https://doi.org/10.20336/rbs.850

REVISTA BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA

Yo sé, yo puedo, yo temo: la subjetivación política de médicos y médicas en ejercicio durante la pandemia en Mendoza-Argentina

I know, I can, I fear: Medical practitioners' political subjectivity during pandemic in Mendoza-Argentina

Patricia Alejandra Collado[*]

RESUMEN

Este escrito refiere a una línea de investigación que enlaza reflexiones teóricas con labor empírica. Preocupados por la escasa emergencia de acciones colectivas y recusación de las condiciones de trabajo nos propusimos indagar los modos en los que la gestión sobre la fuerza de trabajo construye una subjetividad que acepta, se sobrepone y adapta a las condiciones, relaciones y situaciones laborales que les son impuestas. Para ello desarrollamos dos formas de acercamiento integradas. La primera, trata la cuestión laboral desde su dimensión política, a partir de las categorías de gestión de la fuerza de trabajo y subjetivación política, a fin de mostrar la incidencia de estas en las formas de ser, estar y hacer en el trabajo. La segunda de tipo empírico se basó en un sondeo realizado a 335 médicos y médicas en ejercicio en la provincia de Mendoza-Argentina durante los meses de junio y julio de 2020 con el objetivo de identificar desde su perspectiva, los riesgos percibidos con relación a trabajar en situación de pandemia y los recursos disponibles para afrontar el COVID-19. Aplicamos un cuestionario estructurado breve (18 preguntas categorizadas), con consentimiento informado de las personas encuestadas. Los resultados arrojaron una importante autoresponsabilización individual, escasa percepción colectiva, la 'ubicación del riesgo' por fuera del ámbito de trabajo y la responsabilidad centrada en "sí mismo".

Palabras clave: subjetivación, *management*, pandemia, riesgo, profesionales de la medicina.

[*] Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Mendoza, Argentina.

ABSTRACT

This work refers to a specific research area that connects theoretical insights with empirical knowledge. Concerned about the scarcity of collective actions and challenges to working conditions, we decided to enquire about how workforce management builds a subjectivity that accepts, overcomes and adapts to the conditions, relationships and work situations that are imposed to doctors. To that end, we developed two integrated approaches. The first one looks into the political dimension of labor, focusing the categories workforce´s management and political subjectivity in order to grasp the incidence of the above-mentioned issues in the ways of being, behaving and doing in the workplace. The second approach was empirical and based on a survey carried out with 335 practicing doctors in the province of Mendoza-Argentina during the months of June and July 2020, with the aim of identifying, from their perspective, the risks associated to working in a pandemic situation and the resources available to face COVID-19. We applied a short, structured questionnaire including about 18 categorized questions, with informed consent of the respondents. The results showed significant individual self-responsibility, poor perception of the collective, risk perceived as external to the workplace and responsibility centered on the "self".

Keywords: subjectivity, management, pandemic, risk, doctors.

Introducción

Es innegable que el neoliberalismo como racionalidad, como gubernamentalidad (Foucault, 2007), ha sido eficazmente productivo. Centralmente, en la producción de sujetos que trabajan sobre sí mismos para sostener el gobierno de los hombres bajo el principio universal de la competencia. En este marco general de sentido, comprendemos las transformaciones del mundo del trabajo como un dispositivo más que opera en función de fabricar sujetos (Laval & Dardot, 2013) acordes al espíritu de época.

Por ello asumimos las condiciones de trabajo en términos de 'gestión de una forma de subjetivación política', con el fin de develar los cambios operados en conjunto en el uso de las potencialidades de la fuerza de trabajo, así como la extorsión de sus capacidades a la hora de orientarlas hacia la obtención de mayor productividad. Comprendemos el trabajo como productor de subjetividad y la gestión del capital sobre la fuerza de trabajo (*management*) como un dispositivo de gobierno, tal como, en deuda con

Foucault, indica Marcela Zangaro: "un dispositivo articulador de prácticas de subjetivación que propone a los individuos modos de acción sobre sí mismos" (Zangaro, 2011, 17).[1]

En este sentido, Mezzadra (2015) nos recuerda la doble semántica inscripta en la palabra "sujeto": por una parte, *subditus*, que se traduce como obediencia, sometimiento; por la otra, *subjectum*, soporte, devenido en comando, potencia. En la configuración de este potencial *subjectum* nos interesa la subjetivación política, en sus dimensiones diversas (Modonesi, 2016), a fin de valorar cómo las transformaciones laborales que emergen como problemas de salud, climas organizacionales y desmembramientos de la solidaridad configuran síntomas de reforzamiento de la subalternidad.

En esta conjugación entre subjetividad/subjetivación política pretendemos interpretar la experiencia de médicos y médicas en ejercicio durante la pandemia en la provincia de Mendoza-Argentina. El presente trabajo refiere a un camino investigativo que enlaza reflexiones teóricas con labor empírica. La construcción de los datos se realizó a partir de la aplicación de un cuestionario estructurado breve (18 preguntas categorizadas) de elaboración propia, que fue aplicado a 335 profesionales de medicina en ejercicio en la provincia de Mendoza-Argentina[2] durante los meses de junio y julio de 2020, con el objetivo de identificar desde su perspectiva, los riesgos percibidos acerca de trabajar en situación de pandemia y los recursos disponibles para afrontar el COVID-19. El muestreo fue no probabilístico de tipo casual o fortuito y el criterio de inclusión fue que la persona informante estuviera desempeñándose en el ámbito de la salud en situación de pandemia. Las encuestas fueron aplicadas por médicos y médicas cursantes virtuales (en ese

[1] La concepción de la racionalidad neoliberal como modo de producir sujetos fue abierta por Foucault (2007) pero sus derivaciones con respecto al trabajo no son retomadas por el autor, muy probablemente como indica W. Brown (2016), por su posición enconada contra el marxismo. En tanto sí lo hacen los franceses Laval y Dardot y la misma W. Brown, entre otros. Sin embargo, de su planteo general se desprende que el *homo eoconomicus* coloniza toda esfera de la política (De Lagasnerie, 2015), llevando de algún modo a una mirada apocalíptica en la que la dominación se impone al poder. Si bien este tema desborda nuestra intención en este texto, pretendemos dejar abierta esta mirada acerca de la producción política del neoliberalismo tanto en lo que sujeta (como sujeción) como en lo que habilita (como recusación) y por ello tomamos autores que, dentro de este debate y cerca del marxismo, encuentran subjetividades políticas renuentes a ser colonizadas como Zangaro (2010; 2011), Modonesi (2016), Mezzadra (2015) y, más recientemente Laval y Dardot (2015).

[2] Mendoza es una provincia argentina ubicada en el centro-oeste del territorio continental, que cuenta con una población estimada de 1.738.929 habitantes, una densidad de 11,7 hab./km2; 25 Hospitales públicos y 342 centros de salud (atención primaria), con una incidencia de la pobreza en el 42,1% de los hogares (datos disponibles en https://deie.mendoza.gov.ar/#!/mendoza-en-datos).

momento) de la Especialización en Medicina del Trabajo de la Universidad Nacional de Cuyo. Cada encuestador(a), por bola de nieve, accedió a diez colegas de profesión a quienes les informaba sobre los objetivos del operativo y el resguardo de la información.[3] Los datos se recolectaron y almacenaron en un servidor institucional. En tanto, el tratamiento de estos se realizó por medio del paquete estadístico SPSS.

A partir de sus resultados, pretendemos interpretar la dimensión política que involucra un tipo de subjetivación cuyos rasgos se muestran en una creciente individuación y en la invisibilización del colectivo de pertenencia. En este sentido, los resultados obtenidos arrojaron una importante autorresponsabilización, escasa percepción colectiva en relación con los modos de afrontamiento y elaboración de demandas laborales, la "ubicación del riesgo" mayoritariamente por fuera del ámbito de trabajo y la responsabilidad centrada en "sí mismo". Este desplazamiento múltiple a la esfera privada, la capacidad individual de afrontamiento y el esfuerzo propio demuestran, más allá del COVID-19, los mecanismos introyectados de autorresponsabilización generalizada en el plantel del personal y la impronta dominante de un perfil profesional que minimiza los riesgos emanados de las condiciones de trabajo y los coloca y valora como "riesgo individual". Dicha impronta se exacerbó en contexto de pandemia y es probable que tenga consecuencias importantes a la hora de establecer, postpandemia, las condiciones de salud laboral de los y las profesionales de la salud como así también sus consecuencias sociales y subjetivas.

Condiciones de trabajo vs. gestión de la fuerza laboral

Hasta ahora, la mayoría de los que nos abocamos a interrogar el mundo del trabajo nos referimos a las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo-CyMAT (Neffa, 2002) en su sentido omniabarcador y multifactorial para hacer referencia a las formas y situaciones en que la actividad de trabajo tiene lugar. Usamos el término *lugar* exprofeso para subrayar la connotación de las condiciones laborales como enmarcamiento material en que se

[3] No se utilizó la plataforma Google a fin de proteger el uso y disponibilidad final de la información, Cada persona encuestada recibió el formulario de consentimiento libre e informado junto al link a través del cual se accedía a las preguntas. Las respuestas se almacenaron en el repositorio institucional de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Cuyo.

sustancia/ba una parte, al menos, del proceso de trabajo, conceptualización cuyo significado etimológico apunta centralmente a las características de la naturaleza o propiedad de las cosas.[4]

Esa condición se ha transformado cada vez más profundamente a partir del exponencial desarrollo de los componentes relacionales e inmateriales del trabajo y sus productos, pero también y muy fuertemente por las nuevas formas de uso y consumo de las capacidades de las y los trabajadores. Cuestiones que de un tiempo a esta parte se han exacerbado. Como corolario, el locus del trabajo se instala más que nunca en el propio cuerpo de la persona trabajadora y se hace carne en las formas en que se gestiona la fuerza de trabajo. Por ello, para tratar el problema que nos hemos propuesto abordar hablaremos de gestión de la fuerza de trabajo, como una forma de gobierno, tal como lo anticipa Marcela Zangaro (2010, p. 163):

> el *management* o las formas de gestión del trabajo pueden comprenderse como un dispositivo articulador de prácticas de subjetivación que propone a los individuos modos de acción sobre sí mismos. Esto significa que el *management* puede ser entendido como un dispositivo de gobierno, como una tecnología del yo que apunta a la constitución de una subjetividad de características funcionales a la acumulación del capital.

¿Por qué optar por esta cuestión del gobierno de sí, como autogobierno (que obviamente comanda el capital) más que por las condiciones y medio ambiente de trabajo?[5] Centralmente debido a su énfasis en el sujeto bajo la forma del emprendedor: un sujeto activo que debe participar totalmente, comprometerse plenamente, entregarse por entero a su actividad profesional (Laval & Dardot, 2013, p. 331). Esbozaremos a continuación un manojo de elementos que pretendemos que avalen nuestra decisión.

---

[4] J.C Neffa revisó en 2002 la conceptualización y propuso una nueva concepción de condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT): "están constituidas por los factores sociotécnicos y organizacionales del proceso de producción implantado en el establecimiento (o condiciones de trabajo) y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo. Ambos grupos de factores constituyen las exigencias, requerimientos y limitaciones del puesto de trabajo, cuya articulación sinérgica o combinada da lugar a la carga global del trabajo prescripto, la cual es asumida, asignada o impuesta a cada trabajador, provocando de manera inmediata o mediata, efectos directos o indirectos, positivos o negativos, sobre la vida y la salud física, síquica y/o mental de los trabajadores" (p. 32).

[5] Coincidimos en este punto con De la Garza (2018), en relación con que el análisis del trabajo y sus hacedores pasa más por establecer configuraciones productivas. En este marco y como uno de sus aspectos se inserta la mirada acerca de la gestión de la fuerza de trabajo como modo concreto de relación capital-trabajo que deberá ser analizado, mediado e historizado según el caso.

En primer lugar, porque asumimos que el complejo mundo del trabajo se sostiene en un entramado de relaciones sociolaborales más que de condiciones que se imponen estructuralmente. En este sentido nos orientamos con De la Garza (2020) hacia la perspectiva de las configuraciones socio-productivas insertas en una formación social específica. Esta categoría sirve para dar cuenta de los diferentes niveles de análisis en los que podemos analizar el trabajo, aceptando que sus relaciones se establecen de modo conflictivo, expresan culturas y tradiciones organizacionales (del lado del capital) y laborales (desde los y las trabajadoras) y registran una historicidad. En todo caso, es en su trama que los sujetos se relacionan, reproducen o transforman las redes de interdependencia o, para decirlo con Gramsci, que se expresan las relaciones de fuerza (Gramsci, 1973). Hacer foco en las formas de gestión de la fuerza de trabajo nos pone en un nivel analítico específico de la relación capital-trabajo, aquella que singularmente consume la fuerza laboral, mediada por el Estado en un tiempo y espacio social determinados.

En segundo lugar, debido a que esta forma de percibir las connotaciones del trabajo en la actualidad no "externaliza" aquellos factores que condicionan su desempeño, calidad, ambiente, producto o resultado y, hasta mismo, el control que se ejerce en los y las sujetas durante el proceso laboral. Al contrario, internaliza y encarna dicha operatoria, por lo que asumir la perspectiva de la gestión evidencia la hondura de los cambios en que se encuentra inmerso el trabajo. Como mínimo, reconoce que el proceso, el producto y los mecanismos de control y disciplinamiento residen en el cuerpo de las y los trabajadores como locus central.

En tercer lugar, porque, tomadas las condiciones de trabajo en su versión clásica, las situaciones y procesos a los que se aluden expresan mayoritariamente "contextos" y por tanto llegan demasiado lateralmente al menoscabo de la fuerza de trabajo por explotación o extorsión de las capacidades y potencias puestas en juego en el trabajo. De algún modo, velan tanto el protagonismo del capital en su operatoria directa sobre los y las trabajadoras como las resistencias que emanan del ejercicio de su poder. Para poner un ejemplo, el énfasis en la relación salarial y las normas que impone cada Estado, así como las regulaciones cuya singularidad se dan a nivel de rama o empresa (convenios colectivos de trabajo, entre otras) son ponderadas como telón macrosocial y no como constitutivos

de la experiencia laboral singular que moldea las personas que trabajan y que necesariamente articula con expresiones meso y micro (experiencias y prácticas) en las que se expresan las relaciones laborales concretas.

Cuarto, porque en la dimensión que nos interesa, el gobierno como tecnología de sí (de gestión), hace directa alusión a la dimensión política de la transformación laboral y explica tanto los procesos de "docilización" de la fuerza de trabajo como los que apuntan a una recusación de tipo autónoma. Por ello, nuestra entrada al tema se hará por el sendero que conduce a lo sociopolítico, no a lo sociotécnico. Una aclaración más: poner en el centro la gestión del capital sobre el trabajo y encarnarlo en trabajadores/as concretos/as no supone individualizar el fenómeno que es colectivo y transindividual,[6] sino que asume la corporeidad de quienes hacen y padecen las consecuencias del trabajo hoy. Pero empecemos por el principio, pues lo que acabamos de afirmar tendrá impactos certeros sobre la vida social y relacional de los y las trabajadoras, en nuestro caso, profesionales de la salud.

Las transformaciones del trabajo a las que hicimos alusión se enmarcan en el consumo de capacidades de la fuerza de trabajo, más y mejor utilizadas por la vía de su imbricación con la tecnología. Esto se traduce en una difusión exponencial de actividades económicas en las que dominan los trabajos y tareas de "relacionamiento" sea cual sea la rama de actividad en la que nos detengamos.[7] La mercadorización de diferentes capacidades de la fuerza de trabajo y la inmaterialidad de su producción no significan que los contenidos materiales del trabajo se esfumen frente a un conocimiento-comunicación-intelectualización descarnados, sino que, para colocar productos en un mercado cada vez más restringido y segmentado, hacen falta más mercancías "mediadoras" de tipo inmaterial y, junto con ellas, más "cognitariado", en el sentido que lo señala Bifo (Berardi, 2020, p.79):

---

[6] Como dice Virno, la cuestión de la individuación es lo que hace singular a un individuo, y nosotros queremos llegar a lo común, es decir, a las formas de uso y consumo de las personas trabajadoras en la actualidad. Para ello, seguimos a Simondón junto a Virno: "la cuota de realidad preindividual que todo sujeto lleva en sí puede a su vez individuarse, pero solamente en relación entre muchos, en el colectivo, en la cooperación sociopolítica. Solo en la praxis colectiva lo preindividual se transforma en transindividual" (Virno, 2004, p. 9-10).

[7] En este punto De la Garza (2020) marca una interesante genealogía de la concepción de las otras / nuevas formas de subsistencia, sobre todo asociadas al sector servicios. En este camino recorre instancias de nominación que dan cuenta del multifacetismo del fenómeno: trabajo emocional, trabajo estético, trabajo cognitivo y trabajo no clásico (su propuesta).

> Cuando el trabajo tiende a convertirse en su generalidad en trabajo cognitivo, la cooperación social encuentra en la red su ámbito más adecuado. El trabajo cognitivo se manifiesta como infotrabajo, es decir, como infinita recombinación de miríadas de informaciones que circulan sobre un soporte de tipo digital. Cuando la cooperación social se convierte en transferencia, elaboración y decodificación de informaciones digitalizadas, está claro que la red le sirve de ambiente natural.

Cerrando lo anterior, sostenemos que las personas trabajadoras se encuentran inmersas en redes que forman configuraciones laborales, en las que se expresan material y simbólicamente las relaciones de fuerza entre capital y trabajo, y cuya comprensión precisa el reconocimiento de su historicidad y anclaje socioespacial singular y, en tanto tales, pueden ser ponderadas en términos de gestión subjetiva (política) de la fuerza de trabajo.

La salud, una configuración social compleja

Entre las políticas neoliberales implementadas en nuestro país desde fines del siglo XX, se destaca la intervención en salud (durante la década de 1990). Este aspecto forma/ba parte del bastión de la reproducción social de cuño bienestarista junto con la educación y el trabajo, trípode que con éxito se resignificó bajo el canon neoliberal. Lejos de una simple desregulación, lo que se impuso fue un traslado de la concepción de la salud de bien social y derecho humano universal a la de *bien privado*. Así concebida, la salud-mercancía se puede acrecentar, sostener y apreciar-depreciar, en todo su sentido económico, como cualquier otro bien con el que se inviste al *capital humano*. Desde este paradigma, dicho bien depende no solo de condicionamientos biológicos con los que carga cada persona al nacer, sino también de los riesgos y aseguramientos que ella pueda y sepa adquirir y luego administrar. Su concepción ahora, y en concordancia con lo anterior, se enmarca en la reforma general del Estado (Tobar, 2006, 2012; Fleury, 2021, entre muchos otros). La salud, en su carácter de elemento constitutivo del capital humano-mercancía se valoriza de acuerdo con la clase, la etnia, la edad y un conjunto de determinantes sociales, económicos, políticos, jurídicos y culturales (como la condición de ciudadanía o de migrante, de población originaria, de ruralidad, género y un largo etc.).

Tomado como ámbito de trabajo, a nivel nacional, el campo de la salud acompañó la mutación de otros sectores estatales, orientándose fuertemente al mercado, con reducción drástica de su presupuesto, descentralización de efectores, terciarización de actividades y puestos de trabajo, transformación y encumbramiento (por rentabilidad) de vastas actividades relacionadas con la tecnología (Belmartino, 2008). Este proceso se vio potenciado por la gran transformación que en el mundo motorizan los avances en tecnologías aplicadas a la medicina y con ellos el desarrollo de subcampos como la biomedicina, biomedicalización, genética, farmacología y la medicina diagnóstica.[8]

En tanto se favorecieron los perfiles profesionales ensamblados, que asumen más cantidad de tareas en un puesto de trabajo y son encarnados por una misma persona profesional. Tal es el impacto que los cambios indujeron en la práctica profesional, que algunos autores y autoras sostienen que el centro de la reforma es la práctica en sí misma, tal como oportunamente sostuvo Almeida (2000, p. 33).

> La agenda de la reforma se limita a la cuestión de la atención médica individual, núcleo central de estructuración de los sistemas de salud en este siglo, en todo el mundo, centrado en el desarrollo tecnológico y en el hospital como locus privilegiado de distribución de esa tecnología. El objetivo primordial es restringir el gasto en este subsector, (…) reforzar el poder monopsónico de los compradores de servicios por la vía gerencial y debilitar el poder monopólico de los prestadores (sobre todo médicos), socavando la autonomía técnico-profesional.

La gran transformación de la forma estatalista de la salud y su corrimiento al mercado han llevado a la corrosión del modelo médico-hegemónico debido a que "el proceso de medicalización está estrechamente ligado a la legitimación estatal de la práctica médica como la única habilitada para operar sobre el proceso salud-enfermedad" (Menéndez, 1990, p. 107). Cercenando su dominio, avanzan las empresas orientadas a la salud (podríamos decir más genéricamente a la vida) que empalman con la generalización de la medicalización (Bianchi, 2019) y gestionan desde la esfera pública la demanda y orientación al consumidor, cuyo horizonte es la obtención de ganancias.

Para nosotras, la cuestión no fue socavar *per se* el perfil de los y las profesionales médicas sino adaptarlo a las nuevas exigencias y optimizar

[8] Sobre la industria farmacéutica argentina se puede consultar Abrutzky et al. (2018) y sobre la concepción de medicalización y sus corrientes de interpretación Bianchi (2019).

su productividad. En este marco, la competencia no solo se va a instalar en las trayectorias profesionales y las especializaciones (más valoradas, más rentables, más auspiciosas para el formato empresa), sino que va a medirse y ser ponderada con la intervención directa del público-usuario-cliente (ya nunca más *paciente*), y pondrá en jaque el poder médico terapéutico (Rose, 2012). Los sentidos que asume esta corrosión de la profesión cubren dimensiones como el predominio de las gerencias por sobre el saber-médico y de las empresas por sobre las decisiones que involucran las prácticas profesionales; la desvalorización social de su papel, al incorporar al "cliente" en el proceso (sobre todo en un papel de auditoría, control y evaluación de la intervención médica); finalmente y a modo de enlazar todo lo anterior, como parte de la crisis disciplinar debido a los problemas de hiper-especialización del conocimiento y la embestida de otros saberes sobre la salud, cuyo fundamento se basa en formas alternativas a la concepción racionalista de percibir el estado saludable, más allá de la mirada dicotómica en que la ciencia moderna ha compartimentalizado la salud y la enfermedad.

En todo caso, el trabajo de los servicios de salud exacerba las características del trabajo "inmaterial" y sus consecuencias. Es una labor que se produce en el acto mismo de su consumo; evaluada por quien lo recibe (cada vez de un modo más crítico y exhaustivo son los controles que se multiplican sobre todo de parte de los usuarios), cuyo desempeño depende de los saberes de quien lo ejecuta (entre ellos la experiencia práctica, la trayectoria académica y profesional, la experiencia técnico-profesional) y de sus modos de relacionarse con otros y otras (el saber social) que suponen características propias de la socialización así como de la esfera subjetiva de la persona que hace el trabajo (empatía, capacidad de comprensión y evaluación, disposición a actuar, toma de decisiones, manejo emocional, entre muchísimas más). Y que produce /reproduce en su proceso relaciones sociales. Dicen Lazaratto y Negri (2001, p. 21):

> Si la producción es hoy directamente producción de relación social, la "materia prima" del trabajo inmaterial es la subjetividad y el "ambiente ideológico" en el cual esta subjetividad vive y se reproduce. La producción de la subjetividad deja, entonces, de ser solamente un instrumento de control social (por la reproducción de las relaciones mercantiles) y se torna directamente productiva, porque en nuestra sociedad post industrial su objetivo es construir al consumidor. Y lo construye activo.

El cuerpo, el tipo de trabajo y el producto, entre otras características, inmersos en la red de relaciones de fuerzas que impuso el neoliberalismo hacen que de partida la reproducción de las relaciones laborales se realice en detrimento de la calidad de vida de quien hace al trabajo y se haga en función de una cada vez mayor exigencia de productividad. En este sentido, la subjetividad en el trabajo apunta a reforzar la condición subalterna, expresión de la experiencia y condición subjetiva subordinada (Modonesi, 2016) y a fomentar el consenso sobre tales cambios alrededor del uso de la fuerza laboral. En este sentido es que fomenta el "consenso activo" en los y las trabajadoras.

Una subjetividad para la sujeción

Detengámonos un momento en la construcción de subjetividad. ¿Cómo es posible que la experiencia laboral "construya sujetos" y que esta construcción tenga connotaciones políticas? Es necesario partir de una concepción de la política que admita que:

> La política es asunto de sujetos, o más bien de modos de subjetivación. Por subjetivación se entenderá la producción mediante una serie de actos de una instancia y una capacidad de enunciación que no eran identificables en un campo de experiencia dado, cuya identificación, por lo tanto, corre pareja con la nueva representación del campo de la experiencia (Ranciére, 1996, p. 52).

Tal como expusimos brevemente en los apartados anteriores hay una nueva forma de ser-hacer y estar en el trabajo que está atravesada por transformaciones materiales y simbólicas que configuran la experiencia laboral contemporánea y admiten como características centrales la flexibilidad, la autorresponsabilización, la asunción de riesgos desde la esfera individual, la percepción de la fragilidad como hecho y padecimiento singular. El fin de las instituciones de "reparo" hace que opere fuertemente el temor (Virno, 2004) y que la autoestima sea la clave de todos los éxitos, pues: "Es cada vez menos el 'riesgo social', asumido por una u otra figura política del Estado Social; es cada vez más, el 'riesgo de la existencia' (…) el sujeto es considerado responsable de ese riesgo y también de la elección del modo de cubrirlo" (Laval & Dardot, 2013, p. 354).

Tales transformaciones promueven el fin de lo común-colectivo en términos de vínculos socioafectivos y solidarios – y, con ello, de la identificación con la(s) otra(s) personas, sean trabajadoras o pacientes –, el predominio de la competencia y la carrera meritocrática al éxito. Este modo de gestionar el trabajo ha trasladado la forma empresa hacia las personas trabajadoras, consolidando una identidad como "empresarias de sí" y, en tanto tal, como capital que se valoriza en actos, alcanza escaños para avanzar en su trayectoria y asume riesgos como apuesta de crecimiento y desarrollo. Su desgaste, entonces, depende de la forma de administrar dichos riesgos y de los aseguramientos que de la evaluación de ellos se desprendan. Esta percepción se refuerza materialmente por la precariedad del trabajo que trajo la pérdida de derechos laborales-colectivos y universales, el deterioro de las condiciones de vida generales de esas personas y el enmascaramiento de las relaciones laborales de dependencia en múltiples formatos contractuales que individualizan tanto como vulneran la condición y situación de realización del trabajo.

Ante la experiencia generalizada de indefensión, desmembramiento y fragmentación del colectivo laboral, así como la mengua de acciones colectivas, lo que domina es una "psicologización de la política", dicen Crespo y Serrano (2011, p. 248):

> La psicologización la consideramos como una tecnología de lo social orientada a la producción de subjetividades, por medio de la cual los problemas sociales son transformados en problemas personales, mediante el recurso a conceptos y explicaciones de corte psicológico individual. La psicologización es una característica central del nuevo capitalismo.

Como consecuencia los y las profesionales denotan desmejoramientos personales que, al no poder ser canalizados como colectivo, ni en su construcción ni en sus expresiones, emergen directo sobre el cuerpo como deterioro individual, especialmente de la esfera subjetiva. Esta forma de percibir el emergente malestar laboral como problema psicosocial[9] licua las causas tanto como las consecuencias de la gestión política del capital sobre el trabajo, reenviando hasta en sus consecuencias la responsabilidad

[9] Gollac y Bodier (2011, p. 109): "Son los riesgos para la salud física, psíquica, mental y social engendrados por los determinantes socioeconómicos, la condición de empleo, la organización y el contenido del trabajo y los factores relacionales que intervienen en el funcionamiento psíquico y mental de los trabajadores".

al individuo. En este camino, para hacer frente a estos "nuevos riesgos del trabajo" que portan el contenido, la organización y consolidación del hacer laboral es que la persona trabajadora debe adaptarse, gestionar las emociones o consolidar modos de resiliencia. La fuerte aparición de la concepción de "riesgos psicosociales del trabajo" denota una parte de la problemática: la que encarna en cada sujeto y, como barrera última, hace síntoma sobre él, en tanto invisibiliza su denominador común, colectivo, transindividual y generalizado en función de la misma gestión política que induce al síntoma – la política de psicologizar, enviar al individuo los costos, consecuencias y afectaciones del trabajo. Nunca más pertinente hablar de "patologías laborales" pues lo que se expresa en estos problemas que atañen a la esfera subjetiva de los y las trabajadoras es un "*pathos*"[10] – no una enfermedad, sino una forma tal de existencia que involucra las emociones: la forma de ser en, con, por el trabajo como problemática primero y desbarranque individual, después.

Veremos ahora algunos indicadores *proxi* de esta configuración relacional en una aproximación empírica realizada a médicos y médicas durante la pandemia.

Acerca de profesionales de medicina en situación de pandemia

La importancia de ponderar las repercusiones en las condiciones de trabajo de profesionales de medicina que se enfrentaron por primera vez, al igual que toda la población, a una pandemia global con consecuencias muy poco avizoradas nos llevó en los meses de junio y julio de 2020 a proponer un sondeo breve a quienes estuvieran en el ejercicio de la profesión en pandemia.[11]

El cuestionario tuvo carácter anónimo, enmarcado en el consentimiento informado de las personas encuestadas. Cada encuestador relevó al menos 10 casos de colegas médicos y médicas en situación de trabajo durante la pandemia.

Con respecto a las características demográficas de la población entrevistada podemos señalar que a nivel de género reconocido se identificaron el

[10] Canguilhem (1971, p. 101) indica: "Patológico implica pathos, sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada".

[11] Agradecemos la participación de la cátedra de Estadística del Posgrado en Medicina del trabajo de la Universidad Nacional de Cuyo que favoreció la realización del operativo y dio marco al entorno virtual para la construcción de datos y a los y las estudiantes que participaron de la misma como encuestadores.

50,1% como varones y el 49.8% como mujeres. La mayoría de las personas entrevistadas se encuentra en el momento de trayectoria profesional más intenso, ya que tiene un promedio de 39 años; el 66% tiene hijos, en tanto, de ese total, el 53% cuenta con hijos menores a cargo, siendo 1,2 la cantidad promedia de hijos por persona entrevistada. Solo el 20% se autopercibió como población de riesgo frente al COVID-19 (por comorbilidades).

La especialidad fue interrogada como pregunta abierta; la mayoría de los encuestados se ubicó en clínica médica a la que siguieron los emergentólogos y cirujanos. Sobre la distribución por géneros dentro de las especialidades llamó la atención la equidad entre ambos en la mayoría salvo en el puesto de Guardia, en que predominan los varones (62%), y en el de Quirófano, las mujeres (67%). Es importante destacar que la práctica de clínica médica fue suspendida (solo se atendían pacientes con el virus, así como otras prácticas médicas relativas a tratamientos crónicos, cirugías etc.) en relación con las disposiciones nacionales y provinciales de Distanciamiento y Aislamiento Social Obligatorios (DISPO-ASPO) y que los médicos se abocaron a casos de urgencia.

Los problemas para establecer el tipo de relación laboral y el ámbito de trabajo muestran dos cuestiones ya señaladas entre profesionales de medicina: la prevalencia del pluriempleo y de la precariedad en la mayoría de los puestos que ejercen. Al respecto, solo el 27% de las personas entrevistadas pudo "ubicarse" en alguna dimensión de las relaciones laborales reconocidas y formales. De ese total, el 12% se percibió como "personal estable o de planta", el 8,1% como "monotributista", 3% como "prestador" y 2,7% como "contratado".[12] Esta situación se replica en el ámbito público tanto como en el privado: el 46.6% de los encuestados pertenecen al primero, el 42% al segundo y el 10.8% a ambos ámbitos. El resto no contestó la pregunta.

Es importante destacar nuevamente el momento de toma de los datos, muy al principio de la pandemia.[13] Cuando se les preguntó a los

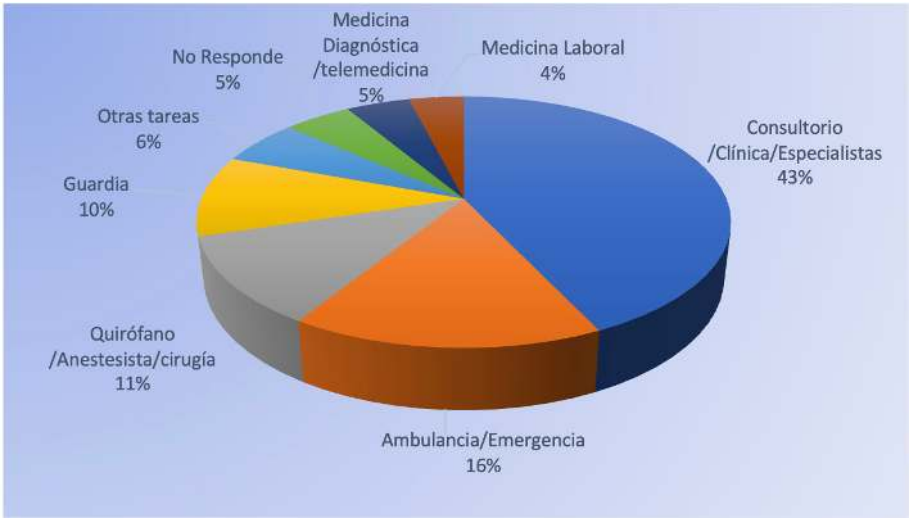
---

[12] En Argentina, "monotributista" y "prestador" son formas de relaciones laborales que enmascaran la dependencia laboral de un tercero. El régimen de horarios, contenido, carga y control del trabajo es ejercido por la patronal, sin embargo, el profesional médico debe emitir factura por su trabajo (como si fuera independiente), haciéndose cargo de la presión impositiva, seguridad social y previsional de su ejercicio profesional.

[13] Los datos oficiales para la semana del 30 de julio al 6 de agosto mostraban un total general de contagios desde el comienzo de la pandemia de 1923 casos, 504 recuperados y 47 personas fallecidas. Fuente Gobierno de Mendoza, disponible https://www.mendoza.gov.ar/prensa/informe-covid-19-semana-del-30-de-julio-al-6-de-agosto-de-2020/ última consulta 7/10/2021.

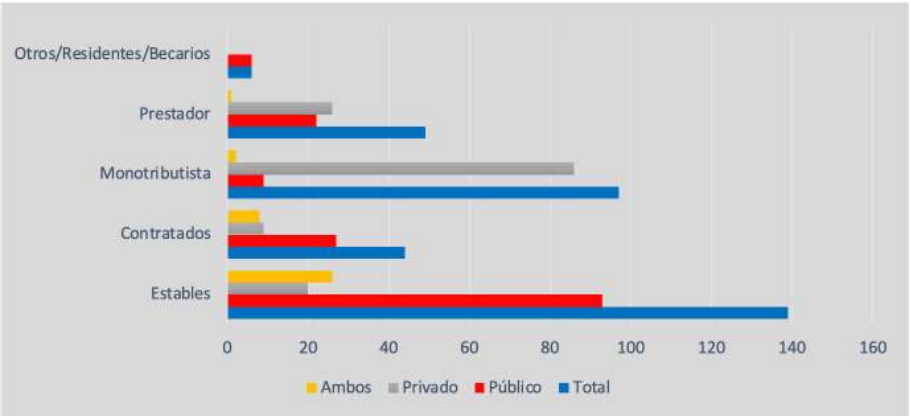
profesionales qué riesgos percibían con respecto a la misma, la mayoría identificó los más importantes como desbordes de la cantidad de casos, trabajadores o fase de la pandemia. Las cuestiones propias del ambiente e higiene del trabajo fueron minimizadas, sobre todo en lo relativo a higiene, limpieza y vestuario.

Gráfico 1. Distribución por especialidad de médicos y médicas encuestados, Mendoza. Argentina 2020



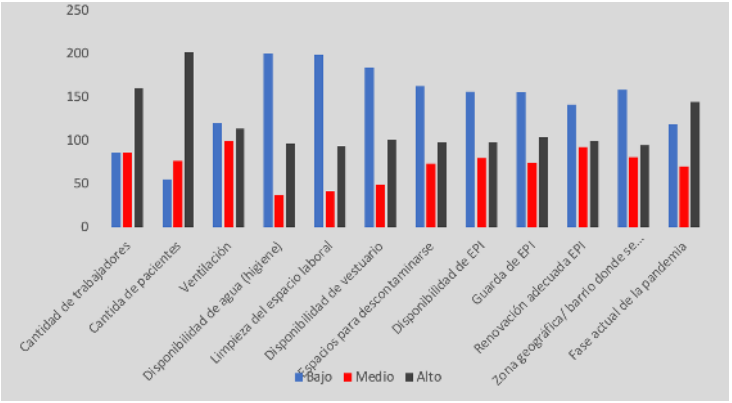
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta realizada.

Gráfico 2. Relación laboral y ámbito de trabajo. Médicos y médicas encuestados, Mendoza-Argentina 2020



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta realizada.

Gráfico 3. Riesgos percibidos por ítem. Médicos y médicas encuestados, Mendoza-Argentina, 2020



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta realizada.

La situación cambia sustancialmente cuando se pregunta por los mayores temores con respecto a la pandemia. La mayoría marca como central las carencias de insumos (95%), le sigue el temor al contagio familiar (93%). La mayoría no imputa temores de relevancia relativos al trabajo, su desempeño o el puesto, la exposición al virus o a las cargas laborales, las que no figuran en demasía, salvo como incremento de la jornada laboral (solo mencionada en 33%). No hay referencias a las exigencias laborales, el sobre empleo y la exposición por la rotación de trabajos o puestos, provocados por la situación de pandemia. Por otra parte, llama la atención que se exprese el temor al cuestionamiento social en términos de escrache[14] (53%) con el mismo porcentaje de referencia que el temor al contagio propio (53%).

Más allá de la novedad de la situación y las características de la enfermedad y sus consecuencias, el 75% de los encuestados respondió tener los conocimientos suficientes y necesarios para hacer frente al COVID-19.

Sobre el sentimiento de recibir apoyos frente a la situación de pandemia los y las profesionales reconocieron en primer lugar a la familia (87,5%) y los colegas (86%) más lejos a la institución para la que trabajan (79%) aunque en un porcentaje relativamente alto. La mayoría de las personas

[14] El término "escrache" hace alusión a una forma específica de recusación pública-social que se originó de la mano de organismos de DDHH en nuestro país, sobre todo de la agrupación H.I.J.O.S - Hijos e Hijas por la Identidad y la Justicia contra el Olvido y el Silencio) (isi no hay justicia, que haya escrache!) Sobre la génesis y trayectoria de esta forma de acción colectiva ver Bravo (2011).

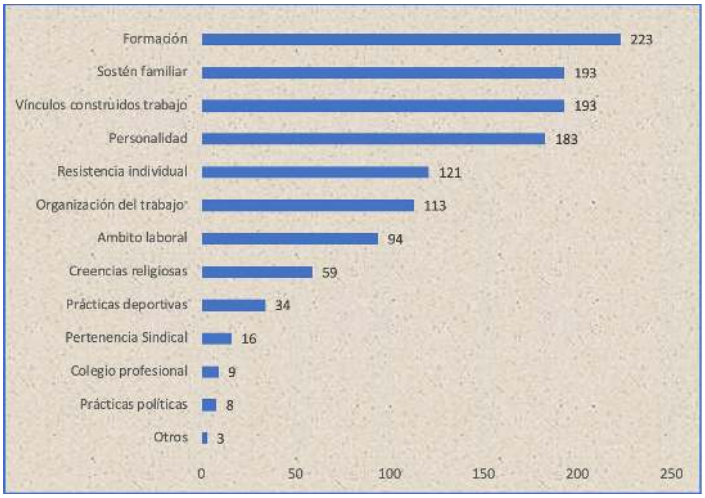
encuestadas son reticentes a buscar apoyo profesional para su salud mental (27%), mientras que el 30% encontró apoyo en el Colegio Profesional o el sindicato. Finalmente, en torno a las fortalezas que percibían para hacer frente a la situación se impusieron la formación profesional y los vínculos personales y familiares como los más significativos. Muy lejos se encuentra el reconocimiento de colectivos de representación sindical/profesional.

Gráfico 4. Temor mayor frente al COVID-19. Médicos y Médicas encuestados, Mendoza, Argentina, 2020



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta realizada.

Gráfico 5. Fortalezas reconocidas por los y las profesionales médicos, Mendoza Argentina, 2020



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta realizada.

Reflexiones sobre la asociación entre variables[15]

Realizamos el test de chi cuadrado de independencia con la intención de estudiar la incidencia en la subjetivación política de la organización laboral a través de los modos en que se realiza la gestión de la fuerza de trabajo. Se cruzó una por una las variables categóricas de "género percibido", "conoce covid", "persona de riesgo", "relación laboral" y "ámbito laboral" con cada *set* de variables de apoyo, temores y fortalezas. Se estableció el umbral de significación en $p < .05$.

Verificamos resultados significativos con respecto a la relación entre ámbito laboral y consideración de apoyo psicológico. Los profesionales de la salud insertos en ámbitos públicos manifiestan mayor probabilidad de contar ese tipo de apoyos. En relación con la asociación entre ámbitos y temores, dos aparecen como significativos y se vinculan con el ámbito público. Los profesionales insertos en el sector público fueron más proclives al temor a la rotación entre puestos de trabajo y la sobrecarga horaria. Esto se relaciona en general con la presión de demanda que sufrió la salud pública durante la pandemia. Sin embargo, la asociación fortalezas-ámbito muestra que los vínculos laborales más seguros fueron un punto positivo para sostener los temores de estos profesionales ya que en el ámbito público hubo mayor tendencia a reconocer esa fortaleza (Tabla 1).

Con respecto a los cruces entre relación laboral y temores/fortalezas, se corroboró asociación significativa con las variables de temor a violencia laboral, apoyo psicológico, temor a la rotación del puesto, temor a la falta de apoyo institucional, temor a mayor carga horaria y fortalezas en el sindicato. Los profesionales más precarizados (contratados y prestadores) mostraron mayor probabilidad a contestar afirmativamente sobre los temores a la violencia laboral, la sobrecarga horaria y la falta de apoyo institucional. En tanto el plantel estable demostró probabilidad mayor de contar con fortalezas en el sindicato y apoyo psicológico (Tabla 2).

En el cruce entre ámbito y temor a rotación en el puesto, hay más temor en públicos (17,8%) que en privados (5,7%), lo que hace evidente un nivel superior de preocupación en un sector que en otro. Sin embargo, el temor en sí mismo no aparece como una preocupación que sea importante para la población encuestada en general.

[15] El procesamiento de datos de este apartado fue realizado por Daniel Yazlle, del INCIHUSA-CCT Mendoza, a quién agradezco su inmensa colaboración.

Tabla 1. Asociaciones significativas con la variable categórica "ámbito"

Variables	AMBITO			
	RTA.	Público	Privado	Total
Apoyo Psicológico n:298 gl:1 X^2:20,522 p: ,000	Sí	40,10%	16,30%	28,90%
	No	59,90%	83,70%	71,10%
Temor a la rotación del puesto de trabajo n:298 gl:1 X^2: 10,343 p:,001	Si	17,80%	5,70%	12,10%
	No	82,20%	94,30%	87,90%
Temor a mayor carga horaria n:298 gl:1 X^2:5,892 p:,015	Si	25,50%	14,20%	20,10%
	No	74,50%	85,80%	79,90%
Fortalezas en el vínculo laboral n:298 gl:1 X^2:9,259 p:,002	Si	64,30%	46,80%	56,00%
	No	35,70%	53,20%	44,00%

Nota: Donde n es el tamaño de la muestra con la que se hicieron los cálculos; gl son los grados de libertad; X^2 es el valor del test de chi cuadrado; p la significación de los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Asociaciones significativas con la variable categórica "relación laboral"

Variables	RELACIÓN LABORAL					
	RTA.	Estable	Contratado	Monotributista	Prestador	Total
Temor a Violencia Laboral n:329 gl:3 X^2:14,700 p: ,002	Sí	7,20%	29,50%	16,50%	14,30%	14,00%
	No	92,80	70,50	83,50	85,70	86,00
Temor mayor carga horaria n:329 gl:3 X^2: 9,443 p: ,024	Si	23,70%	29,50%	10,30%	22,40%	20,40%
	No	76,30	70,50	89,70	77,60	79,60
Temor a rotación en el puesto n:329 gl:3 X^2:17,365 p: ,001	Si	14,40%	27,30%	3,10%	18,40%	13,40%
	No	85,60	72,70	96,90	81,60	86,60
Temor falta apoyo Institucional n:329 gl:3 X^2:8,598 p:,035	Si	36,00%	43,20%	21,60%	36,70%	32,80%
	No	64,00	56,80	78,40	63,30	67,20
Fortaleza en Sindicato n:329 gl:3 X^2:10,616 p: ,014	Si	9,40%	2,30%	1,00%	2,00%	4,90%
	No	90,60	97,70	99,00	98,00	95,10
Apoyo Psicológico n:329 gl:3 X^2: 12,636 p: ,005	Si	36,00%	31,80%	15,50%	24,50%	27,70%
	No	64,00	68,20	84,50	75,50	72,30

Nota: Donde n es el tamaño de la muestra con la que se hicieron los cálculos; gl son los grados de libertad; X^2 es el valor del test de chi cuadrado; p la significación de los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la variable "conoce Covid", los resultados significativos vuelven a girar en torno a la autorresponsabilidad y las posibilidades individuales de hacer frente a la pandemia. Hay asociación entre conocimiento y contar con información actualizada, así como conocer sobre el tema se vincula a la fortaleza en la formación propia. En tanto los que menos conocen sobre COVID tienen mayor temor al contagio personal y a que la situación se torne incontrolable. También este último grupo encuentra más apoyo en sus vínculos familiares (Tabla 3).

Tabla 3. Asociaciones significativas con la variable categórica "conoce Covid"

Variables		Conoce sobre COVID		
	RTA.	Conoce Si	Conoce No	Total
Apoyo en Información Actualizada n:335 gl:1 X^2: 20,717 p: ,000	Si	77,30%	51,20%	70,70%
	No	22,70%	48,80%	29,30%
Temor a contagio personal n:335 gl:1 X^2: 6,858 p: ,009	Si	49,00%	65,50%	53,10%
	No	51,00%	34,50%	46,90%
Temor situación incontrolable n:335 gl:1 X^2: 11,311 p: ,001	Si	36,30%	57,10%	41,50%
	No	63,70%	42,90%	58,50%
Fortaleza en la formación n:335 gl:1 X^2: 15,885 p: ,000	Si	72,50%	48,80%	66,60%
	No	27,50%	51,20%	33,40%
Fortaleza en sostén familiar n:335 gl:1 X^2: 15,846 p: ,000	Si	51,40%	76,20%	57,60%
	No	48,60%	23,80%	42,40%

Nota: Donde **n** es el tamaño de la muestra con la que se hicieron los cálculos; **gl** son los grados de libertad; **X^2** es el valor del test de chi cuadrado; **p** la significación de los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la variable que remite al género, se verificó la relación entre sexo y apoyo/reconocimiento institucional (mayor en varones), fortaleza en la familia (mayor en mujeres), temor a tener más responsabilidad en el puesto (mayor en mujeres) y temor a rotación en el puesto (mayor en mujeres). Según nuestra lectura, los temores aluden a la fragilidad laboral del puesto y las fortalezas relativas al ámbito personal-familiar (Tabla 4).

Aproximadamente un cuarto de las personas encuestadas manifestó temor a ser acusado de mala praxis. Profesionales que se perciben como grupo de riesgo (por presentar alguna comorbilidad) tienen mayor probabilidad de expresar este temor con respecto al grupo de los encuestados que se manifestaron como población sin riesgo.

Tabla 4. Asociaciones significativas con la variable categórica "género"

Tabla con asociaciones significativas	**Género percibido**			
	RTA.	**Mujer**	**Varón**	**Total**
Apoyo / reconocimiento Institucional n:335 gl:1 X^2: 6,056 p: ,014	Si	44,60%	58,10%	51,30%
	No	55,40%	41,90%	48,70%
Fortaleza en sostén familiar n:335 gl:1 X^2: 9,876 p: ,002	Si	66,10%	49,10%	57,60%
	No	33,90%	50,90%	42,40%
Temor a mayor responsabilidad en el puesto n:335 gl:1 X^2: 6,786 p: ,009	Si	28,00%	16,20%	22,10%
	No	72,00%	83,80%	77,90%
Temor a rotación en el puesto n:335 gl:1 X^2: 9,942 p: ,002	Si	19,60%	7,80%	13,70%
	No	80,40%	92,20%	86,30%

Nota: Donde **n** es el tamaño de la muestra con la que se hicieron los cálculos; **gl** son los grados de libertad; **X^2** es el valor del test de chi cuadrado; **p** la significación de los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Asociaciones significativas con la variable categórica "persona de riesgo"

Tabla con asociaciones significativas Riesgo Si		**Personal que se percibe con riesgo (comorbilidades Covid-19)**		
		Riesgo No	**Total**	
Temor a la acusación de negligencia	Si	38,20%	61,80%	24,80%
	No	21,30%	78,70%	75,20%
n=335 gl=1 X^2=8,293 p=,004				

Nota: Donde **n** es el tamaño de la muestra con la que se hicieron los cálculos; **gl** son los grados de libertad; **X^2** es el valor del test de chi cuadrado; **p** la significación de los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

Notas finales a modo de cierre

A la manera de un laboratorio social de magnitudes globales, la pandemia de COVID-19 sirvió y sirve para profundizar reflexiones e indagaciones sobre procesos tan naturalizados como expuestos a la vista. Este es el caso de las formas de emprendedorismo que embeben al nuevo sujeto laboral, autorresponsable, flexible a la incertidumbre y proclive a la asunción del riesgo laboral como riesgo "propio". En un contexto donde el miedo social

se potenció de modo geométrico, la respuesta de estos profesionales apuntó a reforzar su eficacia, rendimiento y productividad individual, bajo el (des) amparo de sus propias fuerzas y capacidades. Veamos cómo operó este dispositivo *in situ*.

La mayoría de los profesionales médicos y médicas se sintieron preparados para hacer frente a la pandemia debido a su formación, información disponible y actualizada y recursos (centralmente propios como sus vinculaciones entre pares). Este aspecto muy ponderable, da cuenta en su contrafaz de la sobreadaptación de la mayoría de los encuestados a una situación por demás inédita y de proyecciones poco previsibles.

Las fortalezas que destacan las encuentran en sí mismos, sus vínculos familiares y cercanos, lo cual da cuenta de la individuación de los riesgos y la autorresponsabilización que han incorporado como clave de afrontamiento en su desempeño laboral. Los riesgos del propio trabajo son naturalizados al extremo, hasta en la situación inédita que emergió con el COVID-19, las dimensiones que describen de los mismos son básicas e inespecíficas y en general no discriminan distintos tipos de afectaciones (lo cual también denota lo "relativo" del conocimiento e información que manejaban acerca de la situación, por lo menos en el momento de la pandemia en el que se captaron los datos del presente estudio).

En este aspecto, se destaca la localización que hacen de los problemas en ámbitos/procesos externos, que los sobrepasan y que no pueden controlar, tales como la mayor demanda de casos, fases de la pandemia, escasez de recursos, cantidad de trabajadores de los efectores (por la necesidad de distanciamiento social). Estos elementos no son incluidos como constitutivos y permanentes de su situación laboral. También aparece como muy significativa la forma de minimización de cuestiones relativas al desgaste laboral, las sobrecargas, los riesgos inherentes al puesto de trabajo, la extensión de las jornadas laborales, la suspensión de descansos y licencias y con ellas de derechos laborales y las afectaciones del entorno familiar (que también muestran implicancias de autorresponsabilización). No aparecen referencias explícitas a los ámbitos laborales de pertenencia, ni como requerimientos personales y menos aún como cuestiones colectivas (las que efectivamente se sustanciaron muchos meses después en términos de acciones colectivas y reclamos al gobierno provincial, de modo esporádico y con pocos resultados tangibles, sobre todo en términos de reconocimiento

salarial y estabilidad laboral). Nuevamente, el centro de la escena lo toma el sujeto y sus capacidades individuales en tanto que la acción o la mirada colectiva de la cuestión desaparece del horizonte bajo análisis.

En relación con las cargas de trabajo familiares, no emergieron aspectos relativos a la misma, lo cual llama en demasía la atención en función de los datos sobre la cantidad de hijos y la edad de los/las entrevistados. También aquí hay una invisibilización importante de los trabajos de cuidado y de la adaptación a la difuminación de fronteras entre teletrabajo, trabajo presencial y trabajos de reproducción. Estos datos revelan la forma de afrontamiento que se adecua a la intensificación del esfuerzo laboral en todas sus esferas/dimensiones.

Las asociaciones significativas que encontramos refuerzan las afirmaciones generales que realizamos en los parágrafos anteriores. Involucran en términos de fortalezas a las propias destrezas, conocimientos y vínculos en tanto que los temores se relacionan en mayor medida con el ámbito laboral y las relaciones de trabajo. Un temor que no paraliza, sino que motoriza al sujeto emprendedor a trabajar en contextos de incertidumbre, comprometiéndolo mucho más con su desempeño profesional.

Reforzando nuestra perspectiva, las categorías con mayor vulnerabilidad laboral presentan una mayor probabilidad a expresar temores. En tanto que dichos temores no son ciegos al género, las mujeres muestran una tendencia más elevada a los mismos. Tanto opera en estos profesionales la culpabilización y responsabilidad que expresan mayor temor de ser acusados de negligencia aquellos que presentan riesgos de contraer COVID-19 por comorbilidades.

En términos de subjetivación política podemos decir que hay una notable aceptación y consenso sobre las exigencias laborales/sociales que emanan de la concepción de la salud como necesidad sanitaria en contexto de emergencia y servicio público esencial que, sin embargo, entra en colisión con la asignación individual de la responsabilidad para sostener la misma. La desvalorización social del papel que juegan estos y estas profesionales se muestra en los temores a ser 'escrachados', por lo menos según los datos recabados. Aún con esta información que enmarca su desempeño en la pandemia, los y las profesionales de la salud respondieron con una alta valorización de sí (capacidades, información, reconocimiento institucional y familiar) que profundiza su "ascesis de rendimiento" (Laval & Dardot, 2013).

Finalmente, es importante remarcar que más de un año después del comienzo de la pandemia (julio de 2021), a la luz de los sacrificios impuestos

a los y las trabajadores de la salud se exacerbaron las demandas laborales del sector, sobre todo centradas en el salario y fuertemente protagonizadas por los más jóvenes profesionales-residentes, quienes fueron los sujetos de un ciclo de protestas colectivas bajo la consiga: "Esenciales para el pueblo, invisibles para el Estado". Más de 45 días de conflictividad abierta no lograron empero tornar la experiencia común de la pandemia en demanda agregada y logros colectivos. El emprendedor, ha retornado a su ámbito laboral, solo a ejercer de modo eficaz su trabajo.

Referencias

Almeida, Celia. (2000). Reforma del Estado y reforma de Sistemas de Salud. *Cuadernos Médico- Sociales*, (79), 27-58. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400002

Abrutzky, Roxana, Godio, Cristina, & Bramuglia, Cristina. (2018). Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. *Anuario CDEEED*, (9). Obtenido de: https://ojs.econ.uba.ar/index.php/CEEED/article/view/1028

Belmartino, Susana. (2008). Una década de cambios en la organización de la seguridad social médica, ¿reconversión o reforma? In H. Spinelli (comp.), *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas* (1. ed., pp. 147-170). Lugar editorial.

Bianchi, Eugenia. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 9*(1), e052. https://doi.org/10.24215/18537863e052

Berardi, Franco B. (2020). *La fábrica de la infelicidad. Nuevas formas de trabajo y movimiento global*. Traficantes de Sueños.

Bravo, Nazareno. (2011). H.I.J.O.S. en Argentina. La emergencia de prácticas y discursos en la lucha por la memoria, la verdad y la justicia. *Sociológica, 27*(76), p. 231-248.

Brown, Wendy. (2016). *El pueblo sin atributos: la secreta revolución del neoliberalismo*. Malpaso.

Canguilhem, Georges. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.

Crespo, Eduardo, & Serrano, Amparo. (2011). Regulación del trabajo y el gobierno de la subjetividad: la psicologización política. In A. O. Bernal (Coord.), *Psicología social crítica* (pp. 244-263). Biblioteca Nueva.

De la Garza, Enrique. (2020). Configuraciones productivas y circulatorias y trabajo no clásico en los servicios, En RELET Año 25, N°20, págs. 19-52. Obtenido de http://alast.info/relet/index.php/relet/article/view/419.

De la Garza, Enrique (2018). *La metodología configuracionista para la investigación en ciencias sociales*. Barcelona: Gedisa.

de Lagasnerie, Geoffroy. (2015) *La última lección de Michel Foucault: sobre el neoliberalismo, la teoría y la política*. Fondo de Cultura Económica.

Fleury, Sonia. (2021) *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina* (1. ed., Cuadernos de Salud Colectiva, 16). UNLa.

Foucault, Michel. (2007). *El Nacimiento de la Biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*. Fondo de Cultura Económica.

Gollac, Michel, & Bodier, Marceline (coord.). (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Obtenido de: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Gramsci, Antonio. (1973). *Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado moderno*. Nueva Visión.

Laval, Christian, & Dardot, Pierre. (2017). *La pesadilla que nunca acaba. El neoliberalismo contra la democracia*. GEDISA.

Laval, Christian, & Dardot, Pierre. (2015). *Común. Ensayo sobre la revolución en el siglo XXI*. GEDISA.

Laval, Christian, & Dardot, Pierre. (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. GEDISA.

Lazaratto, Mauricio, & Negri, Antonio. (2001). *Formas de vida y producción de subjetividad*. DP&A.

Mezzadra, Sandro. (2015). *La cocina de Marx. El sujeto y su producción*. Tinta y Limón.

Menéndez, Eduardo L. (1990). El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis. In E. Menéndez, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica* (pp. 83-117). Alianza editorial mexicana. Obtenido de http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/8/19/38-2

Modonesi, Massimo. (2016). *El principio antagonista. Marxismo y acción política*. UNAM.

Neffa, Julio C. (2002). *¿Que son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una perspectiva*. CEIL.

Ranciére, Jacques. (1996). *El desacuerdo. Política y Filosofía*. Nueva Visión.

Rose, Nikolas. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina y Subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE Editorial Universitaria.

Tobar, Federico. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. In O. Garay (coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y Penal*. Editorial La Ley. Obtenido de https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Modulo-2-Tobar-historia-SSA.pdf

Tobar, Federico. (2006). Descentralización y reformas del sector salud en América Latina. In Z. Yardón et al. (ed.), *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina* (pp. 65-114). OPS.

Virno, Paolo. (2004). *Gramática de la multitud. Para un análisis de las formas de vida contemporáneas*. COLIHUE.

Zangaro. Marcela. (2011). *Subjetividad y trabajo. Una lectura foucaultiana del management*. Herramienta.

Zangaro, Marcela. (2010). Subjetividad y trabajo: el management como dispositivo de gobierno. *Revista Trabajo y Sociedad, XV*(16), p. 99-100, 2011.

Recibido: 11 nov. 2021.
Aceptado: 12 mayo 2022.

Licenciado sob uma Licença Creative Commons Attribution 4.0