

Protección de la maternidad versus derechos de maternidad para las trabajadoras en Chile: una reseña histórica

Lidia Casas^a, Tania Herrera^b

- a Catedrática e Investigadora de Derecho, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho, Santiago, Chile. Correspondencia: lidia.casas@udp.cl
b Doctora en Medicina y Profesora, Universidad Diego Portales, Facultad de Medicina, Santiago, Chile

Resumen: *El descanso por maternidad en Chile ha sido un derecho social desde 1919, concomitante al establecimiento de los primeros estándares de la Organización Internacional del Trabajo. La legislación desde sus orígenes tuvo como principal foco de protección la maternidad y la familia, así aunque esta licencia ha sido extendida innumerables veces su objetivo siempre ha sido la protección de la salud infantil. El Código del Trabajo, promulgado por primera vez en 1931, dispuso que cualquier establecimiento con más de 20 trabajadoras debía proporcionar una sala cuna y pagar las porciones de tiempo para amamantar hasta que el niño cumpliera la edad de un año. De esta manera, la legislación laboral jugó un rol importante en acomodar las necesidades del cuidado de los infantes en el contexto del trabajo remunerado de las mujeres, aunque no siempre con éxito. Pese a la protección reforzada de las mujeres durante el embarazo y la lactancia, las trabajadoras pueden ser despedidas del trabajo por otras causales que no sean ni el embarazo ni la maternidad. Fue solamente durante el gobierno de Salvador Allende y, nuevamente en las últimas dos décadas, se consagró a las mujeres como titulares del derecho a la salud. Sin embargo, se mantiene aún tensiones sin resolver. Se promueve la maternidad, pero con frecuencia se considera que las mujeres abusan del sistema de protección. La maternidad aparece como la varita mágica que representa una exaltación de las mujeres en su entrega hacia los demás, pero la sociedad mantiene un manto de sospecha sobre ellas cuando ejercen sus derechos de maternidad y su decisión de decidir el número de hijos que desean tener y su espaciamiento.* © 2013 edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras Clave: licencia por maternidad, mortalidad infantil, bienestar social, legislación del trabajo, Chile

En Chile, la licencia por maternidad ha sido un derecho social desde 1919, cuando las primeras normas universales se establecieron en el Convenio de la OIT sobre la protección de la maternidad.¹ La licencia con goce de sueldo fue parte de las exigencias sociales a nivel mundial que incluían semanas con menos horas de trabajo, abolición del trabajo infantil y mejores condiciones de trabajo para la mujer. A comienzos del siglo en Chile también se manifestaron estas inquietudes, especialmente a través de los sindicalistas y las trabajadoras organizadas.

Desde sus inicios, la legislación laboral de Chile abordó la problemática de las mujeres trabajadoras desde una perspectiva de protección a la maternidad y a la familia. La licencia por maternidad tenía el objetivo primordial de proteger la salud de la madre y del niño así como reducir la mortalidad infantil.² Se ha sostenido que estas leyes ayudaron a mantener a las mujeres alejadas del mercado laboral y consolidaron un paradigma de producción-reproducción basado en el arquetipo de hombres=proveedores/ mujeres=cuidadoras.³

Este artículo presenta información proveniente de una investigación interdisciplinaria mayor que estudió las leyes y políticas laborales chilenas para la mujer confrontándolas con la política de salud pública a lo largo del siglo pasado. Tres equipos de investigadores exploraron las perspectivas legales, psicológicas y de las ciencias de la salud sobre los beneficios que brinda la licencia por maternidad a la salud mental de las mujeres, al equilibrio entre la vida familiar y el trabajo, las ventajas de la lactancia materna para la salud infantil y las condiciones de trabajo de las mujeres. Preguntamos: ¿La preocupación que sustenta la licencia por maternidad tiene que ver con la salud y condiciones laborales de las mujeres o con la morbimortalidad infantil y el bienestar social?

Se llevaron a cabo tres grupos focales con obreras, vendedoras y profesionales, además de sendas entrevistas con informantes clave. Este estudio expone un diálogo entre dos disciplinas – la médica y legal – basado en la literatura que hallamos con palabras clave tales como protección de la maternidad, lactancia materna, mujeres trabajadoras, mortalidad infantil y mortalidad materna. Además examina las políticas ministeriales de los sectores Trabajo y de Salud desde 1910 hasta 2010; la jurisprudencia administrativa y judicial en materia de legislación laboral y derechos de maternidad; así como los debates legislativos sobre trabajo y derechos de maternidad. Nuestro objetivo era utilizar la historia, con ocasión del bicentenario de Chile, para informar sobre el diseño e implementación de políticas a la luz de los debates públicos sobre trabajo, género y salud.

Primeras políticas de seguridad social y de salud sobre guarderías infantiles

A comienzos del Siglo 20 en Chile, debido a la pobreza y el hacinamiento, proliferaban las enfermedades contagiosas, causantes de una alta tasa de mortalidad. La tasa de mortalidad infantil llegó a 250 por 1,000 nacidos vivos, una de las más altas de América Latina, y los niños constituían más del 60% de todos los fallecidos.⁴ La atención de salud aún no era de interés público; la mayoría de servicios de salud para los pobres los brindaban organizaciones

de caridad, de la iglesia o sin fines de lucro que atendían a niños y madres desnutridos,⁵ los que padecían permanentemente de una falta de recursos económicos. Una de esas iniciativas, que funcionó desde 1912 fue *La gota de leche*, institución que brindaba servicios sociales y de salud a niños pobres menores de dos años de edad.⁶

Mientras tanto, la industrialización aumentaba; en Chile, en 1907, el 80% de la fuerza laboral del rubro textil y confecciones eran mujeres.⁷ El gobierno alentaba a las mujeres a trabajar pero sin atender los temas de maternidad o cuidado de los hijos, que se consideraban asuntos personales y no un derecho protegido, hasta las sociedades de socorros mutuos de mujeres así los entendían.⁴ Solamente una de esas organizaciones apoyaba económicamente a las madres trabajadoras por un periodo de 40 días después del parto, mientras que el gobierno permanecía mayormente al margen, proporcionando solamente leche y alimentos.⁸

Los médicos fomentaban vigorosamente la lactancia materna, e intentaron promover el derecho de los niños a la leche materna con iniciativas educativas y cabildeo legislativo. Las primeras políticas de salud pública y las primeras leyes sociales sobre el cuidado materno infantil fueron resultado de la movilización de la clase obrera contra las malas condiciones de trabajo.⁹ En 1917, la legislación chilena exigía que los empleadores proporcionaran a las trabajadoras servicios de guardería remunerados y que destinaran dos periodos de media hora al día para lactancia materna a las madres de niños menores de un año.¹⁰ Si bien los debates legislativos no mostraron mayor preocupación por el bienestar de las mujeres, los beneficios de la lactancia materna para la salud jugaron un papel fundamental en las posteriores políticas y leyes sociales.

Por ley, los centros de trabajo que emplearan a 50 o más mujeres de 18 años de edad y mayores debían contribuir a facilitar la lactancia materna instalando una guardería infantil adyacente a su local.³ Los empleadores evadieron esta obligación contratando mujeres más jóvenes o menos de 50 mujeres, para evitar llegar al límite establecido en la legislación. En 1931, el primer Código del Trabajo de Chile establecía que todo el que empleara a 20 mujeres o más debía proporcionar a todas las madres

de niños menores de un año, cualquiera que fuera su edad o estado civil, servicios de guardería y dar facilidades para el cuidado infantil y tiempo remunerado para lactancia materna.¹¹ Los empleadores nuevamente eludieron la ley contratando a menos de 20 mujeres, con el consiguiente efecto de disminuir las oportunidades de trabajo. Sin embargo, para los pediatras, enfermeras y trabajadores sociales que brindaban atención de salud a los niños, era evidente, por ejemplo, el conflicto entre los horarios de trabajo y de lactancia materna. Tal como lo señala en un informe de 1928 *La gota de leche*:

“A pesar de que se ha hecho mucho por fomentar la lactancia materna, lamentablemente debemos admitir que ésta disminuye notablemente con el empleo femenino. El trabajo es el principal culpable pues aleja a las mujeres de sus hogares. Pero también es culpable la pobreza que las obliga a trabajar fuera del hogar con lo cual se genera desnutrición y el agotamiento prematuro de la leche materna.”⁸

En 1929, la Sociedad Chilena de Pediatría imprimió un folleto sobre cuidado infantil para que se repartiera con los certificados de matrimonio: “¡Amamante a su bebé! Todas las madres pueden y deben dar de lactar el mayor tiempo posible.... Los niños tienen derecho a la leche materna y la lactancia materna no perjudica a las mujeres.”⁹ Con un discurso similar se alentaba a las mujeres a esforzarse por alcanzar un ideal aristocrático de maternidad y se describía a la madre ejemplar. En esos años también se iniciaron las campañas de educación pública y la supervisión de las mujeres que criaban niños.²

El Código de Salud consagró la noción del derecho del bebé a la lactancia materna, y fue promulgado en la misma época que el Código del Trabajo. El Código de Salud disponía que la leche materna fuera propiedad exclusiva del lactante. Las madres debían dar de lactar durante cinco meses y abstenerse de amamantar a otros bebés a menos que estuviera médicamente justificado.¹² Esta última restricción intentaba evitar que las mujeres trabajaran como nodrizas de los niños de clase alta y que tuvieran suficiente leche materna para sus propios bebés.

El sistema de seguridad social y la licencia por maternidad remunerada

En 1924 se instituyó un nuevo sistema de seguridad social para enfrentar el conflicto social generalizado, que transformó profundamente el papel legal y social del Estado. Chile adoptó medidas para encarar las necesidades de salud de los obreros basándose en un modelo alemán de seguridad social, financiado conjuntamente por los empleadores y los trabajadores mediante deducciones en planilla.

La licencia por maternidad remunerada fue una de las demandas de las organizaciones de trabajadores durante el debate sobre el proyecto de ley de seguridad social.⁴ Ya en 1920, el senador liberal Malaquías Concha había sustentado ante el Congreso chileno la necesidad de un sistema que protegiera a las trabajadoras antes y después del parto:

“Considerando que la asamblea legislativa aspira a la reproducción y conservación de la población del país, las mujeres no deben trabajar cuatro semanas antes del parto o cuatro semanas después del mismo.”³

Los legisladores conservadores replicaron que las mujeres podían perfectamente regresar al trabajo diez días después del parto y que no necesitaban protección especial. Otros se resistían a otorgarles demasiados derechos a las mujeres pues temían que al mermar los intereses de los empleadores estos reducirían el empleo femenino.³

Chile ratificó el Convenio de Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1925 e instituyó la licencia por maternidad remunerada, de 40 días antes del parto y 20 días después del mismo, aunque el convenio exigía al menos 12 semanas. Los empleadores debían pagar la mitad de las remuneraciones a las beneficiarias quienes no podían ser despedidas mientras durara la licencia por maternidad.¹³ El Código del Trabajo de 1931 prolongó esta licencia a seis semanas antes y seis semanas después del parto y reforzó la protección laboral prohibiendo el despido durante el embarazo por menor producción.¹¹ El despido legal podía darse pero no se podía fundamentar en el embarazo.

En esencia la ley procuraba proteger al feto en desarrollo y al recién nacido, sobre todo

por consideraciones demográficas, pues había un creciente consenso sobre la necesidad de preservar la paz social y promover el aumento de la población y de la fuerza laboral. En otras palabras, las leyes relativas a la licencia por maternidad no se dieron por iniciativa de las mujeres ni para proteger a las mujeres, sino que fueron iniciativa de legisladores que consideraban a las mujeres como víctimas de los excesos del capitalismo.³

En la década de 1930 la organización feminista pionera, el Movimiento Pro-Emancipación de las Mujeres de Chile, fue la primera en reconocer la relación que vincula el aborto con la maternidad, la salud y las condiciones de trabajo:

“La sociedad no puede obligar a las mujeres a tener hijos si a ellas no se le dan los medios para alimentarlos ... mientras no hayan mejores condiciones de alimentación y vivienda para las madres trabajadoras y sus hijos, mientras la maternidad siga siendo una maldición para las mujeres y para la sociedad y mientras tantos pequeños seres humanos vayan del vientre a la tumba, seguiremos exigiendo la reforma de la ley sobre el aborto y apoyando a la comunidad médica en este empeño [brindar servicios de planificación familiar].”¹⁴

En 1939, el Ministro de Salud, Salvador Allende, médico de profesión, también manifestó su preocupación ante las muertes producidas por abortos ilegales y la relación entre la necesidad de trabajar y el aborto como medida de control de la natalidad:

“Angustiadas por sus salarios inadecuados cientos de madres trabajadoras se lanzan en procura del aborto para evitar que un nuevo hijo disminuya sus ya magros recursos hasta desaparecerlos. Cientos pierden la vida, impulsadas por la angustia de las penurias económicas... La mortalidad materna e infantil son hechos demográficos que se pueden modificar en forma más o menos decisiva pues dependen en gran medida de la atención que reciban madres y niños antes, durante y después del parto.”¹⁵

Este tipo de preocupaciones se plasmaron en iniciativas aisladas de salud comunitaria para promover la regulación de la fertilidad, pero no condujeron a políticas integrales.¹⁵

Los nuevos programas de seguridad social proporcionaron cuidados preventivos de salud, incluyendo los servicios de salud materno infantil destinados a asegurar el crecimiento y desarrollo infantil normal.³ En 1937, una nueva Ley de Salud Materno Infantil daba a los niños menores de dos años el derecho de recibir gratuitamente el suministro de leche,¹⁶ pero solo beneficiaba a la población cubierta por la seguridad social, que representaba menos del 70% de la población total, incluso en 1952.¹⁵ El sistema de seguridad social se basa en la existencia de empleo remunerado, salarios y deducciones. Las mujeres inmersas en el mercado de trabajo informal o que no trabajan bajo el régimen de un contrato de trabajo no tenían derecho a estos beneficios.

Salud materno-infantil y el nuevo Servicio Nacional de Salud

La preocupación por la salud de las mujeres era un tema de creciente importancia en 1950 cuando la Organización Panamericana de la Salud lanzó una nueva iniciativa de salud materno-infantil¹⁵. En 1952, Chile consolidó políticas sanitarias y prestación de servicios de salud en un nuevo Servicio Nacional de Salud (SNS) marcando un hito para la atención materno-infantil.¹⁷

La creación del SNS generó el mayor impulso para la promoción y protección de la salud materno-infantil que tuvo Chile desde que se centralizó la atención de salud en un solo organismo, incorporando la atención gratuita para la esposa e hijos menores de 15 años del hombre asegurado. En ese entonces, solo el 52% de los partos eran atendidos por profesionales de la salud (en su mayoría parteras con educación universitaria) llegando esta tasa al 40% o menos en algunas partes del país.¹⁷ El SNS brindaba servicios profesionales en las áreas de atención prenatal, parto, planificación familiar, nutrición y vacunación y el resultado se tradujo en un ascenso en la tasa de partos con asistencia profesional hasta el 74% en 1965 y 81% en 1970¹⁷. También en 1952 se lanzó un programa para brindar suplementos alimenticios a madres lactantes durante las primeras siete semanas después del parto.¹⁸ La Ley de la Madre y el Niño se convirtió en un paradigma con el cual los especialistas y legisladores

se referían, y algunos aún lo hacen, al binomio madre-hijo haciéndolos indivisibles en lo que respecta a la formulación de políticas.

La licencia por maternidad con goce de sueldo para las mujeres que trabajan se mantuvo en 12 semanas durante más de 30 años. En 1963 el médico y Congresista de derecha, Gustavo Monckeberg, impulsó un proyecto de ley para extender seis semanas la licencia a madres de bebés prematuros. El proyecto de ley, diseñado para prolongar la lactancia materna por el bien de los recién nacidos que necesitaran cuidados especiales, fue aprobada a condición de que fuera un requerimiento médico. La necesidad de que el médico tratante certificara los partos prematuros generó fuertes críticas. Los congresistas de derecha pensaban que los profesionales médicos otorgaban certificados innecesarios. Como respuesta, Salvador Allende, que en aquel entonces era senador, dijo que era un deber ético otorgar los certificados cuando fueran necesarios. Una congresista comunista le recordó al Congreso que las mujeres de la clase trabajadora suelen ser atendidas por parteras y no por doctores lo que presentaba un obstáculo para obtener los certificados que exigía la ley. Fundamentándose en el aspecto de la salud, el congresista Monckeberg propuso en 1964 que los servicios de guardería brindados por el empleador se extendieran hasta que los niños llegaran a los dos años de edad, no necesariamente para lactancia materna, sino para brindar mayores cuidados y nutrición a los bebés. Era consciente de los mayores costos económicos que acarrearía para los empleadores, pero argumentaba que serían compensados moralmente por los beneficios que le daban a la sociedad en su conjunto. Monckeberg manifestaba el discurso de los demócratas cristianos que mezclaban argumentos médicos, sociales y morales para mejorar las condiciones de vida, salud y trabajo.

Paralelamente, las congresistas comunistas propusieron un incremento en la protección laboral para las trabajadoras embarazadas o en lactancia materna, que las cubriera seis meses antes y después del parto. El Ejecutivo y los partidos de derecha se opusieron argumentando que el exceso de protección podría causar que los empleadores dejaran de darles trabajo a las mujeres. En esa época las mujeres que

trabajaban y quedaban embarazadas podían ser despedidas por motivos que no fueran su embarazo,¹¹ y las mujeres casadas debían enfrentar prácticas de contratación discriminatorias a causa de la posibilidad de que quedaran embarazadas. Las representantes sindicales dieron cuenta de avisos de trabajo en fábricas solo para mujeres solteras, como si solo las mujeres casadas tuvieran hijos. Es significativo que el debate legislativo en los años sesenta tendiera a presentar a las trabajadoras como mujeres obligadas a desatender a sus hijos por causa de las dificultades económicas. De hecho, el cuidado de los niños era un problema generalizado; las mujeres dependían de parientas, hermanos mayores y vecinas cuando concluía el periodo de guardería financiada por el empleador. Las mujeres profesionales empleaban domésticas o niñeras cama adentro. Hacia finales de los años sesenta se produjo un debate y un cambio de política del cuidado infantil en el contexto del mundo laboral. Estas políticas pedían que el Estado administrara guarderías públicas para mujeres que no tuvieran acceso a guarderías financiadas por el empleador, sobre todo en aquellos casos en que los empleadores burlaban la ley contratando menos de 20 mujeres. Sin embargo, las mujeres sindicalizadas informaron que el 80% de los empleadores no cumplían sus obligaciones con relación a la guardería.

Mientras tanto, la salud de las mujeres embarazadas, incluyendo a aquellas con embarazos no deseados, se mantuvieron en alto riesgo. En 1965 el aborto ilegal era la causa de más de un tercio de las muertes maternas, que entonces llegaban a 279 muertes por 100,000 nacidos vivos.¹⁷ En este contexto, la guerra fría impulsó a los gobiernos a poner freno a la pobreza, el crecimiento demográfico y la agitación social lo cual facilitó la introducción de políticas de salud para reducir la mortalidad infantil y los abortos ilegales.¹⁹ En 1965, el esfuerzo conjunto de la Asociación Chilena de Protección de la Familia^{*} y del gobierno demócrata cristiano, que estaba en el poder, con un amplio apoyo de la comunidad médica, preparó el terreno para que el SNS desarrollara un innovador programa de planificación familiar.²⁰ Un estudio publicado

* Afiliado a la Federación Internacional de Planificación de la Familia.

en 1967 mostraba que había un aborto por cada dos partos y que la tasa de muertes causadas por abortos era aún alta.^{21,22} Sin embargo, la implementación de las políticas de planificación familiar se fundamentaba en la necesidad de reducir el número de abortos, el alto índice de partos múltiples, y aumentar el espaciamiento de los nacimientos para reducir el número de niños pobres y abandonados. Jamás tuvo el objetivo de liberar a las mujeres de la carga de criar un gran número de niños ni permitir que se desarrollaran como individuos. Por tanto, la planificación familiar no se consideraba un derecho.²³

Aun así, para 1970, el programa de planificación familiar había reducido las muertes maternas a 168 por 100,000 nacidos vivos y la mortalidad infantil de 120 a 79.3 por 1,000 nacidos vivos. La fertilidad total descendió de 4.7 en 1960 a 3.3 en 1970. Por otra parte, los servicios de atención del parto brindados por personal calificado aumentaron de 74.3% en 1965 a 81.1% en 1970¹⁷

El gobierno del exministro de salud, Salvador Allende (1970-1973) introdujo políticas de salud reproductiva que ponían un nuevo énfasis en el derecho de las mujeres, alentaban los embarazos planeados y deseados, y brindaban educación sexual en escuelas y centros de atención.¹⁵⁻²⁴ Los servicios incluían planificación familiar, cuidados antes y después del parto, y prevención del cáncer cervical y la infertilidad.¹⁹ Durante un corto periodo antes del golpe de Estado de 1973 un importante hospital en una zona vulnerable de Santiago brindaba servicios de regulación de la menstruación para pacientes cuyos métodos anticonceptivos habían fallado.¹⁹ El criterio de acceso incluía tener muchos hijos y no querer más, ser pobre, y tener motivos terapéuticos para abortar.²⁵ Se alentaba a las mujeres a inscribirse en el programa de planificación familiar para obtener métodos anticonceptivos reversibles o a someterse a la esterilización voluntaria.

El gobierno de Allende también fortaleció la protección social. Se extendió la licencia por maternidad pagada a 18 semanas para todas las trabajadoras sin importar las necesidades de salud del infante, brindando con ello, en forma efectiva, un derecho universal que no estaba más sujeto a criterio médico.

Retroceso de las reformas bajo la dictadura de Pinochet

La dictadura de Augusto Pinochet (1973-1990) puso fin a la mayoría de las innovadoras políticas y programas de salud de Salvador Allende. Muchos de los proveedores de servicios de salud participantes fueron enjuiciados u obligados a exiliarse. Se interrumpieron abruptamente los programas de regulación de la menstruación y de educación sexual y las organizaciones laborales y de derechos fueron debilitadas significativamente.

En 1975, el Ministerio de Salud restringió los criterios de esterilización voluntaria para mujeres de bajos ingresos que recibían atención de salud en establecimientos públicos. Los nuevos requerimientos incluían tener tres o más hijos vivos, ser mayor de 32 años de edad y contar con el consentimiento del marido o conviviente,²² introduciendo efectivamente el veto masculino sobre la autonomía reproductiva de las mujeres.²⁶ La falta de una ley de divorcio hasta el año 2005 creó obstáculos aún mayores. Los hospitales exigían un formulario firmado, pero ¿quién debía firmar? ¿El cónyuge de hecho, el marido, la pareja anterior? Los promotores de la salud de las mujeres comunicaron en 1990 lo problemática que resultaba esta situación. Sin embargo, los hospitales no tenían problema en aceptar cualquier firma masculina para satisfacer los requerimientos; por ejemplo, cuando se le negó la intervención a una viuda, que una de nosotras conocía personalmente, hasta que presentó un formulario firmado por un amigo varón.

Aunque el programa de planificación familiar continuó siendo un programa oficial, un documento de política publicado en 1978 establecía que el crecimiento demográfico era un objetivo nacional, señalando que por lo tanto los chilenos no debían «abusar» de los métodos anticonceptivos.²⁶ El documento indicaba que los anuncios sobre el control de la natalidad debían ser retirados de los establecimientos de atención de salud, implicando que brindar información generaba la demanda de servicios de planificación familiar. Los promotores de salud informaron anecdóticamente que en algunos casos las mujeres se hacían retirar el DIU cuando iban a sus controles. Esto fue corroborado por una de las autoras (Casas) cuando

expuso una ponencia y un oyente recordó las instrucciones del Ministerio de Salud. Sin embargo, los servicios chilenos de planificación familiar continuaron como siempre, solo que con un perfil más bajo a pesar de los pronunciamientos del gobierno, ya que para entonces las mujeres estaban debidamente informadas sobre el control de la natalidad.²⁶

Mientras la dictadura de Pinochet siguió implementando servicios de salud materno-infantil y programas que alentaban la maternidad, existió una doble moral flagrante en materia de derechos, políticas y prácticas laborales. En 1978, el Ministerio de Trabajo recomendó oficialmente a los empleadores que pidieran pruebas de embarazo y certificados de nacimiento antes de contratar mujeres, para evaluar si estaban protegidas por derechos de maternidad. Sin embargo, cuando el país enfrentó una grave crisis económica, tanto el uso de servicios de planificación familiar como el ejercicio de los derechos laborales, de maternidad y de protección fueron catalogados como abusos del sistema.

Finalmente, en 1989, durante los meses finales de su mandato, el régimen de Pinochet eliminó el aborto terapéutico de los códigos legislativos. En 1974, uno de los artífices legales del régimen, catedrático de derecho constitucional y católico ferviente, Jaime Guzmán, intentó infructuosamente introducir una prohibición al aborto en la nueva Constitución propuesta. La Constitución de 1980 sí incluyó una declaración general sobre la protección legal de "los nonatos" mas no un derecho *constitucional* a ser protegidos. Por lo tanto, como se argumentó en 1974, hubo margen para excepciones tales como permitir el aborto en casos de malformación fetal grave o en aquellos casos en que el embarazo fuera resultado de una violación, enfoque que aún hoy en día cuenta con el apoyo de una minoría de expertos constitucionales. La revocación sirvió para impedir futuros cambios durante la transición a la democracia. La historia legislativa revela que un miembro de la Junta Militar temía que Chile siguiera el mismo camino que España, donde el aborto y el divorcio se habían liberalizado con el regreso a la democracia.²⁵ Desde entonces una frenética oposición por parte de los conservadores morales y políticos ha frustrado todos los intentos de reinstaurar el acceso

al aborto, aún en casos donde podría salvar la vida de una mujer.²²

El gobierno democrático y el derecho de las mujeres a la salud

Desde 1990, la renovación democrática abrió el camino para la formulación de políticas basadas en derechos. Se marcó un hito en 1991 con el Servicio Nacional de la Mujer, una secretaría de rango ministerial que se encarga de una amplia gama de asuntos relacionados con la mujer, incluyendo la salud.¹⁵

Un nuevo programa de salud para la mujer realizó un esfuerzo concertado para dejar de ver a la mujer solo en términos de su capacidad reproductiva y del binomio madre-hijo. El programa retomó lo promulgado por Allende, particularmente en su Mensaje al Congreso de Septiembre de 1971, donde consideró que el aborto legal era posible, o por lo menos que la descriminalización del aborto terapéutico se prestaba a una lectura más flexible que podría incluir el aborto cuando fallara el control de la natalidad.²⁶ Sin embargo, la coalición que incluía a los demócrata cristianos no permitió esta lectura, y el gobierno actual tampoco ha apoyado este cambio. El Senado, en marzo y abril de 2012, debatió y votó tres propuestas para modificar la legislación. Se perdió la votación para reinstaurar el aborto terapéutico (15 a favor, 18 en contra), hubo menos apoyo para casos de malformación fetal grave, incluso cuando fuese incompatible con la vida, y aún menos apoyo para abortos en caso de violación.²⁷ Sin embargo, el hecho de que se abriera el debate legislativo fue en sí mismo más prometedor que intentos anteriores ya que esta vez contó con el apoyo de la Ministra de Trabajo, aunque ello no fuese suficiente.

El programa de salud para la mujer bajo la nueva democracia alegaba que le preocupaba todo el ciclo de vida de las mujeres, lo que significa cuidar a las mujeres desde la adolescencia, a través de su edad reproductiva y después. Sin embargo, hasta el día de hoy se sigue concentrando en la reproducción, vale decir en el embarazo y la lactancia materna. A mediados de los noventa, por ejemplo, las adolescentes solo eran motivo prioritario de preocupación si estaban embarazadas.¹⁵

Desde 1990 los indicadores de salud fueron mejorando en sintonía con la inversión social. En 1999, por ejemplo, la mortalidad materna disminuyó hasta 22 por 100,000 nacidos vivos y la mortalidad infantil se mantuvo en 10 por 1,000 nacidos vivos.¹⁷

En 1996 las mujeres constituían un tercio de la fuerza laboral y eran jefas de familia de una cuarta parte de los hogares, pero su trabajo siguió siendo secundario al de los hombres como lo refleja la gran diferencia en salarios, y tendían a realizar trabajos precarios con poca estabilidad, a corto plazo o en el mercado informal con un acceso limitado a puestos directivos.²⁸ Los sindicatos en los años sesenta exigían que los empleadores cumplan con la ley, pero hacia 2008 los estimados oficiales indicaban que menos del 9% de los empleadores habían sido obligados a financiar o poner en funcionamiento guarderías y que el 36% de los empleadores no cumplían con la ley.²⁹

La brecha existente entre los requerimientos de la ley y lo que hicieron en realidad los actores públicos y privados revela las tensiones inherentes a la protección de los derechos de las mujeres que trabajan, la protección de la salud de sus hijos, y las preocupaciones con relación a la autonomía y salud de la mujer. Nuestro examen de la jurisprudencia muestra que los horarios de lactancia materna son poco prácticos para muchas mujeres cuyos bebés no se encuentran en guarderías cercanas, mientras que un estudio del gobierno reveló que muchas mujeres temen ejercer su derecho a la lactancia materna, ya que les puede generar problemas en el trabajo. Esto sin mencionar que las políticas de lactancia materna con frecuencia son la causa de la discriminación contra las mujeres en los centros de trabajo.³⁰ Sin embargo, las discusiones de los grupos focales de nuestra investigación más amplia revelaron de qué manera las mujeres, provenientes de tres niveles de renta distintos, intentan equilibrar la tensión entre su familia y su trabajo y acuden a las guarderías financiadas por el empleador o por el Estado. Es evidente que el haber mejorado el acceso al cuidado de niños y extendido la licencia por maternidad ha aliviado la carga de las mujeres.

Durante la campaña presidencial de 2009, el candidato de derecha Sebastián Piñera prometió aumentar la licencia por maternidad a 24 semanas si lo elegían. Luego de haber asumido

la presidencia, Piñera encargó a un grupo de expertos de alto nivel que estudiara las reformas que busquen extender la lactancia materna y que reduzcan el uso de la licencia por enfermedad como licencia por maternidad de facto. La licencia por maternidad es pagada por el Estado en tanto que la licencia por enfermedad es cubierta por planes de salud públicos o privados. Contrariamente a las intenciones de Piñera, la ley que aprobó el Congreso en 2011 no extendió un beneficio sino que creó un derecho universal. La ley contempla una licencia de maternidad de 12 semanas después del parto y 12 semanas de permiso parental que puede ser tomado por el padre o la madre. Existe un plan de regreso gradual al trabajo con jornadas de medio tiempo para las mujeres que así lo deseen después de la décimosegunda semana que también permite al padre compartir el permiso parental. En cualquier caso, las mujeres pueden permanecer en casa por un total de 24 semanas.³¹ Esta licencia parental o de maternidad es pagada con un subsidio cuyo límite es equivalente a 2,000 dólares americanos al mes.

Sin embargo, desde noviembre de 2011, menos del 3% de las mujeres han utilizado el plan de retorno escalonado y solo 23 padres han tomado la licencia parental.³² Existen múltiples explicaciones, pero la más importante es la representación cultural de quien se ocupa del cuidado de los niños. Las discusiones de los grupos focales con mujeres trabajadoras indicaron que las obreras se sentían incómodas con la idea de que los hombres pudieran hacerse cargo de los bebés, que eran una molestia cuando no ayudaban o, peor aún, en algunos casos también cuando sí lo hacían. Las dependientas de comercio tomaban en cuenta la opción pero confiaban más en que una parienta cuidaría mejor a los niños que el hombre, mientras que las profesionales sí se manifestaban dispuestas al cambio. En un principio el gobierno creó mayor confusión pues la propuesta establecía que el subsidio se calcularía en base al salario de la madre y no del padre, para reducir el gasto social. Pero a pocos hombres y mujeres les interesaba reducir sus ingresos familiares de ese modo.

El objetivo principal de estas reformas sigue siendo la protección de los infantes. El ejemplo más reciente de esto tiene que ver con un programa de prevención de la transmisión del

virus del VIH de madre a hijo, aprobado hace pocos años y que atentaba contra el derecho propio de las mujeres al tratamiento contra el VIH. A finales de los noventa fue necesario recurrir a procesos de interés público para obligar al Ministerio de Salud a brindar tratamientos de VIH a mujeres gestantes y seropositivas además del tratamiento a los infantes, sin interrumpir el tratamiento después del parto.³³

Conclusión

Aunque las mujeres en Chile han recorrido un largo camino desde principios del siglo pasado, fue solo durante el gobierno de Salvador Allende y en las últimas dos décadas que el discurso social chileno ha consagrado a las mujeres como titulares del derecho a la salud. Anteriormente, las mujeres recibían servicios de salud y se les reconocían sus derechos solo en la medida en que se mostraran conforme a lo que se esperaba de ellas según las nociones sociales de mujeres y madres, supervisadas por la comunidad médica en su rol de cuidadoras, y educadas como tales.

El trabajo femenino era y es percibido como un obstáculo para la maternidad. Hace un siglo, cuando las mujeres y sus hijos eran vistos como víctimas que necesitan ser protegidos del capitalismo salvaje, los católicos sociales, conservadores y sindicatos reforzaban los roles de género tradicionales mientras los profesionales médicos, preocupados por la salud del infante, desalentaban el trabajo remunerado.

Un siglo más tarde, las mujeres chilenas con trabajo remunerado siguen pagando un alto costo si tienen hijos porque las políticas sociales y económicas no ayudan a las mujeres a lograr un equilibrio entre las obligaciones familiares y laborales ni les alivia el costo de salud mental que conlleva la doble tarea. El discurso político predominante exalta el bienestar familiar pero esconde los problemas de salud que deben afrontar las mujeres. Para que las políticas sean efectivas, deberán estar más en sintonía con los asuntos reales que las mujeres deben enfrentar en su vida diaria. Si bien la extensión de la licencia por maternidad alivia la tensión de las mujeres que desean cuidar a sus bebés, el paso siguiente lo constituyen las guarderías. La presidenta Bachelet hizo un gran trabajo al incrementar la dotación de

guarderías a cargo del Estado para madres trabajadoras de escasos recursos, pero las mujeres de clase media se ven atrapadas ya que no necesariamente cuentan con estos beneficios.

Si bien el discurso médico ha tenido un peso importante durante el último siglo, su rol central ha decaído al prevalecer las consideraciones económicas en la agenda de políticas sociales. El lenguaje basado en derechos se ha convertido en un elemento fijo de los pronunciamientos políticos, pero a veces pareciera que las palabras son más importantes que los hechos. Un debate reciente sobre la licencia por maternidad extendida, en 2011, condujo a una revitalización del discurso basado en derechos en el que participaron grupos de mujeres, sindicatos y la comunidad médica, todos juntos aunque no siempre compartiendo los mismos objetivos. La gestión actual del presidente Sebastián Piñera inició el debate legislativo para cumplir con el compromiso adquirido durante la campaña presidencial, pero cuando hubo que formular la política esta fue enmarcada como un beneficio y no como un derecho social. Fueron necesarios muchos argumentos para que el gobierno se diera cuenta de que la propuesta de corresponsabilizar al hombre y a la mujer en el cuidado de los niños era un avance, mientras que un subsidio basado en los ingresos de las mujeres tendría el resultado opuesto. El gobierno no parecía estar al tanto de que las mujeres ganan menos, o de lo contrario el discurso no fue sincero, y no estaban dispuestos a brindar el financiamiento necesario. Finalmente, el gobierno tuvo que aceptar que la licencia por maternidad es un derecho social contemplado por el sistema de seguridad social establecido hace 100 años.

Las políticas chilenas siguen conteniendo muchas tensiones que aún no han sido resueltas en esta problemática. Chile promueve la maternidad, pero con frecuencia considera que las mujeres que exigen dicha protección abusan del sistema. Los proveedores de seguros de salud privados, por ejemplo, penalizan a las mujeres en edad reproductiva cobrándoles primas más altas que a los hombres. La maternidad es una varita mágica que exalta la generosa entrega de las mujeres, pero la sociedad tiende un manto de recelo cuando ellas quieren ejercer sus derechos de maternidad y decidir el número de hijos y su espaciamiento.

Referencias

1. Eren O. Continuation of the ILO principles in the 21st century through the compliance pull of core labor rights. *Journal of Workplace Rights* 2008;13(3): 303-05.
2. Pieper Mooney JE. *The Politics of Motherhood: Maternity and Women's Rights in Twentieth-Century Chile*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 2009.
3. Hutchison E. *Mujeres, trabajo y maternidad: género y consenso legislativo. Labores propias de su sexo. Género, políticas y trabajo en el Chile urbano, 1900-1930*. Santiago: LOM; 2006.
4. Molina Bustos CA. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Santiago: LOM; 2010.
5. Jiménez de la Jara J. *Política y organizaciones de salud en Chile: reflexiones históricas*. *Revista Ars Medica* 2001;3(5):53-64.
6. Vargas Catalán N. *Historia de la Pediatría chilena: crónica de una alegría*. Santiago: Editorial Universitaria; 2002.
7. Godoy L, Díaz X, Mauro A. *Imágenes sobre el trabajo femenino en Chile*. *Universum* 2009;24(2): 74-93.
8. Illanes MA. *La revolución solidaria. La Sociedad de Socorros Mutuos de artesanos y obreros: Un proyecto popular democrático, 1840-1887*. *Polis: Revista académica de la Universidad Bolivariana* 2003;5. At: <http://www.revistapolis.cl/5/illa.htm>.
9. Schonhaut L. *Cartilla de puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatría*. *Revista Chilena Pediatría* 2008;79(1):85-89. Originally published in *Revista Chilena Pediatría* 1930;1(4):213-16.
10. Chile. *Ley de Sala Cuna*. 1917.
11. Chile. *Código del Trabajo*. 1931.
12. Chile. *Código Sanitario*. 1931.
13. Chile. *Ley de Descanso Maternal*. 1925.
14. Rojas Mira C. *Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile*. *Estudios Avanzados* 2009;11:7-27.
15. Faúndez A. *Género, salud y políticas públicas. Del binomio madre-hijo a la mujer integral*. Santiago: Universidad de Chile; 1996.
16. Huneus C, Lanús MP. *Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el estado de bienestar en Chile, 1937-1938*. *Revista Historia (Talca)* 2002;35:151-86.
17. Szot Meza J. *Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000*. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2002;67(2): 129-35.
18. Chile. *Ley de la madre y del niño*. 1952.
19. Faúndez A, Barzelatto J. *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 2005.
20. Jiles X. *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*. Santiago: Corporación de Salud y Políticas Sociales; 1992.
21. Rojas Mira C. *Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile*. *Estudios Avanzados* 2009;11:7-27.
22. Shepard B, Casas L. *Abortion policies and practices in Chile: ambiguities and dilemmas*. *Reproductive Health Matters* 2007;30(15):202-10.
23. Rojas C. *Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático*. www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/histor1201.pdf.
24. Casas L, Ahumada C. *Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment*. *Reproductive Health Matters* 2009;17(34):88-99.
25. Casas L. *Aborto y derechos humanos*. In: Benítez J, editor. *Los otros derechos: Derechos del Bicentenario*. Santiago: Universidad Arcis; 2009. p.53-79.
26. Casas L. *Mujeres y reproducción ¿Del control a la autonomía?* Santiago: Centro de Investigaciones Jurídicas. Facultad de Derecho. Universidad Diego Portales; 2004.
27. *Centro de Derechos Humanos, Los derechos humanos de las mujeres*. In: *Informe Anual de Derechos Humanos 2012*; Santiago: Universidad Diego Portales, in press.
28. Cruz L. *Mujer y trabajo*. Santiago: Centro de estudios y asesorías laborales y sindicales; 1997.
29. Díaz, E y Mella, P. *ENCLA 2008. Inequidades y brechas de género. Informe de Resultados*. Santiago: Dirección del Trabajo; 2009. www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articulos-97629_recurso_1.pdf.
30. Riquelme V. *¿La maternidad castigada? Discriminación y malos tratos: Aporte al debate*. No. 25. Santiago: Dirección del Trabajo, Departamento de Estudios, diciembre 2011. www.dt.gob.cl/1601/articulos-100046_recurso_1.pdf.
31. Chile. *Ley 20.545. Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental*. 2011. At: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1030936>.
32. Superintendencia de Seguridad Social. *Subsidios de permiso postnatal*. [www.suseso.gob.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp?boton=Doc205&targInstanciaId=205&targCarpetaId=621&targTreeNodosAbiertos=\(0\)\(341\)\(621\)&targTreeNodoSel=621&targTreeNodoActual=621&targRegistroId=2618](http://www.suseso.gob.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp?boton=Doc205&targInstanciaId=205&targCarpetaId=621&targTreeNodosAbiertos=(0)(341)(621)&targTreeNodoSel=621&targTreeNodoActual=621&targRegistroId=2618).
33. Contesse J, Lovera D. *Access to medical treatment for people living with HIV/AIDS: success without victory in Chile*. *Sur Revista Internacional de Derechos Humanos* 2008;5(8):143-58. www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/en_v5n8a08.pdf.