

Estudio Cualitativo Chile: Trabajadores informales en el Estado

*Proyecto Health Inequalities, Work and Access to Social
Security of Informal Workers*



Rockefeller Foundation

Innovation for the Next 100 Years



FLACSO
CHILE

Santiago de Chile, mayo 2013

Autores

Este informe fue elaborado por Flacso-Chile, *Programa de Trabajo, Empleo, Equidad y Salud (TEES)*:

- Orielle Solar H. (Coordinadora de Programa)
- Pamela Bernaldes B. (Coordinadora area Estudios Cualitativos)
- Nora Gray G.
- Fernando Soto V.
- Amalia Valdés R.
- Rodolfo Tagle A.

Con la colaboración de:

- Carles Muntaner
- Javier Castillo R.
- Lucas Cifuentes C.
- María José González R.
- Daniel Pérez K.
- Simón Ramirez G.
- Patrizio Tonelli
- Clelia Vallebuona S.
- Alejandra Vives

www.saludtrabajoyequidad.cl

Presentación	4
I.- Introducción	5
II.- Objetivos del estudio	7
III.- Marco Conceptual	9
3.1- Empleo Informal.....	9
3.2- Barreras y facilitadores para el acceso a la protección social: salud y seguridad social.....	10
3.2.1. Barreras y facilitadores para el acceso a la salud	11
3.2.2. Barreras y facilitadores para el acceso a la seguridad social y otras garantías sociales	14
3.3- Empleo informal, salud y bienestar	16
3.4- Estrategias y prácticas para enfrentar el no acceso o acceso deficitario	18
IV.- Metodología de trabajo	21
4.1- Tipo de estudio.....	21
4.2- Muestra.....	22
4.3- Técnicas de producción de información	24
4.4- Procedimientos de análisis de información	25
V.- Análisis de resultados: El trabajo informal en el sector formal: el caso de los trabajadores informales en el Estado	27
5.1- El trabajo informal dentro del Estado	27
5.2- Barreras y facilitadores para el acceso de las y los trabajadores del Estado a la protección social.....	38
5.3- Empleo Informal y su Relación con Salud y Bienestar	48
5.4- Estrategias para enfrentar el no acceso o acceso deficitario a seguridad social y salud.....	52
5.5- Expectativas de los trabajadores informales frente a su realidad actual y frente a sus necesidades en salud y seguridad social.....	58
VI.- Discusión y conclusiones	59

Referencias Bibliográficas	67
Anexos	72
Anexo 1: Pauta de levantamiento de información	72
Anexo 2: Matriz de análisis de información	76

Presentación

El Proyecto *Health Inequalities, Work and Access to Social Security of Informal Workers* desarrollado por FLACSO Chile con el apoyo de Rockefeller Foundation, tiene como objetivos:

- Explorar y describir las barreras de acceso a la seguridad social y a los sistemas de salud de los trabajadores informales de América Latina, y el impacto que dichas barreras tienen en las inequidades en salud, así como las desigualdades de las condiciones de empleo y trabajo.
- Transferir el conocimiento a los distintos actores sociales y proponer recomendaciones de política pública e intervenciones para avanzar en la reducción de dichas barreras e inequidades.
- Construir una metodología de trabajo que pueda ser aplicable en diferentes regiones del mundo para conocer el acceso a la salud y seguridad social de los trabajadores informales y sus familias y las intervenciones necesarias para su abordaje.

En el marco de este proyecto, y como parte de un conjunto amplio de investigaciones con diferentes metodologías, se han desarrollado estudios cualitativos con trabajadores y trabajadoras informales en Chile y en Colombia. El propósito de estos estudios ha sido contribuir, a la comprensión de los mecanismos que generan las inequidades en salud, bienestar y acceso a la protección social (incluido el sistema de seguridad social, el sistema de salud general y el sistema de salud ocupacional) entre los trabajadores informales, a partir de las descripciones y significados que éstos generan en relación a dichos temas.

En este informe se presentan los resultados de la investigación cualitativa desarrollada en Chile utilizando grupos focales y entrevistas con trabajadores informales que desarrollan su trabajo en instituciones del Estado, dando cuenta de las descripciones y significados que ellos generan en relación a las características del empleo informal dentro de las instituciones estatales, las barreras que éste supone para el acceso a la seguridad social y la salud, los efectos que tiene para su salud y bienestar, y las estrategias que utilizan trabajadores para hacer frente al no acceso o al acceso deficitario a la seguridad social y la salud.

Es de particular interés considerar que los resultados presentados a continuación dan cuenta de un segmento de trabajadores informales generalmente invisibilizados y frente a los cuales no fue posible identificar en la literatura científica ni en la literatura gris investigaciones previas en la región de América Latina. El estudio de las condiciones en que desarrollan su trabajo y las barreras que enfrentan estos trabajadores para acceder a la seguridad social y la salud aporta elementos que evidencian facetas diferentes a las que habitualmente se encuentran entre los trabajadores informales usualmente estudiados, esto es, aquellos que se desempeñan dentro de lo que se ha denominado sector informal de la economía.

I.- Introducción

En América Latina, las cifras de informalidad –sin considerar el trabajo agrícola- sobrepasan la mitad de la población trabajadora, con características de amplia heterogeneidad dentro de las y los trabajadores que se desempeñan en esta condición. Al enfocar la atención en la desprotección de derechos laborales y sociales de las y los trabajadores, más que en el tamaño de las unidades productivas, las tasas aumentan desde un 49,1% de ocupados en sector informal de la economía, a un 59,6% de trabajadores ocupados sin seguridad social (Cecchini y Rossel, 2013).

Entendiendo la informalidad más allá de la clásica concepción de trabajo en el sector informal, y expandiendo el concepto hacia todo trabajador que no tenga cubiertos los derechos laborales y sociales contemplados en las legislaciones de cada país, la condición de informalidad se encuentra en el sector informal, el sector formal y en los hogares (ILO, 2012a). Dentro de esta lógica, y apelando a varios aspectos de la heterogeneidad de la informalidad en la región que aún no ha sido tan estudiada, es de interés investigar el empleo informal fuera del sector informal. En este sentido, el presente estudio se centra en las condiciones de desprotección social y laboral de las y los trabajadores a honorarios y subcontratados –informales- que poseen una relación laboral de dependencia en el Estado –sector formal-.

Respecto al acceso a protección social, se destacan las características contextuales en las que se desenvuelven los trabajadores, como factores que inciden en el acceso efectivo a la protección social, tanto en salud como en seguridad social. En algunos países, y entre ellos Chile, ocurre que muchos de los derechos sociales están vinculados a la condición laboral de las personas, lo que a la larga se traduce en que, dependiendo de las condiciones de empleo particulares de cada cual, una persona puede o no tener acceso a los derechos contemplados en el pilar contributivo del sistema de protección social. Tanto el sistema de pensiones como el de salud (general y ocupacional) dependen de las cotizaciones que cada persona vaya haciendo a los distintos fondos, y la manera en cómo se lleva a cabo esto es generalmente a través de las imposiciones pagadas tras un contrato formal que evidencie la relación trabajador/empleador. Dado esto, entra en cuestión la relevancia del tipo de contrato o relación asalariada que tienen los chilenos, y en este caso los trabajadores a honorarios del Estado, para atender entonces su acceso efectivo a derechos sociales como la salud y la previsión social.

Por otro lado, es importante dar una introducción general de cómo funciona el sistema de pensiones y de salud en Chile, dado que esto permite comprender la manera en que la población chilena, las y los trabajadores, y en especial las y los trabajadores informales llegan acceden o no a la protección social. A nivel general, el sistema de protección social en Chile funciona bajo una lógica que considera un pilar contributivo enfocado en trabajadores de carácter formal, y un pilar no contributivo focalizado en otorgar más facilidad al acceso a ciertos grupos de la población a protección social, en especial aquellos segmentos que pertenecen a los estratos sociales más bajos o desaventajados. Específicamente en el caso de la seguridad social, existen distintos fondos de pensiones (Fondo A, B, C, D y E) en las cuales los afiliados acumulan sus ahorros bajo una lógica de

capitalización individual, y éstos se van invirtiendo en instrumentos de renta variable (más riesgosa) o de renta fija (más conservadora), donde son las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs) las que transan los fondos como acciones en la Bolsa de Valores.

Por otro lado, en salud se presenta un sistema mixto de financiamiento, donde está el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), donde la principal diferencia es que el primero es de carácter público y otorga cobertura a atención en salud según grupos que dependen del nivel socioeconómico (A, B, C y D), así los grupos B, C y D consideran la contribución de los usuarios a partir de un descuento fijo mensual de sus ingresos, mientras que el grupo A corresponde a aquellas personas “carentes de recursos” que no pueden contribuir económicamente por su salud. Por su parte, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) se basan en la lógica del mercado privado y no ingresa a nadie que no pueda aportar el 7% o más de sus ingresos.

Vale destacar que tanto las AFPs como las Isapres son instituciones privadas, observándose una tendencia a la retirada del Estado en la administración de las prestaciones sociales en el país. La manera en cómo las características del sistema de salud y seguridad social facilitan u obstaculizan el acceso a los derechos sociales de las y los trabajadores informales es un punto de central interés para este estudio, dado que no hay mayor conocimiento respecto a esta temática.

Con todo esto, la pregunta que sale a flote es si los principios y organización del sistema de salud y de seguridad social son adecuados para las necesidades de las y los trabajadores o no, ya que podrían estar operando como barreras más que facilitadores de un acceso y cobertura efectiva de los derechos sociales. Esto podría ser respondido y evidenciado con estudios que traten el tema, pero la disponibilidad de investigaciones en la región que se centren en la relación laboral, condiciones de empleo y salud y seguridad social es reducida, especialmente aquellas orientadas al tema de trabajo informal y salud; esto último es interesante dado que a pesar de que en estudios internacionales se ha podido constatar que condiciones de empleo desfavorables para el trabajador se asocian a peores resultados en salud y calidad de vida, tanto de los trabajadores como sus familiares (Hernández et al, 1996; Santana et al, 1997; Ludemir & Lewis, 2003), la existencia de estas investigaciones a nivel mundial es escasa, y en Latino América es prácticamente nula.

A partir de todo lo expuesto, se establece que el foco de interés de este estudio es la desprotección de derechos laborales y sociales de las y los trabajadores informales en el sector formal, específicamente las y los trabajadores a informales del Estado, con especial atención a los significados que se asocian a la condición de informalidad, las barreras y facilitadores existentes para acceder a protección social, las estrategias que llevan a cabo las y los trabajadores informales para superar estas barreras, y los efectos que el empleo informal puede generar en la salud y bienestar de las y los trabajadores.

II.- Objetivos del estudio

El **objetivo general** que busca abordar la presente investigación es:

Contribuir, a la comprensión de los mecanismos que generan las inequidades en salud, bienestar y acceso a la protección social (incluido el sistema de seguridad social, el sistema de salud general y el sistema de salud ocupacional) entre las y los trabajadores informales, a partir de las descripciones y significados que éstos generan en relación a dichos temas.

A continuación se presentan los **objetivos específicos** de esta área y las dimensiones asociadas a estos que permiten articular el trabajo investigativo.

Objetivo Específico	Dimensiones
1. Conocer los significados y condiciones de empleo y trabajo que las y los trabajadores informales asocian al empleo informal	1.1. Significados del empleo informal
	1.2. Condiciones de empleo en el trabajo informal
	1.3. Condiciones de trabajo en el trabajo informal
	1.4. Trabajo informal y derechos
2. Identificar las variables de contexto que las y los trabajadores informales distinguen como barreras y como facilitadoras en el acceso a la protección social (incluido el sistema de salud general y de salud ocupacional).	2.1. Relación de las políticas de laborales y de protección social con el acceso a protección social de los trabajadores informales
	2.2. Relación del contexto sociocultural con el acceso a protección social de los trabajadores informales
	2.3. Relación del sistema de protección social con el acceso a protección social de los trabajadores informales
3. Conocer las descripciones y significaciones de las y los trabajadores informales en relación al impacto de las condiciones de empleo y trabajo en la salud y bienestar de ellos y sus familias.	3.1. Impacto de las condiciones de empleo en la salud y bienestar de los trabajadores informales y sus familias.
	3.2. Impacto de las condiciones de trabajo en la salud y bienestar de los trabajadores informales y sus familias.
4. Conocer las estrategias desarrolladas por las y los trabajadores informales frente al no acceso/acceso deficitario a la protección social (incluida salud).	4.1. Estrategias para hacer frente al no acceso/acceso deficitario a la protección social desarrolladas por trabajadores informales fuera del marco institucional formal
	4.2. Estrategias para hacer frente al no acceso/acceso deficitario a la protección social desarrolladas por trabajadores informales dentro del marco institucional formal

Cabe destacar que en este marco se entiende por trabajadores informales a todos aquellos que en su relación laboral no están cubiertos por las normas de protección establecidas en la legislación laboral o social, sea por razones de hecho o de derecho (ILO, 2012a). Por lo tanto, el criterio clave

utilizado para definir a las y los trabajadores incorporados en el estudio fue la consideración jurídica sobre el acceso efectivo a las normas de protección del trabajo vigentes en el país.

III.- Marco Conceptual

La comprensión de los mecanismos que generan las inequidades en el acceso a la protección social (incluido el sistema de salud general y de salud ocupacional) y en la salud y bienestar de las y los trabajadores informales, exige tomar en consideración factores que participan desde diferentes niveles, así como las interacciones que se generan entre ellos. A continuación se presentarán una serie de antecedentes conceptuales que aportan elementos de utilidad para analizar las descripciones y significados que las y los trabajadores informales generan frente a su condición de empleo y a la relación entre ésta y su salud, bienestar y acceso a la protección social.

3.1- Empleo Informal

En América Latina las estadísticas indican que más del 50% del empleo es informal (ILO, 2012b). Hasta hace algunos años se establecía conceptualmente una relación estrecha entre la informalidad, el atraso de la economía y la pobreza de los trabajadores informales. Sin embargo, la complejización del mercado laboral ha traído asociada la emergencia de nuevas formas de empleo y de organización del trabajo, con lo cual el empleo informal se ha expandido más allá de los trabajadores pobres, planteando el asunto de la heterogeneidad del empleo informal y, por tanto, la necesidad de realizar estudios que den cuenta de las diferencias que se presentan al interior mismo del trabajo informal y de las y los trabajadores que se encuentran en esta situación.

Por otra parte, en los debates de los últimos años la visión dicotómica sector formal / sector informal ha sido cuestionada, postulándose una perspectiva gradual donde es posible apreciar un continuo de protección-desprotección desde el empleo formal y regulado hasta el empleo informal, pasando por distintos niveles de precarización del empleo. En este marco la informalidad es asociada fundamentalmente a la falta de regulación de las relaciones laborales por parte del Estado (Portes, 2000).

En este escenario han sido relevantes los planteamientos que sostienen que la informalidad no es producto del atraso de determinados segmentos de la economía en el proceso de modernización (Portes, 1989), sino que más bien lo que hay es una relación de complementariedad entre los sectores de la economía formal e informal que es utilizada para elevar los niveles de crecimiento económico (Nuñez y Gómez, 2008).

En este sentido, se entiende que la informalidad se constituye más bien como una característica estructural y necesaria del modo de producción capitalista que se establece como una forma específica de relaciones sociales de producción (Portes, 1989), vinculada también a las división internacional del trabajo, basada en la generación de cadenas globales de producción y el uso de fuerza de trabajo barata y desprovista de protección de sus derechos laborales y sociales (Delgado

y Wise y Márquez, 2009), profundizando el desarrollo desigual de los países y el incremento de las ganancias del capital transnacional (Márquez, 2010).

Por su parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha enfatizado la importancia del cumplimiento de los derechos laborales y sociales a la hora de definir informalidad. En este sentido, se ha planteado que el empleo informal se encuentra conformado por todos aquellos puestos de trabajo que en su relación laboral no están cubiertos por las normas de protección laboral y social establecidas legalmente en el país de referencia, sea esto por razones de hecho o de derecho (ILO, 2012a). Cabe destacar que justamente la seguridad social es una de las conquistas laborales importantes obtenidas por los movimientos de trabajadores en la postguerra (Castel, 2004). Sin embargo, este derecho ganado se ha visto notoriamente afectado con la flexibilización de los mercados laborales.

La desregulación de las relaciones laborales por parte del Estado, así como la creciente desprotección social de los trabajadores, esto es, las dos características definitorias de la informalidad, han penetrado profundamente en los mercados laborales de América Latina, donde el Estado ha ido de manera paulatina perdiendo su rol protector a partir de la implementación de políticas económicas neoliberales. Las reformas neoliberales impulsadas en la región a partir de los años ochenta han conllevado procesos de flexibilización laboral que han provocado la descentralización de la negociación colectiva, en muchos países la privatización de los sistemas de pensiones y la comodificación de la provisión del bienestar social, fenómenos que han contribuido a la informalidad, las desigualdades y la reducción de la protección social (Fraile, 2009).

Se ha privilegiado la privatización de medios de producción y sectores económicos estratégicos (Petras, 2005) y un sector ha propuesto la reducción del Estado al mínimo para sustituirlo por el mercado siempre que sea posible aunque esto conlleve la pérdida de derechos sociales, bajo el argumento de la disminución de la intervención estatal y el aumento de la eficiencia de los gobiernos (Fleury, 2001). En este escenario, las y los trabajadores informales deben enfrentar una red de exclusión masificada, donde son arrojados frente a su individualidad sin la asistencia de un Estado de Bienestar bien desarrollado, quedando a expensas de sus propios recursos para hacer frente a los riesgos de una manera *individuada* (Robles, 2000, 2005). Otros sectores en tanto han defendido la presencia de un Estado ágil y fuerte que garantice los derechos sociales de los ciudadanos más allá de las lógicas de mercado (Fleury, 2001).

3.2- Barreras y facilitadores para el acceso a la protección social: salud y seguridad social

El trabajo informal genera inequidades en términos de las posibilidades que tienen las y los trabajadores de acceder a la protección social, considerando aquí tanto el acceso a la salud como a la seguridad social y en general a las garantías sociales consideradas en un país. Estas inequidades

en el acceso responden a diferentes factores tales como la disponibilidad de la oferta, las normas que regulan el acceso de la población a ésta y la habilidad de las personas y grupos para utilizar o demandar los servicios que requieren.

3.2.1. Barreras y facilitadores para el acceso a la salud

En este ámbito, se ha planteado que el sistema de salud juega un rol fundamental como determinante de la salud tanto a través de la garantía de acceso oportuno, equitativo y de calidad para la población, como a través de sus acciones en la reducción de las diferencias de exposición y vulnerabilidad a la que se ven sometidos diferentes grupos de la población. En otros términos, el sistema de salud cumple un rol determinante en la salud de la población por una parte a través de las acciones curativas y, por otra, por medio de las acciones orientadas a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud.

La equidad en el acceso a la salud dice entonces relación con que todas las personas logren acceder a los servicios de salud y a otros servicios sociales de acuerdo a sus necesidades y de manera independiente a su capacidad de pago, estrato social, nivel educacional, condición laboral, etc. (Goddard y Smith, 2001).

De acuerdo a Aday y Andersen (1974) el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, y la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario. En este sentido, enfatizan el modo como las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Diversos estudios dan cuenta de que el acceso a los servicios de salud es el resultante del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda (Frenz & Vega, 2010). De esta forma, se plantea que el acceso a servicios de salud se encuentra determinado por la necesidad en salud que presentan las personas, la oferta disponible de servicios y la habilidad de la población de utilizar o demandar dichos servicios (Solar, Bernal, Sembler, Donoso, Zamora, Núñez, Cancino, De Ferrari, Poffald, Berlagosky, Pérez y Peña, 2009).

Para alcanzar el acceso efectivo a los servicios de salud, las comunidades e individuos en ocasiones cuentan con ciertos factores facilitadores, pero muchas veces también deben enfrentar una serie de barreras que limitan sus posibilidades de acceso.

Una manera de operacionalizar el acceso a los servicios de salud es el Modelo de Cobertura Efectiva propuesto por Tanahashi (1978), quien define cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz. El modelo de Tanahashi facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y facilitadores que obstaculizan

o favorecen el logro de la cobertura efectiva (Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, delgado y Vega, 2013).

El modelo de Tanahashi contempla 4 fases complementarias: i. Disponibilidad de servicios, ii. Accesibilidad de los servicios, iii. Aceptabilidad de los servicios, iv. Contacto de los servicios. En cada una de estas fases es posible encontrar elementos facilitadores y barreras, así la imposibilidad de algunos grupos para alcanzar la cobertura efectiva dice relación con las barreras que obstaculizan su acceso (Frenz & Vega, 2010).

La primera fase del Modelo de Tanahashi corresponde a la **disponibilidad de servicios**; ésta se refiere al tipo y cantidad de recursos disponibles para realizar las prestaciones de salud. Estos recursos pueden ser físicos o humanos. Las barreras de disponibilidad que se pueden presentar pueden ser, por ejemplo, la ausencia de centros de salud, la escasez de profesionales, la ausencia de acceso a servicios básicos como agua potable y alcantarillado, la falta de espacios públicos, entre otros (Solar y otros, 2009).

La **accesibilidad a los servicios** se relaciona con la forma en que los recursos están asequibles para ser utilizados por la población. Aquí es posible distinguir la accesibilidad física, la accesibilidad financiera y la accesibilidad administrativa-organizacional. Las barreras de accesibilidad física dicen relación con aspectos tales como la distancia a los centros de salud, el tiempo requerido para llegar a dichos centros, el tiempo de espera, entre otros. Las barreras asociadas a la accesibilidad financiera se vinculan a la disponibilidad de recursos y los gastos asociados al acceso a los servicios, la compra de medicamentos, los gastos de transporte, entre otros. Finalmente, las barreras en la accesibilidad administrativa-organizacional refieren a los procedimientos y normas administrativas que se presentan para recibir la atención requerida, aquí por ejemplo se pueden mencionar los horarios de atención o las acreditaciones requeridas para incorporarse al sistema de salud (Solar y otros, 2009).

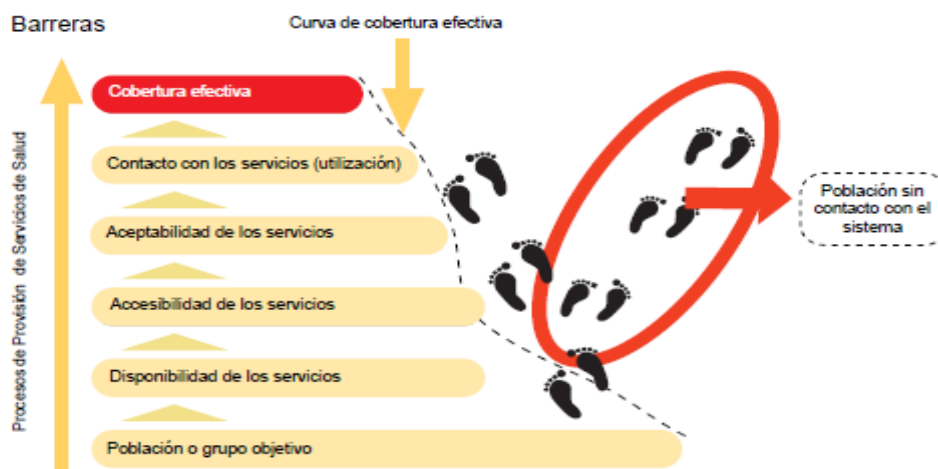
La **aceptabilidad de los servicios** se relaciona con la percepción que tiene la población de las prestaciones ofrecidas. La aceptabilidad es influenciada por aspectos culturales, valóricos, creencias, religión y por las redes sociales de las cuales forman parte las personas y grupos que presentan las necesidades de salud. Estos aspectos también afectan la prioridad que las personas asignan al acceso a los servicios de salud. Algunas de las barreras que se presentan en esta fase dicen relación con el trato al usuario, la información disponible y las redes de apoyo (Solar y otros, 2009).

El **contacto de servicios** corresponde a la etapa en que las personas toman contacto y utilizan los servicios de salud. Sin embargo, es importante tener en consideración que el contacto con los servicios de salud no garantiza que se alcance la cobertura efectiva, ya que aún es posible que en esta fase algunas personas o grupos no reciban por completo el servicio de salud (sea este en el ámbito de la promoción, la prevención o el tratamiento) abandonándolo antes de que éste cumpla sus objetivos (Solar y otros, 2009).

De acuerdo a una revisión sistemática cualitativa de la literatura publicada durante el período 2000–2010, entre las barreras que se identifican para alcanzar la cobertura efectiva, el 11% corresponde a barreras de disponibilidad, el 29% se presentan en la accesibilidad, el 38% se presentan en la aceptabilidad y el 22% en el contacto con los servicios de salud (Hirmas y otros, 2013).

En la figura 1 se presenta un esquema del modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras de acuerdo a las fases definidas por Tanahashi para alcanzar la cobertura efectiva.

Figura 1: Modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras



Fuente: Orientaciones metodológicas del programa Comunas Vulnerables, Ministerio de Salud de Chile 2009.

La revisión sistemática de la literatura indica que en distintos contextos las diferentes barreras mencionadas se presentan de manera más frecuente entre las personas que ocupan las posiciones más desventajadas en la jerarquía social en base a condiciones como el género, la posición socioeconómica, la ocupación, la etnia, etc. Sin embargo, se debe señalar que los estudios que han investigado las barreras de acceso a la salud se han realizado en población general y no han puesto un foco en grupos específicos como es el caso de las y los trabajadores en general y de las y los trabajadores informales en particular, existiendo gran desconocimiento sobre las barreras específicas que podrían estar operando para el acceso a la salud de las y los trabajadores. En este sentido, es importante tener en cuenta las barreras que se pueden presentar para la población trabajadora por el solo hecho de trabajar (por ejemplo: posibilidad de atenderse en los horarios de los centros de salud, posibilidad de ausentarse del trabajo para guardar reposo, etc.), a lo que se sumarían las posibles barreras asociadas al trabajo en condición de informalidad con la desprotección que ésta implica.

Asimismo, resulta relevante la escases de estudios que aborden las barreras que enfrentan aquellas personas y grupos que no han llegado a contactar los sistemas de atención de salud, puesto que además es probable que estos grupos sean justamente más vulnerables que quienes sí contactan los servicios de salud (Hirmas y otros, 2013). Dentro de estos grupos es probable que exista amplia presencia de trabajadores informales, ya que la desprotección del empleo informal puede operar como un importante obstáculo para llegar a contactar a los sistemas oficiales de salud.

Por otra parte, también es necesario mencionar que es importante identificar los elementos que actúan como facilitadores para el acceso a los sistemas de salud. En este sentido, la revisión de la literatura indica que el contar con redes de apoyo social (26%), el valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones (14%), la adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad (11%), la comunicación médico-paciente y calidad de la relación entre ambos (9%), la aceptación del diagnóstico (9%), el contar con recordatorios para el tratamiento (9%) y la confianza en los tratamientos (6%), constituyen algunos de los facilitadores más frecuentemente identificados (Hirmas y otros, 2013). La identificación de los facilitadores puede representar una importante contribución para hacer frente a las barreras que se presentan en las distintas etapas involucradas en el tránsito hacia la cobertura efectiva.

Por último, se debe señalar que el sistema de salud no sólo tiene la responsabilidad de mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, sino también de influir y convocar a otros sectores para mejorar las estrategias que abordan las inequidades a través de la acción intersectorial, dado que gran parte de los determinantes sociales de la inequidades en salud están fuera del ámbito directo del sector salud. En este sentido, y en lo que respecta al empleo informal, es relevante que también se fomenten acciones que contribuyan a favorecer el acceso de las y los trabajadores a la seguridad social y, en general, a todas las garantías sociales que forman parte del sistema de protección social en un determinado contexto.

3.2.2. Barreras y facilitadores para el acceso a la seguridad social y otras garantías sociales

Las modalidades que adoptan las políticas sociales, contribuyen a la conformación de los diferentes modos de reproducción social que pueden encontrarse en una sociedad determinada (Hintze, 2006). Esto cobra total relevancia a la hora de analizar las políticas de protección social y su relación con el empleo informal. A continuación se presentan algunas de las características más relevantes de estos sistemas en el contexto de América Latina y se identifican algunos de los elementos que pueden actuar como barreras y obstaculizar el acceso de las y los trabajadores informales a la protección social.

Actualmente en América Latina sólo alrededor del 50% de la población ocupada está integrada en el mercado formal del trabajo y cuenta con algún tipo de seguro social, mientras que el resto

continúa excluido del sector del empleo formal y carece de acceso a mecanismos de cobertura ante contingencias y riesgos estructurales (Cecchini y Martínez, 2011; CEPAL 2012). En este marco, diferentes países han propuesto el desarrollo de políticas sociales orientadas a mermar los efectos negativos generados por la expansión del modelo capitalista (Martínez, 2005). En términos generales, dichas iniciativas han conllevado profundizar en los modelos de asignación autorizada de recursos por parte del Estado, tanto en cantidad como en los criterios a través de los cuales se otorgan a la población (Cecchini y Martínez, 2011).

Los sistemas de protección social pueden ser definidos en relación a tres componentes: a) Protección Social No-Contributiva; b) Protección Social Contributiva; y c) Protección Social asociada a la Regulación del Mercado Laboral (Cecchini y Martínez, 2011). El pilar no-contributivo, comprende aquellas estrategias y mecanismos diseñados para reducir la pobreza y aumentar el capital humano a través de prestaciones monetarias relativamente uniformes en forma focalizada y/o categórica ante los riesgos de vejez, discapacidad e invalidez (Bertranou, 2004). El rasgo distintivo de la protección social no contributiva es el hecho que las condiciones para beneficiarse de ella están generalmente desvinculadas de la trayectoria laboral y el financiamiento proviene de impuestos de los ingresos generales, sin embargo, cabe destacar que normalmente los beneficios considerados son focalizados en los sectores más pobres de la población, esto es, generalmente carecen de un enfoque universal.

Por otro lado, el pilar contributivo busca desarrollar un mecanismo que sustituya los ingresos laborales de quienes ya no participan en el mercado laboral por razones de edad, a través de mecanismos de ahorro o de transferencias monetarias directas. Los esquemas desarrollados bajo este modelo no pretenden ser universales en su cobertura, sino que se focalizan en las necesidades de los asalariados, asumiendo que el resto de la sociedad mantendrá los mecanismos existentes para asegurar la subsistencia en las personas de la tercera edad o quienes permanezcan sin posibilidad de trabajar por accidentes o enfermedades (CEPAL, 2012).

Finalmente, la protección social ligada a la regulación laboral considera el resguardo de los derechos individuales y colectivos de los trabajadores, en virtud de lo cual se desarrollan normativas y estándares enfocados a fomentar y proteger el trabajo decente mediante la formalización de las relaciones contractuales, la posibilidad de ejercer los derechos de sindicalización y de seguridad en el trabajo, el fortalecimiento de las prohibiciones asociadas al trabajo de niños y adolescentes y la regulación de las condiciones de trabajo y el salario mínimo. A su vez, dichas regulaciones son indispensables para apoyar la superación de los riesgos a los que las políticas de protección social contributiva y no contributiva buscan dar respuesta (Robalino, Rawlings & Walter, 2012).

Esta forma de organización de los sistemas de protección social en los países de América Latina trae asociadas una serie de condiciones que finalmente actúan como barreras para el acceso de un amplio segmento de la población. Las y los trabajadores informales quedan fuera de este sistema, puesto que sólo podrían acceder a éste por medio del pilar no contributivo, pero a condición de

cumplir con los criterios de focalización que habitualmente se utilizan para definir a los destinatarios de sus beneficios (generalmente criterios económicos de pobreza). En tanto el pilar contributivo y el de la regulación laboral son componentes que se restringen por completo a las relaciones laborales formales y, por definición, dejan excluidos a las y los trabajadores informales.

Es importante considerar el tipo de políticas de protección social predominante en cada país, distinguiendo fundamentalmente si se trata de políticas de protección social orientadas a la asistencia, si son planteadas como garantía ciudadana asociada a derechos universales, o si se presentan de manera mixta con algunos elementos de universalidad y otros de focalización. El tipo de políticas de protección social definirá en gran medida la organización que presente el sistema de protección social.

De acuerdo a lo señalado, las principales barreras que obstaculizan el acceso a la protección social de las y los trabajadores informales en América Latina, dicen relación con las características propias de las políticas y normativas que regulan la organización y funcionamiento de los sistemas de protección social, puesto que obedecen a una lógica que se encuentra basada en una idea del mercado laboral y del empleo que ha sido sobrepasada desde hace algunas décadas producto de la flexibilización de los mercados laborales con la subsecuente transformación de las relaciones de empleo y de la organización del trabajo.

En este escenario, es necesario también tener en cuenta que dentro de la heterogeneidad que presenta el empleo informal en la actualidad, la estratificación social, tal como sucede con las barreras que se presentan para el acceso a los servicios de salud, también juega un rol relevante, puesto que conlleva diferencias en el efecto de las condiciones de empleo sobre el acceso a la protección social y en el impacto de dichas condiciones sobre la salud y bienestar de las y los trabajadores y sus familias.

3.3- Empleo informal, salud y bienestar

La exploración de las relaciones entre salud y trabajo obliga a un proceso de análisis que va más allá de la constatación del daño, deterioro o malestar que pueden provocar los modos de trabajar sobre las personas. El debate es amplio y complejo e incluye, con fuerza creciente, la discusión con respecto al significado de 'Bienestar' y 'Salud' en el trabajo.

El bienestar puede entenderse como lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas, es decir, alude a las conclusiones cognoscitivas y afectivas alcanzadas cuando las personas evalúan su existencia. De este modo, la propia evaluación que la persona hace de su vida se convierte en un elemento central (Diener, 2000). El bienestar humano implica tener seguridad personal y ambiental, acceso a bienes materiales para llevar una vida digna, buena salud y buenas relaciones

sociales, todo lo cual guarda una estrecha relación con y subyace a la libertad para tomar decisiones y actuar (Sen, 2000).

De igual modo, el concepto de bienestar se ha considerado como un indicador de condiciones de vida tales como pobreza y exclusión social y ha sido utilizado para su medición. Sin embargo, la tendencia de estudios recientes apunta a considerarlo como un componente de la desigualdad y la exclusión, no como un factor causal, sino más bien como campo en donde recaen sus efectos. El bienestar se asocia a la satisfacción de una serie de requerimientos de los actores sociales, los que varían en función de las expectativas y valoraciones que hacen de su situación; así como también, en relación a las características de cada territorio y, por lo tanto, de las necesidades específicas que surgen como conjunción de variables medioambientales, identitarias, socioeconómicas y culturales (Sen, 2000).

Los avances actuales en el estudio de las relaciones entre el trabajo, el bienestar y la salud destacan el rol jugado por las condiciones de empleo y relaciones laborales (tipo de contrato, ingreso y cumplimiento de derechos laborales) en la capacidad de los sujetos de decidir sobre sus condiciones inmediatas de vida y trabajo y de acceder a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto (Benach, Muntaner, Solar, Santana, & Quinlan, 2010). De este modo, el trabajo y los mercados de trabajo se constituyen en poderosos determinantes sociales de la salud, al proveer ingresos y seguridad financiera, desarrollo personal, relaciones sociales, autoestima, y protección de los riesgos físicos y psíquicos, y al incidir de esta forma en las inequidades en salud (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008; Muntaner, Chung, Benach & NG, 2012).

La informalización del empleo es un fenómeno en aumento en el mundo. Es posible plantear que el empleo informal, con sus características inherentes de inestabilidad e inseguridad, se expresaría en la esfera de la salud mental con diversas manifestaciones que fluctúan entre la depresión, la ansiedad y el estrés, siendo éste último un problema que de hacerse crónico, puede incluso desencadenar patologías cardiovasculares u otras enfermedades no transmisibles (Chandola, y otros, 2008).

Más aún, cabe destacar que la condición de informalidad no sólo afecta la o el trabajador, sino que repercute también en su familia y entorno inmediato, generando condiciones de mayor vulnerabilidad y de peor calidad de vida en general. En las mujeres trabajadoras, los efectos se amplifican, puesto que junto con poseer un empleo informal, muchas de ellas son al mismo tiempo jefas de hogar. Se generan así complejas situaciones de vida donde la tensión constante, las dificultades cotidianas y las frustraciones por bajos salarios y malas condiciones laborales redundan en falta de bienestar e, incluso, violencia (Vogel, 2002).

La revisión de los estudios de la última década con respecto a trabajo informal y resultados de salud, si bien da cuenta de escasa investigación en este tópico específico, muestra evidencias significativas de existencia de problemas de salud en los trabajadores informales, independientes y rurales, así como en los trabajadores no calificados, temporales, pobres y precarios (Solar,

Bernales, Tagle, González, Gray, Vallebuona, Cifuentes, Tonelli, Vives, Pérez, Valdés, Rivera, Castillo, y Ramírez, 2013).

Al analizar los resultados de estudios realizados con trabajadores reconocidos como informales se observa que solamente en los hombres aparecen estudios con significación estadística de mala salud física y mala salud autoreportada. Los problemas de salud mental aparecen en ambos sexos, pero con un mayor número de problemas significativos para las mujeres, tanto respecto a los trastornos de salud mental como en cuanto a sintomatología depresiva. Por otro lado, aparecen algunos problemas asociados a patrones o hábitos como el consumo de alcohol y, por último, se presentan aquellos relacionados con la exposición a la discriminación o abuso como el acoso sexual (Solar y otros, 2013).

En los estudios relacionados con problemas de salud no transmisibles y lesiones, en los hombres aparece como significativa la presencia de silicosis (en trabajadores cortadores de piedras preciosas). En las mujeres, en cambio, se observan evidencias de enfermedades osteomusculares y dolores de piernas, espalda y de cabeza en trabajadoras que cuidan a pacientes. Los problemas visuales y los accidentes laborales se presentan en trabajadoras informales en general (Solar y otros, 2013).

Finalmente, cabe destacar que en los trabajadores independientes y autoempleados, muchos de ellos informales, desde el punto de vista de la salud mental se encuentra evidencia significativa de resultados de estrés, fatiga y mala salud mental general. Con respecto a lesiones y enfermedades no transmisibles, se reportan dolor de espalda y tabaquismo. Y como otro tipo de resultados de salud, aparecen estudios que muestran mayor riesgo de mortalidad general. En trabajadores precarios, hubo evidencia para presencia de trastornos psíquicos, tabaquismo y mala salud auto reportada, estos dos últimos en hombres (Solar y otros, 2013).

3.4- Estrategias y prácticas para enfrentar el no acceso o acceso deficitario

Si bien las posibilidades de “elegir”, o de “decidir”, en qué trabajar, dónde vivir, cómo proteger la salud, etc. están distribuidas socialmente de manera desigual, las condiciones objetivas, incluyendo las políticas sociales, no se imponen de manera lineal o directa a los sujetos sociales (Gutiérrez, 2011). Los individuos y grupos no operan en sus prácticas de manera mecánica, sino que resignifican las condiciones objetivas y su manera de operar frente a ellas, por tanto los “beneficiarios” de las políticas sociales no se comportan como “meros receptores” sin historia y sin poder en su doble significación, en el sentido genérico (Giddens, 1995) y en el de agente socialmente posicionado (Bourdieu, 1990).

Las “prácticas están ligadas a los distintos ámbitos de la vida social (trabajo, educación, salud, vivienda, política, etc.) y constituyen un conjunto sistemático de estrategias, a partir de las cuales las familias (cada una, de las diversas clases y fracciones de clase) enfrentan las diferentes

dimensiones de su existencia cotidiana y aseguran su reproducción social [...] Estas estrategias se definen (de manera consciente o no) a partir de los tipos de recursos que se poseen (materiales y simbólicos, objetivos e incorporados). Son éstos los que hacen posible la existencia de las estrategias y la especial modalidad de cada una de ellas [...]” (Gutierrez, 2011, p. 107)

Los riesgos socioeconómicos, laborales, de salud, etc. presentes en la sociedad actual son enfrentados por los sujetos *individuos* (Robles, 2000) mediante el uso de ciertas prácticas que devienen en estrategias que les permiten la gestión de los riesgos en el marco de las sociedades periféricas. Dichas estrategias son desarrolladas en relación a la estructura de oportunidades, esto es las probabilidades de acceso a bienes, servicios o desempeño de actividades, que tienen a la mano. Las oportunidades provienen de tres fuentes centrales, a saber, el mercado, el Estado y la sociedad (Kaztman, 1999).

Sin embargo, al mismo tiempo es relevante tener en consideración que la elección de determinados recursos y el aprovechamiento de oportunidades no obedecen a consideraciones estrictamente racionales y conscientes como ha sido supuesto por algunos enfoques teóricos. “La movilización de recursos no responde sólo al número o tipo de recursos controlados o a las posibilidades de acceso a ciertas oportunidades, sino también a la capacidad de transformar esos activos en ingreso, poder o calidad de vida [...]” (Arteaga y Pérez, 2011).

A nivel macro, las prácticas y estrategias se encuentran ancladas tanto en la estructura social, configurada en base a la distribución de recursos y las relaciones de poder que se establecen en dicho marco, como en un componente institucional, entendido como el conjunto de reglas formales relativamente estables que orientan los fines aceptables de las acciones que conforman las prácticas, así como las formas apropiadas para llevar a cabo dichas acciones y los resultados más probables de las mismas (PNUD, 2009).

Sin embargo, las interacciones y acciones que se generan en una sociedad no sólo responden a las orientaciones provenientes de los sistemas normativos institucionales con sus reglas formales; paralelamente también operan sistemas normativos informales, de conocimiento común, que también constituyen marcos de orientación para la acción. Estos sistemas normativos informales nacen en las prácticas sociales cotidianas, en las interacciones que devienen de la vida social y forman parte de la cultura tanto como las reglas derivadas del contexto institucional formal (Douglas, 1996).

Dentro del ámbito de interés de la presente investigación, resultan relevantes determinadas características culturales que pueden mediar el acceso de las y los trabajadores informales a la protección o bien dar origen a estrategias alternativas para hacer frente al no acceso o al acceso deficitario a la protección social formalmente institucionalizada. Entre estas características culturales, es posible mencionar por ejemplo *i.* las ideas y prácticas *discriminatorias* por condiciones como la pertenencia a un grupo cultural específico, el género y/o la ubicación geográfica; *ii.* factores culturales como la co-existencia de sistemas médicos oficiales y

tradicionales con las implicancias que esto conlleva para la *aceptabilidad* de la atención formal/institucional de la salud; *iii.* la presencia de formas tradicionales y/o no convencionales de organización político-económica desarrolladas desde el ámbito local-comunitario como es el *corporativismo*, el cual se caracteriza por la solidaridad social funcional; y *iv.* rasgos sub-culturales de los propios trabajadores informales que por su propia condición priorizan de manera diferente, no le otorgan valor o desestiman el acceso a la seguridad social y la salud oficial.

De esta forma, se plantea que la estructura y la cultura de una sociedad devienen en una interacción dinámica a partir de la cual se configura la “estructura de oportunidades” frente a la cual los actores sociales emprenden acciones, organizadas en prácticas y estrategias, para satisfacer sus propias necesidades y alcanzar un bienestar tanto material como subjetivo.

Ahora bien, las prácticas y las estrategias también son producto tanto de los conocimientos prácticos como de las preferencias, valores, emociones, necesidades y capacidades que conforman la subjetividad de los individuos que las llevan a cabo. Las prácticas constituyen a los individuos como agentes con la potencialidad de desencadenar cambios en su contexto social, pero al mismo tiempo estas prácticas, con sus respectivos anclajes estructurales y culturales, ponen en marcha cambios a nivel de la subjetividad de los propios individuos que las llevan a cabo. Los individuos y grupos significan las oportunidades estructuralmente disponibles y en base a esto desarrollan ciertas prácticas y estrategias (Arteaga y Pérez, 2011) en función de su habilidad de movilizar esos recursos según sus propios intereses (Portes, 1999).

De este modo, las estrategias desarrolladas por las y los trabajadores informales frente al no acceso o acceso deficitario a la protección social (incluida la salud) corresponden a aquellas prácticas que éstos llevan a cabo como una manera de resolver, mediante los recursos propios o comunitarios que tienen disponibles y en base a sus habilidades e intereses en movilizar dichos recursos, sus necesidades de salud o económicas. Estas estrategias pueden ser desarrolladas tanto dentro como fuera del marco institucional formal.

IV.- Metodología de trabajo

4.1- Tipo de estudio

En concordancia a los objetivos y antecedentes conceptuales presentados con anterioridad, la investigación aquí desarrollada es de carácter cualitativo construccionista con un diseño transversal. Este tipo de investigación se orienta sobre la base de una metodología que abandona la lógica de la investigación tradicional dirigida a “objetos” para abocarse a observar observadores que en su operar (en sus observaciones) construyen los mundos en los que se desenvuelven (Arnold, 1998).

Se entiende entonces, que éste es el tipo de investigación que permite avanzar en la comprensión de los mecanismos que generan las inequidades en salud, bienestar y acceso a la protección social entre las y los trabajadores informales en base a las descripciones y significados que éstos generan en relación a dichos temas. La investigación cualitativa constructivista provee las herramientas para dar cuenta con mayor profundidad de las características del fenómeno y los procesos que se pretenden investigar, intentando levantarlas desde la visión de los actores involucrados en los mismos.

Por otra parte, considerando los antecedentes existentes en relación a los tópicos abordados, cabe señalar que el estudio posee un enfoque analítico-comprensivo, puesto que, más allá de desarrollar una mera descripción, busca proveer elementos que permitan comprender cómo es significado el empleo informal, el rol de las variables de contexto como barreras o facilitadoras para el acceso a la protección social (incluido el sistema de salud general y de salud ocupacional), las descripciones y significaciones que las y los trabajadores informales generan en relación al impacto de sus condiciones de empleo y de trabajo en su salud y bienestar y el de sus familias, y las estrategias que estos trabajadores desarrollan frente al no acceso o al acceso deficitario a la protección social.

Para alcanzar los objetivos propuestos en primera instancia se llevó a cabo una revisión bibliográfica de los estudios cualitativos desarrollados en la región de América Latina en relación al trabajo informal y las inequidades en salud, bienestar y acceso a la protección social (ver Informe de Revisión de literatura sobre estudios cualitativos con trabajadores informales en América Latina). Una vez realizada la revisión bibliográfica se definió la muestra de trabajadores, los instrumentos para el levantamiento de información y el procedimiento de análisis a ser realizado. A continuación se especifican estos aspectos.

4.2- Muestra

El trabajo de producción de información fue realizado a partir de un muestreo teórico, utilizando criterios intencionales para la selección de los sujetos de investigación.

El primer paso para llevar a cabo la selección muestral fue el análisis de la información disponible respecto al trabajo informal en la región de América Latina, la cual evidenció que particularmente en el ámbito de estudios cualitativos, las investigaciones se restringían al estudio de grupos de trabajadores del sector informal y no habían considerado a las y los trabajadores con empleo informal dentro del sector formal (ver tabla 1).

Producto de esta situación se optó por dar prioridad a este grupo de trabajadores menos estudiados, lo cual permite generar información nueva y que aporte a comprender la heterogeneidad que se presenta tanto en las condiciones en que se desarrolla el empleo informal, así como entre los propios trabajadores y trabajadoras que se encuentran en dicha situación.

Específicamente se tomó la decisión de realizar un estudio con las y los trabajadores que poseen un empleo informal desempeñándose en instituciones del Estado, evidenciando la situación de empleo informal en instituciones “hiper-formalizadas”, donde el empleo informal toma la figura legal de prestación de servicios o de sub-contratación, pero en la práctica corresponde a un empleo con una relación de dependencia directa que implica el cumplimiento de las mismas funciones y las mismas obligaciones, pero no los mismos derechos, que los que poseen los trabajadores con empleo formal dentro del Estado.

Tabla 1: Distribución de estudios cualitativos sobre trabajadores informales en América Latina. Según año de publicación, cobertura geográfica, población estudiada, técnicas de levantamiento de información y objetivos (Número total de estudios 33).

Criterio		N	
Año del estudio	1990 a 1999	2	
	2000 a 2009	15	
	2010 a 2013	16	
Cobertura geográfica del estudio	Local	25	
	Internacional	8	
Población estudiada según actividad económica	Una actividad económica del sector informal	Trabajo agrícola	5
		Comercio informal	2
		Trabajo doméstico	3
		Jardineros	1
		Manicuristas	1
		Construcción	1
		Pequeña minería	1
		Trabajadores inmigrantes	1

	Excombatientes de la insurgencia	1
	Varias actividades económicas del sector informal	16
	No se especifica	1
Técnicas de levantamiento de información	Un método	18
	Multimétodo	14
	No se especifica	1
Objetivos	Experiencia laboral de estar vinculado a un empleo informal	20
	Acceso a salud y seguridad social de trabajadores del sector informal	8
	Otro	4
	No se especifica	1

Fuente: Solar, Bernales, Gray, Valdés y Tagle, 2013. Informe de revisión de la literatura sobre estudios cualitativos con trabajadores informales en América Latina, FLACSO-Chile.

Los criterios de inclusión para los participantes fueron los siguientes:

- i. Trabajar a honorarios o sub-contratado para el nivel central del Estado
- ii. Trabajar en dependencias estatales
- iii. Cumplir con un horario de trabajo
- iv. Recibir instrucciones de trabajo u órdenes directas de jefaturas dentro del Estado

La muestra estuvo conformada por un total de 26 trabajadores y trabajadoras pertenecientes a 19 instituciones estatales diferentes todas ellas del nivel nacional de administración estatal. A continuación se presenta la composición de los participantes según sexo, nivel de calificación, edad y años de trabajo en un empleo informal dentro del Estado.

Gráfico 1: Distribución de la muestra según sexo y nivel de calificación

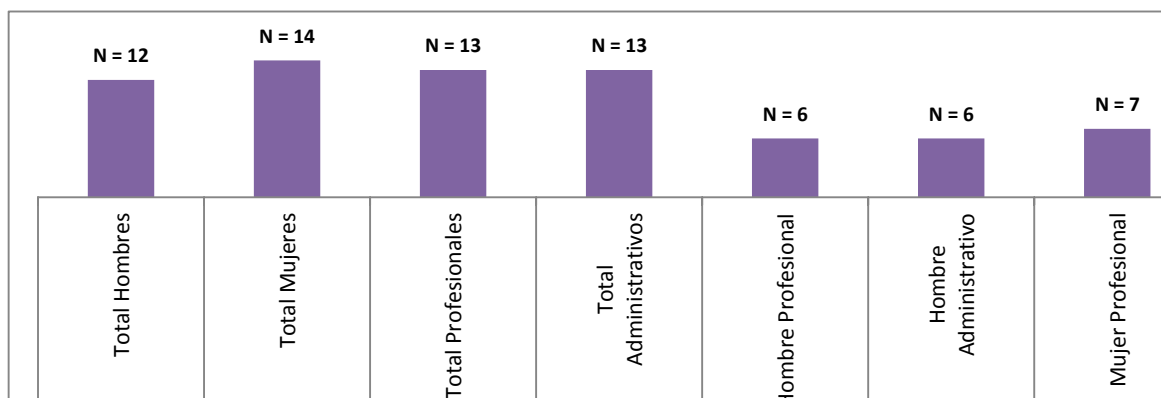
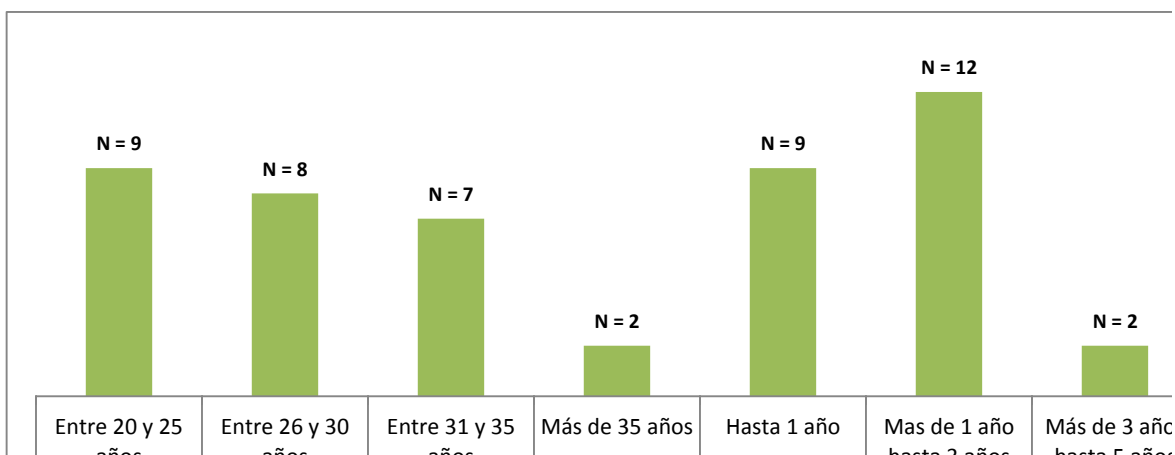


Gráfico 2: Distribución de la muestra según edad y años de trabajo informal en el Estado.



La muestra de participantes estuvo constituida por un total de 12 hombres y 14 mujeres. Tanto entre los hombres como entre las mujeres hubo un número similar de profesionales y de administrativos (Hombres profesionales y hombres no-profesionales = 6 respectivamente; Mujeres profesionales y mujeres no-profesionales = 7 respectivamente) (Gráfico 1).

En cuanto a la edad de los participantes y el número de años de trabajo informal en el Estado, la mayor parte pertenece a los segmentos de edad más jóvenes y sólo 2 del total de 26 eran mayores de 35 años, en relación a esto mismo, se aprecia que una gran parte de los participantes lleva menos de 3 años con un empleo a honorarios o como sub-contratado en el Estado.

4.3- Técnicas de producción de información

La información fue producida a través de dos grupos focales y siete entrevistas individuales en profundidad con un formato semi-estructurado. Se optó por la realización de grupos focales, ya que esta técnica permite levantar información que aporta elementos respecto al sentido típico de la acción, siendo apta para el estudio de las perspectivas y significados que tienen las personas en una situación dada, esto es, las observaciones y esquemas de actuación que son típicas en determinado grupo de personas (Canales, 2006).

Por su parte, las entrevistas semi-estructuradas fueron utilizadas para profundizar en aspectos que surgieron en los grupos focales y que fueron considerados como relevantes de acuerdo a los objetivos de la investigación. Se optó por entrevistas en un formato semi-estructurado, ya que este formato permite que la producción de información se oriente por la especificación de temas considerados (Valles, 2003), al mismo tiempo, que posee la flexibilidad necesaria para permitir la inclusión de información relevante que no haya sido contemplada con anterioridad a la conversación con los entrevistados.

Con el propósito de garantizar el cumplimiento de criterios éticos que resguarden la libertad de los participantes para formar parte del estudio, el resguardo de su identidad y la idoneidad de la información producida, la investigación consideró los siguientes procedimientos:

- Consentimiento informado de los participantes respecto a su inclusión en la investigación. Se solicitó la firma de un documento en el cual se incluían los propósitos y condiciones generales del estudio, permiso para grabar los relatos y los posibles usos de la información producida.
- Compromiso de confidencialidad respecto a las identidades de los informantes.
- Especificación de la identidad y pertenencia institucional de los investigadores.
- Declaración de uso de fuentes de información en las distintas etapas del estudio.

La información producida tanto en los grupos focales como en las entrevistas fue registrada en audio y posteriormente transcrita para proceder a su análisis. La pauta que orientó el levantamiento de información se adjunta en el anexo 1.

4.4- Procedimientos de análisis de información

La información producida en el proceso investigativo fue sometida al análisis de contenido de datos textuales, para lo cual fue ordenada, seleccionada y posteriormente interpretada, relacionando la información producida tanto con el corpus teórico construido para la investigación como con el contexto específico en que se desenvuelven los informantes.

El análisis de los diferentes contenidos fue sometido a la revisión de los distintos investigadores involucrados en el proceso, de modo tal de optimizar la confiabilidad de los análisis e interpretaciones realizadas. Asimismo, una vez elaborado el análisis, éste fue sometido a la revisión de dos expertos en materias de trabajo, salud y protección social.

A continuación se describen los principales pasos seguidos en el proceso de análisis:

- i.* Paso 1 Lectura de entrevistas y grupos focales y selección de citas: el primer tratamiento que se dio a la información fue la lectura de las entrevistas y grupos focales y la selección de citas relevantes de acuerdo a los objetivos de la investigación.
- ii.* Paso 2 Primera categorización: una vez definidas las citas relevantes, éstas fueron agrupadas y seleccionadas de acuerdo a las categorías de análisis definidas a partir de la pauta de levantamiento de información, dejando algunas categorías abiertas de modo de poder incorporar los contenidos que emergieron desde los propios sujetos de investigación y que no habían sido contemplados de antemano por el equipo de investigadores. De esta forma, fue utilizada una estrategia de análisis “Top-Down” con la

incorporación parcial de estrategias “Bottom-Up”.

- iii. Paso 3 Re-lectura de citas y segunda categorización: una vez categorizadas todas las citas seleccionadas inicialmente, fue realizada una re-categorización, en la cual las categorías y citas asociadas a éstas fueron revisadas de acuerdo a los objetivos y dimensiones que habían sido definidos como relevantes al momento de construir el problema de investigación. Este procedimiento fue llevado a cabo por el equipo de investigación en su conjunto de manera de optimizar la confiabilidad de los análisis realizados.
- iv. Paso 4 Análisis Final: El último paso del análisis consistió en la contrastación e interpretación de la información producida a través de los pasos anteriores a la luz del cuerpo teórico y de los objetivos que se plantearon para dar inicio al estudio. De esta manera, la información terminó por generar un cuerpo coherente que permitió identificar:
 - a) Los principales significados y condiciones de empleo y trabajo que las y los trabajadores informales del Estado asocian a su empleo.
 - b) Las principales variables de contexto que las y los trabajadores informales del Estado identifican como barreras y como facilitadores para su acceso a la protección social.
 - c) Las descripciones y significados que las y los trabajadores informales del Estado generan acerca del efecto que tienen sus condiciones de empleo y trabajo en su salud y bienestar y el de sus familias.
 - d) Las principales estrategias que desarrollan las y los trabajadores informales del Estado para enfrentar el no acceso o el acceso deficitario a la protección social.

En el anexo 2 se adjunta la matriz utilizada para el análisis de la información levantada en los grupos focales y entrevistas.

V.- Análisis de resultados: El trabajo informal en el sector formal: el caso de los trabajadores informales en el Estado

5.1- El trabajo informal dentro del Estado

Esta primera sección del análisis cualitativo pretende reseñar distintas características y significados atribuidos al trabajo informal en el Estado, profundizando y discutiendo las implicancias que tiene este modelo de vinculación contractual para las y los trabajadores que participan en él.

a) Significados del empleo informal en el Estado.

El trabajo informal en el Estado, más allá de ser ilustrativo de los crecientes procesos de complejización del mercado laboral, también desmarca la imagen tradicional del trabajador informal, asociado a iniciativas de microemprendimientos, generalmente en el área del comercio, con ingresos bajos e irregulares. Hoy, en el Estado, participan laboralmente profesionales, técnicos y administrativos, que han sido integrados por la vía del contrato a honorarios; que puede ser definida como una de las formas a través de las cuales el aparato público suma trabajadores mediante contratos o convenios orientados al logro de tareas específicas, en principio no permanentes y que excluyen la protección social dentro de las garantías contractuales.

“Planta y contrata¹ son funcionarios que tienen un contrato de trabajo acorde a la legislación vigente para el Estado, que no es el código del trabajo. No es el mismo el que funciona para el mundo privado que para el Estado, hay otro código [...] Y esos dos son funcionarios propiamente tales de la institución [...] considerados en su presupuesto fijo. Después están los honorarios [...] Hay dos escalafones: profesional o administrativo, en cualquiera puedes estar contratado en cualquiera de los tipos de contratos. Pero la diferencia de los que están a honorarios, es que son proyectos, son contratos que no tienen ni salud, ni previsión, ni bonos ni en estricto rigor derecho a vacaciones, a enfermarse, ni a días administrativos ni seguros de ningún tipo. Pero tenemos alguna sujeción, para que [...] puedan pagarte, eso es lo que consigue el contrato a honorarios, que es un convenio por el cual se establece un servicio y un monto de dinero, entonces tú le puedes dar una boleta y ellos te pueden pasar un cheque, porque tienen para justificar esa ejecución presupuestaria” (hombre, entrevista a profesional).

Otra alternativa de incorporar personal al Estado es la subcontratación, en donde se contrata a una empresa que provee las necesidades del servicio, pero cuyos profesionales, técnicos o administrativos no tienen una vinculación con el Estado –a pesar de compartir espacios de trabajo con funcionarios de contrata y planta-, sino con la empresa que éste contrata. Acuerdo contractual que también es –generalmente- a honorarios.

¹ Categorías contractuales de mayor estabilidad, en donde el contrato considera el pago de salud, previsión y seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, además de incluir el pago de bonos trimestrales.

"Hay una figura que es un poco informal, pero que se reproduce ampliamente en las distintas reparticiones del Estado, que es que para que uno pueda ejecutar estos proyectos [...] Tú contratas a un contratista para que te contrate tres profesionales [...] en lugar de contratar a sus profesionales, tenerlos dentro, externaliza y viene un contratista que contrata 3 investigadores y esos investigadores funcionan y trabajan contigo" (hombre, entrevista a profesional).

Dentro de las experiencias comentadas por las personas incluidas en la investigación, la estrategia de subcontratación se sitúa en márgenes que no solo afectan la integridad de los trabajadores, sino también la legalidad vigente, al contar con cuestionables maneras de distribución del dinero y pago.

"[lo que yo ganaba] Iba a una empresa de servicios, y esa empresa de servicios me descontaba el 30 % del sueldo [...] tampoco me contrataba [...] Ese descuento era la manera de ganar, una empresa fantasma por decirlo así " (hombre, entrevista a profesional).

La forma contractual –sea por honorarios directos o intermediados-, tal como aparece de manera recurrente en el discurso de los hablantes, es significada negativamente, más aún cuando los resultados de esta vinculación laboral representan un desafío que el Estado ya debería enfrentar hoy; atendiendo –por otra parte- que el mismo Estado sanciona a las empresas si mantienen trabajadores a honorarios por más de un periodo determinado, regla que no se aplica a sí mismo.

"No entiendo cómo estando contratados por el gobierno, por el Estado como quieras llamarle, trabajemos en esas condiciones, más aún nosotros que trabajamos con adultos mayores donde vemos la realidad de ellos, que son personas que muchas veces no cotizaron, que hoy en día tienen pensiones miserables porque no tenían cotizaciones, entonces nosotros vamos para el mismo lado" (mujer, entrevista a profesional).

"A los particulares el Estado los sanciona si no te contratan definitivo. Pero así como sancionan, ellos personalmente no lo hacen" (mujer, grupo focal de no profesionales).

A pesar de las características de la vinculación contractual, en quienes participan como honorarios del Estado, es transversal la idea de servicio público, el compromiso que entraña y las diferencias que esto tiene a cuando se es contratado por una empresa privada.

"Pero a mí en lo particular me gusta mucho el trabajo en el Estado, especialmente por el hecho de que el fin último del Estado es otorgar servicios que beneficien a la ciudadanía" (mujer, entrevista a no profesional).

"En el ámbito privado, por lo general, uno se limita a lo que tiene que hacer o al horario que tiene [en cambio, en el Estado] estamos al servicio de las personas, en el ámbito privado estamos al servicio de un ente que es la empresa" (mujer, grupo focal de no profesionales).

Asociado a estos significados positivos, es posible rescatar una idea planteada desde el grupo focal de no profesionales, en donde la labor específica se superpone a quien la hace, que puede o no ser profesional, lo relevante es la tarea realizada y el compromiso que hay detrás de ella.

En el marco de las conversaciones sostenidas, y a pesar del compromiso que puedan sentir las personas, el trabajo mantiene una significación dual, como fuente de realización y como medio para seguir viviendo; esquema en el cual las características del Estado pueden representar un freno al desarrollo de las personas que trabajan en él.

“El hecho de trabajar en el Estado es algo complejo, porque el Estado mismo es algo que más bien constriñe que permite mayores posibilidades de desarrollo personal e incluso profesional” (hombre, grupo focal de profesionales).

Un resultado interesante del análisis desarrollado es la constatación de la ausencia de un discurso identitario desde la informalidad como trabajador del Estado, existen distinciones –que han sido revisadas- entre lo privado y lo público y entre los diversos tipos de contrato al interior del Estado; pero no hay un discurso afirmativo de la calidad de honorario en el Estado.

Una precisión importante sobre la afirmación anterior es válida en el caso de los trabajadores no profesionales, grupo en el cual hay un discurso estructurado de antagonismo con las personas que tienen un contrato más estable en el Estado –contrata y planta-, ante el cual se autoperciben en una situación muy desventajosa, casi como trabajadores de segunda categoría; y a pesar de este antagonismo, ese es el espacio laboral que quisieran ocupar.

“Además uno hace el trabajo de un contrata y cuando viene el incentivo trimestral uno no va en esa paga. Y hay que ayudarle al contrata para que se cumplan las metas” (mujer, grupo focal de no profesionales).

“Se compran un paracetamol y les devuelven el 30%. Para lo que sea tienen descuento, pero solo si son contrata o planta” (mujer, grupo focal de no profesionales).

“Máximo dos años más. Ni siquiera proyectarme a seguir a honorarios, mi meta es pasar a contrata ya” (hombre, grupo focal de no profesionales).

Esta animadversión se justifica en las distintas prestaciones a las que pueden acceder los segundos, considerando que ambos tipos de trabajadores realizan las mismas labores.

“El contrata tiene estatuto administrativo, tiene grado, también reciben bonos trimestrales que el que está a honorarios no los recibe. Entonces así, igual que todos ustedes, trabajamos todos para que ellos lo reciban” (mujer, grupo focal de no profesionales).

Un punto especialmente sensible es el de la salud, el cual es abordado de manera irónica por los hablantes, señalando lo delicadas que son las personas a contrata o lo fuertes que son los honorarios; de ambas maneras lo que se hace es remarcar un ámbito en el cual se expresó particular preocupación, la salud, tanto en la dimensión de garantías que otorga el empleador (licencias), como en la desprotección por tener que cubrir esta área (pago de un plan de salud).

“Los que están contratados son súper delicados, tienen una salud muy delicada” (hombre, grupo focal de no profesionales).

“Tiene menos disposición a enfermarse el funcionario a honorarios” (mujer, grupo focal de no profesionales).

b) Condiciones de empleo en el trabajo informal.

Al indagar en las características del empleo informal, buscando la construcción de una tipología que reuniera elementos distintivos de este modelo, lo primero que aflora es su carácter de híbrido y contradictorio entre lo que se supone que es y lo que finalmente resulta ser, un trabajo informal con las obligaciones de lo formal.

“Siendo a honorarios y ciñéndonos a la ley, nosotros somos prestadores de servicio, entonces no deberíamos cumplir horarios de trabajo, pero los tenemos, no debíamos tener jefes y tenemos como diez, no debíamos tener vínculo y lo tenemos. Es el híbrido que solo existe en el servicio público: un contrato a honorarios con todas las obligaciones de un contrato de trabajo y sin los derechos de ese contrato de trabajo” (hombre, grupo focal de no profesionales).

Y si bien la afirmación del hablante citado resume la situación, no la agota; ya que las experiencias concretas en las distintas reparticiones públicas dan cuenta de una heterogeneidad que la mayoría de las veces excede el marco legal, por ejemplo, en el caso del cumplimiento de horarios, la desprotección maternal y la asignación de vacaciones al arbitrio de la jefatura de turno.

“A nosotros en la Subsecretaría el año pasado nos hicieron un cambio, que era que si tú estabas dispuesto a marcar todos los días con la huella², tenías derechos a los seis días administrativos, a las vacaciones después de un año [...] y a licencia y permisos; pero solo si hacíamos eso” (mujer, grupo focal de profesionales).

“Yo este año he vivido así como en carne propia las dificultades, porque no tengo contrato, porque mi hija recién cumplió un año, entonces no tengo salud ni ningún derecho, acceso a la sala cuna, no tengo salud, ahora no estoy cotizando, no tengo fuero, y afortunadamente mi jefa, de buena onda, me respeta la hora de lactancia” (mujer, grupo focal de profesionales).

“Mi percepción con respecto a las condiciones que me han tocado a mí es que son pésimas. No tengo otro calificativo [...] no se respeta el tema de las vacaciones, no existen; si no eres trabajador de planta, no tienes derecho a salud, no tienes derecho a previsión social, cualquier día te pueden decir, sabes que no sigues trabajando sin ningún motivo” (mujer, grupo focal de profesionales).

Si bien el trabajador a honorarios firma un contrato, llamado convenio, el cual rige su relación laboral con el empleador, resulta frecuente encontrar –en un mismo contratante, el Estado– distintas exigencias y derechos, los que además se ven reinterpretados por las jefaturas de turno,

² El ejercicio tradicional de marcar tarjeta ha cedido paso a registrar la entrada y salida del lugar de trabajo mediante la huella digital, como una forma de registrar la asistencia.

configurando un escenario de desinformación y ausencia de derechos para los trabajadores. Problemas que además conviven en un escenario de atomización creciente, donde incluso llegan a registrarse situaciones donde el empleado debe tomar, por su cuenta y cargo, un seguro de accidentes para poder ser contratado.

“Para trabajar en el aeropuerto nos piden un seguro anual. Lo contratamos nosotros como particulares” (mujer, entrevista a no profesional).

Ahora bien, se comenta que –en general- el contrato a honorarios puede ser más ventajoso económicamente en el mes a mes (considerando que no incluye el derecho de protección social) que las dinámicas de contrata o planta; sin embargo, ésta es una discusión abierta, por todas las situaciones que hasta ahora han sido examinadas.

“Al de honorarios de por sí siempre le pagan más que a la persona que está contratada, entonces eso es favorable en el momento que yo tengo que pagar estudio, tengo que ver lo que es casa [...] y me perjudica porque al momento de estar en contrata uno puede optar a los beneficios como es salud, en el área de becas para los hijos o simplemente becas para estudio mío” (hombre, entrevista a no profesional).

Una cuestión en la que vale detenerse es que el trabajador se autodefine por su pertenencia al aparato público, incluso se sitúa en el imaginario de funcionario público; no obstante, sus condiciones contractuales y de desarrollo concreto más bien responden al de un trabajador sin señas identitarias y que debe cubrir sus necesidades de protección social por su cuenta y riesgo. Se establece así el “cara y sello” de un modelo laboral que además solo se conjuga en presente, ya que no representa perspectivas de futuro y en donde la trayectoria es un dato irrelevante, es decir, la inestabilidad aparece como otro de los conceptos claves para describir esta situación

“En este tiempo [diez meses] he tenido tres jefes distintos y eso da cuenta de la inestabilidad que existe donde estoy trabajando, no solo en mi área sino que en la institución en general [...] todas las semanas hay gente que se va y es bien penca para uno como profesional no saber qué va a pasar contigo la otra semana” (hombre, grupo focal de profesionales).

Se agrega a la situación de inestabilidad descrita, el período de fin de año, en el cual se define la continuidad o no de las personas que trabajan a honorarios, momento estresante en donde no se configura un proceso evaluativo, sino más bien se trata de la comunicación de la decisión de una de las partes (el empleador).

“Hay una histeria se podría decir como previa por saber quiénes tuvieron contrato y quienes tuvieron sobre azul³, y pasa todos los diciembre, se van treinta o cuarenta personas para la casa, muchas veces sin ninguna razón” (hombre, grupo focal de profesionales).

Y es este actor, el Estado chileno, que por sus características –administración con un fuerte componente político partidario- también merma las proyecciones de un trabajador a honorarios,

³ Giro coloquial para denominar el despido laboral.

ya que basta que cambie una administración, para que su empleo sea puesto en cuestión; situación radicalmente diferente en el caso de funcionarios de planta o a contrata, cuya desvinculación tiene un protocolo establecido y gradual.

“Estás en desventaja porque a honorarios te pueden echar en cualquier momento, cambia de gobierno, cambia de alcalde y si estás en el sistema público, chao” (mujer, entrevista a profesional).

“Los que están a contrata tienen un poco de tranquilidad, porque les van a hacer un sumario o algo y van a tener que demostrar que ellos se equivocaron, alguien a honorarios se equivocó y se fue” (hombre, grupo focal de no profesionales).

En este contexto, trabajar para el Estado bajo el sistema de honorarios, se enmarca en un tipo de vínculo con el empleador cada vez más restringido, en distintos aspectos que ya han sido revisados (solo para recordar, pago mensual sin incluir protección social e inestabilidad, entre otros), constatación que genera frustración y rabia en quienes participan de él como empleados.

c) Condiciones de trabajo en el trabajo informal.

El tema del horario es una arista particularmente sensible para las personas que trabajan bajo el sistema a honorarios en el Estado, ya que si bien legalmente no es exigible el cumplimiento de una cantidad de horas en un lugar específico de manera habitual; es precisamente éste el formato que asume la mayoría de las veces para los hablantes convocados, sea por mecanismos de control social o por arreglos con la jefatura de turno.

“Si uno tiene un contrato a honorarios, por lo tanto no debería cumplir horarios, pero finalmente igual te miran mal y tienes que cumplir horarios o hace uno un contrato informal de jornada completa” (hombre, grupo focal de profesionales).

“[No registro mi asistencia], pero me comprometí a tener un horario de 8 horas diarias, igual que todos. Yo tenía que elegir un horario, de 8 a 5 todos los días, menos el viernes que es una hora más temprano, que era lo normal, es el horario que rige el Ministerio” (hombre, entrevista a no profesional).

Una circunstancia especial apareció en el discurso de las personas no profesionales, asociada a los turnos y cambios de lugares de trabajo; situaciones en las cuales la flexibilidad horaria del contrato a honorarios termina estructurando un escenario desregulado, que puede entenderse más bien como de creciente desprotección del trabajador ante el empleador, lo que también se ilustra en situaciones asociadas a extensión del horario laboral; la cual en el mejor de los casos puede ser negociada con horas compensatorias –devolución del tiempo trabajado-, ya que el concepto de “horas extra”⁴ remuneradas no se implementa para estos empleados.

⁴ Pago del tiempo extraordinario con una recarga del 50% sobre el valor hora normal.

“Es parte de la inexperiencia que uno no dice nada y te hacen ir a trabajar días feriados, fines de semana. En mi caso me ha tocado en ocasiones quedarme hasta las doce de la noche en eventos [...] y tampoco tengo la seguridad de que yo voy a tener a alguien que me va a ir a dejar y me va a garantizar que yo voy a llegar sana a mi casa” (mujer, grupo focal de profesionales).

“Yo no podía hacer otras extras, entonces me hacen horas compensatorias, hago horas extras y me las devuelven en días libres” (mujer, grupo focal de profesionales).

Las condiciones concretas de trabajo son apropiadas desde dos perspectivas, por un lado los equipos humanos que se construyen y -por otra parte- las condiciones materiales donde se desarrolla el trabajo.

Respecto de lo primero, en general existe una apreciación positiva, donde el llevarse bien con los otros constituye un bien apreciado, a pesar de que muchas veces esta sociabilidad está cruzada por las características de los contratos de cada uno (honorarios, contrata, planta), que tienden más a lógicas no solidarias.

Sobre las condiciones de los espacios de trabajo, se constata nuevamente la heterogeneidad que se ha comentado en otros tópicos de este análisis, siendo percibido un espacio de trabajo adecuado como una muestra de preocupación y respeto del empleador hacia sus trabajadores.

d) Trabajo informal y derechos

La informalidad es vivenciada desde una doble condición, en primer lugar como ausencia de derechos, tanto en términos absolutos (carencia de prestaciones) como relativos (cuando se comparan con otros); y también como ausencia de ejercicio de derechos, la autopercepción de vulnerabilidad (ya desarrollada en las páginas precedentes).

Tal vez la situación de las mujeres que emprenden la maternidad estando con un contrato a honorarios sea la más compleja, en cuanto su desprotección es durante el embarazo y luego del nacimiento, ya que el pago del prenatal se relaciona con sus cotizaciones, el parto con su previsión de salud y las garantías posteriores con tener un contrato que incluya esas prestaciones (licencias médicas, hora de lactancia, acceso a sala cuna, etc).

Respecto de vacaciones, licencias y permisos, éstos van a depender de lo que especifique el convenio o contrato y también de las jefaturas de cada lugar de trabajo.

“Tengo la fortuna de tener una jefa que te deja ser, entonces tengo libertad de vacaciones, de tomarme un día o dos. Los códigos son más bien, de responsabilidades y de ejecución que de formas. Con ciertos márgenes, son 15 días de vacaciones y 6 días administrativos” (hombre, entrevista a profesional).

Atendiendo que en el Estado las personas trabajan de manera conjunta, independiente de su vinculación contractual, quienes están a honorarios significan su condición desde la vulnerabilidad, en donde el tener un trabajo no representa necesariamente una garantía para desarrollar una mejor forma de vida, como si lo puede ser para quienes son a contrata o planta.

“Comparándome con mis compañeros, sí estoy en desventaja, porque no tengo la mayor parte de los beneficios o simplemente por no tener una AFP me siento como si el día de mañana me pasara algo ¿qué amparo puedo tener?” (hombre, entrevista a no profesional).

Específicamente en el tema de la previsión, actualmente Chile está en un proceso de cambio gradual orientado a la cotización obligatoria de las personas que trabajan a honorarios⁵, situación que hasta el 2014 es voluntaria y que de acuerdo a los hallazgos de los grupos focales parece no ser una preocupación contingente de las y los trabajadores, lo que si bien es asumido como un problema, no es un problema inmediato.

Particularmente decidir a este respecto fue la experiencia en el grupo de no profesionales, donde ante la pregunta sobre las administradoras de fondos de pensiones (AFPs), respondieron a coro *“¿Qué es eso? No las conocemos”*.

Dentro de las personas que cotizan, existe una visión crítica de la institucionalidad y las empresas del sector, elementos que pueden contribuir a explicar la distancia y resistencia de los convocados para participar en ellas (las AFPs)

Una opinión alternativa fue expresada por una entrevistada, que más allá de referirse a las AFPs, manifiesta que la cotización obligatoria puede ser una buena forma para evitar la desvinculación de aquellos trabajadores que deben imponerse de manera independiente.

El acceso a salud de las y los trabajadores a honorarios tiene dos vertientes de análisis, por un lado los planes de salud de las personas, y –por otro- el Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales⁶ (ambos temas serán profundizados en los próximos apartados de este informe), que tradicionalmente se ha configurado como un derecho de las y los trabajadores.

⁵ La ley 20.255 establece que los trabajadores a honorarios están obligados a realizar cotizaciones previsionales para pensiones, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y salud. La obligación se implementa de manera gradual durante los años 2012, 2013 y 2014, sobre el 40%, 70% y 100% de la renta imponible anual, salvo que el trabajador manifieste expresamente, cada año, lo contrario. A partir de enero 2015, todos los trabajadores a honorarios deben cotizar para pensiones y accidentes del trabajo; mientras que desde el 2018, deben hacerlo también para salud.

⁶ La ley 16.744 establece en nuestro país la existencia de un Seguro social obligatorio para la protección de la población trabajadora contra Accidentes del Trabajo, Accidentes del Trayecto y Enfermedades profesionales. Este seguro tiene una cobertura del 100% para una amplia cantidad de prestaciones en caso de ocurrencia de una contingencia, siempre y cuando se determine la relación directa o causal con el trabajo. Es de financiamiento del empleador, por tanto, las y los trabajadores que están a honorarios (sin contrato) en general están desprotegidos con respecto a esta Ley. El seguro es administrado por entidades denominadas Mutuales, que son instituciones privadas sin fines de lucro encargadas de las acciones de prevención de riesgos y de los servicios y tratamiento de accidentes del trabajo y enfermedades

Dentro de los hablantes existe claridad que no se cuenta con este seguro, que es otra de las dimensiones donde deben asumir la gestión individual del riesgo, incluso en casos donde se registran situaciones de emergencia.

“Supe una vez de una compañera [...] se intoxicó y no sabían dónde llevarla. El Servicio dijo que ellos no se podían hacer cargo, así que los mismos compañeros la llevaron al Hospital del Profesor por ahí al lado, que era lo más cerca que había” (mujer, entrevista a no profesional).

Además, recordando que las personas convocadas -en general- trabajan conjuntamente con otras que tienen mayores garantías asociadas a sus contratos (a contrata y planta), resulta ilustrativo como expresan esta diferencia, significada desde la desprotección.

“El contrata y el honorarios son muy distintos. Usted no se puede accidentar en el camino de su trabajo a la casa y de la casa al trabajo. Ahí no tiene ninguna protección. Los demás tienen el seguro, pero una está desprotegida” (mujer, grupo focal de no profesionales).

Retomando el tema de la cotización obligatoria, uno de sus ítems de pago es el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, lo que representa una nueva carga mensual que viene a sumarse a otros pagos que deben hacer quienes trabajan a honorarios, sólo por el hecho de trabajar bajo esta modalidad.

“Yo tengo entendido que nosotros no tenemos ni seguro [...] por eso están haciendo esto de incluir a los honorarios con esos seguros, porque los honorarios el 2015 también vamos a tener que pagar ese seguro social, tenemos que pagar AFP y tenemos que pagar ISAPRE o FONASA. Entonces nos están cobrando tres cosas que las debería asumir el empleador” (hombre, entrevista a no profesional).

Una constante en el discurso de los hablantes fue el reconocimiento de la gestión individual en sus trabajos, cuestión que no tiene tanto que ver con la autonomía, sino más bien con el deber asumir la negociación de las características de sus trabajos y también la defensa de sus derechos. Tema este último en donde nuevamente se hace una diferencia con los trabajadores a contrata y planta, que tienen organizaciones -asociaciones de funcionarios- capaces de representarlos y defenderlos, espacios donde las y los trabajadores a honorarios no están considerados

“De repente un funcionario de planta tiene un problema y va la asociación altiro, tiene protección. Un funcionario a honorarios está solo y difícilmente puede hacer un grupo con sus colegas y tener todas las mismas ideas, está bien diseminado el tema. Prácticamente para pelear por sus derechos no tiene a nadie” (mujer, grupo focal de no profesionales).

“Donde yo trabajo hay un gremio, donde uno participa y todo, pero no tiene fuerza. En ese sentido como que se protegen los dirigentes no más, menos los honorarios, uno puede inscribirse; pero si tú vas a solicitar que te apoyen, en realidad no lo hacen” (hombre, grupo focal de profesionales).

profesionales y también por el Instituto de Seguridad Laboral, ISL, entidad pública encargada de administrar el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

El desempoderamiento y no tener organizaciones de referencia (ni los espacios para articular una orgánica) apoyan la percepción de tener que arreglárselas solo, "cada uno para su santo" según uno de los entrevistados, lo que viene a ser otra de las características impuestas por las circunstancias, contexto que ofrece pocas perspectivas de solución según los propios convocados.

"Entonces es como una lucha perdida, y no sé qué habría que hacer para ganar esto, una Federación de trabajadores boleteando para el Estado para que cambie la situación, como un movimiento nacional, una cosa así, entonces por eso cada uno se rasca por las suyas" (mujer, entrevista a profesional).

e) Los informales en el mercado del consumo

La distinción que acusan las personas contratadas bajo la modalidad de honorarios en el Estado, no solo se registra en su trabajo, también tiene presencia en el ámbito del consumo, espacio en el cual las condiciones contractuales son una desventaja al momento de pensar en inversiones como la compra de un bien raíz o un automóvil, más aún en el caso de aquellos que son subcontratados (ya que su empleador es un privado, no el Estado); situación que se explica ya que para otorgar créditos -las instituciones financieras- no consideran el total del sueldo percibido, sino solo un porcentaje de él, lo que reduce tanto el acceso como los montos a los cuales pueden aspirar estos trabajadores.

"[Frente a la compra de casa] Para eso necesitas mostrar cuánto ganas, pero como uno no tiene estabilidad laboral, en las instituciones en que pregunté, en distintos bancos, te castigan el sesenta por ciento del sueldo, o sea si tú ganas un millón, no ganas un millón, ganas cuatrocientos, entonces sobre eso te pasan la plata" (mujer, entrevista a profesional).

Cuadro de síntesis

- El trabajo informal en el Estado, operacionalizado mediante un convenio a honorarios, es un tipo de vinculación contractual donde el empleador no reconoce la dependencia de sus trabajadores, por lo tanto, deja a discreción del empleado el pago de protección social, es decir, salud, previsión y seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- El Estado chileno considera honorarios directos e intermediados (subcontratación de una empresa), los cuales -generalmente- comparten espacios de trabajo, tareas y deberes, mas no derechos, con otros empleados del Estado, contratados de manera más permanente (contrata y planta).
- Si bien el convenio a honorarios fija solo como resultado un producto, las condiciones concretas de desarrollo y logro de esa tarea siguen las imposiciones que tienen otros tipos de contrato (horario, jefatura, lugar de trabajo, etc.)
- El trabajo informal en el Estado es significado por las y los trabajadores desde la desprotección, inestabilidad y vulnerabilidad, aludiendo la ausencia de garantías que tiene esta forma de empleo.
- Derechos como vacaciones, días administrativos, licencias y permisos se definen según el convenio y la voluntad de la jefatura específica.
- La ausencia de derechos se agrava con el temor de ejercerlos (vulnerabilidad) y la inexistencia de organizaciones capaces de articular las demandas de este grupo de trabajadores.

5.2- Barreras y facilitadores para el acceso de las y los trabajadores del Estado a la protección social

En este apartado se analiza el rol que desde la perspectiva de las y los trabajadores informales del Estado, juegan las políticas de protección social, los factores socioculturales y la organización del sistema de seguridad social y de salud en su acceso a la protección social.

a) Principios del sistema de protección social

En primer lugar, es importante explicitar que dado el enfoque de este estudio con trabajadores informales, vale preguntarse en una primera instancia lo que implica un acceso efectivo a protección social desde la condición de trabajador, así como también desde la condición de trabajador informal. Respecto a esto, se hace hincapié en que a pesar de que a nivel general el perfil del trabajador promedio es el de una persona sana -o sin mayores problemas de salud que le impidan ejercer su ocupación-, la posibilidad de enfermarse, de acceder a la atención en salud, y de tener licencia médica, les presenta una serie de dificultades. El que se atiende en los centros de salud de lunes a viernes, y a horarios que coinciden con las jornadas laborales de casi todo empleado, genera una primera barrera para el acceso a la atención en salud de las y los trabajadores incluso más allá de si poseen un empleo formal o informal, donde la lógica del diseño del sistema de salud no se ha planteado las condiciones en las que la gran mayoría de los trabajadores vive.

Asimismo, el hecho de ser trabajador informal se muestra como una segunda barrera al acceso a protección social –tanto en seguridad social como salud general y ocupacional- producto de las características propias de su vínculo laboral así como debido al diseño de los sistemas de seguridad social y de salud, generando altos niveles de desprotección para este grupo de trabajadores.

El sistema de pensiones en Chile funciona en base a la capitalización individual más que a una lógica solidaria de reparto público, en donde cada persona es la encargada de aportar parte de su ingreso a instituciones financieras (AFPs) que invierten y administran el dinero para la jubilación de cada trabajador. Además de esto, el sistema previsional se estructura en base a una lógica contributiva que resulta funcional exclusivamente en el marco del trabajo formal, puesto que es éste el que va asociado al pago de las cotizaciones que permiten el acceso a la seguridad social. Como complemento al pilar contributivo, existen algunas garantías mínimas que se otorgan en el marco del pilar no contributivo de protección social, pero que poseen un carácter focalizado en los grupos de mayor pobreza, por lo tanto no necesariamente integran a las y los trabajadores informales, ya que la pobreza es la condición de inclusión.

Tal cual ocurre con el sistema previsional, en el caso del sistema de salud, cuando existe un vínculo laboral formal de dependencia, los empleadores también están encargados de la cotización mensual de sus trabajadores para que se encuentren cubiertos por el sistema de salud general – sea ésta en Isapre o Fonasa- y ocupacional. Esto se traduce en que nuevamente las y los trabajadores informales no se encuentran considerados dentro de la lógica del sistema, y deben realizar acciones por su propia cuenta para tener acceso a la salud. Es por esto que una importante barrera identificada por las y los trabajadores convocados fue que las políticas de protección social del país están configuradas de manera tal que no los integran.

Asimismo, se destaca otro principio del sistema que da cabida a otra barrera al acceso de protección social en el país, referido al hecho de que todo trabajador está obligado a cotizar en algún fondo de pensiones (AFPs) para poder pertenecer al sistema público de salud (FONASA). Bajo esta lógica, se sobreentiende que todo trabajador que no cotiche en las AFPs, sea por un tema de decisión personal como por el hecho de ser informal se ve automáticamente excluidos del acceso al Fondo Nacional de Salud administrado por el Estado.

b) Valoración del sistema de protección social

Además de las barreras más bien estructurales mencionadas hasta aquí, existen otros dos factores que fueron pronunciados por varios convocados del estudio respecto al sistema de protección social en sí, uno de carácter más externo y otro de índole interna. El primero refiere a la percepción generalizada de desconfianza con el sistema de previsión social (las AFPs) y con el sistema privado de salud, llegando a ser calificadas incluso como políticas insuficientes, perversas y ladronas, expresando escepticismo a tal punto de no querer cotizar en ningún servicio.

“El sistema de salud es perverso con el tema de las Isapres⁷, y las AFP es el robo más grande de la tierra. Por una parte, nosotros yo creo que igual nos sentimos aliviados de no aportar al sistema” (hombre, grupo focal de no profesionales).

“Es que yo creo que con mi aporte de ahora, o si ganara lo que gano, siempre va a ser poco, siempre va a ser poco por cómo está hecho el sistema, entonces como no me alcanza la plata, no puedo poner más plata para treinta años más; no apuesto por eso, y no le creo al sistema que me va a dar una gran jubilación si pongo más...” (mujer, entrevista a profesional).

Esta desconfianza de los convocados frente al sistema, y su decisión de mantenerse al margen de los servicios que se ofrecen, guarda relación en cierta medida con una ausencia del Estado como ente regulador y fiscalizador, puesto que permite que el sector privado y los principios del mercado rijan parte importante del asunto. Tanto en las pensiones (administradas por AFPs) como en la salud (con las Isapres) se puede evidenciar la fuerte presencia del sector privado y financiero dentro del sistema de protección social, el cual en algún momento fue regido de manera amplia

⁷ Instituciones de Salud Previsional

por el aparato estatal. Los participantes, describen una falta de políticas públicas y de una participación estatal que provea un mayor control en el tema de derechos sociales. Vale destacar que frente a este tema, varios de los trabajadores participantes, contrastaban las características del sistema actual con el sistema antiguo –previo a la dictadura militar- en el que el acceso a protección social era administrado por el Estado y poseía una lógica solidaria de repartición.

“En el fondo la ausencia de una política pública, de una política de Estado en torno a la salud, a la previsión es lo que atenta al acceso que tenemos todos. Por ejemplo, la previsión uno no la quiere pagar [...] uno no la paga porque sabe que las AFP, porque uno sabe que esa plata la van a invertir quizás donde, y van a rentar y si hay pérdidas se las transmiten a sus usuarios, no las asumen ellos y yo personalmente por eso no tengo previsión. Y la salud un poco lo mismo, porque media una relación contractual, un contrato con un privado que no tiene nada que ver con el Estado, que no tiene nada que ver con una política pública, una política de seguridad que esté amparada por el Estado, que es lo que uno esperaría” (hombre, grupo focal de profesionales).

“...Soy más de la ideología de que quizás el Estado tenga un rol mucho más fiscalizador en ese tema, es necesaria una mayor intromisión del Estado en ese tema, de mayor compromiso por parte del Estado en el tema de las pensiones. No creo en la capitalización individual, porque claramente ha perjudicado a muchas personas. El sistema antiguo era muy bacán, porque el setenta por ciento de tu sueldo tú lo ibas a recibir en pensiones y que de un momento a otro se haya cambiado el sistema, que te hayan prácticamente obligado con la mula de, ‘no, pero es que ahora tú vas a cotizar de acuerdo a lo que tú ganaste, no tienes por qué darle al de al lado si tú vas a tener lo que tú lograste’ esa es una mentira, totalmente, entonces no creo en la capitalización individual, si esa cuestión es claramente puro negocio de las AFP.” (mujer, entrevista a profesional).

El segundo factor que opera como barrera para el acceso a la seguridad social, pero que a la vez se conforma como un facilitador para acceder al sistema de salud, dice relación con la priorización en relación a la urgencia de las cosas: lo inmediato versus lo lejano. Entre los participantes hubo cierto consenso de que la jubilación y la necesidad de pensión se ve como algo distante, por lo que se le resta importancia al no verse como algo urgente. Con la salud no sucede lo mismo, las personas tienden a asegurarse de algún modo y facilitar su acceso a centros de salud, dado que comparativamente les parece algo inmediato, y por ende más necesario.

“Como problema la previsión, la jubilación como problema existencial del presente, está muy lejos. En cambio ante una eventual enfermedad o cualquier cosa, mejor tener salud. Ahora, si tú me preguntas si es que tengo un juicio crítico sobre las AFP... obvio. Circulaba en estos días un investigador, xx era el apellido, y decía que en un año una AFP recibe 4 veces lo que entrega. Suficiente argumento para decir que no funciona esto” (hombre, entrevista a profesional).

c) Aplicación del modelo de barreras a la cobertura efectiva de salud

Para analizar la relación del sistema de salud con el acceso efectivo a la salud de las y los trabajadores informales, se toman como referencia las etapas para el acceso efectivo a salud del Modelo de Tanahashi, vinculándolo con las declaraciones de los participantes del estudio. Basado en esto, se evidencian varias características del sistema de salud que se constituyen como barreras en los ámbitos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto.

Como barreras de Disponibilidad de servicios, se releva el tema de los recursos físicos y humanos (profesionales jóvenes), así como también de horas médicas disponibles. En general, se destaca la presencia de una excesiva demanda por horas médicas que termina por colapsar la oferta de éstas. Es así como se generan tiempos de espera de incluso meses para conseguir hora con un especialista.

“Para pedir una hora en el consultorio tienes que estar a las siete de la mañana, para el hospital tienes que esperar tres meses para que te deriven; y en el sistema privado también es lo mismo, o sea aunque estés pagando igual también te atienden mal” (mujer, entrevista a profesional).

“[la salud] Es un servicio malo en general, está burocratizado, con poco recursos, con despilfarro de recursos y el nivel técnico es súper bajo en general. Con esfuerzos o intentos pero falta mucho que consolidar, y eso está asociado a los sueldos, en general son profesionales jóvenes y nadie que tenga experiencia más sustantiva se queda. El mundo de los médicos es terrible, se van súper temprano, atienden en [mala] forma, en salud mental es terrible, atendiendo uno tras otro [...] tienen 3 o 4 diagnósticos y 3 o 4 fármacos y meta aplicando a lo que venga. Entonces nada, es precario” (hombre, entrevista a profesional).

Otro factor relevante referido al tema específico del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades laborales, es que las y los trabajadores informales carecen de este derecho que el empleador gestiona; esto implica que ante cualquier accidente o enfermedad ocupacional, la disponibilidad al acceso de servicios de salud y de poder denunciarla como de “laboral” y acceder a los beneficios contemplados en la ley, no se encuentra disponible para este perfil de trabajadores.

Por otro lado, otra etapa del Modelo de Tanahashi que implica barreras para el acceso a servicios de salud es la de Accesibilidad, referida primero que nada al tema de los altos costos que implica para una persona sin previsión en salud pagarse los medicamentos y atenderse en un centro médico - especialmente si la atención es de urgencia-. Esta situación puede llegar a ser bastante común al no tener las imposiciones del contrato que permiten la cotización en salud.

“Si tú te enfermas y no tienes previsión, gastas cincuenta mil pesos por lo bajo” (mujer, entrevista a profesional).

Más aún, se puede observar que el hecho de ser trabajador a honorarios genera desventajas en comparación a los empleados contratados formalmente como funcionarios del Estado, dado que la opción de justificar una ausencia al trabajo para ir a algún centro de salud es bastante limitada, y la posibilidad de que paguen los días con reposo médico también es reducida; esto se traduce finalmente en que las y los trabajadores informales llegan a temer perder el trabajo y/o parte del sueldo si se enferman, situación que los trabajadores a contrata y de planta no experimentan. Esto de alguna manera obligado a las y los trabajadores informales a no tener derecho a enfermarse: *“los honorarios no nos enfermamos”*.

Por otra parte, la organización horaria de los servicios de salud en general no resulta adecuada para la población trabajadora –con énfasis en los informales-, lo cual significa una gran barrera de accesibilidad. Este problema se potencia con los tiempos de espera en los centros de salud.

“Como solamente tengo seis días administrativos, que no son tan administrativos, obviamente va a dificultar el acceso porque si nosotros sabemos que dan pocas horas en las atenciones y me dan una hora y yo tengo solamente seis días en el año, o sea como voy a poder asistir a esa hora médica, o sea es súper difícil esa situación y como no tengo los respaldos que tiene un contratado” (mujer, entrevista a profesional).

Por otra parte, aspectos más bien culturales referidos a discriminación de género presentes en la conformación de los planes de salud en el sistema privado, se convierten en barreras de accesibilidad para muchas mujeres trabajadoras, ya que por el hecho de ser mujer aumentan de manera significativa los costos de los planes de salud dentro de las Isapres, especialmente cuando las mujeres están en edad fértil. Vale destacar que de manera bastante amplia, la gran mayoría de los participantes –hombres y mujeres- reconocen esta diferencia de género que se hace injustamente como una práctica evidente del sistema de salud privado.

“se ve el tema de la mujer en edad fértil si se va a contratar un plan en Isapre es más alto, entonces obviamente como mujer te perjudica, de hecho la otra vez escuchaba un estudio que decía que las mujeres se enfermaban más, tiraban más licencias, que la mayor parte de las personas con depresión eran mujeres, entonces como que todas esas cosas te afectan al momento de ver el tema de salud, igual estás como súper perjudicada.” (mujer, entrevista a profesional).

Por último, se destaca nuevamente como barrera, esta vez de accesibilidad, el carecer de seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, dado que esto aumenta los costos de atención tal como pasa al no estar cotizando para la salud general.

Por otro lado, siguiendo con la lógica del Modelo, el estudio obtuvo como declaración de barrera de Aceptabilidad la presencia de discriminación de los honorarios del Estado por su condición de informalidad, específicamente por carecer del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; factor que también ha sido barrera en las otra 2 etapas anteriores. La atención efectiva de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales es un problema característico

de los trabajadores informales no sólo respecto a la Disponibilidad y Accesibilidad de los servicios en salud, sino también por el hecho de vivenciar diferencias en la atención entre los trabajadores de planta y a contrata con los de honorarios y subcontratados. Los dos primeros pueden ser atendidos sin mucho problema en los servicios de salud declarando su problema como accidente o enfermedad laboral gracias al seguro que les otorga el empleador por contrato; pero los dos últimos se ven discriminados de esta atención al carecer del seguro, a pesar de que la raíz del problema de salud sea efectivamente laboral.

“De hecho a mí una vez, en la oficina, me entró algo, no sé qué, al ojo [...] me dice ‘oh, su ojo’; sí, algo me entró y la verdad que ya me tenía preocupado porque lo tenía muy hinchado, muy rojo. Me dice, ‘si quiere llamamos a la ACHS⁸⁸, porque el servicio está asociado a la ACHS. ¿Usted qué es?, no se vaya a ofender, pero ¿usted es contrata, planta, honorarios? Honorarios, ya’, me dijo, ‘yo puedo llamar y a usted le van a hacer la atención primaria, pero el resto es por su cuenta.’” (hombre, grupo focal de no profesionales).

Respecto a la etapa final que debiese ser superada para lograr una cobertura efectiva en salud según el modelo de Tanahashi, denominada Contacto de servicios, los participantes declaran insatisfacción en la atención que les dan muchos de los profesionales de los centros de salud, tanto en el trato como en el intento de derivación de un paciente a otro centro de salud de mala manera. En el primer caso se evidencian consecuencias negativas para la salud de los mismos pacientes -que pueden salir más enfermos de cómo llegaron- debido a las malas condiciones en los que se les atiende en urgencias (sumado a problemas de Accesibilidad por la lenta atención de pacientes), mientras que en el segundo se refiere al intento de rechazo de atención médica por no vivir en la comuna del consultorio, a pesar de que sí se le pueda ingresar.

“En un caso que tuve ahora hace poco, mi hijo se enfermó y la urgencia más cercana fue el SAPU y estuvimos desde las nueve hasta las una de la mañana ahí esperando, había un puro doctor, entonces la urgencia al final pasó a ser una consulta médica casi y el parche que te dieron fue pongámosle lo que es inhaladores y para la casa. Entonces fue mala la atención, al final salió más enfermo con el tiempo que estuvo adentro con las demás personas” (hombre, entrevista a no profesional).

“Yo vivo en Ñuñoa y andaba en La Florida en la casa de mi pareja y me empecé a sentir mal, muy mal y me llevó al Sótero del Río y me trataron pésimo, me dijeron ‘¿qué hace usted acá?, si usted vive en Ñuñoa, tiene que ir a tal lado’, y me trataron así pero... de hecho yo estaba con síntomas de pérdida y me trataron pésimo, que por qué me estaba atendiendo ahí, que casi me iban a hacer el favor de atenderme. Entonces yo lo encontré así pero... casi me estoy muriendo y ‘ah no, usted vive en Maipú así que váyase para allá’” (mujer, entrevista a profesional).

⁸⁸ Asociación Chilena de Seguridad

d) Facilitadores para el acceso a salud y seguridad social

Cabe destacar que también los participantes identificaron algunos facilitadores dentro del sistema de protección social chileno que contribuyen a que las y los trabajadores lleguen a acceder al sistema de salud y a la seguridad social. En el caso de la salud, además del tema de la percepción de inmediatez y necesidad más urgente que se tiene frente a la salud planteada anteriormente, también existen dos características facilitadoras identificadas por las y los trabajadores, la primera de ellas dice relación con la presencia de redes personales de apoyo que, sostienen según sostienen los individuos, les permiten enfrentar de mejor manera los problemas de la vida cotidiana. El hecho de que las personas puedan tener contactos y redes con trabajadores del sistema de salud o de centros de atención en particular, los posiciona en un nivel de mayores ventajas y les facilita un acceso más expedito al sistema de salud.

“No coticé por FONASA, como yo tenía la tarjeta PRAIS y me arreglaba bastante bien con los contactos que tengo. Necesitaba una hora y llamaba al Municipio”
(hombre, entrevista a no profesional).

Sin embargo, se debe explicitar que este facilitador constituye una herramienta que opera en los márgenes del sistema, puesto que de alguna manera opera a nivel de prácticas “no deseables” que finalmente ocurren justamente producto de las dificultades que las personas encuentran para lograr un acceso efectivo a la salud utilizando los mecanismos regulares de acceso.

Por otro lado, también se encuentran elementos de carácter institucional que facilitan a las personas que no poseen los requisitos habitualmente requeridos para acceder al sistema público de salud logren hacerlo. Este es el caso de credenciales que permiten el acceso al sistema público de salud en una modalidad libre de pago directo o indirecto, tal sucede con la atención por medio del nivel A del FONASA que es otorgado a las personas “carentes de recursos” o con la tarjeta PRAIS que otorga gratuidad en la atención de salud a los exonerados políticos de la dictadura militar y de sus familiares. Ambos sistemas se encuentran dentro de las políticas sociales no contributivas focalizados en personas de determinadas condiciones. En este sentido, vale destacar que ambas políticas serían facilitadores para grupos específicos de personas, no tienen una concepción universalista de acceso a derechos, ni tampoco poseen una orientación específica a las limitaciones de acceso y protección social relacionadas con trabajo informal.

En el caso de los facilitadores para el acceso a seguridad social, los participantes indicaron entre éstos el hecho de que el sistema establezca la obligatoriedad de cotizar en los fondos de pensiones para poder cotizar en el sistema público de salud (FONASA). Esta obligatoriedad es considerada un facilitador en la medida que utiliza la importancia que las personas le asignan al acceso a la salud como un mecanismo para llevarlas a formar parte y realizar las acciones requeridas para participar del sistema de pensiones, el cual es visto como algo más postergable dada la sensación de su lejanía temporal. Es así como, una buena parte de las y los trabajadores convocados declaran que en la práctica están cotizando en un fondo de pensiones sólo por ser esto un requisito para

acceder al sistema público de salud, pero de todas formas esto es connotado por muchos de ellos como algo positivo pues consideran que de esta forma hacen algo que debiesen hacer pero que si no fuese obligatorio no harían por no considerarlo urgente.

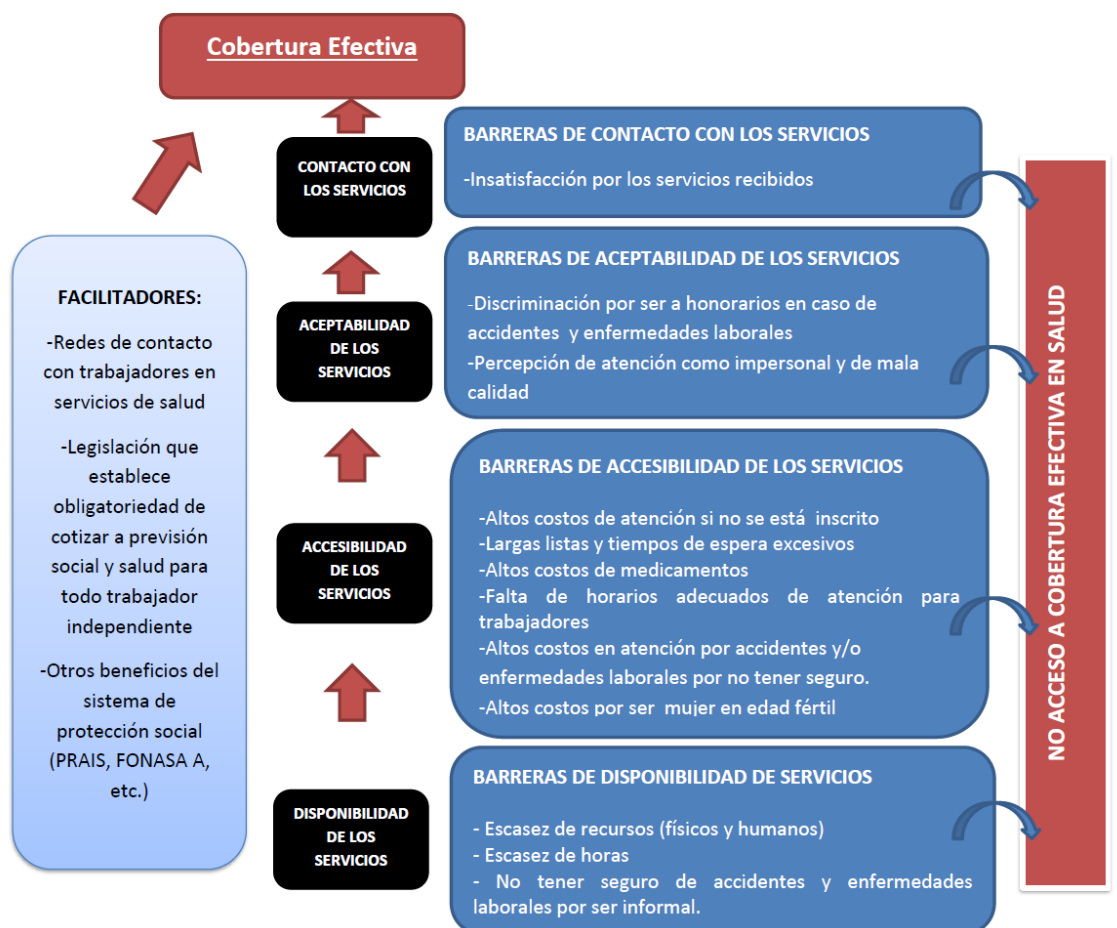
Por otro lado, entre los mecanismos que son provistos por el Estado para superar el no acceso de determinados grupos de la población, se consigna la existencia de la “Pensión Básica Solidaria”, este mecanismo corresponde a una forma de pensión que en cierta medida es independiente de las contribuciones a la seguridad social realizadas por los trabajadores a lo largo de su vida laboral, sin embargo, se trata de una pensión mínima orientada específicamente a los grupos más pobres. Por esta misma razón, si bien la Pensión Básica Solidaria es reconocida como una buena estrategia, las y los trabajadores que participaron de este estudio no la consideraban como una solución a su falta de acceso a seguridad social, puesto que estos trabajadores del Estado no son trabajadores pobres.

Para finalizar, es importante señalar que como nuevo facilitador tanto para salud y seguridad social, en Chile se promulgó una nueva ley que obliga a todo trabajador independiente con boletas a honorarios a cotizar en previsión social desde el año 2015, y en salud desde el 2018. La cotización considerada es de alrededor del 21% del ingreso mensual para destinarlo a protección social –pensiones, seguros de accidente y enfermedades profesionales, y salud- siendo un 7% de este porcentaje destinado a la salud de las personas y un 10% para sus pensiones.

Esta nueva ley ha tenido varias reacciones dentro de las y los trabajadores informales, dado que un amplio grupo de los participantes no confían en el sistema previsional chileno y no están de acuerdo con entregarle parte de sus ingresos a las AFPs. De esta manera, si bien la nueva ley promueve la posibilidad de que las y los trabajadores informales accedan a la seguridad social y a la salud, hay barreras de aceptabilidad que se presentan producto de las características que posee el propio sistema de pensiones en Chile, además de considerar que este tipo de políticas – especialmente en el caso de las y los trabajadores que trabajan a honorarios en el Estado y que tienen una relación de dependencia con su empleador- hace evidente una transferencia de la responsabilidad por la seguridad social a los propios trabajadores desde una lógica individual.

“En cuanto a las cotizaciones por previsionales, encuentro que la iniciativa que ahora están llevando a cabo, el hecho de que en vez de devolver el dinero de los impuestos, lo dejen para las cotizaciones, lo encuentro bueno, porque generalmente uno es bien irresponsable y no se preocupa de la importancia que tienen las pensiones, entonces en ese sentido hay que empezar a obligar a la gente a cotizar, especialmente por el hecho de que hay tantos honorarios... entonces es necesario. Y es muy dramático el tema de aquellas personas que trabajaron toda su vida y ganaron un sueldo bien, de cuatrocientos - quinientos mil pesos, y como nunca cotizaron, después no tienen derecho a nada” (mujer, entrevista a profesional).

Figura 2: Modelo de evaluación de equidad de acceso e identificación de barreras y facilitadores en trabajadores informales del sector informal: trabajadores informales del Estado.



Fuente: Elaboración propia en base a Orientaciones metodológicas del programa Comunas Vulnerables, Ministerio de Salud de Chile 2009.

Cuadro de síntesis

- En el relato de las y los trabajadores informales del Estado, se hace evidente el “ser trabajador” como una primera barrera para acceder a la salud, a lo cual se suma la informalidad como un segundo obstáculo en la medida que el sistema de salud no tiene mecanismos específicos para incluir a este tipo de trabajadores en sus beneficios.
- La informalidad del empleo también actúa como barrera para la salud en aquellos casos en que las y los trabajadores informales poseen una relación de dependencia con su empleador, la cual no está sujeta a la protección de sus derechos laborales producto de su carácter informal. En este escenario, las y los trabajadores ven restringido su “derecho a enfermarse”.
- El sistema de salud genera una serie de barreras para la cobertura efectiva de las y los trabajadores informales en distintas etapas, desde la Disponibilidad y Accesibilidad hasta la Aceptabilidad y Contacto con los servicios. Entre éstas destacan la barrera de horarios y de gastos asociados a la atención de salud como las más mencionadas por las y los trabajadores.
- La informalidad del empleo se configura como una barrera para el acceso a la seguridad social de las y los trabajadores, ya que el diseño del sistema de protección social en Chile obedece a una lógica principalmente contributiva y basada en el empleo formal.
- La desconfianza de las y los trabajadores frente al sistema de pensiones y al sistema privado de salud opera como una barrera sociocultural para su incorporación a dichos sistemas.
- Dentro de los facilitadores al acceso a protección social, se destacan algunas iniciativas de protección social no contributiva. Sin embargo, su carácter focalizado fundamentalmente por criterios de pobreza les da un uso limitado entre las y los trabajadores informales.
- En general, se observa como principal barrera tanto al acceso a la salud como a la seguridad social, la ausencia de una política universal que asegure el acceso a la protección social como una garantía ciudadana.

5.3- Empleo Informal y su Relación con Salud y Bienestar

En esta sección del análisis cualitativo se pretende reseñar distintas características y significados sobre salud y bienestar que se observan en las y los trabajadores a honorarios en el Estado chileno, a la vez de discutir el impacto que dicha condición laboral tiene sobre la salud física y mental.

a) Significados asociados a la salud

Los trabajadores informales del Estado constituyen, en general, una población de gente joven y relativamente sana. Sus apreciaciones, por tanto, están en cierto modo mediadas por esta condición. La autopercepción relativamente generalizada de que ellos “no se enferman” probablemente puede estar mediada por la juventud de este grupo. No obstante, una de las principales características del trabajador a honorarios es la desprotección en que se encuentra debido a la ausencia de cotizaciones para previsión social y salud. La exclusión en que se encuentran con respecto al sistema de salud se expresa en los discursos, los cuales muestran las tensiones propias de la inmediatez de un requerimiento de salud, para lo cual no se cuenta con la capacidad para responder.

“Es que es muy inmediato, la AFP como que uno lo ve como algo lejano, pero la necesidad de tener que ir al médico es algo que es mucho más inmediato” (hombre, grupo focal de profesionales).

Al profundizarse con respecto a este tema, la informalidad cobra otro significado en cuanto a su impacto sobre la salud. El discurso individual se complejiza al referirse a la situación familiar. La desprotección de las y los trabajadores informales tiene un peso mucho mayor cuando incide en dificultades de acceso para la atención oportuna de los miembros de su familia. La no cotización para salud, en este contexto, aparece entonces como una potencial fuente de estrés constante.

“Gracias a dios tuve a mis hijos [cuando trabajaba] en el sector privado. Ahora me vine a honorarios y por lo menos son sanos los niños, pero para mí es una preocupación pensar que algún día se pueden enfermar de algo grave [...] En ese sentido me complica bastante, no poder responder ante una enfermedad grave, y si lo hago, quedar endeudada para toda mi vida” (mujer, grupo focal de profesionales).

b) Salud y bienestar en el trabajo

Este grupo de trabajadores y trabajadoras que laboran en el Estado parece sentirse relativamente bien en sus lugares de trabajo. Al referirse a su salud laboral, aluden a características físicas de las ‘oficinas’ donde se desempeñan, que en general son adecuadas para sus requerimientos. Las

condiciones materiales de trabajo, el medio ambiente físico y organización del trabajo (jornadas, especialmente) son por lo tanto valoradas positivamente, en particular, cuando contrastan esa situación con las condiciones que podrían tener en el sector privado, particularmente en relación con la jornada laboral, puesto que la estructura horaria del sector público es ordenada y más corta que en el sector privado, y en general se respeta. La extensión de la jornada más allá de lo estipulado es más bien excepcional.

“Yo creo que un conjunto de cosas, desde cómo te relacionas con la gente, con tus compañeros; el lugar en el que estás, si estás en un lugar cómodo, si cuentas con un espacio para comer, si el lugar de trabajo es adecuado, si cuentas con todos los recursos para poder desempeñar tu trabajo, yo creo que todo eso es como un conjunto de cosas para el bienestar propio. Y en el lugar donde yo estoy encuentro que es bastante apropiado.” (mujer, entrevista a profesional).

Sin embargo, los problemas se pueden hacer más evidentes al comparar su situación con la de otros colectivos de trabajadores o en relación a anteriores situaciones de trabajo, puesto que al pasar a ser trabajadores informales han quedado desprotegidos. La relativa percepción de bienestar laboral en las condiciones de trabajo en el Estado se opone claramente a la inseguridad y vulnerabilidad que produce la condición de honorarios.

“El hecho de trabajar a honorarios no ayuda a la salud, por el hecho de que una está en constante estrés de que te van a echar en cualquier momento” (mujer, entrevista a no profesional).

La inseguridad también se expresa en la desprotección existente frente a potenciales problemas de salud derivados de accidentes del trabajo, puesto que la actividad en el sector público muchas veces implica trabajo en terreno. En dichas situaciones, las y los trabajadores informales no tienen cobertura del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley 16.744). En el sentido original de esta Ley, la responsabilidad de velar por la salud de las y los trabajadores era del empleador, el cual debería informarle a todo quien trabaje en sus dependencias los riesgos a que está expuesto y, además, pagarle al organismo administrador de la ley correspondiente (sea mutual o ISL) el monto de la cotización de acuerdo a la dotación de la empresa o institución. En el caso de las y los trabajadores informales del Estado, que no son autoempleados ni independientes, el efecto de la obligatoriedad de cotizar para este seguro es, en cierto modo, transferir la responsabilidad que tiene el Estado como empleador de proteger la salud de quienes trabajan en él hacia el plano estrictamente individual, lo cual resulta a lo menos paradójico siendo la salud de la población trabajadora un tema que debiera ser una prioridad estatal.

La reconocida dificultad que existe en nuestro país para demostrar que un problema de salud está relacionado con el trabajo, sea accidente laboral o enfermedad profesional, se agrava en el caso de las y los trabajadores informales del Estado, a quienes por ejemplo se les señala explícitamente que los accidentes del trayecto no están contemplados como laborales.

“Porque si en el trayecto me pasara algo tú no sabes si va a funcionar, porque soy honorario. En rigor no correspondería que el Ministerio hiciera nada.” (hombre, entrevista a no profesional).

“...Y en las mutuales de por sí hasta mis compañeros que están a contrata les dicen que los accidentes no fueron dentro de los horarios laborales. Mi compañero tenía tendinitis al hombro y le dijeron que no se considera laboral” (hombre, entrevista a no profesional).

En los discursos se releva la existencia de problemas de salud derivados de factores ergonómicos, que confirman los efectos descritos en la literatura que asocian trabajo informal y salud. Asimismo, las y los trabajadores informales del Estado dan cuenta de la presencia de riesgos psicosociales tales como el hostigamiento laboral, cuya consecuencia directa, aparte del daño a la salud mental que implica, es la mala calidad de clima laboral.

“Bueno ahora ha mejorado bastante sí con los años porque se ha incentivado más la prevención de riesgos. Todo el tema de seguridad también en el Ministerio se ha instalado hace varios años ya. Por lo menos 8 años o más. Al principio era bien precario, de hecho también los computadores no eran adecuados, las sillas no eran adecuadas. Tú te podías caer fácilmente de una silla, que no eran las adecuadas, no eran ergonómicas para nada. Y por eso también muchas veces sufrí de tendinitis, pero como uno sabe y ya ha trabajado un montón de años en esto [...] ya no me esforzaba más de lo normal, porque si no se hacía agudo.” (hombre, entrevista a no profesional).

“En cuanto a clima laboral éste es pésimo [...] de parte de la jefatura, hostigamientos. Si uno no opina lo mismo que ellos pasa a ser del bando contrario.” (mujer, entrevista a no profesional).

Y es precisamente la incidencia del trabajo en la salud de los empleados uno de los temas estructurantes para entender la desprotección de la cual hablan ellos. La salud no está solo conceptualizada como la visita al médico o la posibilidad de acceder a planes con un prestador; la salud se construye –y destruye– diariamente por las propias condiciones laborales, donde la inestabilidad, la incertidumbre y la falta de proyecciones conforman un escenario que podría ser etiquetado de “poco saludable”.

“Generalmente los problemas con las condiciones saludables con nuestros trabajos tienen que ver con cuestiones de orden mental o psicológico que es la permanente incertidumbre, de un año para otro o de un mes para otro que te puedan cortar en el trabajo, inestabilidad laboral u otros temas que acá también salieron, sentir que no te están pagando lo justo por un trabajo, todas esas cosas son las que atentan contra las condiciones saludables, de salud en el ámbito en que nosotros nos desenvolvemos, y en el Estado eso tiende a darse bastante” (hombre, grupo focal de profesionales).

“Y el tema un poco de la frustración o el impacto de estar en el sistema público porque hay un sentido social de trabajar [...] no sé si rabia es la palabra correcta, un poco de malestar considerando que el Estado no se está haciendo cargo de sus trabajadores y te está quitando tus mejores años de trabajo, y que los temas de salud y que tienen que ver con un bienestar

actual y futuro, te los tienes que costear tú a costa de tu bolsillo. O sea, te enfermaste, cagaste. Te pasó algo, lo mismo” (mujer, grupo focal de profesionales).

La suma de los distintos factores que configuran el empleo a honorarios redundan en la percepción de riesgos psicosociales que expresan los hablantes, los cuales –quizás asociado al perfil de los convocados- se decantan por el ámbito de la salud mental, situación que es particularmente ilustrada por una persona que antes trabajaba en labores físicas y ahora está en un puesto administrativo.

“Del lado que yo venía, cargando las cosas, tenía dolores de lumbago o tenía dolores musculares y en la oficina cambian, en el momento que hace poco tuve un cierto grado de estrés y se me empezó a caer el pelo; entonces ya cambiaron, ya no es un dolor físico sino que un dolor mental” (hombre, entrevista a no profesional).

Cuadro de síntesis

- Las y los trabajadores del estudio señalan que su condición laboral informal afecta su salud y bienestar y pone en riesgo a sus familias.
- La percepción de salud y bienestar en el trabajo se asocia principalmente a condiciones materiales del trabajo, como contraparte el malestar y la inseguridad son asociados a las condiciones de empleo.
- Entre los elementos de la informalidad, lo que más les afecta es la vulnerabilidad, la inestabilidad y la desprotección en salud.
- Desde el punto de vista del bienestar, valoran positivamente su trabajo en lo que refiere a las condiciones físicas y la organización del trabajo.
- En materia de salud laboral, existe desprotección con respecto a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, se transfiere al ámbito individual la responsabilidad que debiera tener el empleador en este ámbito.
- La presencia de riesgos psicosociales que se asocian al hostigamiento y a la inseguridad laboral redundan en mala salud mental de las y los trabajadores.

5.4- Estrategias para enfrentar el no acceso o acceso deficitario a seguridad social y salud

En este apartado se describen las principales estrategias utilizadas por las y los trabajadores para enfrentar el no acceso o el acceso deficitario a los sistemas de seguridad social y de salud. Dentro de cada ámbito, se establecen dos criterios principales de categorización: la utilización de estrategias dentro del marco institucional ligado mayormente al sistema de pensiones, y las estrategias utilizadas fuera del marco institucional. Asimismo, se describen prácticas de utilización de estrategias ligadas principalmente al ejercicio de derechos laborales.

a) Estrategias para enfrentar el no acceso o acceso deficitario a seguridad social

Existe consenso en relación a la importancia de contar con un sistema de seguridad social, no obstante son diferentes las estrategias -tanto dentro como fuera del marco institucional- que se presentan para destinar ingresos que puedan ser utilizados una vez finalizada la vida laboral. Dado que los trabajadores informales no pagan imposiciones por falta de contrato, éstos se manejan de manera individual escogiendo estrategias que según sus criterios son las mejores: está la cotización en las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs), ahorros personales, Fondos Mutuos, el tener un negocio rentable para el futuro, e inclusive es considerada la idea de esperar los años hasta que todo el sistema de pensiones colapse y tenga que aparecer uno mejor. A modo general, aparece de manera evidente una aprensión en relación a la regularidad de las cotizaciones.

“Lo que yo tengo es un fondo mutuo, para mi seguridad posterior es reemplazar la AFP por el fondo mutuo y además mantengo una cuenta de ahorro que está constantemente subiendo...”
(hombre, entrevista a no profesional)

Entre de las estrategias en seguridad social dentro del marco institucional, están quienes cotizan en el sistema de AFP y especulan con la cotización en los diversos tipos de fondos. De igual manera, esta práctica se observa en personas que están informadas de la economía mundial y de cómo funciona, dado que ante cualquier crisis monetaria se sabe conveniente retirar el dinero de una bolsa riesgosa y ponerlo en una más conservadora, de tal manera que uno no vaya arriesgando el monto de su pensión.

“Yo creo que la única forma de que uno pueda beneficiarse a través de esto, es saber jugar con el tema de los fondos. Fondo A, fondo B, etc. es la única forma de beneficiarse con el tema de las pensiones. No sé, tengo entendido que no influye tanto los años de haber cotizado, sino más bien las ganancias influyen por lo que uno sabe moverse entre los fondos” (mujer, entrevista a profesional)

“Es que encuentro que en este sistema uno no va a ganar nada con la AFP, nada , pero hay que tratar que la plata que uno pone, hay que tratar de que la gasten lo menos posible, es como la Bolsa, entonces cuando hay crisis sacar la plata de la cuestión más riesgosa y ponerla en la menos riesgosa y como tienes tan poca plata, yo la pongo en el D que es el conservador, el E es para los jubilados, que te invierten poco, por último para que esa plata se mantenga y no se desvalorice.” (mujer, entrevista a profesional).

Por otro lado, existen estrategias fuera del marco institucional las cuales son llevadas a cabo por los participantes básicamente por no creer en el sistema de las AFP –tal como fue mencionado en el apartado de Barreras- o para asegurarse un mejor futuro económico con negocios o inversiones que sean rentables en el tiempo. En el caso de esta última opción, se trata preferentemente de trabajadores profesionales ligados laboralmente con el Estado en base a la modalidad de honorarios y que presentan mayores ingresos.

“(…) Más vale asegurarse un poco, pero más que darle plata a la AFP mejor pensar en invertir en algo donde yo tenga el control, que regalarles la plata a otros.” (hombre, entrevista a profesional).

“Mi idea, es comprar una parcela y construir, eso se va a valorar, en el mediano plazo vender eso y capitalizarlo con otra forma.” (hombre, entrevista a profesional).

“Yo hago también esa estrategia, tengo una casa en la playa, que la compré hace poco, hace dos años atrás, y esa casa en la playa se rentabiliza en los meses de diciembre, enero y febrero [...] y además de eso tengo dos taxis que por el momento están pagándose solos y sobra algo”. (hombre, entrevista a no profesional).

Especialmente en el caso de trabajadores informales que llevan muchos años en su condición de honorarios, la estrategia para una buena jubilación no se ve prometedora si es que los años de imposición al sistema de pensiones es reducido, irregular y/o por un monto bajo, por lo que la opción de una inversión en otro negocio es la alternativa más tentadora y segura. De esta manera, aparecen estrategias que no consideran el recibir en el futuro la Pensión Básica Solidaria, política pública con pretensiones de universalización del acceso a protección social, pero con una evidente práctica de entrega de pensiones focalizada en grupos de menores ingresos.

“Esa es la estrategia, más bien pensar en invertir que meterse en una AFP. Yo tengo 33 años y llevo 10 años trabajando, en los que no me he impuesto nada, entonces de 33 y de eventualmente hasta los 65 son casi 30 más [...] a esta edad tienes que decidir o meterte en una AFP para que en 30 años logres hacer un buen ahorro, ya habiendo perdido 10 o decir ‘a la mierda con esta cuestión’ y realmente tomar otra alternativa, que sería por esta vía de tratar de capitalizar una inversión en algo seguro y rentable.” (hombre, entrevista a profesional).

Por último, vale destacar que en algunos casos se encuentran personas que aplican estrategias de seguridad social combinando estrategias dentro y fuera del marco institucional, utilizando

simultáneamente fondos de AFP, APV (Ahorro Previsional Voluntario) y seguros de ahorro con adquisiciones en bienes raíces para asegurarse así un futuro con mejor pensión sin preocuparse de gastos altos y necesarios para más adelante cuando ya no se trabaje, como el tema del arriendo de la vivienda.

“Tengo un APV, voy a empezar a cotizar en AFP, tengo seguro con ahorros, también voy a empezar a tener plata para la vivienda, para comprarme un bien raíz” (mujer, grupo focal de profesionales).

b) Estrategias para enfrentar el no acceso o acceso deficitario al sistema de salud

Dentro de las prácticas más comunes establecidas por los convocados del estudio era el de cotizar autónomamente en algún fondo de salud, sea éste público (FONASA) como privado (ISAPRE). No obstante, esta estrategia de cotización utilizada no es utilizada por trabajadores, preferentemente no profesionales, con menores ingresos.

“Igual en la Isapre vas y compras tu bono y también tienes que sacar plata, más encima de lo que pones” (mujer, grupo focal de profesionales).

“Yo en mi caso cotizo como trabajador independiente, pago aparte, porque no es la idea estar sin salud.” (hombre, grupo focal de no profesionales).

“Mi condición, por ejemplo, hoy en día en términos líquidos, gano lo mismo que ganaría si fuera a contrata con los descuentos. En vez de los descuentos yo me pago personalmente mi Isapre, y esa plata es un plus que está considerada como si fuera un contrato” (hombre, grupo focal de profesionales).

Estas estrategias son comunes incluso en las personas que desconfían en cómo funciona el sistema, dada esta percepción de cercanía e inmediatez que se siente ante alguna eventual enfermedad en comparación con la sistema de pensiones, que se ve más lejana, tal como se señaló en el apartado de Barreras.

Existe un número reducido de participantes que comprenden su situación de informalidad no tan distinta como la de los compañeros contratados en términos de acceso a salud, dado que hay algunas instituciones públicas de trabajo que ofrecen a todos los trabajadores –sin importar su condición laboral- la opción de consulta médica a bajo costo.

El tema de la edad es importante para saber qué estrategias son las que llevarán a cabo las y los trabajadores, dado que como se señaló anteriormente, el ser joven en muchos casos implica el no preocuparse por salud ni pensión, pero al momento de estar en rangos etarios más altos –y no tan altos- el interés por tener previsión aumenta. Es así como dependiendo de la edad, los

participantes modifican su visión frente a la necesidad de previsión, como también el cuestionarse prácticas específicas para ver qué harán ante un problema en salud o para tener una pensión.

“Yo creo que antes de los treinta, nada, ni un peso a nada. Solo mi salario. A los treinta yo empecé a pagarme salud, contratando algún plan de Isapre y ahora a los treinta y tres que tengo ahora estoy pensando en cómo voy armar un mono que me permita prescindir de la AFP” (hombre, grupo focal de profesionales).

Otra de las estrategias inmersas en el marco institucional para acceder a salud, se encuentra motivada principalmente por la existencia de hijos. En el caso de los trabajadores informales sin ingresos suficientes que le permitan cotizarse a sí mismo y a su familia, la práctica más reiterada dentro de los participantes es la de inscribir a los hijos como carga de uno de los miembros de la pareja. El tema se complejiza cuando se toma la opción de que sólo uno de los cónyuges, generalmente el que recibe mayores ingresos, se cotice, ya que el otro miembro de la pareja queda desprotegido y fuera del sistema de salud. Esta es una opción que se presenta fundamentalmente cuando se trata de trabajadores que poseen rentas bajas.

Por último, algunos trabajadores poseen la alternativa de utilizar derechos especiales de otorgados por el Estado para acceder al sistema público de salud. Este es el caso de aquellos que son beneficiarios, junto a sus familias, del programa PRAIS. Estas personas utilizan este beneficio como un mecanismo para suplir la falta de acceso a la salud que se desprende de su condición de informalidad en el empleo.

Por otro lado, entre las estrategias que se desarrollan fuera del marco institucional, se observan casos en donde los participantes optan por no cotizar ni en fondos de pensión ni de salud, dado que varios de ellos son trabajadores jóvenes y sin problemas en salud, por lo que ven que las cotizaciones eran más bien un gasto innecesario y alto. Frente a cualquier problema en salud, prefieren pagar de manera particular y atenderse en el sistema privado de salud, lo cual a pesar de ser caro, les conviene económicamente dada la baja frecuencia de esta atención. Esta estrategia resulta útil en la medida que no se produzca un accidente o enfermedad grave, es decir, mientras los costos de atención sean relativamente bajos, de esta manera, el riesgo es asumido por los propios trabajadores.

“Yo personalmente no me cotizo AFP ni salud y si me llego a enfermar prefiero ver a un particular, aunque salga tres o cuatro veces más. Pero si me enfermo una vez al año voy a pagar un 50% que si estuviera pagando un plan de salud.” (hombre, grupo focal de no profesionales.)

“Todavía no tengo nada y estoy como pensando en entrar a una Isapre o no, ya que por lo menos yo actualmente no me enfermo mucho [...] prefiero hasta el día que me pase algo ir y por último pago particular, pero no me estoy gastando toda la plata todo un año por nada.” (mujer, entrevista a profesionales).

Otros participantes que deciden no cotizar ni para salud ni para seguridad social, prefieren ahorrar su dinero de manera independiente y pagar por su cuenta alguna atención en salud, dado que no les parece válido el tener un descuento mensual de dinero tan alto dentro de su ingreso mensual, en un servicio que de igual manera terminarán pagando una vez que necesite atención.

“Si yo hago una suma ordinaria, anualmente estaría pagando setecientas lucas en plan de Isapre y resulta que cuando me voy a atender igual tengo que pagar. Entonces lo que hago ahora es ahorrar mes a mes en una cajita, y si en algún momento me enfermo, saco de ahí.”
(hombre, grupo focal de no profesionales).

c) Estrategias asociadas al ejercicio de otros derechos laborales

Por último, vale destacar que no es posible observar estrategias en ejercicio de derechos laborales en el marco de la informalidad en el sector formal salvo un par de negociaciones bien personalizadas entre la o el trabajador y el jefe a cargo. En estos casos, las prácticas están basadas en acuerdos respecto a los horarios de trabajo, en horas de lactancia para el caso de madres, o el tema de vacaciones –los que en general sí les son otorgados a los trabajadores a honorarios al igual que a los a contrata-, pero más que nada son ejemplos que reiteran la estructura más bien individual que colectiva de las estrategias de estos trabajadores informales.

Pese a lo anterior, una entrevistada describió una ocasión en donde varios trabajadores, en una instancia de capacitación a nivel país, decidieron exigir que les otorgaran el seguro de accidentes laborales, no como una demanda formal sino más bien como una exigencia planteada dentro de la realización de la mencionada instancia de capacitación. Esta práctica no obtuvo resultados, pero las y los trabajadores han seguido insistiendo aunque no han tenido éxito debido a la permanente conducta evasiva de sus superiores jerárquicos, quienes se transfieren permanentemente la responsabilidad de responder a sus demandas.

“alzamos la voz porque creímos que igual era necesario, pero como te digo de enero a diciembre del 2012 nos dijeron “no, si ya está en trámite bla bla bla”, y estamos a abril del 2013 y todavía no pasa nada, entonces mientras no firmemos nada y no nos digan que en caso de accidente dirigirse a, o llamar a, no hay seguro.” (mujer, entrevista a profesionales)

Cuadro de síntesis

- Entre las y los trabajadores informales del Estado, existe consenso en la importancia de la salud y de la seguridad social, sin embargo, consideran que el sistema de protección social en general no les beneficia y poco confiable (AFPs e Isapres).
- Tanto en el ámbito de la seguridad social como en la salud, las y los trabajadores utilizan estrategias para hacer frente al no acceso o acceso deficitario en el sistema producto de su condición de informalidad. Algunas de estas estrategias llevan a cabo dentro del marco institucional, otras tienen lugar por fuera del sistema y, en algunos casos, se utiliza una combinación de estrategias institucionales y no institucionales.
- Las estrategias utilizadas dentro del marco institucional principalmente se relacionan con la adquisición de seguros voluntarios, sistemas de ahorros previsionales, y movilización de recursos en distintos fondos de acuerdo a las posibilidades que otorga el sistema. Todas estas estrategias están ligadas al sistema de AFPs y a la banca.
- Las estrategias más utilizadas fuera del marco institucional para asegurar una mejor pensión son, en el caso de los profesionales, las inversiones en bienes muebles e inmuebles. Para el caso de las y los trabajadores no profesionales, se privilegia el ahorro y la generación de trabajos alternativos para complementar su renta.
- Los tipos de estrategias utilizadas están mayormente mediados por variables de estratificación tales como el ingreso y la edad.
- En general las estrategias son individuales, las y los trabajadores informales no actúan de manera colectiva. No demandan sus derechos ni enfrentan la desprotección y falta de acceso de manera conjunta.

5.5- Expectativas de los trabajadores informales frente a su realidad actual y frente a sus necesidades en salud y seguridad social

Las expectativas, entendidas como suposiciones sobre el futuro, se inscriben tanto en preocupaciones del futuro inmediato, como también sobre el momento del retiro laboral.

Respecto del futuro próximo, existe el desafío de cambiar de trabajo por uno que entregue mayores garantías laborales, es decir, dejar de ser honorarios; ya que –por otra parte- en dos años más (2015) ese tipo de contrato va a tener la obligatoriedad de pagar cotizaciones, situación que algunos esperan que el Estado asuma como empleador.

“el 2015 si o si, y yo espero no estar en el servicio público, y si estoy en el servicio público, estar a contrata” (hombre, grupo focal de no profesionales).

“Lo que todos estamos esperando es que ojalá el servicio asuma esa carga. Que nos digan ‘desde ahora 2015 ustedes van a seguir recibiendo su sueldo, no se preocupen’, nosotros nos vamos a poner con ese 20%, pero hasta el momento nada” (mujer, grupo focal de no profesionales).

El momento de dejar de trabajar, pero mantener una fuente de ingresos permanente, ya sea la jubilación u otra, es una preocupación de las y los trabajadores. Si bien se ha profundizado en el tema específico de la pensión, las proyecciones de quienes tienen estrategias vinculadas a ingresos alternativos apuntan a tener esos negocios (compra de bienes, emprendimientos) funcionando y dando ganancias.

“Yo estoy pensando que puede ser hasta los sesenta años, mi retiro, ese me gustaría que fuera mi límite, no más allá, incluso si puede ser menos, ojalá menos. Y solamente empezar a vivir de lo que haya llegado hasta esa edad [...] de aquí a veinte años más, ese es mi tope, a los 60 años que debería tener algo más que armado, ya dándome utilidades” (hombre, entrevista a no profesional).

En tanto, entre quienes aún no deciden una fuente de ingresos para luego del retiro laboral, surgió la idea de que es el propio sistema el que va a tener que cambiar para dar salidas a esta situación.

“No tengo oportunidad para invertir pero creo que el sistema público va a hacer crisis, en una década más por lo menos. Ahora va a empezar la crisis porque empieza la generación que es solo AFPs y eso más -yo creo- los movimientos sociales van a hacer revertir la cuestión. Y espero que la reviertan para tener una jubilación” (mujer, grupo focal de profesionales).

VI.- Discusión y conclusiones

¿Qué significa ser trabajador informal dentro del Estado?

Hasta hace algunos años, el trabajo en el Estado era valorado como sinónimo de un trabajo estable, bien considerado, regulado por normas claramente definidas y asociado a una serie de garantías laborales y sociales. Sin embargo, como se evidencia en el desarrollo del presente estudio, esta situación ha experimentado profundos cambios. Las y los trabajadores que se desempeñan dentro del aparato público en condición de trabajadores a honorarios o de subcontratados, se enfrentan a una situación de empleo que es definida por ellos mismos como “de segunda categoría” en comparación a aquellos trabajadores que están a contrata o de planta.

El trabajo bajo la modalidad de honorarios o de subcontratación -trabajo desprotegido y por ende informal- es habitualmente presentado bajo la etiqueta de “trabajo independiente”, donde habría una prestación de servicios de trabajadores independientes al Estado. De esta forma, se produce el ocultamiento de las relaciones de dependencia implicadas en el vínculo laboral que existe entre estos trabajadores y el aparato estatal como empleador. Esta situación deviene finalmente en que el trabajador pierde los derechos que tradicionalmente han estado garantizados por el sólo hecho de participar de un trabajo que implica una relación laboral de dependencia, de modo tal que es el trabajador el que debe asumir por su propia cuenta las responsabilidades y acciones para acceder a derechos sociales antes garantizados como la seguridad social y la salud. Una situación similar se presenta en el ámbito de los derechos laborales, los cuales, lejos de estar garantizados, ahora deben ser negociados individualmente por las y los trabajadores en el marco de relaciones de poder asimétricas, dado que entre los trabajadores informales no se ha configurado un discurso identitario que les facilite la organización y la acción colectiva para la defensa de sus derechos.

El ocultamiento del vínculo de dependencia entre estos trabajadores y el Estado, se hace evidente en el relato de los participantes de este estudio, quienes manifiestan que su cotidianeidad laboral es similar a la de cualquier trabajador formalmente contratado, estando sujetos al igual que ellos al cumplimiento de horarios, asistencia y a seguir las instrucciones y recibir órdenes en su trabajo cotidiano.

El trabajo informal transforma la subjetividad de estos trabajadores, se genera una transformación cultural y subjetiva que hace a las y los trabajadores aceptar este piso de trabajo mínimo o precario como algo que se encuentra dentro de las actuales reglas del juego, entendiendo que estas reglas son así y que deben arreglárselas dentro de ellas. Las y los trabajadores informales viven una “precarización de la precarización”, donde el antiguo concepto de alienación puede resignificarse no sólo en un trabajador que no es dueño de su trabajo -su producto-, sino tampoco de las condiciones en que participa de dicho trabajo, y que es incluido en el mercado laboral sólo

en cuanto acepta un marco normativo -laxo- que es contradicho de acuerdo a las necesidades de cada espacio laboral: exigencia de horarios, asistencia, cumplimiento de órdenes, etc.

A los elementos antes nombrados, se suma la fragmentación de las y los trabajadores en individualidades carentes de metarrelatos⁹; trabajadores socialmente atomizados que no generan vínculos de cooperación con otros trabajadores que se encuentran en su misma situación para el enfrentamiento de sus condiciones desventajosas, generándose la total ausencia de demandas colectivas.

Las y los trabajadores informales reconocen la extrema precariedad de su condición, viendo su situación actual como transitoria y esperan poder cambiar sus condiciones de empleo. Esto evidencia que la informalidad no es una condición elegida por ellos, sino que es la opción que les ha quedado en la inserción al mercado laboral. La forma en que estos trabajadores significan su situación pone en entredicho aquellos argumentos que han intentado explicar la existencia y mantención de la informalidad en base a argumentos de racionalidad individual y elección (veáse De Soto, 1987).

La gran diferencia que experimentan las y los trabajadores informales dentro del Estado en comparación a sus compañeros de trabajo “formales”, es la carencia de los derechos que se derivan de un vínculo laboral de dependencia. La informalización de cada vez mayores grupos de trabajadores, se relaciona con la transformación y flexibilidad del mercado laboral, que tiene lugar a nivel global, donde las relaciones de empleo se han ido transformando, poniendo juego la existencia de un empleo formal estándar. Por otra parte, esta tendencia da cuenta de una disposición a la de reducción del Estado, tanto en la generación de políticas sociales, perdiendo paulatinamente su rol protector, como en su propio funcionamiento apelando a una mayor eficiencia en su gestión (Fleury, 2001).

En el caso de estos trabajadores que se desempeñan en el sector público, la reducción del Estado trae una doble consecuencia, puesto que por un lado experimentan el déficit de protección derivado de la retirada del Estado de su rol garante de los derechos sociales y laborales y, por otro, son los receptores de una estrategia de desvinculación, donde el Estado se orienta a la disminución de sus recursos humanos, supliendo sus necesidades a través de la contratación de trabajadores a honorarios o mediante la modalidad de subcontratación.

Estas dinámicas, tan habituales en los nuevos mercados de trabajo “modernos” y “flexibles”, cristalizan en que el trabajo ya no es visto como el medio de inclusión social y de garantizar el acceso a los derechos sociales, sino que es considerado más bien como un medio de subsistencia que es necesario, pero que no es garantía de inclusión ni de seguridad. Las y los trabajadores se

⁹ Los **metarrelatos** son asumidos como discursos totalizantes y multiabarcadores, en los que se asume la comprensión de hechos de carácter científico, histórico y social de forma absolutista, pretendiendo dar respuesta y solución a toda contingencia (Lyotard, 1991).

ven a sí mismos como sujetos individuales que deben autogestionar su seguridad social, su salud y las diferentes clases de riesgos que enfrentan en su vida, los trabajadores quedan individuados (Robles, 2000, 2005) en el marco de un Estado de bienestar teórico que en la práctica no ofrece la protección social como garantía ciudadana.

Una expresión patente de lo anterior se presenta en el caso del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, dado que las y los trabajadores que se encuentran en condición de informalidad no cuentan con esta protección aun siendo tan evidentemente propia del “ser trabajador”. Las y los trabajadores informales, en la medida que su condición laboral no considera el pago de cotizaciones, se encuentran excluidos del sistema de salud ocupacional tal y como rige en la actualidad y, si quieren ser incluidos, deben ser ellos mismos quienes destinen parte de su salario para estos efectos aun siendo trabajadores que en la práctica poseen un vínculo de dependencia con un empleador. Esto es de especial relevancia si se considera que la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley 16.744) contempla que es el empleador el que debe asumir los costos asociados a este derecho. De este modo, se evidencia el contrasentido de la realidad de las y los trabajadores informales del Estado con el propio espíritu de la ley que se orienta a la protección universal de la salud de los trabajadores.

En síntesis, el significado que las y los trabajadores otorgan al trabajo informal dentro del Estado es el de una condición marcada por la vulnerabilidad, la desprotección y la inestabilidad, donde los derechos sociales y laborales son puestos en entredicho bajo el argumento de una supuesta independencia de estos trabajadores respecto de su empleador. En este sentido, los aspectos positivos que estos trabajadores asocian al trabajo en el Estado, esto es la posibilidad de realizar un trabajo que es un aporte para el país y la ciudadanía, se ven oscurecidos y trastocados por las condiciones asociadas a la informalidad en el empleo.

¿Cuáles son los mecanismos que generan las inequidades en salud, bienestar y acceso a la protección social de las y los trabajadores informales?

El sistema de protección social en Chile, con sus pilares contributivo, no-contributivo y de regulación del mercado laboral (Cecchini y Martínez, 2011; CEPAL, 2012), posee una lógica según la cual la mayor parte de la población debiese ser incluida bajo el pilar contributivo a través de su participación en el mercado laboral. Esto significa que gran parte del acceso a la protección social se vincula al hecho de ser trabajador. Sin embargo, esta lógica involucra el requerimiento de un buen funcionamiento de otro de los pilares de la protección social, esto es, del pilar que regula el mercado laboral, situación que en Chile se ha vuelto problemática en la medida que se presenta un mercado laboral cada vez más flexible y con escasa regulación. Todo esto se produce dentro de un contexto en que la protección social opera cada vez menos como una garantía ciudadana universal y cada vez más como un beneficio al que deben aspirar las y los trabajadores de manera individualizada.

En base a lo anterior, se desprende que ante la precarización de lo que constituye un trabajo formal estándar -donde la informalidad conforma una precarización extrema-, el acceso a protección social se ve obstaculizado producto de las propias condiciones de empleo. En este sentido, la desprotección que se deriva del empleo informal opera como un mecanismo mediante el cual se generan inequidades en la salud y el bienestar de las y los trabajadores y de sus familias.

Por otra parte, dadas las significaciones que las y los trabajadores consignan como definitorias de la informalidad en el empleo, especialmente la condición de desprotección, la inestabilidad y el sentimiento de vulnerabilidad, es posible identificar en éstas, condiciones que operan como factores de riesgo para su salud mental y bienestar. A esto se suma que, de acuerdo a las propias descripciones de las y los trabajadores informales del Estado, el hecho de ser trabajador informal muchas veces da lugar a que se presenten situaciones de discriminación y de hostigamiento por parte de los superiores o incluso de compañeros de trabajo que no se encuentran en condición de informalidad, las cuales operan como factores de riesgo psicosocial. En este sentido, el empleo informal se configura por sí mismo como una condición que también genera de manera directa inequidades en la salud, el bienestar y el acceso a la protección social tanto de las y los trabajadores como de sus familias.

Sumado a todo lo anterior, la organización del sistema de salud también opera en muchos casos como un obstáculo para que las y los trabajadores puedan lograr una cobertura efectiva en salud. El funcionamiento del sistema de salud presenta a las y los trabajadores una serie de barreras que actúan en las diferentes etapas que deben transitar para alcanzar la atención en salud que requieren. El sólo hecho de ser trabajador implica en muchas ocasiones una serie de dificultades que, de acuerdo a las apreciaciones de los propios trabajadores, se hacen evidentes en aspectos tales como los horarios habituales de atención en el sistema de salud. Esta situación se intensifica en el caso de las y los trabajadores informales, puesto que dada su condición de empleo y la vulnerabilidad que experimentan dentro de la misma, por ejemplo al sentirse permanentemente expuestos al despido, se les dificulta más aún el acceder al sistema de salud o a los tratamientos para sus problemas de salud, llegando al límite de experimentar la sensación de que “no tienen el derecho a enfermar”. A esto se agrega que la condición de informalidad suele estar asociada a la ausencia de cobertura económica en salud, por lo cual cada vez que se les presenta un problema de salud, los trabajadores deben incurrir en gastos que evidentemente dificultan más su acceso a la salud. En consecuencia, las y los trabajadores informales enfrentan una doble barrera en su acceso a la salud, la primera se deriva del estatus de trabajadores y la segunda debido a su condición de informalidad.

Otro punto de interés en tanto barrera para el acceso a la seguridad social y a la salud, es la percepción generalizada de desconfianza que manifiestan las y los trabajadores informales frente al sistema previsional de seguridad social (AFPs) y al sistema privado de salud (ISAPRE). Las y los trabajadores identifican la mercantilización creciente de estos sistemas como una condición que desincentiva la cotización. La desconfianza de las y los trabajadores frente al sistema, opera como una barrera derivada del contexto político-económico y sociocultural en el cual se desenvuelven,

donde se evidencia la creciente reducción de un Estado que entrega al control privado la administración de derechos sociales fundamentales como la salud y la seguridad social.

Cabe destacar que las diferentes barreras que se han mencionado para el acceso a la seguridad social y la salud, las cuales conforman algunos de los mecanismos por medio de los cuales el empleo informal genera inequidades en la salud y bienestar de las y los trabajadores y de sus familias, se ven acentuadas o atenuadas en función de las características de los propios trabajadores. Aquellos trabajadores que cuentan con una posición más ventajosa en términos de nivel de ingresos o de nivel de calificación (profesionales / no profesionales), tienden a verse menos afectados por las barreras que se les presentan producto de su empleo informal, puesto que en general poseen algunos recursos que son independientes de su condición de empleo que les facilitan llegar a acceder a la salud y a la seguridad social sea por medios contemplados en la institucionalidad o utilizando vías alternativas para conseguir satisfacer sus necesidades en estos ámbitos.

Entre los recursos que actúan como facilitadores para el acceso a salud y seguridad social, las y los trabajadores señalaron las redes sociales de apoyo, a través de las cuales lograban contar con un acceso más expedito especialmente al sistema de salud. Entre las y los trabajadores no profesionales la tendencia es la de utilizar recursos más institucionales vinculados a garantías consideradas en el pilar no contributivo de protección social, tal es el caso de la utilización de la tarjeta PRAIS y del fondo de FONASA nivel A, los cuales contemplan gratuidad en la atención en salud. Sin embargo, se debe destacar que estos últimos beneficios sólo se encuentran disponibles para algunos trabajadores, dado que constituyen beneficios focalizados que no están orientados específicamente a los trabajadores informales.

Un último aspecto que cabe mencionar entre las barreras que obstaculizan el acceso a la seguridad social y la salud de este grupo de trabajadores, es la falta de organización y acción colectiva. Como se señaló anteriormente, en el discurso de estos trabajadores no se constata la presencia de un discurso identitario unificado, ni tampoco dan cuenta de la existencia de acciones colectivas orientadas a defender sus derechos. Como colectivo, estos trabajadores evidencian un desempoderamiento que se traduce en un sentimiento de vulnerabilidad y de imposibilidad de generar acciones conjuntas. Sólo a nivel individual fue posible verificar la presencia de acciones empoderadas de algunos trabajadores que negocian con su empleador parte de sus condiciones laborales tales como los horarios o la solicitud de un ingreso más alto a fin de poder pagar con éste las contribuciones requeridas para acceder a la seguridad social y la salud.

En síntesis, se constata que las y los trabajadores informales consideran su condición de empleo como una desventaja comparativa respecto de las y los trabajadores que poseen un empleo formal. El trabajo informal es asociado por las y los trabajadores con la desprotección de sus derechos laborales y sociales, creen además que su condición les afecta en sus relaciones cotidianas con sus superiores y compañeros de trabajo, y que afecta su salud y bienestar en la medida que se sienten vulnerables e inseguros. En este escenario, son las y los trabajadores con menores recursos en términos de nivel de ingreso y de calificación, quienes parecen verse más

afectados y deben arreglárselas con las escasas alternativas que les otorga el sistema para lograr acceder de algún modo a la salud, mientras que para la seguridad social no se identifican soluciones claras provistas desde el propio Estado. A continuación se profundiza en este aspecto dando cuenta de las estrategias que finalmente utilizan las y los trabajadores informales para hacer frente al no acceso o al acceso deficitario a la salud y la seguridad social.

¿Cuáles son las estrategias para hacer frente al no acceso o al acceso deficitario de las y los trabajadores informales a la salud y la seguridad social?

Teniendo en consideración lo discutido y planteado en el marco del estudio, cabe destacar las distintas estrategias que las y los trabajadores informales del Estado utilizan para mitigar de alguna manera las inequidades existentes en el acceso a la seguridad social y la salud. El conocimiento de estas estrategias, así como de las condiciones que caracterizan al empleo informal, puede ser un elemento que aporte a la creación y desarrollo de políticas públicas adecuadas a las necesidades de este grupo de trabajadores.

Dentro de las estrategias llevadas a cabo por los participantes, algunos trabajadores emprenden prácticas que operan dentro de la lógica del marco institucional, otros utilizan estrategias que son externas al marco institucional, y otros combinan estrategias de ambos tipos. Dentro del primer grupo, aquellos que utilizan estrategias dentro del marco institucional, se destaca que las estrategias utilizadas se introducen en el juego del mercado para tener mayores beneficios en seguridad social, puesto que consideran que -dadas las características de su empleo como la inestabilidad laboral y por tanto la falta de continuidad en sus cotizaciones-, los beneficios que obtendrían serían escasos e insuficientes para cubrir sus necesidades, por lo cual los trabajadores necesitan poner en operación acciones que les permitan de alguna manera mejorar los resultados que obtendrán a través de sus cotizaciones. Es así como algunos trabajadores realizan aportes en el sistema de Ahorro Previsional Voluntario (APV), toman seguros o mueven sus recursos entre los diferentes fondos que existen dentro del sistema previsional.

En el ámbito de la salud, en general la estrategia de los trabajadores suele ser pagar por su propia cuenta planes de salud en el sistema privado o tomar seguros de salud. En otros casos, los trabajadores optan por quedar desprovistos de cobertura de salud y garantizar el acceso de sus hijos poniéndolos como carga de su cónyuge o pareja, destacando aquí la importancia que asignan las y los trabajadores a asegurar la salud de sus hijos por sobre la propia salud. En este sentido, la tenencia de hijos y la inclusión de éstos al sistema de salud podría operar como un incentivo para la incorporación de los propios trabajadores informales al sistema.

Entre aquellos que utilizan estrategias que operan fuera del marco institucional, se generan diferencias según el nivel de ingresos y el grado de calificación de las y los trabajadores. Destaca por parte de los trabajadores profesionales la inversión en bienes raíces que les permitan contar con un ingreso seguro cuando llegue el momento de la jubilación, mientras que los trabajadores

no profesionales buscan la opción de generar algún negocio rentable al que puedan dedicarse en el futuro con la idea de continuar trabajando con posterioridad a la jubilación. En cuanto a la salud, se consigna como estrategia no institucional el ahorro permanente como mecanismo para contar con un fondo que permita tener recursos en caso de presentarse un imprevisto, cabe señalar que este tipo de estrategia se vincula con la desconfianza señalada por algunos trabajadores frente a la administración que el sistema de pensiones y el sistema privado de salud hacen de sus recursos.

Se destaca que en general las estrategias utilizadas por las y los trabajadores poseen un carácter individual. Tal como se señaló en relación a la defensa de los derechos laborales, en el caso de las acciones orientadas a mejorar el acceso a seguridad social y salud, las estrategias empleadas dependen más bien de la voluntad y las posibilidades de cada trabajador, no existiendo un programa organizado para mejorar la situación de las y los trabajadores informales. Tampoco los trabajadores informales consideran que por medio de las organizaciones existentes de trabajadores del Estado, conformadas principalmente por trabajadores formales, sea posible generar acciones para reivindicar sus derechos, ya que si bien en estas organizaciones se acepta la inclusión de trabajadores en condición de honorarios, sus necesidades específicas no son incluidas en los procesos de negociación que desarrollan.

En relación a las políticas que se han generado en los últimos años para poder mejorar el acceso de las y los trabajadores informales a la salud y la seguridad social, destaca la iniciativa que regula la cotización progresiva obligatoria de los trabajadores independientes a la seguridad social y la salud. Esto implica que desde el año 2013 progresivamente hasta el año 2018, todo trabajador independiente que opere con boletas de honorarios deberá destinar parte de sus ingresos a seguridad social y salud, llegando finalmente a cotizar el 21% de su ingreso para los fondos de seguridad social, salud general y para el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Es relevante notar que la cotización del 21% que tendrán que realizar las y los trabajadores independientes es mayor que la que realizan los trabajadores dependientes con un vínculo laboral formal. Esto se debe a que en el caso de los trabajadores dependientes es el empleador quien por ley realiza el aporte para el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y el trabajador aporta un 12% de sus ingresos para la seguridad social y un 7% para salud general. De esta forma, la obligatoriedad de cotizar para los trabajadores independientes terminará afectando sus ingresos en comparación a los trabajadores formales, puesto que deberán realizar un aporte adicional, lo cual parece aún más improcedente en el caso de trabajadores que, como los que han sido considerados en este estudio, en realidad no son trabajadores independientes sino que tienen una relación de dependencia encubierta respecto de su empleador.

Dado esto, cabe preguntarse si esta medida hará que este grupo de trabajadores supere su condición de desprotección. La respuesta a esto es compleja e incierta, ya que si bien esta medida tiende a garantizar que los trabajadores sean integrados al sistema de seguridad social y de salud,

la condición de trabajador informal no es modificada en tanto no se altera la carencia de derechos laborales a la que se enfrentan, lo cual, tal como se explicó anteriormente, por sí mismo genera inequidades en la salud y bienestar de estos trabajadores y de sus familias. Además, al no modificarse los derechos laborales, es probable que algunas de las barreras que obstaculizan el acceso efectivo de estos trabajadores a la salud, tales como el sentimiento de vulnerabilidad frente al despido, continúen existiendo y, por tanto obstaculizando su acceso a la salud.

A pesar de que esta política se orienta a ampliar la cobertura en salud y seguridad social, lo cual es consistente con la necesidad del Estado de asegurar que la población esté protegida, es cuestionable desde el punto de vista de los propios trabajadores que se les obligue a participar del sistema tal y como se encuentra estructurado, puesto que muchos de estos trabajadores desconfían de la administración que hace el sector privado de sus recursos y consideran que si bien con la obligatoriedad de cotizaciones podrían asegurar el acceso a la salud y a la seguridad social, este acceso muchas veces será precario en cuanto a los tiempos requeridos para lograr la atención en salud o en cuanto a los montos de jubilación que recibirán al momento de pensionarse. Asimismo, se plantea la inquietud de la falta de continuidad en las cotizaciones, puesto que la condición de informalidad hace que los empleos sean más inestables y, por tanto, que el pago de las cotizaciones también se vea afectado por dicha inestabilidad.

Ante esto, se hace patente la necesidad de que no sólo se amplíe el grupo de trabajadores que cotizan obligatoriamente -incluyendo ahora a los trabajadores independientes-, sino que también se generen cambios que permitan mejorar por un lado las condiciones y ejercicio de derechos laborales de estos trabajadores y, por otro que se generen adecuaciones en el sistema de protección social para garantizar el acceso a la seguridad social y a la salud como un derecho ciudadano que no depende de las condiciones de empleo de las y los trabajadores. Asimismo, parece claro que los trabajadores demandan un sistema de seguridad social y de salud más confiable en cuanto a su administración, para lo cual tienden a apoyar la alternativa de un sistema de pensiones controlado por el propio Estado en tanto garante del bienestar de la ciudadanía. En cuanto al sistema de salud, se presenta el requerimiento de que éste adapte su oferta a las necesidades de la población trabajadora de manera tal de facilitarles el acceso a las prestaciones ofrecidas.

Referencias Bibliográficas

- Aday L.A., Andersen R. (1974). *A Framework for the Study of Access to Medical Care*. Health Serv Res.;9(3):208–20.
- Arnold, M. (1998). *Recursos para la investigación sistémico/constructivista*. Cinta de Moebio N° 3, Revista Electrónica de Epistemología de las Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. [en línea]. Disponible en: <http://rehue.csociales.cl/publicaciones/moebio/03/index.htm>
- Arteaga, C., Pérez, S. (2011). *Experiencias de vulnerabilidad: de las estrategias a las tácticas subjetivas*. Revista Universum, 26(2), 2° Sem. 2011: 67-81. [en línea]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762011000200004&script=sci_arttext
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., & Quinlan, M. (2010). *Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global*. España: Icaria.
- Bertranou, F. (2004). Reformas a los Sistemas de Jubilaciones y Pensiones en América Latina: Paradigmas y Temas emergentes. *Revista Seguridad Social* (Conferencia Interamericana de Seguridad Social). [en línea]. Disponible en: <http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/ele/elec005.pdf> (Accedido el 18.02.2013).
- Bourdieu, P. (1990) “Espacio social y génesis de las ‘clases’”. En: *Sociología y Cultura*. pp. 281-309. México: Grijalbo
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios*. Santiago: LOM Ediciones
- Castel, R. (2004). *La inseguridad social: ¿qué es estar protegido?* Argentina: Manantial.
- Cecchini, S., Martínez, R. (2011). *Protección Social Inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [en línea]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/42797/Libro-proteccion-social-ALC-CEPAL-2011.pdf> (Accedido el 18.02.2013).
- Cecchini, S. y Rossel, C. (2013). *Informalidad y seguridad social en América Latina*. Documento de trabajo.

- CEPAL (2012). *Panorama social de América Latina 2011*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). [en línea]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/45171/PSE2011-Panorama-Social-de-America-Latina.pdf> (Accedido el 18.02.2013).
- Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., y otros. (2008). *Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms?* *European Heart Journal*, 640-648.
- Delgado Wise, R. y Márquez, H. (2009), *Understanding the Relationship between Migration and Development: Toward a New Theoretical Approach*. *Social Analysis*, 53(3): 85-105.
- De Soto, H. (1987). *El otro sendero: La revolución informal*. Bogotá: La Oveja Negra.
- Diener, E. (2000). *Subjective Well-Being. The Science of Happiness and a Proposal for a National Index*. *American Psychologist*, 55 (1): 34-43.
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*, Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Fleury, S. (2001). *Reforma del Estado*. *Revista de Administração Pública* 35(5):7-48, Set/Out. 2001
- Fraile, L. (2009). *La experiencia neoliberal en América Latina. Políticas sociales y laborales desde el decenio de 1980*, *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 128 núm. 3, pp. 235-255.
- Frenz P., Vega J. (2010). *Universal health coverage with equity: what we know, don't know, and need to know. Background paper for the global symposium on health systems research*. [en línea]. Disponible en: http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/2%20WCSDH%20Discussion%20Paper%20resources/3%20Health%20sector/Universal_Health_Coverage_With_Equity_2010.pdf Acceso el 23 de enero de 2013.
- Giddens, A. (1995) *La constitución de la sociedad*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goddard M, Smith P. (2001). *Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK*. *Soc Sci Med*. 2001 Nov; 53(9):1149-62.
- Gutiérrez, A. (2011). *Estrategias de reproducción social. Las micropolíticas y la política social. Capital y redes sociales*. En J. Valdés y M. Espina (Eds.) *América Latina y el Caribe: la política social en el nuevo contexto. Enfoques y experiencias*. FLACSO / UNESCO.

- Hintze, S. (2006). *Exclusión, derechos y políticas sociales. La promoción de formas asociativas y trabajo autogestivo en la Argentina*, Revista Fermentum, no. 45, enero-abril de 2006, pp. 100-137.
- Hirmas Aday M., Poffald Angulo L., Jasmen Sepúlveda A.M., Aguilera Sanhuesa X., Delgado Becerra I., Vega Morales J. (2013). *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. Rev. Panam Salud Publica;33(3):223–9.
- ILO (2012a). *Measuring informality: A statistical manual on the informal sector and informal employment*. Geneva: ILO. Disponible en http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_182300.pdf
- ILO (2012b). *Statiscal update on employment in the informal economy*. Geneva: ILO. Disponible en http://laborsta.ilo.org/informal_economy_E.html
- Kaztman R. (1999). *Activos y Estructura d de Oportunidades: estudio sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*, R. Kaztman y C.H. Filgueira, "Introducción", PNUD-CEPAL, Montevideo.
- Lyotard, F. (1991). *La condición posmoderna*. Buenos Aires: Editorial R.E.I. Argentina S.A.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. The Lancet, 1661–1669.
- Muntaner, C., Chung, H., Benach, J., & Ng, E. (2012). *Hierarchical cluster analysis of labour market regulations and population health: a taxonomy of low- and middle-income countries*. BMC Public Health, 1-15.
- Martínez, J. (2005). *Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales*. Revista Centroamericana de Ciencias Sociales, 2(2), 41-77. [en línea]. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN028373.pdf> (Accedido el 16.02.2013).
- Núñez, A., & Gómez, C. (2008). *Controversia y debate actual sobre el sector informal*. Análisis Económico , 131-155.
- Palacios, R. (2011). *¿Qué significa “trabajador informal? Revisiones desde una investigación etnográfica*. Revista Mexicana de Sociología 73(4): 591-616.
- Portes, A. (1989). *La informalidad como parte integral de la economía moderna y no como indicador de atraso: Respuesta a Klein y Tokman*. Estudios Sociológicos , 369-374.

- Portes, A. (1995). *En torno a la informalidad: ensayos sobre teoría y medición de la economía no regulada*. México: FLACSO/Purrua.
- Portes, A., (1999). *Capital social: sus orígenes y aplicaciones en la Sociología*, En *De igual a igual. El desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales*, Carpio, J., Novacovsky, I. (comps.), Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Portes, A. (2000). *La economía informal y sus paradojas*. En *Informalidad y exclusión social*, compilado por Carpio, J., Klein, E., Novacovsky, I. Buenos Aires: Organización Internacional de Trabajo – Fondo de Cultura Económica.
- Robalino, D., Rawlings, L. & Walker, I. (2012). *Building Social Protection and Labor Systems. Concepts and Operational Implications*. Background Paper (2012–2022) - Social Protection and Labor Strategy. Washington D.C.: WorldBank.
- Robles, F. (2000). *El desaliento inesperado de la modernidad: molestias, irritaciones y frutos amargos de la sociedad de riesgo*. Santiago: RIL-Ediciones Sociedad.
- Robles, F. (2005). *Contramodernidad y desigualdad social: individualización e individuación, inclusión/exclusión y construcción de identidad. La necesidad de una sociología de la exclusión*, Revista MAD 12 [En línea]. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/12/index.html>
- Sen, A. (2000). *Desarrollo como Libertad*, Madrid: Editorial Planeta.
- Solar, O., Bernales, P., Sembler, C., Donoso, B., Zamora, P., Niñez, G., Cancino, A., De Ferrari, I., Poffald, L., Berlagoscky, F., Pérez, M. y Peña, S. (2009). *Programa de Comunas Vulnerables. Experiencia de implementación durante el año 2009*. Ministerio de Salud de Chile. [en línea]. Disponible en http://www.adoptaunhermano.cl/biblioteca-archivos/programa_comunas_vulnerables.pdf [Acceso 05 Mayo, 2013].
- Solar, O., Bernales, P., Tagle, R., González, MJ., Gray, N., Vallebuona, C., Cifuentes, L., Tonelli, P., Vives, A., Pérez, D., Valdés, A., Rivera, F., Castillo, J. y Ramírez, S. (2013). *Impact of Conditions of Employment and Labor on Access to Social Security and Health Care. Working Paper*. Project "Health inequalities, work and social security access to of casual workers". FLACSO-CHILE.
- Solar, Bernales, Gray, Valdés y Tagle. (2013). *Informe de revisión de la literatura sobre estudios cualitativos con trabajadores informales en América Latina*, FLACSO-CHILE.

Tanahashi, T. (1978). *Health service coverage and its evaluation*. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295–303.

Valles, M. (2003). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*, Madrid: Editorial Síntesis.

Vogel, L. (2002). *Cómo vincular la lucha por la igualdad con la lucha para la salud en el trabajo. Un debate indispensable para el movimiento sindical en Europa*. En Messing, K., *El trabajo de las mujeres. Comprender para transformar* (pág. 303). Madrid: Los libros de la catarata.

Anexo 1: Pauta de levantamiento de información

I.- PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN (10 minutos)

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Chile) está realizando un estudio para conocer los principales problemas que enfrentan los y las trabajadoras de los países de América Latina para acceder a la salud y a la seguridad social y sobre el impacto que tiene el trabajo en la salud y el bienestar de los y las trabajadoras y sus familias. Esto con el propósito de generar algunas recomendaciones de políticas públicas que mejoren las condiciones de los y las trabajadoras en la región.

El propósito de esta reunión es recoger las opiniones y percepciones que ustedes tienen sobre los temas de análisis del estudio, tratando de profundizar; es decir, captar las razones, argumentos y explicaciones que ustedes tienen con relación a las características de sus trabajos, y cómo estas características afectan su salud, bienestar y las posibilidades de acceder a la salud y a la seguridad social (por ejemplo: pensiones).

Para ese efecto, los hemos convocado a esta reunión que consiste en una técnica de investigación social, conocida como grupo focal. Es una técnica que reúne durante aproximadamente una hora y media a un grupo de personas para tratar un tema específico a profundidad.

Es muy importante aclarar que las opiniones y aportes de ustedes contribuirán a mejorar las condiciones que enfrentan los trabajadores y las trabajadoras en sus respectivos trabajos en los países de la región de América Latina.

En ningún caso, las opiniones les generarán a ustedes ningún problema o consecuencia, pues son anónimas. Sus opiniones son tan importantes que vamos a grabar la conversación hoy para recordarlas. Pero, todo lo que discutamos hoy será completamente confidencial.

- Por favor, hablen en voz alta para que les pueda escuchar bien en la grabación.
- Que solo una persona hable a la vez para que todos podamos escucharle bien.
- Si alguno porta su teléfono celular, agradecemos por su favor apagarlo o dejarlo en silencio.

Esperemos que esta sea una experiencia muy positiva e interesante para cada uno y cada una de ustedes.

Ahora, queremos dar la bienvenida a cada persona. Por favor, preséntense y dígnanos algo sobre ustedes mismos. Su nombre, institución y ocupación en la que trabajan, donde residen y si desea alguna aclaración previa a la reunión estamos a su disposición.

II.- SEGUNDA PARTE: PREGUNTAS ORIENTADORAS

Condiciones de empleo

1. ¿Para ustedes qué significa el trabajo en sus vidas?
2. ¿Qué opinión tienen del trabajo en el Estado (como profesional o funcionario público)?
3. ¿Consideran que trabajar para el Estado es una buena alternativa o hubiesen preferido trabajar en el sector privado? ¿Por qué?
4. ¿Qué opinan de sus condiciones de trabajo (condiciones de empleo) tales como los derechos y obligaciones de su trabajo (vacaciones, licencia médica, horarios, etc.)? ¿Cómo se sienten con estas condiciones?
5. ¿Qué piensan sobre la forma en que están contratados?
6. ¿Qué ventajas y desventajas creen que tiene el hecho de tener un contrato a honorarios en comparación a un trabajador a contrata o de planta?
7. ¿Qué opinión tienen respecto a la estabilidad de su trabajo? ¿se sienten seguros en este momento? ¿se sienten seguros respecto al futuro?
8. ¿Cómo se han visto afectadas sus vidas y las de sus familias por estas formas de contratación?
9. ¿Sienten que algunas de las características de las leyes (políticas) del trabajo los favorecen/perjudican? ¿Cuáles?
10. ¿Han realizado ustedes, como trabajadores/as, demandas específicas o acciones de algún tipo respecto a su forma de contratación o condiciones laborales?

Trabajo, Salud y Bienestar

11. ¿Qué entienden ustedes por condiciones saludables en el trabajo? Dado esto, ¿Cómo consideran ustedes las condiciones de su trabajo?
12. ¿Se sienten satisfechos/as con el trabajo que realizan?
13. ¿Qué efectos tiene su trabajo en su salud física? ¿Qué efectos tiene su trabajo en su salud mental?
14. ¿Cotizan para la salud? ¿Estas cotizaciones han sido estables en el tiempo?
15. ¿Qué opinan de cotizar para la salud?
16. ¿Sienten que algunas de las características de las leyes (políticas) que regulan el acceso a la salud los favorecen/perjudican? ¿Cuáles? ¿En qué situaciones?
17. ¿Ustedes piensan que ser mujer se relaciona de alguna manera con el acceso o no acceso a la salud?

18. ¿Ustedes piensan que sus niveles educativos se relacionan con el acceso o no acceso a la salud?
19. ¿Ustedes consideran que la edad tiene algún tipo de relación con el acceso o no acceso a la salud?
20. ¿Cómo encuentran que está organizado el sistema de salud en cuanto a sus horarios, ubicación, la documentación que piden para poder atenderse, etc.? ¿Les resulta fácil/difícil acceder a la atención en salud?
21. ¿Qué opinan del modelo de atención con el que son atendidos (modelo biomédico)? ¿Este modelo afecta el acceso a la atención en salud?
22. ¿Hay alguna otra característica del sistema de salud (regulaciones, exigencias, etc.) que les haga difícil acceder a él?
23. ¿Hay alguna característica del sistema de salud que les hagan más fácil acceder a él?
24. ¿Alguna vez se han sentido discriminados en el sistema de salud, o por personas que trabajan allí? ¿Cuál ha sido el motivo de esta discriminación?
25. ¿Qué hacen cuando ustedes o algún miembro de sus familias están enfermos y necesitan ir al médico? ¿Tiene algún tipo de plan o seguro de salud?
26. Si el valor de la atención de salud es alto ¿cómo lo resuelven? ¿tienen algún mecanismo de ayuda para enfrentar estas situaciones?
27. ¿Han realizado ustedes, como trabajadores/as, demandas específicas o acciones de algún tipo para tener acceso a la atención en salud?

Seguridad Social

28. ¿Cotizan para la jubilación? ¿estas cotizaciones han sido estables en el tiempo? ¿Por qué no han sido estables?
29. ¿Qué opinan de cotizar para la jubilación?
30. ¿Sienten que algunas de las características de las leyes (políticas) que regulan el acceso al sistema de pensiones (jubilación) los favorecen/perjudican? ¿Cuáles?
31. ¿Es necesario que el acceso a protección social (salud y pensiones para jubilación) sea dado por la institución en la que trabajan?
32. ¿Alguna vez se han sentido discriminados para cotizar en el sistema de pensiones? ¿Cuál ha sido el motivo de esta discriminación?
33. ¿Qué características del sistema de pensiones (regulaciones, horarios, exigencias, etc.) les hacen más difícil acceder a él?
34. ¿Ustedes piensan que ser mujer se relaciona de alguna manera con el cotizar o no en el sistema de pensiones?
35. ¿Ustedes piensan que sus niveles educativos se relacionan con el cotizar o no el sistema de pensiones?
36. ¿Ustedes consideran que la edad tiene algún tipo de relación con el cotizar en el sistema de pensiones?
37. ¿Qué características del sistema de pensiones les hacen más fácil acceder a él?

38. ¿Tienen algún plan o estrategia pensada para enfrentar económicamente el momento de la jubilación? ¿Tienen algún tipo de ahorro o han pensado en algún mecanismo para contar con recursos cuando llegue el momento de dejar de trabajar?
39. ¿Han realizado ustedes, como trabajadores/as, demandas específicas o acciones de algún tipo para tener acceso a la seguridad social (pensiones/jubilación)?

Riesgos Laborales

40. ¿Ustedes se encuentran cubiertos por Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales? ¿Esta cobertura ha sido estable en el tiempo? ¿Por qué se han visto interrumpida esta cobertura?
41. ¿Sienten que algunas de las características de las leyes (políticas) que regulan el acceso al Sistema de Riesgos Laborales los favorecen/perjudican? ¿Cuáles? ¿Cómo lo hacen? ¿En qué situaciones?
42. ¿Qué características del sistema de Riesgos Laborales (regulaciones, horarios, exigencias, etc.) les hacen más difícil acceder a él?
43. ¿Han realizado ustedes, como trabajadores/as, demandas específicas o acciones de algún tipo para tener acceso al Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales?

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y AMABILIDAD!

Anexo 2: Matriz de análisis de información

Categorías de Análisis	Sub-categorías	Grupo focal 1	Grupo focal 2	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado ...	Síntesis
		Identificación del grupo:	Identificación del grupo:	Nombre:	Nombre:	Nombre:	
				Cargo:	Cargo:	Cargo:	
				Institución:	Institución:	Institución:	
1. El trabajo informal en el Estado	1.1. El trabajo en el Estado						
	1.2. El trabajo informal en el Estado						
	1.3. Condiciones de trabajo						
	1.4. Rol de las políticas / Contexto socioeconómico y político del empleo informal en el Estado						
2. Salud y Bienestar	2.1. Significados asociados a la salud						
	2.2. Salud y bienestar en el trabajo						
	2.3. Salud y bienestar general						
3. Trabajo informal y derechos	3.1. Derechos laborales						
	3.2. Derecho a seguridad social						
	3.3. Derecho a salud (Incluido derecho a la salud AT y EP)						
	3.4. Empoderamiento y Ejercicio de derechos						
	3.5. Barreras para el acceso y ejercicio de los derechos laborales, de seguridad social y de salud						
4. Estrategias para enfrentar el no acceso o el acceso deficitario a los derechos	4.1. Estrategias dentro del marco institucional						
	4.2. Estrategias fuera del marco institucional						
	4.3. Expectativas de los trabajadores informales frente a su realidad actual y frente a sus necesidades en salud y seguridad social						
Otras Observaciones							