

Congreso PreALAS Patagonia. VI Foro Sur-Sur

Estado, sujetos y poder en América Latina. Debates en torno de la desigualdad

Mesa 11: Géneros, sexualidades y educación en América Latina.

Título de la ponencia

Distancias y fragilidades del Estado, en la política social en Chile: Un análisis con perspectiva de género.

Autoras: Estela Arcos (marcos@unab.cl); Luz Angélica Muñoz (lmunoz@unab.cl).

Facultad de Enfermería. Universidad Nacional Andrés Bello Chile.

Ximena Sánchez (xsanchez@upla.cl); Facultad de Ciencias Sociales.

Dirección General de Investigación. Universidad de Playa Ancha. Valparaíso, Chile.

Se presentan en esta ponencia un conjunto de antecedentes producto de investigaciones realizadas en Chile (Antecedentes conceptuales y de referencia elaborados en los proyectos UNAB DI-204-12/I, UNAB 2012-2013), referidos a las características de las políticas públicas compensatorias, en especial en el caso de programas orientados a la salud de la mujer y la infancia vulnerable.

El discurso dominante al interior de la estructura de gobierno en Chile, a la fecha, mantiene la definición de un Estado Subsidiario, propiciando la existencia de una intervención estatal que se focalice vía políticas sociales y actúe de forma redistributiva y que pueda colaborar en la superación de algunos de los efectos negativos del modelo, en especial en los grupos más vulnerables.

Los resultados de los estudios realizados, permiten señalar que independiente de la acción beneficiosa de la política social, para algunos grupos sociales, en rigor, no logra generar cambios importantes tanto en la situación de salud de las mujeres, como en sus relaciones familiares y la crianza de los hijos.

Lo anterior se fundamenta en que está elaborada, sólo para intentar corregir parte de las adversidades del modelo, carece de integralidad y no logra generar modificaciones importantes en las condiciones estructurales de la vida de las familias en situación de pobreza en especial en el caso de la mujer.

Introducción.

El género constituye una categoría de las ciencias sociales que permite analizar las inequidades y desigualdades en un contexto determinado. El concepto de "género" es más que una categoría relacional: "es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos relativos al conjunto de fenómenos históricos construidos en torno al sexo" (Naciones Unidas, 1979). El género como construcción simbólica, capta los atributos asignados a las personas a partir de su sexo. Se trata de atributos biológicos, físicos, económicos, sociales, psicológicos, eróticos, jurídicos, políticos, y culturales que influyen sobre la organización de la sociedad en todas sus vertientes y sirven como la base de la creación de cierto orden de poder. En conjunto es un complejo mosaico de generación y reparto de poderes que se concretan en maneras de vivir y en oportunidades y restricciones diferenciales (Tarrés, 1998; Castro et al, 1998; Najera et al 1998).

Es una visión explicativa, analítica, y alternativa, como política y crítica, "que reclama el fin de la intolerancia y la construcción de la mutua aceptación basada en el reconocimiento de la equivalencia humana" (Tarrés, 1998). Propone una visión de la humanidad diversa y democrática que requiere que las mujeres y los hombres sean distintos a lo que son y eran; solo así se construye una democracia genérica que reconoce la diversidad. Uno de los primeros fines de la perspectiva de género es participar en la construcción de una "nueva configuración de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres" (Cardaci, 1998). Revelar esta nueva configuración de la realidad obliga a plantearse nuevos problemas y alternativas, y a incluir a las mujeres dentro de la sociedad, el proceso de desarrollo, la política, el estado y la vida en democracia. El análisis de género es simplemente ver lo que nuestros ojos han sido entrenados para no ver.

En paralelo, el concepto de equidad es controversial, porque es un concepto multidimensional que considera inclusión, igualdad de oportunidades, movilidad social y vulnerabilidad (Hierro, 2003). Equidad no es lo mismo que igualdad. Equidad implica valorar las desigualdades desde la idea de justicia (Jadue, 2007)). El tipo de valoración utilizado tiene implicaciones políticas, tanto en las decisiones cotidianas como en las políticas públicas, ya que existen relaciones profundas entre las posiciones éticas y los desarrollos científicos técnicos que sustentan las políticas, de manera que no hay neutralidad técnica en esta materia, a pesar del esfuerzo de los técnicos por probar lo contrario (Hernández-Álvarez M, 2008).

La salud es una condición muy valorada, por tanto, cualquier concepción de justicia social incorpora la necesidad de una distribución equitativa para la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana. (Sen, 2002). La definición de inequidad en salud más divulgada y sintética es la propuesta por Margaret Whitehead, quien la conceptualiza como las diferencias en salud innecesarias, evitables e injustas (López Pardo, 2007). Se define operacionalmente equidad en salud como la minimización de las disparidades evitables en salud y sus determinantes –incluida la de género, pero no limitada a la atención médica- entre grupos de personas que tienen diferentes niveles de ventajas sociales. Esta concepción cataloga explícitamente las disparidades evitables de los determinantes de la salud como inequidades en salud (Warren et al, 2007).

Desde la epidemiología, constituye inequidad toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida (Martínez, 2007). Son tres los hechos distintivos que, cuando se combinan, transforman simples diferencias en salud en inequidades sociales en salud: diferencias sistemáticas, socialmente producidas, por tanto, son modificables y valoradas como injustas (López Pardo, 2007). Lo que es central al concepto de equidad, no es la igualdad de las distribuciones de los bienes sino su justeza, por lo tanto, para establecer una situación como inequitativa, el estudio de la diferencia en la distribución de los bienes debe seguir los siguientes criterios: i) las diferencias en la distribución tienen que ser técnica, financiera y moralmente evitables; ii) las diferencias no deben reflejar una libre elección y, iii) debe establecerse un vínculo entre la distribución y un agente responsable (López Pardo, 2007).

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, recomendó mejorar las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y niñas; mejorar las condiciones de vida y de trabajo, formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y, crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos tienen que contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales (OMS y CDSS, 2008).

En Chile se instaló una política de protección social compensatoria, que apoya a todos los miembros de la familia, a lo largo del ciclo vital: desde la infancia a la vejez. La idea central, fue transitar desde un sistema de subsidiariedad del Estado de las políticas sociales a un Estado que construye un Sistema de Protección Social fundado en derechos garantizados que, junto con apoyar a los sectores vulnerables ante situaciones de riesgo, permite avanzar en autonomía superando así las condiciones de vulnerabilidad (Hardy,

2009). En este sistema la mujer también es sujeto de protección y no la proveedora de protección (responsabilidad que los roles domésticos tradicionales le entregan en exclusividad), apoyando su camino a la autonomía (Hardy, 2009).

Los desafíos asumidos por la política social fueron transitar desde un sistema de protección social desde las condiciones mínimas de vida hacia una lógica de derechos sociales garantizados y participación ciudadana (Hardy, 2009; Raczynski, 2008). Basándonos en los argumentos de que la igualdad de oportunidades no es exclusiva responsabilidad del Estado y, que una política pública, que aspira a tener efectos sobre personas vulnerables, debe garantizar sin discriminar la calidad de sus intervenciones en la estructura, continuidad, efectividad e impacto de sus procesos (Raczynski, 2007; Colomer-Revuelta, 2004).

Metodología. Se decidió incluir en la agenda de investigación una propuesta que evaluó la efectividad de las transferencias de activos públicos a través del SCHCC y Sistema de Protección Social (SPS) a infantes, mujeres y familias críticamente vulnerables. Con este fin, se utilizó una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas. Se trabajó con la técnica de la encuesta social y entrevistas en profundidad.

Resultados y discusión.

Desde una perspectiva de género, los resultados mostraron que las mujeres adscritas al ChCC presentaron:

1. Alta incidencia de vulnerabilidad de las familias de mujeres embarazadas (91,4%), con indicadores de pobreza dura e inequidad social en el 51,4%. Se trata de una vulnerabilidad socio-política que se deriva de la pertenencia a un grupo, género, territorio, medio, condición socio-económica, cultura y ambiente que expone a las personas a situaciones de falta de poder, dependencia y desprotección social (Feito, 2007; Valenzuela, 2006).
2. Una tendencia creciente de jefatura de hogar femenina, sobre todo en familias monoparentales, extensas y compuestas (Sunkel, 2006), con una alta proporción de embarazadas adolescentes asociada a deserción escolar, crianza sin pareja y dependencia de la familia de origen (Sunkel, 2006).
3. La mujer Jefa de Hogar que trabaja fuera del hogar, abarcaba una doble jornada laboral, porque combinó el trabajo asalariado y el trabajo no remunerado en casa, lo que la expone a padecer altos niveles de estrés por la sobrecarga de género

(Sunkel, 2006; Sojo, 2009). Se ha señalado que un sustrato sociocultural adverso predice resultados negativos en las trayectorias de vida en la adultez desde la vida intrauterina, neonatal y de la infancia (Stevens et al, 2009; Arcos et al, 2003).

4. La precariedad laboral de las mujeres que trabajaban demostró una fuerte presencia de trabajo informal, bajos ingresos y baja cobertura de seguridad social, situación que implica la ausencia de beneficios para el real ejercicio de una maternidad segura e infancia protegida. La salud reproductiva, neonatal, mental y familiar se deteriora cuando las mujeres tienen empleos precarios, con embarazos sin seguridad social, habitabilidad informal e insegura de la vivienda, baja escolaridad, riesgo psicosocial, ausencia de la pareja en el hogar y alta tasa de dependencia (Stevens et al, 2009; Arcos et al, 2003).
5. Una baja efectividad del ChCC en 132 mujeres, porque que la transferencia de beneficios universales no logró la cobertura esperada. Además, se constató que la efectividad de acceso observada en días con riesgo psicosocial fluctuó entre un 57,1% y 73,8% en prestaciones universales y, sólo un 18% a 22% en prestaciones específicas para niños(as). En madres con riesgo psicosocial, el acceso a prestaciones universales no superó el 60% y en las específicas, el 40%.

La efectividad de la política pública genera una deuda social del Estado por incumplimiento de derechos garantizados por ley, que para las mujeres calificadas como vulnerables representa una desigualdad que se perpetúa y reproduce institucionalmente. Lo revelado produce una triple exclusión: pertenecer a familias vulnerables, vivir en entornos territoriales adversos y de género.

Bibliografía.

- Arcos E, Uarac M, Molina I. (2003). Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev méd Chile*; 131: 1454-62.
- Cardaci, D. (1998). Nuevos entramados: familia, salud y organizaciones de mujeres. En: Figueroa, P. La condición de la mujer en el espacio de la salud. Ed por El Colegio de México, 1998: 243-265.
- Castro, R; Bronfman, M. (1998). Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. En: Figueroa, P. La condición de la mujer en el espacio de la salud. Ed por El Colegio de México, pp 205-238.

- Colomer-Revuelta, C., Colomer-Revuelta, J., Mercer, R., Peiró-Pérez, R., Rajmil, R. (2004). La salud en la infancia. *Gac Sanit*;18 (Supl 1): 39-46.
- Feito L. Vulnerabilidad. *An Sist Sanit. Navar* 2007; 30: 7-22.
- Hardy C. (2009). Avances y desafíos en torno a la autonomía económica de las mujeres. Ponencia presentada en el Panel Avances y Desafíos en torno a la Autonomía Económica de las mujeres. Seminario Género en el Poder: el Chile de Michelle Bachelet. Organizado por el Observatorio de Género y Equidad. Disponible en: <http://www.observatoriogeneroyliderazgo.cl/seminario/wp-content/uploads/2009/04/clarisa.pdf>.
- Hernández-Álvarez M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Rev. Salud Pública*, 10 sup (1): 72-82.
- Hierro, G. (2003). Género y educación. Disponible en: http://www.udg.mx/la_ventana/libbr2/hierro.html.
- Jadue L, Delgado I. (2007). Los Objetivos Sanitarios para la equidad en Salud. *En Foco*; 105:1-18. Disponible en: http://www.expansivaudp.cl/media/en_foco/documentos/04072007103420.pdf
- López Pardo C. (2007). Conceptualización y valoración de la equidad en salud. *Rev Cubana Salud Pública*; 33 (3):1-7.
- Martínez S. (2007). Equidad y situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2007; 33 (3): 1-8.
- Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW 1979, División para el Avance de la Mujer Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw>.
- Najera, A; Lopez, MB; Evangelista, A; Zurita, U et al. (1998). Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: Apuntes sobre la identidad de las mujeres. En: Figueroa, P. La condición de la mujer en el espacio de la salud. Ed por El Colegio de México, pp: 275-305.
- OMS y CDSS. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comisión Determinantes Sociales de la Salud CDSS. Consultado en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantes_sociales/informefinal.pdf
- Raczynski D. (2008). Sistema Chile solidario y la política de protección social de Chile. Lecciones del pasado y agenda para el futuro. Corporación de Estudios para

Latinoamérica (CIEPLAN) e Instituto Fernando Henrique Cardoso (iFHC) 2008.
Disponible en:

http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/Publicacao_224_em_07_05_2008_10_46_12.pdf

Raczynski D. (2007). Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños. En Foco 77: Expansiva. 23p Disponible en: http://www.oei.es/inicial/articulos/politica_infancia_temprana_chile.pdf

Sen A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. 11(5/6): 302-309.

Sojo A. (2009). Hacia la universalidad con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. Serie Seminarios y Conferencias 55, CEPAL. Disponible en: <http://www.eclac.org/>. [Consultado el 25 septiembre 2010].

Stevens G, Mascarenhas M, Mathers C. (2009)- Global health risks: progress and challenges. Bull World Health Organ; 87: 646. Disponible en: <http://www.scielosp.org/>. [Consultado el 5 octubre 2010].

Sunkel G. (2006). El papel de la familia en la protección social. Serie de Políticas Sociales 120, CEPAL. Consultado en junio 2009. Disponible en: <http://www.eclac.cl/>. [Consultado el 25 septiembre 2010].

Tarrés, ML ¿Importa el género en la política? (1998). En Género y cultura en América Latina, Cultura y participación política, Volumen 1 Ed Colegio de México, pág 13-32.

Valenzuela MT. (2006). Indicadores socioeconómicos: relación con indicadores de salud. Ciencia & Trabajo; 19: 37-40. Disponible en: [http:// www.cienciaytrabajo.cl](http://www.cienciaytrabajo.cl). [Consultado el 15 octubre 2010].

Warren A, Giusti A, Sotelo JM. (2007). The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990–2005. Bulletin of the World Health Organization | October, 85 (10): 798-804.