

El analizador “fármacon”: crisis, desabasto y explotación en el trabajo médico en un hospital público de México

Mayleth Alejandra Zamora Echegollen¹
Universidad Autónoma Metropolitana, México

RESUMEN

El presente artículo propone al analizador fáрмаcon como una noción que devela las contradicciones del trabajo de los médicos en el capitalismo contemporáneo. Emanado de una investigación basada en el socioanálisis participante realizada en un hospital universitario en la zona centro del país, el analizador visibiliza cuatro prácticas que operan como respuestas a la precariedad laboral y el desabasto crónico: el autoconsumo, el mercado negro, el almacenaje y la *robin-hood-ada*. Para ello, se articula la noción de *pharmakon* (remedio/veneno) trabajada por Jacques Derrida, Bernard Stiegler y René Girard para analizar el conjunto de prácticas que evidencian la ambivalencia constitutiva del trabajo médico: simultáneamente como una fuente de cuidado para los pacientes y como un proceso de desgaste y explotación para los trabajadores. El analizador fáрмаcon revela así la paradoja de producir vida a costa de la vida mostrando cómo la subjetividad médica se configura en esta tensión y culmina en procesos de explotación en el trabajo.

Palabras clave: Fáрмаcon, Trabajo médico, Precarización laboral, Análisis institucional, Capitalismo contemporáneo.

The “Pharmakon” as an Institutional Analyzer: Crisis, Shortages, and Exploitation in Medical Work in a Mexican Public Hospital

ABSTRACT

This article proposes the *pharmacon* analyzer as a concept that reveals the contradictions inherent in the work of physicians within contemporary capitalism. Emerging from participatory socio-analytical research conducted in a university hospital in central Mexico, the analyzer brings to light four distinct practices that function as responses to labor precarity and chronic resource scarcity: self-medication, the black market, stockpiling for emergencies, and the “Robin Hood” practice. To analyze these practices, the article draws upon the notion of the *pharmakon* (remedy/poison) as developed by Jacques Derrida, Bernard Stiegler, and René Girard. This theoretical framework is used to examine the set of practices that expose the constitutive ambivalence of medical labor: as a source of care for patients and, simultaneously, as a process of depletion and exploitation for healthcare workers. Thus, the *fármacon* analyzer reveals the paradox of producing life at the cost of (the workers') life, demonstrating how medical subjectivity is configured within this tension, culminating in processes of exploitation in their work.

¹ Doctora en Sociología por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Profesora e investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Ciudad de México, México. Correo electrónico: maylethzamora@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-9016-5404>

Keywords: *Pharmakon*, Medical labor, Labor precarization, Institutional analysis, Contemporary capitalism.

DOI: 10.25074/07198051.46.3021

Artículo recibido: 23/09/2025

Artículo aceptado: 06/04/2026

INTRODUCCIÓN

En los análisis contemporáneos sobre el trabajo en salud, el malestar del personal médico ha sido abordado de manera predominante como un problema individual, asociado a categorías como la violencia laboral (Palma et al., 2018), el estrés laboral (Fernández-López et al., 2003), el *burnout* (Tapullima Mori et al., 2021) o la sobrecarga emocional (Cruz Robazzi et al., 2010; Ansoleaga Moreno y Miranda-Hiriart, 2014). Aunque estos enfoques reconocen condiciones laborales adversas, tienden a traducir el desgaste en términos psicológicos o clínicos, desplazando de esta manera las condiciones materiales y organizacionales que lo producen (Foladori, 2006; Silva de los Ríos, 2016). En este marco, prácticas como el consumo de medicamentos, el desvío de insumos o la circulación informal de fármacos al interior de los hospitales suelen ser interpretadas como conductas desviadas, ilegales y éticamente cuestionables, desligadas de las dinámicas del trabajo hospitalario.

Sin embargo, un acercamiento situado a la vida cotidiana en hospitales públicos muestra que estas prácticas no son excepcionales ni marginales (Zamora Echegollen, 2017). Por el contrario, forman parte de un repertorio recurrente mediante el cual el personal de salud enfrenta las exigencias de un sistema marcado por el desabasto, la intensificación del trabajo y la precarización (Otero Dorrego et al., 2008; Conrad, 2007). En este contexto, los fármacos desbordan su función terapéutica y se integran en una economía práctica que articula el sostenimiento del cuerpo trabajador, la atención a pacientes y la compensación de carencias institucionales.

A partir de un proceso de socioanálisis participante en un hospital público del centro de México, este artículo propone abordar estas prácticas como analizadores de las contradicciones que atraviesan el trabajo médico. Desde la perspectiva del análisis institucional, los analizadores permiten visibilizar procesos que permanecen opacos en el funcionamiento ordinario de las instituciones al condensar en prácticas concretas las tensiones que las estructuran (Manero Brito, 1990; Lourau, 2001). En este marco, se retoma la noción de *fármacon* como un operador analítico para dar cuenta de la ambivalencia constitutiva de estas prácticas: aquello que permite sostener el trabajo –aliviar el dolor, prolongar la jornada, garantizar la atención– es, simultáneamente, lo que contribuye a reproducir el desgaste y las condiciones que lo generan.

De este modo, la pregunta que orienta este trabajo es: ¿de qué manera el uso y la circulación de fármacos operan como un analizador de las contradicciones del trabajo médico en las condiciones contemporáneas? Se sostiene que prácticas como el autoconsumo, el desvío y la redistribución de medicamentos no constituyen anomalías del sistema, sino mediaciones a través de las cuales se organiza y sostiene la reproducción del trabajo médico bajo condiciones de precarización. Con ello, el artículo desplaza la comprensión de estas prácticas desde un registro moral o clínico hacia el análisis de su función en la organización del trabajo, y propone el fármakon como un analizador que permite articular las relaciones entre cuidado, desgaste y reproducción de la fuerza de trabajo.

CORPUS TEÓRICO

Para abordar las prácticas de uso y circulación de fármacos en el hospital como un problema analítico –y no meramente descriptivo o moral–, este trabajo se inscribe en la perspectiva del análisis institucional. Desde este enfoque, los analizadores no son categorías previamente definidas que se aplican a la realidad, sino que emergen del proceso de investigación y permite, por lo tanto, visibilizar tensiones, contradicciones y modos de funcionamiento que permanecen opacos en la vida institucional ordinaria (Lourau, 2001; Manero Brito, 1990).

El análisis institucional no concibe las instituciones como estructuras² dadas (Parsons, 1966), ni como sistemas normativos orientados a la cohesión (Durkheim, 2012), sino como procesos históricos en permanente tensión y movimiento. En esta perspectiva, la institución se configura como un campo de fuerzas en el que se articulan lo instituido –aquello que aparece como estable y naturalizado–, lo instituyente –las fuerzas que lo cuestionan o transforman– y los procesos de institucionalización que median entre ambos (Lourau, 2001; Lapassade, 1979; Manero Brito, 1990). En consecuencia, las prácticas no pueden ser comprendidas como desviaciones respecto a un orden previo, sino como expresiones de las tensiones que sostienen y organizan la institución en su relación con las condiciones materiales, afectivas y las relaciones de poder que la configuran.

Desde esta concepción, el problema del análisis no se resuelve mediante la aplicación de categorías externas, sino a partir de dispositivos capaces de hacer visibles estas tensiones en acto. Es en este punto donde el concepto de analizador adquiere su centralidad. Para Lourau (2001), el analizador es el acontecimiento que irrumpe en la institución y vuelve visible sus condiciones de funcionamiento; Lapassade (1979) lo concibe como un dispositivo de crisis que desorganiza lo instituido, y Hess (1977) lo describe como un operador que permite descomponer la aparente unidad institucional en sus dimensiones conflictivas. En este sentido, el analizador no es un dato, sino un operador teórico-metodológico que se

² Esta distinción se vuelve relevante frente a las tradiciones estructural-funcionalistas, en particular en Parsons (1966), inspirado en Durkheim, donde la institución es concebida como un sistema relativamente estable de normas y valores orientado a garantizar la cohesión social. Desde estas perspectivas, las prácticas que se apartan de dicho orden tienden a ser interpretadas como desviaciones o disfunciones estructurales y organizacionales.

construye en el proceso de investigación a partir de aquello que irrumpe, desorganiza o evidencia una lógica subyacente.

Desde esta perspectiva, el fármakon puede ser comprendido como un analizador que emergió de manera no planificada en el terreno, es decir, que emanó de las contradicciones y tensiones producidas en la intervención (Ardoino, 1997; Manero Brito, 1996). En el caso que aquí se presenta, el uso, el desvío y la circulación de fármacos no constituyen eventos aislados, sino prácticas recurrentes que condensan tensiones relativas a la organización del trabajo, el acceso a recursos y la gestión del malestar. En este marco, el fármakon no se introduce como una categoría externa, sino como un analizador en sentido institucional en la medida que emerge del trabajo de terreno y permite leer las tensiones entre lo instituido y las respuestas prácticas que lo sostienen.

Para dar cuenta de la especificidad de este analizador, se retoma la noción de *pharmakon* como operador de ambivalencia constitutiva entre remedio y veneno propuesta por Derrida (1972). Esta ambivalencia no remite a una propiedad intrínseca de las sustancias, sino a la posición que ocupan dentro de un entramado de relaciones sociales e institucionales. En el trabajo hospitalario, los fármacos permiten sostener el cuerpo trabajador y garantizar la continuidad de la atención, al tiempo que contribuyen a reproducir el desgaste físico y subjetivo de quienes lo realizan³.

Esta doble condición se inscribe en las formas históricas que adquiere el trabajo en el capitalismo. Desde una perspectiva marxista, el trabajo constituye una institución central que organiza la producción material y la reproducción de la vida bajo relaciones de explotación que implican la apropiación de la fuerza de trabajo y la subordinación de la actividad a la lógica de la valorización (Marx, 2013). De esta forma, el trabajo aparece simultáneamente como condición de posibilidad de la vida social y como espacio de desgaste. En el caso del trabajo médico, esta tensión se intensifica en la medida en que la producción de valor se articula con la producción de cuidado, lo que genera exigencias permanentes de disponibilidad y rendimiento. A su vez, estos procesos se encuentran atravesados por dinámicas de medicalización que traducen el malestar laboral en términos clínicos e individuales, desplazándolo de sus condiciones de producción (Conrad, 2007; Clarke et al., 2003).

En este sentido, el uso y la circulación de fármacos no pueden comprenderse únicamente como prácticas terapéuticas, sino como parte de un dispositivo que articula la organización del trabajo, la gestión del malestar y la reproducción de la fuerza laboral. Así, el analizador

³ La literatura disponible sobre el uso de fármacos por parte de personal de salud se ha desarrollado principalmente desde enfoques clínicos, epidemiológicos y organizacionales, y ha privilegiado categorías como "abuso de sustancias", "dependencia", "*burnout*" o "estrés laboral". Estos abordajes tienden a situar el problema en el nivel individual o en factores organizacionales discretos, abordándolo como un riesgo psicosocial o una desviación conductual, sin interrogar las condiciones materiales y las formas de organización del trabajo que lo producen. A partir de una búsqueda sistemática en bases de datos académicas como Dialnet, Redalyc, Researchrabbit, ERIC, Google Scholar, Tesis UNAM, Bibi UAM y XOOO, acotada al período 2015 a la fecha, no se identificaron estudios que analicen el uso y la circulación de fármacos en el personal médico como una práctica inscrita en la reproducción del trabajo ni como un analizador de las contradicciones institucionales. Más allá de reportes periodísticos que documentan el fenómeno en clave de denuncia, el problema permanece escasamente tematizado en la literatura científica desde una perspectiva crítica e institucional.

fármacon permite poner en relación estos niveles –institucional, clínico y estructural– al mostrar cómo estas prácticas no solo responden a necesidades inmediatas, sino que participan en la reproducción de las condiciones materiales y de posibilidad que las hacen necesarias.

MARCO METODOLÓGICO

La estrategia metodológica se inscribe en la perspectiva del análisis institucional, en particular en el uso del analizador como operador teórico-metodológico. Más que un método en sentido técnico, el analizador remite a aquello que emerge en el proceso de investigación y permite interrogar lo instituido al hacer visibles sus tensiones y modos de funcionamiento (Lourau, 1977; Lapassade, 1979). Para dar cuenta de este proceso, se recurrió al socioanálisis participante como modalidad de investigación en cuanto posibilita producir conocimiento desde dentro de la institución al implicar a la investigadora en las dinámicas que analiza (Lourau, 1977; Lapassade, 1979). Esta aproximación no busca una descripción externa de la realidad hospitalaria, sino la elucidación de las relaciones de poder, los imaginarios y las contradicciones que la estructuran a partir del trabajo sobre la propia implicación en el terreno. De este modo, el conocimiento no se obtiene por distanciamiento, sino por el trabajo analítico sobre las situaciones, afectos, implicaciones y prácticas que emergen en la experiencia de investigación (Manero Brito, 1996).

Para ello, se realizó el trabajo de terreno en un hospital universitario de la zona centro de México durante un período de cinco meses (septiembre de 2015 a febrero de 2016), con un total de 59 visitas, que incluyeron jornadas de cuatro horas y estancias continuas de hasta 36 horas para cubrir el sistema de guardias. Esta inmersión permitió acceder a la ritmicidad, la intensidad y las tensiones propias del trabajo hospitalario. En este marco, el socioanálisis participante implicó una problematización constante del lugar de la investigadora. Desde el análisis de las implicaciones (Manero Brito, 1995b), se reconoció que la investigación se encuentra atravesada por inscripciones institucionales múltiples, tanto disciplinares como situadas en el propio campo. El rol fluctuó entre la observación y la participación, operando en ciertos momentos como catalizador de discursos, de provocación emocional y de prácticas que de otro modo permanecerían obturadas (Lourau, 1989, 2001).

La estrategia de “estar ahí” y acompañar a los médicos en sus actividades cotidianas – atención de pacientes, rondas, trámites administrativos, tiempos de descanso– permitió una comprensión situada y encarnada de su experiencia hospitalaria-laboral (Csordas, 1990). La participación incluyó el apoyo en tareas administrativas, el acompañamiento en actividades clínicas y la colaboración en dinámicas cotidianas, lo que favoreció la construcción de vínculos de confianza y el acceso a intercambios informales donde emergían discursos críticos sobre la institución (Manero Brito, 2007). En la investigación participaron siete médicos adscritos, veinte residentes de diversas especialidades y una población fluctuante de estudiantes y prestadores de servicio social.

El registro de la información se realizó mediante un diario de investigación, en el sentido propuesto por el análisis institucional (Lourau, 1989, 2001) y no como un instrumento etnográfico descriptivo. En él se consignaron no solo observaciones y conversaciones, sino

también afectos, tensiones y el análisis de las implicaciones de la investigadora. El diario operó como un espacio analítico en sí mismo, lo cual permite trabajar la transversalidad⁴ institucional –clínica, laboral, educativa, burocrática– y constituirse como un dispositivo central en la construcción del analizador (Manero Brito, 1996, 2007).

El proceso de análisis se llevó a cabo mediante la articulación entre el diario de investigación, las discusiones con los participantes y el corpus teórico, en una construcción progresiva del analizador. En términos de rigurosidad, se recurrió al criterio de saturación teórica (Strauss y Corbin, 1990; Morse, 1995), entendido como el momento en que las categorías alcanzan densidad suficiente para dar cuenta de sus relaciones y dimensiones.

En el curso del trabajo de campo, prácticas vinculadas al uso, el desvío y la circulación de fármacos emergieron como un punto de tensión relevante. Su problematización no fue inmediata debido tanto a condiciones del terreno –que incluían demandas de reserva por parte de los participantes– como a decisiones orientadas a sostener el acceso y el vínculo en este. Esta obturación fue incorporada como un elemento analítico, en cuanto evidenció el carácter sensible y conflictivo de dichas prácticas.

Finalmente, el desarrollo de la investigación se rigió por principios éticos orientados al resguardo de la confidencialidad, el anonimato y la integridad de los participantes. Dada la naturaleza de la información, se evitó cualquier elemento que permitiera la identificación de los sujetos o de la institución, así como la publicación inmediata de ciertos contenidos sensibles. Asimismo, el trabajo de implicación incluyó una reflexión constante sobre la posición de la investigadora, las relaciones de poder en el campo y los efectos potenciales de la investigación (Ardoino, 1997; Manero Brito, 1996).

EL ANALIZADOR FÁRMACON

El analizador fáрмаcon no aparece como una categoría previamente definida, sino como el efecto de una irrupción en el campo que desorganiza la aparente estabilidad de la práctica hospitalaria. Su emergencia se sitúa en un momento específico del trabajo de terreno, cuando, en el marco de una conversación entre residentes, se hace explícita la existencia de prácticas sistemáticas de desvío de medicamentos. Lo que inicialmente se presenta como un hecho puntual –el “saqueo” de fármacos– se revela rápidamente como una práctica extendida, conocida y, en ciertos casos, justificada por los propios sujetos.

Sin embargo, esta emergencia no se tradujo inmediatamente en un objeto de análisis. Por el contrario, se produjo un movimiento de obturación: el tema apareció rodeado de silencios, reservas y límites explícitos respecto a su enunciación. Esta obturación no solo respondió a la sensibilidad de las prácticas implicadas, sino que forma parte de la lógica

⁴ La noción de transversalidad en el análisis institucional remite a la circulación de fuerzas, afectos y significaciones que atraviesan distintos niveles y registros de la vida institucional, y que desbordan las segmentaciones formales entre funciones, jerarquías o espacios organizacionales (Lourau, 2001; Lapassade, 1979; Manero Brito, 1990).

misma de la institución, en la medida que delimita aquello que puede ser dicho y aquello que debe permanecer en la sombra. En este sentido, el analizador no solo se manifiesta en lo que se dice, sino también en las condiciones que restringen su posibilidad de ser dicho.

Lejos de constituir un obstáculo, esta obturación se volvió un elemento central del análisis. Es a partir del diferimiento de su problematización –y del trabajo posterior con el diario de investigación, las discusiones con los participantes y la articulación teórica– que el conjunto de estas prácticas pudo ser reconstruido como un analizador. En este proceso, lo que inicialmente apareció como una serie de eventos dispersos, adquirió su coherencia como expresión de una problemática más amplia y vinculada a la organización del trabajo, la gestión del malestar y el acceso diferencial a recursos.

Desde esta reconstrucción analítica, el fármakon permite identificar un conjunto de prácticas que, lejos de constituir anomalías, operan como mediaciones a través de las cuales se sostiene el funcionamiento cotidiano del hospital. Estas prácticas no son homogéneas, pero pueden ser comprendidas como dimensiones de un mismo fenómeno pues articulan de distintas maneras la relación entre trabajo, cuidado y desgaste.

En este sentido, el analizador se despliega en cuatro dimensiones que no deben entenderse como categorías cerradas, sino como modos de manifestación de una misma lógica: el autoconsumo, el mercado informal de fármacos, el almacenaje y uso en situaciones de emergencia, y la redistribución orientada a pacientes sin recursos, denominada como una “robin-hood-ada”. Cada una de estas dimensiones expresa, con distintos matices, las tensiones entre las exigencias institucionales, las condiciones materiales del trabajo y las formas en que los sujetos gestionan el malestar y la escasez.

Autoconsumo: farmacologización del malestar

Entre las prácticas identificadas durante el trabajo de terreno, el autoconsumo de fármacos por parte del personal médico aparece como una forma sistemática de gestión del desgaste. No se trata de un uso ocasional, sino de un conjunto de prácticas organizadas que incluyen el consumo de analgésicos opioides para sostener el dolor físico, benzodiacepinas para inducir el sueño en intervalos mínimos de descanso y combinaciones farmacológicas diseñadas por los propios médicos para contrarrestar efectos secundarios y prolongar la capacidad de respuesta del cuerpo.

Más que la diversidad de sustancias, lo relevante es la existencia de combinaciones y protocolos de autoconsumo que operan como saberes prácticos y especializados incorporados al ejercicio cotidiano. Esto quiere decir que la práctica no se limita a sustancias aisladas, sino que los médicos han desarrollado protocolos de autoconsumo para contrarrestar los efectos secundarios y las interacciones entre fármacos. Por ejemplo, se combina el tramadol con somníferos para combatir el insomnio que este provoca, con antieméticos para las náuseas, o con relajantes musculares para la rigidez.

Incluso se menciona el uso de fármacos como el entecavir para prevenir el daño hepático derivado del consumo constante de otras medicinas.

La construcción de estos protocolos permite observar que el autoconsumo no opera como una respuesta excepcional ante el dolor o la enfermedad, sino como una práctica anticipatoria y sistemática orientada a sostener el rendimiento. No se trata de “curar” un malestar previamente identificado, sino de preparar el cuerpo para resistir las condiciones del trabajo que ya se han experimentado en jornadas laborales previas. En este sentido, el medicamento deja de ocupar exclusivamente un lugar terapéutico y se convierte en una tecnología de ajuste corporal al ritmo laboral (Stiegler, 2010).

Esta problematización elucida la información y las experiencias sobre el consumo de drogas en el personal de salud presentadas en otras investigaciones, donde se menciona que este personal⁵ tiene mayor susceptibilidad al consumo de sustancias en comparación con la población en general (Martínez-Lanz et al., 2004). Empero, en estos estudios los “factores” que llevan al personal de salud al consumo no están del todo claros y son atribuidos a su relación con la prevalencia de trastornos mentales, entre ellos los trastornos adictivos y el síndrome de *burnout* (Otero Dorrego et al., 2008; Cruz Robazzi et al., 2010).

De manera general, la panoplia de investigación existente alrededor de este fenómeno delimita los “factores de riesgo” asociados al consumo de sustancias entre *factores generales* (cierta predisposición genética, familiar y psicopatológica); los *factores asociados* a la “*organización del trabajo*” (el exceso de horas trabajadas, las guardias, la escasez de horas de sueño y el *burnout*), y los *factores específicos de la propia especialidad* (la disponibilidad y el fácil acceso a la medicación) (Otero Dorrego et al., 2008, p. 21; Cruz Robazzi et al., 2010; Ansoleaga Moreno y Miranda-Hiriart, 2014).

Por tales razones es pertinente la distinción que realiza Mariano Noriega (1989) entre las investigaciones o corrientes que “tienen como objeto de estudio los factores de riesgo y los accidentes y enfermedades legalmente considerados del trabajo” (p. 9) y aquellas que analizan la salud en el trabajo a partir de los procesos de producción y del proceso del trabajo mismo en el capital. Por ello, esta dimensión del analizador fármakon da cuenta del sentido de la práctica no como una elección individual, sino como una consecuencia directa de las condiciones materiales de trabajo identificadas en el hospital que se enuncian a continuación.

Primeramente encontramos el *sistema de guardias extenuante*, práctica que está íntimamente ligada al sistema de guardias ABCD⁶, donde las jornadas pueden extenderse hasta 32 horas continuas (combinando días B y C). El autoconsumo es la herramienta que

⁵ Los especialistas con mayor prevalencia del uso de sustancias –alcohol, tabaco, opioides y benzodiacepinas– son los anestesiólogos, los de medicina interna y los cirujanos (Otero Dorrego et al., 2008).

⁶ El sistema de guardias ABCD organiza el ciclo laboral del personal médico en cuatro modalidades: Día A: jornada estándar de 8 horas. Día B: jornada extendida de 16 horas continuas. Día C: 8 horas adicionales inmediatamente después del día B, con lo que completa un turno de 32 horas seguidas. Día D: único día de descanso tras el ciclo de trabajo prolongado.

permite mantener el cuerpo en estado de alerta y funcionamiento físico durante estos períodos de trabajo inhumanos.

En segundo lugar está la *precarización laboral y salarial*. Por una parte los salarios son bajos. Por ejemplo, la modalidad de contratación de “médico general” ganaba aproximadamente \$5.200 pesos mensuales en 2015 en el hospital donde se realizó la investigación, alrededor de 280 dólares en ese entonces⁷. Asimismo, las formas de contratación precarias (honorarios o “cero-ocho”⁸) obligan al pluriempleo, lo que extiende aún más la jornada laboral total y aumenta la dependencia de fármacos para poder cumplir con todos los compromisos (CAM, 2020).

En tercer lugar encontramos la *infraestructura y ergonomía deficientes*: la falta de mobiliario adecuado (sillas, bancos, camas para descanso) en un entorno hospitalario, es decir, que considere la ergonomía del personal, exacerba el desgaste físico y hace del analgésico una necesidad para el desempeño básico (CAM, 2021; Zamora Echegollen, 2017).

En cuarto lugar está la *cultura institucional del disciplinamiento*: el consumo se agudiza durante los primeros años de residencia, un período de un intenso disciplinamiento corporal donde “resistir” y “aguantar” se valoran como signos de competencia y pertenencia al grupo. De esta manera, el autoconsumo se normaliza como parte del arte de resistir la guardia y el turno (Zamora Echegollen, 2020).

Por las razones mencionadas, el autoconsumo se trata de una tecnología del cuerpo incorporada al quehacer cotidiano hospitalario (Foucault, 1994). Lejos de ser una desviación patológica, es una práctica funcional y adaptativa a un entorno laboral estructuralmente precarizado que demanda rendimiento físico y cognitivo muy por encima de los límites orgánicos tolerables. De este modo, esta práctica se materializa como parte de una lógica institucional que desplaza los cuerpos de los trabajadores hacia la automedicación como parte del costo de sostener la operación en condiciones de escasez y explotación.

En ese sentido, el fármaco no aparece como un recurso terapéutico frente a una afección, sino como parte de una preparación anticipatoria del cuerpo. El autoconsumo no responde a la enfermedad, sino a la exigencia de sostener el rendimiento en condiciones de explotación que exceden los límites orgánicos. Este desplazamiento permite precisar la operación en juego: el medicamento deja de funcionar como medio de restitución de la salud y se convierte en una tecnología de sostenimiento de la fuerza de trabajo al ajustar el cuerpo a una organización laboral caracterizada por jornadas prolongadas, privación del sueño, pluriempleo y condiciones materiales deficientes. En este marco, el dolor, el

⁷ Actualmente, el salario oscila entre 9.458 y 12.458 pesos mexicanos para un médico general (Secretaría de Gobernación, 2026). Al cambio de hoy serían entre 550 y 720 dólares.

⁸ La modalidad “cero-ocho” es una forma contractual y laboral común entre médicos que trabajan bajo la figura de honorarios en los hospitales públicos. Implica que quienes la desempeñan no cuentan con prestaciones legales (seguro médico, pago de vacaciones, coberturas por contagio bioinfeccioso, ni seguros por muerte, accidente o enfermedad laboral).

cansancio o la saturación emocional no interrumpen el trabajo, sino que son absorbidos mediante su modulación farmacológica (Stiegler, 1994, 2010).

Desde esta perspectiva, el autoconsumo no puede ser reducido a una práctica individual ni explicado en términos de “factores de riesgo”. Por el contrario, condensa una serie de determinaciones vinculadas a la organización del trabajo: sistemas de guardias que pueden extenderse más de 30 horas continuas, esquemas de contratación precarios que obligan a la multiplicación de jornadas y una cultura institucional que valora la resistencia como signo de competencia. El fármaco aparece aquí como mediación necesaria entre estas condiciones y la posibilidad de sostener la actividad.

Es en este punto donde el analizador fármakon adquiere su carácter analítico. El medicamento opera simultáneamente como remedio y como veneno (Derrida, 1972): permite sostener la actividad y garantizar la continuidad de la atención, al tiempo que profundiza el desgaste al hacer viable la prolongación del esfuerzo y al desplazar el malestar hacia su gestión individual. Su eficacia no radica únicamente en su capacidad terapéutica, sino en su función de hacer operable un régimen de trabajo que, sin esta mediación, tendería a colapsar.

Así, el autoconsumo revela que la reproducción del trabajo médico en condiciones de precarización no se sostiene a pesar del desgaste, sino a través de su administración farmacológica. El cuidado de la vida se articula, de este modo, con la producción sistemática de deterioro en quienes lo realizan (Stiegler, 1994, 2010). El fármakon, en tanto analizador, permite hacer visible esta relación al mostrar que la contradicción entre cuidado y desgaste no es externa al trabajo médico, sino constitutiva de su forma contemporánea.

Mercado negro: economía informal intrahospitalaria

La práctica del mercado negro de fármacos e insumos médicos constituye una economía informal generalizada al interior del hospital donde se realizó el trabajo de terreno. Diversos informantes y fuentes periodísticas confirman que también ocurre en otros establecimientos de salud del país (ISSSTE, 2022; Rodríguez, 2024; Maldonado, 2025). Esta dimensión del analizador fármakon opera a través de un circuito clandestino de obtención y distribución de recursos, motivado por las condiciones de precariedad estructural, cuyo funcionamiento se sostiene en mecanismos específicos y sofisticados.

Dentro de estos cabe señalar los *métodos de obtención*, entre los cuales la práctica más común consiste en que un médico (adscrito o residente) prescribe una cantidad mayor de medicamentos o insumos a la necesaria para un paciente y, posteriormente, el “extra” es desviado para su reventa. Este proceso a menudo implica colusión con otro personal, en particular de enfermería, quien tiene acceso físico a las gavetas de fármacos controlados y puede facilitar el desvío sin levantar sospechas inmediatas en los sistemas de registro.

Por otro parte están los *circuitos de distribución y venta*. Los fármacos e insumos desviados son revendidos a otros médicos dentro del mismo hospital, a otros

establecimientos de salud (tanto públicos como privados) o a particulares. Las ganancias se reparten entre los participantes de la colusión.

Otra dimensión es su *escala y magnitud*: la investigación documentó casos concretos con montos significativos, que van desde los 20.000 pesos (alrededor de 1.150 dólares al día de hoy) robados por un residente de primer año hasta sumas de 150.000 (8.640 dólares) y 250.000 pesos (14.400 dólares) por residentes de años más avanzados. En otros establecimientos del país se estiman mermas de más de medio millón de pesos mexicanos (290.000 dólares) entre 2013 y julio de 2020 (ISSSTE, 2022; Rodríguez, 2024; Maldonado, 2025).

Si bien esta práctica se puede concebir como “ilegal”, es importante analizarla en el contexto de las condiciones estructurales donde tiene lugar, es decir, pensarla como parte de una respuesta directa a las fallas del sistema institucional y laboral.

En primer lugar, hay que señalar, entre sus causas, una *precarización salarial extrema*, puesto que su principal motivación es la insuficiencia de los salarios. Los ingresos de los médicos (médicos contratados por honorarios) son tan bajos que resultan incompatibles con el costo de vida y, sobre todo, con gastos familiares imprevistos y elevados (CAM, 2020). Uno de los casos relatados es el de un residente que recurrió a esta práctica para pagar una cirugía para su padre que el seguro popular ya no cubría, y, en otro, alguien que necesitaba costear un tratamiento de 100.000 pesos mexicanos (alrededor de 5700 dólares) para un familiar.

En segundo lugar está el *acceso restringido a la salud*. Irónicamente, los propios médicos y sus familias enfrentan barreras para acceder a servicios de salud de calidad y a medicamentos especializados (Saldívar, 2025; CAM, 2021). El mercado negro se convierte, para ellos, en un mecanismo para suplir las carencias del mismo sistema en el que trabajan.

En tercer lugar, encontramos la *naturalización de la precariedad*. La práctica está tan extendida que se percibe como un “mal necesario” o un hecho dado. Los participantes no la cuestionan abiertamente como un problema ético-político, sino que la justifican como una solución pragmática a necesidades económicas urgentes. Esta naturalización es síntoma de la profunda internalización de la precariedad como un estado normal.

Desde el análisis institucional, esta práctica se puede concebir como un *desviante libidinal*⁹ en cuanto transgrede las normas explícitas, es decir, es ilegal y va en contra de todos los reglamentos institucionales, pero, al mismo tiempo, revela las condiciones de represión y reificación propias de la institución. Desde esta perspectiva se hace visible la contradicción entre el mandato institucional de cuidado y la realidad material que imposibilita a sus

⁹ “El desviante libidinal se manifiesta en el plano de las relaciones, mostrando las condiciones de represión y de reificación que aparecen en el contexto de la institución” (Manero Brito, 1990, p. 150).

propios trabajadores vivir con dignidad y atender sus necesidades personales de salud y las de sus familias.

Asimismo, también podría describirse como una *práctica antiinstitucional* dado que no busca cambiar las lógicas estructurales instituidas, sino, más bien, las evita (Manero Brito, 1990). Dicho de otro modo, al robar el fármaco se termina por eludir el problema de fondo: la precarización salarial y la falta de acceso a la salud, por lo que se termina por perpetuar el *statu quo* al suplir de manera individual lo que debería ser resuelto colectiva y estructuralmente.

De este modo, este tipo de situaciones permite observar que el problema no radica únicamente en la existencia de un “mercado negro”, sino en la insuficiencia estructural de los mecanismos formales de abastecimiento. En este contexto, la circulación informal no aparece como una alteración del orden institucional, sino como una respuesta práctica a sus límites. Desde esta perspectiva, estos circuitos pueden ser comprendidos como una forma de regulación material del trabajo. Frente a la escasez de insumos, el personal desarrolla mecanismos alternativos que permiten sostener la atención médica y evitar la interrupción del servicio. El medicamento, en este caso, no solo circula como recurso terapéutico, sino como un “bien estratégico” cuya disponibilidad condiciona la posibilidad misma de trabajar.

Esta dinámica introduce una dimensión específica del analizador fármakon. Si en el autoconsumo el fármaco operaba sobre el cuerpo del trabajador, aquí lo hace sobre la estructura material del hospital. Funciona simultáneamente como remedio –al permitir resolver contingencias, suplir carencias y garantizar la continuidad de la atención– y como veneno, en la medida que naturaliza la escasez, desplaza la responsabilidad institucional hacia arreglos informales y contribuye a reproducir un sistema que depende de estas prácticas para operar. En este sentido, la circulación informal de medicamentos no puede ser reducida a una economía ilegal. Más bien, forma parte de un entramado de prácticas que sostienen el funcionamiento institucional en condiciones de precariedad. El hospital no opera a pesar de estos circuitos, sino en buena medida a través de ellos.

Así, el fármakon permite hacer visible una dimensión clave de la contradicción del trabajo médico: la producción de cuidado depende de mecanismos informales que, al mismo tiempo que resuelven la escasez, la reproducen. La gestión cotidiana de la “falta” se convierte en condición de posibilidad del funcionamiento institucional al integrar la precariedad como parte constitutiva del sistema. Por ello, sería importante pensar este “mercado negro” más allá del acto delictivo por afán de lucro y más bien como un *síntoma* de economías de supervivencia que emergen en un contexto de salarios de miseria y de un sistema de salud fracturado.

Almacenaje y uso en caso de emergencias

Junto con el autoconsumo y la circulación informal, el trabajo de terreno permitió identificar una tercera práctica: el almacenaje estratégico de fármacos e insumos por parte del personal de salud. Lejos de tratarse de acumulaciones ocasionales, estas reservas funcionan como mecanismos anticipatorios frente al desabasto normalizado y terminan por configurar una forma específica de gestión de la incertidumbre en el hospital. Este gesto expresa a la par cuidado y desconfianza: se almacena para salvar, pero al mismo tiempo se priva a otros del acceso inmediato. El analizador fármakon muestra aquí el dilema ético entre solidaridad-exclusión y evidencia la fragilidad de la institución hospitalaria como garante de la salud colectiva.

Con ello, la práctica del almacenaje clandestino de insumos y fármacos también representa una estrategia colectiva y antiinstitucional desplegada por el personal de salud para crear una reserva estratégica que supla las fallas crónicas del sistema. Esta dimensión del analizador consiste en la constitución de una “administración paralela” que opera en las sombras para garantizar la continuidad de la atención médica ante el desabasto permanente. La práctica se caracteriza por su organización y métodos específicos de obtención de recursos.

Entre sus prácticas encontramos los *métodos de acopio*, cuya estrategia principal consiste en desviar insumos de hospitales privados donde el personal labora en un segundo o tercer empleo (CAM, 2020, 2021). La dinámica implica facturar una cantidad mayor de material del necesario a pacientes de alto poder adquisitivo, por ejemplo, en cirugías plásticas, partos programados o procedimientos electivos. Los insumos “excedentes” que el paciente paga, pero nunca llega a utilizar, son retirados de la farmacia y trasladados al hospital público. Esto incluye material quirúrgico (gasas, hilo de sutura, guantes estériles), insumos de protección personal (batas, cubrebocas) y fármacos.

Otra de sus características es su *administración y uso*, que consiste en guardar los insumos acopiados en escondites dentro del hospital público para ser utilizados en situaciones de emergencia o extraordinarias, como serían desastres naturales o eventos catastróficos que detonan códigos rojos y negros¹⁰. Esta práctica es especialmente común y crítica en áreas como cirugía y urgencias.

Por último está su *carácter colectivo y sistémico*. A diferencia del mercado negro, el almacenaje a menudo implica una red de colaboración entre diferentes categorías de personal, como enfermeras, médicos adscritos y residentes. Su escala y organización indican que es una práctica sistémica, no aislada, que se ha normalizado como un “mal necesario” para el funcionamiento diario.

¹⁰ En el código de *triage* o del sistema de clasificación de pacientes según la gravedad de su condición se utilizan colores para priorizar la atención médica. Los códigos rojos y negros se refieren a un desastre a gran escala que requiere a todo el personal de salud disponible y atención inmediata.

Esta práctica es una respuesta directa y lógica a la precariedad material absoluta del sistema de salud y el desabasto crónico institucional que este padece (Secretaría de Salud, 2004; Ramírez Coronel, 2025). Ambos males llevan a que el almacenaje sea la consecuencia inevitable de trabajar en un contexto de escasez permanente. El personal no puede confiar en que la institución provea los insumos mínimos necesarios para realizar su trabajo de forma segura y efectiva (CAM, 2021; Varela, 2025), por lo que pone en marcha un mecanismo de autopreservación profesional y de supervivencia asistencial.

Asimismo, esta práctica se articula en el contexto del pluriempleo, es decir, depende directamente de la precarización laboral que fuerza al personal a trabajar en múltiples instituciones (CAM, 2021). El acceso a los hospitales privados con sus recursos abundantes es lo que posibilita el desvío hacia el sector público. De esta manera, el mismo sistema que paga salarios insuficientes (obligando al pluriempleo) crea las condiciones para que se establezca este circuito de “redistribución forzosa”, lo que termina por producir una externalización de la responsabilidad institucional.

En efecto, esta estrategia tiene un efecto perverso: enmascara la magnitud del desabasto. Así, al suplir las carencias del sistema, el personal evita que se produzcan paros técnicos o crisis más visibles que obligarían a la institución a responder. La administración paralela, al actuar como un amortiguador que permite al sistema público continuar operando en condiciones de infrafinanciamiento, libera a las autoridades de su obligación de garantizar los suministros básicos. Así, la institución se beneficia tácitamente de esta práctica antiinstitucional.

Ahora bien, el personal que participa en el almacenaje estratégico suele justificar sus acciones mediante un cálculo ético basado en la clase social. Por ejemplo, una enfermera desvía insumos de “parturientas burguesas”¹¹ en un hospital privado bajo el argumento de que estas pacientes, por su capacidad económica, podrían atenderse en cualquier otro lugar mientras que los recursos desviados salvarán vidas en el sector público.

El almacenaje, como vemos, se convierte en una práctica antiinstitucional sistemática y colectiva que funciona como un sistema de emergencia clandestino. Se trata del resultado de una adaptación pragmática a un entorno de trabajo donde la escasez es la norma. Si bien nace de un imperativo ético de cuidado y sobrevivencia profesional, su efecto estructural es paradójico: al compensar las fallas del sistema, perpetúa la situación de precariedad que la origina, permitiendo que la institución eluda su responsabilidad y naturalice el desabasto. Este carácter ambivalente se expresa también en el plano ético. Las decisiones sobre qué resguardar, para quién y en qué momento utilizar los insumos no se rigen por protocolos formales, sino por criterios situados que articulan nociones de urgencia, merecimiento y responsabilidad profesional.

Sin embargo, más allá de estas justificaciones, lo que el almacenaje pone en evidencia es la fragilidad de la institución como garante del acceso a los recursos necesarios para la

¹¹ Mencionadas así por ella.

atención. Así, revela una dimensión central de la reproducción del trabajo médico en condiciones de precarización: la continuidad de la atención no depende exclusivamente de la provisión institucional, sino de la capacidad del personal para anticipar, gestionar y compensar sus fallas. El fármakon, en este nivel, no solo media entre el cuerpo y el trabajo o entre los recursos y su circulación, sino entre el presente y la posibilidad misma de que el trabajo continúe en el futuro.

La *robin-hood-ada* y el sacrificio

Una cuarta dimensión del analizador fármakon se expresa en prácticas de desvío y uso de insumos orientadas a la atención de pacientes que carecen de recursos económicos. A diferencia del almacenaje –centrado en la previsión–, aquí los recursos se movilizan de manera inmediata hacia casos específicos, bajo criterios situados de necesidad y urgencia. Así, el personal de salud se convierte en una especie de “Robin Hood” del mundo hospitalario, es decir, se trata de una *robin-hood-ada*¹². Es decir, consiste en el desvío de insumos y medicamentos de pacientes adinerados (generalmente del sector privado) para donarlos y utilizarlos en pacientes vulnerables o sin recursos en el sector público, lo que hace que la dimensión ética del analizador fármakon sea más compleja.

Aunque estas prácticas comparten mecanismos de obtención con otras formas de circulación informal, su especificidad radica en la forma en que son legitimadas. El desvío de insumos se justifica a partir de una lectura de la desigualdad social que reconoce la coexistencia de circuitos diferenciados de atención: uno con acceso a recursos abundantes y otro marcado por la carencia. En este contexto, al operar una redistribución no institucional de los recursos, el personal de salud interviene directamente sobre esta brecha. En sus prácticas y mecanismos operativos, la *robin-hood-ada* comparte los métodos de obtención del “almacenaje” y las tácticas de facturar “extras” a los pacientes en hospitales privados, pero su finalidad es radicalmente distinta.

La diferencia principal en esta dimensión es su *destino y justificación*: los recursos obtenidos no se almacenan para una eventualidad, sino que se destinan de manera directa e inmediata a pacientes que no pueden pagar por sus medicamentos o tratamientos. El personal justifica esta acción bajo un imperativo ético superior, alineado con el juramento hipocrático de procurar el bien del paciente, que consideran vulnerado por un sistema de salud inequitativo y mercantilizado.

También destaca la *valoración de la clase social*, puesto que esta práctica implica un cálculo socioeconómico consciente. Se elige como “fuente” de recursos a pacientes percibidos como económicamente privilegiados, como las “parturientas burguesas mencionadas más arriba, bajo el argumento de que ellos tienen la capacidad de absorber ese costo o de que su contribución, aunque involuntaria, “repara” una injusticia estructural. Es una redistribución forzosa basada en una lectura de clase.

¹² Se hace referencia a la “robinsonada”.

Al mismo tiempo, esta dimensión, al igual que las anteriores, está en vinculación directa con las condiciones estructurales, por lo que también es un síntoma de fallas sistémicas profundas, como el acceso inequitativo a la salud. Esta práctica nace directamente de la brecha abismal entre la atención privada, con recursos aparentemente abundantes, y la pública, en estado de carencia crónica y permanente. El personal de salud se erige como un actor que intenta puentear esta brecha de manera unilateral. Más que una práctica excepcional, esta dinámica configura una economía moral del cuidado, en la que las decisiones sobre el uso de los insumos no se rigen exclusivamente por criterios técnicos o administrativos, sino por valoraciones situadas sobre la necesidad, la urgencia y la posición social de los pacientes. El fármaco no solo circula como recurso terapéutico o estratégico, sino como objeto de una redistribución que busca corregir, en lo inmediato, las desigualdades en el acceso a la atención.

Empero, esta forma de intervención no puede ser comprendida únicamente en términos éticos. En el marco de un sistema de salud atravesado por la segmentación y el desabasto, funciona también como un mecanismo que permiten sostener la operación institucional sin modificar sus condiciones de fondo. La redistribución informal no elimina la desigualdad que la motiva, sino que la gestiona a nivel local haciendo posible la continuidad de la atención en contextos donde el acceso está estructuralmente restringido. Y es en este punto donde el analizador fármakon muestra nuevamente su ambivalencia. El medicamento opera como medio para garantizar el acceso a quienes, de otro modo, quedarían excluidos, pero, al mismo tiempo, contribuye a estabilizar un sistema que produce esa exclusión. La intervención del personal no sustituye al Estado ni transforma la organización del sistema de salud, pero sí permite que sus fallas se vuelvan operables en la práctica cotidiana.

Con lo expresado, esta dimensión revela que la reproducción del trabajo médico en condiciones de precarización no solo depende de la gestión del cuerpo, los recursos o el tiempo, sino también de la movilización de criterios éticos que hacen soportable y operable la desigualdad. El cuidado de la vida se articula, en este nivel, con una economía moral que no contradice el funcionamiento del sistema, sino que lo sostiene.

EL FÁRMACON COMO OPERADOR DE LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO MÉDICO

El análisis desarrollado permite sostener que las prácticas farmacológicas observadas en el hospital no constituyen respuestas contingentes ni anomalías marginales, sino mecanismos mediante los cuales se organiza y sostiene el trabajo médico en condiciones de precarización. En este marco, el fármakon no remite únicamente a la ambivalencia del medicamento, sino a una lógica en la que la producción de cuidado y la producción de desgaste se encuentran estructuralmente entrelazadas.

Las distintas prácticas analizadas no operan de manera aislada, sino como expresiones de una misma racionalidad que actúa sobre múltiples planos: el cuerpo, la circulación de

recursos, la temporalidad del trabajo y la gestión de la desigualdad. En conjunto, estas dimensiones muestran que la continuidad de la actividad no depende de condiciones institucionales garantizadas, sino de un conjunto de mediaciones que permiten sostenerla a pesar de su deterioro y contradicción. Lo que aparece como autocuidado, redistribución o previsión se revela, en este sentido, como parte de un mismo proceso de reproducción del trabajo bajo condiciones de escasez, explotación y sobrecarga.

Desde esta perspectiva, el fármakon puede ser comprendido en un sentido más preciso. Siguiendo a Derrida (1997), su ambivalencia no constituye una propiedad secundaria, sino el modo mismo en que opera: aquello que permite sostener la vida es, simultáneamente, lo que habilita su desgaste. Sin embargo, en el contexto del trabajo médico, esta ambivalencia no se agota en el plano simbólico, sino que se inscribe en condiciones materiales específicas que organizan su funcionamiento.

Esta inscripción material permite, a su vez, establecer un desplazamiento hacia la problemática del sacrificio. En términos cercanos a Girard (1986, 2005), el mantenimiento del orden implica la producción y gestión de aquello que absorbe la violencia o el exceso. En el caso analizado, no se trata de una figura sacrificial externa, sino del propio trabajador, cuyo cuerpo, tiempo y recursos son movilizados para sostener la continuidad del sistema. El desgaste no aparece como una falla, sino como un costo distribuido y administrado en el interior del proceso de trabajo.

Finalmente, el fármakon puede ser leído como una forma de mediación técnica en el sentido planteado por Stiegler (1994, 2010): un soporte exterior que hace posible la vida, pero que al mismo tiempo reconfigura las condiciones de su existencia. Los fármacos, en este contexto, no solo intervienen sobre el cuerpo o la enfermedad, sino que operan como dispositivos que permiten la prolongación de la actividad laboral, inscribiendo la técnica en la reproducción misma del trabajo.

En este punto, el problema de la desviación requiere ser reubicado con mayor precisión. Las prácticas analizadas no pueden ser comprendidas ni como simples transgresiones normativas ni como mecanismos plenamente integrados y armónicos. Desde la perspectiva del análisis institucional, se inscriben más bien como desviaciones institucionales que operan como analizadores en cuanto hacen visible aquello que la institución tiende a ocultar, negar o naturalizar (Lourau, 2001).

En este sentido, el autoconsumo, la circulación informal, el almacenaje y la redistribución no solo transgreden los marcos formales del hospital, sino que revelan las condiciones materiales y simbólicas que sostienen su funcionamiento. Lejos de constituir anomalías externas, estas prácticas expresan la tensión entre lo instituido –los mandatos de objetividad, legalidad y cuidado– y lo instituyente –las respuestas prácticas que emergen ante la escasez, la sobrecarga y la desigualdad estructural–. La desviación no aparece, entonces, como ruptura del orden, sino como una vía de acceso privilegiada para su comprensión.

Desde este desplazamiento, es posible afirmar que dichas prácticas no corrigen las fallas del sistema, sino que las vuelven operables, al permitir que el trabajo continúe sin que sus condiciones sean transformadas. En ellas se hace legible la lógica del trabajo médico en el capitalismo contemporáneo: una lógica en la que la producción de cuidado se articula con formas de desgaste, redistribución informal de recursos y gestión diferencial de la vida, lo que deriva en el sostenimiento de la actividad a partir de sus propias contradicciones.

Este desplazamiento abre una línea de problematización adicional: si estas prácticas no son externas al funcionamiento institucional, sino constitutivas de este, entonces el fármakon puede ser pensado no solo como analizador, sino como una forma de organización institucional. Este supuesto investigativo, que rebasa los objetivos de este artículo, permite situar la discusión en un horizonte más amplio sobre las formas contemporáneas de articulación entre trabajo, cuidado y vida.

Con ello, este artículo realiza una contribución en tres niveles que es necesario explicitar. En primer lugar, en el plano empírico, documenta y sistematiza un conjunto de prácticas – autoconsumo, desvío, circulación informal, almacenaje y redistribución– que suelen permanecer en el registro de lo anecdótico, lo clandestino o lo moralmente condenable, para dar muestra de su carácter recurrente, organizado y situado en la vida cotidiana hospitalaria. En este sentido, no solo describe lo que ocurre, sino que reconstruye las lógicas mediante las cuales estas prácticas se hacen posibles y necesarias.

En segundo lugar, en el plano teórico, el artículo propone el fármakon como un analizador que permite articular la ambivalencia entre cuidado y desgaste más allá de su formulación filosófica, inscribiéndola en condiciones materiales específicas de organización del trabajo. Este desplazamiento permite poner en diálogo el análisis institucional con una lectura crítica del trabajo en salud para dar cuenta de que la ambivalencia no es un atributo abstracto del medicamento, sino una forma concreta de funcionamiento del trabajo médico en contextos de precarización. Al respecto, la noción de desviación institucional resulta clave: lejos de remitir a anomalías externas, estas prácticas operan como analizadores que hacen visible la tensión entre lo instituido y lo instituyente, revelando así las condiciones de posibilidad del propio orden institucional.

En tercer lugar, en el plano ético-político, el artículo abre una línea de problematización sobre las formas contemporáneas de sostenimiento del trabajo de cuidado. Al mostrar que la continuidad de la atención médica depende de prácticas que gestionan el desgaste a través del cuerpo de los propios trabajadores y de circuitos informales de recursos, se pone en cuestión la idea de que el sistema de salud funciona a partir de condiciones garantizadas. Por el contrario, evidencia que su operatividad descansa en arreglos precarios, desplazamientos y sacrificios que son, al mismo tiempo, necesarios e invisibilizados.

A partir de ello, el artículo no se propone ofrecer un modelo de intervención clínica ni una prescripción normativa, sino contribuir a la comprensión de las formas en que se organiza

y reproduce el trabajo médico en el capitalismo neoliberal actual. En este sentido, su alcance es fundamentalmente analítico: desplazar la mirada desde la condena moral o la patologización individual hacia la interrogación de las condiciones que hacen que estas prácticas no solo ocurran, sino que resulten funcionales para la continuidad del sistema. Esta apertura deja planteada una agenda de investigación e intervención que excede los límites de este trabajo, pero que resulta ineludible: si el cuidado se sostiene a través del desgaste, entonces cualquier transformación del sistema de salud pasa necesariamente por intervenir en las condiciones materiales que lo producen.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Mayleth Alejandra Zamora Echegollen: Conceptualización; Metodología; Investigación; Curación de datos; Análisis formal; Redacción – Borrador original; Redacción – Revisión y Estilo.

REFERENCIAS

- Ansoleaga Moreno, E. y Miranda-Hiriart, G. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: Revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 1-14.
- Ardoino, J. (1997). La intervención: ¿Imaginario del campo o cambio de lo imaginario? En Guattari, F., Lapassade, G., Lourau, R., Mendel G., Ardoino, J., Dubost, J. y Levy, A., *La intervención institucional* (pp. 13-44). Folios.
- CAM (2020). Resultados del cuestionario sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud en México durante la pandemia por el COVID-19. Reporte de Investigación 133, 11 de diciembre. Centro de Análisis Multidisciplinario, Universidad Nacional Autónoma de México.
- CAM (2021). En total precarización laboral los trabajadores de salud enfrentan la pandemia por el Covid-19 en México. Reporte de Investigación 134, 16 de abril. Centro de Análisis Multidisciplinario, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. y Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Cruz Robazzi, M. L. do C., Chaves Mauro, M. Y., De Marchi Barcellos, D. R. de C., Almedida da Silva, L., De Oliveira Secco, I. A. y Pedrão Luiz, J. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52-64.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- Derrida, J. (1972). *La farmacia de Platón*. De Seuil.
- Durkheim, É. (2012). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Fondo de Cultura Económica, Universidad Autónoma Metropolitana-Cuajimalpa, Universidad Iberoamericana.
- Fernández-López, J. A., Siegrist, J., Rödel, A. y Hernández-Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo: ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31(8), 1-10.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. La Piqueta.
- Foladori, H. (2006). Burn out: El trabajo psíquico con equipos de salud. *Área 3, Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, núm. especial, 1-13.
<https://area3.org.es/descargas/burn-out-Foladori.pdf>
- Girard, R. (1986). *El chivo expiatorio*. Anagrama.
- Girard, R. (2005). *La violencia y lo sagrado*. Anagrama.

Hess, R. (1977). El analizador en la institución. En G. Lapassade, *El analizador y el analista* (pp. 161-180). Gedisa

ISSSTE (2022). No tolerará ISSSTE actos de corrupción y robo de medicamentos e insumos: Pedro Zenteno. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Gobierno de México. 2 de septiembre. <https://www.gob.mx/issste/prensa/no-tolerara-issste-actos-de-corrupcion-y-robo-de-medicamentos-e-insumos-pedro-zenteno?idiom=es>

Lapassade, G. (1979). *El analizador y el analista*. Gedisa.

Lourau, R. (1977). Análisis institucional y cuestión política. En R. Lourau, M. Bernard, M. Evrard, P. Ville, L. Gavarini, A. Savoye, R. Hess, G. Lapassade, P. Bruce y P. Georges Cosson, *Análisis institucional y socioanálisis* (pp. 9-30). Nueva Imagen.

Lourau, R. (1989). *El diario de investigación*. Universidad de Guadalajara.

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

Maldonado, M. (2025). IMSS pierde casi medio millón de pesos en robo de medicamentos. *El Sol de México*, 6 de septiembre. <https://oem.com.mx/elsoldemexico/mexico/imss-pierde-casi-medio-millon-de-pesos-en-robo-de-medicamentos-25591974>

Manero Brito, R. (1990). Introducción al análisis institucional. *Tramas, Subjetividad y Procesos Sociales*, 1, 121-157.

Manero Brito, R. (1996). El análisis de las implicaciones. En M. Á. Castillo (Ed.), *III Foro Departamental de Educación y Comunicación 1995: Psicología* (pp. 248-268). Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Manero Brito, R. (2007). Tiempo, temporalidad e intervención. *Tramas, Subjetividad y Procesos Sociales*, 8, 211-237.

Martínez-Lanz, P., Medina-mora, Ma. E. y Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, 27(6), 17-27.

Morse, J. M. (1995). *The significance of saturation. Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149.

Noriega, M. (1989). Problemas teórico-metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo. *Salud Problema*, 17, 9-13.

Otero Dorrego, C., Huerta Camarero, C. y Duro Perales, N. (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): Aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(211), 15-23.

Palma, A., Ansoleaga, E. y Ahumanda, M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: Revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 146(2), 213-222.

Parsons, T. (1966). *El sistema social*. Revista de Occidente.

Ramírez Coronel, M. (2025). En desabasto de medicamentos, sigue la herida abierta. *El Economista*, 20 de abril. <https://www.eleconomista.com.mx/opinion/desabasto-medicamentos-sigue-herida-abierta-20250420-755628.html>

Rodríguez, R. (2024). De policías, hospitales y robo hormiga de medicinas. *Excelsior*, 19 de junio. <https://www.excelsior.com.mx/opinion/ruth-rodriguez/de-policias-hospitales-y-robo-hormiga-de-medicinas/1546806>

Saldívar, B. (2025). Sin acceso a servicios de salud, 34 de cada 100. *El Economista*, 13 de agosto. <https://www.eleconomista.com.mx/economia/acceso-servicios-salud-34-20250813-772666.html>

Secretaría de Salud (2004). Satisfacer la demanda de medicamentos en el sector salud, una iniciativa en progreso. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/304666/Folleto_Abasto.pdf

Secretaría de Gobernación (2026). Salarios mínimos. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1041076/Tabla_de_Salarios_Minimos_2026.pdf

Silva de los Ríos, M. C. (2016). *¿Por qué sufren los trabajadores de salud?: El caso de un Centro de Salud Familiar Rural del sur de Chile*. (Tesis para optar al grado de Doctora). Universidad de Chile.

Stiegler, B. (1994). *La technique et le temps 1: La faute d'Épiméthée*. Galilée.

Stiegler, B. (2010). *Ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue: De la pharmacologie*. Flammarion.

Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.

Tapullima Mori, C., Munguía Girón, E. N., Reyes Cántaro, E. M. y Sánchez Gonzales, E. B. (2021). Revisión sistemática sobre el síndrome de Burnout en personal de salud en América Latina entre 2015-2020. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 197-221.

Varela, M. (2025). La falta de medicamentos e insumos en hospitales lleva al personal sanitario de la región Istmo de Oaxaca al paro indefinido. *El País*. 05 de junio, <https://elpais.com/mexico/2025-06-05/la-falta-de-medicamentos-e-insumos-en-hospitales-llevan-al-personal-sanitario-de-la-region-istmo-de-oaxaca-al-paro-indefinido.html>

Zamora Echegollen, M. A. (2017). *Cuerpo médico: desafección y castigo*. (Tesis para obtener el grado Maestra). UAM-Xochimilco.

Zamora Echegollen, M. A. (2020). El sistema de castigos en los Hospitales en México. *Univerciencia*, 17(52), 1-12.