



Capítulo 8

La búsqueda de un programa nuevo de política social

Los niveles de bienestar del mundo actual están sujetos a una gama de inseguridades. Estas últimas se agudizan en contextos donde pocas personas trabajan por contrato y con derecho a beneficios derivados del trabajo, y donde los procesos de producción local están cada vez más expuestos a las fluctuaciones y recesiones de los mercados mundiales. Cuando las remuneraciones y los ingresos han caído en picada y los empleos han desaparecido, a las personas les queda poco espacio hacia donde replegarse. En muchos de los países en desarrollo no sólo se pierden los mecanismos formales de protección social para millones de mujeres y hombres que laboran en la economía informal, sino que contingencias tales como enfermedades, partos y la vejez son en sí mismas fuerzas poderosas de empobrecimiento, en la medida en que las remuneraciones caen y los bienes para adquirir atención médica merman en contextos cada vez más comercializados.

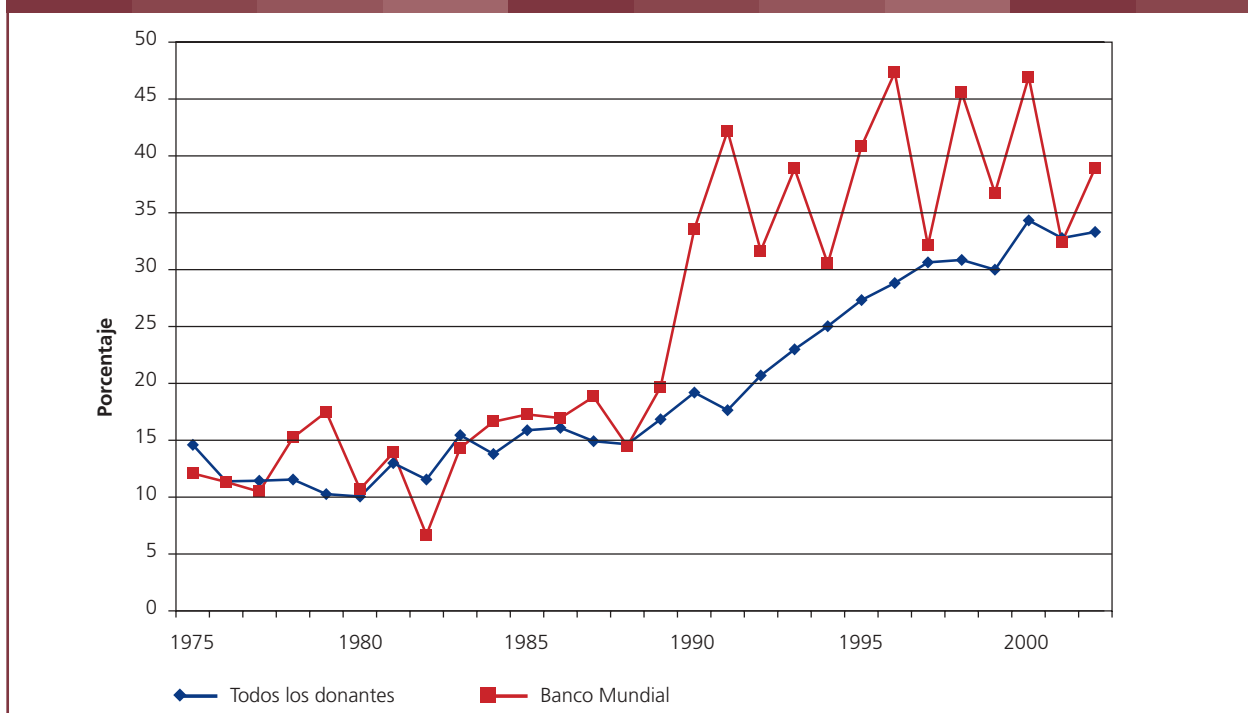
Recientemente se ha reconocido más esta realidad. El decenio de 1990 fue testigo de un viraje importante en las declaraciones de política a nivel mundial, reconociéndose el papel vital de la política social para el proceso de desarrollo. Este no fue solamente un giro retórico, como se advierte en la gráfica 8.1, que muestra cómo ahora los sectores sociales reciben casi una tercera parte del total del financiamiento otorgado por los donantes a los países en desarrollo.¹ Esto dista mucho del “fundamentalismo del mercado” que se pregonaba a principios del decenio de 1980, el cual se centraba de manera reducida en “corregir los precios” sin tomar en cuenta para nada las consecuencias sociales.

El período de austeridad de los sectores sociales fue resultado directo de la imposición de una pauta de reforma virtualmente

universal, como condición previa a la aplicación de paquetes de ajuste y préstamos. Se redujo drásticamente el gasto social, y se cobraron “cuotas” a los usuarios por los servicios de salud, educación y otros de orden social. Para finales del decenio de 1980 se hizo cada vez más evidente que la pobreza y las perturbaciones sociales causadas por la estabilización y el ajuste no constituían un “fenómeno de transición” o “dificultades por fricción” que las instituciones financieras internacionales (IFI) habían supuesto inicialmente; dichos perjuicios penetraban por todas partes, eran de largo plazo y sistémicos. Los estudios sobre las repercusiones del ajuste y la oposición popular a las medidas clave relacionadas con dicho ajuste se combinaban para poner en tela de juicio las prescripciones de política ortodoxa del momento.²

Para 1990 el Banco Mundial había aceptado que en los paquetes de ajuste se daba muy poca atención a las carencias sociales, y que sería sensato evitar la “depreciación del capital humano” durante el proceso de ajuste. El dilema de cómo lograr el apoyo de la sociedad a dicho proceso a la vez que se mantienen las restricciones relacionadas con la estabilización y un estricto control fiscal, se resolvió tratando de “focalizar” el gasto social en aquellos sectores de la población que más lo necesitaran. Determinados gastos ya existentes fueron reasignados, por ejemplo, de la educación secundaria a la primaria; y se crearon programas complementarios o “redes de seguridad” para atender las necesidades apremiantes de los pobres. La tesis fundamental en la que se apoyaba la reestructuración del sector social era residualista: las instituciones públicas de bienestar social sólo deberían intervenir cuando las estructuras

Gráfica 8.1 Porción de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) destinada a infraestructuras y servicios sociales de países en desarrollo (1975-2002)



Nota: En infraestructuras y servicios sociales se incluye educación, salud, programas de población, abastecimiento de agua y sanidad, gobierno y sociedad civil, y otras infraestructuras y servicios sociales.

Fuente: Calculado con datos de OCDE 2004a.

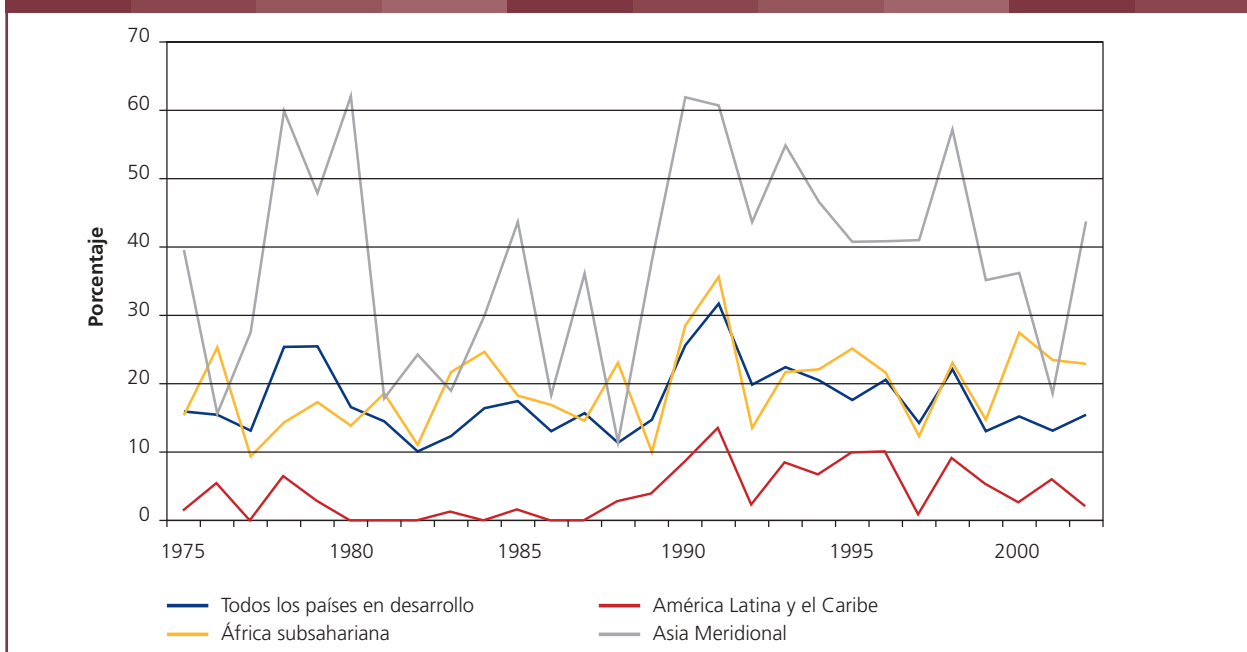
“normales” de suministro (familia y mercado) fracasaron.³ A menudo, las redes de seguridad instauradas llegaban demasiado tarde: se esperaba a que las personas “cayeran” en vez de tratar en primer lugar de evitar que cayeran; la focalización era muy restringida y aun equivocada; y no estaban en consonancia con el grado e índole de la pobreza y carencias que había en el contexto del ajuste.⁴

Para finales del decenio de 1990, la noción de que las vulnerabilidades padecidas por muchos de los países en desarrollo implicaban la necesidad de contar con sistemas institucionalizados de protección social (visión sustentada en la historia del Estado de bienestar europeo), empezó a llegar a oídos más receptivos. Una ola de críticas y activismo por parte de la sociedad civil ayudó a restaurar niveles de gasto social público en varios países, tales como Chile, Sri Lanka, Túnez y México (véase el

cuadro 3.3). Una preocupación por “lo social” resurgió en los ámbitos menos esperados; aun el Fondo Monetario Internacional (FMI) se vio obligado a hacer un reconocimiento explícito sobre la importancia de las políticas sociales.⁵ El cambio en la predisposición del Banco Mundial quedó demostrado con el tema elegido para su informe de 2001, **Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la pobreza**; en él se identificó el “manejo del riesgo social” como la base óptima de sustentación para reducir la pobreza.⁶ Apoyándose en críticas a la filantropía y adoptando nociones de “participación”, se propuso evitar una “cultura de la dependencia”, ayudando a los pobres a fin de que desarrollaran la capacidad “para enfrentar, mitigar o reducir” los riesgos a que se enfrentaran.

Se llegó a aplicar ampliamente una terminología compartida de conceptos como “pobreza”, “protección social”,

Gráfica 8.2 Fracción del total de AOD para infraestructuras y servicios sociales que corresponde al Banco Mundial, por regiones seleccionadas (1975-2002)



Nota: Esta variable ha sido calculada para cada región como la AOD del Banco Mundial para infraestructuras y servicios sociales, dividida por la AOD proporcionada por todos los donantes para infraestructuras y servicios sociales. Estos últimos son educación, salud, programas de población, abastecimiento de agua y sanidad, gobierno y sociedad civil, y otras infraestructuras y servicios sociales.

Fuente: Calculado con datos de OCDE 2004a.

“participación” y “ciudadanía”; pero el consenso que ello indicaba era más aparente que real. Diversas interpretaciones de las causas de la desventaja social, e igualmente diversos puntos de vista sobre las respuestas adecuadas de política social, continúan compitiendo para que se les tome en cuenta. El Banco Mundial tiene poder y prominencia en la arena política, debido a su peso como prestamista para financiar políticas sociales en regiones en desarrollo, especialmente en Asia Meridional y en el África subsahariana (véase la gráfica 8.2), y por su liderazgo en la elaboración de sus “documentos de estrategia de lucha contra la pobreza” (DELP), proceso que empezó a promover en 1999. Sin embargo, al nivel de políticas, su enfoque residualista hacia la política social, basado en la noción del Estado como “último reducto”, está en conflicto con un concepto de política social en el que se sostiene que el propósito de ésta es redistributivo y que el Estado tiene que ser un

protagonista principal. Esta posición es defendida por muchas organizaciones, activistas y redes de académicos.⁷

En el marco de referencia de la “gestión del riesgo social”, se espera que el Estado proporcione solamente “redes de seguridad para enfrentar el riesgo”, además de “instrumentos para gestionar el riesgo” a aplicar donde o cuando el sector privado falle; se trata aquí de una firme continuación de políticas anteriores de redes de seguridad mínima. En otro documento del Banco Mundial, titulado **Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004: Hacer que los servicios funcionen para los pobres**, se reconoce la necesidad de que “los gobiernos inviertan en la adquisición de servicios clave para proteger a los hogares pobres”; se acepta también que “lograr que los servicios funcionen para la gente pobre significa lograr que funcionen para todos, a la vez que se garantiza que los pobres tengan acceso a dichos servicios.”⁸ Pero en este informe se expresan diferentes tipos de

opiniones, y su repercusión en los lineamientos operacionales para que el Banco asigne préstamos a los sectores sociales no está muy claro todavía.

En cambio, el enfoque redistributivo sobre la política social subraya la importancia de la equidad y la prestación social universal. En el contexto de una sociedad en desarrollo, se considera que el Estado tiene un papel central que jugar no solamente como regulador de instituciones y estructuras, sino también como un proveedor significativo. En situaciones de expansión de la pobreza, cuando los mecanismos de protección a los pobres no son efectivos, y es probable que haya grave escasez de suministro por parte de los proveedores privados, la justificación para que el Estado intervenga públicamente es muy fuerte.⁹

El supuesto implícito en una gran parte de la literatura reciente sobre política social de las IFI es que la provisión pública por medio de la focalización es la forma de lograr que la sociedad sea más incluyente. Sin embargo, este supuesto está abierto a la crítica. La comprobación de elegibilidad para recibir prestaciones sociales y la focalización a menudo constituyen el último recurso de las sociedades desiguales. Pueden hacer que las personas queden atrapadas en la pobreza y que aumente la desigualdad, en vez de resolverla a través de la redistribución. Para poder aplicar dichas técnicas se requiere que el Estado cuente con una capacidad administrativa considerable. Al mismo tiempo, los sistemas que son más incluyentes, donde el acceso es un asunto que se debate públicamente, se aplican subsidios cruzados y las diferentes clases sociales se relacionan entre sí en las mismas instituciones, corresponden a un Estado que es más progresista.¹⁰

La experiencia europea permite sugerir que los países con los coeficientes de pobreza más bajos tienen sistemas de transferencia de ingresos en los que se incluyen prestaciones básicas universales financiadas con los ingresos fiscales generales; prestaciones manejadas por el sector público, cuyo monto se calcula según el nivel de ingresos de cada beneficiario y se financia con aportaciones tanto del empleador como del empleado; así como suplementos de ayuda social para aquellas personas que todavía los necesitan. Las prestaciones universalistas de pensión básica y asignaciones de ayuda para los hijos contribuyen eficazmente sobre todo para sacar de la pobreza a los grupos de desamparados (ancianos, familias con muchos hijos y madres solteras). El

segundo pilar principal de un enfoque amplio para mejorar las oportunidades de vida de la mayoría de la población es la prestación de servicios de educación y atención de salud de calidad y de acceso universal.

El principio fundamental que está detrás de la política social es que las indefensiones y los riesgos requieren respuestas colectivas. La razón de ello es que muchas personas, especialmente las de bajos ingresos, no pueden sufragar los servicios proporcionados por el sector privado moderno, ya sea que se trate de servicios de salud o educación, o de las primas de seguros de diversos tipos. Los intentos de generar ahorros formales e informales a largo plazo (por parte de las propias personas de bajos ingresos y por agencias externas), a menudo fracasan debido a lo perentorio de las necesidades del presente. Los esfuerzos para que sólo las personas pobres compartan un seguro, sin una dispersión más amplia del riesgo colectivo, que es el resultado de incluir a quienes viven mejor, fracasarán forzosamente, porque carecen del principio fundamental del seguro social: aportación en función de los ingresos y prestación en función de la necesidad. Por eso es que las políticas sociales que se sustentan en principios de universalismo y solidaridad (o sea, de riesgo compartido), con subsidios cruzados sustanciales por parte de quienes gozan de mejores condiciones de vida, tienden a ser más sustentables, tanto financiera como políticamente.¹¹

Este debate sobre principios fundamentales constituye un telón de fondo para las consideraciones de género en el contexto de la política social. Por razones que parecen inexplicables, las premisas e implicaciones en materia de género del programa de reforma de la política social han sido generalmente ignoradas.

GÉNERO: EL "TÉRMINO ACALLADO"

Tanto el proceso de reforma de la política social como sus resultados están inevitablemente ligados a la distinción por razón de sexo. Y ambos tienden a operar en detrimento de la mujer, especialmente de las que se encuentran en los sectores menos beneficiados de la sociedad. Sin embargo, en los debates predominantes

sobre política social no se ha mostrado interés por ese tipo de preocupaciones; el género ha sido en verdad un “término acallado”.¹² Esta omisión ha caracterizado a ambos lados del debate, ya sea por parte de las personas que se alinean con la perspectiva residualista y focalista sobre política social, adoptada por el Banco Mundial, ya sea por quienes se adhieren a la escuela de pensamiento universalista y redistributiva.

¿Qué es lo que agregaría entonces una perspectiva de género a los debates actuales sobre política social? El primer punto a subrayar es que, si bien las reformas al sector social en general han sido perjudiciales para la mujer, sería un error suponer que ellas eran beneficiarias de la política social, como ciudadanas con derechos sociales, antes del giro neoliberal en las políticas. En verdad, vistos desde una perspectiva de género, los años 60 y 70 no fueron una “Edad de Oro”. El hecho de que la economía formal permaneciera reducida en la mayoría de los países en desarrollo significó que la seguridad en el empleo y los beneficios relacionados con el trabajo en dichos países eran privilegios disponibles sólo para un estrato reducido de trabajadores, del cual la mayor parte era masculina.

En América Latina, los sindicatos dominados por los hombres eran los beneficiarios principales de los contratos sociales corporativistas a través de los cuales se negociaban salarios, condiciones de trabajo y seguridad social.¹³ Aun cuando las mujeres podían haberse beneficiado como esposas o hijas de los hombres que eran “el sostén del hogar”, conseguir una pensión de vejez o el derecho al permiso por maternidad seguían siendo sueños lejanos para la mayoría de ellas. La poca seguridad que había provenía del trabajo remunerado, cuando se podía conseguirlo; del matrimonio, del parentesco y la comunidad; de la iglesia y también a través de “protección y patronazgo” por parte de los empleadores informales.¹⁴ En el África subsahariana, los pequeños grupos informales de mujeres para crédito y ayuda mutua también fueron populares, sobre todo entre mujeres locatarias de mercados y las comerciantes en general. Pero la eficacia de muchos de estos sistemas para proveer protección social a menudo está limitada por su reducida disponibilidad de capital.

Sin embargo, mientras que en muchos países en desarrollo se pudo haber reformado, extendido y fortalecido el esfuerzo inicial de protección social formal a fin de abarcar una cantidad más

amplia de personas, de hecho, lo que ha habido en los últimos dos decenios es un retroceso; en varias regiones se ha dado un fuerte impulso a la mercantilización de los servicios y protección sociales. De ahí que el modelo del hombre como sostén del hogar esté erosionándose no por una reforma de los derechos establecidos por el Estado para promover la equidad entre el hombre y la mujer, sino debido a que esos derechos han sido reducidos drásticamente. Estos últimos han sido remplazados por derechos individualizados, basados en el mercado, para aquellas personas que puedan sufragarlos: pensiones privadas, seguro de salud privado, hospitales privados, escuelas privadas, residencias geriátricas privadas, asistencia remunerada privada para niños y ancianos.¹⁵

Es probable que las repercusiones de la mercantilización afecten más fuertemente a las mujeres. Los factores que permiten explicar por qué las presiones tienen impactos diferenciados basados en el género son los siguientes:

- Sesgo de género en la asignación de recursos en el interior del hogar: en muchas partes del mundo, especialmente en Asia Meridional y Asia Oriental, las normas sociales de asignación de recursos dentro del hogar favorecen a los niños y los hombres en vez de a las niñas y las mujeres. Cuando las familias de bajos ingresos tienen que pagar por el acceso a servicios tales como atención médica urgente, es probable que se dé una prioridad más alta a las necesidades de niños y hombres que a las de niñas y mujeres.
- Estratificación por género en los mercados: Las mujeres tienden a estar más restringidas de dinero en efectivo que los hombres, dadas sus desventajas en los mercados laborales y de crédito; es probable que esto reduzca su facultad para acceder por sí mismas y con sus hijos a servicios y protección sociales basados en el mercado. Cuando las mujeres han sido tradicionalmente responsables de una parte significativa de sus propios gastos de salud y educación, tanto para ellas como para sus hijos, como es el caso en muchas partes de África, sus problemas son más agudos. Cuando las mujeres trabajan es más probable también que acumulen menos prestaciones sociales relacionadas con el empleo que los hombres, dado que ellas tienden a trabajar durante un número menor de años, ganan menos y es más probable que estén empleadas informalmente.

- Ordenamiento por género de la economía asistencial no remunerada: Cuando la prestación formal de servicios resulta inaccesible, las asistentes informales (madres, hermanas, abuelas, hijas), tienen que suministrar ayuda no remunerada. En las reformas al sector social a menudo se supone injustificadamente que mujeres y niñas disponen de tiempo “libre” para el trabajo asistencial.
- Estratificación por género en el sector social público: Las presiones de trabajo generadas por la aplicación de la reforma, incluyendo la pérdida de salarios en los servicios del sector público, es probable que afecten más duramente a las mujeres trabajadoras, dado que son quienes predominan en los estratos más bajos de capacitación, autoridad y remuneración.

Estos son los asuntos que se desarrollan en las secciones que siguen.

ORDENAMIENTO Y ESTRATIFICACIÓN POR GÉNERO EN RELACIÓN CON EL CAMBIO INSTITUCIONAL

Dadas las limitaciones de espacio, en este capítulo se han escogido algunas reformas y programas a fin de concentrarse en ellas, a saber: reformas del sector salud (relevantes para muchos países en desarrollo de bajos ingresos); reformas del sistema de pensiones (más relevantes para países de ingresos medios); reformas e innovaciones en los esquemas de protección social para incluir a los trabajadores informales (para países de ingresos medios y bajos); y programas contra la pobreza focalizados en las mujeres de bajos ingresos. Se omite el sector educación, puesto que al respecto ya existe una literatura extensa y hay análisis en marcha.¹⁶

En el análisis siguiente sobre los cambios sistémicos en los sectores sociales se demuestra cómo las reformas institucionales están afectando a hombres y mujeres de manera diferenciada. Una de las aportaciones principales de las obras sobre el “régimen de bienestar” era alejarse de una medición simple del

gasto público y ver el contenido institucional de los Estados de bienestar en términos de temas tales como condiciones de elegibilidad, cobertura e índole de las prestaciones.¹⁷ Ahora se reconoce ampliamente la importancia de las instituciones como administradoras del gasto público cuyos resultados afectan el bienestar. Tal como se señala insistentemente en el mencionado **Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004**, no existe una relación simple entre el gasto público en salud y educación y los resultados de su aplicación; son las instituciones las que cuentan, consideradas en dicho informe sobre todo en términos de rendición de cuentas de los prestadores de servicios a los usuarios pobres. En este capítulo se ponderan algunos de los cambios institucionales generados por las reformas del sector social, utilizando para ello un enfoque de género (perspectiva que ni el **Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004** ni la primera generación de teóricos del “régimen de bienestar” han adoptado seriamente). El capítulo no aporta un análisis desagregado por sexo del gasto público y de los donantes en los sectores sociales.

Reformas del sector salud y género¹⁸

La salud ha sido un elemento clave en la reforma del sector social. Desde una perspectiva de género, la salud es especialmente importante, no sólo debido a que hombres y mujeres necesitan tipos diferentes de apoyo a la salud para sostener el bienestar, siendo el ejemplo más obvio la asistencia a la mujer en materia de salud reproductiva, sino porque los sistemas institucionalizados de salud están estructurados según la distinción por razón de sexo y reflejan las desigualdades basadas en el género de la sociedad en general. En las jerarquías del servicio de salud por lo común los hombres ocupan las posiciones superiores, como las de médicos, responsables de la formulación de políticas y administradores; en tanto que las mujeres predominan en profesiones y empleos de categorías más bajas, tales como las de enfermeras, personal paramédico y ayudantes.

A menudo, en los servicios que se ofrecen a las mujeres no se logra reconocer las normas sociales y culturales que niegan a éstas la facultad de tomar decisiones sobre comportamientos relacionados con la salud, por ejemplo, acerca de las relaciones

sexuales y el uso de anticonceptivos para espaciar los embarazos. En cambio, cuando los servicios y el personal tienen en cuenta las necesidades de las mujeres, especialmente de aquellas que están en seria desventaja, eso puede ayudar a rectificar algunas de las discriminaciones y dificultades a las que ellas se enfrentan. Lo anterior puede reforzarse por el hecho de que la mayoría de las relaciones cotidianas de trabajo entre el personal de atención de salud y los usuarios tienden a ser relaciones entre mujeres; por lo general se realizan en el contexto de las preocupaciones por la salud de la madre y el hijo. La confianza entre mujer y mujer que pueda establecerse durante las interacciones de rutina proporciona oportunidades para promover cambios en la conducta relacionada con la salud.

Los donantes de recursos han estado firmemente involucrados en el diseño de las reformas del sector salud en muchos de los países con crisis económicas. El paquete normal se sustenta esencialmente en varias acciones: liberalización de la asistencia clínica y suministro de medicamentos, insistiéndose en la comercialización y uso de los mecanismos de mercado; reducción de la intervención gubernamental; descentralización de los sistemas de prestación de servicios; y más atención a la eficiencia en el gasto gubernamental. Por lo general, el modelo incluye algunos de los rasgos siguientes o todos ellos:

- Repliegue del gobierno para limitarse a ejercer una función principalmente reguladora y de fijación de prioridades, con responsabilidad en cuanto a la prestación directa de servicios de salud pública y el acceso asegurado de los más pobres a la atención primaria.
- Liberalización de la prestación clínica privada y las ventas farmacéuticas, y promoción de una “combinación” de proveedores públicos, privados y voluntarios.
- Incremento de la contratación, por parte del gobierno, de grupos y compañías independientes para que presten los servicios.
- Más autonomía administrativa y de financiamiento hospitalario; un cierto grado de privatización de hospitales.
- Substitución de los mecanismos de financiamiento de la salud basados en los impuestos, por el sistema de seguros privados, incluidos los esquemas de seguro por mutualidad.
- Descentralización de los sistemas de salud a fin de que sea el gobierno local el que los controle.
- Cargos al usuario por los servicios de salud administrados por el gobierno, por los medicamentos e insumos suministrados por el gobierno, y por los servicios de salud de base comunitaria.

En esta sección se analizan las repercusiones de las reformas a los servicios de salud, en el acceso de la mujer (y sus dependientes) a dichos servicios para su aprovechamiento; en las condiciones de trabajo de las mujeres como trabajadoras del sector salud; y en las mujeres como proveedoras de asistencia no remunerada, especialmente cuando los mecanismos formales no logran satisfacer la necesidad de asistencia.

Pago de cuotas por la atención de salud: El impacto para los usuarios

En muchos países, las reformas del sector salud se han aplicado en un contexto de pobreza generalizada y severa y, a menudo, inmediatamente después de una crisis económica marcada por el deterioro de la dieta alimentaria y el aumento de las cargas de trabajo.¹⁹ El período de reforma ha coincidido también con la expansión del VIH/SIDA y los severos esfuerzos físicos, económicos y sociales que la epidemia ha infligido a las familias, sobre todo en África. Así, necesidades y demandas han aumentado, al mismo tiempo que se ha hecho más difícil el acceso gratuito o a un costo razonable a los servicios de salud. Las cuotas a pagar por parte de los usuarios, establecidas primero en los hospitales a principios del decenio de 1980, se han extendido desde entonces a los niveles más bajos de las instalaciones gubernamentales de salud, tales como los centros y subcentros que prestan asistencia médica básica y tratamiento de urgencia. Varios estudios han confirmado que el cobro de cuotas a los usuarios, así como los sistemas ineficientes de exención, dan por resultado la exclusión de aquellas personas que no pueden pagar por los servicios. Aun cuando en unos pocos estudios se han analizado específicamente las diferentes repercusiones en materia de género, las investigaciones sobre tendencias de la salud reproductiva en Zimbabwe, Tanzania y Nigeria muestran que la fijación de cuotas a pagar por parte de los usuarios en las instalaciones de salud para la madre y los hijos, está relacionada con una disminución de la admisión de mujeres embarazadas y un aumento de las tasas de morbilidad

durante o después del parto, tanto de las madres como de los recién nacidos.²⁰

En la India, los años 90 fueron testigos de un incremento significativo de la prestación de servicios de salud por parte del sector privado, a costa de los servicios de atención de salud que proporciona el sector público.²¹ La creciente privatización de los servicios parece haber excluido o marginado a la población rural, particularmente a las mujeres en el grupo de edad de 15-29 años, así como a los pueblos tribales. Esto refleja la falta relativa de valor que se asigna a las niñas y las mujeres en comparación con los niños y los hombres: aun cuando ambos sexos se ven afectados por la falta de servicios a precios asequibles, los escasos recursos familiares pueden ser utilizados al máximo para proporcionar tratamiento a los niños, mientras que las enfermedades de las niñas se consideran menos significativas y por lo tanto se descuidan. Casos de enfermedades no tratadas eran comunes entre los pobres, y más comunes aún entre mujeres y niñas.²² Mientras tanto, también es cierto que en el transcurso del tiempo un mejoramiento más amplio de las instalaciones de salud reproductiva ha tenido un efecto positivo importante en las tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil.

Cuando se cobran cuotas por cualquier tipo de atención profesional de salud, las mujeres sufren desproporcionadamente, dadas sus necesidades en cuestión de salud para ellas como madres y para sus hijos pequeños, y por su menor acceso al dinero en efectivo y a las oportunidades de obtener algún ingreso. Cuando es costumbre que las mujeres sean consideradas responsables de la mayor parte de los gastos de mantenimiento de sus hijos, tales como alimentos, tratamiento médico, gastos en ropa y escuela, como es el caso en gran parte del África subsahariana, el pago de cuotas y cargos es particularmente oneroso para las mujeres. En las comunidades pobres existen muchas formas de apoyo mutuo para el cuidado de la salud: por ejemplo, pago en especie a las parteras, asistencia gratuita a madres indigentes, compartir labores domésticas para permitir a otras mujeres que trabajen por dinero en efectivo, y préstamos y regalos mutuos. Las sociedades africanas, en particular, cuentan con abundantes esquemas de ahorro mutuo puestos en marcha por y para mujeres. Sin embargo, también hay pruebas de que la caída de los ingresos y la crisis económica socavan la

participación de la mujer en esas redes de apoyo financiero mutuo.²³

El incremento del interés por el seguro de salud

Ante la fuerte oposición popular a que se cobren cuotas al usuario, las reformas del financiamiento de la salud han empezado a concentrarse recientemente en los esquemas de seguros de salud. En el contexto del seguro social de salud de las personas que tienen empleo formal, la cuestión clave en materia de género es la equidad. Puesto que una proporción pequeña de la población goza de empleo formal, y puesto que estos trabajadores están entre los más capacitados y educados de la sociedad, dichos esquemas cubren principalmente a los miembros masculinos de la fuerza de trabajo, que son el sostén del hogar y tienen más ventajas. Aunque, por lo general, estos esquemas cubren a los dependientes, el número de mujeres con cobertura es de todos modos reducido.

Dado el alcance limitado de dichos esquemas, un mecanismo alternativo de financiamiento de la atención de salud con el que se trate de promover la inclusión de los grupos de pobres y desamparados es la mutualidad de seguro para la salud. Estos esquemas se han multiplicado como hongos en los últimos años y en el África subsahariana han adoptado la forma de esquemas de pago voluntario por adelantado, de base comunitaria. Las primas se pueden pagar a plazos; los comités locales pueden eximir del pago a los miembros que no sean solventes; y es posible hacer convenios con las personas cuyos ingresos son estacionales o variables, posponiendo el pago hasta la temporada de cosecha o alguna otra fecha acordada.

Aunque ese esfuerzo es promisorio, tales esquemas muestran los mismos defectos de otros tipos de programas comunitarios de ahorros y préstamos. Después de un inicio rápido puede seguir una disminución de la membresía, aportaciones inasequibles y problemas de recaudación de los pagos.²⁴ Tal parece que apoyarse en esquemas ya existentes de ahorros y préstamos por cooperación tiene más éxito, puesto que las pautas de solidaridad están vigentes y se pueden absorber algunos de los costos administrativos. Este es el caso del esquema integrado de seguros impulsado por la Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia (SEWA, en sus siglas en inglés) de Gujarat,

India, el cual se analiza más adelante. Sin embargo, los donantes prefieren apoyar los esquemas nuevos de financiamiento por cuenta propia.

Las reformas del sector salud y las trabajadoras sanitarias

La investigación sobre privatización de los servicios de salud y sus repercusiones en la fuerza de trabajo médica parecen ignorar la distinción por razón de sexo, al menos explícitamente. Sin embargo, puesto que en la mayoría de los países esta fuerza de trabajo es predominantemente femenina y las mujeres son las que predominan en las ocupaciones de categoría inferior, es probable que la presión para rebajar los salarios haya golpeado de manera especialmente dura a las mujeres trabajadoras. Aun cuando, en el extremo más alto, es frecuente que en apariencia las clínicas privadas proporcionen a las enfermeras mejores condiciones de trabajo que el sector público, eso no es aplicable en los estratos inferiores, donde los empleadores privados tratan de mantener bajos los costos reduciendo salarios y olvidándose de la formación. Quienes emplean personal capacitado, con goce de salarios dignos, se encuentran en inferioridad de condiciones en comparación con quienes no lo hacen.²⁵ Como resultado de ello, las usuarias más pobres pagan al personal médico femenino mal remunerado y de baja calificación, cuotas que no pueden permitirse: se cierra así un círculo vicioso de desventaja por razón de sexo.

La liberalización, privatización y mercantilización han contribuido a la crisis de la atención de salud, y a la difícil situación y desmoralización que sufren las enfermeras que trabajan en los servicios públicos. Hay acusaciones de conducta abusiva, especialmente con los pacientes y las personas de bajos ingresos y baja categoría, quienes son considerados socialmente reprochables.²⁶ Hay problemas también a los que las enfermeras tienen que enfrentarse diariamente. En la casilla 8.1, una enfermera de un hospital materno-infantil de Tanzania explica algunos de ellos.

La liberalización del sector salud parece haber ampliado las diferencias salariales y de condiciones de trabajo entre médicos y enfermeras. Muchos médicos se benefician con la práctica privada adicional, y la “tasa vigente” de pagos informales a los

médicos tiende a ser significativamente más alta que la de las enfermeras. Más aún, éstas tienen un contacto con los pacientes más frecuente que los médicos (uno de los puntos principales que se señalan en la casilla 8.1) y, cuando el servicio se derrumba, ellas son las que sufren la mayor parte de las consecuencias. Esto ayuda a explicar el éxodo de muchas enfermeras al exterior, por factores de “atracción” en el Norte que convergen con los factores de “expulsión” en el Sur (véase el capítulo 7). En general, el grueso de los incentivos propuestos para retener al personal de atención de salud en el país de origen se concentra en los médicos. Dado que las enfermeras y trabajadoras auxiliares aportan la columna vertebral de los servicios de salud casi en todas partes, el aumento de la emigración afecta gravemente a los centros y clínicas de salud que proporcionan la atención primaria de la cual dependen muchas mujeres de bajos ingresos.²⁷

La reforma del sector salud en ambos contextos, de altos ingresos y de bajos ingresos, ha sido presentada por sus promotores como una fuerza de cambio, que se aleja de los servicios prestados en interés del personal, para proporcionar servicios en respuesta a la demanda de los pacientes. Pero esto puede llevar a pérdidas en los salarios y la dignidad de las condiciones de trabajo, tal como se ha demostrado en una investigación reciente de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en Europa Oriental.²⁸ Una forma diferente de encuadrar estos problemas es la sugerida por un enfoque que debe mucho a las consideraciones de género. Los proyectos *Health Workers for Change* (HWFC), desarrollados por trabajadoras de la salud en África y en otras regiones, han hecho esfuerzos para mejorar la calidad de la atención de salud basándose en la observación de que los aspectos interpersonales (tales como el respeto y la aptitud para escuchar a un paciente), son importantes para la calidad de la asistencia, y que estos aspectos de relación humana están ligados a la distinción por razón de sexo. Las trabajadoras de la salud tienen un estilo de trabajo diferente al de los hombres; las pacientes tienen también necesidades especiales y, en determinadas circunstancias (en cuanto a enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo), tienen temor de ser discriminadas y maltratadas. Por lo tanto, los proyectos HWFC han establecido la colaboración entre personal y pacientes, y han

Casilla 8.1 Trabajadoras del sector salud en una sala de hospital: Una instantánea tomada en Tanzania

Este tipo de cuestión [comportamiento incorrecto] sucede, y se debe a una moral baja, escaso compromiso, sobrecarga de trabajo grave y salarios bajos. Imagínate que eres una enfermera con un turno de trabajo de 12 horas. Empiezas a las seis de la mañana y puede que no salgas hasta 19:30. Puedes tener a tu cargo un pabellón del hospital con 40 ó 60 pacientes gravemente enfermos. En ginecología, es probable que tengas varios casos urgentes, algunas operaciones, pacientes en condición postoperatoria, pacientes muy enfermas. En el mejor de los casos realizas las labores de dos personas capacitadas. ¿Cómo puedes dividir tu persona? Estás constantemente sobrecargada de trabajo y sometida a apremios. Estás preocupada por los problemas y compromisos familiares. Durante 12 horas no sabes qué está sucediéndoles a tus hijos. Y puede ser que no tomes más que una taza de té. Luego está el problema de los compromisos de otros miembros del personal. Tú eres una enfermera profesional. El médico, quien se supone que es responsable, cumple sus horas oficiales y se va, él espera que lo llamen. Tú estás ahí, alguien está sangrando, otra necesita que la operen y tú no puedes ayudar. No hay instalaciones. Hay personas sufriendo y los otros miembros del personal no están de turno. Los medios para salvar a esa señora no están disponibles. Si se supone que alguien debe estar de turno y no está, ¿qué puedes hacer como enfermera? No hay infusiones, ni medicamentos para emergencias. Los parientes de una persona enferma se apresuran a enviarla al hospital, pero luego nosotras no estamos en condiciones de salvar a la paciente.

Fuente: Mackintosh y Tibandebage 2004b (notas de trabajo de campo, 1998).

tratado de imprimir un giro en los comportamientos en una dirección que tenga en cuenta las cuestiones de género.

Atención no remunerada y la crisis asistencial

En la mayoría de los países, las mujeres continúan encargándose de una parte desproporcionada del trabajo no remunerado y de la atención a las personas. Se ha calculado que hay una actividad por valor de 16 billones de dólares EE.UU. que se lleva a cabo cada año sin que se registre como parte de la economía mundial, y que el 69 por ciento de ella (11 billones de dólares EE.UU.) es la aportación no advertida de las mujeres por su trabajo en el hogar y en el sector informal.²⁹ A medida que las mujeres luchan contra el hecho de tener que soportar la carga creciente de ambos, el trabajo remunerado y la asistencia no remunerada, en un clima económico implacable y, en las zonas rurales, a través de una base menguante de recursos naturales, su condición física puede deteriorarse. Puesto que el trabajo remunerado en el que ellas se involucran constituye por lo general una estrategia de supervivencia más que un acto de libre albedrío, la ironía de su ingreso al puesto de trabajo es que

pueden obtener ingresos ínfimos que no les permitan satisfacer siquiera sus necesidades físicas adicionales. Mientras tanto, en las reformas del sector social se propone devolver a la comunidad un cierto grado de la actividad asistencial, para que se haga cargo de la misma.³⁰ Con esta estrategia no se reconoce que eso significa imponer una carga más grande, no remunerada, a las voluntarias, quienes invariablemente serán mujeres. Por lo tanto, sobre las mujeres están recayendo involuntariamente las consecuencias sociales del desmantelamiento de los servicios, generado por las reformas, además de tener que soportar también una carga económica adicional no reconocida por el resto de la sociedad.

La epidemia de VIH/SIDA que ha alcanzado a muchos países de África ha hecho que se destaque marcadamente la crisis actual de la atención de salud. En 2001, de los 40 millones de personas que se calcula tenían VIH, 28 millones, es decir, el 70 por ciento, estaba en África. África cuenta también con el 90 por ciento de los 58.000 niños y niñas menores de 15 años que han fallecido por causa del SIDA. El peso enorme de la carga que significan estas cifras para proporcionar ayuda de enfermería a la población afectada ha caído abrumadoramente sobre

mujeres y niñas. Puesto que el grupo de edad económicamente activo (15 a 49 años) es el que sufre los niveles más altos de infección, una gran parte de la carga recae en los ancianos. En esta última se incluye el cuidado de los nietos huérfanos y su sostenimiento económico, huérfanos de los que el SIDA ha generado más de 12 millones en África. En lugares donde los recursos para la salud y los servicios de bienestar son ya extremadamente escasos, la respuesta de las políticas se repliega hacia la asistencia basada en el hogar y en “la comunidad”. Fundamentalmente, las estructuras formales de servicios asistenciales han devuelto la responsabilidad a las estructuras informales, sancionadas por el programa de política neoliberal, de manera similar a lo que ha sucedido en el lugar de trabajo (véase el capítulo 5). Así, las decisiones de política sobre prestación de servicios y prescripción de medicamentos para hacer frente al VIH tienen implicaciones particulares para las mujeres. La noción de “atención comunitaria” parece ser imparcial en el trato del hombre y de la mujer; pero dentro de las comunidades, el gasto de tiempo y trabajo, así como la asignación de las responsabilidades relacionadas con dicha asistencia, recaen invariablemente en las mujeres.³¹

Por lo tanto, parece que la reforma del sector salud ha sido forjada sobre varios supuestos ocultos o no explícitos relacionados con cuestiones de género. Entre ellos se incluye el supuesto de que el acceso de la mujer a los recursos del hogar o sus redes externas de apoyo mutuo son suficientemente firmes como para permitirles conseguir el dinero necesario para pagar las cuotas; que a las mujeres se les puede aumentar la carga de trabajo, incluyendo una responsabilidad más grande por atender a los demás; y que las necesidades del personal sanitario (especialmente el de más bajo nivel) y las de quienes requieren esa asistencia son inherentemente contradictorias. Entre otros supuestos dudosos está la noción de que las estructuras de gestión de gobierno establecidas para la administración del sistema descentralizado de salud, inevitablemente reflejará mejor las necesidades de la mujer que los sistemas centralizados anteriores. Un problema clave adicional es el del financiamiento: si la descentralización de las responsabilidades va acompañada de una redistribución adecuada de los recursos del gobierno central. Cuando la descentralización es primordialmente un medio

para que el gobierno central reduzca el gasto, es probable que el resultado sea una disparidad creciente de la calidad de los servicios entre las comunidades locales más pobres y las más ricas. Por la información disponible, no está claro de ninguna manera que cualquiera de estos supuestos estuviera sustentado en la realidad, aun antes del impacto devastador del VIH/SIDA.

Las implicaciones de la reforma del sistema de pensiones desde la perspectiva de género

Las reformas a los programas públicos de pensiones se han aplicado en un gran número de países por todo el mundo durante el último decenio. En muchos de los países en desarrollo y en transición, los esquemas de pensiones han estado enfrentando problemas graves desde antes de las crisis económicas de los años 80 y 90. En América Latina, por ejemplo, al final del decenio de 1970, la maduración de los sistemas de pensiones había tenido ya como resultado un deterioro en la relación entre las personas que contribuyen y las que reciben. Ambos, empleadores y empleados, especialmente los empleados por cuenta propia, no pagaban sus contribuciones; los esquemas de pensiones también estaban siendo drenados por los costos muy superiores de pensionados privilegiados, por ejemplo, los del sector militar, y los elevados costos administrativos pagados a incontables burócratas que tenían a su cargo la aplicación de dichos esquemas. Estos problemas se agravaron cuando la crisis económica golpeó a esas sociedades. La reducción del empleo en el sector formal generó una disminución repentina en el número de contribuyentes. Al mismo tiempo, la elevada inflación significó la disminución del salario real, así como el valor real de las aportaciones. Todos esos factores hicieron que se advirtiera el hecho de que había una crisis en los sistemas de pensiones.³² Así, su reforma se convirtió en una parte integral de los programas de ajuste estructural, con sugerencias significativas por parte de las IFI.

Aun cuando había un consenso general en cuanto a que los sistemas existentes estaban en bancarrota y requerían de una reforma urgente, no había un consenso correspondiente sobre

un modelo deseable para remplazarlo. En muchos países, las IFI y los reformadores locales sostenían que la privatización era la vía hacia adelante. Sus fundamentos eran que la privatización aseguraría más viabilidad financiera, vínculos más estrechos entre contribuyentes y beneficiarios, costos reducidos de administración y la promoción de los mercados de capitales. Significativamente, los problemas de equidad y redistribución (entre generaciones, entre clases sociales y entre hombres y mujeres), quedaban excluidos de las posiciones adoptadas en el debate por los partidarios de la privatización.

Un análisis comparativo reciente de las reformas del sistema de pensiones en ocho países latinoamericanos muestra que los reformadores neoliberales no eran lo suficientemente fuertes para imponer sus modelos preferidos en todos los países.³³ En vez de ello, la índole de las reformas estaba influida por el equilibrio de poder entre la coalición reformista neoliberal, por un lado, y sus opositores (sindicatos, pensionados y partidos de la oposición), por el otro. El modelo de privatización plena se arraigó solamente en dos de los ocho países: Chile (considerado como el prototipo) y México; en otros cuatro países (Perú, Argentina, Colombia y Uruguay) su implantación fue moderada, y en Costa Rica y el Brasil fue fuertemente resistida. Las reformas del sistema de pensiones en tres países de Europa Central y Oriental tuvieron una experiencia semejante.³⁴ Sólo uno de ellos (la República Checa), fue capaz de resistir la presión que ejercían las IFI en pro de la privatización, mientras que los otros dos (Polonia y Hungría) han escogido la privatización parcial y son los que están más adelantados en la reforma radical del sistema de pensiones en esa región.

En ninguno de los debates sobre la adopción de reformas de cualquiera de las dos regiones parece que se haya suscitado el interés por la equidad entre el hombre y la mujer. Sin embargo, el giro hacia la privatización tiene implicaciones importantes en materia de género. El hecho de que las prestaciones del régimen de pensiones en los sistemas privatizados están estrictamente determinados por la cantidad total de dinero aportada por la persona asegurada y, siendo típico que las mujeres ganen menos dinero y trabajen menos años que los hombres, significa que éstas reciben prestaciones considerablemente más bajas. Puesto que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la

de los hombres y es algo que se toma en cuenta en la mayoría de los sistemas privados, las prestaciones para la mujer resultan ser más reducidas en términos relativos.

En los sistemas públicos con prestaciones definidas, generalmente hay discrepancias semejantes en el trato del hombre y la mujer. Empero, las desventajas de la mujer por lo general se mitigan con pensiones mínimas generosas, por el hecho de que la esperanza de vida no afecta los niveles de prestación, y por los créditos que se les otorgan a las mujeres por los años dedicados al cuidado de los hijos. Este último rasgo era particularmente fuerte en los antiguos países socialistas, donde los “créditos asistenciales” estaban financiados con subsidios cruzados dentro del sistema de pensiones. Tanto en Polonia como en Hungría, las normas por lo que se refiere a los “créditos asistenciales” han cambiado, con el resultado de que aquellas personas que solicitan permiso de ausencia reciben pensiones más bajas que las que recibirían si se hubieran quedado en el empleo. Este es un paso hacia atrás: los créditos otorgados a las personas por haber proporcionado asistencia no son obras de caridad sino un reconocimiento de que las “aportaciones” sociales y económicas pueden adquirir formas diferentes durante el ciclo de vida de una persona.

Las implicaciones de esas reformas no son las mismas para todas las mujeres. El viraje hacia la privatización y la individualización funciona en favor de aquellas que están activas en el mercado laboral, ganan salarios altos y no se toman “permisos” por razones relacionadas con la prestación de asistencia. Pero para la mayoría de las mujeres que tienen una posición más débil en el mercado laboral o tienen carreras intermitentes debido a la obligación de atender a sus hijos o familiares ancianos, las reformas constituyen una regresión grave.

Un aspecto más amplio relacionado con los valores que apuntalan la política social o, en este caso, la política de pensiones, es que en los esquemas de pensiones financiados totalmente por el sector privado casi no se admiten ni la redistribución ni la solidaridad social. Tampoco se compensa el fracaso del sistema privado para proporcionar equidad e inclusión, con un incremento en la eficacia. De hecho, hay pruebas suficientes para mostrar que el sistema privado es menos eficiente que el sistema público al que ha remplazado. Aun cuando se ha asegurado que la privatización del sistema de pensiones reduciría los costos

administrativos innecesarios, eso no es lo que ha sucedido en realidad. Por el contrario, las presiones que genera la competencia obligan a que haya una gran cantidad de personal de ventas trabajando a comisión, además de grandes presupuestos para publicidad, lo cual parece ser la causa de que los costos administrativos vayan en aumento.³⁵

No obstante que el giro hacia la privatización de las pensiones ha sido muy marcado en años recientes, es importante insistir en la diversidad de vías por las cuales los países proporcionan seguridad a la población de más edad. El sistema estatal de asistencia social para los ancianos de Sudáfrica, que se analiza más adelante, es un ejemplo de un plan de pensiones sin contribuyentes. En Brasil, la extensión de la seguridad social a los trabajadores en el empleo informal y rural ha dado como resultado un gran aumento de la cobertura. En estos esquemas se demuestra la innovación que hay en los modelos de prestación en materia de pensiones en el mundo en desarrollo.³⁶

Innovaciones en la protección social para los trabajadores informales

Los esquemas formales de seguro quedan fuera del alcance de las personas que trabajan en la economía informal. Los obstáculos para ingresar incluyen primas elevadas, tener que presentar una papeleta de pago, y procedimientos inflexibles tales como el requisito de contribuir exactamente con la misma cantidad mensual durante todo el año. Sin embargo, hay una variedad de maneras de forjar sistemas de protección social para trabajadores informales. La OIT está combinando esfuerzos para extender las prestaciones de la seguridad social existente a nuevas categorías de trabajadores. En el campo del microseguro, el énfasis está en forjar esquemas desde la base. Se ha experimentado mucho con la seguridad social en general y con el seguro de salud en particular. En muchos de estos se ha tratado de incluir a las mujeres, especialmente a las más pobres.

Los ejemplos siguientes permiten mostrar que es posible forjar esquemas que cubran a muchas de las trabajadoras informales. Aun cuando en la práctica hay gran variabilidad en cuanto al grado en que los esquemas de protección social logran

una redistribución efectiva entre generaciones, clases sociales y sexos, la idea principal que subyace en estos esquemas es que el Estado es responsable de la prestación de protección social, y que esto debe permitir que haya al menos algún grado de redistribución. Al ampliar la cobertura de los programas de protección social existentes para incluir nuevos grupos de trabajadores informales, y al facilitar subsidios cruzados, se han hecho algunos esfuerzos valiosos para aumentar el grado de inclusión que caracteriza a los mecanismos existentes de protección social. No es de sorprender que se estén forjando sistemas sociales más incluyentes en contextos donde ha habido una larga lucha social y un examen de conciencia acerca de la responsabilidad social (Chile, Brasil, Sudáfrica), y donde hay un compromiso ideológico hacia la equidad social (Costa Rica).

El seguro social integrado de la SEWA para las trabajadoras informales³⁷

El esquema integrado de seguros (IIS, en sus siglas en inglés) ha sido elaborado exitosamente durante 20 años por la Asociación de Mujeres Trabajadoras por Cuenta Propia (SEWA, en sus siglas en inglés) de Gujarat, India. El Gobierno de la India aporta un subsidio a dos grandes corporaciones de seguros para que ofrezcan algunos de sus servicios a los grupos de personas en desventaja, incluidas aquellas que pertenecen a la SEWA. Así, esta organización ha logrado asociarse con el Gobierno y con la industria de seguros en términos favorables y también se ha inspirado en su propia habilidad para responder continuamente a las necesidades de sus miembros. Actualmente, el IIS proporciona un paquete amplio de prestaciones de seguridad social a más de 100.000 trabajadoras informales.

La SEWA atribuye una parte del éxito del IIS a la interacción entre sus diversos programas: el Banco SEWA, al cual se pagan las primas anuales; educación sobre salud, lo cual aumenta la conciencia de las mujeres miembro sobre los problemas relacionados con la salud; y alfabetización. La SEWA recibe apoyo de donantes de fondos para cubrir los gastos administrativos del esquema, pero la solidaridad y la unidad de la SEWA también la distinguen de manera clave, con una gran parte del trabajo administrativo realizado por las propias mujeres que son miembros de la asociación.

Uno de los desafíos es que aun cuando el esquema está orientado hacia las mujeres pobres, algunas de las miembros más pobres de la SEWA carecen de recursos para pagar las primas, las cuales tienen que fijarse a una tasa que asegure su viabilidad en el tiempo. Hay la preocupación también de que las instalaciones de salud a las cuales el seguro respectivo permite el acceso, distan mucho de ser adecuadas.

Beneficios sanitarios de las mujeres temporeras de Chile³⁸

Tal como ya se advirtió en el capítulo 6, en años recientes ha habido un crecimiento notable en la exportación de productos hortícolas de América Latina, con un aumento del empleo estacional de mujeres que trabajan como temporeras. En Chile, los beneficios de la protección social que originalmente estaban restringidos a los trabajadores a tiempo completo han sido extendidos recientemente para incluir a las temporeras.

La mayoría de los hombres y las mujeres temporeras trabajan por debajo del salario mínimo legal; unas cuantas mujeres

perciben salarios altos durante un corto período del año, pero el ingreso promedio de la mujer es más bajo que el del hombre, con una presencia significativamente más grande de las mujeres en el grupo de ingresos más bajos. Los trabajadores chilenos pueden escoger entre el seguro de salud privado o el público, pero la afiliación tanto a uno como a otro requiere el pago de aportaciones durante todo el año. Dado este requisito, los trabajadores temporales no estaban motivados para afiliarse a ninguno de esos esquemas. El resultado fue que las temporeras sólo podían conseguir asistencia médica solicitándola a los servicios de salud como “indigentes”.

Con el tiempo, la presión ejercida por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) de Chile ha dado como resultado varios cambios en los términos y condiciones de trabajo de las temporeras. Entre ellos se incluyen la provisión de guarderías para cuidar a los hijos de las trabajadoras hortícolas y de otros tipos de trabajadoras agrícolas, y el establecimiento de cuatro comisiones nacionales sobre Salud y Seguridad en el Trabajo, Guarderías para los Hijos, Pesticidas y Capacitación, a fin de tratar al nivel de políticas las condiciones de las trabajadoras

Casilla 8.2 Ampliación de cobertura para incluir a las trabajadoras domésticas

Los países difieren en cuanto a la clasificación del trabajo doméstico como formal o informal. En muchos de ellos, las trabajadoras domésticas son clasificadas como trabajadoras “por cuenta propia”, a pesar de que en realidad haya una relación de empleo. La vasta mayoría de las empleadas domésticas son mujeres, a menudo todavía en la adolescencia o más jóvenes aún, que viven lejos de su hogar; las condiciones de trabajo se caracterizan por lo extenso de las jornadas, la baja remuneración y la falta de libertad de acción.

La relación entre la persona empleadora y la trabajadora doméstica es una mezcla compleja de dependencia mutua y autoridad matriarcal. Aunque la trabajadora doméstica tiene poco que decir sobre su modo de vida, pueden adoptarse algunas medidas voluntarias de ayuda como las que atañen a los costos de atención de salud, pago de cuotas escolares o de formación, si es joven, o para la escuela de sus hijos. Estas no son obligaciones contractuales y dependen del capricho del empleador. No hay seguridad a largo plazo.

Puesto que se hallan dispersas en los hogares de las personas, es muy difícil llegar a las trabajadoras domésticas u organizarlas, y es difícil proporcionarles protección social. Sin embargo, en determinados países, especialmente de América Latina, tanto las organizaciones informales como las formales han asumido su causa. En 2002, las trabajadoras domésticas sudafricanas (y las trabajadoras agrícolas estacionales) quedaron bajo la jurisdicción de la Caja de Seguro de Desempleo. Gozar de este seguro depende tanto de que las trabajadoras hagan valer sus derechos como de que se aseguren de que los empleadores no evadan los pagos destinados a dicho fondo.

Fuente: Lund 2004.

temporales. En el año 2000 se enmendaron las normas sobre el seguro de salud. El período requerido de aportaciones para la cobertura anual se redujo primero a tres meses y luego a 60 días, a fin de permitir que participaran en él las temporeras.

Otros ejemplos de mecanismos de protección laboral que han sido ampliados para cubrir a las trabajadoras atípicas e informales incluyen disposiciones aplicables a las trabajadoras domésticas, un grupo extremadamente indefenso y difícil de incluir (véase la casilla 8.2).

Sistema innovador de prestación de salud y pensiones para las trabajadoras informales de Costa Rica³⁹

Un ejemplo inusitado de un esquema iniciado por el gobierno a fin de incorporar en la prestación formal de seguridad social a las trabajadoras informales que no califican para ello, proviene de Costa Rica. A diferencia del esquema estatutario para las trabajadoras temporales de Chile, este otro es en la actualidad un esquema voluntario, que cubre el acceso a los servicios de atención de salud y a un esquema de ahorro para pensiones.

Costa Rica cuenta con una larga historia de seguridad social con amplia cobertura para su población relativamente reducida y homogénea, pero los cambios demográficos y en el mercado laboral están generando desafíos nuevos en cuanto a la protección social. Estos cambios incluyen un crecimiento rápido de la participación de las mujeres en el trabajo remunerado y el empleo, ocupadas la mayoría de ellas en el sector servicios y en condiciones de desventaja en comparación con los hombres. La expansión de la economía informal, en la cual se incluye una fuerte participación de la mujer, ha dado por resultado una falta de cobertura de seguridad social para un porcentaje cada vez más grande de la fuerza de trabajo costarricense. A mediados de los años 90, los grupos de la sociedad civil reunidos bajo el auspicio del Foro de Concertación Nacional, se opusieron firmemente a la privatización de las pensiones. El resultado fue una Ley de Protección a los Trabajadores en la cual se incluyó un esquema de seguro voluntario.

Este esquema está abierto a la inclusión de los trabajadores independientes, de aquellos que son empleados por cuenta propia y aquellos que no reciben ni sueldo ni salario, tales como

trabajadores familiares, esposas que son amas de casa, y estudiantes. Está dirigido a quienes nunca han contribuido a ningún plan de salud o pensiones o que lo han hecho sólo durante un período de tiempo demasiado corto para poder obtener prestaciones adecuadas. Todos aquellos que pertenecen a familias con ingresos por habitante inferiores a los requeridos para obtener la canasta básica de productos alimentarios determinada por el Instituto de Estadística, tienen derecho a afiliarse a dicho esquema de seguro voluntario. El Estado contribuye con un 0,25 por ciento de los ingresos de referencia, mientras que el trabajador independiente lo hace con un 7,25 por ciento; la contribución de una persona es variable y puede descender hasta el 4,75 por ciento.

Actualmente el esquema es voluntario, pero para el año 2005 se hará obligatorio y se requerirá que todos los trabajadores independientes se afilien a él. Con ello se pretende incrementar las cifras de quienes están incluidos en esquemas contributivos: en la actualidad es notable que un 74 por ciento de los trabajadores independientes ya contribuyen al esquema del seguro de salud, en tanto que sólo el 24 por ciento contribuyen al seguro de pensiones. Esto se debe en parte a que los costarricenses pobres disponen de una pensión no contributiva. De este modo, un país con una historia correcta de prestaciones sociales está tratando de ajustarse a los cambios en el mercado laboral de manera flexible, incluyendo la conexión entre esquemas contributivos y no contributivos.

Las pensiones de vejez en Sudáfrica⁴⁰

Este esquema surgió de un sistema de red de seguridad de pensiones para blancos pobres, que posteriormente se extendió a las personas de color en 1928 y a la población negra africana en 1944. Sin embargo, en la era del *apartheid*, esta población africana nativa tuvo que someterse a exámenes aplicados de manera muy estricta y las prestaciones en materia de pensiones fueron más reducidas que las de los blancos. El final del *apartheid* condujo a la paridad plena en los derechos y a un aumento rápido en las tasas de membresía entre los africanos nativos. Las mujeres a la edad de 60 y los hombres a la de 65 adquieren el derecho a recibir del Estado una pensión mensual de vejez (OAP, en sus siglas en inglés), siempre y cuando califiquen para ello mediante un examen de su nivel de ingresos.

Se ha reconocido que estas pensiones constituyen una aportación indudable para disminuir la pobreza, tanto para los pensionados mismos como para las otras personas que son miembros de sus hogares. En Sudáfrica, una gran proporción de las personas de mayor edad, especialmente en las zonas rurales de bajos ingresos, forman parte de familias extensas que incluyen hasta tres generaciones. La pensión es un derecho individual del pensionado, pero la costumbre de compartir los ingresos está muy arraigada y una gran parte de ella se transfiere a la bolsa común del hogar. Así, cuando las mujeres trabajadoras en la economía informal envejecen, al igual que otras mujeres de mayor edad que están en desventaja, incluyendo a las domésticas y viudas jubiladas, todas ellas disponen de una garantía de seguridad económica parcial para sus últimos años de vida. Esto las protege por derecho propio contra el desamparo asociado a la vejez y les proporciona un lugar digno en el hogar. En la actualidad, el sistema llega al 80 por ciento de la población africana de mayor edad y a un número insignificante de blancos.

Aunque el esquema no es contributivo y se sostiene con los ingresos generales del Estado, se considera que la pensión de vejez es sustentable y asequible. En términos fiscales, el Gobierno asigna un incremento anual, el cual en los últimos años ha significado un incremento en términos reales. Demográficamente, el número de personas que envejecen constituye una fracción pequeña del total de población. La epidemia de VIH/SIDA ha reducido la longevidad y, proporcionalmente, es probable que menos personas lleguen a la edad elegible. Sin embargo, entre aquellas que ya lo han hecho, muchas de ellas ya están haciéndose cargo del cuidado y apoyo económico de los hijos cuyos padres han fallecido por el SIDA. Así, para muchas personas la pensión de vejez se ha convertido en una aportación vital para la seguridad del hogar.

Aprender de los esquemas innovadores

Los esquemas integrados de seguros de la SEWA aportan pruebas convincentes de que la seguridad social para trabajadoras informales puede tener éxito y ser sustentable. Sin embargo, es difícil encontrar otros ejemplos tan convincentes. En África,

un raro ejemplo es el de Umoja wa Matibabu katika Sekta Isiyo Rasmi Dar es Salaam (UMASIDA), que es un esquema de seguridad específico para trabajadores informales, hombres y mujeres vendedores callejeros de Dar es Salaam, capital de Tanzania. El UMASIDA empezó en 1995 a consecuencia de una intervención de la OIT, y creció rápidamente hasta alcanzar unos 1.500 trabajadores con 4.500 de sus familiares. A estos últimos se les proporcionó el acceso a servicios de atención de salud primaria en instalaciones privadas seleccionadas, así como por derivación en hospitales gubernamentales. Aun cuando el UMASIDA está enfrentando algunas dificultades en cuanto a la solvencia para pagar las cuotas, ha tenido mayor éxito para mantener su nivel de membresía que muchos otros esquemas de salud por mutualidad.⁴¹

Uno de los secretos del éxito, notablemente en el caso de los esquemas integrados de seguros de la SEWA, es su capacidad de respuesta a las necesidades de los miembros. La flexibilidad es también una característica marcada de los enfoques gubernamentales chileno y costarricense. En Chile, se extendió el acceso a la seguridad social para incluir a un grupo de trabajadores anteriormente no cubierto, las trabajadoras asalariadas estacionales. En Costa Rica se elaboró un esquema voluntario de seguro de salud así como una pensión de vejez para trabajadoras independientes y no remuneradas. Sin embargo, ambos esquemas han sido incorporados en época relativamente reciente y es demasiado pronto para evaluar su resultado.

La ampliación de la protección social a fin de incluir a trabajadoras informales y dispersas, necesariamente implica costos administrativos adicionales. Tanto Chile como Costa Rica insertaron sus innovaciones en un sistema administrativo existente de prestación de seguridad social, además de que ambos países tienen poblaciones relativamente reducidas. La SEWA se apoya en la solidaridad y unidad que durante muchos años ha promovido esta asociación, con una gran parte de los costos de administración cubiertos por las socias mismas. En ninguno de los estudios de casos se analizó la forma como puede asegurarse que el empleador cumpla con el pago de sus contribuciones. A falta de condiciones organizativas favorables, puede ser que la sustentabilidad financiera requiera de un subsidio a largo plazo.

El caso de Costa Rica muestra que para los trabajadores informales es más fácil asegurarse contra las enfermedades que afectan su salud que ahorrar para la vejez. En la SEWA se encontró también que su seguro de salud tiende a atraer a las socias de más edad, quienes es más probable que lleguen a enfermarse que el promedio de las mujeres miembros, problema éste que es común a los esquemas de seguro. Otra lección de la SEWA es que debe tomarse en consideración la calidad de la atención de salud a la que logran acceder las mujeres cuando se invita a las personas a afiliarse a alguno de los esquemas propuestos.

Estos ejemplos de enfoques innovadores demuestran también el papel clave que suele tener el Estado cuando se trata de suministrar servicios a un gran número de personas a través de las instituciones ya existentes, junto con las nuevas. Esto está claro en los casos de la pensión de vejez sudafricana y de los esquemas chileno y costarricense. Por lo tanto, es necesario revisar el llamamiento para que el Estado “regrese”, reconociendo cómo “ya está” en funciones, y ver las formas de hacer que estas intervenciones sean aun más eficaces. Finalmente, el suministro de algún tipo de ingreso básico, ya sea como asignación universal o casi universal, de pensión fija, o para los niños, puede evitar el estigma a la vez que reduce las posibilidades de que se hagan favores burocráticos discrecionales. Puede tener también la ventaja adicional de ser relativamente simple y barato de administrar.

PROGRAMAS CONTRA LA POBREZA: ¿“FOCALIZACIÓN” HACIA LA MUJER PERO CEGUERA DE GÉNERO?

En los últimos decenios, varios gobiernos y organizaciones no gubernamentales han aplicado programas contra la pobreza dirigidos específicamente a las mujeres pobres. Los programas de microcrédito son los mejor conocidos. Pero se ha dado menos atención internacional a un tipo de programas de disminución de la pobreza dirigidos específicamente a las mujeres pobres en su facultad de ser miembros de una comunidad,

madres y proveedoras de asistencia. En América Latina, por ejemplo, la grave crisis social relacionada con el ajuste estructural impulsó a muchas mujeres de bajos ingresos a la participación en diversos proyectos comunitarios encaminados a satisfacer las necesidades cotidianas de las familias pobres urbanas y rurales. Estos proyectos tenían sus raíces en una larga historia de promoción del bienestar comunal relacionada con la filantropía cristiana.⁴² El éxito de algunos de estos programas durante los años 80 atrajo la atención y el financiamiento, tanto por parte de los donantes como de los gobiernos.

En el pasado reciente, al igual que en la actualidad, se han hecho esfuerzos para incorporar en algunos de estos programas el nuevo énfasis en la “participación” y la “autonomía” o empoderamiento actualmente de moda en los círculos nacionales e internacionales de políticas. En relación con muchos de esos esquemas, vale la pena preguntarse si estos rasgos de democratización son adiciones retóricas meramente, o si han sido institucionalizados con éxito y qué implicaciones tienen para la igualdad de género. Sin embargo, aquí sólo se examina brevemente un programa estatal que es adecuado al tema que aquí se trata: el programa Oportunidades o Progres/Oportunidades, como se le refiere a menudo, que fuera establecido en 1997, reorganizado y ampliado después, bajo la administración del Presidente Vicente Fox, quien asumió el poder en México en el año 2000.

Progres/Oportunidades es el programa de más amplitud de su tipo en América Latina. Proporciona transferencias de dinero en efectivo y alimentos gratuitos a aproximadamente cinco millones de hogares rurales pobres, pero a condición de que envíen a sus hijos a la escuela y visiten los centros de salud con regularidad. Este programa focalizado trata por lo tanto de combinar objetivos de reducción de la pobreza a largo y a corto plazo, siguiendo los lineamientos del enfoque promovido por el Banco Mundial sobre “gestión del riesgo social”. El énfasis está puesto en la “responsabilidad compartida”: a cambio de los derechos proporcionados por el programa, quienes participan asumen determinadas obligaciones. Las participantes son madres de familias pobres de quienes se espera que cumplan con las obligaciones de enviar a sus hijos a la escuela y acudir con frecuencia a los centros locales de atención de salud.

Algunas personas han recibido con agrado este programa, considerándolo como algo positivo, ya que se les entrega dinero en efectivo a las mujeres, porque se confía más en ellas que en los hombres a fin de que lo utilicen para mejorar el bienestar de la familia. Pero a pesar de este esfuerzo para otorgar autonomía a las mujeres, en las evaluaciones del programa se han identificado varios problemas relacionados con el género.⁴³ Estos últimos surgen además de los problemas bien conocidos relacionados con la focalización, tales como: exclusión de algunas familias que deberían formar parte del grupo focalizado, estigmatización de aquellas que son identificadas para recibir la ayuda, y generación de divisiones internas en la comunidad. Además, preocupa que el programa haya intensificado la carga de trabajo no remunerado de las mujeres participantes y que se haya hecho poco para fortalecer sus aptitudes para ingresar al mercado laboral. Debido a que “estaban pagadas por el Gobierno”, se esperaba que las mujeres llevaran a cabo labores comunitarias, tales como limpieza de escuelas y centros de salud, a diferencia de aquellas que no estaban incluidas en el esquema.⁴⁴

A pesar de concentrarse en las mujeres, se ha hecho poco esfuerzo para incluir en el programa algún elemento de igualdad de género, por ejemplo involucrar a los padres de familia en algunas de las labores no remuneradas o hacer que lleven a los niños a la escuela y a las clínicas de salud locales. De ahí que el programa se sustente y refuerce en la distinción tradicional por razón de sexo, al hacer que sus transferencias estén condicionadas por la “maternidad correcta”-postura política que es una reminiscencia de los movimientos de “higiene social” de los años 20 e indicativa de una continuidad considerable en la política social.⁴⁵ No se ha tratado de que las mujeres se involucren activamente en el diseño y la gestión del programa, ni se han dado a las participantes oportunidades para realizar una acción colectiva, iniciativas de organización que habrían permitido sustentar una reclamación para que se promoviera verdaderamente la “autonomía” de las mujeres.

Hay lecciones que aprender de la experiencia de Progres/Oportunidades. Aun cuando en los programas gubernamentales de mitigación de la pobreza se reconocen cada vez más las aportaciones que las mujeres pueden hacer al desarrollo, se

siguen esquivando los beneficios que dicho reconocimiento pueda tener para las propias mujeres. A pesar de que se finja estar de acuerdo con la igualdad de género, en las evaluaciones de los donantes se da poca atención a la forma como se pueden impulsar los intereses de los niños a expensas de los de sus madres. Por ejemplo, en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 2004 se sostiene que Progres/Oportunidades es un programa ejemplar contra la pobreza.⁴⁶ Por todo lo que Progres/Oportunidades ha logrado en cuanto a mejoramientos en nutrición infantil y en asistencia a la escuela primaria, especialmente por parte de las niñas (objetivos sociales que sin duda son sumamente valiosos para muchas de las mujeres involucradas en este programa), ha tenido también sus sesgos y sus lagunas. No hay en dicho Informe ni siquiera una ligera referencia a la manera como el programa se ha sustentado en un modelo de familia sumamente inequitativo, en donde la mujer se convierte de hecho en un “instrumento de la política”⁴⁷, al asegurar que los recursos encauzados a través de ella se traduzcan en más prestaciones para el bienestar de los hijos y la familia.

Dichos programas no solamente están subsidiados con el trabajo no remunerado de las mujeres, sino que casi no se reconoce el hecho de que muchas de ellas, pertenecientes a comunidades de bajos ingresos, a menudo trabajan como empleadas o por cuenta propia por necesidad de contar con dinero en efectivo. Programas como Progres/Oportunidades pierden la oportunidad de ser transformadores, al no responder a las necesidades expresadas de muchas mujeres de escasos ingresos de contar con guarderías confiables y a precios asequibles para atender a sus hijos, así como capacitación para el empleo a fin de lograr su autonomía y seguridad en los ingresos. A falta de ese tipo de medidas, hay un peligro real de que los programas centrados en la asistencia y en los niños agudizarán más aún las desigualdades existentes basadas en el género, y harán que sea más difícil para la mujer participar en el trabajo remunerado y buscar otras opciones que ella misma escoja.

En la evaluación de los programas contra la pobreza, de los esquemas de protección social o de la prestación de servicios por parte del gobierno, una pregunta clave a plantear es si se cumplen las expectativas suscitadas por la insistencia en la participación, los derechos y la ciudadanía. ¿Son las mujeres en

particular capaces de adquirir la presencia y voz necesarias para asegurarse de que sus intereses estén plenamente integrados en la formulación de las políticas? Las políticas de liberalización y el ataque al Estado permiten explicar algunas de las razones de la persistencia de los sesgos contra la mujer. Pero también hay cuestiones de política más amplias relacionadas con los puntos de vista e intereses que triunfan en el proceso político, y en la formulación de políticas y el diseño de servicios: se traducen en debates acerca de qué es una sociedad sana y el lugar de la mujer en ella, qué obligaciones tienen las personas entre sí y cuáles son las obligaciones del Estado en su relación con los ciudadanos. Estos son los temas que se tratan en la sección 3 de este informe.

Notas

- 1 Para una explicación de los rubros que se incluyen bajo la categoría “sectores sociales”, véase la nota de la gráfica 8.1.
- 2 Cornia et al. 1987.
- 3 MacPherson y Midgley, 1987:134, citado en Vivian 1995:21.
- 4 Vivian 1995.
- 5 FMI 1998 y 2000, citado en Mkandawire 2001.
- 6 Banco Mundial 2001c; Holzman y Jorgensen 2000:28.
- 7 PNUD 2003; Programa InFocus sobre Seguridad Social y Económica de la OIT; Programa de UNRISD sobre Política Social en el Contexto de Desarrollo; Programa sobre Globalización y Política Social (GASPP, en sus siglas en inglés).
- 8 Banco Mundial 2003a:133,60.
- 9 Devereux y Sabates-Wheeler 2004.
- 10 Mackintosh y Tibandebage 2004b:167; Huber 2002.
- 11 Baldwin 1990; Barr 1998; Mkandawire 2001; Lund 2004.
- 12 Mackintosh y Tibandebage 2004a.
- 13 Molyneux 2004.
- 14 Molyneux 2004.
- 15 Elson y Cagatay 2000.
- 16 Véase UNESCO 2003; es probable que en otros informes previstos para 2005 se cubra ampliamente este tema.
- 17 Esping-Andersen 1990.
- 18 Esta subsección se sustenta en Mackintosh y Tibandebage 2004a.
- 19 Jackson y Rao 2004 aportan datos para el caso de la India.
- 20 Kutzin 1994; Walraven 1996; Ekwempu et al. 1990; Abdullah 2000.
- 21 Baru 2003.
- 22 Sen 2003.
- 23 Fuentes citadas en Mackintosh y Tibandebage 2004b.
- 24 Tibandebage 2004.
- 25 Tibandebage y Mackintosh 2002.
- 26 Jewkes et al. 1998, citado en Mackintosh y Tibandebage 2004b.
- 27 Mensah 2004.
- 28 Afford 2003.
- 29 Banco Mundial 1995, citado en Mackintosh y Tibandebage 2004b.
- 30 Banco Mundial 2003a:144-5.
- 31 Lund 2004.
- 32 Huber y Stephens 2000.
- 33 Huber y Stephens 2000.
- 34 Steinhilber 2004.
- 35 Diamond y Valdes-Prieto 1994:309.
- 36 Barrientos 2004.
- 37 Chatterjee y Ranson 2003; OIT 2001, citado en Lund 2004.
- 38 Barrientos y Barrientos 2002.
- 39 Martínez Franzoni y Mesa-Lago 2003, citado en Lund 2004.
- 40 Ardington y Lund 1995; Case y Deaton 1998; Case 2001; Lund 2002.
- 41 Tibandebage 2004.
- 42 Jelín 1990; Molyneux 2004.
- 43 En Molyneux 2004 hay un resumen de las evaluaciones.
- 44 Molyneux 2004:29.
- 45 Molyneux 2004:36.
- 46 Banco Mundial 2003a:30-1.
- 47 Molyneux 2004.