

DOSSIER SALUD/SUBJETIVIDAD–TRABAJO

ARK: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25912755/faybk92dr>

La autonomía responsable como una dimensión deteriorante para la salud de las médicas residentes. Un estudio de caso en un hospital público del sur del conurbano bonaerense, Argentina

Luciana Reif*

<https://orcid.org/0000-0002-5098-1535>

CEIL-CONICET, Argentina

lc.reif@gmail.com

Recibido: 13-02-23

Aceptado: 08-05-23

Resumen. El objetivo del presente artículo es caracterizar la autonomía responsable como una dimensión de la regulación del proceso de trabajo de las médicas residentes de una terapia neonatal en un hospital público del sur del conurbano bonaerense, que puede considerarse como deteriorante para su salud. La autonomía responsable de las médicas residentes es parte de un modo de subjetivación que las insta a ser trabajadoras con un compromiso proactivo hacia la atención del paciente, y por ende a responsabilizarse del cumplimiento de sus tareas y también de la supervisión del personal de enfermería, y a estar pendientes de la toma de decisiones que realizan las médicas internas. El diseño metodológico se orientó a un estudio de caso con finalidad descriptiva explicativa, con un abordaje de tipo cualitativo a través de la realización de entrevistas en profundidad. Uno de los hallazgos más destacados es que la

* Licenciada en Sociología y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Actualmente es becaria posdoctoral en el Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL) del CONICET y docente de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de Avellaneda. Se especializa en salud laboral y su población de estudio son los/as trabajadores/as de la salud.



imposibilidad de realizar un corte en la actividad laboral y la obstaculización de la inteligencia creativa son dimensiones del proceso regulatorio que mostraron ser deteriorantes de la salud en las médicas residentes. Respecto a la salud autopercebida, el cansancio y el agotamiento, seguido por sentimientos de frustración fueron los síntomas que más aparecieron.

Palabras clave: salud laboral; médicas residentes; proceso regulatorio; Argentina

Responsible autonomy as a deteriorating dimension for the health of female medical residents. A case study in a public hospital in the south of Buenos Aires, Argentina

Abstract. The aim of this article is to characterize responsible autonomy as a dimension of the regulation of the work process of female medical residents in a neonatal therapy unit of a public hospital in the south of Buenos Aires suburban area, which can be considered as deteriorating for their health. The responsible autonomy of the medical residents is part of a mode of subjectivation that urges them to be workers with a proactive commitment to patient care, and therefore to take responsibility for the fulfilment of their tasks and also for the supervision of the nursing staff, and to be aware of the decisions made by the medical interns. The methodological design was oriented to a case study with an explanatory descriptive purpose, with a qualitative approach through in-depth interviews. One of the most outstanding findings is that the impossibility of making a cut in the work activity and the hindrance of creative intelligence are dimensions of the regulatory process that proved to be deteriorating in the health of the medical residents. Regarding self-perceived health, fatigue and exhaustion, followed by feelings of frustration were the symptoms that appeared most frequently.

Key words: Occupational health; Medical residents; Regulatory process; Argentina

A autonomia responsável como uma dimensão deteriorante para a saúde das mulheres residentes médicas. Um estudo de caso em um hospital público no sul de Buenos Aires, Argentina

Resumo. O objetivo deste artigo é caracterizar a autonomia responsável como uma dimensão da regulação do processo de trabalho dos médicos residentes em uma unidade de terapia neonatal em um hospital público no sul de Buenos Aires, que pode ser considerada prejudicial à sua saúde. A autonomia responsável dos médicos residentes faz parte de um modo de subjetivação que os incita a serem

trabalhadores com um compromisso proativo com o atendimento ao paciente e, portanto, a assumirem a responsabilidade pelo cumprimento de suas tarefas e também pela supervisão da equipe de enfermagem, além de estarem cientes das decisões tomadas pelos médicos internos. O desenho metodológico foi orientado para um estudo de caso com finalidade descritiva explicativa, com uma abordagem qualitativa por meio de entrevistas em profundidade. Um dos achados mais notáveis é que a impossibilidade de fazer uma pausa no trabalho e o impedimento da inteligência criativa são dimensões do processo regulatório que se mostraram prejudiciais à saúde dos médicos residentes. Com relação à autopercepção de saúde, o cansaço e a exaustão, seguidos de sentimentos de frustração, foram os sintomas mais frequentes.

Palavras-chave: Saúde ocupacional; Médicos residentes; Processo regulamentar; Argentina

INTRODUCCIÓN

El proceso de trabajo en salud se encuentra comandado por la producción del cuidado (Merhy, 2006). Mientras que los términos *tratar*, *curar* o *controlar* aluden a prácticas limitadas de aplicación de tecnología y procedimientos, hablar de cuidado implica rescatar el acto de producción de salud como una interacción que no se restringe meramente a los saberes técnicos, sino que supone la construcción de proyectos terapéuticos en el marco de un encuentro entre trabajadores/as y usuarios/as (Ayres, 2002). Podemos decir que todos/as los/as trabajadores/as participan y contribuyen desde diferentes lógicas y saberes al cuidado de los/as usuarios/as. Y estas contribuciones, lejos de ser individuales o aisladas, son interdependientes y coordinadas (Amable y Morales Castellón, 2014). La manera en que esos procesos se vinculan para alcanzar el objetivo del cuidado, depende de las relaciones intersubjetivas entre los/as trabajadores/as, por lo que sostenemos que la dimensión relacional del proceso productor de cuidados es central (Franco y Merhy, 2016).

Es importante comprender las maneras en que la práctica sanitaria moldea la subjetividad de sus trabajadores, ya que esto impacta en las relaciones intersubjetivas entre los diferentes grupos ocupacionales, y por ende, en la producción del cuidado. Estos modos de subjetivación imprimen determinados valores y modos de actuar en la producción del cuidado, lo que implica que para analizar el proceso de trabajo en salud, es necesario dilucidar cómo el/la trabajador/a (y también el usuario/a) se constituyen como sujetos morales y políticos (Merhy, 2006). También se vuelve importante comprender estos procesos de subjetivación en el marco de las lógicas institucionales que se

despliegan en el hospital. Lógicas que los producen como sujetos con intereses y objetivos particulares, pero dotados de márgenes de autonomía y libertad. Rovere (2003) sostiene que no es posible comprender la profesión médica sin comprender las lógicas institucionales desplegadas en las organizaciones sanitarias, su orden formal y simbólico, sus jerarquías y relaciones, así como tampoco sin comprender los aspectos menos formalizados como las relaciones interpersonales, los valores simbólicos y la cultura que se comparte en el hospital.

La dimensión relacional del proceso productor de cuidados pone de manifiesto que el producto del trabajo existe solamente durante su misma producción y para las personas directamente involucradas en el proceso. Esta congruencia entre el tiempo de producción y el de consumo es la que obliga a los/as trabajadores/as a tomar decisiones sin pasar por eslabones intermedios, poniendo en acto las reglas y acuerdos establecidos y a su vez reelaborándolos durante la misma ejecución del proceso de trabajo para intentar alcanzar el objetivo final.

Esta reelaboración de reglas, al mismo tiempo que supone el despliegue de la autonomía de los/as trabajadores/as para tomar decisiones sobre la marcha, también se produce dentro del margen de posibilidades que les brinda su inserción en la organización hospitalaria, con sus normas, procesos y estandarizaciones. Por eso decimos que el proceso regulatorio es una combinatoria entre la regulación de control -desarrollada por un grupo de actores para asegurar la actividad laboral impuesta a otros, en la que el conocimiento del grupo que impone la regulación de control es indirecto porque no realizan la actividad-, y la autónoma, producida por aquellos actores que realizan la actividad y por lo tanto tienen un conocimiento directo de la misma. La regulación autónoma reemplaza generalmente a la regulación de control para asegurar la actividad (Reynaud, 1991). La regulación del proceso productor de cuidados es resultado del cruce entre los diferentes grupos profesionales, cada uno con sus procesos de subjetivación, que despliegan sus márgenes de autonomía y libertad y que son constreñidos por normas y procesos hospitalarios específicos.

El problema de la regulación del proceso productor de cuidados no estriba solamente en la consecución del objetivo final, sino también en el impacto en la salud de los/as propios trabajadores/as. Son los modos de producción de reglas, en términos de cooperación y/o conflicto, de control y autonomía, los que nos interesa pensar en relación a su impacto en la salud de los/as trabajadores/as.

El objetivo del presente artículo es caracterizar la *autonomía responsable* (Friedman, 1977) como una dimensión del proceso regulatorio del proceso de trabajo de las médicas residentes de una terapia neonatal de un hospital público del sur del conurbano bonaerense, que puede considerarse como deteriorante para su salud. La autonomía responsable de las médicas residentes es parte de un modo de subjetivación que las insta a ser trabajadoras con un compromiso proactivo hacia la atención del paciente, y por ende a responsabilizarse del cumplimiento de sus tareas y también de la supervisión del personal de enfermería y a estar pendientes de la toma de decisiones que realizan las médicas internas. Esta responsabilidad se encuentra íntimamente ligada a su objetivo e interés personal, que es titularse como especialistas en neonatología. Esta dimensión del proceso regulatorio tiene repercusiones en la salud de dichas médicas.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS: EL TRABAJO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

De acuerdo a la corriente de la medicina social latinoamericana, el *proceso de trabajo* es una de las categorías principales para comprender la relación entre salud y trabajo (Laurell, 1978). Se vuelve importante comprender los determinantes de la conformación del proceso de trabajo, ya que es allí donde se produce una forma particular de trabajar que implica un uso específico del cuerpo y la mente del/a trabajador/a. Sus características provienen por un lado de la forma que asume la base técnica, la división y la organización del trabajo, y por otro de la carga laboral y el *proceso de desgaste*. El concepto de *carga* permite identificar aquellos elementos del proceso de trabajo que tienen la capacidad de modificar los procesos corporales y psíquicos de los/as trabajadores/as, en tanto que el concepto de *proceso de desgaste* permite recoger las transformaciones negativas en los procesos biopsíquicos, originadas por la intervención de la interacción dinámica de las distintas cargas laborales (Laurell, 1978).

De acuerdo a Laurell (1978) el grado de control relativo del trabajador/a sobre el proceso de trabajo es uno de los elementos que permite postular la conformación de diferentes patrones colectivos de consumo y reproducción de las clases sociales en la sociedad capitalista. Mientras que Laurell (2000), abrevando en el materialismo histórico, analiza las repercusiones que el control sobre el proceso de trabajo tiene sobre la salud de las personas trabajadoras, en nuestra investigación pondremos foco en las repercusiones que la regulación sobre el proceso productor de cuidados tiene en la salud de las médicas residentes. Este abordaje se enriquece con el de la psicodinámica del trabajo, al considerar que no sólo es importante para la salud de la persona trabajadora poseer “control” sobre sus instrumentos de trabajo, el modo en que la actividad

se realiza, el sentido y el objeto del trabajo, sino que para el análisis de la economía del sufrimiento y del placer en el trabajo es central tener en cuenta la cooperación en el trabajo, los modos de confrontar y encontrar reglas y acuerdos comunes entre quienes laboran.

Para esta corriente el trabajo no es neutral para la salud: bajo determinadas condiciones puede permitir el desarrollo de las capacidades humanas, incluyendo las imaginativas y creativas, pero bajo otras también puede ser productor de enfermedades y descompensaciones psicosomáticas. Para Dejours (2015) el sufrimiento es consustancial al trabajo, a la actividad; la confrontación del sujeto con lo real del trabajo implica necesariamente sufrir. Es la dinámica del reconocimiento, que veremos a continuación, la que se encuentra en relación con la transformación del sufrimiento en placer, y con la posibilidad de convertir el esfuerzo en una gratificación identitaria o realización de sí (Wlosko, 2015).

Otro aspecto relevante a destacar es que el trabajo como potencia creadora tiene a su vez una relación clave con el reconocimiento. Los/as trabajadores/as esperan una retribución por la movilización de su subjetividad y de su persona entera: el reconocimiento se instituye como una retribución que no solo es económica o instrumental, sino también fundamentalmente simbólica. La dinámica del reconocimiento se despliega a través de dos juicios, el juicio de utilidad proferido por los superiores jerárquicos, subordinados y clientes; y el juicio de pares, proferido por los colegas o comunidad de pertenencia, para lo cual la existencia de un colectivo de trabajo es central. Como sostienen Dessors y Guhio-Bailly (1998), la existencia del colectivo es un eslabón fundamental y el punto sensible de la dinámica intersubjetiva de la identidad en el trabajo. La noción de colectivo de trabajo remite a una comunidad de pares, en la que a través de los lazos de confianza y cooperación es posible la elaboración de reglas comunes de oficio. Este colectivo posee tres funciones básicas: una función de elaboración y confrontación de experiencias, una función de límite, de margen o distancia posibles en la relación a lo prescripto y por último una función de reconocimiento, la validación de la tarea a través del juicio de pares (Wlosko y Ros, 2019). En este sentido, si el reconocimiento se paraliza o el colectivo se trunca, el sufrimiento es susceptible de acumularse y comprometer al sujeto en una dinámica patógena, que lo puede llevar a la descompensación psicosomática. La apuesta por el reconocimiento es una apuesta a la salud, en la medida en que la identidad no es solamente sostenida por el sujeto, sino también a través de la mirada de otros con los que se relaciona. De aquí el lugar capital del trabajo en la salud, porque el trabajo es el medio, al mismo tiempo que un derecho, de aportar una contribución a la sociedad, y a cambio obtener este reconocimiento

que puede inscribirse en el proceso mayor de realización de sí mismo (Dejours, 1998).

Siguiendo esta perspectiva se entiende porqué situamos a la dimensión relacional del proceso productor de cuidados en el centro de la exposición laboral: tal como sostiene esta corriente de pensamiento, la existencia de un colectivo de trabajadores/as que a través de una dinámica intersubjetiva de reconocimiento contribuya a la transformación del sufrimiento en placer es central. Si bien esto es característico de cualquier trabajo, en salud adquiere una importancia capital, porque la dimensión intersubjetiva es intrínseca y sustancial al proceso de producción del cuidado debido a la congruencia entre el tiempo de producción y el de consumo (Dejours, 2015). Es decir que la dinámica intersubjetiva del reconocimiento se efectúa en el seno de la principal dimensión productora del cuidado, la dimensión relacional. La manera en la que se vinculen los/as diferentes trabajadores/as y grupos ocupacionales establecerá los límites y posibilidades del trabajo en equipo, cooperación, ayuda y solidaridad. Estos vínculos pueden ser generadores de compromiso y pertenencia, pero también de sentimientos de competencia, discriminación y maltrato, que impacten en el proceso de trabajo y en la salud de los/as trabajadores/as (Spinelli et al., 2013).

ABORDAJE METODOLÓGICO

El diseño metodológico se orientó a un estudio de caso con finalidad descriptiva explicativa, con un abordaje de tipo cualitativo. El trabajo de campo se realizó entre julio y agosto del 2021. La población de estudio son las médicas residentes que desempeñan sus tareas en el área de terapia del servicio de neonatología de un hospital público del sur del conurbano bonaerense. Respondieron las entrevistas la totalidad de quienes en ese período se encontraban haciendo su rotación en la terapia neonatal, siete (7) médicas residentes¹. Para abordar el problema de investigación elegimos una metodología cualitativa a través de la realización de entrevistas. La investigación cualitativa “se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2008: 364). La técnica escogida por ser considerada la más adecuada de acuerdo a los objetivos planteados fue la entrevista semiestructurada. Consideramos que la entrevista es una herramienta metodológica que permite rescatar la experiencia cotidiana de los actores a partir

¹ En Argentina, las mujeres constituyen el 70 por ciento del empleo en el sector de la salud (East, Laurence & López Mourelo, 2020). Dado que se trata de una actividad altamente feminizada nos referiremos a este grupo ocupacional en femenino (las residentes, las médicas internas), sin desconocer que también está compuesto por varones.

de su propio relato (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2008: 364).

LA AUTONOMÍA RESPONSABLE. UNA DIMENSIÓN DEL PROCESO REGULATORIO

Podemos vincular el proceso de trabajo de las médicas residentes a lo que Friedman (1977) llamó *autonomía responsable*, o al *control burocrático* en términos de Edwards (1983). Sostenemos esto ya que, como veremos a continuación a través de los extractos de las entrevistas, la formación como especialistas de acuerdo a lo que les inculcan las jefaturas de servicio implica la responsabilidad sobre cada paciente, y a su vez la responsabilidad por controlar y seguir de cerca el trabajo que realiza enfermería, así como estar pendientes de la toma de decisiones que realizan las médicas internas. La responsabilidad de las residentes en formación parecería implicar el control sobre los otros dos colectivos de trabajo que conforman el servicio de neonatología (enfermería y médicas). La residencia pasa entonces a cumplir los tres requisitos del *buen trabajador* que menciona Edwards (1990) en relación al control burocrático: estar orientado a reglas, conocerlas y estar dispuesto a seguirlas; estar pendiente de las tareas y de la correcta marcha del trabajo más allá del seguimiento de las reglas, asumiendo la responsabilidad por el proceso de trabajo y por último, tener un compromiso activo, lealtad, entusiasmo, autodirección y autocontrol (Köhler y Artiles, 2006). Si bien con excepciones y matices, es posible dar cuenta del peso de responsabilidad que recae sobre las médicas residentes, junto con una serie de exigencias y limitaciones de su autonomía, que pasaremos a delinear a continuación.

La responsabilidad sobre el paciente asignado

Las médicas residentes nunca toman decisiones solas, y la responsabilidad de lo que le sucede al paciente, si bien es conjunta, es fundamentalmente de quienes toman la decisión sobre su tratamiento, es decir la jefatura de servicio y las médicas internas. Pese a que las médicas residentes se encuentran continuamente supervisadas, sienten gran responsabilidad respecto a los pacientes que tienen a cargo. En sus propias palabras:

Ahora que nosotros tenemos designados pacientes yo lo siento como de forma individual que, si ese paciente es mío y me olvidé de modificar tal dosis de medicamento, o tener que suspenderle los líquidos y no lo hice o no lo modifiqué, me olvidé, es una responsabilidad mía (médica residente).

Es que ha pasado, porque a veces con tantas cosas que uno tiene en la cabeza y algo se le puede escapar y al otro día te dan un llamado de atención, cuando uno no lo ha hecho. Entonces ahí lo dicen: "Vos eres la responsable de tu paciente" (médica residente).

Ambos fragmentos corresponden al relato de dos residentes de los primeros años, que tienen a cargo el seguimiento del tratamiento de pacientes de acuerdo a lo acordado tras la deliberación del pase diario, instancia de la que hablaremos más adelante. No sólo dan cuenta de la sensación subjetiva de ser responsable del paciente, sino que marcan cómo las jefaturas del servicio ponen de manifiesto que si se olvidan algo en relación al tratamiento del paciente es su responsabilidad, señalándoles el error. Como sostienen Dursi y Millenaar (2017), el verticalismo como rasgo distintivo, junto con el fantasma del castigo y la sensación de tener que estar disponible para las tareas solicitadas, son rasgos del sistema de residencias que forman parte de la cultura institucional hospitalaria y son inescindibles de la organización del trabajo en los equipos de salud.

Sobre las residentes de los años superiores también cae esta responsabilidad, aunque bajo otra modalidad. Veamos el fragmento a continuación:

Yo me siento muy culpable a veces cuando fallece un paciente. (...) [Tendría que haber sido] más insistente o me da culpa no haberlo hecho, más allá de que capaz la decisión final no es mía, capaz si hubiera sido más insistente hubiera cambiado, no sé, eso no lo sé. En algunos otros pacientes ha pasado que he sido más insistente y a veces sí me ha pasado (médica residente).

A las residentes superiores, que muchas veces ocupan un rol de consultoras de las médicas internas, se las pone casi a la par de estas últimas en términos de responsabilidades y toma de decisiones. Aunque de hecho siguen siendo residentes en formación que no han adquirido el título de especialistas, cae sobre ellas la responsabilidad o la culpa -en palabras de la propia residente- de no haber utilizado en mayor medida su margen de autonomía para proponer o insistir en cambiar el tratamiento de algún paciente, aunque reconocen que la decisión final no es suya.

El malestar no se genera meramente por las limitaciones de lo prescripto, que son las que impiden que las residentes tomen decisiones sobre el tratamiento de los pacientes, sino también porque las entrevistadas refieren que algunas médicas internas no terminan de asumir la responsabilidad sobre los resultados de su trabajo, recayendo sobre ellas al hacerse cargo de las decisiones de las internas. Tal como cuentan dos entrevistadas:

(...) que fueron conductas del médico interno, pero el que las acciona es un residente. Y que al otro día te vengan a reclamar a vos, vos como residente por qué hiciste tal cosa, y vos decís: "no fue mi decisión, fue decisión del médico interno". Y la respuesta es: "vos te tenés que imponer

ante el médico interno", cuando siempre dicen que la responsabilidad es del médico interno, pero cuando las cosas salen mal... (Médica residente).

Yo le mostré bibliografía donde decía que el tubo no iba ahí, igual me llevó a que se lo pusiera donde ella quería, era la médica interna, con veinticinco años de experiencia. Y al otro día, cuando el tubo de avenamiento estaba mal puesto, pero lo había puesto yo, bajo la supervisión de ella, que ella me indicó que era ahí, me retaron a mí (médica residente).

La falta de responsabilización por parte de las médicas internas a la que aluden las residentes y recae en estas, provoca en ellas malestar y falta de claridad respecto a los límites y consecuencias de su margen de autonomía. Lo que se puede ver a través del relato de las entrevistadas es que la médica interna se desliga del objetivo final de su intervención; de modo contrario, las médicas residentes están imbuidas y compelidas a hacerse responsables de manera integral de la evolución del paciente. Este rasgo también parece ser distintivo de la socialización profesional de las residencias. De acuerdo a un estudio realizado por Dursi y Millenaar (2017) en residentes de la provincia de Buenos Aires, algunos/as plantearon disconformidad con el sistema jerárquico y sus consecuencias: sobrecarga de trabajo en los/as residentes de los primeros años, falta de libertad para discutir las decisiones de un superior, generando un ámbito que favorece el maltrato. También plantearon la necesidad de romper con la idea de "como a mí me hicieron esto, ahora te lo hago a vos" (Dursi y Millenaar, 2017).

La residencia es una formación

El proceso de trabajo de las médicas residentes se encuentra atravesado por el proceso de formación que supone la residencia. De esta manera puede evidenciarse un cruce entre la institucionalidad del mundo laboral y la institucionalidad del mundo educativo. Al indagar cuáles son los objetivos, el sentido del trabajo y lo que las moviliza a venir cada día, la mayoría de las residentes responden en primer lugar que su objetivo es formarse. Veamos algunas de las respuestas: "*La verdad, me moviliza mucho aprender, me moviliza mejorar como profesional*" (médica residente); "*Yo creo que vine con un objetivo acá a este país, vine a formarme, vine a hacer una especialidad*" (médica residente).

El objetivo de formarse como profesionales y adquirir conocimientos ocupa un lugar importante y atraviesa el proceso de trabajo de las residentes, y por ende, de la producción del cuidado. En consonancia con la *autonomía responsable* de la que hablábamos en el apartado anterior, las médicas residentes sostienen que más allá de las instancias de formación formales, como las clases virtuales o las evaluaciones, formarse depende fundamentalmente de una y del propio interés. Tal como sostiene Dubet (2016), las médicas residentes hacen que su rol

profesional y los valores de la institución se internalicen como un atributo de su personalidad. En sus propias palabras: *“Un paciente que está con algo grave, bueno, te ponés a leer, hacés una autoexigencia y te autoeducás”* (médica residente).

“Sí puedes aprender mucho del hospital, de tus superiores, pero también depende de ti esforzarte y estudiar. La formación depende más que todo de cada uno. Actualizarse, leer bastante (médica residente).

El pase diario como espacio de formación

Uno de los espacios que las residentes identifican como importante para su proceso de formación es el pase diario. Es en esta instancia en la que, junto con la jefa o coordinadora de sala y la médica o médicas internas del día, las residentes informan el estado de los pacientes y se toman las decisiones más importantes para su tratamiento. Son las residentes las que informan la situación de cada bebé, lo que pasó el día anterior y durante la semana, el diagnóstico de cada uno, su plan de alimentación y los tratamientos a seguir. Durante el pase, las médicas residentes sugieren y proponen conductas a tomar que serán debatidas y consensuadas, teniendo en cuenta que la decisión final será en primera instancia de la jefa del servicio o coordinadora de sala (de acuerdo a quién esté en el pase), y en segunda, de las médicas internas presentes. El pase diario funciona a su vez como un espacio de formación de las residentes, durante el cual las médicas internas, la jefa o coordinadora de sala les realizan preguntas para constatar su conocimiento; se producen debates y consensos en torno al tratamiento de los pacientes, vivienciándose como un momento en donde las residentes pueden proponer conductas e ir formando su criterio profesional. En el pase diario puede constatar un proceso de negociación y acuerdo entre las residentes, por un lado, y la jefa o coordinadora de sala y las médicas internas, por el otro. En dicho pase se generan reglas y acuerdos que prescriben el trabajo a realizar con cada paciente en lo que resta del día. Si bien el proceso de toma de decisiones es vertical porque son las jefaturas las que terminan tomando la decisión final, el debate es valorado como un proceso en sí mismo, donde las residentes movilizan su subjetividad y realizan esfuerzos para involucrarse en la discusión de opiniones necesarias para la toma de decisiones, al decir de una de las residentes:

“Sí, es re-importante porque a veces surgen cosas, opiniones distintas donde por ahí alguno tiene otra información, alguno escuchó una cosa y terminamos encontrando a veces un medio o no, pero, aunque sea nos generan dudas, podemos pensarlo. O por ahí alguien tiene un punto de vista distinto del que yo tengo y está bueno que surja eso porque de ahí salen las mejores ideas, del debate (médica residente).

El pase diario es el espacio donde las residentes pueden poner a prueba sus conocimientos, proponiendo conductas para el tratamiento de los pacientes. Este proceso de formación, y a la vez de socialización profesional para la toma de decisiones está atravesado por la capacidad que tengan las residentes de justificar a través del conocimiento adquirido las decisiones a tomar. Como sostiene una entrevistada:

Igual hay cosas muy controversiales, acá nada está escrito en cemento, entonces hay cosas que son muy debatibles. Y hoy hubo un debate a la mañana, pero al final se tomó una conducta que fue sacarle un antibiótico a un paciente, me basé en bibliografía, o sea, estaba escrito que esto no se hace en pacientes prematuros, así que deberíamos tal vez hacer lo que se recomienda (médica residente).

Mientras que en el resto de los espacios las médicas residentes, especialmente las inferiores, se encuentran continuamente supervisadas y con márgenes de autonomía menores -aunque nunca inexistentes-; el pase es el momento en donde más capacidad tienen para desplegar los conocimientos adquiridos y hacer propuestas respecto a las conductas a seguir. Es este el espacio donde se convalida y pone en juego el criterio con el que se van formando para tomar decisiones de manera autónoma.

Esta capacidad de despliegue y movilización subjetiva contrasta sin embargo, por lo expresado por algunos residentes, sobre todo de años superiores, con ciertas limitaciones al ejercicio de su autonomía que ocurren en el pase cuando las médicas internas se restringen a sus conocimientos:

Hay decisiones que claramente no nos dan bola a ninguno, ni que lo diga un residente superior, cuando están encascados a veces... No lo vi tanto en esta rotación, pero sí a veces pasa que su experiencia y su tiempo acá a veces no nos llevan tanto el apunte con cosas nuevas que van saliendo, pero eso creo que pasa en todos lados. Es muy difícil esa parte (médica residente).

Por ejemplo, las médicas internas, para ellos todo lo que ellos dicen se tiene que hacer y la residencia dice: "bueno, pero esto puede cambiar (...)" y los médicos no quieren cambiar porque es así, porque su vida fue así, porque la experiencia le dice que es así, no cambia y [la jefatura] le da mucho poder a eso, entonces no cambia y sigue así (médica residente).

Para Dejours (1998) el reconocimiento por parte de los mandos superiores del uso de la inteligencia práctica que realizan los y las trabajadoras es importante, de modo contrario su subutilización puede constituirse en una fuente de sufrimiento para las personas trabajadoras. Por ser parte de una socialización profesional en donde las jefaturas deberían acompañar el proceso formativo de las médicas residentes, se vuelve importante que las jefaturas no obstaculicen su ejercicio.

El pase diario como espacio de formación y evaluación es también vivenciado con cierta tensión. Si bien a medida que van pasando de año las residentes terminan acostumbándose a la lógica, como menciona una residente, en los primeros años el pase se vive con malestar:

En primero te sentís medio mal porque claramente no sabés nada y te preguntan y es obvio que te preguntan para exigirte para que vos vayas a leer, porque uno cansado, ha hecho guardia, estás todo el día acá adentro, llegás a tu casa, lo que menos querés hacer es leer, te duele la cabeza querés comer y dormir... (Médica residente).

A su vez el pase es vivenciado como una instancia de examen en la que pueden preguntar cuestiones relacionadas con el paciente a cargo, que es necesario saber para “aprobar”. Esto exige seguir estudiando en casa. Si bien las médicas residentes realizan una jornada diaria de 9 horas diarias (de 8:00 a 17:00) y por lo menos una guardia semanal de 24 horas, el tiempo de formación excede a la jornada laboral, pero se valora como proceso de trabajo. Veamos a continuación el siguiente fragmento:

Claro, o por ejemplo en el pase, la jefa de servicio, ella ya me lo dijo, al principio yo me ponía mal porque era: “¿por qué me querés preguntar todo?, todo lo que no responde lo tengo que responder yo”, y la realidad es que es algo bueno. O sea, ella lo que hace siempre es intentar pincharme para ir creciendo (...) (médica residente).

La movilización subjetiva que implica el pase diario, en tanto exige a las residentes poner en juego su ingenio, creatividad, voluntad e inteligencia; tiene como contracara una lógica de examen en la que se sanciona a la trabajadora si no respondió correctamente las preguntas que realizan los mandos superiores. En términos de una residente:

Hay una tendencia a nunca reconocer cuando se hace algo bien, es como que es nuestra obligación hacer las cosas bien, que la punción salga bien. Y es medio una exigencia, que leas que sepas que estudies y puedas responder. A veces, hay alguno que te tira mira que bien, pero si están muy marcadas cuando las cosas están mal (médica residente).

De acuerdo a las entrevistas realizadas, la mayoría de las residentes coinciden en que las jefaturas del servicio suelen marcar mucho los errores que se comenten. Se vuelve necesario pensar esta característica del servicio de neonatología en relación a la socialización profesional de las residencias y la cultura hospitalaria. Es a través de este proceso que los/as jóvenes residentes devienen médicos/as y el hospital es un dispositivo esencial tanto para la producción y transmisión del conocimiento médico, así como para la producción de una subjetividad que, a través de marcar el error y no reconocer los aportes de los/as residentes, produce un disciplinamiento (Dursi y Millenaar, 2017).

Veamos un extracto que da cuenta de esta situación:

Si, el error se marca muchísimo. Depende mucho de quién lo marque. Por ejemplo, Julia nunca levanta la voz, me hace acordar a un padre, a una madre que se acerca y te dice: “¿por qué hiciste esto con el paciente?”, se sienta y trata de razonar lógicamente. Y hay algunos que no, que te dicen, te gritan o te hablan medio mal (médica residente).

Seguindo a Dejours (2015), puede pensarse que, en determinadas ocasiones, en el pase diario el juicio de utilidad se encuentra obstruido, dificultando la dinámica de reconocimiento, que puede no obstante encontrarse presente en otros espacios o circunstancias. Se vuelve importante problematizar la dinámica en la cual algunas superiores marcan únicamente los errores, sin elaborar un juicio en el que se reconozca el aporte que las médicas residentes realizan durante el pase diario².

LA AUTONOMÍA RESPONSABLE: UNA DIMENSIÓN DETERIORANTE PARA LA SALUD

En el presente apartado caracterizaremos la *autonomía responsable* como una dimensión del proceso regulatorio de las médicas residentes, que forma parte de la socialización profesional de las residencias y de la cultura hospitalaria, y que puede tener repercusiones sobre su salud, identificándose como una dimensión deteriorante, como veremos a continuación.

En dos de las entrevistadas aparece la sensación de no poder realizar un “corte mental” entre el tiempo de trabajo y el tiempo fuera de la actividad laboral:

A veces las guardias, o algunas conductas... No me quedo con el “bueno, listo, ya terminó, paso a otra cosa”, paso a otra cosa físicamente pero mentalmente me quedo: “¿habrás hecho esto bien?, ¿y si hubieras hecho tal cosa?, ¿y si hubieras cambiado esto?, ¿cómo responderá el paciente?”, así, me quedo como el pajarito que te pica la cabeza. Entonces me ha pasado un par de veces, sentarme a la noche y decir: “uy, no estudié nada, tengo que rendir, tengo que hacer esto, ¿cómo estará este paciente?, voy a ver el pase” y son las 2 de la mañana, qué hacés mirando el pase (médica residente).

Y, yo siento que me meto mucho en mis pacientes, y capaz que a la noche me despierto pensando en algo del paciente, y digo: “ay, basta”. O sea, esto ya es como... Mi cabeza necesita parar (médica residente).

² Si bien la problemática de género no es puesta en debate en el presente artículo, se vuelve interesante problematizar las relaciones de dominación en las relaciones jerárquicas entre trabajadoras mujeres. Sostenemos que el fenómeno de la inequidad de género en salud no se resuelve igualando la cantidad de hombres y mujeres en cargos directivos o profesionales. Que las mujeres se incorporen en condiciones de igualdad al sistema de salud para seguir reproduciendo la estructura hegemónica del patriarcado no es la solución (Rovere, 2006).

Estos testimonios dan cuenta de que en muchas ocasiones las médicas residentes vivencian un sentimiento de indiferenciación respecto a su trabajo, la sensación de que siempre se encuentran trabajando y que no pueden hacer un corte. Esto se vincula con la dimensión psicosocial que los abordajes de factores de riesgos psicosociales llaman “doble presencia”: las exigencias del trabajo doméstico y familiar que muchas mujeres pueden tener que asumir de manera paralela al trabajo remunerado. La necesidad de conjugar ambos trabajos trae aparejado un conflicto de tiempos, debido a que las demandas se pueden producir de forma simultánea (González Francese, 2018). Esto implica para las médicas residentes “el estar y no estar en ninguno de los dos lugares y las limitaciones que la situación comporta bajo la actual organización social” (Carrasco et al., 2003: 52). Es interesante que para las médicas residentes lo que ocurre de manera simultánea a la preocupación por el paciente es la preocupación por su tiempo de descanso; lo que coarta es la posibilidad de descansar, de tener un tiempo de ocio, dimensiones esenciales para la reproducción social:

Y, quizás lo que más me genera eso es no poder llegar a casa y decir: “bueno, listo, me olvido y ahora me ocupo de, no sé, ir a caminar, o juntarme con mi familia, con mis amigos y ya está, no tengo que hacer más nada” (médica residente).

Otra de las situaciones comentadas por las médicas residentes que también da cuenta de la dificultad de realizar este corte y distinción entre tiempo laboral, tiempo de producción y tiempo por fuera, de reproducción, es el pensamiento de que “capaz se podría haber hecho otra cosa” por el paciente:

Y después, saber que yo pude haber hecho algo para cambiarlo y no se hizo como servicio, capaz algo es mi culpa. ¿Podría yo haberlo cambiado?, siempre me lo pregunto. Eso me genera también ansiedad (médica residente).

Me pongo en el lugar del padre, o muchas veces pasa que ves al padre llorar y no lo podés evitar, y a vos también se te caen las lágrimas. Ese sufrimiento o frustración de decir: “¡la puta! Capaz que se podría haber hecho tal cosa” (médica residente).

Las entrevistadas refieren sentimientos de ansiedad, sufrimiento y frustración, dando cuenta del peso de responsabilidad que sienten, recae sobre ellas. Es importante marcar que esta dimensión, que puede presentarse como riesgosa para la salud de las médicas residentes, se vincula con el hecho de que no todas las médicas internas se hacen responsables de tomar las decisiones que les corresponden ni de la supervisión de las tareas realizadas por las residentes. Como mencionamos anteriormente, las médicas residentes nunca toman decisiones solas; sin embargo, el llevarse a la casa la preocupación por haber podido realizar algo diferente puede indicar tal vez la ausencia de una responsabilización conjunta, que implique tanto a las médicas residentes como a

las jefaturas superiores. Este aspecto puede considerarse nocivo o deteriorante para la salud, en tanto y en cuanto esta responsabilidad recae sobre las residentes, y no hay una puesta en común en ningún espacio colectivo. Tal como sostiene Dejours (1988), ante la falta de espacios colectivos de debate, consensos y toma de decisiones, puede generarse una pérdida de sentido en relación al trabajo y los actores pueden desinvolucrarse de las responsabilidades colectivas y aislarse en su espacio privado (Dejours, 1998). Este desinvolucramiento de algunas médicas internas puede impactar en la salud de las médicas residentes, sobrecargando la percepción subjetiva de sus responsabilidades y la imposibilidad de realizar un corte en la actividad laboral.

En segundo lugar, la *autonomía responsable* de las médicas residentes también impacta en su percepción de la importancia que tiene seguir estudiando fuera del horario laboral.

Creo que depende de cada residente, porque ya después que uno se va de acá, uno ve qué hace con su vida. Si llegás a dormir, a descansar y después te levantás y... Yo creo que es cuestión de cada uno, de organizarse, hay días que uno no quiere saber nada, que se siente demasiado cansado y no lee nada, porque la verdad que el cansancio te mata, te agota, sobre todo cuando uno se va post guardia de acá. Igual está en uno, tampoco es que todos los días me voy a tirar nomás, voy a llegar y no voy a hacer nada para mi formación. Sí, eso depende creo que de cada residente (médica residente).

Como que siempre tenés que llegar y algo más hay que hacer. Quizás es una exigencia que yo me pongo, pero a veces se pide también, que al día siguiente te preguntan algo en el pase y tenés que estudiarlo porque al día siguiente te lo van a preguntar (médica residente).

En esta dimensión de la regulación conviven el mundo laboral y el mundo educativo, ya que la residencia como instancia de formación implica que las médicas residentes tengan que seguir formándose por fuera de su actividad laboral. Esto se contraponen a la necesidad de descansar que ellas expresan. La actividad de formación como momento de exigencia y examen implica un uso específico de la mente y el cuerpo de las médicas residentes, que repercute sobre su propia salud, evidenciándose el agotamiento y el cansancio.

El pase diario, como mencionamos, implica para las médicas residentes tener que poner en juego su ingenio, al proponer conductas para el tratamiento de los pacientes e ir formando su criterio clínico. Sin embargo, esta movilización subjetiva no es reconocida por todas las médicas internas y jefaturas superiores, obstaculizando el juicio de utilidad y con ello la dinámica de reconocimiento. Como ya tuvimos la oportunidad de mencionar, esto forma parte de una cultura hospitalaria y una socialización profesional en las que el verticalismo es el rasgo distintivo: un verticalismo ligado al lenguaje militar, al castigo como fantasma permanente, y la sensación de tener que estar constantemente disponibles (Dursi

y Millenaar, 2017). Esta cultura hospitalaria no solo es producida, sino que es reproducida a través de las camadas de residentes que se convierten en médicos/as.

Al consultar qué aspectos de su trabajo les generan malestar y/o sufrimiento, algunas residentes expresan frustración porque en muchas ocasiones no se reconocen sus propuestas:

Un poco lo que ya habíamos hablado, que no te den bolilla. Esto de: “che, no hagamos esto”, lo que hablábamos hoy de: “no hagamos esto porque por ahí le hace mal al paciente” y después te dicen: “no, pero mi experiencia” (médica residente).

Más que nada las discusiones en el pase, o a veces no estar de acuerdo con las conductas. Me genera mucho estrés... Pasa por eso, que me genera estrés y a la vez un poco esta sensación de depresión de: “para qué me voy a esforzar si esto no va a cambiar, y se siguen haciendo las cosas mal”. (...) Y a mí me pasa también a veces que yo no quiero saber más nada y digo: “No, esto no va a cambiar un carajo”. Y después, vuelvo otra vez a encenderme (médica residente).

A través del relato de las entrevistadas es posible evidenciar cómo algunas jefaturas superiores obstaculizan y no reconocen la movilización subjetiva de las médicas residentes. Como sostiene Dejours (2015), la obstaculización del ejercicio de la inteligencia creadora, la renegación generalizada por parte de los mandos gerenciales del uso de esta inteligencia, y la falta de reconocimiento de los esfuerzos implicados en la movilización subjetiva, son fuentes de sufrimiento. Tres procesos que experimentan las entrevistadas. Las médicas residentes esperan de parte de las jefaturas superiores y de las médicas internas del servicio de neonatología que les ofrezcan la posibilidad de contribuir al trabajo conjunto, que den oportunidad de realizar su aporte movilizando su ingenio. La contribución a la identidad que se espera de ese aporte se inscribe para las médicas residentes en su desarrollo profesional, en el objetivo de formarse como neonatólogas. Dos entrevistadas relatan lo que les generan estas instancias donde no se reconocen sus aportes:

Sí, frustración. Y muchas veces digo: “Yo le dedico mucho tiempo a esto y al final no está funcionando y estoy sacándole tiempo a otras cosas que capaz son igual de importantes, como la familia por ejemplo” y eso me genera frustración (médica residente).

Sí. Las constantes situaciones que se repiten, y luchar con eso constantemente a mí me genera lo corporal, las molestias, los dolores de cabeza, el estrés, la ansiedad (médica residente).

La desmovilización y el desinterés, tal como sostiene la psicodinámica del trabajo, son la consecuencia de la obstaculización del ejercicio de la inteligencia creadora, vinculada a los efectos nocivos de la utopía taylorista cuando se quiere aplicar a las relaciones sociales del trabajo (Dejours, 1998). Una entrevistada lo dice en sus propias palabras: “Me genera mucha impotencia, que me trae aparejada

tristeza, desgano, desinterés, también cansancio y muchas veces errores” (médica residente). Como sostiene Dejours (1998), conformarse con la ejecución de las consignas sabiendo que deriva en un trabajo de mala calidad, atenta contra la identidad singular, ya que la mala calidad remite al sujeto a la falta de sentido de sus esfuerzos y a una sensación de absurdo. Esto no solo puede traer implicancias en la salud de las propias trabajadoras, sino que también repercute en la dimensión colectiva del proceso productor de cuidados. La conformación del equipo de residentes como un colectivo se encuentra en estrecha relación con la voluntad para trabajar juntas y con las posibilidades de realizar un aporte que contribuya a superar las contradicciones y dificultades que surjan en el trabajo. La obstaculización de este aporte no solo puede fragmentar la conformación del colectivo, sino impactar en el proceso de cuidado. Conformarse con un trabajo de mala calidad es un ejemplo de ello, que atenta contra el cuidado brindado a los/as pacientes.

Salud autopercibida en médicas residentes

En el presente apartado vincularemos la *autonomía responsable* como una dimensión deteriorante para la salud de las médicas residentes con la *percepción* que las mismas tienen respecto a su salud. El proceso de salud-enfermedad posee tanto una dimensión material, que se manifiesta en su expresión orgánica, biológica y social, como una dimensión subjetiva, referente a la interpretación y a la forma en que se viven y enfrentan estos procesos desde la intersubjetividad colectiva (López Arellano et al., 2008). La salud general autopercibida es una categoría de análisis muy útil y permite rescatar la referencia directa del sujeto de estudio acerca de su percepción sobre su estado de salud y/o enfermedad (Spinelli et al., 2013). En relación a este punto se les preguntó a las trabajadoras cómo consideran que es su salud en general y por qué, y si han tenido algún problema en salud.

Respecto a la percepción del estado de salud de las médicas residentes, excepto una trabajadora, todas refieren un estado de salud desfavorable: dicen sentirse cansadas, agotadas, con pocas horas de sueño y sin tiempo para realizar otras cosas por fuera del trabajo.

Después a veces tengo un poquito de insomnio, me despierto por la noche, a veces no duermo mucho o me duermo muy tarde o estoy todo el día durmiendo cuando llego y pasan esas cosas (médica residente).

¿Qué consideras salud? Porque si vos esperas a que yo duerma ocho horas por día y tenga todo muy saludable, no. Para mí dormir cuatro horas ya es la gloria, así que eso lo tomo como un buen dormir (médica residente).

Yo llego a mi casa y tengo ganas de dormir. Y quizás, no sé, yo estoy casada y mi marido quiere salir o hacer algo y yo no tengo ganas. Muchas veces pasa (médica residente).

Sin desconocer que la sensación de cansancio en las residencias puede asociarse a la sobrecarga de tareas asistenciales y guardias (Dursi y Millenaar, 2017), es dable poner de manifiesto que la autonomía responsable puede ser perjudicial para el descanso de las médicas residentes. Como evidenciamos en el apartado anterior, la responsabilidad que recae sobre las residentes respecto al tratamiento y seguimiento de los pacientes trae aparejada la dificultad en realizar un corte entre el tiempo de trabajo y el tiempo de descanso por fuera de la actividad laboral. La obligación de seguir estudiando cuando llegan a sus casas, o el despertarse de noche pensando en que se podría haber adoptado otra conducta para el paciente, tal como lo relataron las entrevistadas, coarta su posibilidad de descansar. Creemos que esta dimensión del proceso regulatorio es la que más impacto tiene sobre la salud de las médicas residentes: resulta muy significativo que en siete de las ocho residentes entrevistadas aparezca el cansancio y la falta de sueño cuando se les pregunta sobre cómo consideran su estado de salud en general. Estos resultados son coincidentes con el consenso existente respecto a la asociación entre las residencias médicas y el cansancio físico, asociado a la sobrecarga de trabajo y la falta de horas de sueño (Prieto-Miranda, López-Benítez, Jiménez-Bernardino, 2009).

La *autonomía responsable* puede comprenderse como una demanda por parte del servicio de neonatología, que representa una serie de exigencias para las trabajadoras, tales como los altos niveles de concentración, la aceleración de los ritmos de trabajo y la marcada responsabilidad. Estas exposiciones laborales pueden asociarse a una carga mental³ de tipo cognitivo, por la atención y concentración requeridas para el tratamiento y seguimiento de los pacientes. Veamos el relato de dos entrevistadas al respecto:

Hay pases que terminan a las 2:30 de la tarde, donde terminás agotado, terminás cansado y te piden: "ya están las indicaciones", tal cosa, "¿hiciste la orden para tal estudio?". Entonces ahí te ponen a correr y te estresa (médica residente).

A mí me parece que la neonatología particularmente es un ámbito de mucho estrés, porque las cosas pasan muy rápido, los cambios son a veces muy bruscos y vos sabés que hay algo que depende de vos, entonces lo que a mí me genera muchos problemas es esto, saber que hay alguien que está dependiendo de vos para salir adelante y que no se logre. Eso me genera mucho estrés, mucha ansiedad (médica residente).

³ La carga mental, a diferencia de la física que remite al esfuerzo corporal con gasto energético, se refiere al contenido cognitivo del trabajo, como la atención, la concentración y la rapidez de respuesta (Laurell, 2000).

Si a esta exposición laboral asociada a una carga mental y un proceso de cansancio cognitivo, se le suma el sufrimiento al que las médicas residentes se refieren por la obstaculización del ejercicio de la inteligencia creadora por parte de algunas médicas internas y jefaturas superiores, se comprende la dificultad que experimentan para transformar el sufrimiento en placer. Una de las médicas residentes entrevistadas que refirió concretamente sentimientos de frustración y desgano por la falta de reconocimiento de su esfuerzo, comentó tener un trastorno de ansiedad:

Pero mi salud es media, no sé cómo clasificarla. Es buena, pero hay un montón de cosas de las que carezco, por ejemplo, estoy cansada, hay mucho estrés, sufro de ansiedad. Tengo un trastorno de ansiedad (médica residente).

Las respuestas frente a las exposiciones laborales que cada trabajadora elabora a nivel individual pueden ser variadas y dependen de los recursos físicos, emocionales, psíquicos o cognitivos que cada trabajadora posea; por lo tanto, el modo en que determinadas exposiciones laborales se traducen o no en procesos de salud-enfermedad específicos es complejo y está en relación con la singularidad. No es intención del presente apartado proponer causalidades simplistas, sino tratar de iluminar posibles vinculaciones entre las dimensiones del proceso regulatorio de las trabajadoras -que identificamos como deteriorantes- y de protección a su salud, y la percepción sobre su estado de salud general.

Respecto a los síntomas que las entrevistadas vinculan a estas dimensiones deteriorantes podemos mencionar: dolor de cabeza, desgaste mental⁴, cansancio, desgano y angustia.

Lo que pasa es que a veces siento como que me bloqueo, estoy haciendo las indicaciones y de pronto me olvidé tal cosa, es como que me voy, y así se me escapa algo y de tantas cosas que tengo en la cabeza es como que me pierdo (médica residente).

Yo mañana estoy post guardia y tengo que seguir, no me puedo ir, entonces llega un punto que ya no doy más y me quiero ir y quiero desaparecer, quiero salir corriendo (médica residente).

La verdad es que hay muchos días que no tengo ganas de venir, la mayoría de los días que no tengo ganas de venir (médica residente).

Sí, dolor de cabeza y cansancio, como astenia. Astenia es como cansancio, estar muy cansado. Y capaz vos estás un día muy agitado acá y estás cansado, físicamente desgano (médica residente).

⁴ Se entiende por desgaste la pérdida de las capacidades biopsíquicas potenciales o efectivas (Laurell, 2000).

REFLEXIONES FINALES

El análisis de la salud laboral a través del estudio de caso tiene la ventaja de no desagregar a los grupos trabajando con individuos aislados. La pregunta planteada acerca del impacto de la *autonomía responsable* como dimensión del proceso regulatorio en la salud de las médicas residentes requería focalizar la exposición en la dimensión relacional del proceso productor de cuidados, trabajando de manera dialéctica por un lado la regulación como dimensión de la exposición, y por el otro la salud autopercebida, para intentar reconstruir el proceso de salud enfermedad de las trabajadoras. Esto permite escapar a cierto sesgo positivista que selecciona a los individuos aleatoriamente, sin asumir que tales individuos se definen como tales en función de las relaciones establecidas dentro de sus grupos (Menéndez, 1998).

La imposibilidad de realizar un corte en la actividad laboral y la obstaculización de la inteligencia creativa en las médicas residentes son dimensiones del proceso regulatorio que mostraron ser procesos deteriorantes de la salud de las trabajadoras.

El cansancio y el malestar como síntomas o signos que aparecieron asociados a estas dimensiones deteriorantes, remiten a la falta de sentido de los esfuerzos de los sujetos y a una sensación de absurdo: como sostuvo una entrevistada, “*para qué me voy a esforzar si esto no va a cambiar, y se siguen haciendo las cosas mal*”. La falta de reconocimiento termina minando el sentido subjetivo del esfuerzo, fragilizando a los sujetos y poniendo en duda sus propias aptitudes profesionales y personales (Wlosko y Ros, 2019).

Rescatar la percepción de su salud permite acercarnos a las vinculaciones que las residentes pueden establecer entre salud y trabajo, a través de la identificación de sufrimientos y malestares vividos a raíz de las condiciones laborales. El cansancio y el agotamiento fueron los síntomas que más aparecieron, seguidos por sentimientos de frustración. Resultó posible vincular estos malestares a la *autonomía responsable* como una dimensión del proceso regulatorio deteriorante para la salud de las médicas residentes. Sin embargo, la salud es un objeto polisémico, y de determinación multicausal, por lo cual preguntarse por el impacto del proceso regulatorio en la salud implica hacer un recorte teórico y metodológico que no debe hacer perder de vista que la salud de las trabajadoras está determinada por múltiples procesos que van más allá de la regulación.

Poner la lupa sobre la regulación es hacerlo sobre un proceso que tiene el potencial de observar una dinámica grupal imposible de atomizar a nivel individual. Como sostiene Grimberg (1997), se apuesta a la construcción de categorías de análisis que contengan al trabajo y a la salud como relación social.

Puede que este esfuerzo sea también necesario para pensar constructos de salud que escapen a la salud medida a través de indicadores discretos. Incluso evaluar el proceso de salud-enfermedad de las trabajadoras a través de su salud autopercebida es un recurso metodológico que presenta sus limitaciones, y debería ser objeto de un análisis más profundo.

REFERENCIAS

- Amable, M. y Morales Castellón, Y. (2014). *Desgaste profesional en trabajadores/as de la salud. Caracterización de las exigencias del proceso de trabajo y valoración de las exposiciones laborales*. (s.l): GESAL UNDAV- IFCI FESPROSA.
- Ayres Carvalho Mesquita, J.R. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2).
- Carrasco, C.; Alabart, A.; Coco, A.; Domínguez, M.; Martínez, À.; Mayordomo, M. & Serrano, M. (2003). *Tiempos, trabajos y flexibilidad: una cuestión de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Dejours, C. (1998). “De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo”. En Dessors, D. & Guiho-Bailly, M.P. (Comp.), *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo* (23-76), Buenos Aires: Lumen-Humanitas/Trabajo y Sociedad, PIETTE.
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Dessors, D. y Guiho-Bailly, M.P. (Comp.). (1998). *Organización del trabajo y salud: De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Buenos Aires: Buenos Aires: Lumen-Humanitas/Trabajo y Sociedad, PIETTE.
- Dubet, F. (2016). *El declive de la institución*. Barcelona: Gedisa.
- Dursi, C. y Millenaar, V. (2017). Motivaciones, expectativas y experiencias en la formación como especialistas de jóvenes médicos. Informe de investigación. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- East, S.; Laurence, T. y López Mourelo, E. (2020). *COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina*. Buenos Aires: OIT Argentina, ONU Mujeres Argentina, UNPFA Argentina.
https://www.ilo.org/buenosaires/publicaciones/WCMS_754614/lang--es/index.htm.
- Edwards, R. (1983). *Conflicto y control en el lugar de trabajo. El mercado de trabajo: teorías y aplicaciones*. Madrid: Alianza.
- Edwards, R. (1990). *El conflicto en el trabajo. Un análisis materialista de las relaciones laborales en la empresa P.K*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

- Franco, T. B. y Merhy, E. E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud: textos seleccionados*. Lugar Editorial.
- Friedman, A. (1977). *Industry and Labour: Class Struggle at Work and Monopoly Capitalism*. Londres: The Macmillan Press.
- González Francese, R (2019). *Trabajo doméstico remunerado: condiciones de empleo y su relación con la salud en trabajadoras de casas particulares de la Ciudad de Avellaneda, 2019*. [Tesis doctoral]. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Grimberg, M. (1997). *Demanda, negociación y salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos 1984-1990*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.
- Köhler, H.D. y Artiles, M. (2006). *Manual de la sociología del trabajo y de las relaciones laborales*. Madrid: Delta Publicaciones.
- Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*. 17: 59-79.
- Laurell, A. C. (2000). “Avanzar al pasado: la política social del neoliberalismo”. En Borgianni, E. y Montañó, C. (Comps.). *La Política Social Hoy* (233-260), Sao Pablo: Cortez editora
- López Arellano, O.; Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de las Salud. ALAMES. *Medicina Social*, 3(4).
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, 37-67.
- Merhy, E.E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Prieto Miranda, S.; López Benitez, W. y Jiménez Bernardino, C. (2009). Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Fundación Educación Médica* 12 (3), 169-177.
- Reynaud, J. D. (1991). La régulation sociale. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*. (25), 121-126.
- Rovere, M. (2003). “Las residencias del equipo de salud: problemas y propuestas”. En Davini, C. et al., *Las residencias del equipo de salud: desafíos en el contexto actual* (71-96), Buenos Aires: OPS. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. UBA. Instituto Gino Germani.
- Rovere, M. (2006). “Los nuevos y renovados debates en torno de los recursos humanos en salud”. En Marco, F. y Rico, M. N. (coord.), *Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

- Spinelli, H.; Trotta, A.; Guevel, C.; Santoro, A.; Martínez, S.; Negrín, G. y Morales Castellón, Y. (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. Buenos Aires: OPS.
- Wlosko, M. (2015). Clínica de los procesos subjetivos en relación al trabajo: el abordaje de la Psicodinámica del Trabajo. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 16, 417-426.
- Wlosko, M. y Ros, C. (2019). Aportes de la Psicodinámica del Trabajo al análisis de la violencia laboral: análisis del caso de enfermería. En *El trabajo: entre el placer y el sufrimiento* (71-114), Lanús: Ediciones de la UNLa.