

Significados discursivos de trabajadoras de organismos públicos chilenos y sus implicancias en la salud mental.

Discursive meaning of Chilean public sector women workers and implications for mental health.

Constanza Gómez-Rubio¹, Araceli Dávila Figueras² & Gloria Zavala-Villalón³

Resumen

Las mujeres trabajadoras del sector público en Chile son el colectivo que tiene mayor prevalencia de problemas de salud mental. El propósito de este artículo consiste en dar a conocer la percepción de mujeres trabajadoras del Estado chileno respecto a la relación entre sus condiciones laborales y su salud mental. El estudio fue descriptivo y de carácter cualitativo, a partir de la epistemología feminista. Se realizaron entrevistas abiertas a 15 mujeres de clase media, cuyas condiciones de trabajo en organismos públicos contemplaran modalidades flexibles. Se utilizó análisis de contenido cualitativo y los datos fueron codificados a través del programa computacional ATLAS.ti. Los resultados fueron agrupados en las categorías Vinculación laboral flexible e incertidumbre; Desprotección de salud y precarización laboral; y Malestar subjetivo, evidenciando que tanto las trabajadoras con convenio a honorarios como aquellas a contrata experimentaban incertidumbre vinculada a una vivencia de estrés permanente, ansiedad, cansancio emocional, desprotección y precarización laboral, lo que se traducían en sufrimiento psíquico. Se concluye que los problemas en la salud mental de trabajadoras del Estado no son sino la expresión de un malestar social asociado a la vivencia y percepción de desigualdades sociales y de género. La tendencia a individualizar este conflicto social responde a una falta de regulación del Estado en relación a la salud mental, el trabajo y el género.

Palabras clave: trabajo de mujeres, sector público, seguridad social, condiciones de trabajo, incertidumbre.

Abstract

Public sector women workers in Chile are the group with the highest prevalence of mental health problems. We examined the perspectives of these women workers on the relationship between working conditions and mental health. The study was descriptive and qualitative, based on a feminist epistemology. Open interviews were conducted with 15 middle-class public sector women whose working conditions allowed the incorporation of flexible modalities. Qualitative content analysis was used and the data were coded using ATLAS.ti. Results were grouped into the following categories: flexible work and job insecurity; uncovered healthcare and labor precariousness; and subjective discomfort. This showed that both hourly and salaried workers were experiencing uncertainty, linked to ongoing stress, anxiety, emotional exhaustion, job insecurity and vulnerability, all of which resulted in psychological distress. We conclude that mental health issues among public sector workers are an expression of social unrest associated with the experience and perception of social and gender inequalities. The tendency to individualize this social conflict results from a lack of state regulation in relation to mental health, work and gender.

Keywords: women, working, public sector, social security, working conditions, uncertainty.

Introducción

Las estrategias flexibilizadoras se enmarcan dentro de las diversas transformaciones en los modos de organizar el trabajo (Nicolás, 2009), todo lo cual ha impactado en la calidad de los empleos y salud mental de los/as trabajadores/as. Para Ruiz-Tagle (1999) un empleo de buena calidad debiera ser estable, asegurar el acceso a seguridad social, tener un buen nivel de remuneración y reconocimiento social, características que no son siempre garantizadas cuando se trata de un trabajo flexible. En tal sentido, ser trabajador/a asalariado/a no se configura como garantía de estabilidad ni de protección y seguridad sociales. En este contexto, las mujeres se han incorporado con mayor precariedad a la fuerza de trabajo (Nicolás), lo cual se refleja en su salud mental.

Según los datos utilizados en la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile - ENETS, el sector público corresponde 4,9% de la población de trabajadores/as, mientras que el privado a 95,1% (Gobierno de Chile, 2011). Dentro del primero, el mayor porcentaje de trabajadores son mujeres (58%), en relación a 42% de hombres. En tanto, en el segundo, 61% corresponde a hombres y 39% a mujeres. A su vez, la ENETS constató que habían mayores diferencias según sexo en el sector público (30% en hombres y 70% en mujeres) que en el sector privado (46,2% en hombres y 54% en mujeres) respecto a la presencia de síntomas depresivos (Gobierno de Chile). Así, las trabajadoras del sector público se configuran como un colectivo vulnerable en términos de salud y condiciones laborales.

El modelo de salud chileno está compuesto por el sistema público y privado. El primero, implica un seguro social que es administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), financiado con el pago mensual de 7% de la renta imponible de los asegurados y con recursos de impuestos generales de la nación. El segundo, está conformado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que operan en base a seguros individuales, siendo los beneficios otorgados consecuentes con la prima cancelada (Subsecretaría de Previsión Social, 2013).

Por lo expuesto, el presente artículo busca dar a conocer la significación de mujeres trabajadoras del Estado chileno respecto a la relación entre las condiciones en que trabajan y su salud mental, evidenciando la forma en que las modalidades de flexibilidad externa de trabajo adoptadas por los organismos públicos en que

se desempeñan repercuten directa e indirectamente en su salud y subjetividad.

Trabajo, capitalismo y feminismo

El desarrollo de la organización capitalista es también la historia de la división sexual del trabajo (Pateman, 1991), donde se segregan las actividades sociales entre hombres y mujeres, produciendo una explotación de los primeros hacia las segundas (Nicolás, 2009).

El liberalismo construyó ideológicamente una división del trabajo y de los espacios: la esfera pública, altamente valorada, focalizada en lo social, lo económico y lo político, correspondiente a lo que tradicionalmente se ha asociado a lo masculino; y la esfera privada, asociada a lo femenino, centrada en lo doméstico, en el hogar y las relaciones afectivas (Pateman, 1991). Lo público/privado es un binarismo que tiene un carácter ideológico ya que cumple un rol fundamental en la asignación y reproducción de las jerarquías de valores, en el que las mujeres tendrían un estatus inferior, limitando su participación pública (Andía, 2007), dando una posición desventajosa en el mercado laboral (Gómez, 2013). Nicolás (2009) plantea que el modelo de ciudadanía se encuentra basado en el hecho de ser trabajador o trabajadora en el mundo productivo. Así, el ideal de base sería el de familia con padre-hombre-proveedor y madre-mujer-cuidadora y dependiente en tanto esposa. Este es el modelo de base de la estructura laboral chilena (Gómez), el que segrega por sexos y tipo de actividad según sean femeninas o masculinas, suponiendo diferentes valoraciones sociales y económicas (Nicolás).

Flexibilidad laboral, precariedad y malestar subjetivo

En este marco, la flexibilidad laboral es una de las principales estrategias de organización del trabajo (De la Garza, 1997), todo lo cual ha conllevado una transformación de las relaciones laborales caracterizada por una heterogeneidad de modos de empleo y una creciente inestabilidad (Nicolás, 2009).

Existen variadas formas de clasificar los tipos de flexibilidad, según sea el objetivo y la finalidad de ésta. Por un lado, la flexibilidad externa se relaciona con el tipo de contrato y su duración, a modo de adaptar a los/as trabajadores/as a las variaciones organizacionales. Por otro, la flexibilidad interna hace referencia a las

modificaciones de reorganización del trabajo (Camacho, 2013). En este contexto, las inequidades de género forman parte de la estrategia flexibilizadora, toda vez que son las mujeres quienes, muchas veces por necesidad, acceden a empleos con contratos parciales y temporales, sufriendo de mayores discriminaciones salariales, entre otras. Así, el aumento de la fuerza de trabajo femenina en el mercado laboral no ha ido acompañado de igualdad, sino más bien de desigualdades de inserción y mantenimiento (Nicolás, 2009).

En relación al Estado, Mackinnon (2005a) sostiene que él es masculino desde una perspectiva feminista, ya que compone y organiza el orden social en torno a los intereses de los hombres como género, por medio de la relación con la sociedad, sus normativas y políticas sociales. Así, en su rol de empleador el Estado chileno se rige por un sistema laboral dual: por una parte, la estabilidad e inamovilidad de los/as trabajadores/as que cuentan con un nombramiento (contrato) de planta, es decir, tiempo indefinido y despido como resultado de un sumario, y por otra, la flexibilidad generada por los “a contrata”, vale decir, contratos a plazo fijo por períodos anuales. La diferencia entre un/a trabajador/a de planta y uno/a a contrata es la transitoriedad de la función y el tiempo de contrato (Castro, 2012).

A su vez, los convenios de prestación de servicios a honorarios, son aquellos que se utilizan cuando se deben realizar labores ocasionales, no habituales en la institución. Por esto no cuentan con los derechos de los cuales gozan los empleados públicos, ya que no poseen la calidad de funcionarios, dado que para la ley sólo prestarían servicios externos (Castro, 2012).

Por otra parte, se ha reportado que el trabajo es central para la salud mental (Dejours, 2009). Por esto, su precarización destruye los vínculos sociales, dando lugar a una vivencia individual de sufrimiento (Dejours). La precariedad laboral femenina lejos de disminuir, tiende a mantenerse e incluso aumentar (Nicolás, 2009). Ésta puede ser definida como aquellas situaciones que implican inseguridad en el empleo, disminución de los derechos de los/as trabajadores/as, bajos niveles salariales, malas condiciones de trabajo, falta de reconocimiento y desarrollo profesional, inestabilidad laboral, todo lo cual implicaría una reducción significativa de la capacidad de planificación y control por parte de los/as trabajadores/as de su presente y futuro (Cano, 2000). Esta definición coincide con la de Precarias a la Deriva (2004), quienes la entienden como las condiciones simbólicas y materiales que

determinan una incertidumbre vital respecto al acceso a los recursos necesarios para el desarrollo pleno de la vida de las personas.

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2008) señala que quienes ocupan posiciones sociales más desfavorecidas y que trabajan en condiciones de precariedad e incertidumbre tienen más riesgo de sufrir problemas de salud e incluso de morir. En tal sentido, parte de las recomendaciones del organismo se relacionan con la mejora de la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, esto es, mejorar la regulación pública de las condiciones de empleo y trabajo, y los efectos negativos de la globalización, para que de este modo se puedan disminuir las inequidades en salud.

Material y métodos

La postura teórica conceptual que se adoptó en esta investigación fue en el marco de la epistemología feminista. En tal sentido, el conocimiento sería siempre situado (Haraway, 1996) condicionado a las particularidades temporales, espaciales, culturales, sociales e históricas. Por esto, el compromiso político con el cambio social es un aspecto fundamental de esta postura, colocando el foco en las experiencias y conocimientos femeninos, ya que “las mujeres pueden ver lo que a los hombres se les escapa desde sus posiciones de poder” (Guzmán & Pérez, 2005, p. 116). Así, ésta se diferencia de la tradicional epistemológica masculina, la que corresponde al mundo de la objetividad distante, “no reconoce lo que ve como otro un sujeto, ni que la manera como comprende su mundo es una forma de sujeción y la presupone” (Mackinnon, 2005b, p. 187).

El presente estudio fue de carácter cualitativo y descriptivo. El foco central estuvo en la búsqueda de la comprensión de significaciones que orientan los comportamientos sociales (Serbia, 2007). Este tipo de estudio permite trabajar con mayor profundidad las significaciones e intencionalidades propias de las relaciones sociales (Fagundes, Crespo & Guareschi, 2013). En este sentido, el/la investigador/a social se encuentra situado en una sociedad, por lo que él/ella también forma parte de lo que intenta comprender, construyéndose una relación sujeto-sujeto (Serbia).

Los criterios de selección de la muestra estuvieron dados por el sexo, clase socioeconómica y sector de trabajo. A su vez, se requirió que las participantes fueran mujeres, de clase media y trabajadoras del servicio público. Para la selección de los participantes

se utilizó un muestreo en bola de nieve consistente en identificar casos de interés, comenzando con contactos que conocían otros casos que pudieran servir al estudio (Serbia, 2007). Así, las participantes fueron contactadas a partir de tres informantes claves, las cuales pertenecían a diferentes organizaciones públicas.

El universo de mujeres trabajadoras del sector público es de 207.745 según la ENETS (Gobierno de Chile, 2011). De este grupo, participaron en el estudio 15 mujeres, que debían poseer las siguientes condiciones particulares para ser incluidas: ser trabajadora a honorarios, a contrata y/o de planta de alguna organización pública cuyo lugar de trabajo se encontrara en la Región Metropolitana, específicamente en Santiago, la capital de Chile. Adicionalmente, las mujeres debían ser de clase media, con o sin hijos y sin restricción de edad.

La inclusión de mujeres de clase media responde a que el trabajo en el Estado chileno se conforma con trabajadores de este segmento (Barozet & Fierro, 2011), por lo que en la clase media tradicional existe un sustento histórico arraigado. Los criterios para definirla se basaron en el ingreso, la ocupación, la educación y el lugar de residencia, entendiendo que la definición de este grupo no es factible a partir de solamente un factor (Espinoza & Barozet, 2009).

Para la producción de datos se utilizaron entrevistas, realizadas durante el año 2013. Cabe destacar que las muestras cualitativas se llevan a cabo a través de los discursos o relatos de sujetos que ocupan posiciones diferenciales en las estructuras sociales. De esta forma, “la representatividad de estas muestras no radica en la cantidad de las mismas, sino en las posibles configuraciones subjetivas (valores-creencias-motivaciones) de los sujetos con respecto a un objeto o fenómeno determinado” (Serbia, 2007, p. 133). Así, este estudio, buscó la representación en relación a la posición social desde la que hablaban las participantes.

Se utilizó como instrumento una entrevista abierta, lo que permitió la comprensión de aspectos subjetivos y su interacción con el entorno institucional en el cual se desempeñaban las participantes. Esto favoreció el otorgamiento de significado a las temáticas abordadas, permitiendo un alto grado de profundidad y libertad. Se consideró una pauta de temas relevantes a abordar conformada por tres ejes: 1. tipo de vinculación laboral y flexibilidad, 2. trabajo y salud, 3. trabajo y malestar subjetivo.

Todas las entrevistas fueron grabadas, previa autorización de las participantes. Posteriormente, se procedió a su transcripción, y así llevar a cabo el análisis. Cabe destacar que a modo de regular los aspectos éticos del estudio, se consideraron tres aspectos fundamentales: confidencialidad, transparencia en los resultados y claridad de los objetivos. En lo referido al primer aspecto, se utilizó un consentimiento informado que dio cuenta de los objetivos del estudio y del compromiso de anonimato y resguardo de la identidad de las participantes. El segundo aspecto consistió en la triangulación de información para validar los datos y hacer transparente el proceso investigativo a las participantes. En tercer lugar, los objetivos fueron dados a conocer con claridad a las participantes, antes de comenzar la producción de las entrevistas.

Una vez efectuadas las entrevistas, para el tratamiento de los datos se utilizó análisis de contenido cualitativo. De manera general, éste se puede entender como un grupo de técnicas interpretativas del sentido latente de los textos. De esta forma este tipo de análisis no solo queda circunscrito a lo manifiesto del material, sino también se hace necesario profundizar en la interpretación (Mayring, 2000).

Mayring (2000) destaca cuatro aspectos principales de ese tipo de análisis: 1. El proceso de análisis se inserta en una interacción comunicativa; 2. El procedimiento permite dividir el material en unidades de análisis que facilitan su interpretación; 3. Permite generar categorías de análisis que fomentan la construcción de ideas fundamentales y, 4. Da criterios de validez, toda vez que pueden triangularse los resultados con estudios similares.

El proceso de análisis contó con tres fases. La primera fue la transcripción de las entrevistas y en ésta fue posible la familiarización de las investigadoras con la información. La segunda, consistió en la identificación de las principales unidades de análisis, junto con la codificación de los datos a través del programa computacional ATLAS.ti. En la tercera fase, se realizó el análisis de información latente.

Resultados

Los resultados aquí presentados se ordenan en tres categorías: Vinculación laboral flexible e incertidumbre; Desprotección de salud y precarización laboral; y, Malestar subjetivo. Estas categorías fueron ejemplificadas a través de citas textuales, para lo cual se denominaron según el número de orden de realización de las entrevistas.

Vinculación laboral flexible e incertidumbre

Los relatos dan cuenta de una percepción de incertidumbre respecto a la vinculación laboral flexible que las trabajadoras tienen con el organismo público donde se desempeñan. Esta problemática es percibida por las trabajadoras como transversal al género, vale decir, afectaría de igual forma a hombres y mujeres en el sector público. Dichos tipos de vinculación corresponden al convenio a honorarios y la contrata.

Respecto al convenio a honorarios, la suscripción de este acuerdo implica para las participantes asumir que sin previo aviso puede darse fin al servicio prestado, dado que no constituye una relación contractual como tal. La elaboración reiterada de nuevos convenios da cuenta de un uso regular de esta modalidad por parte del empleador, por lo que la incertidumbre se traduce en una percepción de estrés permanente y preocupación por mantener el empleo: *Aquí una persona que lleva trabajando muchos años y que es jefe y le digan sabe que... usted ya no trabaja más o sea, qué puedes esperar tú, que no tienes ningún tipo de beneficio, ni nada* (Informante 13).

En las trabajadoras que tienen hijos esto se configura particularmente complejo, toda vez que la precariedad es traspasada a éstos, específicamente en el ámbito de la salud: *Cuando se enfermó mi hija la llevé sola al consultorio, porque no tengo protección de salud y se demoraron mucho en atendernos. Tuve que hacer un escándalo, me dio mucha rabia* (Informante 6).

Se observa que el cuidado de los hijos recae principalmente en la mujer, como un ámbito tradicionalmente femenino. No obstante, a pesar de ser responsable de éste, debe hacerse cargo del trabajo remunerado, el que al ser altamente flexible no cuenta con la protección necesaria para contar con una salud de calidad. De este modo, se infiere que la división sexual del trabajo que tradicionalmente ha teñido las actividades que se esperan de hombres y mujeres, ha sido un pilar de la precarización femenina.

Asu vez, las trabajadoras reportan que la incertidumbre generada por la inestabilidad laboral en el servicio público se relaciona con una sensación de ansiedad, que suele acompañarse de un cansancio emocional y psicológico el que según manifiestan, es difícil de manejar: *Me cansa pensar y pensar que en cualquier momento me cortan [despiden]. Ando nerviosa y estoy comiendo más* (Informante 13).

Por otra parte, las trabajadoras a contrata describen una vivencia similar de incertidumbre, la que se deriva principalmente de dos situaciones. La primera dice relación con la cláusula en el contrato en la cual se señala que se puede dar término a éste en caso de que la institución pública no requiera más la labor llevada a cabo por la trabajadora: *Tengo contrato, pero sólo me sirve para tener derecho a salud y ese tipo de cosas, porque igual pueden prescindir de mi trabajo en cualquier momento* (Informante 5). La vivencia cotidiana en torno al contrato da cuenta que no es garantía de seguridad laboral, existiendo una experiencia de incertidumbre vital relacionada con la perdurabilidad del trabajo.

La segunda situación crítica en torno a la incertidumbre de las participantes a contrata, es la fecha de término de contrato con el Estado. Si bien se señala que comúnmente, es renovado todos los años, siempre se encuentra la posibilidad de que ello no sea así, por lo que la incertidumbre aumenta en la medida que se acerca la fecha de término: *Generalmente deberían renovarte la contrata, pero hay algo psicológico. Yo todos los años tengo que someterme a la posibilidad de quedarme sin trabajo* (Informante 7). Es así como se configura un compromiso implícito entre la trabajadora y su jefatura en el organismo público, respecto a su continuidad en la organización.

Es posible apreciar que los relatos de algunas trabajadoras dan cuenta de una comparación con la vivencia de incertidumbre masculina, la que según ellas, a pesar de compartir aspectos como la inestabilidad laboral, tendría menos inseguridades respecto a la valoración del trabajo por parte de los/as superiores y más facilidades para encontrar otro empleo en el caso de ser desvinculado de la organización pública: *Pa' los hombres es más fácil, todo es más fácil, a ellos los reconocen más que a una, hasta para buscar pega [trabajo]* (Informante 7).

Esto da cuenta de la valoración diferencial en la jerarquía de las actividades realizadas por mujeres y hombres, donde a pesar de la posibilidad de ejercer un mismo trabajo, socialmente se asocia a que aquel realizado por estos últimos es de mejor calidad que el de las primeras.

Desprotección de salud y precarización laboral

Los relatos dan cuenta de una percepción de mayor precarización laboral en las trabajadoras que se encuentran con convenio a honorarios, todo lo cual se

asociaría a la desprotección propia de sus condiciones laborales, al interior del organismo público. Esta precarización se experimenta cotidianamente en la carencia de elementos que permitan una planificación o proyección a futuro y en la baja inclusión en campos relevantes para la vida social, tales como la salud, la educación, la vivienda, entre otros: *No sé qué voy hacer en los próximos seis meses. Me gustaría ahorrar por si me quedo sin trabajo, pero el sueldo no me da para eso. Ni siquiera sé que haré el próximo mes* (Informante 13). Llegando incluso a determinar decisiones vitales tales como: *Quisiera tener hijos, pero laboralmente no estoy en condiciones. Mi sueldo es bajo y ni siquiera tengo contrato. A veces ni siquiera puedo descansar de tanto trabajo que tengo, entonces, en qué momento y con qué recursos voy a ser mamá...* (Informante 9).

En el relato se observa cómo la precariedad absorbe no sólo el plano laboral, sino también proyectos de vida de las trabajadoras. En tal sentido, el capitalismo consume y determina el tiempo vital de las personas que trabajan para él, no sólo por las decisiones que las mujeres toman respecto a sus vidas y cuerpos, sino también por sus subjetividades, las que se encuentran teñidas de vulnerabilidad, puesto que las condiciones de vida se asocian frecuentemente a la posibilidad o no de seguir en el puesto de trabajo, a la posibilidad o no de acceder a derechos básicos de buena calidad.

Las participantes a honorarios manifiestan sentirse excluidas en el campo de la salud, lo que viene dado por su tipo de vinculación laboral, en el que no cuentan con este tipo de protección a menos que voluntariamente destinen parte de su sueldo para ello. En este sentido, ninguna de las entrevistadas cotiza voluntariamente, ya que consideran que su salario no es lo suficientemente alto como para destinar dinero para este ítem: *Mi primer embarazo fue bastante difícil, me dio preeclampsia, por el mismo estrés que tenía en el trabajo, jornada laboral muy larga y el no tener un contrato me dejó sin licencia médica, lo que me estresaba aún más* (Informante 6).

Las trabajadoras a honorarios del Estado plantean que para ellas no existe la posibilidad de enfermarse, *yo no me puedo enfermar, es imposible, no puedo. No tengo cómo enfrentarlo* (Informante 11). Los gastos ante una eventual enfermedad deben ser costeados de forma particular. Esto se hace más delicado cuando las trabajadoras se encuentran embarazadas o con hijos, ya que no cuentan con derecho a prenatal, postnatal, ni fuero maternal. Ante esta situación la alternativa de afiliarse al Fondo Nacional de Salud (FONASA) no es contemplada ya que se percibe que el sistema público de

salud es deficiente en cobertura y calidad. La solución para algunas de las participantes a esta situación consiste en figurar como carga de un tercero, vale decir, ser parte del plan de salud de otra persona: *¿Por qué no me he ido a FONASA? porque hay que esperar, y me da miedo de que algún día me dé una enfermedad y me den hora para un año más. No me gusta FONASA, me da miedo* (Informante 1).

Por otro lado, las participantes a contrata declaran que cuentan con derechos sociales como protección de salud. No obstante, a pesar de la existencia de ésta en términos formales, el porcentaje descontado para este fin les es insuficiente para contar con una cobertura completa y de calidad, que contemple no sólo la atención ambulatoria sino también otros padecimientos como accidentes y hospitalizaciones. Esto radica en los bajos sueldos que algunas de las entrevistadas señalan recibir: *El 7% de mi sueldo era nada. Si cotizara el 7% del sueldo, mi plan de salud sería muy precario* (Informante 4).

A partir de lo anterior es posible apreciar que los derechos creados por el Estado chileno son abstractos, no cuentan con una perspectiva de género, de igualdad entre hombres y mujeres, sino más bien, su política social ha sido diseñada desde y para lo masculino, por lo que el poder de éste se institucionaliza y legitima.

En relación a la salud mental, se evidencia que la mayoría de las mujeres, a pesar de sentir la necesidad de consultar a un profesional de esta área, no pueden hacerlo por falta de dinero y de tiempo. Solo aquellas mujeres que cuentan con un contrato y un plan de salud que contemple cobertura de esta índole tienen la posibilidad de acceder a atención psicológica y psiquiátrica cuando la necesitan. Sin embargo, dicha cobertura es por un número limitado de sesiones anuales, por lo que una vez que dicho límite es superado, las sesiones deben ser financiadas de forma particular. A su vez, las trabajadoras perciben que la importancia que se otorga a la salud mental es baja, toda vez que es asociada a estados anímicos que pueden ser controlados desde la voluntad, a emociones y estados subjetivos manejables fácilmente si es que la persona así se lo propone: *No me creía que tenía depresión, él pensaba que era mala voluntad mía* (Informante 14).

Se describen dos situaciones problemáticas relacionadas con la salud mental y el trabajo. La primera es la dificultad planteada por la jefatura para asistir en horario laboral a consultas profesionales de salud mental. La segunda son las licencias médicas por causas psiquiátricas. Se percibe que éstas muchas veces no son

reconocidas por las jefaturas, que a pesar de no impedir el curso de la licencia, sí la objeta a nivel informal por medio de críticas y comentarios, todo lo cual lleva a una devaluación de la trabajadora: *Yo tenía mis terapias los miércoles, hasta que llegó el día que le molestó a mi jefa y me dijo no, tú no vas más a la terapia* (Informante 2).

Malestar subjetivo

Los relatos dan cuenta que las jefaturas en el organismo estatal suelen percibir de manera negativa la enfermedad y ausentismo por problemas de salud de sus trabajadoras. Esto tiene como consecuencia no solo profundizar el malestar subjetivo de las mujeres, sino que también, en ocasiones, se traduce en acoso y violencia hacia ellas, con el fin de hacerlas desistir del trabajo y así buscar a otra persona que ocupe su puesto: *Él no quería trabajadoras con licencia, porque complicaba el trabajo (...) No me daba mejores cosas para hacer (...) él buscaba que yo me fuera* (Informante 14).

Los problemas de salud mental son atribuidos mayormente a las mujeres, dada las características que algunos superiores en las organizaciones públicas consideran como naturales, según el relato de las trabajadoras: *Él decía que las mujeres éramos más débiles y por eso andábamos con depresión y esas cosas* (Informante 14). Se desprende que las problemáticas en este ámbito son consideradas vulnerabilidades, quedando excluidas de la categorización de salud, pero también bajo este significado se despoja a los hombres de la posibilidad de enfermarse o tener problemas asociados a la salud mental. Asimismo, se asocia a las mujeres a la debilidad, lo que podría traer consecuencias para su inserción y mantenimiento en el trabajo remunerado.

Se aprecian mecanismos discursivos que influyen en la producción de subjetividades. El primero refiere a la individualización de los conflictos sociales, volviéndose “problemas personales”, lo que deriva en un segundo mecanismo, pues al recaer en la esfera individual, es cada sujeto quien debe hacerse cargo de las consecuencias de sus decisiones en el plano laboral, lo que lo responsabiliza exclusivamente a él por sus éxitos y fracasos, desligando la atención y la responsabilidad política al entorno organizacional y socio laboral: *Decían que yo tenía la culpa, que el problema era mío porque yo estaba estresada y con depresión, eso me hacía sentir mal porque yo me sentía culpable de los problemas que existían en el trabajo* (Informante 14).

Por otra parte, las trabajadoras perciben que la institucionalidad privada de salud, a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) se configura como institucionalidad que segrega y reproduce la desigualdad entre hombres y mujeres.

Estoy cansada de este sistema, sólo por ser mujer debo pagar el doble o más que un hombre en la ISAPRE y aun así no tengo una buena cobertura de salud. Ellos se llenan los bolsillos a costa de nosotras (Informante 1).

Las participantes señalan que las ISAPRES, muchas veces colocan en tela de juicio la veracidad de las enfermedades de carácter psiquiátrico, lo que puede verse traducido en el rechazo o acortamiento de las licencias médicas.

En cuanto a las estrategias para enfrentar los problemas laborales descritos, las trabajadoras explican que tanto sus propias experiencias como las de sus pares han tenido como consecuencia la construcción de un modo de vivenciar situaciones que se perciben como injustas o violentas, de forma pasiva y sin esperar que alguna circunstancia cambie a su favor. Esto sumado al miedo provoca que las trabajadoras prefieran el camino de la sumisión, aunque en un espacio más íntimo se hagan críticas a las condiciones laborales y el malestar asociado.

Otra estrategia declarada es la automedicación, la que implica un riesgo adicional para la salud, por no conocer los efectos adversos de los medicamentos, como señalan las entrevistadas. En el relato se explica por la dificultad de consultar a un profesional de la salud mental, compartiendo la opinión de que es posible mantener un mejor estado de salud mental a través del consumo de fármacos. Así, el uso de antidepresivos y ansiolíticos es recurrente, no siendo éste supervisado profesionalmente: *Mi compañera de trabajo me lo recomendó y me dio una pastilla. Me sentí bien así que sigo tomándomela. Sé que debería ir al médico, pero no tengo dinero ni tiempo para hacerlo* (Informante 10).

Discusión

El estudio aquí presentado dio a conocer el significado de las experiencias de mujeres trabajadoras del Estado chileno respecto a la relación entre salud mental y trabajo. De este modo, destacan tres ámbitos relevantes en torno a este tema. El primer ámbito es la incertidumbre vivenciada por la poca o nula estabilidad laboral al interior del sector público. En este sentido, las

mujeres que se encontraban a honorarios se refirieron a un estado de estrés permanente y preocupación por mantener el empleo, dado que a pesar que esta forma de prestación de servicios fue ideada para labores ocasionales (Castro, 2012), los relatos dan cuenta de su uso habitual como una forma de vinculación laboral precaria. Por su parte, las trabajadoras a contrata manifestaron incertidumbre en relación a la cláusula contractual específica referida al término del contrato en caso de que el organismo estatal no requiriera de la labor prestada por la trabajadora; así como también, por existir una fecha de término preestablecida. Es importante destacar la diferenciación jerárquica de valoración y reconocimiento del trabajo que se realiza, en que las mujeres significan sus experiencias con mayor dificultad que las de los hombres en las mismas condiciones contractuales, que concuerda con lo planteado por Nicolás (2009), en torno a las diferentes valoraciones sociales y económicas que tienen las actividades femeninas o masculinas.

El segundo ámbito se relaciona con la precariedad laboral y la baja o nula protección de salud. Así, aquellas trabajadoras del Estado que se encuentran a honorarios no cuentan con cobertura de salud ni derecho a licencias médicas en caso de enfermarse o estar embarazadas. Con esto se puede apreciar que la inestabilidad, el poco o nulo acceso a seguridad social, un bajo nivel de remuneración, entre otros, se contraponen a lo que Ruiz-Tagle (1999) define como un empleo de buena calidad. Por otro lado, el tiempo y el dinero se configuran como obstáculos para consultar a un profesional de la salud mental, a pesar de sentir la necesidad de atención. De éstos es posible desprender que el Estado chileno genera derechos abstractos, a partir de necesidades y perspectivas masculinas, configurándose como un Estado masculino, según la perspectiva de Mackinnon (2005a).

Un tercer ámbito, estrechamente relacionado con los dos anteriores, es el sufrimiento producido a raíz de las condiciones laborales que llevan a un estado de alerta permanente, tanto por la amenaza constante de quedar desempleado como por la falta de un buen nivel de protección social. A su vez, los discursos dieron cuenta de mecanismos de individuación de problemas

sociales relacionados con el campo laboral, todo lo cual afecta directamente en la salud mental y física de las trabajadoras.

Conclusiones

A partir de las experiencias femeninas expuestas es posible concluir que la división sexual del trabajo ha conllevado una desigualdad social, que se ha incrementado en el contexto flexible de trabajo remunerado en Chile. Existe una precariedad femenina que se extiende a otros campos de la existencia, como es el de la salud. Así, ésta es accesible para aquellos grupos que pueden pagar por ella, promoviendo la segregación y la desigualdad de clase económica y de género. El modelo de financiamiento de la salud en Chile implica que hombres y mujeres destinen parte de sus recursos financieros a cubrir las necesidades en esta área, en que las segundas deben destinar una cantidad mayor de dinero ya que los planes de salud para las mujeres en edad fértil son más onerosos que los de hombres en la misma edad.

Las percepciones de incertidumbre, inestabilidad, ansiedad y estrés permanente que se encontraron en los relatos de las trabajadoras del Estado chileno, tienen que ver con las condiciones sociales y laborales en las cuales se vive cotidianamente, que generan una vivencia subjetiva de malestar que no tiene sus raíces en problemas individuales de cada trabajadora, sino en la inclusión social precaria que cada día se acentúa más en Chile. Para muchas mujeres gran cantidad de su tiempo vital es dedicado al trabajo. El cansancio que genera la percepción de “vivir para trabajar” en lugar de “trabajar para vivir”, se ve acentuada con las responsabilidades que tienen en el ámbito privado, lo que se traduce en descontento. Así, los problemas en la salud mental de trabajadoras del Estado no son sino la expresión de un malestar social asociado a la vivencia y percepción de desigualdades. La falta de una regulación específica relacionada con la salud mental, el trabajo y el género, sumada a la creciente flexibilidad laboral, dan como resultado la precariedad y desigualdad de género evidenciada en este estudio.

Referencias Bibliográficas

- Andía, B. (2007). Lo personal es político: una lectura de lo público y lo privado. *Boletín Generando*, 1(10), 1-13.
- Barozet, E. & Fierro, J. (2011). *Clase media en Chile, 1990-2011: Algunas implicancias sociales y*

políticas. Santiago: Konrad Adenauer. (Serie de estudios N° 4).

- Camacho, A. (2013). Flexibilización sin precarización: estrategias para prevenir la precarización en la era de la modernización económica. *Criterio Jurídico*, 13(2), 11-33.

- Cano, E. (2000). *Precarización laboral, flexibilidad y desarrollo*. Alzira: Germanies.
- Castro, J. (2012). Formas de contratación laboral en el sector público. Recuperado de http://www.escuelasindical.org/blog/wp-content/uploads/Formas_de_contrataci%C3%B3n_laboral_en_el_sector_p%C3%BAblico-22-05-2012.pdf
- Chile. Gobierno de Chile. (2011). *Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile* (ENETS 2009-2010). Informe Interinstitucional. Recuperado de <http://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2011/09/Informe-Final-ENETS-Interinstitucional.pdf>
- Chile. Subsecretaría de Previsión Social. (2013). *Sistema de salud*. Recuperado de http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page_id=7229
- De la Garza, E. (1997). Trabajo y Mundos de Vida. En H. Zemelman (Coord.). *Subjetividad: Umbrales del Pensamiento Social* (pp. 75-91). Madrid: Anthropos.
- Dejours, C. (2009). *Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal*. Madrid: Modus laborandi.
- Espinoza, V. & Barozet, E. (2009). ¿De qué hablamos cuando decimos “clase media”? Perspectivas del caso chileno. En A. Joignant & P. Güell, (Coords.). *El arte de clasificar a los chilenos* (pp. 103-130). Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Fagundes, C., Crespo, A. & Guareschi, P. (2013). Violencia psicológica y asedio moral vertical ascendiente en dos escuelas públicas de Porto Alegre, Brasil. *Salud de los Trabajadores*, 2(2), 129-140.
- Gómez, C. (2013). *Feminismo liberal y trabajo en el Estado chileno: Experiencias cotidianas de mujeres en un contexto laboral flexible*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad de Chile. Santiago: Chile.
- Guzmán, M. & Pérez, A. (2005). Las Epistemologías Feministas y la Teoría de Género. *Cinta de Moebio*, (22), 112-126.
- Haraway, D. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- Mackinnon, C. (2005a). Feminismo, marxismo, método y Estado: hacia una teoría del derecho feminista. En O. Mejía (Dir.). *Crítica jurídica. Teoría y sociología jurídica en los Estados Unidos* (pp. 195-224). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Mackinnon, C. (2005b). Feminismo, marxismo, método y estado: una agenda para la teoría. En O. Mejía (Dir.). *Crítica jurídica. Teoría y sociología jurídica en los Estados Unidos* (pp. 165-194). Bogotá: Universidad de los Andes.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
- Nicolás, G. (2009). Los trabajos invisibles. Reflexiones feministas sobre el trabajo de las mujeres. En V. Valiño & M. Vela (Coords). *Defender y repensar los derechos sociales en tiempos de crisis* (pp. 99-109). Barcelona: Observatori Desc.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Precarias a la deriva (2004). *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Pateman, C. (1991). Feminismo y democracia. *Debate feminista*, 1(1), 3-23.
- Ruiz-Tagle, J. (1999). *La exclusión social en el mercado de trabajo. El caso del MERCOSUR y Chile*. Santiago: OIT.
- Serbia, J. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *HOLOGRAMÁTICA*, 3(7), 123-146.

Fecha de recepción: 29 de octubre de 2014

Fecha de aceptación: 19 de marzo de 2015

bvs



VENEZUELA

Biblioteca Virtual en Salud Venezuela

Acceso equitativo a la Información en Salud



Textos Completos

Bases de Datos

Directorios en Salud

Bibliotecas Temáticas

Apoyo a la toma de decisiones

Recursos Multimedia

Noticias

Redes en Salud

Terminología en Salud

www.bvs.gob.ve