordial de producción, de las actividades económicas incluidas en este sector, tiene como componente principal el capital humano. El catálogo de Clasificación para Actividades Económicas del INEGI (s/a) menciona que varias de las actividades económicas del sector servicios fueron definidas con base en el nivel de estudios del personal que lleva a cabo dichas actividades. Otro componente de la función de producción son las instalaciones y el equipo con que deben contar las unidades económicas y que se mencionó en el apartado anterior.

Todo el recurso humano en su mayoría (médico, de enfermería, trabajo social, administrativo, entre otros) busca laborar dentro de estas instituciones. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en la Universidad Autónoma de Tlaxcala con 89 egresados de la Lic. En Enfermería de diferentes generaciones con una muestra probabilística aleatoria simple. Los resultados arrojaron que el 85% de los egresados laboran en ámbito hospitalario, y de ellos el 66% se ubican en hospitales de 2° y 3.º nivel de atención; el 17% laboran en unidades del 1.º nivel del sector público, el 9% lo hacen en unidades médicas asistenciales privadas, el 6% en instituciones educativas (Juárez *et al.*, 2015).

Al estar inmersos en las instituciones de salud parece ser no es lo que esperaban. Esta afirmación se basa en un estudio en la Facultad de Enfermería de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Brasil) en 2017 donde se hizo una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Los participantes resaltan, en cuanto a la profesión, el poco reconocimiento profesional y el desprestigio social de la enfermería que se relaciona con cuestiones histórico-sociales, cultural, religioso, económico y político. (Dantas de Oliveira Souza, *et al.*, 2017). Sin embargo, pensar en laborar en algo diferente a las instituciones de salud resulta difícil, hay quien lo logra y vive de ello y se sienten satisfechos de controlar su trabajo y con ello el ejercicio libre de sus capacidades humanas y autonomía, pero aquellos que se quedan dentro del sistema de salud parecen normalizar la carga de trabajo que viven día a día.

El trabajo que se encuentra influenciado por la competencia de los diferentes mercados lleva en muchas ocasiones el desgaste de los trabajadores en el mantenimiento de la actividad productiva, con bajas remuneraciones, pero con exceso de trabajo. El estándar de vida que busca la persona para sí o para su familia en torno al constructo consumista, da paso al surgimiento de la extensión horaria, la multiplicidad de empleos y los empleos informales. (Següel, Valenzuela y Sanhueza, 2015:párr.1).

La época actual contemporánea muestra cambios políticos-sociales que han llevado a la adaptación del trabajo de enfermería, disminuyendo la calidad de las condiciones laborales. En Brasil, por ejemplo, se ofrecen ingresos de acuerdo a las horas trabajadas y las dobles jornadas haciendo que los mismos trabajadores manifiesten falta

de tiempo para descansar, organizar y aprender (Aparecida y Navarro, 2006). Del ambiente laboral se reporta en la literatura como impositivo, inflexible, falta de reconocimiento y lleno de normas incuestionables (Següel, Valenzuela y Sanhueza, 2015). La competencia es la principal característica que se da entre colegas, llevando a la desvalorización del personal de enfermería y con ello a la violencia simbólica, la desmotivación del grupo de trabajo y desintegración profesional (Covarrubias, Salas y Escobar, 2015).

La práctica enfermera al quedar reducida al manejo de las enfermedades y la curación como medio de producción y consumo se rige bajo la conciencia de que todo trabajo en donde se ejerce violencia simbólica es un trabajo en las redes de intercambio de capital y en las relaciones de poder (Chapela y Cerda, 2010). Por lo tanto, la colectividad ya no está presente en la nueva imagen de el o la enfermera, la tecnología, la competitividad, la globalización y la estructura hegemónica son la mayor influencia de esta profesión llevándole a complicaciones físicas, mentales, sociales e individuales.

### 3.4 Enfermedades profesionales en enfermería del siglo XX

Los cambios políticos y sociales de la época contemporánea han llevado a la degradación de la calidad de las condiciones laborales del trabajo de enfermería, aumentando las exigencias del mismo como si anteriormente no hubiera sido ya una profesión demandante. Sin embargo, al correr del tiempo el reconocimiento profesional no ha aumentado, sigue siendo una profesión impositiva, inflexible y llena de normas

incuestionables (Següel, Valenzuela y Sanhueza, 2015). Los trabajadores de la salud siguen siendo regulados en cuanto horas, días, ritmo, sueldos, derechos y obligaciones, sometidos a la estricta supervisión y a la organización hegemónica del trabajo convirtiéndose en un grupo semejante al consenso que reproduce el poder médico-hegemónico<sup>7</sup>, enterrando la colectividad y el compañerismo causando la desmotivación del grupo de trabajo y la desintegración profesional (Covarrubias, Salas y Escobar, 2015).

El mantenimiento de la actividad productiva en el personal de enfermería, acarrea daños a la salud física y psicológica. Como enfermedades músculo-esqueléticas, trastornos gastrointestinales, sentimientos de impotencia, frustración, tristeza, problemas de sueño, dificultad en las percepciones, ansiedad, cansancio, fatiga, irritabilidad, falta de concentración, depresión, pesimismo, falta de comunicación, baja productividad, falta de creatividad y síndrome de Burnout (Batista, Casquel y Aparecido, 2010).

En cuanto al trabajo en turnos genera consecuencias que van más allá de lo laboral; los riesgos de las actividades extenuantes en este sistema se han manifestado frecuentemente cuando las enfermeras retornan a sus hogares, especialmente aquellas que conducen, pues han reportado momentos de somnolencia, poniendo en riesgo sus

---

<sup>7</sup> Chapela M.C. (2013) cita a Gramsci en su libro "Promoción de la Salud y Emancipación". Él explica que el principal objetivo de la *dominación* es tomar y retener tanto poder como sea factible y al mismo tiempo buscar de manera constante apropiación del poder a través de consenso o coerción. La coerción o consenso se da gracias a la imposición de valores, conocimientos y prácticas (se conoce como dirección cultural) que actúan a través del uso de la violencia simbólica para imponer valores, conocimientos y prácticas que llevan a la subordinación. Estos valores, conocimientos y prácticas son seleccionados por una sola clase (hegemónica) y son impuestos a las otras clases (subordinados) en la medida en que los subordinados aceptan y apoyan dan paso al refuerzo del poder hegemónico. El consenso por lo tanto "es un estado de aceptación de la dominación por parte de los grupos subordinados de la sociedad"

vidas y las de los transeúntes (Scott, *et al.*, 2007) sin embargo, muchas de estos daños no se consideran enfermedades profesionales a pesar de la afección que tienen sobre la o el enfermero.

La enfermedad profesional designa toda enfermedad contraída por la exposición de factores de riesgo o exigencia que resulte de la actividad laboral (Gernigon, Odero y Guido, 2000). La Ley Federal del Trabajo en el artículo 513, retoma la información de la Tabla de Enfermedades de Trabajo e incorpora la relativa a otros 112 padecimientos para totalizar en 161 enfermedades de trabajo. Sin embargo, dicha tabla no se ha modificado desde la fecha de su publicación en el año 1970.

Algunos padecimientos no biológicos han sido investigados y documentados ampliamente en la literatura médica como el burnout o síndrome del trabajador quemado; el mobbing o acoso psicológico en el trabajo; el karoshi o muerte repentina por agotamiento; y el karojisatsu o suicidio profesional. El estrés psíquico, el contacto con enfermedades transmisibles y la violencia son quizás los principales riesgos de los trabajadores de la salud, además, que se potencializan estando en un área u otra de los servicios de salud (Jiménez y Pavés, 2015)

Las enfermedades psicosociales son el auge de este siglo. Y el error más grande que se está cometiendo es tratar estas enfermedades contemporáneas en el paradigma médico - biológico. Cuando el concepto de enfermedad mental sirve principalmente “para ocultar el hecho de que la vida es, para la mayoría de la gente, una lucha continua, no

por la supervivencia biológica, sino por encontrar un lugar bajo el sol, por alcanzar la paz del espíritu o algún otro valor” (Szasz, 1970: 21)

### 3.5 Conclusiones

En México no existe un sistema de protección y seguridad social que vele por la calidad de vida de los trabajadores. Considero que es más un “estímulo” para aquellos que aportan su fuerza de trabajo para la producción y consumo de capital, como sucede a los trabajadores asalariados y privilegiados. El problema que visualizo, es que al dejar la salud en manos de los patronos se retrocede y se reduce toda una historia de lucha por la dignificación del hombre dentro de este proceso laboral.

La economía dentro del campo de la salud se conceptualiza como el seguimiento para fortalecer o incrementar el nivel de producción y de consumo. Por lo tanto, las políticas públicas del país se reducen a temas mercantiles como estilos de vida saludables, promoción y prevención de la salud, participación, alivio y curación, dejando a un extremo la concepción de salud, por ejemplo, como capacidad humana corporeizada tal y como se expone en el capítulo anterior. La apertura de hospitales y clínicas como fábricas del neoliberalismo brinda la mercantilización de productos biomédicos, farmacéuticos, tecnológicos y con ellos la mercantilización del trabajador o trabajadora, su recurso más valioso. Las habilidades y aptitudes, se incrustan no solo en el proceso pedagógico, sino en su formación técnica para congeniar con este nuevo proceso de

trabajo. Cuando logra ingresar a una institución de salud, sea pública o privada, se enfrenta a riesgos y exigencias que ponen en peligro su estabilidad física, biológica, mental y social.

Las diversas enfermedades que se registran en la literatura son producto del trabajo influenciado por la competencia de los diferentes mercados, llevando al agotamiento de los trabajadores en el mantenimiento de la actividad productiva para alcanzar un estilo de vida digno de ellos.

Sin ninguna institución de salud que responda por las necesidades para el cuidado de la vida de las y los trabajadores en la actualidad, la concepción del trabajador no será vista ni concebida de otra forma más que biológica. Afirmo que es necesaria la incorporación de la reflexión crítica desde la formación estudiantil para quienes practican la atención a la salud y para quienes la reciben. Que sean ellos quienes tomen el poder de decisión (*capacidad faber*) sobre su salud y acorde al ejercicio autónomo de sus capacidades humanas y la relación que los trabajadores tienen desde sus diferentes espacios sociales.

## CAPÍTULO 4. DE LA TEORÍA AL MÉTODO

Una vez planteada la teoría en los primeros tres capítulos, procedo a presentar en este capítulo el procedimiento utilizado en la investigación. El propósito de este capítulo es exponer y argumentar el uso de la metodología cualitativa para responder a la pregunta de investigación planteada dada las cualidades peculiares de estas metodologías. En el primer apartado expongo el problema de la realidad: la enajenación del trabajo de las enfermeras y los enfermeros, la subordinación de sus capacidades humanas el conflicto entre su propia identidad propia y la identidad simbólica de enfermería, lo que ocasiona un debilitamiento de su capacidad saludable. Enseguida justifico el uso de historias de vida como herramienta de recolección de datos, permitiendo que las participantes compartan sus recuerdos sin inducir respuestas. Procedo a describir cómo fui por la información, qué ventajas y qué obstáculos enfrente durante el contacto de las cuatro enfermeras entrevistadas. Cuál fue el material utilizado y cuál fue la guía general para recolectar la información. Narro cómo procedieron cada una de las entrevistas. Termino este apartado exponiendo como se elaboró y analizó la información para después construir datos que sustenten las proposiciones que coloco en esta Idónea Comunicación de Resultados.

#### 4.1 El problema de la realidad y el problema de conocimiento

En el momento histórico actual, los trabajadores de la salud, en particular los enfermeros y enfermeras, cada vez más pierden el control de su trabajo y las exigencias laborales aumentan. A pesar de la introducción de nuevas tecnologías, la formalidad en el trabajo, la incorporación de las nuevas modalidades de empleo, el avance científico, docente, práctico y cultural de esta profesión, la enajenación de sus capacidades humanas, la violencia simbólica como parte de su formación y el conflicto que surge de la imposición de la identidad de enfermería con la identidad propia del trabajador, generan problemas en su salud como consecuencia del mantenimiento de la actividad productiva a la que se enfrentan, afectando la dignificación de las y los trabajadores (Bautista, Casque y Aparecido, 2010). La organización del trabajo, la estricta supervisión de los mandos, la prevalencia de la carga de la identidad de enfermería, el estrés psíquico al que se someten día tras día, son factores que contribuyen al desarrollo de atribuciones, afecciones y enfermedades en los trabajadores (Bordignon y Monteiro, 2018).

Por lo tanto, el problema que deseo estudiar es la construcción y normalización de la subordinación como antecedente de la enajenación del trabajo de las trabajadoras y trabajadores de la profesión de enfermería. La pregunta que orienta a esta idónea comunicación de resultados es la siguiente ¿Cómo sucede la participación de las capacidades humanas en la subordinación, enajenación del trabajo y posibilidad de emancipación individual y colectiva profesional de la enfermería?

Se estudió el ejercicio de las capacidades humanas como condición fundamental de la práctica humana para alcanzar la emancipación colectiva con los trabajadores, partiendo de la definición de salud como “capacidad humana corporeizada para concebir, decidir y concretar futuros viables” (Chapela y Consejo, 2010:100) como base para el análisis del trabajo y salud de las y los trabajadores de enfermería con el objetivo principal de identificar algunos elementos del ejercicio de las capacidades humanas en la construcción de la subordinación y enajenación del trabajo y sus contextos a partir de historias de vida de los trabajadores y trabajadoras de la salud.

#### 4.2 Metodologías cualitativas

Para comprender la construcción de un individuo y sus riesgos, hay que comprender en qué medida la historia influye en la producción de subjetividades; cuáles son las mediaciones que conducen de la historia social a la personal y cómo finalmente las contradicciones sociales<sup>8</sup> pueden producir conflictos. D. Sharim (1999) escribe sobre la existencia de contradicciones en estos espacios de la articulación de lo social y lo individual. Para llegar a su conocimiento recurrí al análisis de relatos de vida que me ayudaran a comprender la relación de una situación portadora de contradicciones.

---

<sup>8</sup> D. Sharim (1999) pone especial atención en los agentes mediadores; la familia, la escuela, el barrio, la comunidad, el trabajo, entre otros.

Opté por la metodología cualitativa para responder a la pregunta de investigación planteada, dada sus cualidades para incursionar en la subjetividad de las personas y sus mundos. Usar la metodología cualitativa nos “brinda una aproximación al mundo, a los fenómenos, a los procesos, a los momentos rutinarios y problemáticos de la vida de las personas y trata de interpretarlos y darles sentido” (Martínez, 2011:7).

El método de recolección de información que se utilizó en esta investigación fue la recopilación de historias de vida de cuatro enfermeras. Estas historias dieron cuenta de prácticas humanas y nos permitió comprender los procesos sociales inmiscuidos en ellas, analizándolos e integrándolos en un comportamiento singular. La utilización de este método es creadora y productora de fuentes para el estudio de cómo los individuos perciben y/o son afectados por los diferentes contextos históricos de su tiempo, interesantes todos estos para contextualizar y comprender las “percepciones que rescatan la subjetividad, la individualidad y con ello la colectividad de los actores y participantes de la historia” (Collado, 1994:13).

#### 4.3 Ir por la información

Entrevisté a cuatro enfermeras de instituciones públicas y privadas de salud, sin importar rango de edad, antigüedad laboral, cargo, área o servicio de salud; esto con base en lo que menciona Collado Herrera (*ibid*:15): “No necesita de la construcción de un universo representativo; ella [quien investiga] decide a quién entrevistar y establece sus redes de

informantes con base en aspectos cualitativos”. Siguiendo a Collado Herrera, consideré a cada una de las personas entrevistadas representativa del contexto en que se desarrollan, pues dicho contexto la construye. La comprensión lograda con la interpretación de la información recabada, pretende buscar alternativas y soluciones para la problemática identificada e incluso otras que puedan surgir después del diálogo que se efectuó.

Dado que la finalidad de las entrevistas era la construcción de historias orales, las realicé en la modalidad abierta y sin preguntas orientadoras. El objetivo principal de la historia oral es perpetuar el conocimiento de sucesos históricos tal y como fueron percibidos por los participantes. Prafraseando a Camarena Ocampo, Morales Lersch, y Necochea, (1994), “[...las enfermeras trabajadoras en los servicios de salud] los habitantes de los pueblos son [las] los actores de la historia y que sin [ellas] ellos no habría historia”. Propiciar que las enfermeras narren sus historias, brinda el rescate de testimonios orales sobre las experiencias y las vivencias de historias de las que son las protagonistas.

La diversidad de experiencias enriquece la investigación, cada punto de vista refleja la visión que el protagonista tiene del mundo al que pertenece. Si deseamos comprender al mundo al que pertenecemos lo hacemos a través de las historias del pueblo (Camarena Ocampo, Morales Lersch, y Necochea, 1994). De esta manera podemos conocer el pasado para saber qué y cómo está afectado nuestro presente; las

historias orales permiten abstraer información y entendimiento sobre las relaciones de los espacios sociales.

Se realizó una guía para la preparación de las entrevistas tomando como referencia los capítulos 4 y 5 del libro “Reconstruyendo nuestro pasado” de Camarena Ocampo, Morales Lersch y Necoechea (1994).

## Material

Se utilizó una computadora Dell Inc. Inspiron 5559 con el programa de Grabadora de Voz 10.2008.0.0. Se optó por tal herramienta dado la capacidad de memoria (128Gb) y una alta sensibilidad para la voz.

## Presentación

El éxito del primer contacto dependerá de cómo nos presentamos y cómo explicamos lo que queremos hacer, no existen reglas ni fórmulas, lo importante es siempre ser francos y sencillos.

La presentación comprendió las siguientes especificaciones:

- 1) ¿Quién Soy y quién me envía?
- 2) ¿Cuál es el tema de la investigación?
- 3) ¿Por qué es importante para la comunidad?
- 4) ¿Por qué la persona es importante para la investigación?
- 5) ¿Qué hacer con la información?
- 6) Pedir permiso para grabar la entrevista y para usar el material que resulte
- 7) Qué prometo regresarle a esa persona y a la comunidad de lo que resulte de la investigación

## Guía para la entrevista

Los autores recomiendan que en la primera sesión se lleve a cabo una entrevista biográfica, de esta manera conocemos mejor a la persona, detectamos su participación y podemos relacionar sus experiencias y en las siguientes sesiones profundizar sobre los acontecimientos que nos interesa sin perder de vista el contexto de la vida de la persona. Sin embargo, las primeras sesiones se iniciaron con el diálogo de su ambiente laboral, las relaciones personales e interpersonales, escuela, primer trabajo y al final se tocaron los temas de infancia, juventud, familia, salud individual y colectiva, enfermedad y muerte.

## Cómo procedieron las entrevistas

Resulta difícil obtener una entrevista en tiempos de emergencia sanitaria por el virus SARS-CoV-2 o COVID-19, lo que fue el contexto de la investigación que aquí se reporta. Las personas que se dedican al sector salud toman medidas estrictas para el encuentro personal por lo que se reduce la gente que desea participar. Dada esta limitante se entrevistó solo a una enfermera que se encuentra laborando clínicamente y con la aplicación de las dos dosis de la vacuna Pfizer. También decidieron participar dos enfermeras jubiladas; la tercera enfermera renunció a su trabajo institucional por cuenta propia hace más de seis meses. Se programaron de dos a tres sesiones por persona. Las últimas sesiones se retrasaron en las últimas enfermeras dada la reacción agresiva de la vacuna de COVID-19. Se tuvo que esperar a que la salud de las enfermeras mejorara. Una vez recuperadas se concretaron las entrevistas sin mayor demora.

Una de las enfermeras tuvo temor a perder su contrato laboral y con ello la estabilidad económica que el mismo trabajo le ha brindado; por ello, y por ser un principio ético fundamental para los trabajos cualitativos, se le aseguró la confidencialidad y el anonimato mediante la omisión de nombres y su reemplazo por seudónimos. Aunque este temor no se produjo en el resto de las participantes y las entrevistas fueron grabadas sin ningún problema, se aseguró para todas la misma confidencialidad y anonimato. Otro obstáculo fueron las actividades extra laborales, ya que la mayoría son amas de casa y tenían que aprovechar el día para llevarlas a cabo. Esto hizo difícil agendar las entrevistas, mismas que se llevaron a cabo en varias sesiones con extensión de tiempo restringida.

La cercanía del domicilio de las enfermeras al mío, facilitó las visitas repetidas, el traslado fue más seguro y el riesgo por contagio de COVID-19 menor. El entusiasmo de las cuatro trabajadoras por participar fue un estímulo para mí, pues logramos conversar y plasmar emociones, historias y con ello las cicatrices que el camino fue forjando en cada una. Si bien las cuatro historias son similares a primera vista, discrepan en cada uno de los espacios de interrelación individual y social que conviene desglosar para así comprender mejor la historia de la construcción de la persona y los posibles conflictos que surgieron de estos escenarios.

#### 4.4 Elaborar y analizar la información

La elaboración y el análisis se hicieron por medio del razonamiento dialéctico, ya que la subjetividad de la palabra debe ser estudiada, rescatada, incorporada al discurso científico reflejando “la verdad del corazón humano” (Portelli, 1988).

Una vez transcritas cada una de las historias se llevó a cabo un análisis preliminar de la siguiente manera: 1) Se detectaron los temas principales de cada una de las historias. Por ejemplo: familia, escuelas, infancia, juventud, violencia, estrés laboral, satisfacción laboral, construcción de la identidad de enfermería, construcción de la identidad personal, trabajo en equipo, relaciones sociales, entre otros temas; 2) Se le asignó un color específico a cada uno de ellos. De esta manera visualmente se pudo detectar con mayor rapidez y fluidez dichos temas para la redacción del origen, el anteproyecto, la construcción de la identidad personal y colectiva, la presencia de contradicciones sociales e incluso la construcción del proyecto de cada una de ellas.

Se muestran en el siguiente capítulo, fragmentos identificados que resultan de interés para la investigación y el discurso de las entrevistas como presentación de los actores de esta historia, quiénes son y quiénes quisieron ser son las principales preguntas que responden las siguientes líneas.

## 4.5 Conclusiones

Utilizar la historia oral como herramienta para la recuperación de información que me permitiera atender al problema de esta investigación, me permitió revelar algunas características constitutivas de las influencias recibidas para la construcción de las ideas y prácticas de la vida de las enfermeras entrevistadas. Gracias a esta herramienta, pude reconstruir el contexto y las subjetividades relativas a los propósitos de esta investigación y reflexionar sobre las estrategias de enfrentamiento a los problemas biológicos, sociales, culturales, espirituales, entre otros, que han desarrollado las cuatro enfermeras.

La historia oral me permitió descubrir tradiciones, mitos y costumbres que forman parte de la identidad colectiva de las enfermeras entrevistadas. A su vez, me permitió indagar sobre aspectos del trabajo enfermero que no aparecen en la literatura académica, pero sí en la experiencia personal; aspectos tales como miedos, duelo y muerte, relacionados, por ejemplo, con experiencias personales como es el caso de las vivencias durante la pandemia por COVID-19. Los resultados de la interpretación de las historias orales, confirman el postulado de Hobsbawm (1991:12): *al estudiar al hombre se estudia a la sociedad y viceversa*.

## CAPÍTULO 5. HISTORIAS DE VIDA

El propósito de este capítulo es presentar a Lupita, Alejandra, Amalia y Alicia, las protagonistas de esta historia. Se muestra quiénes son, de dónde vienen, qué consideran que les hace ser ellas y no otros, cuál fue la razón por la que decidieron ser trabajadoras de enfermería y no de otro oficio o profesión. Se plasman recuerdos, experiencias agradables y desagradables que tuvieron a través de los años. Se muestran las palabras inscritas en ellas en los diferentes espacios de articulación de la palabra como aquella cicatriz que marca y dirige su proyecto de vida. Con sus historias pude construir el contexto para la interpretación de la información que da lugar al siguiente capítulo.

### 5.1 LUPITA

Lupita tiene 28 años, actualmente vive en el Estado de México y ha estado muchos años viviendo en ese lugar, vive con su mamá y con su esposa que son su motor para lograr cada una de sus metas. Ella es alta, corpulenta con un tono de voz fuerte y una mirada imponente que le ha traído problemas en las relaciones con sus compañeras como ella lo relata, sin embargo, al estar en su casa, sentadas en la barra de su cocina se torna un ambiente tranquilo y en silencio, a lado de nosotras solo se oye el correr del agua de su pecera y el tintineo del cascabel de su gato Naranja acompañado del olor a piloncillo que su novia ha puesto para hacer aún más grato el momento.

Lupita acababa de salir de guardia del Instituto donde labora como enfermera general no obstante se veía radiante, fresca y de un humor característico de ella. La entrevista duró aproximadamente tres horas y media divididas en tres sesiones que se fueron a la velocidad de la luz, en todas las sesiones empezamos a conversar sobre el día a día y nos fuimos inmiscuyendo en las entrevistas a lo que pedí permiso para grabar lo que estábamos conversando, gracias a las grabaciones que se permitieron es que rescatamos lo que a continuación relataré.

### Orígenes

Conocí a Lupita en el Centro de Bachillerato Tecnológico que se encuentra en el Municipio de Chalco en el pueblo de Miraflores, sabía de sus orígenes. Ella nació el 23 de junio de 1992 en Coyoacán, Distrito Federal. Vivió un tiempo en Iztapalapa cerca del Cerro de la Estrella, recuerda que era una casa muy chica pero muy bonita y agradable. Tempranamente sus padres se separaron y tuvieron que irse con su abuelita materna a vivir, desde ese momento, Lupita se enfrenta a las dificultades de las consecuencias de una ideología patriarcal, donde su padre no cumple con el mínimo deber de proveer a su familia, su madre, por lo tanto, se ve en la necesidad de trabajar y dejarlas al cuidado de su abuelita que también trabajaba.

La infancia de Lupita fue dura, siempre mudándose de casa y acoplándose a la gente. Ella y su hermana se acostumbraron a estar solitas desde muy pequeñas. La violencia a la que se enfrentan fue aún peor por parte de los hombres que asumen su

masculinidad como significado de someter y agredir el cuerpo de las mujeres, por ello, Lupita se hizo responsable de la seguridad de ambas, siempre consciente del peligro que ella y su hermana corrían.

*Nuestra infancia fue algo dura porque teníamos que defendernos [...] Mi hermana me dice que ella se acuerda que cuando ella le hablaba a alguien más que no conocía que la quitaba luego, luego, de hecho, me felicita el día de las madres mi hermana y ella siempre me manda sus mensajitos.*

Al entrar a la primaria el intercambio de sentidos y significados resultó lo mismo. Lupita y su hermana se enfrentan a la humillación y a los castigos de la maestra a su cargo. Se enfrentan a la violencia simbólica y física por parte de la autoridad, agrediendo el cuerpo de su hermana y el de ella, transmitiendo el mensaje de poder-sumisión; el que tiene más poder es el jefe, los que no tienen tanto poder son los sumisos.

Henry Giroux (2013) escribe sobre esta relación de poder-subordinación en las escuelas y sobre las conductas de oposición a estos grupos de poder o hegemónicos. Las escuelas no están exentas de las funciones primordiales de la ideología capitalista y funcionan como reproductores sociales y culturales apoyando las prácticas sociales dominantes para insertarlos sin ningún problema al campo laboral. Los maestros pueden ser conscientes de este sistema social o no, sin embargo, el maltrato hacia los alumnos crea sujetos obedientes, que no cuestionen el orden, disminuyendo el poder de emancipación en muchos de ellos.

Giroux también escribe que puede suceder lo contrario frente a los mismos espacios de articulación, pueden aparecer conductas de resistencia, de oposición, de rechazo y cuestionamiento. Menciona que son conductas frente a las obligaciones cotidianas que surgen de la acción emancipadora y tienen por objeto desarticular las formas de dominación explícita o implícita del sistema escolar. Eso distingue al ser humano, la semilla del cuestionamiento y solo así tiene la posibilidad de emanciparse de las situaciones de violencia, injusticia y subordinación.

En el caso de Lupita se despierta la resistencia hacia los grupos hegemónicos, conducta que se refleja desde ese momento y que desarrolla a lo largo de su infancia y adolescencia. La última vez que se cambiaron de casa al Estado de México, lugar donde vive actualmente, fueron protagonistas de un robo en la que Lupita a su corta edad fue capaz de defenderse y oponerse a las personas que le quisieron dañar, desarrollando en ella una conducta de resistencia. Resultaron más influyentes los espacios de articulación con su núcleo familiar en la construcción de Lupita para el resto de su juventud.

*Pues mi personalidad en ocasiones es muy combativa, o sea a mí las injusticias como que no las tolero [...] De verdad Michelle tuvo muchos problemas y creo que tú me conociste bien, muchos problemas con respecto a mi actitud.*

La influencia de su padre en el núcleo social de Lupita fue tal que piensa que la educación que le dieron desde la casa predispone el comportamiento en la vida laboral. Incluso lo

que te define como persona no es el grado de estudios sino la educación que te dio la familia. Las palabras de su padre y de su madre, grabadas en la conciencia de ella ha formado su identidad ante los espacios de interacción social.

*No hay más, no hay más [...] puedes tener doctorados, maestrías y toda la cosa, pero no sabes ni dar un buenos días o buenas tardes o muchas gracias o me pasas eso por favor o sea creo que es 100% la educación que te dio tu familia.*

A pesar de que su madre siempre trabajó y que ella y su hermana estuvieron al cargo de su abuelita, habla de ella lo más tierno y dulce posible, quién siempre vio por ella en su niñez y hasta la fecha una a la otra se acompaña, ella es quién la escucha en los momentos difíciles y felices también, ella es quien todas las noches a pesar de la difícil jornada, siempre la espera a cenar.

Cuéntame una cicatriz

Lupita cuenta que siempre le gustó jugar al aire libre, practicar futbol e incluso participar en los torneos de su escuela. Sin embargo, también le gustaba jugar en el rol que más adelante sería su proyecto individual y que haría lo posible por conseguirlo: *“Mi mamá me cuenta que yo siempre decía que quería ser doctora”*. Cada que se raspaba corría a curarse y ponerse tantas cosas, sin embargo, la experiencia que ella más recuerda de niña fue la ocasión en que tuvo un accidente. Su mami no se encontraba en casa, su pareja se había accidentado y se encontraba hospitalizado. Al querer tomar el pocillo con

agua hirviendo se lo echa encima y se quema totalmente la cara y la única que se encuentra con ella es su hermana de ocho años y ella de diez. Su hermana sale corriendo a pedir ayuda a los vecinos y lo primero que hizo Lupita fue echarse agua del tambo *“Haz de cuenta que me bajé mi cuerito, cuando me limpié con el trapo así, totalmente me bajé mi cuerito de mi cara”*. Los vecinos que acudieron a su ayuda la trasladaron al Hospital de Xico que se encuentra relativamente cerca de su domicilio. Allí conoce una enfermera que le dejó marcado un recuerdo muy bonito.

*Me acuerdo mucho, mucho de una enfermera que me decía: - ya hija, va a venir tú mamá- y me abrazó. Me abrazó, me quedé, yo creo que me quedé dormida.*

Al trasladarla al Hospital de la ceguera (tenía riesgo de perder la córnea) tiene una experiencia totalmente contraria a la anterior con una enfermera, el trato de ella hacia Lupita era violento, con palabras bruscas como, ¡espérate! ¡no grites! Surge el carácter combativo de Lupita y responde: *“¿sabe qué señora? Imagínate yo chica y con dolor... Yo voy a ser enfermera, pero no voy a ser como usted”* .

Desde ese momento en la vida de Lupita se marcaron las palabras dichas por aquella enfermera, decidiendo ser una enfermera diferente a aquella que la había tratado mal. La construcción de su identidad social la llevó a pensar en lo que quería y quién quería ser desde muy pequeña llevándola en pos de su proyecto propio. Sus capacidades humanas estuvieron desarrollándose a lo largo de su infancia lo que le permitió ejercer

destellos de autonomía y cuestionarse todas las acciones injustas por las que atravesaba hasta el momento de su ingreso a la preparatoria.

## El proyecto

Las capacidades humanas de Lupita se vieron modificadas y guiadas gracias a su madre, por su parte compartía el mismo modo de pensar que su padre y preocupada porque su hija estudiara la llevo a inscribirla en una preparatoria, sin embargo, Lupita en respuesta de su desacuerdo reprobó todo el primer semestre, su madre la sacó y le dio dos opciones, trabajar o estudiar. Lupita en temor a trabajar desde muy pequeña accedió a estudiar, por lo que su primera escuela como parte de su construcción social fue un curso en el DIF como auxiliar de enfermería, su segunda interacción social fue el Hospital de Balbuena donde menciona que al hacer sus prácticas terminó de enamorarse de la profesión de enfermería.

La persona que influyó en la construcción de su proyecto de vida fue una maestra con la que tuvo el contacto *“Mi maestra era muy no sé, como que muy; ella le encantaba su carrera y nos transmitió, yo pienso que nos transmitió ese encanto a nosotros”*. Terminando el curso, presentó el examen para el Centro de Bachillerato Tecnológico Número 2 Ángel María Garibay Kintana, Chalco en la carrera de Enfermería, era una de las más grandes de su generación por lo que sus relaciones sociales siempre fueron con sus compañeros de la misma edad. En la estancia del bachillerato Lupita siempre tuvo problemas con los profesores debido a su carácter, ella se consideraba muy inmadura y

con ello justificaba las contestaciones que llegó a tener con sus profesores; algunos de ellos la etiquetaron como problemática e incumplida ya que no se le daba entregar las tareas que los maestros le dejaban por lo que siempre prefirió los exámenes, sin embargo, algunos otros vieron en ella una persona con futuro.

Cuenta una experiencia que tuvo con la profesora de Sociología, no tenía las firmas correspondientes para pasar la materia, pero la maestra decidió pasarla para que ella pudiera continuar con su proyecto de vida. Cursó tres años en el bachillerato y un año de servicio social en el Instituto de Salud del Estado de México en Valle de Chalco, su experiencia fue muy satisfactoria pues comenta que aprendió mucho, en especial en el área quirúrgica.

Al terminar esta etapa de su formación la construcción sobre qué quiere ser la inundó ahora en su etapa de juventud *“Dije quiero hacer medicina. Yo, la verdad yo pienso que quiero ser doctora y me preparé”* (Lupita, comunicación personal, enero 2021). Sin embargo, no alcanzó el puntaje requerido por lo que su proyecto se modificó haciéndola voltear una vez más a la profesión de la que la habían enamorado, convenciéndose a sí misma de que era lo suyo y que era lo que ella quería ser.

*No tengo por qué estar buscando en otro lado, o sea yo no quiero quedarme afuera, no quiero, no quiero ver qué ¿cómo se llamaba usted señor? Y buscar el nombre porque no me lo aprendí nunca, porque como no estoy allí, o sea no, yo quiero estar allí con mis pacientes.*

Hasta este momento la biografía de Lupita se carga de palabras ortodoxas, la actitud ante los problemas escolares sigue siendo la misma que su padre inculcó en ella, sin querer, ni entender por qué es así, se enfrenta a un contexto donde la sumisión, la vocación de servicio y la dulzura abunda, por su parte la rebeldía, el cuestionamiento no es permitido y mucho menos la expresión a las injusticias que ella misma percibe. Lupita es un ejemplo de la conducta de resistencia y de la emancipación ante las situaciones de dominación e injusticia.

## 5.2 ALEJANDRA

Es una enfermera jubilada desde hace más de 10 años, a la vista nadie pensaría que fue enfermera la mayor parte de su vida, su aspecto luce dulce, tranquilo, muy sonriente a pesar del cubre bocas que disfraza su rostro. La entrevista se concretó gracias a su hija que lleva por nombre Alejandra, como su madre, es muy conocida por mi familia y entre pláticas se externó que su madre fue enfermera y además jefe de servicio. No hizo falta preguntar dos veces sí podría o le gustaría participar en esta investigación, ella muy amablemente aceptó. Después de jugar un poco sobre el lugar en dónde se llevaría a cabo la entrevista al final acordamos que sería en mi casa pues a ella no le causaba problema el lugar, pero si la hora por lo que ella decidió el momento.

En el primero encuentro llega acompañada de su hija disculpándose por el poco retraso que tuvo pues acababan de desayunar, conversamos un poco sobre los

pendientes y los conflictos que surgen del día a día. Alejandra hija se va y Alejandra madre se queda para iniciar la conversación, pasa al comedor con el monedero en mano y se sienta. Con una voz muy suave me dice que iniciemos, me presento y explico el objetivo del encuentro, pido permiso para grabar la plática, no me percató del tiempo que transcurre si no fuera porque la grabación duró más de 2 horas y media divididas en 2 sesiones. Alejandra permitió se usará su nombre, así como el de sus allegados y en ese momento inicio la entrevista.

## Orígenes

Alejandra nació un 11 de agosto de 1964 en el pueblo de Cuautlinchan por el Municipio de Texcoco, Estado de México. Vivía con sus padres y sus hermanos; su madre por su cuenta se dedicaba a la maquila de batas, actividad que desde muy temprana edad ella participaba.

El trabajo se insertó en la infancia de Alejandra sin ser consciente de ello, pues menciona que la hacía sin querer, es más, lo tomaba como uno más de los juegos en los que participaba. Su padre trabajaba en el campo y también participaba de esta labor, incluso era una de las responsabilidades que le correspondía por ser la mayor de 3 hermanos y 1 hermano que le antecede por parte de su mamá. Le ayudaba a su padre a quitar las pepitas de las calabazas, las del frijol, a pasarle la arena para hacer la mezcla de los tabiques y a ordeñar. No bastaba con el trabajo de su madre y su padre, también auxiliaba a su abuelita que también vivía con ellos. Molía el nixtamal para las tortillas que

hacía su abuelita, cual sea de estas actividades no le gustaba realizarlas, sin embargo, la inocencia de Alejandra encontraba en cada actividad un espacio para jugar, pero su consciente si percibía la crudeza del trabajo al recordar a su madre hasta altas horas de la noche entrada en la costura.

*En la noche oíamos que mi mamá seguía cosiendo, nosotras estábamos acostadas y todavía se oía la máquina, como era máquina eléctrica se oía que todavía estaba cosiendo pues porque tenía que hacerlo yo creo que en la noche para hacer las demás cosas en la mañana.*

Cuando entra a su formación escolar, lo hace en la escuela primaria del pueblo. Sin embargo, la primera escuela pública en la que estuvo la articulación de la violencia por parte de los maestros es similar a la que vive Lupita:

*El maestro era muy agresivo, entonces me acuerdo que nos tenía ahí a todas bien espantadas, a una compañera con el borrador le pegó en el oído y estaba sangrando, a lo mejor era poquito, pero para nosotros era ¡uf! y no nos dejaba ir al baño y así...*

Esta misma reproducción de la ideología dominante hace de la construcción social de Alejandra algo normal e incluso justifica dichas actitudes, si no fuera por sus padres que acto seguido la cambiaron a la escuela de madres. Ahí terminó la primaria y continuó su formación en una telesecundaria, lugar donde no había mentor que impulsara la creatividad y facilitara el aprendizaje.

Cuéntame una cicatriz

Vivir en un pueblo donde el trabajo agrícola es abundante y la explotación laboral de estas personas es “normal”, construyó en Alejandra un sentido de normalización ante todas las situaciones que ella enfrentaba, a pesar del disgusto que le causaban ciertas actividades como, coser, ordeñar e ir al campo, lo tomaba como juego y lo hacía sin rezongar, sin embargo, no podía realizar otras actividades lúdicas antes que las tareas domésticas y laborales.

Su madre podía pasar todo el día y parte de la noche trabajando a destajo y su padre en el campo de sol a sol. Normalizó en Alejandra la explotación que viven las personas de la clase trabajadora sin la posibilidad de gozar de periodos vacacionales. Marcó la identidad de Alejandra como una persona que acepta el trabajo intenso, el trabajo a destajo y las horas extras, la cero posibilidad de descanso o vacaciones como derecho de ella y sus padres: *Nosotros así que saliéramos de vacaciones pues no, pero no, nunca lo... como era pueblo la demás gente tampoco lo hacía entonces no lo extrañábamos.*

La posibilidad de movilidad social estaba presente en la vida de Alejandra, si bien la situación laboral de sus padres la impulsó a construirse en un futuro diferente, también el amor, la paciencia y el apoyo por parte de ellos fue un eslabón en la formación de ella.

*Le ayudábamos que a... jugando porque a lo mejor lo hacíamos jugando no lo veíamos como un trabajo a que pasarle que la arena, ahora que pásame eso*

*para acá y pues todo lo hacíamos, a ordeñar tampoco aprendí nunca porque te digo que no me gustaba por eso yo dije yo tengo que estudiar, porque yo no voy a cuidar vacas y a coser menos*

## El proyecto

Surgió el empeño por estudiar y hacer una carrera. Sin embargo, en los años en que Alejandra era joven las mujeres no tenían que estudiar, en cambio, ella sabía que quería ser algo. Al principio los ojos de Alejandra estaban en el oficio del secretariado. La construcción de la imagen de la secretaria en esos años era lo mejor a lo que uno como mujer podía aspirar, además del aspecto físico que representaban de “guapas y bonitas”. En ese entonces la novia de su hermano estudió auxiliar de enfermería en un curso en Centro Médico, ella también influyó en la decisión de la construcción de su proyecto de vida, pues en primera instancia ella nunca pensó ser enfermera.

*Me dijo oye porque no estudias enfermería [...] no creas que nada más es inyectar, te van a enseñar a hacer curaciones, a ver pacientes, vas a conocer muchas enfermedades, ella me la pintó bonito.*

La aspiración a la movilidad social se miraba posible, pero con muchas trabas en el camino. La distancia en las que se encontraba la escuela de enfermería era muy lejos por lo que tuvo que migrar a la ciudad y despojarse de todas sus pertenencias, de su hogar, de su misma familia, de sus costumbres, tradiciones y adaptarse a la nueva realidad. Vivir en casas ajenas, trasladarse largas distancias, sacrificar sus propios

deseos lúdicos por alcanzar aquel proyecto propio fue la base de la construcción de aquella imagen simbólica a la que quería aspirar. Aceptando cada una de estas actividades el sentido de emancipación se quedó en lo más oculto, como lo dice Henry Giroux:

El sujeto humano generalmente “desaparece” en medio de una teoría que no da cabida a momentos de auto creación, medicación y resistencia. Estas razones nos dejan, con frecuencia, una visión de la enseñanza y de la dominación que parece haber salido de una fantasía orwelliana; las escuelas son percibidas como fábricas o prisiones, los maestros y estudiantes por igual actúan simplemente como peones de ajedrez y sustentadores de papeles constreñidos por la lógica y las prácticas sociales del sistema capitalista (Giroux, 2013:\*\*\*).

Después de terminar sus estudios tuvo la oportunidad de incorporarse inmediatamente al campo laboral y allí continuó hasta jubilarse.

El trabajo arduo siempre estuvo presente en la vida de Alejandra, desde sus padres, en las escuelas que estudió y que pertenecían al sector salud; incorporarse tempranamente al campo laboral, normalizó en Alejandra una conducta sumisa, comprometida con las políticas públicas de dicha institución y sin ninguna posibilidad de cuestionamiento.

### 5.3 AMALIA

Amalia tiene 68 años de edad, es viuda desde hace 15 años aproximadamente. Amalia vive sola en un pequeño departamento que se encuentra en una unidad habitacional en el Municipio de Ixtapaluca Estado de México. Le gusta cuidar su imagen y mantenerse

siempre arreglada como es su costumbre, por lo que la entrevista se concretó a través de mi hermana. Taliha es estilista profesional y cada cierto tiempo tiñe y arregla el cabello de Amalia además que de vez en cuando va para el salón de belleza solo a platicar y pasar el rato ya que en su casa se aburre y no haya qué hacer.

Al platicar con mi hermana sobre los participantes de esta investigación, ella hace mención de Amalia, me intereso sobre la historia de ella y le pregunto si puede contactarla para conversar, en pocos minutos se encuentran hablando por vía telefónica e inmediatamente acepta reunirnos ese mismo día.

La entrevista se llevó a cabo en su departamento. Al llegar a su departamento me invita a pasar. Al entrar se escucha la música a todo volumen y a pesar de que las ventanas están cerradas, la frescura y la tranquilidad abunda. Sale Amalia de un lugar escondido de la casa. Se presenta, observo su cabello teñido de rubio, amarrado en con un sujetador de cabello, uñas con esmalte color rojo. Me sonrío y enseguida me presento y explico el objetivo del encuentro, me pide que tome asiento en su sillón largo, blanco y esponjoso, me brinda un vaso de agua, proceso a pedir permiso para grabar a lo que accede e inmediatamente pone en stop a la música. De esta manera procedemos a conversar durante dos horas aproximadamente, divididas en dos sesiones.

## Orígenes

Amalia nació el 10 de Julio de 1952. Vivía en un Pueblo cerca del metro Portales, estuvo allí la mayor parte de su infancia. Es la hija número 3 de 10 hermanos. Su padre trabajaba

en las mañanas en la tintorería que él y su esposa rentaban para su ingreso y por las noches, trabajaba en una administración de un hotel cercano a su vivienda. Su madre por su parte, trabajaba todo el día en una tintorería, planchaba la ropa y la dejaba lista para los clientes, sin embargo, con sus padres trabajando de sol a sol el ingreso económico no alcanzaba. Amalia menciona en varias ocasiones la pobreza en la que vivían ella y sus hermanos y que el dinero que sus padres obtenían no alcanzaba incluso para satisfacer sus necesidades.

La precariedad en la que vivía Amalia la condujo a trabajar desde muy pequeña. Relata que buscaba la manera de ayudar a sus padres con trabajos como, ayudarles a los vecinos a tirar la basura, a limpiarles, a vender fotografías que el papá de su mejor amiga tomaba, además de las responsabilidades que tenía con sus hermanos y de su misma casa, la infancia de Amalia estuvo llena de escases. Menciona que trataba siempre de darle lo mejor a sus hermanitos y devolver lo mucho que sus padres hicieron por ella trabajando e intercambiando su jovialidad por dinero.

Cuéntame una cicatriz

Las condiciones culturales, sociales y políticas en las que se desarrolló su infancia, dimensionaron la subjetividad de Amalia como una persona a la que corresponde velar por el cuidado de sus familiares. Su vida es un ejemplo de lo lejos que está el discurso de la práctica en igualdad de género, encasillando el rol de la mujer a la práctica ancestral en la preservación de la vida (Sharim K., 1999).

Amalia estudió en la primaria cerca de su casa, al cursar quinto año, su papá la inscribió en un curso de primeros auxilios ya que necesitaba aprender a inyectar y a administrar antibióticos, pues su hermano se accidentó gravemente y Amalia fue la indicada para realizar la práctica del cuidado. Al finalizar la primaria comenzó a buscar empleo, sin embargo, la retribución económica no era lo que esperaba, así que la segunda opción era buscar trabajo relacionado con el curso de primeros auxilios que ya había concluido. Su padre fue quien le consiguió su primer empleo en una “maternidad”. Amalia con trece años empezó su vida laboral sin la posibilidad de derechos y seguridad social por su corta edad, lo que le importaba a ella y a su familia es que ella estuviera trabajando y poder retribuir a sus padres y ayudar a mejorar la calidad de vida de sus hermanos. Poco a poco las capacidades humanas de Amalia se fueron limitando y las relaciones sociales se fueron interiorizando, re-transformándose aceptando las nuevas exigencias que se presentaban en su vida laboral. Por ejemplo, menciona que había ocasiones en que el trabajo era excesivo y tenía que laborar hasta cinco días seguidos de sol a sol, sin posibilidad de descanso en comparación con sus demás compañeras. Había que cuidar los cuartos de cuneros, las salas de labor, de parto y los quirófanos por el escaso personal. Así pasó el tiempo y de la noche a la mañana se habían cumplido tres años en ese trabajo.

Con 16 años, consiguió otro empleo en una Institución privada, más grande y con mejor sueldo del que tenía. Sin pensarlo aceptó la oportunidad que se abrió e ingresó en el Hospital General en el servicio de Centro de Estilización (CEyE) Oculta de las

autoridades, Amalia aceptó los riesgos y exigencias, sin el conocimiento suficiente para defenderse de los abusos que vivió en ese lugar:

*Era muy malo el doctor porque había veces que hasta al personal le llegaba a pegar, de que no le caían bien y llegaba a pegar de que decía me caes mal y te vas de aquí y ahorita mismo te corro y así corría a la gente... eran unas cirugías hasta de 7, 8 horas, 10 horas y dije no pues aquí me va a tener, me decía –Agarra los separadores- y ya le agarraba los separadores, me quedaba quieta, quieta. Yo con temor a que él me fuera a despedir, yo necesito el trabajo, necesito estar trabajando.*

Amalia adoptó la imagen simbólica de la enfermera a la perfección, complacía siempre a sus superiores, evitaba los conflictos, las revueltas, las oposiciones y eso le ayudó a seguir con su carrera profesional. A pesar de estudiar y trabajar al mismo tiempo las exigencias propias de su rol continuaban, no debía descuidar sus responsabilidades como hermana mayor, como mujer, y como ama de casa:

*Ya después yo tendría como 3 años trabajando ahí, cuando uno de mis hermanos el grande, comenzó a estudiar la carrera de medicina y siempre iba y me decía, cómprame esto, cómprame allá y acá –Si, si te lo compro, con tal de que hagas tu carrera de medicina- Mi hermana la mayor, lo mismo, quiero estudiar esto, lo otro y le daba yo para que estudiara, decía yo –Tengo que apoyar a mis papás.*

## El proyecto

Con el mismo ímpetu con el que inicio su vida laboral, se propuso continuar con sus estudios. Terminó la carrera en grado técnico y continuó especializándose en cinco áreas médicas. Empezaba un curso y no se ausentaba en el trabajo, al contrario, llegó a tener hasta cuatro trabajos a la par:

*Ya teniendo todas esas especialidades me quedé en hospitales particulares, me quedé en el hospital Dalinde un tiempo ya de allí me quedé en otro hospital, me fui a otro hospital o sea llegue a tener cuatro trabajos diferentes, en la noche, en la mañana uno, en la tarde otro.*

María Longo escribe sobre la construcción de la identidad y su relación con el trabajo. Menciona que la adquisición de la identidad es un proceso dinámico, o sea que, siempre se encuentra en un proceso de interacción/articulación entre lo personal y lo relacional.

El sujeto construye su identidad a partir de una transacción interna al individuo, delineando 'qué tipo de persona uno quiere ser' en correspondencia con su biografía; y una transacción externa entre el individuo y las instituciones y grupos a los que pertenece, a través de la cual se perfila 'qué tipo de persona uno es' y con ello a qué definición oficial corresponde (Longo, 2005:\*\*\*).

Con el trabajo incorporándose tempranamente y la escuela reforzando la ideología dominante del capitalismo, la identidad de Amalia se materializó en la Institución. El hospital se convirtió en su primera casa, de tal modo que pasaba día y noche en vela de las necesidades del lugar y de los pacientes que llegaban.

*Pues yo vivo aquí sola no, y por no estar aquí sola yo me pasaba hasta a veces uno o dos meses en el hospital, entonces no tenía a qué venir a mi casa, me la pasaba allá, venía a veces, cuando venía seguido, venía cada 15 días, cada 20 días, decía, no tengo a nada que venir a mi casa, aquí tengo con quien comer, con quien pelear con quien todo, y aquí tengo todo, tenía un cuarto que me dieron ahí en el hospital y allí me la pasaba.*

La armonía que existía entre los espacios de interacción/articulación del trabajo, la escuela y su familia construyeron la identidad de Amalia como la mujer cuidadora no solo de sus pacientes, sino de la misma institución y del mismo personal que laboraba. Veía a sus colegas como sus hermanos y se sumaban a la lista de Amalia la responsabilidad del cuidado biológico y social de sus compañeros. Como jefa del servicio además de todas las actividades administrativas se involucraba en las actividades técnicas no solo de una jornada, sino de todo un día de trabajo. A pesar de los tiempos no laborales que tuvo, siempre buscaba la manera de incorporarse al trabajo de manera informal. Así pasó la vida de Amalia hasta la edad de 68 años que por petición de sus hijos y de la actual emergencia sanitaria decidió dejar su vida laboral.

#### 5.4 ALICIA

Es enfermera jubilada de aproximadamente nueve años. Ella es bajita, de 1.50 aproximadamente, delgada de cabello negro hasta los hombros. Vive en el municipio de Ixtapaluca, Estado de México, en la colonia Izcalli. Vive hace 24 años, junto con sus dos

hijos y su nieta. Es la primera vez que nos encontramos y no alcanzo a visualizar todo su rostro debido al cubre bocas, vaya desfortuna. La seguridad que muestra al hablar hace que me cohíba al entrar a su casa, sin embargo, tras pasar unos minutos me ofrece un vaso con agua, tomamos asiento en un sillón forrado de parís, baja el volumen del televisor, se sienta frente a mí, pido permiso para grabar y acepta la incorporación de su nombre y parte de la dirección de su domicilio, de esta manera iniciamos la conversación.

## Orígenes

Alicia nació el 23 de junio de 1963. Tiene 58 años. Es la de en medio entre todos sus hermanos. Todos ellos suman siete y con sus progenitores son nueve en total. Su padre por su parte cumplía el rol del proveedor familiar, lo que implicaba trabajar lejos y fuera del país en varias ocasiones, pues mantener la calidad de vida de siete hijos y su esposa era difícil. Pasaban días y hasta meses para volver a ver su padre. Cuando su padre llegaba a casa había fiesta para todos, aunque la mayor parte del tiempo se disponía descansar, con su esposa llevándole la comida en la cama.

Su mamá por su parte, se encargaba de todas las actividades del hogar, de la educación de sus hijos y de suplir todas las necesidades que se presentaran. Alicia recuerda a su mamá como aquella mujer de *poca paciencia, pegona y muy gruñona* al menos con los primeros cuatro hijos. Sin embargo, cuando ocurría alguna situación que involucrara la violencia en sus hijos, ella era la primera que los defendía. Su padre era muy tranquilo en comparación con su madre. Él estaba a cargo del personal donde

laboraba y era muy inteligente por lo que la gente lo llamaba ingeniero, aunque no lo era. Incluso redacta que fue el mentor de algunos de sus hermanos; les brindaba los libros para que pudieran desarrollarse en sus trabajos adecuadamente, sin embargo, la construcción de la identidad de sus hermanos varones figuró en torno a la siguiente oración: *“tú no estás para pensar tú estás para seguir planos, el plano por algo está así y así lo tienes que hacer no hay más”*

Con su padre trabajando en otros estados tuvieron que cambiar de escuelas en repetidas ocasiones perdiendo un par de años en sus estudios. Hasta que decidieron establecerse en un solo lugar. Rentaban la mayor parte del tiempo en la Colonia Romero Rubio, Ciudad de México hasta que su madre compró un terreno, lo fincó y desde ese momento tuvieron estabilidad. Sin embargo, la precariedad en la que vivían obligó a sus hermanos y hermanas a introducirse en el campo laboral desde muy pequeños. Sin embargo, el barrio en el que crecía era solidario y empático. El 6 de enero, día de los reyes magos, si algún papá se le había hecho tarde para dejarle los regalos a sus hijos, todos los demás regresaban a sus hijos a sus casas hasta que todos tuvieran sus obsequios.

Su madre aún vive, tiene 82 años y sigue visitándola de vez en cuando. Su padre enfermó y murió hace 6 años.

Cuéntame una cicatriz

*Cuando yo empecé a crecer una de mis hermanas que era la más grande, se iba a trabajar de enfermera muy joven. Me acuerdo que iba con su pelo largo negro bien lacio, muy bonita. Yo ya no tuve tanta discrepancia qué estudiaba o no, yo quería ser como mi hermana.*

La relación que tenía Alicia en su niñez con su hermana Lupita era buena, pero con sus demás hermanos no tanto según narra ella. Compartían labores domésticas mientras su madre se encargaba de la comida. Todos sus hermanos eran muy *movidos y uno que otro son una chingonería* en lo que hacen, lo que les llevo a buscar la vida laboral muy jóvenes y dejar los estudios para concentrarse en sus trabajos. En algunas ocasiones, ella junto con sus hermanos, hacían combustibles para los boiler de leña, de aserrín con petróleo. Llenaban la bolsa, las engrapaban y las dejaban listas. Con el trabajo desde muy jóvenes también condujo a hacerse responsables de sí mismos.

Alicia fue la primera que concluyó sus estudios a nivel técnico. Estudió la primaria y la secundaria. La preparatoria ya no la estudió; en cambio, ingresó a una escuela que tenía la carrera de enfermería a nivel técnico. Casada y con su primera hija de dos años, ingreso como auxiliar de enfermería a un instituto de salud. Tiempo después una compañera del servicio de intendencia le aconsejó que estudiara la carrera completa de enfermería, dado la posibilidad de recibir un salario por estudiar y no por trabajar. Su hermana y ella presentaron el examen y ambas ingresaron en diferentes sedes.

El proceso de su construcción escolar desde la primaria hasta el último de sus cursos fue similar al que describe Covarrubias, Salas y Escobar en su capítulo “Docencia, investigación y violencia en la formación en enfermería” (2015). Menciona que el ejercicio de la violencia simbólica es una característica constante en el proceso de enseñanza-aprendizaje en enfermería que afecta a estudiantes, docentes y me atrevo a complementar, afecta también a los trabajadores. Afirma que orientar a estudiantes en la clínica provoca cansancio mental y una mayor carga de trabajo, lo que se traduce en el retraso en las actividades de enfermería.

La violencia que vivió durante la mayor parte de su formación forjó parte del carácter de Alicia:

*Un día le dijo la maestra Cristina: - ¡ya no entras! – pero la acababa de mencionar. Le dieron ganas de golpearla y agarrarla a patadas (...) Mi hermana dejó de ir, se dio de baja, no aguantó el ritmo. Yo sí lo aguanté, lo aguanté ya hasta que me titulé.*

## El proyecto

Alicia se describe como una persona práctica, a la que le gustan los retos. Siempre busca la solución a los problemas que se le presentan. Su padre estaba muy orgulloso de ella y constantemente le decía: *Eres mi hormiga porque siempre eres bien movida.*

Al tener a su hermana como modelo a seguir, Alicia entró a estudiar enfermería en una escuela de poco prestigio y reconocimiento. Las personas a las que conoció le brindaron el apoyo para incorporarse a un hospital privado dónde adquirió las habilidades y prácticas necesarias para su desarrollo profesional; en cambio la explotación laboral que experimentó la condujo a buscar otras oportunidades. Más tarde, consiguió el puesto dentro del Instituto del Seguro Social como auxiliar de enfermería. Una vez graduada, continuó con el curso de quirúrgica y posteriormente el de administración.

La competencia y la exigencia que demanda la cultura capitalista, mantuvo a Alicia entre estudios y trabajo poniendo en riesgo su estabilidad física y mental. Había fechas en las que estaba becada para seguir estudiando y eso le brindaba la posibilidad de continuar.

*Me gustaba estar en el hospital, me gustaba atender bien a mis pacientes y demás. Mis vacaciones las metía pagadas, yo creo que me iba a gustar más descansar, pero no era tan posible. Entonces toda mi vida yo metía mis vacaciones pagadas pues para tener un poquito más de ingresos con mis hijos.*

Estuvo en distintos lugares antes de jubilarse. Conforme pasaba el tiempo, la cercanía del trabajo a su casa era prioridad. El último lugar dónde estuvo fue en el Hospital General Zona 35, allí estuvo como jefa de piso aproximadamente seis años antes de presentar su jubilación. Sin embargo, fueron los años más difíciles pues las relaciones con las compañeras no eran del todo armoniosas.

*En Quirófano es otro boleto porque las chicas no querían estar temprano y de verdad la jefatura sabía y a ellas no les importaba (...) entonces me dice la supervisora -jefe métale un memo, cómo es posible que apenas se vaya a meter- bueno yo hice el memo en un principio así directamente con ellas. La verdad si ellas se hubieran puesto listas, me llevan honor y justicia. Pero yo dije no, a mí no, yo no me voy a quedar hasta las cuatro o cinco de la tarde anotando los psicotrópicos y ellas bien tranquilas pues no. (...) Si la verdad es que, si eran complicadas las compañeras.*

Situaciones similares vivió Alicia en el transcurso de su vida laboral, los pleitos y discordias no sólo eran por parte de sus compañeros de enfermería, también eran por parte de los médicos y cargos jerárquicos más altos. Sin embargo, la identidad y el carácter de Alicia la llevaron a

*... nunca dejarse de nadie. Una vez me gritoneo un médico también dije no, o sea yo soy media rara porque por ejemplo si yo me quedo con el coraje yo chillo, pero del coraje, de la impotencia, pero si yo mi enojo o sea yo me quedo bien tranquila, puedo gritar también.*

## CAPÍTULO 6. TRABAJO, SALUD Y EMANCIPACIÓN.

### 5.1 Actividades de una enfermera

Lupita trabaja lunes, miércoles y viernes en un horario nocturno. Sale de casa a las 5:30 pm para llegar a tiempo pues su horario de entrada es a las siete pm, toma el transporte público que se hace entre una hora y media o dos horas.

Al llegar al hospital checa la hora de entrada. Posteriormente se dirigen al servicio o pabellón que se les asignó. Todos los días se tiene que realizar una recepción del servicio donde se enlazan los turnos y se comunica las actividades y eventualidades que se tuvieron durante el turno anterior. Por ejemplo, se revisan soluciones en curso, que las indicaciones del médico se siguieron al pie de la letra, si hay medicamentos por administrar se hace en ese momento, se cuenta el equipo y material del servicio y que no haya ningún faltante.

Procede a realizar las actividades básicas de enfermería como: tomar los signos vitales, tendido de cama, baño a los pacientes, ministración y administración de medicamentos que corresponden al nuevo turno, vigilancia continua, cuidados generales de enfermería y cuidados específicos de enfermería; todo depende de la patología de los pacientes y de los servicios en los que se encuentran.

Lupita narra que sus pacientes siempre son graves, por lo que requieren más atención, dedicación, cuidado y un amplio conocimiento para el manejo específico de los pacientes. Por lo tanto, necesita estar despierta todo el turno (nocturno) sin posibilidad de descanso y sin distractores. Al inicio del turno se le despoja de sus pertenencias sin derecho a reclamar o decir algo sobre tales acciones tomadas por sus superiores violentando así su privacidad y su libertad de expresión como ser humano.

Las actividades de enfermería también dependen del puesto o categoría como fueron contratadas. Las enfermeras que son jefes de servicio por ejemplo no hacen actividades técnicas, ellas se concentran en las actividades administrativas como llenar las bitácoras de los medicamentos controlados y de los antibióticos, levantar reportes sobre la condición de los pacientes, hacer las listas del material (incluye las sábanas y cobertores) que se necesita en el servicio correspondiente, reportar los antibióticos que se usaron durante el turno y en algunas ocasiones se integran en las actividades prácticas como ayudar con los cuidados generales para “sacar adelante” el servicio. En el caso de Amalia, supervisora del servicio de quirófano, no solo tenía que hacer estas actividades, realizaba actividades externas que demandaba más tiempo, esfuerzo y conocimiento:

*Entonces yo todo el tiempo así, me estresaba demasiado, porque había veces que decía yo, no voy a poder hacerlo, no sé hacerlo, porque ya tenía hasta administración, ya tenía todo, ya era hasta de la caja, pagos, pacientes y todo eso fue mi estrés para mí (Amalia, 2021).*

Las actividades también dependen según la clasificación de los hospitales en su estructura y funcionamiento. En un hospital de tercer nivel nos cuenta Alicia es el espacio ideal para “curtirte” y adquirir experiencia:

*Nos tocaban un chorro de pacientes y un chorro de cuidados que tenían (...) si era bien pesado, bien pesado, nos íbamos a descansar dos horas, aquí no duermen aquí descansan, pero como disfrazarlo, aquí no duermen descansan, entonces vayan a descansar. Allí era demasiado, demasiado pesado (Alicia, 2021).*

Las actividades de enfermería son un ejemplo de las contradicciones sociales que se viven en las escuelas universitarias y en las instituciones de salud; por un lado, la mayoría de las universidades intentan alejar la imagen de la enfermera simbólica como “ayuda idónea” del médico, fomentando la emancipación de la profesión a través de la participación individual y colectiva; por el otro las instituciones siguen reproduciendo la ideología médico-hegemónica, con normas y reglas difíciles de llevar, donde los trabajadores son subordinados y sin el derecho a la autonomía de sus propias capacidades humanas.

*A enfermería no le cabe entender o no termina de entender que si ya tiene una licenciatura ella puede hacer cosas sin que el médico se lo indique [...] Porque son cosas que ya tú tienes que saber, tienes que estudiar, yo creo que ya es dependiendo de la formación y la preparación que tengas para tomar ese tipo de decisiones” (Lupita, 2021)*

## 5.2 Relaciones sociales y construcción de la subordinación a través del miedo

La competencia que se genera en este mundo neoliberal afecta de igual o peor manera a las relaciones dentro del ambiente laboral incitando al individualismo, a la hegemonía

de los cargos y al rechazo de un trabajo colectivo. Las investigadoras Covarrubias, Salas y Escobar (2015) mencionan que incluso la competencia aparece como una característica que se da entre colegas, llevando a la desvalorización del personal de enfermería y con ello a la violencia simbólica, la desmotivación del grupo de trabajo y la desintegración profesional. Son diversas las historias que dan cuenta de las relaciones conflictivas que no cesan, al contrario, la estabilidad laboral de los trabajadores depende de estas relaciones con los altos cargos.

*Creo que eso es muy importante que te lo diga porque ahorita ya van a empezar a correr [...] Mi contrato totalmente depende de mis compañeras de base de si les gusta cómo trabajo, si a lo mejor no tuve roces con ellas, si no tuve ningún error, si no tuve faltas. Nos dicen -ustedes no tienen derecho a nada aquí y ustedes no hacen nada [...] tengo ese poder de evaluarlos y de yo decidir quién se va a quedar- imagínate cómo me siento yo que llevo una semana y que veo cómo se lleva con todos sus compañeros de trabajo (Lupita, 2021).*

De esta manera podemos observar que el sector salud es un actor más dentro la sociedad industrializada, funge como fábrica del neoliberalismo, donde las consecuencias de la competencia y el individualismo se han convertido en problemas sociales. Aunado a esto el ejercicio de la violencia simbólica como característica constante en el proceso de enseñanza-aprendizaje está vinculado a múltiples condiciones que complejizan su identificación y abordaje; sin embargo, es una realidad latente en estudiantes, docentes y trabajadores que afectan directamente el estado de bienestar (Covarrubias, Salas y Escobar, 2015).

*De hecho, antes dormía mucho... mucho. Luego mi mamá me decía que estaba invernando o mi hermana, pero a veces llega tanto el cansancio emocional y no*

*sabes con qué sacarlo, o sea definitivamente no sabes ni qué te pasa. A lo mejor en el momento dices, estoy bien cansada pues ha de haber sido el trabajo, pero después te vas dando cuenta que son muchas cosas que yo siento que para mí se convirtió en acoso laboral. A mí me podrán decir todo lo que sea, pero yo pienso que eso ya llega a acoso laboral. Todas esas acciones son acoso” (Lupita, 2021).*

Las relaciones negativas se hacen presentes no solo entre compañeras y compañeros de la misma profesión, también surgen en diferentes profesiones y cargos jerárquicos. Las relaciones cargadas de violencia que reportan las anteriores investigadoras, se trasladan a la que se vive entre colegas. Reproduciendo no sólo la idea de hegemonía, también de la violencia que constituyen estos espacios básicos definiendo las situaciones de poder (Ayala, 2008). En vez de que haya una organización y división del trabajo positiva, esa misma competencia se torna de una manera negativa.

*Nunca se acaba de que te ponen el pie [...] eso es lo más feo porque precisamente por eso no cambia nuestra carrera porque seguimos siendo las mismas chismosas, porque seguimos siendo las mismas que si te equivocas pues hay vamos todas contra ti, porque tú eres la que no está haciendo las cosas bien [...] pienso que eso es lo que más me harta, hay días que digo ya, ya, estoy harta, o sea, ya voy a hacer mi negocio, voy a ver qué vendo, vendo tacos o no sé, pero es eso, el personal (Lupita, 2021).*

El espacio hospitalario se ha convertido en un cuadrilátero de boxeo, un espacio de producción y reproducción de la ideología dominante, de sus formas de conocimiento y de la distribución de las habilidades pertenecientes a la enfermería. Nadie se salva de tener contacto en el campo clínico, pues la práctica clínica en instituciones hospitalarias forma parte medular de la formación profesional contribuyendo a “cambiar valores, creencias, auto imágenes de las personas, así como a proporcionar habilidades y

conocimientos propios de una profesión (Vanegas, Barrera, Bautista, Gómez et al. 2008:34). Un estudiante que aspira a convertirse en un futuro profesionalista de la salud necesita salir moldeado, construido y violentado, pero triunfante de este espacio, para seguir con la misma reproducción de significados y sentidos que aprendió. Amalia, por ejemplo, rechazó y combatió la violencia simbólica característico de la enfermera y se aferró a su imagen propia durante su vida laboral.

*Cuando entré a trabajar al primer hospital pues mis compañeras eran muy grandes, como que me hacían a un lado que yo no sabía, a veces hasta me hacían llorar porque era muy canijas, entonces yo decía: -el día que yo llegue así a estar como ellas, yo no voy a hacer así de mala porque en lugar de enseñarles, ¿por qué se ponen así?- Ahorita no me quieren enseñar, yo tengo que aprender sola yo no voy a hacer así [...] Cuando yo llegué al hospital ya con mi título y todo eso, pues ya no fue lo mismo. Yo en lugar de que las hiciera a un lado que no les enseñara yo siempre me las jalaba a enseñarles y les decía a ver vamos a hacer esto, vamos a hacer el otro [...] a veces las hacían llorar de que no les enseñaban de que les decían que eran tontas, que no sabían hacer nada, que no sabían ni dónde habían estudiado, las ofendían también (Amalia, 2021).*

A pesar de las nuevas disciplinas que van intentando hacer del mundo un lugar mejor, parece ser que no han llegado con la suficiente fuerza en estos lugares y si lo han hecho las historias relatan el fracaso de tales disciplinas. Podría cuestionarse la utilidad entonces de una nueva política que integre las condiciones socio-históricas del capitalismo relacionado con el proceso de trabajo y dar una solución a tan dañinas relaciones.

Solamente el tiempo es testigo del poco avance que se ha tenido dentro de las instituciones de salud al incitar la competencia entre compañeros. Concluyo que no tiene

nada que ver la reputación o el prestigio de la institución, en todas pareciera ser que es la misma dinámica, claro, todas están bajo la política neoliberal capitalista<sup>9</sup>

*En lugar de avanzar somos como cangrejos nos vamos jalando y tú no subes porque yo iba primero y no, yo voy a hacer primero este curso porque yo tengo que ser primero, esa creo que siempre ha sido a lo mejor mi molestia. Todos somos un equipo, eso es lo que tenemos que entender que somos equipo y que nada más tenemos un solo fin no nada más unos una estrellita. No nada más yo voy a brillar o sea el único que tiene que brillar allí es el paciente (Lupita, 2021).*

### 5.3 Riesgos y exigencias de enfermería

Al conversar sobre los riesgos<sup>10</sup> a los que se exponen día a día las trabajadoras no tienen inconveniente pues mencionan que las Instituciones de Salud hacen demasiado hincapié en la vigilancia y el cumplimiento de las Normas de Seguridad y continuamente los inscriben en las capacitaciones que se llevan en la institución o ajenas a ellas. Al conversar sobre las exigencias que el trabajo demanda, la organización y división del trabajo son los que más problemas les generan.

*Luego a algunas de mis compañeras jefes no me querían, me echaban tierra porque decían, es que Ale está hasta moviendo camillas y luego quieren que uno lo haga. Tú no lo hagas porque no te toca (Alejandra, 2021).*

---

<sup>9</sup> Dentro de los puntos en los que se basa y se rige el neoliberalismo y con ellos los hospitales encontramos los siguientes: a) Privatización de activos públicos; b) Flexibilización del empleo; c) Liberalización del comercio internacional; d) Liberalización del mercado financiero y del movimiento global de capitales; e) Intensificación del mecanismo de mercado; f) Disminución de impuestos y del gasto público (Aguilar Damián, 2019). Con estos postulados, la forma de pensar del capitalista es la búsqueda por el beneficio personal que conlleva al individualismo y dejando los grupos sociales, incluso se mira a la organización social como algo que tiene que ser abolido, ya que contraponen a las necesidades del capitalismo

<sup>10</sup>Se basó en la guía de observación para el proceso de trabajo en los cinco grupos de riesgos y exigencias laborales que se discuten en Alvear G. y Villegas, J. "Herramientas para el estudio de la nocividad laboral". En defensa de la salud en el trabajo. (Noriega, M., coord.) SITUAM. México. 1989, cap. 7, PP 77-105.

Dentro de las exigencias laborales debido a la organización y división del trabajo, la alta carga de trabajo obliga a la mayoría a tener poco control sobre su trabajo; elevando el ritmo, las pausas inexistentes en algunas de ellas, alto grado de atención en muchas de las áreas de trabajo o servicios, el trabajo repetitivo y monótono; aunado a esto la supervisión estricta y el tiempo extra solo desequilibran el proceso de salud-enfermedad del trabajador. La mayoría de ellas, recurre a las guardias para solventar los gastos en el mantenimiento de la vida productiva lo que lleva al desgaste de los trabajadores. Las enfermedades relacionadas con la falta de sueño son las principales detectadas en las historias de vida de las 4 enfermeras lo que acarrea la ausencia laboral en repetidas ocasiones: *“De repente decía: lo que yo quiero es dormirme (...) mientras aguanté lo más que pude”* (Alicia, 2021)

## Trayecto

*Estaba en el turno de la mañana, estaba hasta por la Jumex allí por Avenida Central estaba yo muy lejos y luego cuando me agarraba las construcciones del puente pues era más complicado llegar y me iba bien temprano. Tenía que salir de aquí como 4:30 o 20 para las 5 porque si me salía yo cuarto para las 5, ¡no! Yo llegaba a las 8 de la mañana al hospital era muy estresante [...] Yo regresaba y había ratitos en los que buscaba una sombrita y un lugar que estuviera así transitado y me estacionaba, ponía mi seguro, ponía mi alarma 10, 15 minutos porque yo ya venía durmiéndome y me seguía, por fortuna nunca pasó nada, pero si era muy estresante* (Alicia, 2021).

Todas las trabajadoras están obligadas a iniciar su día desde muy temprano para poder trasladarse desde su casa hasta el lugar de trabajo. Lo mismo sucede con las demás trabajadoras, depende mucho la categoría en la que fueron contratadas y de la antigüedad en el puesto, de cualquier forma, en tres enfermeras el traslado de casa al trabajo es largo por lo que aumenta la probabilidad de un accidente de trayecto<sup>11</sup>.

#### 5.4 Intensidad de trabajo y estrés

Estas son las principales exigencias, cuyo mediador para desarrollar una patología biológica, psicológica e incluso social es el estrés. Amalia, Alicia y Alejandra son testimonios reales que dan cuenta que las nuevas políticas en vez de ayudar al trabajador solo le acarrearán un sinnúmero de deberes intra y extra laborales.

*Luego íbamos a entrar a quirófano, teníamos muchas cirugías [...] Trataba de sacar el trabajo y no estresarme, pero aun así me estresaba. Sentía que el mundo se me venía encima cuando me decían – Tal doctor quiere tal sutura y no la hay- [...] Yo nunca que dijéramos, es que doctor no lo tengo y no le puedo dar la cirugía ¡No! se te da porque se te da. Todo eso era un estrés para mi (Amalia, 2021)*

*Cuando llegué aquí, me paniqué de ver tantas supervisiones, llegaban muchas, muchas supervisiones, cuando veíamos ya teníamos a todo el cuerpo de las supervisoras, supervisiones de nivel central y demás. Y ya le hablan a la enfermera: ¿Tú paciente qué tiene? Y ya empezaban a entrevistar al paciente, era así como mi miedo a que yo tuviera un problema (...) las supervisiones iban con todo [...] se ponían a revisar entonces decía – por un error mío si me podía ir, pero por un error de los demás yo no me voy a ir- Entonces yo si veía a las chicas que si tenían mucho trabajo (Alicia, 2021).*

---

<sup>11</sup>Accidentes de trayecto: Son los accidentes que se produzcan al trasladarse del trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de este a aquel (LFT, art. 474)

*Yo siempre, siempre me llevaba manzana que era lo que no se me echaba a perder [...] a la hora de morderla siento que dejo mi estrés porque el hecho de morder ya me relajaba y ya se me olvidaba. Muchas cosas me las tuve que traer administrativas a la casa porque no me daba tiempo de hacerlas allá [...] a veces si lo tenía que estar haciendo en la noche porque teníamos que hacer todos los instrumentos administrativos [...] entonces siento que eso si me causaba angustia, me causaba estrés de no poder terminar y que teníamos fecha para entregarlo y yo no lo tenía (Alejandra, 2021).*

A pesar de ello, la estabilidad económica que encuentran en el trabajo les ha llevado a aceptar los riesgos y las exigencias que día a día se presentan y aunque han vivido experiencias desagradables aún se aferran a la esperanza de un trabajo digno donde las relaciones entre compañeras puedan mejorar, los salarios sean decentes y proporcionales a las exigencias de esta profesión.

#### 5.5 Ejercicio de las capacidades humanas en el trabajo

Al conversar sobre las posibles soluciones a los problemas presentados la primera solución que se conversa es la comunicación entre compañeros y que comparten las cuatro enfermeras es la siguiente:

*A mí me cambiaron de pabellón entonces mi jefa hace muchas actividades para que nos conozcamos, por decir a partir de febrero hizo un intercambio, todos los días al compañero que me tocó nos teníamos que llevar un dulce y una notita sin que supiéramos quién era, entonces la final se hizo un intercambio y la finalidad fue de que nos conociéramos, habláramos entre todos porque la mayor parte del personal, era personal nuevo, era personal de otros pabellones entonces se hizo el grupo y yo creo que eso es importante (Lupita, 2021).*

Como segundo punto se menciona la promoción del trabajo en equipo, es aquí donde todas las participantes de una u otra manera coincidieron en la importancia -y que les ha funcionado en el día a día- trabajar de una manera colectiva, donde la carga de trabajo se vuelva amena y tolerable.

*Lo que tenemos que fomentar administrativamente es el trabajo en equipo para que se pueda trabajar mejor, por bien del paciente [...] en enfermería a veces si cuesta un poco de trabajo, pero si se puede hacer. Yo creo que más en lo académico es fomentar el trabajo en equipo, que cuesta mucho trabajo y se oye bonito, pero si cuesta mucho trabajo hacerlo, pero si puede, si se puede. (Alejandra, 2021).*

*A lo mejor hacer grupos, los que no se llevan bien van a estar con esos grupos o diario estar rolando al personal para que no estemos siempre en un lugar de confort y que aprendamos a convivir con todos, o sea no nada más con uno porque eso me ha pasado a mí que me cambian de servicio y te sientes toda incómoda y ¡ay no! Y eso no pasaría si todo mundo nos conociéramos. Creo que eso sería lo mejor que se podría hacer o tratar de hacer (Lupita, 2021).*

Se conversaron otras soluciones que para algunas son entendibles, pero difícilmente se podrían volver una realidad, Lupita por ejemplo, comenta que incluso le gustaría ver qué sucedería si se cambiara a todo el personal femenino y se dejara al personal masculino trabajar juntos, o simplemente la recomendación que sí haría es que las personas que tienen problemas, tendrían que ser identificadas primeramente para después conversar con esa persona, tener los datos de quiénes son las personas que se están comportando de una manera conflictiva y solucionarlo a través del diálogo y no como actualmente se está ejerciendo:

*A mí se me hace completamente injusto [...] la persona que está haciendo bien su trabajo pues tiene que quedarse no tiene por qué irse, en cambio eso es lo que hacen. Si una persona les incomoda, llegaron a tener un roce, lo único que*

*hacen es cambiarla de pabellón para que no las molesten y las personas que son las molestas siguen allí. Y siguen ocasionando problemas (Lupita, 2021).*

Cada una de ellas se han sometido a procesos de trabajo similares independientes al tipo de Institución, algunas han podido sobrellevar tantos años este ritmo de trabajo, acostumbrándose y normalizando que la profesión de enfermería así es y así será, otras creen que todas estas exigencias, el ritmo de trabajo intenso , la supervisión estricta, el trabajo monótono y repetitivo puede mejorar si se trabaja en las relaciones personales permitiendo así la empatía y solidaridad no solo de unas con otras sino con todo el personal que labora en una Institución de Salud.

## 5.6 Análisis

La construcción de la identidad de Amalia, Alejandra y Alicia, en primer punto, son “similares”. Existe un equilibrio entre la identidad biológica y la identidad de la imagen de la enfermería pues las historias dan cuenta de que los determinantes sociales obligan a empezar en el ámbito laboral desde la adolescencia. Suprimiendo cualquier espíritu de lucha y alimentando las ideologías moralistas entre lo bueno y lo malo; además son aceptadas entre las sociedades, materializándolas y normalizándolas para la construcción de la profesión de enfermería.

De igual manera, los testimonios nos han permitido conocer el mundo subjetivo de cuatro personas distintas físicamente; sin embargo, la entrada a su intimidad me ha

ayudado a comprender la similitud de sus vidas cotidianas cumpliendo así lo dicho por Camarena Ocampo, Morales Lersch y Necoechea (1994:\*\*\*):

Si deseamos comprender al mundo al que pertenecemos lo hacemos a través de las historias del pueblo. De esta manera podemos conocer el pasado para saber qué y cómo está afectado nuestro presente, conocer las relaciones de los espacios sociales solo se puede abstraer a través de la historia oral.

Se muestra que la subjetividad de las historias orales es producto de una construcción social, incorporada al sujeto. A través de ello, cada sujeto hace, siente y construye mostrando así la intención de actuar en el mundo con sus capacidades humanas. Sin embargo, esta subjetividad adquirida se interioriza en los cuerpos, haciendo que Alicia, Amalia y Alejandra, la acepten y la normalicen para ser aceptadas dentro del grupo social en el que se juega el intercambio del capital; llevándolas libres de violencia física y simbólica por más tiempo.

El testimonio de Lupita, por el contrario, refleja lo que viven las personas que rechazan o cuestionan las normas sociales preestablecidas. Ella es alejada, violentada a través de la crítica, la murmuración, el señalamiento llegando a cierta exclusión del grupo.

Las historias de las cuatro enfermeras, dan cuenta de que las posibles soluciones a los problemas presentados provienen de los actores de la historia y no de las grandes corporaciones o instituciones encargadas de la Salud. Se puede actuar como mediadores, sin invadir, comercializar o mercantilizar la Salud de las personas. David Werner y Bill Bower (1984) en su libro “Aprendiendo a Promover la Salud”, nos hace un

recordatorio: para entender y solucionar los problemas de una comunidad tenemos que ser parte de la comunidad.

Las historias orales de Lupita, Alejandra, Alicia y Amalia respaldan que el inicio en el mundo laboral en enfermería puede suceder a una edad muy temprana. Esto corresponde con lo que proponen Martínez, Latapí, Hernández y Rodríguez (1993), al decir que los aspirantes que llegan a los hospitales o instituciones de salud, provienen de clases sociales bajas y sin estudios universitarios, lo que favorece relaciones de subordinación a los médicos y la aceptación de salarios bajos.

La precariedad en que vivía Amalia, la condujo a trabajar a la edad de trece años sin la posibilidad de tener un trabajo formal, íntegro y con un salario correspondiente al trabajo que ella realizaba. Menciona en varias ocasiones que no tenía más opción que aceptar las condiciones laborales precarias, el ambiente violento por parte de sus superiores sin la posibilidad de negarse, rechazarlo o renunciar debido a la pobreza en la que vivían ella y sus familiares.

No fue diferente a la edad de dieciseis años, pues a pesar de que la institución y el sueldo había mejorado notablemente para ella, las relaciones de poder dentro del campo hospitalario fueron empeorando. Se encontraba oculta de las autoridades por ser menor de edad, aceptando los riesgos, exigencias y maltratos físicos y simbólicos por parte de sus superiores.

Sucedan situaciones similares en la vida de Alicia. Todos sus hermanos buscaron laborar desde muy temprana edad por lo que dejaron sus estudios y se concentraron en el trabajo. La influencia de los más grandes hacia los más pequeños originó que todos aceptaran trabajos informales y mal remunerados, sin embargo, todos ellos lograron estrategias para escalar a mejores puestos con mayor control sobre su trabajo. En el caso de Alejandra, si bien la situación laboral de sus padres la impulsó a construirse en un futuro diferente, también el amor, la paciencia y el apoyo por parte de ellos fue un eslabón su formación.

Las historias se enlazan cuando, al crecer y terminar sus respectivos estudios, cada una había normalizado el trabajo intenso, la subordinación a sus superiores, la obediencia, la “vocación”, el rol de género. La imagen simbólica de la enfermera trabajadora y sumisa está normalizada en las tres historias, suprimiendo todo espíritu de lucha y resistencia. Cada una alimenta los significados y sentidos de la cultura capitalista al visualizar la práctica de la salud como producción laboral.

Las condiciones culturales, sociales y políticas en las que se desarrollaron las infancias de las tres enfermeras dimensionaron su subjetividad como personas a las que corresponde velar por el cuidado primeramente de los suyos y después del cuidado de los otros. Sus testimonios son ejemplo de lo lejos que está el discurso de la práctica en igualdad de género, encasillando el rol de la mujer a la práctica ancestral de la preservación de la vida (Sharim, 1999). Amalia recuerda haber iniciado en esta actividad de cuidadora debido a un accidente que tuvo su hermano, su padre la inscribió en un

curso de primeros auxilios ya que necesitaba aprender a inyectar y administrar los antibióticos que le recetaban. Desde ese momento ella fue la encargada física y económicamente de sus nueve hermanos.

Por otro lado, Alejandra menciona también que a una edad muy temprana ayudaba a su padre en el campo, a su madre con el cuidado de sus cuatro hermanos por ser la mayor e incluso le ayudaba a su abuelita a moler el nixtamal para las tortillas. A diferencia de Amalia, Alejandra a pesar de su corta edad e inocencia, se dio cuenta de la crudeza del trabajo que realizaba su madre. Al recordarla hasta altas horas de la noche entrada en la costura decidió no dedicarse a la misma labor, pero sí a la enfermería, un oficio que socialmente se ha asignado a las mujeres.

Alicia, por su parte, tuvo ayuda en cuanto a sus responsabilidades domésticas. Junto con sus hermanas se encargaban de las compras de la casa, la limpieza y el cuidado de los más pequeños mientras su madre se encargaba de otras tareas correspondientes al hogar.

Cierro este capítulo con la fiel convicción de la necesidad del diálogo, del poder de la conversación para transformar los paradigmas actuales.

## CONCLUSIONES GENERALES

Al inicio de la investigación se planteó que la definición del trabajo se ha venido transformando de acuerdo con las transformaciones de la historia y con ello se transforma la historia y la cultura. Es posible ubicarnos en esta concepción histórica revelando la idea de los pares dialécticos y la causalidad entre el hombre y el trabajo como dice Kosik (1963). En su momento dichos pares nos revelaron la significancia del trabajo sobre el hombre, concluyendo que el trabajo transforma lo natural e inhumano y lo adapta a las necesidades y a la satisfacción del hombre, haciendo que ambos (hombre y trabajo) se construyan gradualmente.

El trabajo se significa, se comprende se describe como condición básica y fundamental de la vida humana. Marx (1962:69) propone que esta actividad es la materialización, el resultado de la relación naturaleza-hombre; a través del trabajo el hombre se crea, se produce y reproduce. Sin el trabajo no podríamos coexistir individual ni socialmente. Sin embargo, aparece en el análisis la propiedad privada. Ésta influye modificando la comprensión, la realización y la práctica del trabajo.

El trabajo hoy en día se contempla como una actividad enajenada, una actividad independiente de la construcción de la subjetividad y por lo tanto de la identidad de las personas. Es impuesta por los Otros, en cuanto a ritmo, calidad, intensidad, horarios, salarios, entre otros factores. Las revoluciones políticas, sociales y económicas surgen como consecuencia de la desigualdad, de la vida miserable y sin derechos sobre el

trabajo de quienes lo realizan. De la Cueva (2009<sup>a</sup>) describe muy bien el proceso en su escrito “El nuevo derecho mexicano del trabajo”. La lucha campesina y la influencia de las nuevas formas de pensamiento alcanza hasta este momento tres metas fundamentales para el derecho al trabajo digno: 1) Las libertades sindicales, de negociación y contratación colectivas y de huelga; 2) Un derecho individual del trabajo que propiciara un mínimo de justicia social y 3) una previsión social que defendiera a los hombres contra las consecuencias de los infortunios del trabajo (*Ibíd.*:13); sin embargo, bien lo menciona De la Cueva, se ha avanzado en normas y leyes de aparente justicia e igualdad.

A pesar del origen de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la creación de la Ley Federal del Trabajo que ampara los derechos de los trabajadores, los institutos multinacionales encargados del orden económico encuentran la forma de explotar, transgredir los derechos y las condiciones laborales que dignifican al ser humano.

La influencia de la cultura capitalista ha traído cambios políticos y sociales que han llevado a la degradación de la calidad de vida en la búsqueda de un aumento del estándar de vida. Se limita el concepto, la esencia del trabajo como una actividad de explotación para alcanzar cierto estatus dentro de las relaciones e intercambios de poder. Considero que es fundamental enseñar, transmitir, sensibilizar a todo aquel trabajador que esté de frente a nosotros que el trabajo es un proceso que integra y construye al ser humano. El trabajo, se puede humanizar a través de la reflexión y de la práctica intencionada y

colectiva de las capacidades humanas, o como lo describió Mariano Noriega (1993: 9) de “la presencia de los componentes humanizantes”. La adecuada combinación del trabajo intelectual y manual, el desarrollo de potencialidades fisiológicas y mentales, la creatividad del trabajo o el control sobre el mismo, son elementos que pueden dañar la salud cuando disminuyen o se ausentan, es decir, son componentes fundamentales para que un trabajo sea integral.

Estos “componentes fundamentales del trabajo” se consiguen al visualizar al humano como humano, capaz de sentir, de jugar, de soñar, de luchar por la dignificación de su esencia. Sólo de esta manera, el trabajo se convertirá en aquella actividad que satisface las necesidades físicas, biológicas y espirituales de quién lo lleve a cabo y de su grupo social de pertenencia. Encontrar un destello de autonomía dentro del proceso de trabajo. Por lo tanto, mi primera propuesta de conocimiento para resolver el problema de la realidad identificado y con ello la respuesta a la pregunta de investigación de esta idónea comunicación de resultados es la siguiente:

**PRIMERA PROPOSICIÓN. El ejercicio más o menos autónomo de las capacidades humanas son un elemento fundamental para la apropiación trabajo, la potenciación de la capacidad saludable y la emancipación colectiva.**

Nombrar y reconocer la enajenación permite visualizarla como problema del trabajo. Al escuchar primeramente los testimonios de la vida de Alicia, Alejandra y Amalia, observo que el ejercicio y desarrollo de sus capacidades humanas se veía limitado por sus

condiciones de trabajo. A las tres enfermeras les fue negado el descanso, la recreación personal y familiar. Aceptaron y normalizaron la extensión horaria, los turnos consecuentes, la multiplicidad de empleos y la búsqueda de empleos informales. Amalia menciona que había ocasiones en que el trabajo era excesivo y tenía que laborar hasta cinco días seguidos de sol a sol, sin posibilidad de descanso en comparación con sus demás compañeras, mostrando su auto-enajenación y el escaso ejercicio de sus capacidades humanas. El miedo que experimentan por cada uno de las figuras autoritarias cada una de las enfermeras desde el inicio de su proceso de enseñanza hasta el ingreso al campo laboral es el medio por el cual se ven mediadas sus capacidades humanas, subordinando así sus capacidades humanas individuales y colectivas. Recordemos que entre más subordina el trabajador su proyecto personal, sus sentidos y sus significados y con ello su identidad, menos comprende quién quiere ser en este mundo. De aquí la importancia de mostrar las capacidades como elemento fundamental, no sólo para la satisfacción de las necesidades humanas, sino también para el desarrollo y la realización propia. Por lo anterior mi segunda propuesta de conocimiento es la siguiente:

**SEGUNDA PROPOSICIÓN. El ejercicio subordinado de la profesión de la enfermería de Lupita, Alejandra, Alicia y Amalia se sustenta en miedo e imposiciones de significado, lo que conduce a la subordinación de las capacidades humanas de las trabajadoras a costa de la enajenación de su trabajo.**

Se perciben momentos de resistencia, autonomía y emancipación en la formación subjetiva y objetiva de Lupita, Alejandra, Alicia y Amalia. Un ejemplo claro de resistencia y de uso de las capacidades humanas es Lupita. La violencia a la que se enfrentaban ella y su hermana a muy temprana edad, ejercida por los hombres que asumieron su masculinidad como someter y agredir el cuerpo de las mujeres, la llevó a hacerse consciente y responsable de la seguridad de ella y su hermana, oponiéndose y defendiéndose de las personas que las quisieron dañar. Cuando ingresaron a la escuela, Lupita y su hermana se enfrentaron a la humillación y a los castigos de la maestra, reforzando su experiencia de sumisión ante el poder: el que tiene más poder es el jefe, los que no tienen tanto poder son los subordinados.

Henry Giroux (2013) escribe sobre esta relación de poder-subordinación en las escuelas y sobre las conductas de oposición a estos grupos de poder o grupos hegemónicos. Los maestros pueden ser conscientes de este sistema social o no, sin embargo, el maltrato hacia las y los alumnos crea sujetos obedientes, que no cuestionen el orden, disminuyendo el poder de emancipación de muchos de ellos. Menciona que pueden aparecer conductas de resistencia, de oposición, de rechazo y cuestionamiento; conductas que surgen de la acción emancipadora y tienen por objeto desarticular las formas de dominación explícita o implícita del sistema. Eso distingue al ser humano, la semilla del cuestionamiento y sólo así tiene la posibilidad de emanciparse de las situaciones de violencia, injusticia y subordinación.

En la historia de Lupita se despierta la resistencia hacia los grupos hegemónicos, conducta que se refleja por la influencia de ideas, acciones, sentimientos, creencias de su núcleo familiar y que lo desarrolla en parte de su infancia y adolescencia. Al ingresar al área laboral, el acompañamiento de la identidad de Lupita en un área donde la vocación, la sumisión y el servicio devoto es esencial, la lleva a tener dificultades en la relación con sus compañeras, sus superiores y con la misma institución donde labora, teniendo un conflicto interno entre lo que quiso ser y lo que realmente es.

**TERCERA PROPOSICIÓN. A pesar de su trabajo enajenado, el ejercicio más o menos autónomo de las capacidades humanas de Lupita, Alejandra, Alicia y Amalia, se traduce en formas conscientes o inconscientes de resistencia en el trabajo.**

Recordemos que, a partir de la construcción biológica y social, el ser humano se somete a un proceso dinámico que conocemos como identidad (Dubar, 2000). La identidad para sí mismo y la identidad del Otro ante mí (Quién soy yo en el mundo y quién es el Otro). Ambos aspectos de la identidad son inseparables y se construyen en la relación directa del ser humano con su entorno.

La posibilidad de recordar la participación fundamental del ejercicio de las capacidades humanas como parte de la práctica humana, como nos cuenta Lupita, despierta el significado de vida. Nos recuerda quiénes somos, hacia dónde vamos, lo que podemos hacer y dejar de hacer. Las capacidades humanas nos concientizan en

nuestras responsabilidades con el otro, con nuestro grupo y comunidad. Desafortunadamente, cuando no es posible el ejercicio de las capacidades humanas en el campo de la cultura capitalista, los trabajadores son los primeros en sufrir consecuencias. Lupita resalta la inestabilidad de su contrato laboral. Está en juego el mantenimiento de su “estándar de vida” y reprime sentimientos de enojo, desacuerdo e injusticia.

Alicia por su parte, al llevar las actividades de enfermería al pie de la letra, actuaba como mediadora entre las normas de la imagen simbólica de enfermería y el ejercicio de la propia identidad de sus compañeros. Esto trajo consigo problemas en la relación con sus compañeros, pacientes y jefes. Las historias de Amalia y Alejandra, dan cuenta del equilibrio que puede existir entre las obligaciones profesionales y los derechos humanos, al inmiscuirse en actividades extra laborales para alimentar la recreación grupal, la conversación, el diálogo y el ejercicio de las capacidades humanas dentro de una institución de salud. De esta manera, se produjo la colectividad manteniendo a la distancia el individualismo y la competencia profesional; disminuyendo la violencia física y simbólica entre compañeros, pacientes y estudiantes. Pese a los destellos de resistencia de Lupita, Alejandra, Alicia y Amalia, como producto de su subordinación y violencia simbólica no han alcanzado la reflexión colectiva necesaria que conduzca a su emancipación colectiva.

**CUARTA PREPOSICIÓN. Es por esto que se hace necesaria la inclusión de formación crítica, reflexiva y colectiva en el currículo de formación de enfermeros**

**y enfermeras, capaz de transformar su situación de subordinación y la recuperación del control de su trabajo.**

## REFERENCIAS

- Aguilar T. (2019). Condiciones de trabajo, poder y salud a través de la historia oral de médicos residentes. *Tesis maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Alfageme A. (2019, 02 de octubre). No le perdono a nadie que muera gente sufriendo. *El País*. Obtenido de [http://elpais.com/sociedad/2019/10/12/actualidad/1570042605\\_217979.html](http://elpais.com/sociedad/2019/10/12/actualidad/1570042605_217979.html)
- Alvear G. y Villegas J. (1989). Herramientas para el estudio de la nocividad laboral. En Noriega M. En defensa de la salud en el trabajo. *SITUAM*. México. pp. 77-105.
- Aparecida E., M., y Navarro, L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 517-525.
- Ayala-Valenzuela R. (2008). Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. *Educación médica*, 11(3):125-129.
- Batista, J. M., Casquel, C. M., y Aparecido, J. (2010). Retraining due to illness and its implications in nursing management. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*. 18(1): 7 pantallas.
- Boff, L. (2002). El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión de la tierra. *Editorial Trotta*. Madrid.
- Boltanski, L. (1975). Los usos sociales del cuerpo. En López-Moreno, D. et al. Concepciones sobre salud, la enfermedad y cuerpo durante los siglos XIX y XX. México: UAM-X. DCSH, *Colección Pensar en el Futuro de México*, (15) pp. 51-9. [http://dcsh.xoc.uam.mx/pensarelfuturodemexico/Libros/La\\_Salud.pdf](http://dcsh.xoc.uam.mx/pensarelfuturodemexico/Libros/La_Salud.pdf).
- Bordignon M., y Monteiro M. (2018). Problemas de salud entre profesionales de enfermería y factores relacionados. *Enfermería Global* (51), 435-446.
- Bourdieu, P. y Passeron, J. (1970). La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Barcelona: Fontamara.

- Brenkman, J. (1987). Culture and domination. En M. Chapela , & A. Cerda García , Promoción de la salud y poder. (pág. 110). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Camarena, M., Morales, T., y Necochea, G. (1994). Reconstruyendo nuestro pasado. Técnicas de la Historia Oral. *Ed. Consejo Nacional para la cultura y las Artes.*
- Casasa, P. (2009). Una visión antropológica de la enfermería en México. *Ed. Miguel Ángel Porrúa.*
- Carta de Ottawa (1986). Primera Conferencia Internacional. Canadá.
- Cerda, A. (2010). Políticas dominantes en promoción de la salud: Caracterización y cuestionamientos. En Chapela, M. y Cerda, A. *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos.* Pág. 70-95.
- Chapela, M. (2015). Cap. 6 Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores. En Martínez Maldonado, M., y Mendoza, V. *Promoción de la salud de la mujer adulta mayor.* México: Instituto Nacional de Geriátría. pp. 139-161.
- Chapela, M. (2016). Promoción de la Salud. En R. Hernández Palacios, V. Mendoza Núñez , I. Martínez Zambrano , y L. Morales Mancera , *Odontogeriatría y gerodontología.* México. Trillas, UNAM. pp. 79-88
- Chapela , M. y Cerda, A. (2010). Introducción. En Chapela, M. y Cerda García, A. *Promoción de salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos.* México: Universidad Autónoma Metropolitana. pp. 7-20.
- Chapela, M., y Consejo, R. (2010). Capítulo 3. Cuerpo-Territorio. En M. Chapela, y A. Cerda, *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos.* México : Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. pp. 96-123.
- Collado, M. (1994). ¿Qué es la historia oral? En G. de Garay, *La historia con micrófono.* México: Instituto Mora. pp. 12-32.
- Colliere, M. F. (2009). Promover la Vida . México: *McGraw Hill Interamericana* .

- Covarrubias, E., Salas, F., y Escobar, D. (2015). Cap. 6. Docencia, investigación y violencia en la formación en enfermería. En M. Chapela, *Entre poética y didáctica. Narrativas en el campo de la salud*. México: Univeridad Autónoma Metropolitana. pp. 149-172
- Cuellar, R., y Pulido, M. (2015). Capital, fuerza de trabajo y salud. En C. Tetelboin Herion, & J. Granados Cosme, *Debates y problemas actuales en medicina social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación*. México: Unversidad Autónoma Metropolitana. pp. 115-137.
- Dantas de Oliveira Souza, NV., Da Silva Pires, A., De Azevedo Gonçaves, FG., Assis Tavares, KF., Porciúncula Baptista, AT., y Gollo, TM. (2017). Formación en enfermería y mundo laboral: percepciones de egresados de enfermería. *Revista Aquichan*, 12(2), 204-216. Recuperado el 23 de Julio de 2020
- De Garay, G. (1994). La histoória con micrófono. Barcelona: Instituto Mora.
- De la Cueva, M. (2009a). La Historia Europea del Derecho del Trabajo. En *El nuevo derecho mexicano del trabajo*. México: Porrúa. pp. 11-25
- De la Cueva, M. (2009b). Creación del derecho mexicano del trabajo. En *El nuevo derecho mexicano del trabajo*. México: Porrúa. pp. 38-54.
- Díaz, E. (2000). Posmodernidad. Buenos Aires, Biblos. pp. 11-17.
- Dubar, C. (2000). L'articulation des temporalités dans la construction des identités personnelles: questions de recherche et problémes d'interprétation. En Longo M.E. Un tiempo incierto. La socialización en el trabajo en un contexto de tranformaciones. . 7° Congreso Nacional de Estudios de Trabajo. Argentina: Asociación Argentina de especialistas en estudios de Trabajo.
- Dubos, R. (1971). Le concept de la santé. En M. Colliere, *Promover la vida* (pág. 145). México: McGraw Hill.
- Engels, F. ([1976] 2017). El papel del trabajo en la transformación del hombre en mono. México: Ediciones Quinto Sol.

- Escalante, F. (2015). Historia mínima del neoliberalismo. En T. Aguilar, Condiciones de trabajo, poder y salud a través de la historia oral de médicos residentes. *Tesis Maestría*. México.
- García Carlos FC. (2002) La persona como sujeto de cuidado. Obtenido de 45 años de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia-ENEO. UNAM: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/La%20persona%20como%20sujeto%20de%20cuidado.pdf>
- Gernigon B., Odero A., Guido H. (2000) Principios de la OIT sobre derecho de Huelga. Oficina Internacional de Trabajo 1998. Primera Ed. Revista Internacional del Trabajo (117) 4.
- Giroux, HA. (2013). Teorías de la reproducción y la resistencia en la nueva sociología de la educación: un análisis crítico. *En Lecturas básicas I. El sistema modular, la UAM-X la universidad pública*. México : Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. pp. 63-119.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México* (53): S220-S232.
- Guerra, E. (2010). Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus. *Estudios sociológicos*, 28(83):383-409.
- Heidegger, M. (2005). Ser y Tiempo. Santiago de Chile: *Editorial Universitaria*.
- Hobsbawm , E. (1991). De la historia social a la historia de la sociedad. pp. 5-25.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s/a). Clasificación para actividades económicas. Recuperado el 25 de enero de 2021.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Producto Interno Bruto Trimestral, cifras desestacionalizadas. <https://www.inegi.org.mx/temas/pib/>
- Juárez, C., Báez, M., Hernández, I., Hernández Ramírez, M., Hernández Hernández , O., y Rodríguez Castañeda, M. (2015). Opinión de Egresados en enfermería sobre la congruencia de los contenidos curriculares con los requerimientos laborales. *Enfermería Universitaria*, 12(4). doi:<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n4/1665-7063-eu-12-04-00197.pdf>

- Jiménez R., y Pavés JR. (2015). Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. 15(7): e6239. doi: 10.5867/medwave.2015.07.6239
- Kosík, K. (1963). Capítulo 3. La filosofía del trabajo. En K. Kosík , *Dialéctica de lo concreto* (Estudio sobre los problemas del hombre y el mundo) (págs. 174-182). México, D.F: *Grijalbo S.A.* Obtenido de [https://www.proletarios.org/books/Karel\\_Kosik\\_Dialectica\\_de\\_lo\\_concreto.pdf](https://www.proletarios.org/books/Karel_Kosik_Dialectica_de_lo_concreto.pdf)
- Longo, M. E. (2005). Un tiempo incierto. La socialización en el trabajo en un contexto de transformaciones . *7° Congreso Nacional de Estudios del Trabajo*. Argentina: Asociación Argentina de especialistas en estudios del trabajo .
- Marx, K. (1962). El trabajo enajenado. En K. Marx, y F. Engels, *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844*. Biblioteca Virtual "Espartaco".
- Molina, G. (1989). Antecedentes. *En Introducción al derecho mexicano de la seguridad social*. (pág. 4-31). México: Orlando Cárdenas.
- Martínez, C. (2011). Introducción. En Martínez, C. (ed). *Por los caminos de la investigación cualitativa. Exploraciones narrativas y reflexiones el ámbito de la Salud*. (pág. 7-17). México; UAM-X.
- Martínez, MM, Latapí, P., Hernández, I. y Rodríguez, J. (1993). Sociología de una profesión. El caso de enfermería. México: Centro de Estudios Educativos, A.C. pp.148-159.
- Noriega, M., y Villegas, J. (1989). 1. El trabajo, sus riesgos y la salud. En D. M. Noriega, *En defensa de la salud en el trabajo* (págs. 5-12). México: Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana.
- Noriega, Mariano (1993). Cap. 6 Organización laboral, exigencias y enfermedad. En Laurell, Asa Cristina (coord.) *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000. Organización Panamericana de la Salud.
- Neef, M. (2006). El poder de la globalización. *Revista Futuros*. 14(4).
- Organización Internacional del Trabajo. (2010). Lista de enfermedades profesionales. Ginebra, Suiza.

- Organización Mundial de la Salud. (1948). Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Portelli, A. (1988). La verdad del corazón humano. Los fines actuales de la historia oral. Barcelona: Historia y fuente oral. doi: <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i12.236>
- Scott, L., Hwang, W., Rogers, A., Nysse, T., Dean, G., y Ding, D. (2007). The relationship between nurse work schedules, sleep duration, and drowsy driving. *Sleep*. 30(12), 1801-1807.
- Següel Palma, F., Valenzuela Süazo, S., y Sanhueza Alvarado, O. (2015). El trabajo profesional de enfermería: Revisión de la literatura. *Ciencia y enfermería*, 21(2), 11-20.
- Sharim K., D. (1999). Dimensión subjetiva de género: una aproximación desde los relatos de vida. *Proposiciones* (29).
- Szasz, T. (1970). Ideología y enfermedad mental. Amorrortu, *Ed. Buenos Aires*. PP. 2-34
- Talavera, G. y. (2019). La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. En T. Aguilar, *Condiciones de Trabajo, poder y salud a través de la historia oral de médicos residentes*. Tesis de maestría (pág. 32). México.
- Traven, B. (1956). Canastitas en serie. En Traven, B. Canasta de cuentos mexicanos. *Narukei*. pp.5-15.
- Vanegas B., Barrera, G., Bautista, L., Gómez, N., Hernández, L., Ramírez, K. y Roa, V. (2008). Construcción de la identidad profesional en estudiantes de enfermería de la Universidad EL Bosque, 2007. *Revista Colombiana de Enfermería*, 3:33-43.
- Werner, D. y Bower B. (1984). Aprendiendo a Promover la Salud. *Ed. Hesperian*. EE.UU.
- Zhao, C. (2020, 11 de septiembre). Nomadland (película). Frances McDormand.