

Condiciones laborales de los trabajadores de la salud que acompañan en el acceso al IVE en provincia de Buenos Aires

Micaela Soledad Zucconi¹

Fecha de recepción: 31/05/2022

Fecha de aprobación: 18/08/2022

Resumen:

El artículo plantea una aproximación a identificar procesos de precarización laboral en trabajadores de salud que intervienen en proceso de implementación de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ley 27.610, en centros de salud y hospitales de dependencia municipal y/o provincial, en la provincia de Buenos Aires; Buscando analizar la relación entre las condiciones laborales y los efectos que conlleva en la salud de los trabajadores y en los procesos de intervención profesional de los equipos de salud que participan de dispositivos de consejerías en IVE.

Para ello, se recuperan: aspectos centrales de la reconfiguración del mercado de trabajo en la contemporaneidad, y su expresión en los procesos de precarización laboral, y, por otro lado, elementos de caracterización de la Política social en el campo de los derechos sexuales y (no) reproductivos, especialmente en lo referido a la implementación de IVE. Realizando una aproximación a identificar estrategias de trabajo de los equipos de salud tendientes a generar condiciones para garantizar el acceso a IVE.

Palabras claves: CONDICIONES DE TRABAJO – INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO -EQUIPO DE SALUD

Abstract:

The article proposes an approach to identify processes of job insecurity in health workers who are involved in the implementation process of abortion in Argentina (law 24.610), in health centers and hospitals, in the province of Buenos Aires. This research aims to establish in which ways working conditions affect the health of workers and their interventions, specifically those linked to abortion.

To do this, these are the elements taken in account: -central aspects of the reconfigurations of the labor market in the contemporary world, and its expression in the processes of job insecurity. -elements of the social policy in the field of sexual rights (and (non) reproductive), specially regarding to the implementation of abortion.

Finally, the article proposes an approximation to identify working strategies in health teams tending to generate the right conditions to guarantee access to abortion.

Key words: WORKING CONDITIONS- ABORTION- HEALTH TEAM

Introducción

¹ Licenciada en Trabajo Social (FTS-UNLP) Maestranda de la Maestría en Trabajo Social (FCH-UNICEN). Contacto: micaelazucconi@gmail.com

El presente artículo propone colocar interrogantes y reflexiones acerca de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud de la provincia de Buenos Aires, empleados en Centros de Atención Primaria de la Salud -municipales- (CAPS) y Hospitales de segundo y tercer nivel de atención, dependientes del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, que se encuentran realizando acompañamientos a personas con capacidad de gestar para el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ley 27.610.

Se plantea una aproximación analítica en el reconocimiento de las particularidades de las condiciones laborales en este ámbito específico de atención en salud, y el impacto que ello genera configurando límites y posibilidades en el cotidiano del hacer profesional. En este sentido, se trata de recuperar aspectos objetivos y subjetivos vinculados a las condiciones laborales y los procesos de intervención para el acceso al IVE.

Se parte de reconocer la precarización como un aspecto central en el que se expresa la reconfiguración del mercado de trabajo en la contemporaneidad. Desde allí interesa reubicar el análisis en la particularidad de los trabajadores integrantes del equipo de salud que desarrollan diversas estrategias de intervención para acompañar en el acceso a la implementación de la IVE.

Reconocer las particularidades que expresa este campo de acción del equipo de salud, conlleva a colocar elementos de caracterización de la Política social en el campo de los derechos sexuales y (no) reproductivos, especialmente en lo referido a la implementación de IVE.

Como parte de estas reflexiones se implementó (durante los meses de marzo y abril de 2021) una encuesta por formulario drive, donde se indagó acerca del tipo de contrato, cantidad de empleos, salario, derechos laborales, medios y herramientas de trabajo, posibilitando una aproximación a reconocer las condiciones laborales, y los efectos que esto conlleva en la salud de los trabajadores y en los procesos de intervención de los equipos que participan de dispositivos de consejerías en IVE.

En términos metodológicos, la realización de la encuesta se diseñó en términos de aproximación exploratoria, y fue implementada de manera anónima, difundida a través de contactos de equipos de consejerías integrantes de la Red de profesionales de la salud por el Derecho a decidir de regionales de la provincia de Buenos Aires.

De la información recabada, surgen reflexiones y nuevas preguntas, de las cuales algunas son retomadas en esta presentación y otras proponen seguir abriendo líneas de intercambio y análisis.

Marco político y jurídico en el que trabajadorxs de la salud desarrollan acompañamientos en el acceso al IVE

Previo a la sanción de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) de diciembre de 2020 (Ley 27.610), trabajadorxs de los equipos de salud venían llevando adelante diversas estrategias de intervención profesional para generar condiciones que acompañaran el acceso a abortos seguros a personas que lo solicitaran, tanto en el marco de acompañamientos en “Reducción de Riesgos y Daños” como en Abortos No Punibles (en provincia de Buenos Aires, con la [resolución 413146/2012](#) del Ministerio de Salud se crea el Protocolo de atención integral de los abortos no punibles y luego la Ley 14.738 de 2015 especifica el tipo específico de atención en salud de las consejerías para

la Reducción de Riesgos y Daños en situaciones de embarazo no planificados 2). Vinculado a los Abortos no Punibles, se planteaba la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) por causales, presente en el art. 86³ del Código Penal argentino de 1921 y bajo el marco interpretativo provisto por el Fallo de la Corte Suprema de Justicia: “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva” (2012)⁴.

En relación a los acompañamientos, los equipos de salud de los dispositivos de consejerías, llevaron a cabo diversas estrategias para el acceso la implementación del ILE desde el *Causal Salud*, entre ellas: incorporando una interpretación integral de la salud que incluye la dimensión social, física, psíquica, económica de la misma⁵ y el enfoque del derecho a la salud. Desde esta interpretación de los motivos para acceder al ILE, centrada en una perspectiva de derechos y de género, se lograron fundamentar solicitudes de resolución de abortos en los efectores de salud, disputando y contrarrestando interpretaciones reduccionistas de la salud -vinculadas solo a la dimensión de afectación biológica- presentes en los efectores asistenciales del sistema de salud, bajo la matriz del Modelo Medico Hegemónico⁶.

Estos procesos de intervención de los equipos de salud que acompañan en el acceso al aborto, entendido dentro del conjunto de Derechos sexuales y (NO) reproductivos⁷, se fueron gestando orientados desde el activismo y esfuerzo militante de compañeras,

² La Ley 14.738 de 2015, en su capítulo 2, plantea en el artículo 8 que deberán crearse las consejerías para la Reducción de Riesgos y Daños en situaciones de embarazo no planificados. Además, plantea que las consejerías funcionarán en los centros de atención primaria de la salud y hospitales de la Provincia de Buenos Aires, con el objetivo de reducir la morbimortalidad de mujeres gestantes por abortos inseguros y de prevenir la repitencia de embarazos no planificados. En el Artículo 9º. Explicita que se entiende por Consejería al dispositivo de salud encargado de brindar un espacio de escucha, contención y asesoramiento a la mujer en situación de embarazo no planificado, basado en información legal, públicamente accesible y científicamente respaldada, orientada a la prevención de riesgos y daños por la práctica de abortos inseguros y al cuidado de la salud integral de la mujer.

³ El Artículo 86 del Código Penal, refiere a que “*el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto*”

⁴ Con el fallo de la Corte Suprema de Justicia “F., A. L. s/ medida autosatisfactiva” (2012) se establecen nuevas orientaciones interpretativas del Código Penal argentino, ratificando la constitucionalidad de su art. 86, brindando lineamientos para la política pública: entre las cuales se exige a las autoridades públicas a implementar protocolos para la atención de abortos no punibles; y Exhortando al Poder judicial a abstenerse de judicializar el acceso a Abortos No Punibles (ANP). Obligando al Estado a generar condiciones médicas adecuadas para llevar a cabo los ANP.

⁵ Dosso, Daniela. (2017) “Miradas integrales de la causal salud para la Interrupción Legal del Embarazo”. Grupo FUSA. Buenos Aires, Argentina.

⁶ Eduardo Menéndez, refiere al Modelo medico hegemónico “*como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado*”

⁷ Sobre la referencia a “derechos (NO) reproductivos”, ver: Leonor Brown, Josefina “Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad”. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 2, 2009, pp. 10-28 Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos Río de Janeiro, Brasil

muchas nucleadas en la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir⁸ (RPSDD) y compañeras de colectivas feministas que fuera del sistema de salud han generado estrategias para acompañar de manera cuidada en procedimientos seguros y efectivos de aborto. Trabajadoras de la salud que, en conjunto con colectivas feministas, han construido redes y generado espacios de formación, de reclamos colectivos, de lucha para que se implementen políticas sociales que tiendan efectivamente a garantizar derechos desde una perspectiva de género.

Luego de una larga e histórica lucha del movimiento feminista, en diciembre de **2020 se logra la ley 27.610 de IVE**, reconfigurándose el marco normativo del aborto en Argentina y también las obligaciones de los efectores de salud estatales y privados en acompañar la decisión y voluntad de la persona gestante que desee interrumpir un embarazo.

Previo a la sanción de la ley, en el 2018 -en el marco del debate en las cámaras de diputados y senadores- se llevaron a cabo diversas acciones impulsadas por La Campaña Nacional por el Aborto Legal Seguro y Gratuito, instalando masivamente el aborto como problema de salud pública, justicia social y derechos humanos en la agenda pública.

Este reclamo por *aborto legal, convoco a miles de niñas, mujeres a colectivas feministas, LGTBI+, a movimientos sociales y organizaciones culturales, sindicales, territoriales, políticas y sociales, que ocuparon las calles* en la histórica marcha del 8 de agosto de 2018, instando al legislativo nacional *a despenalizar el aborto y garantizar el acceso seguro a servicios médicos de interrupción del embarazo. A esta amplia movilización en las calles exigiendo "aborto legal Ya" se lo denomino como "marea verde"*.

En 2018, con media sanción de diputados y con amplia movilización en las calles el senado de la nación no aprobó el proyecto de ley de aborto legal, seguro y gratuito, pero socialmente se generaron nuevas condiciones en las que activistas de la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito definen como de *"despenalización social"*⁹.

Este proceso en donde el Aborto como problema de Salud se recoloca en la agenda pública, tuvo impacto en trabajadores de la salud que fueron sumándose a la conformación de equipos de ILE, posibilitando visibilizar, legitimar e institucionalizar experiencias que se venían realizando en hospitales y centros de salud, posibilitando la construcción de nuevos dispositivos o comenzando a cobrar mayor legitimidad los que ya venían funcionando distintos efectores de salud.

En relación a ello, se observa que, del relevamiento realizado a través del formulario de encuesta a trabajadores de la salud, se expresa un cambio significativo de compañerxs que se incorporaron entre 2018 y 2019 a los equipos de consejerías. De las respuestas se observa que hay un proceso de incorporación progresiva y creciente. De las 42 personas encuestadas, comenzaron a acompañar en abortos seguros: 4 trabajadoras entre 2009-2011; 5 entre 2012-2014; 11 entre 2015-2017; 21 entre 2018 y 2020. Identificándose un salto cuantitativo significativo en 2018.

⁸ La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir surge en un encuentro de efectores de la salud que se llevó a cabo el 28 de septiembre de 2014, Impulsadas por Socorristas en Red y por la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito (CNALSG). La red es un espacio de construcción colectiva, integrada por trabajadoras de la salud y colectivas feministas.

⁹ <http://www.abortolegal.com.ar/>

Con la sanción de ley 27.610 de IVE, se logra un nuevo marco jurídico-normativo de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) hasta la semana 14 y con un régimen de causales para los abortos que sean solicitados luego de esa edad gestacional. Es el sistema de salud, en sus subsistemas público, privado de obras sociales que deben garantizar su implementación.

Ante este nuevo escenario, resulta de interés para este ensayo poner el foco en quienes son los que día a día acompañan en el acceso al aborto, desarrollando distintas estrategias para la implementación de la IVE, teniendo en cuenta que más allá del nuevo marco normativo persisten obstáculos en la concreción de este derecho, los cuales vienen siendo visibilizados por la Red de profesionales de la Salud por el Derecho a decidir y la Campaña Nacional Por el Aborto, legal Seguro y Gratuito, por ejemplo, la no resolución de abortos en segundo trimestre en hospitales públicos, dilaciones en las respuesta institucionales, falta de insumos y acceso a ecografías, etc.¹⁰

Considerando este recorrido, interesa adentrarnos en uno de los aspectos que configuran los procesos de trabajo de quienes desarrollan estrategias de intervención para acompañar en el acceso efectivo al IVE en el Sistema de Salud, en este sentido interesa colocar la atención en sus condiciones de trabajo.

Condiciones laborales

Se parte de considerar que las estrategias que realizan los trabajadores de la salud para acompañar en el acceso de derechos sexuales y (no) reproductivos, se encuentran condicionadas por las condiciones de empleo, a la vez que por el juego contradictorio de fuerzas que configuran la sociedad capitalista-patriarcal, que se expresan tanto en las demandas individuales y colectivas de los usuarios de los servicios de salud, en las luchas colectivas que colocan demandas en la agenda pública, y procesos organizativos y reivindicativos de los trabajadores. Al mismo tiempo, por la lógica en la que el Estado¹¹ organiza las respuestas a dichas demandas y el modo fragmentado en el que interviene mediante políticas sociales (Pastorini, 2017), impactando ello en los lineamientos institucionales del organismo empleador y las condiciones de trabajo en las que se efectiviza el empleo.

Partiendo de reconocer los elementos heterogéneos y contradictorios que condicionan, posibilitan o limitan el despliegue de estrategias de trabajo, es necesario también reparar que estas estrategias se generan en el marco de procesos de trabajo, los cuales *se moldean a partir de una conjunción de medios (instrumentos de trabajo), el objeto (materia prima sobre la cual se incide) y la fuerza de trabajo* (Cademartori, 2018: 205).

Como parte de los medios de trabajo, se plantea reparar en las condiciones laborales en las que se efectúa este trabajo. De este modo, interesa caracterizar el tipo de contrato, cantidad de empleos, salario, derechos laborales, medios y herramientas de trabajo, posibilitando una aproximación a conocer las condiciones laborales, y los

¹⁰ Ver: Informe de Violencias en el Acceso al Aborto, Un acercamiento desde la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir en la regionales Zona Oeste PBA y Mendoza: EN: <http://redsaluddecidir.org/2021/12/29/informe-violencias-en-acceso-al-aborto/>

¹¹ "En el modo de producción capitalista el Estado asume formas históricas variadas en función de las luchas sociales, expresando la correlación de fuerzas entre las clases fundamentales, pero mantendrá siempre su carácter de clase, de esa forma, perpetúa intacta su esencia". (Pastorini, 2017, p 144)

efectos que esto conlleva en la salud de los trabajadores y en los procesos de intervención de los equipos que participan de dispositivos de consejerías en IVE.

Abordar este eje de análisis, implica para este ensayo, la necesidad de recabar información que posibilite aproximarnos a una caracterización de cómo se presentan los elementos mencionados anteriormente y desde allí colocar algunas líneas de reflexión.

En este sentido, las determinaciones contextuales e institucionales que atraviesan los procesos de trabajo en el acompañamiento en el acceso a la IVE, y las particularidades que asumen las condiciones de trabajo no se presentan como condicionantes externos, sino que se constituyen en aspectos que contribuyen a moldear material y socialmente la concreción del trabajo (Iamamoto, 2003).

Las condiciones de trabajo, implica contextualizarlas en la reconfiguración del mercado de trabajo en la contemporaneidad, caracterizado por un proceso de degradación de la fuerza de trabajo y precarización de las condiciones laborales y de vida de la población que vive (y necesita vivir) de la venta de su fuerza de trabajo. Ello se presenta -no como telón de fondo- sino como características constitutivas que configuran los procesos de trabajo.

En términos globales, asistimos a un mercado laboral que ha sufrido una reestructuración radical (Harvey, 2012), donde los empleadores se han aprovechado de la debilidad del poder sindical y de los recursos de trabajadores excedentes (desempleados o subempleados) para impulsar regímenes y contratos laborales mucho más flexibles.

Estas reestructuraciones en el mercado laboral se dan en el marco de una reorganización económica y espacial del capital que, al decir de Marro (2011) va a impactar en procesos de desregulación comercial, de las finanzas y de la producción, al mismo tiempo que interfiere en la reducción del gasto público, el ajuste fiscal y las privatizaciones de los servicios sociales y del patrimonio público que terminan respondiendo a la garantía de un superávit fiscal necesario para el pago de la deuda externa.

La necesidad de reorganización económica y espacial del capital en búsqueda de nuevos terrenos de acumulación que le permitan “sortear” su crisis -en el marco del llamado patrón de acumulación flexible y de una recomposición que adquiere características cada vez más depredadoras y destructivas-, posibilita la comprensión del regresivo recetario contenido en el Consenso de Washintong, y en las estrategias de intervención de los organismos internacionales de financiamiento (Katia Marro, 2011:88).

En este sentido y retomando a Matusevicius y Musacchio (2019), el neoliberalismo que se termina de consolidar en América Latina a la salida del ciclo de dictaduras militares, implicó un contexto de continuidad de políticas neoliberales con el consecuente rol asignado al Estado, transformaciones en la estructura social y nuevas características en las expresiones de la conflictividad. El aumento de la desigualdad y explotación de los trabajadores, la caída del salario real, la pérdida de derechos laborales, el deterioro de los servicios que componen el salario indirecto, mayores niveles de precarización laboral, aumento de la desocupación y, en particular del pauperismo, y los procesos de mayor fragmentación de la clase trabajadora, son aspectos que las autoras señalan como características contemporáneas que dan cuenta del deterioro de las condiciones materiales de vida.

Nos encontramos en un presente caracterizado por la regresión de históricas conquistas obreras, en cuando a derechos laborales conquistados, y en donde **la precarización se manifiesta como un aspecto central de la reconfiguración del mercado de trabajo**. Hay un proceso de expansión del trabajo subcontratado, precario, temporario, parcial, a la vez que se generan mecanismos de terciarización del trabajo, generando un proceso complejo y multiforme que tiene como resultado una clase trabajadora más heterogeneizada, fragmentada y complejizada (Antunes, 2001)

Por tanto, se identifica un proceso de reestructuración del Estado que va a impactar en los mecanismos de protección social del trabajo *“Se producen cambios en el papel del Estado con el proceso de privatizaciones y con la desregulación de los derechos y garantías sociales, creando formas más flexibles de contratación de los trabajadores, sin vínculos permanentes”* (Pimentel y Macedo da Costa, 2019:56).

Las transformaciones en el proceso de producción y regulación de la fuerza de trabajo, ha implicado la reconfiguración de la política económica y social, modificando la organización de las prestaciones sociales y también impulsando cambios en la propia dinámica de inserción y desarrollo de lxs trabajadores que se vinculan en la instancia de implementación de la política social. (López, Paradela, Pellegrini, 2020). Al decir de estxs autorxs, la precarización se constituye como un elemento central que caracteriza este proceso de reconfiguración regido por la **flexibilidad** en las formas de absorber la fuerza de trabajo, de los tiempos y ritmos de producción, de la variedad de tareas solicitadas a los trabajadorxs y sus consecuentes remuneraciones.

De este modo, se configuran procesos de trabajo sobre condiciones laborales precarias que dan cuenta de tendencias que moldean tales procesos como la degradación de la fuerza de trabajo y la “serialización” en la atención de la cuestión social a través de políticas sociales (Cademartori, 2018).

A partir de considerar estos rasgos que presenta la reconfiguración del mercado de trabajo y su expresión en los procesos de precarización del empleo y de las condiciones de vida, interesa realizar una aproximación de las condiciones de trabajo en un subcampo específico de implementación de la política social vinculada a derechos sexuales y (no) reproductivos, dentro del subsector público de salud.

Condiciones laborales en la particularidad de los trabajadores que acompañan en el acceso a IVE:

A fin de aproximarnos de manera exploratoria a conocer las condiciones laborales de trabajadorxs que acompañan en el acceso a la IVE, se implementó una encuesta autoadministrada a través de la herramienta de formulario drive, a responder de forma anónima, entre el 9 a 20 de marzo de 2021¹².

La muestra la integran 42 trabajadorxs, de les cuales 40 refieren auto percibirse mujeres y 2 que se auto perciben varones.

Desarrollan su trabajo en localidades de zona urbana AMBA, entre estas: Berazategui, Berisso, Ensenada, Castelar, Merlo, Moreno, Paso del Rey, Morón, Tigre, El Palomar, Florencia Varela, La Plata, Lujan, Tres de febrero. Y se desempeñan el 73.2 % en el primer

¹² Este instrumento de recolección de datos fue difundido a través de contactos de equipos de consejerías integrantes de la Red de profesionales de la salud por el Derecho a decidir de regionales de la provincia de Buenos Aires.

nivel de atención en salud (Centros de salud), 24,4% en efectores del 2º nivel de atención (Hospital) y el 2,4 % en efectores como UPA (Unidades de pronta atención)

En cuanto al organismo empleador, el 52,4 % es empleador del Ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires y el 47,6% en municipios de las localidades mencionadas.

De los trabajadores que respondieron la encuesta autoadministrada, se encuentran ejerciendo distintas profesiones: el 42.9 % medicina, 33.3 % trabajo social, 16.7% psicología, 4.8% obstetricia, 2,4 % enfermería. Cabe destacar que se trata de una fuerza de trabajo profesional y capacitada: la mayoría con trayectorias de formación en servicio, el 42.9 % posee residencia en salud, el 33.3 % se encuentra realizando la residencia y el 23.8 % no la ha realizado. Así mismo, otro aspecto a destacar es que del total de personas que realizaron la encuesta, el 47.6% cuenta con otras formaciones de posgrado vinculadas a su campo de inserción socio-ocupacional por fuera de la residencia (realizadas o en curso).

Considerando esta caracterización de los trabajadorxs de la muestra obtenida, a continuación, se irá presentando algunos de los aspectos relevados que posibilitan adentrarnos en reconocer particularidades de las condiciones laborales e identificar rasgos que dan cuenta de procesos de precarización laboral.

Un rasgo significativo que se identifica es la condición de **pluriempleo** en los trabajadores que participaron de la encuesta. Se observa que el 78.3 % tiene más de un empleo (este porcentaje se integra con un 40.5% que presenta 2 empleos, un 31% que tiene 3 empleos y el 2,4% que tiene más de 3 empleos)

Resulta relevante la condición de **pluriempleo**, como expresión de la baja remuneración de los trabajadorxs del sector público, siendo que resulta insuficiente el ingreso salarial que implica un solo empleo, conllevando a que se busque otro a fin de complementar ingresos económicos que posibiliten cubrir las necesidades para la reproducción material de la vida, o en otros términos, para cubrir *canasta familiar*.

De ello se infiere que el bajo salario y la situación de inestabilidad laboral de los trabajadores encuestados (que se observa más adelante en la heterogeneidad de contratos de trabajo), condiciona al pluriempleo, siendo todas estas expresiones de la precarización laboral.

Si consideramos la “Canastas de Consumos Mínimos” indicada por el INDEC para febrero de 2021, que indica un piso para que cada asalariadx esté en condiciones de cubrir las necesidades básicas de su núcleo familiar y, de esa manera, no ser susceptible de caer en la pobreza y en la vulneración de sus derechos básicos, se calcula que ningún trabajador debería ganar -de bolsillo- menos que \$ 57.997, para una familia tipo.¹³ Cabe señalar que desde la Junta interna de ATE-INDEC, reconocen que las “Canastas de Consumos Mínimos” no implican un modelo de lo que sería una canasta óptima o deseable considerando otros elementos para el abordaje integral en dichas mediciones y proyecciones, por lo tanto, sobre ese monto, amplían la consideración de una “canasta total de consumos mínimos” que para zona de gran Buenos Aires sería de \$88.729.10¹⁴.

En cuanto a los **salarios** que refieren percibir los trabajadores encuestados, a marzo de 2021 por su empleo de más carga horaria, nos encontramos con un 52.4% que cobra dentro de rangos menores a 55.000 pesos (42.9 % que cobran entre 46.000 a 55.000 pesos; 2.4 entre 26.000 a 35.000 y 7.1% entre 36.000 a 45.000), quedando por debajo

¹³ https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_03_211855DB54C4.pdf

¹⁴ <https://drive.google.com/file/d/1WPje2SLHvH6ghPzVrRqGLle2qKinHnd3/view>

de la “canasta de consumos mínimos”, solo el 28.6 % percibe un ingreso que se acerca a dicha medición y/o apenas la supera, cobrando entre 56.000 a 65.000 pesos.

Podemos observar que nos encontramos con un alto porcentaje de trabajadorxs que cobran por debajo de la considerada “*canasta de consumos mínimos*” y por, sobre todo, la totalidad de encuestadxs que se encuentran muy por debajo de la “*Canasta total de consumos mínimo*” identificada por la junta interna de ate indec, a ese momento.

Por otro lado, nos encontramos con una **heterogeneidad de modalidades de contratación**: de las respuestas obtenidas se evidencia distintos tipos de contratación, entre estas modalidades encontramos: contratos de planta permanente (28,6%), planta interinx (38,1%), contrato con recibo de sueldo y beca con renta (31%).

De esta muestra podemos observar que el mayor porcentaje son contratos de trabajo que no garantizan estabilidad laboral.

A la vez, son modalidades de contratación que impactan negativamente en el acceso a derechos laborales por su propia estructura de contratación precaria.

En relación a **derechos laborales**, se identifica que los trabajadores encuestadxs cuentan con: descanso anual el 95.2 %, aguinaldo el 95.2%, Licencia por enfermedad o accidente de trabajo 97.6%, licencia por maternidad/paternidad 88.1%, aportes jubilatorios 71.4%, pago por antigüedad 57.1%, licencia por atención de familiar enfermo, por pre-examen, examen 64.3 %, hora de lactancia 57.1%, licencia por violencia de género 42.9 %, licencia por formación o capacitación 54.8%.¹⁵

En cuanto a los **instrumentos de trabajo**, se indagó acerca de las herramientas de trabajo que garantiza el empleador:

De los trabajadores encuestadxs el 64.3 % cuenta con computadora; el 81% con acceso a internet; el 14.3% accede a ropa de trabajo prevista por el empleador, 61.9% cuenta con artículos de librería, 59.5% posee servicio de telefonía en su lugar de trabajo.

Considerando que en contexto de pandemia por COVID 19, y en el marco de las medidas de restricción para circular se tornó indispensable el servicio de telefonía e internet para la atención remota. En el marco de las consejerías, el proceso de atención para la resolución del IVE o ILE se generó, en la mayoría de los dispositivos de consejería, de un modo bimodal de atención: remota y presencial. Sobre todo, para el primer contacto de quien solicitara el acceso al IVE o ILE con el equipo de consejería y el seguimiento/acompañamiento post aborto.

Al no contar con servicio de telefonía e internet en la totalidad de los efectores, se ve limitando las posibilidades de comunicación para desarrollar el trabajo de manera remota, y también ocurre que como parte de las “estrategias de resolución” son lxs trabajadores integrantes del equipo quienes terminan poniendo a disposición sus propios equipos telefónicos y los datos móviles del servicio que contratan a empresas de telefonía de modo particular. Aspectos que resulta necesario repensar en el marco de la reconfiguración de las estrategias de atención en contexto de pandemia.

¹⁵ Cabe señalar que no se incorporó en este relevamiento la antigüedad laboral en la administración pública, siendo que se priorizó identificar los años de trabajo en lo específico del acompañamiento en el acceso a IVE. Pero resulta fundamental continuar indagando respecto a la vinculación entre tipo de contrato y tiempo de empleabilidad en efectores estatales, a fin de aproximarnos a reconocer “trayectorias” de precarización laboral. Así mismo, se torna necesario considerar para un próximo análisis, las leyes en las que se enmarca su contrato laboral, siendo que en el sector salud interviene la ley 10.430 de la administración pública y la ley 10.471 de profesionales de la salud.

En este sentido, se puede observar que, al no contar con algunos de los instrumentos de trabajo, se despliegan estrategias de gestión de recursos, reclamos colectivos por más insumos y también la utilización de recursos personales (como dispositivos móviles, acceso a internet, entre otros) recayendo en lxs propixs trabajadorxs la disposición de insumos que no son reconocidos tampoco en el salario.

Como aspectos que no estaban considerados en las preguntas, pero que fueron incorporados como comentarios por trabajadorxs encuestadxs, se enuncia: (en referencia al organismo empleador) *“no se garantiza ni artículos de higiene, los compramos nosotras. No nos garantizan ni el agua”* (psicóloga, CAPS municipal).

Esto pone en evidencia, que varios de los elementos que hacen al cuidado, higiene y confort en el espacio de trabajo, son garantizados por les propios trabajadorxs.

En cuanto a insumos específicos para el acompañamiento en IVE, se indagó acerca del acceso a Misoprostol¹⁶ y a métodos anticonceptivos. De las respuestas se desprende que: en cuanto a métodos anticonceptivos (MAC) (sin especificar cuáles), el 57.1 % refiere que casi siempre hay a disposición, el 23.8 % refieren que cuentan con MAC ocasionalmente, 4.8% refiere que casi nunca cuenta con MAC y solo el 11.9 % refiere que siempre cuentan con MAC.

Sobre la disponibilidad de misoprostol por el organismo empleador: 57.2 % refiere que hay casi siempre, el 4.8 % ocasionalmente, 2.4 % casi nunca, 4.8 % nunca y el 31 % manifiesta que siempre cuenta con esta medicación.

Cabe señalar que la resolución emitida por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, en abril de 2020, en referencia a la aplicación del protocolo de interrupción del Embarazo en contexto de pandemia¹⁷ señala que respecto a la entrega de medicación, MAC y material informativo, se debe garantizar la entrega de :1. Misoprostol 200 (no menos de 12 comprimidos); 2. El método anticonceptivo elegido para su uso durante un mínimo de 3 o 4 meses.; 3. Analgésico: se sugiere entregar al menos 4 pastillas de ibuprofeno, en el marco de una misma consulta.

En referencia a las respuestas obtenidas por les trabajadores de la muestra, se observa que los insumos resultaron insuficientes para la demanda que se presenta en los efectores de salud, además de que no se logró garantizar el esquema completo que plantea el protocolo anteriormente mencionado.

En este sentido, se presenta una guía de actuación para los equipos de salud, estipulando recomendaciones para la atención y suministro de recursos (medicamentos), pero se identifica faltante de tales insumos en los efectores de salud.

La falta de insumos, generan tensiones en los procesos de trabajo, sobre todo considerando que es parte sustancial de la tarea (y posibilidad de resolución) que llevan adelante los equipos de salud en el acompañamiento a abortos seguros.

¹⁶ Según la Organización Mundial de la Salud, el Misoprostol es uno de los métodos más recomendados y seguros para practicarse un aborto de manera segura y eficaz. La *Guía de Implementación de interrupción Voluntaria del embarazo de la provincia de Buenos Aires*, de enero de 2021, recomienda la resolución de abortos ambulatorios y hospitalarios en base a uso de misoprostol, además de otras técnicas de resolución hospitalarias.

¹⁷ Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a interrumpir el embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos, en el marco de la pandemia por coronavirus, Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires, Aril de 2020. <https://portalcoronavirus.gba.gob.ar/docs/efectores/PROTOCOLO%20PARA%20LA%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20A%20INTERRUMPIR%20EL%20EMBARAZO%20Y%20EL%20ACCESO%20A%20M%C3%89TODOS%20ANTICONCEPTIVOS.pdf>

Por otro lado, ante la pregunta si consideran que el organismo empleador garantiza los **elementos de protección frente a la pandemia**, el 42.9% refiere que casi siempre, el 19% que solo ocasionalmente, el 35.7 % menciona que siempre y el 2.4 % casi nunca.

Este aspecto, plantea una mayor exposición a riesgos del trabajo e impacto en la salud de los trabajadores, poniendo en evidencia dimensiones de la condición de precarización en referencia a la salud laboral.

Ampliando otros aspectos que hacen al ambiente de trabajo, los trabajadores que integran la muestra caracterizan que cuentan con falta de espacio, falta de aseo y limpieza y falta de acceso a agua potable.

En cuanto al espacio físico de trabajo, si bien el 50% refiere que cuenta con privacidad para llevar adelante el espacio de atención en IVE, también se destaca que el 38.1 % refiere que recibe intromisiones constantes en el espacio de atención y 66.7 % refiere que tiene rotación constante de consultorio.

Estos elementos, llevan a reflexionar acerca de por un lado, la falta de espacio adecuado para garantizar la atención, exponiendo tanto a los trabajadores como a los usuarios a situaciones no solo incómodas sino irrespetuosas de los *derechos del paciente* (ley 26.529) como el derecho a la intimidad, confidencialidad.

En cuanto a la conformación de los equipos de trabajo y a la cantidad de personal contratado, en las observaciones realizadas por los trabajadores, se coloca: *“En relación al organismo municipal, exige cumplimiento de tareas múltiples y garantiza muy pocos recursos principalmente humanos, dependiendo la consejería IVE casi totalmente de la residencia en salud” (trabajadora social en CAPS municipal)*

Aquí podemos observar una referencia a los insumos, pero también a la falta de contratación de personal, utilizando a los residentes como mano de obra precaria (becas de formación en servicio) para cubrir la ausencia de contratos de profesionales de planta permanente.

A la vez, expone a los residentes -que son profesionales en formación bajo un contrato por tiempo determinado y precario que realizan rotaciones por distintos efectores u servicios de atención- a cubrir una atención que debería estar garantizada por el efector de salud, desdibujándose el aspecto formativo y utilizando a los residentes como fuerza de trabajo para cubrir la falta de nombramientos en contratos de planta permanente.

En cuanto a si ese **contrato de trabajo es específico para realizar acompañamientos en el acceso a IVE**, el 97,6% manifestó que no. Si bien sería parte de un próximo estudio lograr una mayor caracterización del tipo de tareas que se realizan en la jornada de trabajo, se destaca que se llevan adelante una multiplicidad y heterogeneidad de tareas, incluso por fuera de las tareas asignadas en el marco de su contrato de trabajo, aun, incluso por fuera de las incumbencias profesionales. Como podemos ver en la siguiente observación colocada en el cuestionario por una de las trabajadoras:

Pocos equipos de salud realizan ive/ile. Quienes lo sostenemos ha sido por compromiso de los profesionales, no por políticas públicas. Si hay profesionales de licencia no se cubre su puesto. Esto implica, por ejemplo, tener que trabajar en el proceso, sin médicas presentes durante las entrevistas y la atención en salud (observación de trabajadora social en CAPS municipal)

En este sentido, quienes respondieron el cuestionario identifican que han tenido que realizar tareas por fuera de sus incumbencias profesionales o de las tareas asignadas por el contrato de trabajo, un 21.4% con una frecuencia de “siempre” y el 31% de “casi siempre”, y otro 31 % de manera “ocasional”. Considerando estas observaciones, se identifica una tensión respecto a las incumbencias profesionales y el desarrollo de múltiples tareas, implicando sobrecarga laboral además de que suelen realizarse por fuera del horario de trabajo.

Otro aspecto a considerar, resulta el señalamiento acerca de que el empleador no garantiza reemplazos para quienes ejercen su derecho a licencias, implicando esto una sobrecarga de trabajo para el equipo, y una tensión en los alcances de los abordajes profesionales (en referencia sobre todo al faltante de profesionales de la medicina y las tensiones que ello conlleva a la hora de indicar el uso del medicamento, la solicitud, lectura e interpretación de ecografías, entre otros aspectos) impactando en la reconfiguración de estrategias de intervención del equipo para garantizar el acceso a IVE.

Ante la pregunta de si consideran que el organismo empleador garantiza institucionalmente condiciones para el Acceso a IVE/ILE, resulta relevante esta percepción desde los trabajadores colocando la observación en lo que garantiza institucionalmente el organismo empleador, diferenciando de las estrategias que lleven adelante los trabajadores. El 42.9 % refiere que casi siempre, el 19% ocasionalmente, el 7.2 % casi nunca, el 2.4 % nunca y el 28.6 % siempre.

Algunos comentarios que posibilitan ampliar la respuesta anterior y que surgen de observaciones que han colocado los trabajadores en el cuestionario:

“el acceso que garantiza dependió/depende de la organización y presión de quienes acompañamos ile/ive” (observación de trabajadora social de un CAPS municipal)

“La respuesta depende más de los trabajadores que de la institución”. (observación de médico de hospital provincial de segundo nivel)

Refiriendo al organismo empleador:

“Garantiza siempre ante el IVE menor a 12.6 y pone barreras ante la resolución hospitalaria. Principalmente el servicio de tocoginecología. Además de que no hay equipo de trabajo en las resoluciones hospitalarias.” (médica en Hospital provincial de segundo nivel de atención),

“Suele haber dificultades a la hora de atenciones de segundo trimestre, generalmente relacionadas a trabas y resistencias del servicio de Ginecología” (trabajadora social, Hospital provincial de segundo nivel de atención).

Los últimos comentarios, refieren específicamente a resoluciones hospitalarias de abortos sobre gestas avanzadas, destacando algunas barreras en el acceso de los usuarios y a las condiciones que se presentan en la institución para garantizar una respuesta de IVE.

Las observaciones colocadas, permiten aproximar una caracterización sobre los obstáculos que se presentan para garantizar el acceso a IVE, y por otro lado, ponen

en evidencia la sobre carga que ello genera en trabajadores que se encuentran comprometidos con desarrollar su intervención profesional desde una orientación política ideológica de perspectiva de derechos y de género. Resulta significativo la referencia que hacen respecto a que la garantía de derechos depende de las estrategias de organización y presión como trabajadorxs; siendo que se expresa allí una tensión entre las demandas institucionales y las demandas de les usuarixs y las estrategias que realizan les trabajadores para brindar un acompañamiento en el marco de acceso a abortos seguros.

En cuanto a las actividades de formación sobre la temática de Derechos Sexuales y (NO) reproductivos, les trabajadores refieren haber participado de actividades organizadas por distintos organismos. La respuesta de opciones múltiples refleja que el 53.7 % refiere haber participado de formaciones organizadas por el organismo empleador, el 22% por gremios, el 80.5 % por la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, el 24.4 % por Colegios Profesionales y federaciones profesionales, luego, más allá de las opciones brindadas agregan también haber participado el 4, 8 % en actividades de formación organizadas por colectivas/organizaciones de mujeres, el 2,4% por la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires.

Se observa que mayormente las capacitaciones y espacios de formación específicos en el temática en las que han participado, han sido organizadas por la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir; y aquí se identifica nuevamente la relevancia de los procesos de organización colectiva en las estrategias de acompañamiento entre trabajadorxs y de fortalecimiento de una perspectiva feminista para el abordaje de situaciones de IVE.

A la vez, se relevó si consideran que la formación específica para acompañar situaciones de IVE/ILE deviene de iniciativas del organismo empleador, iniciativas del programa de salud sexual, iniciativas de colectivas Feministas o iniciativas de la propia trayectoria e interés personal; intentando recuperar la percepción de les trabajadores respecto a este eje de formación. Sobre ello, el 54,8 % considera que su formación en la temática específica deviene de iniciativas de la propia trayectoria e interés personal y solo el 9, 5 % por iniciativas del organismo empleador. El 23.8% por parte de iniciativas de colectivas feministas.

Otro dato relevante es que estas actividades de formación o educación permanente, no siempre se realizan en el marco de la jornada de trabajo, por más que sean organizadas por el organismo empleador.

De la información recabada, el 40.5 % refiere que sólo ocasionalmente, realizan actividades de formación dentro de la jornada laboral, y el 7.1 % que siempre lo hacen en ese marco, mientras que el resto no lo incluye dentro de las horas de trabajo asalariado. Lo cual lleva a pensar en el tiempo que se destina fuera de las horas de la jornada laboral a la formación y a la calificación de la fuerza de trabajo, aspecto que no es reconocido como parte del empleo.

Por otro lado, en pos de recuperar las estrategias que posibilitan hacer frente a las condiciones de precarización laboral, se relevó sobre la participación en espacios de organización gremiales y también en otras organizaciones (profesionales, académicas, entre otras).

Sobre la sindicalización, el 81% refiere estar afiliadxs a un sindicato, y el 19 % no se encuentra afiliadxs.

Respecto a otros espacios de participación como miembro o en actividades regulares y sistemáticas de instancias de organización colectiva, han referido participaciones heterogéneas que se sintetizan en el siguiente gráfico:

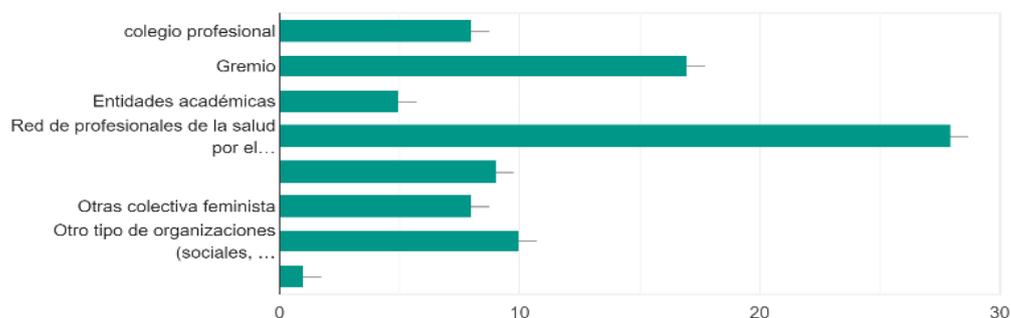


Figura 1: Participación en espacios de organización colectiva

De esta manera, resulta relevante la participación en los espacios mencionados, siendo que posibilita colocar demandas colectivas por mejores condiciones laborales o que pueden potenciar y colectivizar estrategias de trabajo en lo particular de viabilizar posibilidades de acompañamiento en el acceso a abortos seguros.

Se destaca el lugar que ocupa la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, siendo que se constituye en un espacio de articulación y elaboración de estrategias colectivas para afrontar los múltiples obstáculos que se presentan en el acceso a derechos sexuales y (no) reproductivos, y en el caso particular de las trabajadoras de la salud que integran esta Red, ha sido una de las estrategias para iniciar reclamos colectivos por insumos y por nuevos cargos en los dispositivos de consejerías, como así también para generar espacios de formación, el armado de recursos y referencia/ contrareferencia entre efectores de salud, articulaciones con colectivas feministas, entre otras.

Cabe señalar que la red se constituye en el año 2014, definiéndose como:

“Somos ese entramado feminista dentro del sistema de salud que garantiza cuidados. Somos quienes creemos que el sistema de salud debe ser parte de la solución y no del problema. Nos negamos a reproducir la violencia institucional, misógina y patriarcal sobre las cuerpos/cuerpos de quienes deciden gestar y de quienes deciden no hacerlo. Somos quienes sostenemos las prácticas amorosas en esta tarea de acompañar en las decisiones vitales. Somos miles trabajando en el sistema de salud, garantizando abortos seguros. Somos miles garantizando el derecho a la anticoncepción y a la información sobre derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.”¹⁸

En este sentido, la participación en la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir da cuenta de una de las estrategias de los equipos de salud para colectivizar demandas que surgen en relación a las resistencias y obstáculos presentes en el sistema de salud para garantizar el acceso a la IVE e ILE.

¹⁸ <http://redsaluddecidir.org/index.php/quienes-somos/>

Retomando sobre otros aspectos relevados, se indagó acerca de los elementos objetivos y subjetivos respecto a la sobrecarga de trabajo y efectos que conllevan en la salud de lxs trabajadoras. Como elementos objetivos se indagó acerca de si sucede que se extienda su jornada de trabajo y si ello es reconocido salarialmente como horas extras y, por otro lado, se relevó acerca de si consideran o perciben que haya sobrecarga de tareas dentro de la misma jornada laboral, considerando lo específico del acompañamiento en el acceso a IVE e ILE.

En cuanto al primer punto, se releva que el 45.2 % ocasionalmente se va visto en circunstancias de tener que extender su jornada de trabajo para garantizar el acceso al IVE, el 33.3% casi siempre y el 11.9 % siempre.

Si observamos en el siguiente cuadro, las horas extras antes mencionada solo se pagan en el 5% de les trabajadoras que respondieron, mientras que el resto no percibe ningún ingreso por las horas que dedica al trabajo por fuera de su jornada laboral.

En relación al sobrecarga de trabajo, y la percepción que tienen al respecto, resulta significativo observar el siguiente gráfico:

Sentis que hay sobre carga de trabajo:
42 respuestas

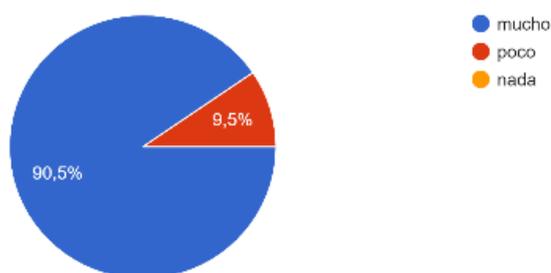


Figura 2: Sobrecarga del trabajo

A su vez, se han colocado comentarios en el formulario autoadministrado que resultan significativos por el rasgo cualitativo que aportan:

“Los CAPS y equipos de salud que realizan en ive- ile en Fcio Varela son pocos en relación a la población, esto genera que los que si garantizamos el acceso, estemos permanentemente sobrecargados, lo que nos lleva a que los espacios de entrevista sean de menor calidad porque de cierta forma nos apura el tiempo para cumplir con las demás tareas asistenciales” (trabajadora social en efector CAPS municipal)

Aquí se destaca por un lado la sobrecarga de trabajo en lxs trabajadoras y el efecto que esto conlleva en las condiciones de calidad del servicio que se brinda en la atención. Podríamos pensar en una triple dimensión de los efectos de la sobrecarga de trabajo, por un lado, en la afectación del trabajador (que impacta en su salud integral); por otro, en la lógica en la que el Estado precariza a la fuerza de trabajo y los mecanismos de sobreexplotación presentes, y en tercer lugar, en los efectos que esto conlleva en el proceso de trabajo en tanto impacta en la calidad de atención a lxs usuarias.

Así, lo ejemplifica una de las trabajadoras:

“La falta de espacio y de personal. Dificulta la atención, no solo de iver sino de todo lo que asistimos. Recargando sobre nuestras cuerpos y salud mental. Incrementado en pandemia. No hay un presupuesto de salud que garantice el acceso a la salud y nuestras condiciones” (médica, efector provincial de 1º nivel de atención)

“El acompañamiento a quienes acuden al espacio implica trabajar por fuera del horario laboral”. (trabajadora social, CAPS municipal)

La sobrecarga de trabajo y su efecto en la salud de lxs trabajadores y en los procesos de atención en salud, resulta un aspecto significativo en esta pequeña muestra, posibilitando una aproximación al análisis de las condiciones de trabajo y el impacto que genera en los procesos de intervención de los equipos de salud en la atención para la efectivización de derechos.

Si reparamos en los siguientes comentarios de lxs trabajadorxs, encontramos nuevamente explicitada esta relación entre precarización del empleo, sobrecarga del trabajo y efectos negativos en la salud de les trabajadores, sumado a situaciones de violencia laboral y persecución ideológica.

“La precarización laboral, el bajo sueldo son dos variables que incrementan el malestar de cada trabajador. Pero además y creo que es la mayor variable que genera presión y burn out es la persecución laboral, amedrentamiento, falta de reconocimiento frente a las tareas, falta de comunicación de información, incrementado x la pandemia”. (psicóloga, CAPS municipal)

“La falta de recursos y de organización a veces resulta más estresante que la tarea en sí misma” (psicóloga Hospital provincial de 2º nivel de atención)

“Continúan los boicots en el hospital para la atención adecuada. Cuidada y amorosa para las personas gestantes que solicitan iver” (trabajadora social, CAPS municipal)

Al indagar si consideran que su trabajo tiene consecuencias negativas en su salud, el 92.5% refiere que sí, e identifican diversas afectaciones en su salud integral, algunxs especificando consecuencias negativas en la dimensión física, psíquica o social de la salud.

A partir de la información recabada, se identifican aspectos de precarización en las condiciones laborales de los equipos de salud que acompañan en el acceso a la IVE, tanto en lo que hace al tipo de contrato, salarios, derechos laborales, medios y herramientas de trabajo, como así también a en lo que respecta al ambiente de trabajo y efectos en la salud de lxs trabajadorxs.

A partir de esta caracterización sobre la muestra, resulta de interés esbozar algunas reflexiones acerca de cómo impactan las condiciones de precarización laboral en los procesos de trabajo para acompañar en el acceso a la implementación de la IVE,

recuperando las estrategias de trabajo de los equipos de salud para afrontar tanto la condición de precarización laboral como las dificultades en el acceso a derechos sexuales y (no) reproductivos para la población.

En el contexto de crisis económica y sanitaria en la que nos encontramos, agudizada por la pandemia por Covid, persisten y se intensifican los procesos de precarización de las condiciones de trabajo y de vida de la población (Lopez, Pellegrini, Paradela, 2020). En lo que respecta al sector salud, nos encontramos con trabajadores precarizadxs, en condición de pluriempleo, con contratos o becas muy por debajo de la canasta de consumos mínimos y afrontando procesos de atención en el marco de políticas sanitarias que no garantizan la totalidad de condiciones para el acceso a una atención integral y de calidad, entre otros aspectos que se han ido señalando en este escrito.

La implementación de la IVE por parte de trabajadorxs precarizadxs y las estrategias que construyen colectivamente.

A modo de reflexiones finales para este ensayo, pero a la vez de apertura de nuevas preguntas y posibles líneas de análisis:

A partir de este relevamiento exploratorio sobre las condiciones laborales y medio ambiente de trabajo de trabajadores de la salud que acompañan en el acceso al IVE en provincia de Buenos Aires, se identifican elementos cualitativos y cuantitativos significativos para aproximar una caracterización de la fuerza de trabajo empleada por el Estado que se desempeña en dispositivos de atención de IVE, de sus condiciones contractuales y de aspectos que hacen al conjunto de condiciones en las que se lleva a cabo la jornada laboral, aproximando algunas observaciones respecto al impacto en el proceso de trabajo en el marco de la implementación de una política pública y en la salud de lxs trabajadorxs.

Se observa que ante la falta de insumos (entre ellos el suministro de recursos para efectivizar el IVE y los cuidados pre y post aborto), se implementaron estrategias de reclamo colectivo llevado adelante por trabajadores de los equipos de salud, tanto desde herramientas gremiales como de espacios de articulación como la Red de profesionales por el Derecho a decidir y la CNALG.

La participación en estos espacios de organización, se constituyen en instancias de demanda colectiva y elaboración de estrategias que posibilitan fortalecer las posibilidades de acción de los equipos de consejerías.

También se identifica que como parte de las “estrategias de resolución” son lxs trabajadores integrantes del equipo quienes ponen a disposición sus propios equipos telefónicos y los datos móviles, no siendo esto reconocido salarialmente.

Considerar estos aspectos, coloca la pregunta respecto a la implementación de política pública en atención a derechos sexuales y (no) reproductivos, y los límites que ello plantea siendo que se pretende abordar el acompañamiento en acceso a derechos, en el marco de condiciones laborales precarias, que entre otros aspectos impacta en la circulación constante de distintos trabajadores dentro de un mismo equipo, dificultando la consolidación de un grupo estable y de criterios comunes de abordaje de situaciones (sobre todo considerando que hay dispositivos que se sostienen con residentes que van rotando de efectores). Además de los efectos que conlleva en la sobrecarga laboral y el impacto que produce en la salud de los trabajadores y en las condiciones de atención que se ofrecen a la comunidad.

Si bien es una pequeña muestra del conjunto de trabajadorxs de la salud, podemos observar cuestiones tendenciales que nos permiten esbozar un “mapa de situación” respecto a las condiciones laborales, que resultan expresión de la precarización del trabajo y de la vida.

“La precarización como proceso socio-político es el fundamento del régimen de acumulación que se presenta inalterable y que es sostenido por las diferentes formas que adquiere el Estado bajo sus diferentes administraciones gubernamentales. Lo que indica que la crisis que atravesamos es la expresión de los procesos de deshumanización cada vez más crecientes” (López, Pellegrini y Paradela, 2020, p 13)

Manifestaciones como la heterogeneidad de modalidades de contratación, la presencia de pluriempleo, la multiplicidad de tareas que le son demandadas a les trabajadorxs de la salud, los efectos negativos en su salud, la sobrecarga de trabajo, el salario por debajo de la “*canasta total de consumos mínimos*” entre otros aspectos colocados en este trabajo, dan cuenta de la complejidad de los procesos de trabajo en la contemporaneidad.

Frente a estos avasallamientos, que responden a tendencias que moldean procesos de trabajo precarios, degradación de la fuerza de trabajo como mecanismo de disciplinamiento laboral (Cademartiri, 2018), encontramos procesos de resistencia y organización que posibilitan construir puentes de solidaridad entre trabajadorxs, configurando experiencias de organización por “abajo” para lograr el acceso a derechos.

“Somos les trabajadores quiénes conformamos los equipos y exigimos al municipio que se garantice el espacio (de consejerías) en todos los CAPS del municipio”. (trabajadora social, CAPS municipal).

Aquí se refleja el impulso de les trabajadores en motorizar espacios de acompañamiento en el acceso a IVE, articulado y entrelazado con el impulso de la lucha del movimiento feminista. Estas conexiones presentes ameritan ser profundizadas y sistematizadas en la particularidad de este campo de intervención.

Por otro lado, respecto a lo específico de la tarea que realizan, cabe la observación respecto a que en los efectores de salud (sobre todo hospitales), persiste una lógica de atención del *Modelo Médico Hegemónico* (biologicista, patriarcal), en el que se complejiza la institucionalización de espacios de atención respetuosos de derechos desde un abordaje integral, cuidado y confidencial. Sobre este último aspecto, también se expresa como parte de la lucha de les trabajadorxs que acompañan en el acceso a abortos, las múltiples estrategias que se han ido dando para construir y legitimar espacios de atención garantes de derechos. Sobre todo, considerando las resistencias y luchas que vienen dando compañeras trabajadoras de la salud desde el activismo feminista.

Como se menciona en una de las observaciones del cuestionario: en referencia al acompañamiento en abortos seguros dentro del sistema de salud, “*Nos costó muchos años lograr el objetivo de acompañar en IVE*” (enfermera, CAPS municipal).

Este “Nos...”, condensa la construcción colectiva, y la lucha histórica de quienes no se conforman con lo dado. Son estas experiencias de la lucha feminista desde donde

también podamos tender puentes, potenciar fuerzas hacia la problematización y lucha ante las precarias condiciones laborales en la que nos desenvolvemos como trabajadores asalariados.

Bibliografía:

- Antúnez, Ricardo. (2001) "¿Adiós al Trabajo?. Ensayo sobre la metamorfosis y la centralidad del mundo del trabajo". Cortez editora. Brasil
- Brown, Josefina (2009) "Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad" Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 2, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos Río de Janeiro, Brasil
- Cademartori, Fiorella (2018) "Precarización laboral en el Estado y degradación de la fuerza de trabajo: análisis en trabajadoras vinculadas a la implementación de políticas sociales" Trabajo y Sociedad Sociología del trabajo- Estudios culturales- Narrativas sociológicas y literarias NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet) No 31, Invierno 2018, Santiago del Estero, Argentina
- Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires (2018). "Condiciones del ejercicio profesional del Trabajo Social: tendencias en la Provincia de Buenos Aires" - 1a ed. - La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Dosso, Daniela. (2017) "Miradas integrales de la causal salud para la Interrupción Legal del Embarazo". Grupo FUSA. Buenos Aires, Argentina.
- Guía de Implementación de interrupción Voluntaria del embarazo de la provincia de Buenos Aires, de enero de 2021
- Harvey, David (2012). "La condición de la posmodernidad: Investigación sobre los orígenes del cambio cultural". Amorrortu.
- Iamamoto Marilda. (2003) "El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional". Cortez Editora. Brasil.
- Matusevicius Jorgelina y Musacchio Ofelia (2019). "Conflicto social, respuesta estatal e intervención del Trabajo Social". En: Mamblona Carolina, Matusevicius Jorgelina (comp.). Luchas sociales, sujetos colectivos y Trabajo social en América latina. Puka editora.
- Marro, Katia. (2011) "La organización de lxs trabajadores desocupados y el enfrentamiento de la Cestion social: ¿un componente de contrainsurgencia en la política social argentina?", En: Madrid. L, Oliva, A y Mallardi, M (Comp.) "Cuestión social, reproducción de la fuerza de trabajo y políticas de asistencia, UNICEN, Tandil.
- Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988- Ley.27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo
- López, X.; Pelegrini, N.; Paradela, L. (2020). "Precarización de la vida y precarización laboral: debate presente en la colectiva profesional de lxs trabajadorxs sociales en tiempos de pandemia" 1ed. - La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Pastorini, Alejandra (2017) “Los fundamentos del modo de producción capitalista como clave para analizar las políticas sociales”. En: Mallardi, M. y Fernández, E. (comp.) (2017). Cuestión social y políticas sociales. Crítica a sus fundamentos y expresiones