

# Protección a la Maternidad en Chile: efectividad y equidad en el acceso

Evaluación de la Ley 20.545 del año 2011

Orozimba Iris Delgado Becerra

---

TESI DOCTORAL UPF / 2018

## DIRECTORES DE LA TESI

**Dr. Joan Benach** (Departament de Ciències Polítiques i Socials, Universitat Pompeu Fabra)

**Dra. Báltica Cabieses** (Programa de Estudios Sociales en Salud, Universidad del Desarrollo)





*A Antonio y Guillermina, mis padres que ya no están,  
pero estarían orgullosos de su herencia afectiva.*

*A Vicente por su complicidad e incondicionalidad,  
hechos con el mismo material que el amor*

*A mis hijos:*

*A Antonio por su capacidad de empatizar con mis  
interrogantes,*

*A Nicolás por su luminosidad, que me ha traído a  
Millaray*

*A Cristóbal por su optimismo que me estimula a  
seguir adelante*

*A Patricia, mi eterna compañera*



## Agradecimientos

En este proceso son muchas las personas e instancias a las que es necesario agradecer, a todos y todas las que me animaron a iniciar, continuar y terminar esta tesis, cuya demostración más concreta es este documento, pero lo más importante es aquello que queda impregnado en cada una de mis células.

A los que constituyen mi esencia de lo que soy hoy día.

A mi *familia original*, de mis padres y mis diez hermanos, que, con sencilla valentía, aceptaron el reto de la pobreza y me brindaron afecto, sustento y educación.

A mi *núcleo familiar*, a Vicente que siempre está a mi lado, a mis hijos y mi nieta que entregaron su cuota de comprensión en los viajes y tiempo de dedicación a este proyecto que siendo de elaboración personal, se alimentó del cariño apoyo y comprensión de todos los que me rodean.

A mi director de tesis, *Joan Benach* por su gran ayuda, conocimiento, sabiduría, experiencia y profundo compromiso con las personas y en general con aquellos que le acompañan en su quehacer, sin la presencia de Joan, la tarea era incierta.

A Báltica Cabieses mi co-directora y amiga por su permanente apoyo a continuar, por sus palabras de “*sigue adelante*”, cada vez que lo necesite. Como no mencionar que durante estos años de mi formación ella contribuyó a nuestra sociedad con Ema y Gabriel, a quienes también dedico este trabajo y son la expresión más concreta de lo que en parte motivo este quehacer, los niños y niñas que nacen en Chile.

A todos mis amigos más preciados, a especialmente a Liliana que siempre tiene una palabra de contención y un acto de solidaridad disponible, a Tatiana con quien nos une un hilo rojo, a Mauro Kata quienes me acogieron en Barcelona con cariño y hospitalidad todas las veces que fue necesario, durante mi formación en el doctorado.

A mis amigos y colegas del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo especialmente a su directora Ximena Aguilera, y a ex directora Jeanette Vega.

Al equipo del GRED, agradezco la colaboración a todos los integrantes del Grupo de Investigación de Desigualdades en Salud (GRED- EMCONET), de la UPF, por su permanente apoyo, buena disposición y acogida durante mis múltiples estadías en Barcelona. Especial agradecimiento tengo hacia Mireia por su incesante quehacer y “sigamos avanzando”, a Paco por su “buena tela, grata compañía” y su disposición de ponerse en el lugar de los demás. Marisol, la chilena del equipo, que siempre estuvo cuando necesité

su palabra reflexiva

A tantos otros que sería largo, enumerar a todos ellos vayan mis más sinceros agradecimientos.

A la Universidad del Desarrollo que me ha brindado apoyo y las condiciones económicas, sin las cuales, habría sido imposible concretar esta idea.

### ***Piececitos***

*Piececitos de niño,  
azulosos de frío,  
icómo os ven y no os cubren,  
Dios mío!*

*iPiececitos heridos  
por los guijarros todos,  
ultrajados de nieves  
y lodos!*

*El hombre ciego ignora  
que por donde pasáis,  
una flor de luz viva  
dejáis;*

*que allí donde ponéis  
la plantita sangrante,  
el nardo nace más  
fragante.*

*Sed, puesto que marcháis  
por los caminos rectos,  
heroicos como sois*

*perfectos.*

*Piececitos de niño,  
dos joyitas sufrientes,  
¡cómo pasan sin veros  
las gentes!*

***Gabriela Mistral***

***Premio nobel de literatura,***

## Resumen

Conciliar la maternidad y el trabajo, y avanzar en la equidad de género, son temas de creciente interés global que están generando políticas innovadoras, sin embargo, apenas conocemos su impacto. Internacionalmente, las políticas de protección a la maternidad han sido escasamente evaluadas, tanto en su efectividad como –más aún- en su equidad. Chile promulgó la Ley 20.545 sobre Protección a la Maternidad en 2011 con el objetivo de aumentar el acceso y la equidad en la protección a la maternidad de las mujeres que trabajan remuneradamente. Esta tesis desarrolla una evaluación empírica original y una propuesta metodológica innovadora que evalúa los resultados de esta importante política pública, en un país con profundas desigualdades sociales. Los principales resultados de este análisis muestran que ha habido un avance en el acceso a la protección de la maternidad, pero no hubo una mejora en la equidad en los distintos grupos de mujeres trabajadoras. Para lograr un avance sustancial en la equidad de acceso a la protección a la maternidad, deberán realizarse nuevas políticas que reduzcan los requisitos para incluir a una mayor cantidad de trabajadoras con empleo informal.

## **Palabras clave**

Protección a la maternidad, licencias maternales, licencias paternales, licencias parentales, Chile, políticas públicas, evaluación de políticas públicas, efectividad, equidad, acceso, equidad de acceso

## **Abstract**

Reconciling maternity and work-life balance, and advancing gender equity, are topics of growing global interest, that are generating innovative policies, however, we barely know their impact. Internationally, maternal protection policies have been poorly evaluated, both in terms of their effectiveness and - moreover - their equity. Chile enacted Law 20,545 on Maternity Protection in 2011, with the objective of increasing access and equity in maternity protection for women who work for pay. This thesis develops an original empirical evaluation and an innovative methodological proposal that evaluates the results of this important public policy, in a country with profound social inequalities. Main results of this analysis show that there has been progress in access to care, but not in equity of benefits to every working woman. To achieve substantial advance in equitable access to maternity protection, new policies should be made that reduce requirements to access maternity protection benefits to include more women with informal employment.

## **keywords**

Maternity protection, maternity leave, paternity leave, parental leave, Chile; policy public, public policy evaluation, effectiveness, equity, access, access equity



## **Prefacio**

En todas las naciones y culturas el nacimiento de un ser niño o niña es motivo de regocijo y esperanza, ello sin embargo ocurre al mismo tiempo en que la Organización Internacional del Trabajo señala que más de 830 millones de trabajadoras quedan excluidas de la Protección a la Maternidad, en otras palabras, no tienen acceso a dichas prestaciones, y casi el 80% de ellas pertenecen a países de África y Asia. Esta realidad, nos mueve a la necesidad de promover estrategias en todos los países, para el diseño de políticas públicas que amplíen la cobertura y extensión de los beneficios para la Protección a la Maternidad, ya sea en el ámbito de los derechos humanos de la mujer, de los derechos humanos del niño, como en el del trabajo decente para una mejor salud de la población.

Junto con a lo anterior, es necesario también, establecer metodologías que permitan evaluar los resultados de estas políticas, especialmente en el cumplimiento de los progresos en cuanto a la cantidad de madres que se benefician como también en equidad. Todo lo anterior, en un contexto en que debemos abogar para que las políticas públicas sobre protección a la maternidad se amplíen más allá que el ámbito del trabajo, transformándose realmente a políticas de igualdad de oportunidad de género, y al cumplimiento de un derecho humano fundamental para las mujeres.

En Chile, país con cien años de políticas públicas de protección a la maternidad, es imprescindible evaluar el efecto de la ley más

reciente que involucra propósitos explícitos para aumentar el acceso y mejorar la equidad de los beneficios.

Desde hace muchos años, pero principalmente en la última década en Chile se han realizado importantes esfuerzos para disponer de datos administrativos validados ampliamente, reconocidos por la comunidad científica, y de cobertura universal como lo es el sistema de información de estadística vitales. Por otra parte, se cuenta también con información de encuestas de hogares representativa de la población del país con información de distintas dimensiones, tales como ocupación y empleo, ingresos, salud, educación y otros transformándose probablemente en la fuente de datos más importante para el análisis de desigualdades socioeconómicas y de equidad en salud. Estas fuentes de información se han transformado hoy en un gran potencial de información posible de utilizar en diversos estudios principalmente en aquellos que se orienten a conocer la realidad de fenómenos como el acceso a protección a la maternidad desde una perspectiva poblacional y también con enfoque de equidad.

# Índice

Agradecimientos .....	v
Resumen .....	ix
Palabras clave.....	x
Abstract .....	x
keyword.....	xi
Prefacio .....	xiii
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Importancia de la protección a la maternidad .....	1
1.2 Ordenamiento jurídico internacional.....	2
1.3 Políticas de protección a la maternidad.....	4
1.4 Políticas de protección a la maternidad en América Latina .....	4
1.5 Protección a la maternidad en Chile.....	7
1.6 Promulgación de la Ley 20.545.....	10
1.7 Modificaciones de la Ley 20.546 .....	13
1.8 Revisión de la literatura, informe de organismos internaciones.....	15
1.9 Revisión de literatura científica.....	17
a. Resultados en salud .....	17
b. Resultados en indicadores de empleo femenino.....	19
c. Evaluación de objetivos de las políticas de protección a la maternidad	20
d. Evaluación de acceso y equidad de acceso .....	22
1.10 Evidencia de protección a la maternidad en Chile .....	23
1.11 Vacío en la literatura y propósito de esta tesis .....	25
Estructura del documento.....	27
2. CONTEXTO INTERNACIONAL .....	29

2.1	Hitos relevantes de la PM en el mundo.....	29
2.2	Convenios internacionales de la OIT .....	36
2.3	Convenio 183, del año 2000.....	39
a.	Extensión temporal o duración de las licencias.....	40
b.	Derecho de remuneración o salario durante la licencia.....	40
c.	Derecho a protección de mantención del empleo.....	42
d.	Entidad que financia el salario de la trabajadora, durante su ausencia laboral .....	42
e.	Otros tipos de beneficios de Protección a la Maternidad .....	43
3.	PROTECCION A LA MATERNIDAD EN CHILE .....	47
3.1	Hitos relevantes en la legislación laboral en Chile.....	50
3.2	Protección a la Maternidad y la Ley 20.545.....	57
3.3	Contexto de aprobación de la Ley 20.546.....	60
3.4	Consideraciones legales importantes de la PM en Chile.....	64
3.5	El Permiso Postnatal Parental, análisis crítico de su contenido .....	67
3.6	Desincentivos y limitaciones para que los padres hagan uso del PPP, en la ley 20.545 .....	72
4.	JUSTIFICACION, PREGUNTAS Y OBJETIVOS.....	75
4.1	Justificación.....	75
4.2	Pregunta de investigación.....	77
4.3	Objetivo General: .....	77
4.4	Objetivos Específicos .....	77
5.	ASPECTOS CONCEPTUALES, MARCO TEORICO.....	79
5.1	Enfoque de determinantes sociales y equidad de acceso.....	79
5.2	Política Pública y evaluación de una política publica .....	83
5.3	Evaluación de impacto de políticas públicas en salud .....	87

a.- Aspectos conceptuales .....	87
5.4 Definiciones básicas.....	87
5.5 Evaluación de Políticas Públicas en Salud ex post.....	91
5.6 Concepto de Evaluación de Políticas Públicas en Salud.....	92
5.7 Conceptos relacionados con las políticas de protección a la maternidad .....	99
a.        Licencias Maternales (Maternity leave).....	100
b.        Licencias paternales (Paternity leave).....	100
c.        Licencias Parentales (Parental leave).....	100
d.        Licencia para cuidar a los niños enfermos .....	101
6.    METODOLOGIA.....	103
6.1 Datos rutinarios .....	103
6.2. Encuestas de hogares.....	104
6.3 Fuentes de información para Objetivo 1. ....	108
a.        Estadísticas oficiales de la Superintendencia de Seguridad Social.....	109
b.        Base de datos de Nacimientos .....	110
6.4. Indicador objetivo 1 .....	111
6.5 Fuentes de información, Objetivo 2. ....	112
6.6 Análisis de los datos.....	114
7.    RESULTADOS.....	117
7.1 Cobertura garantizada de protección a la maternidad .....	117
a. Evolución de la natalidad .....	117
b.        Evolución de licencias maternales .....	119
c.        Evolución de la cobertura garantizada .....	122
7.2 Cobertura estimada de protección a la maternidad .....	124

7.3 Cobertura estimada según variables sociodemográficas .....	126
7.4 Cobertura estimada de PM según variables socioeconómica.....	127
7.5 Concentración de la desigualdad.....	129
7.6 Análisis multivariado probabilidad de acceso antes y después de la ley .....	131
Otros aspectos de la ley 20.545.....	135
a. Análisis de la extensión de jornada parcial del permiso postnatal parental.....	136
b. Análisis de la utilización del traspaso del permiso parental al padre del menor .....	138
b. Incidencia del permiso postnatal parental en la utilización del subsidio por enfermedad grave del niño menor de un año... ..	140
8. DISCUSIÓN .....	143
8.1 Principales resultados.....	143
8.2 Fortalezas y limitaciones .....	146
8.3 líneas futuras de investigación .....	148
8.4 Implicancias para la salud pública.....	149
9. Conclusiones .....	151

## Lista de figuras

FIGURA 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud	82
FIGURA 2. Esquema conceptual para utilizar en la evaluación .....	97
FIGURA 3. Número de mujeres con hijos nacidos vivos años 2000 al 2015, Chile. ....	119
FIGURA 4: Número de licencias maternales post parto años 2000 al 2015, Chile .....	121
FIGURA 5. N° de mujeres con hijos, licencias post-parto y cobertura garantizada de acceso a PM .....	123
FIGURA 6. Cobertura estimada de acceso a PM antes y después de la Ley .....	125
FIGURA 7. Curva de Lorenz e Índice de Concentración (IC), años 2009 y 2013.....	130

## Lista de tablas

TABLA 1. Evolución de la normativa sobre SALA CUNA del 1917 al 2016.....	53
TABLA 2 Evolución de la normativa sobre PERMISO MATERNAL del 1917 al 2016.....	54
TABLA 3. Evolución de la normativa sobre SALARIO durante el permiso maternal del 1917 al 2016 .....	55
TABLA 4. Evolución de la normativa sobre lactancia materna del 1917 al 2016.....	56
TABLA 5. Evolución de la normativa sobre PROTECCIÓN EN EL EMPLEO período del 1917 al 2016 .....	57
TABLA 6. Prestaciones que la Ley 20.545 incorpora y la comparación con la Ley 19.591 .....	62
TABLA 7. Glosario de términos relacionados con la evaluación de políticas públicas en salud.....	94
TABLA 8. Número de licencias post-parto, mujeres con hijos y cobertura garantizada, años 2000 al 2015. Chile.....	122
TABLA 9. Cobertura estimada antes y después de la ley según variables sociodemográficas .....	127
TABLA 10: Cobertura Estimada de Protección a la Maternidad según	

variables socioeconómicas, años 2009 y 2013..... 129

TABLA 11. Modelos de regresión logística para probabilidad de acceso a protección a la maternidad, para los años 2009 y 2013. Chile..... 132

TABLA 12. Modelo de regresión logística para probabilidad de acceso a protección a la maternidad. Chile..... 133



# 1. INTRODUCCIÓN

---

## 1.1 Importancia de la protección a la maternidad

A nivel mundial, miles de mujeres, niños y niñas mueren diariamente por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto. El nacimiento de un hijo o una hija puede llegar a ser uno de los momentos más trascendentales y memorables de la vida de una mujer, pero sin los cuidados apropiados puede llegar a ser también, uno de los más peligrosos (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Existe reconocimiento mundial de la relevancia que el trabajo remunerado tiene en la vida de la mayoría de los hombres y mujeres. Es así como uno de los cambios más notables ocurridos durante las últimas décadas es el aumento de la participación femenina en la fuerza laboral, alcanzando a nivel global un 53,9% el año 2017 (Banco Mundial, 2017). Las políticas de Protección a la Maternidad (PM) se inspiran precisamente en la armonización de estos dos aspectos fundamentales, maternidad y trabajo remunerado.

En la actualidad, hay consenso internacional de la importancia de las políticas públicas de PM para aumentar el bienestar social y económico de un país. Sin embargo, la situación global no es muy

alentadora. En el año 2014 la propia OIT señaló que *“más de 830 millones de trabajadoras quedan excluidas de la PM, en otras palabras, no tienen acceso a dichas prestaciones, y casi el 80% de ellas pertenecen a países de África y Asia. La discriminación contra la mujer por razones de maternidad es un problema presente aún en muchos países. Incluso cuando la legislación existe, el cumplimiento efectivo de esas leyes continúa siendo un problema”* (International Labour Organization, 2014a).

## **1.2 Ordenamiento jurídico internacional**

La protección a la maternidad ha sido una preocupación del ordenamiento jurídico internacional desde el año 1919, promovida principalmente por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) quien señala que es un *“derecho humano fundamental”* y establece que su objetivo principal es *“contribuir a que las mujeres combinen sus funciones reproductivas y laborales con éxito y promuevan la igualdad de oportunidad y trato en el empleo, sin perjuicio de la salud y seguridad económica”* (International Labour Organization (ILO), 2014).

Los principios de la protección de la maternidad para las mujeres que pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA) están integrados en distintos tratados internacionales relativos a los derechos humanos, los derechos de las mujeres, derechos a la salud y los derechos del niño (International Labour Organization, 2012). Estos principios se sintetizan en tres Convenios Marco de la OIT,

el primero del año 1919 (núm. 3); el segundo del año 1952 (núm. 103) y el tercero del año 2000 (núm. 183) que fue suscrito por 185 países, incluido Chile. En estos tres convenios las medidas de protección a la maternidad para las mujeres embarazadas y las que han dado a luz recientemente, se orientan principalmente en cinco aspectos: a) la prevención de la exposición a riesgos para la salud y la seguridad durante y después del embarazo; b) el derecho a disponer de licencias maternales y parentales con subsidios monetarios en reemplazo del salario de la mujer; c) el derecho a interrupciones para la lactancia materna; d) la protección frente a la discriminación y el despido; y e) el derecho garantizado de volver al mismo puesto de trabajo después de la licencia maternal (International Labour Organization, 2010)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Una descripción más detallada de lo que han sido estos convenios se entregan el capítulo 2.

### **1.3 Políticas de protección a la maternidad**

Desde inicios del siglo XXI, la mayoría de los países de altos ingresos y algunos de ingresos medios, han implementado una serie de políticas de protección a la maternidad, teniendo siempre como población objetivo las mujeres que pertenecen a la fuerza laboral. En general, estas políticas han aumentado la extensión del tiempo de las licencias maternales; han subido las proporciones del subsidio monetario que se entrega en reemplazo del salario de la mujer; y han incorporado el concepto de permisos parentales y prestaciones familiares, declarando que el propósito de estas leyes o reformas en dicho países es cumplir con cuatro importantes objetivos sociales y sanitarios: a) la equidad de género, b) el aumento de la tasa de fertilidad; c) el incremento de tasa de la participación femenina en la fuerza laboral; y d) la mejora en indicadores de salud de la madre y del niño y mayor desarrollo infantil (Olivetti, 2017). En anexo 1, se entrega una secuencia de hitos relevantes relacionados con la historia de la protección a la maternidad en el mundo.

### **1.4 Políticas de protección a la maternidad en América Latina**

América Latina, desde inicio del del siglo XXI ha experimentado una “revolución silenciosa” (Goldin, 2006), en la combinación entre trabajo y familia. Siete de cada 10 mujeres en edad fértil (19-44) forman parte de la fuerza laboral y crecientemente han asumido el

rol de “jefas de hogar”, muchas están sin pareja o en hogares monoparentales. Simultáneamente, los cuidados de los hijos y las familias siguen siendo una responsabilidad sobre todo femenina (Montaño S; Calderon C, 2010). Las tensiones en las relaciones de género resultantes de esta combinación entre transformaciones y continuidades laborales y familiares tienen como telón de fondo una profunda desigualdad socioeconómica (Cornia, 2010; López-Calva, 2010).

Es importante explicitar la relevancia social y política que tiene el abordar las tensiones entre vida familiar y laboral. Primero, para las mujeres la responsabilidad en los cuidados constituye una fuerte barrera de acceso al mercado laboral. En una región tan desigual, esta brecha de género está marcadamente influenciada por la estratificación socioeconómica. La brecha de participación laboral femenina entre los quintiles de mayor y menor ingreso es, en promedio, del 30% y no se ha reducido desde 1990, a pesar del notorio aumento en la participación laboral global de las mujeres<sup>1</sup>. Dado que la probabilidad de superar la condición de la pobreza es proporcional a la presencia de más de un ingreso en las familias (International Labour Organization, 2009), la no participación laboral femenina agrava la pobreza y la desigualdad social. Segundo, las mujeres con ingresos propios están sobrerrepresentadas en el autoempleo y el trabajo doméstico, ocupación en la que en 2008 tres cuartos de las personas, casi todas ellas mujeres, carecían de un plan de pensión (International Labour

Organization, 2009; Blofield, 2014). La inserción laboral femenina tiene, por lo tanto, una menor protección laboral que la de sus pares varones —en áreas urbanas cuentan con seguridad social solo el 36% de las mujeres en comparación con el 49% de los hombres (International Labour Organization, 2009)—. Tercero, la desprotección social aumenta entre quienes tienen mayores demandas de apoyo en los cuidados: en 12 países de América Latina, las mujeres con educación primaria incompleta tienen entre 2 y 3,5 más hijos/as que las que cuentan al menos con educación secundaria (cepal, 2011, pág. 85). En los hogares monoparentales encabezados por mujeres, la doble tarea de proveer cuidados e ingresos de manera exclusiva exacerba las consecuencias negativas de la informalidad laboral y la desprotección social.

La actual situación representa tanto un reto como una oportunidad (International Labour Organization, 2009; Blofield, 2014). Mediante políticas públicas adecuadas, los gobiernos podrían interrumpir el actual círculo de reproducción de la desigualdad, así como promover un desarrollo social y económico más inclusivo. Varias de las medidas pueden lograr más de un objetivo a la vez. Por ejemplo, existe consenso en que los servicios de cuidado y la educación preescolar desarrollan capital humano e igualan oportunidades. Con horarios y jornadas adecuadas, estos servicios pueden simultáneamente apoyar a madres y padres trabajadores. Por el contrario, de no mediar respuestas adecuadas a las tensiones entre vida familiar y laboral, pueden profundizarse las desigualdades

socioeconómicas y de género, con consecuencias dañinas para la equidad y el desarrollo de la región. En este contexto en América Latina, durante el periodo comprendido entre 2003 y 2013, cinco países: Argentina, Uruguay, Colombia, Brasil y Chile, también promulgaron reformas a sus políticas y marcos jurídicos relacionados con la PM (Blofield, 2014).

## **1.5 Protección a la maternidad en Chile**

La primera normativa sobre PM promulgada en Chile fue la ley N° 3.186, (Congreso de Chile, 1917) vigente desde el 17 de enero de 1917, en su título “*Establece el servicio de cunas en las fábricas, talleres o establecimientos industriales en que se ocupen 50 o más mujeres mayores de 18 años*”. Otorga también el permiso para la lactancia materna de una hora diaria para los hijos menores de un año. No incluye licencia maternal, tampoco protección en el empleo. No obstante, sus limitaciones, se anticipa al Convenio N°3 de la OIT, de 1919, el cual establece normas generales tendientes a crear estándares mínimos que protejan a la mujer trabajadora y la integridad de sus hijos. Este convenio fue ratificado por Chile en 1925. N° 3.186 (Congreso de Chile, 1917).

La promulgación de la ley N° 3.186, luego de un largo debate en el congreso, se corresponde también con un largo período, en el cual el aumento de la pobreza y la desigualdad socioeconómica se habían agudizado en el país, desde allí se generalizó en la oligarquía dominante y en la sociedad civil, denominar al conjunto de esta

problemática como “*la cuestión social*” (Biblioteca Nacional Digital, 2016)

En ese periodo gobernaba una de las coaliciones conservadoras de la época y el movimiento obrero comenzaba a adquirir cierta importancia. Al mismo tiempo, aumentaba de manera significativa la inmigración del campo a las principales ciudades del país.

La Gran Depresión internacional, del año 1929 tuvo fuertes repercusiones en Chile entre 1930 y 1932. Las exportaciones de salitre y cobre, principales sostenes de la economía chilena en esa época, sucumbieron a la crisis. Según el World Economic Survey de la Sociedad de las Naciones, Chile fue la «nación más afectada por la crisis en el mundo» (Biblioteca Nacional Digital, 2016). En medio de la crisis política, consecuencia del derrumbe de la economía, se logró diseñar y aprobar la primera versión del Código del Trabajo en el Decreto con Fuerza de Ley, DFL N° 178 (Ministerio de Previsión Social, 1931).

Esta legislación agrupaba al conjunto de leyes que regulaban la actividad laboral anterior y nuevas normativas. En su contenido albergaba disposiciones sobre la maternidad que ya habían sido promulgadas en otra ley en el año 1925: 1. Sala cuna para hijos menores de un año en caso de haber contratado a 20 o más obreros(as); 2. Permiso Maternal de 12 semanas con un subsidio que cubría el 50% del salario de la trabajadora; 3. Una hora diaria

de permiso para lactancia materna de los hijos menores de un año; y  
4. Reserva del puesto de trabajo.

Acerca del Código del Trabajo de 1931, es conveniente hacer notar tres aspectos interesantes:

- Se crearon y regularon los Tribunales del Trabajo con la competencia de acoger y juzgar las denuncias de incumplimiento a sus disposiciones y la dictación de sanciones correspondientes;
- Bajo el Libro II, título III, se encuentra el “2. Protección a la Maternidad”, conteniendo parte de las medidas numeradas más arriba, demostrando que, en esa época en Chile, ya se utilizaba una noción conceptual de la temática de este estudio.
- Dice el “Artículo 35. En la misma clase de trabajo, el salario del hombre y de la mujer serán iguales”, es decir una política pública que promueve la igualdad de género que hoy día se encuentra de plena actualidad.

El Código del Trabajo se mantuvo como marco legislativo de la normativa laboral, incluyendo la Protección a la Maternidad hasta 1978. En ese año, bajo la dictadura cívico militar que duró hasta 1990, sufrió las primeras restricciones hasta ser desvirtuado casi completamente en 1987, aun conservando su nominación. Luego de la recuperación democrática en 1990, bajo un gobierno de centro izquierda, fue restituido en su principal atributo de incorporar en un

solo cuerpo legal la legislación laboral en el año 1993 recuperándose, los principales derechos laborales suprimidos y limitados por la dictadura cívico militar (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1993).

En el período desde 1917 hasta 2011, el Código del Trabajo tuvo varios cambios en lo referido a la protección a la maternidad. Unas síntesis de estos cambios se muestran es anexo 2.

## **1.6 Promulgación de la Ley 20.545**

Lo anterior muestra que el ordenamiento jurídico laboral chileno se ajustaba y, en algunos aspectos, superaba los estándares mínimos establecidos en el Convenio 183 del año 2000. Específicamente hasta antes de la ley 20.545 del año 2011, los beneficios y principios de la protección a la maternidad en Chile se resumen en los siguientes aspectos:

- La PM era y sigue siendo derecho irrenunciable de carácter obligatorio para todas las mujeres que pertenecen a la población económicamente activa y que cumplen la normativa señalada en la ley.
- Desde el año 1973 el subsidio monetario en reemplazo del salario de la mujer corresponde al 100% para la mayoría de la mujeres, que si bien es cierto tiene un máximo de 2,5

millones de CLP (3.060 USD)<sup>2</sup>, según datos de la Encuesta CASEN 2017, el 95% de las mujeres que trabajan tienen un ingreso menor al monto máximo señalado como tope. En decir, aproximadamente el 5% de las mujeres que tienen licencia maternal, el subsidio monetario recibido en reemplazo de su salario sería menor que lo que ellas ganaban regularmente antes del embarazo.

La licencia maternal antes del parto era de 6 semanas y después del nacimiento 12 semanas, ubicándose en el grupo de países con mayor tiempo de licencia maternal con derecho a una prestación pecuniaria del 100% (con el monto máximo señalado, en el párrafo anterior).

Hasta antes de la implementación de la actual Ley 25.545, que incorpora el Permiso Posnatal Parental, la política de protección a la maternidad en Chile, presentaba las siguientes limitaciones: 1) el beneficio se restringía a las madres que contaban con contrato de trabajo y pagos previsionales al día, excluyendo a todas las mujeres con empleos temporales, informales y trabajadoras independientes; 2) reducía la lactancia materna exclusiva a las 12 semanas de postnatal; 3) respecto al gasto público, el beneficio de protección a la maternidad seguía siendo uno de los más regresivos. Algunos datos muestran, por ejemplo, que el año 2010 el subsidio alcanza

---

<sup>2</sup> La conversión a dólar, corresponde al valor del 15 de octubre del 2018 (678 CLP, pesos chilenos)

sólo al 32% de las madres y que, además, fue utilizado en mayor proporción por las mujeres pertenecientes al sistema privado de salud, que según la encuesta CASEN 2011 ganan 2,6 veces más que las mujeres cotizantes del sistema público.

Se suma a lo anterior como contexto en que se aplica la protección a la maternidad, que Chile es el país con una de las tasas de participación femenina en la PEA más bajas de la OCDE (48%). Junto a lo anterior, el país alberga grandes desigualdades sociales, por ejemplo, según CASEN 2017, la tasa de participación femenina para las mujeres del quintil de más bajos ingresos es de 30%, mientras que, para el quintil de ingresos más alto alcanza al 68,3%. Complementariamente, el ingreso promedio per-cápita del trabajo es 15 veces mayor para las mujeres del quintil más rico, comparado con las mujeres el quintil más pobre. El coeficiente de GINI del año 2017, para el país fue de 0,5 (*Ministerio de Desarrollo Social, 2017*).

Como concluye el Informe de Desarrollo Humano del PNUD 2014, en Chile, la inserción de las mujeres en el mundo del trabajo no ha cambiado la constante de que son las mujeres las principales responsables de las tareas domésticas. Complementariamente, la Encuesta de Tiempo Libre muestra a su vez que ocho de cada diez mujeres ocupan, al menos, media hora en trabajo doméstico, mientras que en el caso de los hombres solo cuatro de diez, y en el cuidado de otros, solo un 9,2% de los hombres cuida a otros

miembros del hogar a diferencia de un 35,9% de las mujeres (Casas-Valenzuela, 2012)

En evidencia de estas limitaciones, el año 2006 se inicia un amplio debate en diversos sectores de la sociedad para perfeccionar la legislación sobre la maternidad, planteando con mucha fuerza entre sus objetivos, el avanzar en la cobertura hacia mujeres más vulnerables socioeconómicamente y disminuir las desigualdades.

## **1.7 Modificaciones de la Ley 20.546**

A comienzos del año 2011, bajo un gobierno de centro derecha, se envía un proyecto de ley para modificar la legislación sobre protección a la maternidad, vigente hasta esa fecha. Dicho proyecto fue muy criticado por la oposición de centro izquierda, sin embargo, se consiguió entrar en un proceso de negociación que permitió modificar algunas de las propuestas, ampliar otras y desechar otras tantas. Finalmente se llegó a un acuerdo para una versión de consenso, lo cual, como suele ser, fue acogido muy favorablemente por la opinión pública del país.

Es así como, finalmente, en octubre del año 2011, se publica en el diario oficial la ley 20.545 que modifica las normas de protección a la maternidad e incorpora el Permiso Posnatal Parental en Chile. La Ley 20.545 reemplaza a la Ley N° 19.591 (Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 2011)

La Ley N°20.545 mantiene la vigencia de los artículos 194 al 208 del Código del Trabajo y, además, se propone dos propósitos fundamentales, por una parte, aumentar la cobertura de acceso a protección a la maternidad y disminuir las desigualdades de dicho acceso. Para lo cual aumentó el grupo de madres como parte de la población beneficiaria señalando: *“Se incluyen de manera inmediata a mujeres trabajadoras independientes con cotización al día y, a partir del 1 de enero de 2013, a aquellas madres que cumplen con algunos requisitos de afiliación y cotizaciones, aunque no tengan un contrato vigente”* (Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 2011).

Otro aspecto importante de la Ley 20.545 es el aumento de la licencia maternal y la incorporación del concepto de licencia parental, con lo cual pretende ampliar la corresponsabilidad del padre en el cuidado del niño(a) recién nacido.

El posnatal regular de 12 semanas se extiende a 24 semanas, (las 12 agregadas corresponden al permiso postnatal parental), con 100% de la remuneración hasta un tope de \$3.060 US dólar (Jornada Completa) u opcionalmente, de 12 semanas a 30 semanas, en las cuales las 18 adicionales de PPP son con 50% de la jornada y 50% de los ingresos con tope de \$1.530 US dólar<sup>3</sup> (Jornada Parcial).

---

<sup>3</sup> El valor del dólar está calculado en base a valor de 678 CLP

Cabe mencionar que sólo el 1,4% de las mujeres que trabajan tienen un ingreso mayor al tope máximo.

## **1.8 Revisión de la literatura, informe de organismos internacionales**

El informe de la OIT, “*La maternidad y la paternidad en el trabajo. La legislación y la práctica en el mundo*”, del año 2014, entrega una amplia panorámica del cumplimiento de las distintas propuestas de los convenios marco en los países miembros de las Naciones Unidas. Así también, este informe es una voz de alerta de diversas situaciones que están ocurriendo en la esfera mundial en relación con esta temática (International Labour Organization, 2014b).

Los aspectos más importantes de este informe se sintetizan en las siguientes ideas:

En países con licencias maternales breves (menos de 14 semanas), puede ocurrir que las madres no se sientan preparadas para volver al trabajo y como consecuencia abandonan la fuerza laboral. Por otra parte, una licencia maternal extendida con bajo nivel de compensación monetaria en reemplazo del salario, puede obligar a las mujeres a volver al trabajo antes de que finalice el período máximo de beneficios.

Se observa un aumento gradual de países que cumplen el estándar mínimo de 14 semanas, y más de 4 semanas de posnatal parental.

Además, en más de 100 países, las prestaciones de PM se financian a través de la seguridad social reduciendo la responsabilidad de los empleadores, favoreciendo las oportunidades de las mujeres en el mercado de trabajo, sin el estigma de “*el mayor costo de contratar mujeres en edad fértil*”.

La mirada global que la OIT realiza a nivel de países parece auspiciosa y optimista. Sin embargo, también sabemos que el año 2014, aproximadamente, 830 millones de mujeres que trabajan no tuvieron ninguna oportunidad de acceso a protección a la maternidad y que el 80% de ellas son de países no desarrollados (África, Asia y algunos de América Latina). Según datos globales, a nivel mundial, la OIT señala que el 40.6% de las mujeres trabajadoras estarían cubiertas legalmente por algún beneficio de PM. Complementariamente sólo el 34.4% de las trabajadoras que tendrían beneficio pecuniario en reemplazo de su salario, mientras dura la licencia maternal y que esta cifra varía en cada país, llegando en algunos casos a ser menos del 10% (International Labour Organization, 2014b).

Por otra parte, valorando la importancia de las estimaciones que realiza la OIT a nivel global, hay que señalar que no hay definiciones claramente establecidas y con fuentes de datos comparables entre las distintos países y regiones acerca de la cantidad de mujeres que en cada nación realmente acceden a los beneficios de PM. No está claramente establecido si el acceso debiera calcularse en relación al total de mujeres que pertenecen

a la Población Económicamente Activa (PEA); o en relación a las que pertenecen a la PEA y tienen un hijo(a) o en relación al total de mujeres que son madres. Cada una de estas opciones supone distintos aspectos válidos, interesantes de medir y conocer en esta temática. Sin embargo, es fundamental conocer claramente las distintas definiciones lo que facilitaría la comparación entre países, como también la evolución de lo que ocurre en cada país a través del tiempo (International Labour Organization, 2014b).

## **1.9 Revisión de literatura científica**

### **a. a. Resultados en salud**

La evidencia científica señala que las licencias maternales pre y post parto, -uno de los beneficios más extendidos de la protección a la maternidad-, inciden significativamente en la salud de las madres y de los recién nacidos. Según un estudio de Nandi del año 2016, los mecanismos a través del cual las licencias maternales pre o post parto contribuyen a dichos propósitos son: tiempo para que la madre pueda recuperarse satisfactoriamente después del nacimiento del niño o niña; oportunidad de periodos de lactancia materna más extensas, como único medio de alimentación de los recién nacidos en los primeros meses de vida si es que la madre así lo desea; más oportunidades para que la madre pueda acceder a servicios de salud, en caso de enfermedad del recién nacido; mayor número de controles preventivos para los menores de 5 años; mayor adherencia a esquemas y protocolos continuos de vacunas. El estudio

también señala que estos mecanismos interactuarían sinérgicamente; generando comportamientos saludables y buenas prácticas, los que finalmente contribuirían a mejorar la salud de las madres y de los menores durante su primera infancia (Nandi, 2016;).

Los indicadores relacionados con la salud de los recién nacidos que han mostrado asociación positiva con licencias maternales o parentales más extendidas previo y post parto, son: menor tasa de prematuridad, y menor prevalencia de niños con bajo peso al nacer (Cerón-Mireles, 1996; Baker, 2008; Stearns, 2015; Tanaka, 2016). Hay también bastante consenso de la relación entre las licencias maternales o parentales con goce de remuneración y menores tasa de mortalidad infantil, en sus distintas componentes: neonatal precoz, neonatal tardía (Winegarden, 1995; Rossin, 2011; Nandi, 2016). Otros indicadores

También existe una extensa literatura que muestra la relación positiva entre los beneficios de las políticas de permisos maternales o parentales más amplias y resultados positivos para la salud de la madre. Estos incluyen, por ejemplo, en mayor extensión del periodo de amamantamiento y lactancia materna exclusiva si la mujer lo desea (Cooklin, 2012; Smith, 2013; Mirkovic, 2014; Steurer, 2017). La evidencia también muestra una relación positiva entre permisos de maternidad antes y después del parto, con una mejor salud mental de la mujer, mayor vitalidad y buen funcionamiento, especialmente con las licencias que van acompañadas de un

subsidio monetario en reemplazo del salario de la mujer (Chatterji, 2012; Dagher, 2014).

## **b. Resultados en indicadores de empleo femenino**

Un segundo componente de la investigación científica en el tema de las políticas de protección a la maternidad corresponde al análisis de la relación entre los beneficios de dichas políticas y el impacto en indicadores laborales de la mujer. En este ámbito, la literatura es menos concluyente, hay adherentes y detractores. Los detractores son quienes a menudo advierten que las políticas de protección a la maternidad pueden significar un obstáculo a largo plazo para el avance y empoderamiento de la mujer en el mercado del trabajo, debido a la pérdida de experiencia en el desarrollo profesional y a los mayores costos para los empleadores que contratan a mujeres en edad fértil (Olivetti, 2017).

A partir de varios estudios de Europa Occidental y América del Norte, la evidencia empírica respecto a la relación entre los ingresos de la mujer y disponibilidad de beneficios maternales es mixta. Algunos estudios muestran que las licencias maternales se asocian con una reducción de los ingresos de las mujeres (Ruhm, 1998; Schönberg, 2007), mientras que otros muestran un aumento en los salarios después del término de la licencia (Rossin-Slater, 2013). Otros por su parte no encuentran efectos estadísticamente

significativos entre las variables señaladas (Baker, 2008; Baum, 2003; Hashimoto, 2004).

Un ejemplo de América de Sur es la promulgación de la Ley 1.468 del año 2011, en Colombia, que aumentó la licencia maternal de 12 a 14 semanas (17%), y fue evaluado el año 2015. Dicha evaluación investigó el impacto de la reforma en la tasa de participación laboral de la mujer en dos grupos de mujeres de distintos tramos de edad. Mujeres de 18 a 30 años (alta fertilidad), mujeres de 40 a 55 años (baja fertilidad). El estudio muestra que la extensión del período de licencia maternal, aumentó la probabilidad de desempleo en las mujeres de alta fertilidad comparadas con la de baja fertilidad, asimismo mostró también un aumento de la tasa de participación femenina en empleos independientes o de mayor informalidad (Ramirez, 2015).

### c. Evaluación de objetivos de las políticas de protección a la maternidad

Un tercer componente del análisis de la Protección a la Maternidad se relaciona con el cumplimiento de los objetivos que los marcos jurídicos y reformas en cada país se han planteado cada vez que promulgan o modifican dichas políticas. En este aspecto, la literatura es prácticamente inexistente. Una excepción, la constituye, la reforma “Daddy-Month” implementada en Suecia el año 1995, la cual se propuso explícitamente como objetivo aumentar la participación del padre en el cuidado infantil. Esta

reforma fue evaluada una década más tarde, concluyendo que se cumplió la meta de que un número mayor de hombres tomaran la licencia parental, pero no hubo evidencia clara de una mayor participación masculina en el cuidado infantil (Ekberg, 2013)

Otro importante componente necesario de conocer y profundizar a en la temática de las políticas de protección a la maternidad, se relaciona con la magnitud del acceso a la protección a la maternidad. ¿Es decir, cuántas mujeres del total de las que pertenecen a la fuerza laboral y tienen un hijo, cumplen con las condiciones exigidas para acceder a los beneficios de la protección a la maternidad?, y de las que cumplen las condiciones, ¿Qué proporción finalmente opta a hacer uso de dichos beneficios, cuando la ley no es de carácter obligatorio? Más ampliamente aún, dado que la protección a la maternidad ha sido declarada como un “derecho humano fundamental” (Organización Panamericana de la Salud, 2013), la pregunta que cabe hacernos, y para la cual debiéramos hacer los mayores esfuerzos para contribuir a ese conocimiento es: del total de mujeres que son madres, ¿Cuántas tienen algún tipo de beneficio de parte del estado, para enfrentar lo que significa para ella, para la familia y para la sociedad el tener un hijo o una hija?, independiente de si ellas disponen de un trabajo remunerado o no. Las respuestas a esta interrogante no están claramente establecidas y tampoco hay una propuesta metodológicamente fundamentadas de cómo buscar una respuesta.

#### d. Evaluación de acceso y equidad de acceso

En una búsqueda amplia de la literatura realizada para el desarrollo de esta tesis, en se encontró un estudio del año 2014, que examina varias extensiones de la licencia maternal en Alemania y su relación con indicadores de empleo de la mujer. En dicho estudio, se señala que la cobertura de acceso a la protección a la maternidad, definida como la proporción de mujeres que acceden a los beneficios maternales en relación al total de las que son madres, aumento, en dicho país, de 31,5% a 44,2% entre los años 1977 a 1993 (Schönberg, 2014).

Complementariamente, el documento “Perspectivas de desarrollo y evaluación de las políticas de licencias parentales y por motivos familiares en España y en la Unión Europea”, describe que dicha cobertura aumentó en España, desde 31% en 1995 a 65% el 2005, y se señala también que probablemente este importante incremento se debe, en primer lugar, al aumento de la tasa femenina de empleo en las mujeres en edad fértil (25-44 años) y en segundo término, a la progresiva adaptación de las condiciones de acceso a estas prestaciones para brindar mayor protección a madres ocupadas en condiciones cada vez más diversas y atípicas, en el contexto de un mercado de trabajo cambiante y cada vez más flexible (Escobedo, 2007).

Otra gran deuda de la evidencia científica relacionada con la protección a la maternidad y el acceso corresponde a las

desigualdades e inequidades de dicho acceso. Es decir, cual es la interacción entre el acceso a la protección a la maternidad y algunos de los determinantes sociales de la salud, tales como: el nivel de educación; el nivel de ingreso; la posición socioeconómica; el grupo étnico al que pertenece la mujer; el lugar de residencia; la disponibilidad de seguro de salud; que a su vez también son condiciones que se encuentran íntimamente ligados al acceso que en general tiene la población a los servicios de salud; la calidad y la efectividad de los mismos.

## **1.10 Evidencia de protección a la maternidad en Chile**

En Chile el acceso a protección a la maternidad desde la década de los 70 es de carácter obligatorio e irrenunciable, para todas las madres que tienen un trabajo remunerado y cumplen las condiciones establecidas por la ley (Chile, 2018). Sin embargo, dada la baja participación de la mujer en la fuerza laboral que históricamente ha tenido Chile (Casas, 2012), el acceso a la protección a la maternidad también es bajo.

En Chile, históricamente la participación de la mujer en la población económicamente activa es baja, el año 2017 era de 48,3%, lo que significa que el acceso a protección a la maternidad también sería bajo. Por otra parte, como ya se señaló el acceso a la protección a la maternidad es muy inequitativo, accediendo principalmente las mujeres asalariadas con contrato y las

trabajadoras pertenecientes a los quintiles superiores de ingreso; que a su vez son las que tienen niveles más altos de escolaridad (Pribble, 2006; Ray, 2010; Blofield, 2014).

Por ejemplo, en base a la información de la Encuesta CASEN del año 2006, un 32,4% del total de las mujeres que fueron madres tendrían derecho a los beneficios de la PM. Para las mujeres del quintil más pobre de la población esa cifra es de sólo 10,0% mientras que para las del quintil más rico alcanza al 69,5%.

Atendiendo principalmente a los problemas señalados de cobertura de acceso, y de desigualdades en el acceso a la protección a la maternidad, en octubre del año 2011, se promulga la Ley 20.545, señalando dos propósitos fundamentales: aumentar el acceso a la protección a la maternidad y disminuir las desigualdades de dicho acceso. Para cumplir con los propósitos señalados, se eliminó el requisito de disponer de un contrato al momento del embarazo para las mujeres de empleo independiente y trabajadoras con empleo temporal o por faena. Además, disminuyó de tres meses a solo un mes la cotización obligatoria para la vejez, permitiendo por primera vez que más mujeres y de empleo más precario tengan acceso a la PM (Chile, 2018)

Recientemente en 2018, se publicó un estudio que analiza el efecto de la extensión de la licencia maternal, implementada en la Ley 20.545 en el desarrollo de habilidades cognitivas de los niños y niñas, especialmente en madres con baja escolaridad. Los

resultados muestran un efecto positivo y estadísticamente significativo en las dimensiones cognitivas y motoras del indicador TADI (Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil, estandarizado para población chilena) (Albagli, 2018). Este estudio de Albagli y col. ciertamente constituye en gran mérito, al conocimiento de los resultados de esta ley, medidos con un indicador de desarrollo del niño(a). En este contexto, adquiere mayor importancia aún conocer cuáles han sido los resultados de la Ley 20.545 en el acceso a la PM en Chile en términos de sus objetivos centrales de mayor cobertura de acceso y mejora en la equidad de acceso.

### **1.11 Vacío en la literatura y propósito de esta tesis**

A ocho años de la promulgación de la Ley 20.545, que “Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el Permiso Postnatal Parental” en Chile, no hay, hasta la fecha una evaluación con datos empíricos, que analice el cumplimiento de los dos propósitos señalados como fundamentales por la Ley: mayor acceso y mayor equidad de acceso. Con el acceso, me refiero a analizar, cual es la proporción de mujeres del total de las que son madres, que están realmente accediendo a los beneficios de la protección a la maternidad y cómo ha evolucionado esa cifra entre los años 2000 al 2015, comparando el periodo antes y después de la promulgación de la Ley.

Mientras que, por equidad de acceso, me refiero al análisis de las diferencias entre la variable “acceso de protección a la maternidad” (si/no) y las variables de posición socioeconómicas tales como: nivel de ingresos; nivel de escolaridad; disponibilidad y tipo de seguro de salud; condición de pobreza. En el análisis se incluirán también variables sociodemográficas, entre ellas: tramos de edad; pertenencia a grupo étnico; situación de pareja (sola o con pareja) y también a variables geográficas (residencia urbano urbana/rural). En definitiva, para estudiar la equidad de acceso a protección a la maternidad me centraré en analizar la interacción entre la utilización de los beneficios otorgados por esta política y las distintas dimensiones con las que generalmente se estudia equidad de acceso en salud teniendo como marco conceptual el de los determinantes sociales de la salud.

## **Estructura del documento**

Capítulo 1. Introducción

Capítulo 2. Contexto Internacional

Capítulo 3. Protección a la maternidad en Chile

Capítulo 4. Justificación, preguntas y objetivos

Capítulo 5. Aspectos conceptuales, marco teórico

Capítulo 6. Metodología

Capítulo 7. Resultados

Capítulo 8. Discusión

Capítulo 9. Conclusiones



## **2. CONTEXTO INTERNACIONAL**

---

La protección a la maternidad, en la política internacional, nació vinculada a los derechos de las trabajadoras, en el contexto de los derechos laborales de hombres y mujeres. A continuación, se realiza una revisión de los antecedentes históricos más relevantes en el mundo; las principales características de los convenios internacionales que protegen los derechos a la maternidad, y una caracterización de los derechos consagrados en la legislación de América del Sur, Cuba, Canadá, México y Estados Unidos, como una muestra del entorno de nuestra región con países de diferente nivel de desarrollo social y económico, tamaño poblacional y, régimen de gobierno.

### **2.1 Hitos relevantes de la PM en el mundo**

Si bien, todos los países desarrollados actualmente cuentan con algún tipo de política de permisos parentales y transferencias familiares, el camino hacia la adopción de políticas ha diferido ampliamente entre ellos, tanto en términos de su oportunidad como de sus razones políticas(Olivetti, 2017).

A mediados del siglo XIX, los primeros esfuerzos para regular las condiciones de trabajo en los países industrializados comenzaron a incluir disposiciones especiales para el trabajo femenino. Gran Bretaña y Suiza fueron pioneros en este movimiento al introducir restricciones específicas a los turnos de trabajo femenino desde la década de 1840. Durante la misma época, prácticamente todos los estados de los EEUU, adoptaron gradualmente leyes sobre las horas semanales máximas para las mujeres, y la mayoría de las economías occidentales restringieron el empleo de mujeres casadas en general o en profesiones específicas. Más adelante, Alemania, Suecia, Austria, Bélgica, los Países Bajos, Dinamarca y Suiza introdujeron regulaciones explícitas para la licencia de maternidad, en su mayoría sin un subsidio en reemplazo del salario le siguieron Francia, Reino Unido, Italia, España y Grecia a principios del siglo XX (Olivetti, 2017).

El énfasis en la legislación inicial, se expresó principalmente en términos de proteger a los trabajadores físicamente más débiles de trabajo extremas y las preocupaciones por la salud de las madres y de los niños generalmente condujeron a la prohibición del empleo femenino después de unas pocas semanas del nacimiento de un hijo. La licencia obligatoria fue acompañada en algunos casos por la protección del empleo o el apoyo de ingresos. Sin embargo, los sindicatos a menudo se apegaron a tales disposiciones especiales para las mujeres con el fin de presionar para una semana laboral más corta para los hombres (Goldin 1988).

La PM se acuña a inicios del siglo XX impulsada por la OIT, que desde su creación declara “*el bienestar infantil y la protección a la maternidad son preocupaciones principales de la organización*” así como también señala “*la maternidad segura, la atención de salud de la madre y la supervivencia del niño o niña recién nacido forman parte esencial de la propia vida*” (International Labour Organization, 2014b).

Siguiendo la línea de acción declarada en 1919, la Organización Internacional del Trabajo, creada como parte del Tratado de Versalles, adopta acuerdos y recomendaciones que incluyen como una cuestión esencial la protección a la maternidad. Específicamente, por los derechos a 12 semanas de licencia en el trabajo, sumando el período anterior y el posterior al nacimiento de un hijo(a), combinada con la protección laboral y el apoyo parcial a los ingresos. Si bien la licencia por maternidad fue ratificada en la mayoría de los países miembros, la protección del empleo y los ingresos no se convirtió en la norma hasta mucho más tarde en el siglo XX. No obstante, en este convenio no se señala a la mujer trabajadora como sujeto de estas políticas, todos los beneficios están dirigidos sólo a las mujeres que pertenecían a la fuerza laboral (Addati, 2014).

En la década de 1950, el diseño de políticas familiares en toda Europa enfatizó los roles tradicionales de género y protegió explícitamente a las mujeres en su rol de esposas y madres. Durante la Segunda Guerra Mundial, las mujeres en países con altas tasas de movilización militar masculina, llenaron puestos de trabajo en sectores dominados por los hombres, como la manufactura, el transporte y la industria militar. A pesar de estos desarrollos, o algunas veces como respuesta a ellos, la legislación sobre políticas familiares en algunos países europeos, a menudo parecía diseñada para reafirmar los roles domésticos de las mujeres. Por ejemplo, algunos países extendieron los derechos de licencia laboral sin otorgar protección, lo que puede interpretarse como un incentivo para que las mujeres tomaran licencia, con la incertidumbre para volver a trabajar al mismo puesto de trabajo (Ruhm, 2008).

El final de los años sesenta y comienzos de los setenta, se produjeron cambios importantes en las disposiciones sobre la licencia de maternidad y sentaron las bases para una selección más amplia de políticas familiares modernas. El fuerte aumento de la participación femenina en el mercado laboral, generó mayores demandas de provisiones de licencia de maternidad como una forma de conciliar las la vida laboral y la maternidad. Los países que habían adoptado la licencia de maternidad con anterioridad, extendieron estas disposiciones sustancialmente, mientras que otros países como Canadá y Australia iniciaron la aplicación de tales disposiciones. La mayoría de los países de ingresos altos, combinaron los períodos de vacaciones con protección laboral y un mayor apoyo a los ingresos durante las vacaciones. Suecia fue el primer país en introducir derechos explícitos de permiso de paternidad en 1974, lo que permitió a la madre y al padre compartir seis meses de permiso parental. Otros países europeos comenzaron a complementar la licencia de maternidad, disponible para las madres en el momento del parto, con la licencia parental, disponible para ambos padres durante los primeros años de vida del hijo/a 7). Estos cambios, junto con el declive del sector manufacturero y el debilitamiento de los sindicatos, contribuyeron a erosionar el modelo de sostén masculino en la mayoría de los países de ingresos altos (International Labour Organization, 2014; Olivetti, 2017; Rossin, 2012).

En 1996, la Directiva de la Unión Europea (UE), ratificó los derechos del permiso parental a un mínimo de tres meses con fines de cuidado infantil, además del derecho al permiso de maternidad, buscando *"facilitar la conciliación de las responsabilidades parentales y profesionales de los padres que trabajan"*. La directiva de la UE, también alentó a los estados miembros a limitar la transferibilidad de los derechos, a fin de contribuir a una participación del padre en el cuidado infantil. Es así como, en el año 2010 extendió los derechos de permiso parental de licencia, a cuatro meses. Los beneficios pro-natales, a menudo estimularon las licencias parentales y otras reformas de política familiar, con el objetivo de remediar el problema de la caída de las tasas de natalidad por debajo de los niveles de reemplazo y el envejecimiento demográfico en varios países europeos (Raute, 2017).

Si bien la licencia por maternidad o parental han sido históricamente la dimensión más importante de las políticas familiares, estas han sido seguidas, por otras políticas favorables a la familia, aunque con retrasos largos y variables, tales como el cuidado infantil público o subsidiado, o el trabajo a tiempo parcial o flexible (Olivetti, 2017).

Por otra parte, vale la pena mencionar que Estados Unidos se quedaron notablemente por detrás de estas tendencias generales. No obstante, contar con la legislación de igualdad salarial desde 1963, y la legislación de licencia por maternidad, en algunos estados a partir de finales de la década de 1960, la única disposición de maternidad adoptada a nivel federal hasta la década de 1990 fue la Ley de Discriminación por Embarazo de 1978, que prohíbe el trato desigual de las mujeres embarazadas. La oposición fue impulsada en gran medida por los costos para los empleadores. Actualmente, 25 estados, especialmente California, tienen disposiciones más generosas sobre la licencia parental que la ley federal.

## **2.2 Convenios internacionales de la OIT**

El año 2019, se cumplirá el primer centenario de las normas internacionales del trabajo en materia de protección de la maternidad. Fue durante la primera Conferencia Internacional del Trabajo en 1919 que se adoptó el primer Convenio sobre la protección de la maternidad (Convenio No. 3). Este convenio, fue ratificado por 34 países, incluido Chile que lo ratificó el año 1925. En términos generales establece que la mujer embarazada puede ausentarse del trabajo por un período de seis semanas antes y seis semanas después de la fecha del parto, período durante el cual debe recibir prestaciones suficientes para asegurar la mantención y la salud de ella y del niño(a). Adicionalmente, establece un período durante la jornada de trabajo destinado al amamantamiento del hijo y otorga derecho a fuero de acuerdo a plazos que cada país debe definir. Las

condiciones establecidas en ese Convenio son obligatorias y los países se comprometen a respetarlas y garantizar los derechos que ahí se señalan (Organización Internacional del Trabajo, 2000).

Es conveniente recordar que los acuerdos de los organismos del llamado Sistema de Naciones Unidas desde su creación en 1948, han estado sometidos al escrutinio por parte de la opinión pública internacional en relación al cumplimiento de éstos por parte de los gobiernos que los suscriben. Especial preocupación ha habido por aquellos compromisos que requieren ser traducidos en el diseño e implementación de políticas públicas con el objetivo de que vayan acompañados por mecanismos más eficaces que garanticen, o al menos evalúen, la traducción de la firma de los tratados en hechos concretos de la vida de la población (Organización Internacional del Trabajo, 2000).

En el año 1952, la OIT estableció el Convenio N°103, el cual Chile ratificó en el año 1994 y que se encuentra plenamente vigente. Este convenio aumentó el período de descanso maternal hasta doce semanas e incluyó protección, ante eventuales contingencias que se pueden presentar con ocasión del parto. Además, se profundizó en el fuero maternal (Organización Internacional del Trabajo, 2000).

El último convenio de la OIT, analizado en esta investigación es el N° 183, surge el año 2000, el énfasis en el discurso cambia hacia una mirada más inclusiva y con perspectiva de género, se habla de compatibilizar los roles de maternidad y del trabajo, incorporando también como responsable de los cuidados de la familia y de los hijos a los hombres; prevenir de un trato desigual en el trabajo a las mujeres por su rol de madres y promover el principio de igualdad de oportunidades y de trato entre las mujeres y los hombres en el área laboral. En este convenio se establece una licencia maternal mínima de 14 semanas estableciendo un periodo obligatorio de a lo menos 6 de ellas y se incorpora el concepto de un subsidio monetario en reemplazo del salario de la mujer, no inferior al monto de los dos tercios de su renta regular al momento previo del embarazo. A partir de este convenio, se señala también que deben tener acceso a la PM todas las mujeres empleadas, incluidas las que desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente. También se garantiza la imposibilidad de despedir a una trabajadora durante un período definido en cada país y la obligación de mantenerle su puesto de trabajo con la misma remuneración.

## **2.3 Convenio 183, del año 2000**

Como ya se mencionó, la OIT, considera que la protección de la maternidad es un derecho humano fundamental, sus objetivos principales con respecto a la protección de la maternidad son: (1) permitir que las mujeres combinen sus funciones reproductivas y productivas con éxito; (2) prevenir un trato desigual en el trabajo debido a su papel reproductivo; y (3) promover la igualdad de oportunidades y el trato en el empleo y la ocupación, sin perjuicio de la salud o la seguridad económica (Addati, 2014; Rossin, 2017). Las políticas de maternidad y licencia familiar son componentes centrales de los esfuerzos internacionales para alcanzar estos objetivos.

Si bien casi todos los países del mundo tienen algún tipo de política de PM reguladas por un marco legal, las características de los beneficios que incluyen estas políticas varían enormemente de un país a otro, ya que responden a necesidades y realidades inherentes de cada país; a las características que estas naciones tienen de sistemas de protección social más amplios; a aspectos culturales de la sociedad y de las familias, entre otros. No obstante, la diversidad señalada estas prestaciones se pueden estructurar y sintetizar en cuatro dimensiones:

- a. Extensión temporal o duración de las licencias;
- b. Derecho de remuneración o salario durante la licencia;

- c. Derecho a protección de mantención del empleo (fuero maternal);
  - d. Entidad que financia el salario de la trabajadora, durante su ausencia laboral
  - e. Otros tipos de beneficios de Protección a la Maternidad
- a. Extensión temporal o duración de las licencias.

Desde el año 2000, la norma de la OIT para la duración de la licencia de maternidad ha sido de 14 semanas (la norma anterior era de 12 semanas). El año 2014, a nivel mundial, 98 de los 185 países con datos disponibles cumplían o superan esta norma. De ellos, 42 países ofrecen 18 semanas o más. Sesenta países proporcionan 12 o 13 semanas, mientras que 27 países tienen menos de 12 semanas de licencia. Después de la Ley 20.545 Chile ofrece 24 semanas.

- b. Derecho de remuneración o salario durante la licencia.

La OIT también establece una norma de mantención del salario durante el periodo de licencia. La idea es que el beneficio debería permitir a que la madre "*se mantenga a sí misma y a su hijo en condiciones de salud adecuadas y con un nivel de vida adecuado*" (Addati, 2014)). Como tal, la OIT recomienda que los beneficios en efectivo pagados a las mujeres durante la licencia de maternidad

asciendan a por lo menos dos tercios de sus ingresos anteriores. En algunos países (por ejemplo, Canadá, Irán, Irlanda, Jamaica, Haití, Malta, Swazilandia y el Reino Unido) el beneficio solo se paga únicamente por un periodo de la licencia, mientras que el resto de la duración no es pagada. En unos pocos países (por ejemplo, Albania y Tailandia), la cantidad pagada al comienzo del período de licencia es más alta que la cantidad pagada al final. En otras naciones (por ejemplo, Lesotho y Zambia), solo los trabajadores en ciertas industrias u ocupaciones tienen garantizado el pago durante la licencia. Además, hay bastantes países en los que la estructura de beneficios no es lineal: los trabajadores reciben un porcentaje o la totalidad de sus ingresos, hasta un tope máximo regulado por ley. Esta práctica existe en varios países de ingresos medios y altos, incluidos Bélgica, Chile, Francia, Israel, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Rusia y Suiza. Finalmente, varios países (por ejemplo, Australia, Alemania y Seychelles) ofrecen una prestación de maternidad plana que no está relacionada a los ingresos anteriores de una mujer (Olivetti, 2017).

Según el análisis realizado por la OIT, el año 2014, 74 países de los 167 con datos disponibles proporcionan beneficios de maternidad que representan al menos dos tercios de los ingresos anteriores de una mujer, durante al menos 14 semanas. De ellos, 61 proporcionan el 100 por ciento de los ingresos anteriores durante 14 semanas.

### c. Derecho a protección de mantención del empleo

La norma actual de la OIT prohíbe la discriminación en el empleo antes, durante e inmediatamente después del período de baja por maternidad. Por lo tanto, el derecho a regresar al mismo puesto de trabajo previo a la licencia, es decir, a la protección laboral debe estar implícito en el derecho a la licencia por maternidad. Sin embargo, de 146 países con información disponible, 82 no garantizan esta protección laboral durante la licencia de maternidad.

### d. Entidad que financia el salario de la trabajadora, durante su ausencia laboral

La OIT recomienda que los empleadores no asuman la carga directa de financiar la licencia de maternidad. En su lugar, los beneficios deben proporcionarse a través de un seguro social obligatorio o fondos públicos. Esta recomendación se basa en un esfuerzo para combatir la posible discriminación contra las mujeres en el mercado laboral, la que se hace más probable si los empleadores enfrentan los costos directos de las mujeres que se requieren licencia maternal.

Existe también, amplia diversidad en las fuentes de financiamiento para los beneficios de maternidad en todo el mundo. Al año, 2014, la mayoría de los países, 107 de 185 con datos disponibles, financian los beneficios de la licencia de maternidad a través de un sistema de seguro social relacionado con el empleo, el que pagan los empleados y rara vez los empleadores. En algunos países, 47 de 185, los empleadores pagan los beneficios directamente. Con menos frecuencia, en 4 países: Australia, Georgia, Nueva Zelanda y el Reino Unido, los beneficios de maternidad se pagan directamente con fondos públicos. Los países restantes tienen esquemas de financiamiento mixto. En Chile se financia completamente por el seguro público, para el total de mujeres que acceden al beneficio, independiente del seguro de salud que posean.

#### e. Otros tipos de beneficios de Protección a la Maternidad

Además de los beneficios descritos anteriormente, muchos países ofrecen otro tipo de prestaciones relacionados principalmente con licencias de paternidad, parentales, o familiares (International Labour Organization, 2014a).

De los 167 países con datos disponibles, 79 tienen derecho a licencia parental en su legislación. La licencia parental suele ser mucho más corta que la licencia de maternidad, que va desde 1 día, en Túnez, hasta 90 días en Islandia y Eslovenia. Sin embargo, en la gran mayoría de los países con licencia parental, 71 de los 79, esta licencia se paga, generalmente a una tasa del 100 por ciento de los ingresos anteriores (International Labour Organization, 2014a).

La licencia parental es una licencia a largo plazo que suele estar disponible para el padre, la madre o ambos, aunque algunos países han dedicado porciones no transferibles específicamente para el padre, y está destinado a permitirles cuidar a un bebé o niño pequeño después del final del período de licencia de maternidad o paternidad.

En general, 66 de los 169 países con datos disponibles tienen una cláusula de permiso parental; casi todos ellos están en el mundo desarrollado. De estos 66 países, 36 ofrecen beneficios en efectivo durante la licencia, mientras que el resto solo ofrece licencia parental no remunerada. En los países con licencia parental remunerada, los beneficios suelen ser más bajos que los relacionados con la licencia de maternidad o paternidad.

Finalmente, aunque la mayor parte de la discusión aquí se centra en los programas de permisos disponibles para nuevos padres, hay países, incluidos los Estados Unidos, donde los permisos de maternidad, paternidad y parentales están integrados con un sistema más amplio de permisos familiares. En estos entornos, los empleados tienen derecho a tomarse una licencia con el fin de cuidar a un familiar gravemente enfermo. En general, sin embargo, la licencia de cuidado es menos común que la licencia para los nuevos padres. Por ejemplo, mientras que casi todos los países de la OEDE ofrecen permisos parentales, solo dos tercios tienen permisos disponibles para los cuidadores (OECD, 2016).



### **3. PROTECCION A LA MATERNIDAD EN CHILE**

---

La PM en Chile, tiene larga data en el país. Su desarrollo, iniciado en 1917 (Congreso de Chile, 1917) obedece a circunstancias de aguda crisis social y económica (Casas-Valenzuela, 2012). Por, sobre todo, responde también a demandas de la sociedad civil, en especial a los movimientos sindicales que, aunque incipientes, ya conformaban una organización de carácter nacional. Es decir, cubría el conjunto del territorio y tenía la capacidad y la visión de incluir en sus demandas reivindicaciones no sólo inmediatas relativas a los sueldos y salarios.

Efectivamente, los contenidos de las exigencias abordaban aspectos de la vida social, tales como la salud, la educación y la participación política en un régimen autodenominado democrático, dominado por una oligarquía, la cual imponía fuertes barreras para el acceso a las posiciones de poder del estado al mayoritario segmento de la población que vivía en condiciones de pobreza, miseria y marginalidad (Casas-Herrera, 2012)

Las condiciones descritas anteriormente, que coinciden con la realidad de muchos países, determinaron que la evolución de las políticas públicas vinculadas a la protección a la maternidad en Chile, han estado desde siempre fuertemente influenciadas por el contexto socioeconómico y político. La mayor parte de los beneficios obtenidos responden a la categoría de logros de la sociedad civil, organizada en sus variadas formas y también, hay que reconocerlo, al respaldo del conocimiento científico y la academia que han contribuido de manera importante a respaldar su fundamento.

El Código del Trabajo en Chile, como el de varios países en el mundo, es un conjunto de leyes sociales que refunden en un solo texto todas las leyes laborales y de esta forma facilitan su consulta, aplicación y cumplimiento. Desde sus primeras versiones ha contenido una variada gama de disposiciones relativas a la protección de la maternidad de las trabajadoras del país, tales como la inamovilidad en el empleo por la maternidad conocida como fuero, permisos de lactancia, el descanso maternal y el derecho a sala cuna. Estas normativas tienen la categoría de derecho público, a partir de lo cual son irrenunciables y son aplicables a todas las mujeres que trabajan bajo supervisión y dependencia, es decir, remuneradamente (Chile, 2018).

El origen de esta legislación, de más de cien años de aplicación, es el resultado de un largo camino que, bajo diversas circunstancias se han conseguido establecer. En efecto, cada uno de los componentes ha tenido en todo este tiempo altibajos en su vigencia, también ha sido necesario poner énfasis en el cumplimiento de dichas normas. Como contexto, en todos estos años la sociedad chilena como en todo el mundo, ha tenido importantes cambios en todos sus aspectos, tales como las formas de producir bienes y servicios y la participación de la mujer en el trabajo. También ha habido una evolución en la necesidad de la protección de derechos laborales de hombres y mujeres. Es así, que se ha planteado la necesidad de que las normas que regulan el trabajo remunerado de la mujer, se actualicen y se adecuen a las nuevas realidades, como ha ocurrido con toda la fuerza laboral del país.

La normativa sobre Protección a la Maternidad se ha desarrollado, en el marco de los cambios experimentados por la legislación laboral, obedeciendo al diseño y aplicación de políticas públicas, teniendo como contrapartes, por un lado, el estado, con los tres poderes fundamentales que lo constituyen y por otro, las organizaciones de la sociedad civil, de esta manera que este desarrollo se ha producido en sincronía con la contingencia política y social en todo este tiempo (Casas-Valenzuela, 2012).

Según muchos estudios, la sociedad chilena, por influencia hispánica y europea en general, tiene una tradición cultural de alta valoración a la vigencia de las leyes (González, 2010). Es por ello que estas normativas en su categoría de leyes, tienen un importante significado en su contenido, teniendo presente que, como toda legislación, debe ser permanentemente sometida a su cumplimiento y evaluada en su efectividad, es decir a la observancia de los objetivos que se propuso su promulgación.

### **3.1 Hitos relevantes en la legislación laboral en Chile**

La primera normativa sobre PM promulgada en Chile fue la ley N° 3.186, vigente desde el 17 de enero de 1917, en su título “Establece el servicio de cunas en las fábricas, talleres o establecimientos industriales en que se ocupen 50 o más mujeres mayores de 18 años” (Congreso de Chile, 1917). Otorga también el permiso para la lactancia materna de una hora diaria para los hijos menores de un año. No incluye licencia maternal, tampoco protección en el empleo. No obstante, sus limitaciones, se anticipa al Convenio N°3 de la OIT, de 1919, el cual establece normas generales tendientes a crear estándares mínimos que protejan a la mujer trabajadora y la integridad de sus hijos. Este convenio fue ratificado por Chile en 1925. (Congreso de Chile, 1917)

La promulgación de la ley N° 3.186, luego de un largo debate en el congreso, se corresponde también con un largo período, en el cual el aumento de la pobreza y la desigualdad socioeconómica se habían agudizado en el país, desde allí se generalizó en la oligarquía dominante y en la sociedad civil, denominar al conjunto de esta problemática como “la cuestión social” (Biblioteca Nacional Digital, 2016).

En ese periodo gobernaba una de las coaliciones conservadoras de la época y el movimiento obrero comenzaba a adquirir cierta importancia. Al mismo tiempo, aumentaba de manera significativa la inmigración del campo a las principales ciudades del país.

La Gran Depresión internacional, del año 1929 tuvo fuertes repercusiones en Chile entre 1930 y 1932. Las exportaciones de salitre y cobre, principales sostenes de la economía chilena en esa época, sucumbieron a la crisis. Según el World Economic Survey de la Sociedad de las Naciones, Chile fue la «nación más afectada por la crisis en el mundo» (Biblioteca Nacional Digital, 2016). En medio de la crisis política, consecuencia del derrumbe de la economía, se logró diseñar y aprobar la primera versión del Código del Trabajo en el Decreto con Fuerza de Ley, DFL N° 178 (Ministerio de Previsión Social, 1931)

Esta legislación agrupaba al conjunto de leyes que regulaban la actividad laboral anterior y nuevas normativas. En su contenido albergaba disposiciones sobre la maternidad que ya habían sido promulgadas en otra ley en el año 1925: 1. Sala cuna para hijos menores de un año en caso de haber contratado a 20 o más obreros(as); 2. Permiso Maternal de 12 semanas con un subsidio que cubría el 50% del salario de la trabajadora; 3. Una hora diaria de permiso para lactancia materna de los hijos menores de un año; y 4. Reserva del puesto de trabajo.

Acerca del Código del Trabajo de 1931, es conveniente hacer notar tres aspectos interesantes:

- Se crearon y regularon los Tribunales del Trabajo con la competencia de acoger y juzgar las denuncias de incumplimiento a sus disposiciones y la dictación de sanciones correspondientes;
- Bajo el Libro II, título III, se encuentra el “2. Protección a la Maternidad”, conteniendo parte de las medidas numeradas más arriba, demostrando que, en esa época en Chile, ya se utilizaba una noción conceptual de la temática de este estudio.

- Dice el “Artículo 35. En la misma clase de trabajo, el salario del hombre y de la mujer serán iguales”, es decir una política pública que promueve la igualdad de género que hoy día se encuentra de plena actualidad.

El Código del Trabajo se mantuvo como marco legislativo de la normativa laboral, incluyendo la Protección a la Maternidad hasta 1978. En ese año, bajo la dictadura cívico militar que duró hasta 1990, sufrió las primeras restricciones hasta ser desvirtuado casi completamente en 1987, aun conservando su nominación. Luego de la recuperación democrática en 1990, bajo un gobierno de centro izquierda, fue restituido en su principal atributo de incorporar en un solo cuerpo legal la legislación laboral en el año 1993 recuperándose, los principales derechos laborales suprimidos y limitados por la dictadura cívico militar (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1993).

Los tipos de beneficios se sintetizan desde la tabla 1 a la tabla 5. En el período desde 1917 hasta 2011, el Código del Trabajo tuvo varios cambios en lo referido a la protección a la maternidad que, según tipo

**TABLA 1. Evolución de la normativa sobre SALA CUNA del 1917 al 2016**

Año	Norma	Sala cuna
1917	Ley N°3.186	Donde trabajan 50 o más mujeres
1925	Decreto Ley N°442	Para hijos menores de un año si trabajan 20 o más mujeres

<b>Año</b>	<b>Norma</b>	<b>Sala cuna</b>
1931	Decreto Fuerza Ley (N°178 Código del Trabajo)	Para hijos menores de un año si trabajan 20 o más obreros
1970	Ley N°17.301	Se extiende la disponibilidad de sala cuna para menores de hasta dos años
1998	Ley N°19.591	El beneficio de sala cuna se genera cuando una empresa emplea más de 20 trabajadoras

Elaboración propia en base a documento de Superintendencia de Seguridad Social 2011-2016.

**TABLA 2 Evolución de la normativa sobre PERMISO MATERNAL del 1917 al 2016**

<b>Año</b>	<b>Norma</b>	<b>Permiso maternal</b>
1925	Decreto Ley N°442	Sí, 8,5 semanas
1931	DFL N°178 Código del Trabajo	Sí, 12 semanas
1953	Ley N°11.462	Extiende beneficio a mujeres empleadas y obreras
1966	Ley N°16.434	Sí, extiende en 6 semanas permiso postnatal para cuidado del niño
1970	Ley N°17.301	Sí, establece permiso para atención en el hogar de hijo menor de un año con enfermedad grave sólo para la madre
1973	Ley N°17.928	Sí, permiso postnatal de 12 semanas (18 semanas en total)
1993	Ley N°19.250	El padre trabajador puede acceder al permiso, en caso que la madre trabajadora así lo disponga

<b>Año</b>	<b>Norma</b>	<b>Permiso maternal</b>
1997	Ley N°19.505	Otorga permiso para ausentarse del lugar de trabajo en caso de enfermedad de hijo menor de 18 años
2011	Ley N°20.545	Sí, permiso postnatal parental de 12 semanas (24 semanas de postnatal) Permiso traspasable al padre

Elaboración propia en base a documento de Superintendencia de Seguridad Social 2011-2016.

**TABLA 3. Evolución de la normativa sobre SALARIO durante el permiso maternal del 1917 al 2016**

<b>Año</b>	<b>Norma</b>	<b>Remuneración (salarios)</b>
1925	Decreto Ley N°442	50% salario de cargo del empleador
1931	DFL N°178 Código del Trabajo	50% salario de cargo del sistema de seguridad social contributivo complementado con aporte del empleador
1952	Ley N°10.383	Salario completo de cargo del sistema de seguridad social contributivo. Agrega un subsidio complementario durante período de amamantamiento
1953	Ley N°11.462	Extiende beneficio a mujeres empleadas y obreras
1966	Ley N°16.434	Extiende en 6 semanas permiso postnatal para cuidado del niño
1970	Ley N°17.301	Establece subsidio para atención en el hogar de hijo menor de un año con enfermedad grave sólo para la madre
1973	Ley N°17.928	Subsidio postnatal de 12 semanas (18 semanas en total)
1978	DFL N°44 Ministerio del Trabajo	Establece base de cálculo para la determinación del monto del subsidio maternal
1981	DFL N°3 Ministerio de Salud	Subsidios maternales son financiados con cargo a la cotización obligatoria para salud

<b>Año</b>	<b>Norma</b>	<b>Remuneración (salarios)</b>
1985	Ley N°18.418	Subsidios prenatal, postnatal y EGNM* pasan a ser de cargo fiscal y son traspasados al Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía
1988	Ley N°18.768	Modifica base de cálculo de subsidios maternales
1993	Ley N°19.250	El padre trabajador puede acceder al subsidio, en caso que la madre trabajadora así lo disponga.
1994	Ley N°19.299	Modifica base de cálculo de subsidios maternales
2011	Ley N°20.545	Subsidio por permiso postnatal parental de 12 semanas (24 semanas de postnatal) Subsidio traspasable al padre Mujeres sin contrato de trabajo vigente pueden acceder a subsidio

Elaboración propia en base a documento de Superintendencia de Seguridad Social 2011-2016.

**TABLA 4. Evolución de la normativa sobre lactancia materna del 1917 al 2016**

<b>Año</b>	<b>Norma</b>	<b>Lactancia materna</b>
1917	Ley N°3.186	Una hora diaria para menores de 1 año
1931	DFL N°178 Código del Trabajo	Una hora diaria para menores de 1 año
1998	Ley N°19.591	Se extiende el beneficio a todas las mujeres trabajadoras

**TABLA 5. Evolución de la normativa sobre PROTECCIÓN EN EL EMPLEO período del 1917 al 2016**

<b>Año</b>	<b>Norma</b>	<b>Protección en el empleo</b>
1925	Decreto Ley N°442	Sólo reserva del puesto de trabajo
1931	DFL N°178 Código del Trabajo	Reserva del puesto de trabajo y se establece imposibilidad de despido sin causa justa
1953	Ley N°11.462	Durante un mes no se permite despido, salvo juicio de desafuero
1970	Ley N°17.301	Durante un año no se permite despido, salvo por causa justa acreditada con sentencia judicial

Elaboración propia en base a documento de Superintendencia de Seguridad Social 2011-2016.

### **3.2 Protección a la Maternidad y la Ley 20.545**

Lo anterior muestra que el ordenamiento jurídico laboral chileno se ajustaba y, en algunos aspectos, superaba los estándares mínimos establecidos en el Convenio 183 del año 2000. Específicamente hasta antes de la ley 20.545 del año 2011, los beneficios y principios de la protección a la maternidad en Chile se resumen en los siguientes aspectos:

- La PM era y sigue siendo derecho irrenunciable de carácter obligatorio para todas las mujeres que pertenecen a la población económicamente activa y que cumplen la normativa señalada en la ley.
- Desde el año 1973 el subsidio monetario en reemplazo del salario de la mujer corresponde al 100% para la mayoría de la mujeres, que si bien es cierto tiene un máximo de 2,5 millones de CLP (3.060 USD) , según datos de la Encuesta CASEN 2017, el 95% de las mujeres que trabajan tienen un ingreso menor al monto máximo señalado como tope. En decir, aproximadamente el 5% de las mujeres que tienen licencia maternal, el subsidio monetario recibido en reemplazo de su salario sería menor que lo que ellas ganaban regularmente antes del embarazo.
- La licencia maternal antes del parto era de 6 semanas y después del nacimiento 12 semanas, ubicándose en el grupo de países con mayor tiempo de licencia maternal con derecho a una prestación pecuniaria del 100% (con el monto máximo señalado, en el párrafo anterior).

Hasta antes de la implementación de la actual Ley 25.545, que incorpora el Permiso Posnatal Parental, la política de protección a la maternidad en Chile, presentaba las siguientes limitaciones: 1) el beneficio se restringía a las madres que contaban con contrato de trabajo y pagos previsionales al día, excluyendo a todas las

mujeres con empleos temporales, informales y trabajadoras independientes; 2) reducía la lactancia materna exclusiva a las 12 semanas de postnatal; 3) respecto al gasto público, el beneficio de protección a la maternidad seguía siendo uno de los más regresivos. Algunos datos muestran, por ejemplo, que el año 2010 el subsidio alcanza sólo al 32% de las madres y que, además, fue utilizado en mayor proporción por las mujeres pertenecientes al sistema privado de salud, que según la encuesta CASEN 2011 ganan 2,6 veces más que las mujeres cotizantes del sistema público (Encuesta Casen - Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social, no date)

Se suma a lo anterior como contexto en que se aplica la protección a la maternidad, que Chile es el país con una de las tasas de participación femenina en la PEA más bajas de la OCDE (48%) (OECD, 2018). Junto a lo anterior, el país alberga grandes desigualdades sociales, por ejemplo, según CASEN 2017, la tasa de participación femenina para las mujeres del quintil de más bajos ingresos es de 30%, mientras que, para el quintil de ingresos más alto alcanza al 68,3%. Complementariamente, el ingreso promedio per cápita del trabajo es 15 veces mayor para las mujeres del quintil más rico, comparado con las mujeres el quintil más pobre. El coeficiente de GINI del año 2017, para el país fue de 0,5 (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

Como concluye el Informe de Desarrollo Humano del PNUD 2014, en Chile, la inserción de las mujeres en el mundo del trabajo no ha cambiado la constante de que son las mujeres las principales

responsables de las tareas domésticas. Complementariamente, la Encuesta de Tiempo Libre muestra a su vez que ocho de cada diez mujeres ocupan, al menos, media hora en trabajo doméstico, mientras que en el caso de los hombres solo cuatro de diez, y en el cuidado de otros, solo un 9,2% de los hombres cuida a otros miembros del hogar a diferencia de un 35,9% de las mujeres (Casas-Valenzuela, 2012)

En evidencia de estas limitaciones, el año 2006 se inicia un amplio debate en diversos sectores de la sociedad para perfeccionar la legislación sobre la maternidad, planteando con mucha fuerza entre sus objetivos, el avanzar en la cobertura hacia mujeres más vulnerables socioeconómicamente y disminuir las desigualdades.

### **3.3 Contexto de aprobación de la Ley 20.546**

A comienzos del año 2011, bajo un gobierno de centro derecha, se envía un proyecto de ley para modificar la legislación sobre protección a la maternidad, vigente hasta esa fecha. Dicho proyecto fue muy criticado por la oposición de centro izquierda, sin embargo, se consiguió entrar en un proceso de negociación que permitió modificar algunas de las propuestas, ampliar otras y desechar otras tantas. Finalmente se llegó a un acuerdo para una versión de consenso, lo cual, como suele ser, fue acogido muy favorablemente por la opinión pública del país.

Es así como, finalmente, en octubre del año 2011, se publica en el diario oficial la ley 20.545 que modifica las normas de protección a

la maternidad e incorpora el Permiso Posnatal Parental en Chile. La Ley 20.545 reemplaza a la Ley N° 19.591 (Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 2011).

La Ley N°20.545 mantiene la vigencia de los artículos 194 al 208 del Código del Trabajo y, además, se propone dos propósitos fundamentales, por una parte, aumentar la cobertura de acceso a protección a la maternidad y disminuir las desigualdades de dicho acceso. Para lo cual aumentó el grupo de madres como parte de la población beneficiaria señalando: “Se incluyen de manera inmediata a mujeres trabajadoras independientes con cotización al día y, a partir del 1 de enero de 2013, a aquellas madres que cumplen con algunos requisitos de afiliación y cotizaciones, aunque no tengan un contrato vigente” (Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 2011).

Otro aspecto importante de la Ley 20.545 es el aumento de la licencia maternal y la incorporación del concepto de licencia parental, con lo cual pretende ampliar la corresponsabilidad del padre en el cuidado del niño(a) recién nacido.

El posnatal regular de 12 semanas se extiende a 24 semanas, (las 12 agregadas corresponden al permiso postnatal parental), con 100% de la remuneración hasta un tope de \$3.100 US dólar (Jornada Completa) u opcionalmente, de 12 semanas a 30 semanas, en las cuales las 18 adicionales de PPP son con 50% de la jornada y 50% de los ingresos con tope de \$1.550 US dólar (Jornada Parcial).

En la TABLA 6 se muestra el detalle de todos los cambios que la Ley 20.545 incorpora, comparando con la situación hasta antes de la entrada, en vigencia señalando el principio al cual apunta la modificación.

**TABLA 6. Prestaciones que la Ley 20.545 incorpora y la comparación con la Ley 19.591**

Artículo	Ley antigua 19.591	Nueva ley 20.545	Principio al que apunta la nueva ley
Art. 195	Prenatal: 6 semanas	Prenatal. Se mantiene igual en 6 semanas.	
	Posnatal 12 semanas	<b>Opción 1:</b> Se mantienen las 12 semanas de posnatal, más <b>12 semanas de posnatal parental</b> , 100% de ingreso con un tope de 66 UF, equivalentes a 3.100 USD  (Art. 197 bis. Inciso 1)	Extiende duración
	Posnatal 12 semanas	<b>Opción 2:</b> Se mantienen 12 semanas de posnatal más <b>18 semanas de posnatal parental</b> con 50% de jornada y sueldo de 50% con un tope de 33 UF, equivalentes a 1.550 USD. (Art. 197 bis, incisos 2)	Extiende duración
Art 196. Inciso 4°	No existe	<b>Parto prematuro:</b> Parto antes de 33 semana o niño menor de 1,5 kg. <b>Posnatal 18 semanas</b> más 12 de posnatal parental (total 30 semanas con 100% de rem.)	Extiende duración
Art 196. Inciso 5°	No existe	<b>Partos múltiparos:</b> A partir de las 12 semanas de posnatal se agregan 7 días seguidos desde el segundo niño	Extiende duración

Artículo	Ley antigua 19.591	Nueva ley 20.545	Principio al que apunta la nueva ley
Art. 152, bis	No existe	<b>Trabajadoras Independientes con cotización al día:</b> podrán hacer uso de las 12 semanas del posnatal regular y el posnatal parental en las mismas condiciones que la trabajadora dependiente (condiciones)	<b>Ampliación de la población objetivo</b>
Art. 3 ley 20545	No existe	<b>Enero-2013, tendrán derecho</b> a subsidio las mujeres que a la sexta semana anterior al parto <b>no tenían contrato vigente</b> siempre que cumplan con requisitos requeridos:(*)	<b>Amplia población objetivo del beneficio</b>
Art 197, inciso 7°	No existe	<b>Fallecimiento madre:</b> En caso de fallecimiento de la madre o cuidado del menor a cargo del padre por sentencia judicial, el posnatal parental incisos 1 y 2 le corresponderán al padre	Corresponsabilidad de madre y padre
Art. 197, inciso 8	No existe	<b>Ambos padres trabajadores:</b> El permiso posnatal parental a partir de la 7ª semana del mismo podrá ser usado por el padre (con derecho a fuero)	Corresponsabilidad de madre y padre
Art. 199	Enfermedad Grave del Niño Menor de un Año (EGNMA). 100% de remuneración	Enfermedad Grave del Niño Menor de un Año (EGNMA). La madre tiene derecho a licencia por el 100% de la remuneración (IDEM)	Cuidado del niño (salud del niño)

\* 1). 12 o más meses de afiliación antes de inicio del parto. 2). Registrar ocho o más cotizaciones en calidad de trabajadora dependiente dentro de los

Artículo	Ley antigua 19.591	Nueva ley 20.545	Principio al que apunta la nueva ley
----------	-----------------------	------------------	--

24 meses calendario inmediatamente antes del inicio del embarazo. 3). Que la última cotización más cercana al mes anterior al parto sea cualquier tipo de contrato a plazo fijo; o por obra servicio o faena determinada.

Fuente: Elaboración propia en base a documento de la Superintendencia de Seguridad Social

### **3.4 Consideraciones legales importantes de la PM en Chile**

A partir del año 1985, en Chile, los subsidios por descanso prenatal, postnatal y por enfermedad grave del niño menor de un año (EGNMA) de todas las trabajadoras del sector privado y del sector público, con la sola excepción de las imponentes de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, son financiados con cargo al Fondo Único de Prestaciones Familiares (FUPF) y Subsidios de Cesantía (SC), el cual se financia a su vez exclusivamente con recursos fiscales .

La administración financiera del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía (FUPFySC) le corresponde a la Superintendencia de Seguridad Social y con cargo a este Fondo se pagan los subsidios por descanso prenatal, descanso postnatal, permiso postnatal parental y permiso por enfermedad grave del niño menor de un año. Adicionalmente, le corresponde la tuición y fiscalización de los subsidios de protección a la maternidad mencionados anteriormente (Superintendencia de Seguridad Social, 2016).

Como se señaló anteriormente, el permiso postnatal parental entró en vigencia a fines de octubre del año 2011 con la nueva Ley 20.545 e introdujo un nuevo beneficio de protección a la maternidad, destinado a complementar el período de descanso maternal e incorpora un elemento de flexibilidad, pues se puede extender por 12 o 18 semanas, lo cual depende de si se utiliza en la modalidad de jornada completa o en la modalidad de jornada parcial, respectivamente.

Adicionalmente, la madre trabajadora puede traspasar al padre del menor su permiso para ausentarse del puesto de trabajo, lo cual se puede realizar a contar de la séptima semana del permiso y por tantas semanas como la madre trabajadora estime necesario, con la restricción de ser utilizadas por el padre en la parte final del período del descanso y en la misma modalidad elegida por la madre (Superintendencia de Seguridad Social, 2016).

Ahora bien, el parental propiamente tal de este beneficio consiste en la posibilidad que se otorga al padre de ejercer de manera activa un rol de corresponsabilidad y para ello le entrega un permiso para ausentarse del lugar de trabajo, sujeto a la autorización de la madre, quien de otorgársela deberá traspasar parte del permiso postnatal parental al que tiene derecho (Superintendencia de Seguridad Social, 2016).

Durante todo el periodo en que se utiliza el permiso postnatal parental, las trabajadoras dependientes e independientes del sector privado, o el padre trabajador en caso de usar una parte de este permiso, que se encuentran afectas al sistema previsional, tienen derecho a percibir un subsidio por incapacidad laboral de igual monto diario al del subsidio por descanso postnatal que se encontraban percibiendo. Por su parte, las trabajadoras del sector público afectas al sistema previsional tienen derecho a la mantención de sus remuneraciones, al igual como ocurre en el caso de hacer uso de los demás permisos de protección a la maternidad y de las licencias por incapacidad laboral en general (Superintendencia de Seguridad Social, 2016).

El traspaso del permiso postnatal parental al padre del menor, al igual que la utilización de la licencia por enfermedad grave del niño menor de un año, corresponde a una opción que tiene la madre trabajadora, en este sentido, la utilización del permiso en su modalidad parental, es decir, indistintamente por el padre o la madre del menor, está supeditada a la voluntad y disposición de la madre, y por tanto en los casos en que el padre quiera hacer uso de este beneficio, sólo podrá utilizarlo si cuenta con el acuerdo de la madre (Superintendencia de Seguridad Social, 2016).

### **3.5 El Permiso Postnatal Parental, análisis crítico de su contenido**

Indudablemente la incorporación en la ley 20.545 del Permiso Postnatal Parental, (PPP) constituye un avance en la legislación sobre la protección a la maternidad en Chile, pero como se ha señalado, un objetivo central de esta tesis es la evaluación de su aplicación a ocho años de su vigencia, ello supone una visión crítica de su contenido, analizando desde sus propósitos hasta sus resultados.

En Chile, las iniciativas legales que involucran un gasto para el estado, sólo pueden ser propuestas por el gobierno. Todas estas propuestas de ley, dirigidas al Congreso, van encabezadas por una declaración de propósitos y una justificación valorativa con las virtudes que impulsan la realización de la propuesta, esta parte del documento se le conoce como Mensaje Presidencial de la ley. El examen crítico de la PPP lo iniciamos con algunas citas del mensaje del proyecto de ley 20.545, en lo relativo al tema:

*“Últimamente, se ha destacado también la importancia de la figura paterna en el desarrollo infantil temprano y existen estudios que muestran que el apego seguro materno y paterno se influyen mutuamente y de manera interdependiente. Adicionalmente, la participación del padre en el período perinatal se asocia con un mayor nivel de desarrollo cognitivo y social del niño, una menor tasa de depresión materna, menor estrés parental y una mayor participación del padre en la crianza del hijo durante su vida.”*  
(Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 2011)

Como se puede apreciar se da a entender el valor de la participación del padre en la crianza de su hijo(a); el beneficio para la madre; y la familia en su conjunto.

Más adelante agrega:

“Con el ingreso de la mujer al mundo del trabajo y su participación en el sustento económico del hogar, se debiera esperar un apoyo más sistemático de los hombres en las labores domésticas, especialmente aquellas asociadas al cuidado de los niños. Chile no alcanzará el verdadero desarrollo social y económico si hombres y mujeres no pueden participar activamente del mundo laboral y compartir más equitativamente las tareas del hogar y crianza de los hijos” (Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 2011)

En este párrafo se promueve, más allá de la relación del padre con el (la) recién nacido(a), sino que va directamente a abordar la necesidad de un cambio en el paradigma cultural chileno sobre las tareas del hogar y la crianza de los niños, resaltándolo como una condición para el “verdadero desarrollo social y económico” (Ministerio de Trabajo y Previsión Social, 2011).

Como veremos más adelante, estos loables propósitos son contradichos por lo que realmente determina la ley y la práctica de su aplicación por los desincentivos que contiene.

Antes de abordar los aspectos de la ley tal cual fue aprobada, hay que decir además que algunos artículos de la propuesta inicial del mensaje presidencial, contenían disposiciones más restrictivas aún, sólo a modo de ejemplos: 1. En lo referido al subsidio a PPP se pagaría al padre el monto correspondiente según el sueldo de la madre, en un país en que la brecha salarial del sueldo de los hombres es 21,1%, el cuarto lugar mayor junto a Letonia, entre los países de la OCDE

El PPP se descontaba del período de la madre, no era adicional al propuesto para ella como se aprobó (Biblioteca del Congreso Nacional, 2011)

Estos ejemplos se muestran para tener presente que el proyecto fue aprobado con un amplio apoyo en el parlamento, luego de meses de negociaciones, tiempo en el cual se morigeraron disposiciones como estas.

El propósito de mostrar las condiciones legales que producen un desinterés o directamente una inconveniencia para que los padres utilicen el PPP de la ley 20.545, es mostrar la distancia entre las fundamentaciones iniciales y el resultado final de la normativa. Por otra parte, no se trata de atribuir únicamente a esos desincentivos la escasa utilización del beneficio, sino que exponer elementos que potencian una cultura, principalmente (aunque no única) masculina de prejuicio y recelo muy profunda en la población, de eximir al hombre de responsabilidades en las tareas del hogar y la crianza y cuidado de los hijos en sus primeros años de vida (Biblioteca del Congreso Nacional, 2011).

Lo explicado anteriormente, no son las únicas condiciones contextuales que influyen en la falta de utilización de los hombres para utilizar el PPP. También hay que incluir otras, como la alta tasa de hijos fuera del matrimonio, 71,1% (la más alta de la OCDE; madres solas o hijos abandonados; y la baja participación de la mujer en la PEA.

### **3.6 Desincentivos y limitaciones para que los padres hagan uso del PPP, en la ley 20.545**

El objetivo de mostrar los desincentivos y limitaciones más evidentes para que los padres no hagan uso del PPP, es indagar sobre la explicación a su escasa utilización como un punto de referencia para abordar estrategias que permitan hacer un cambio en la situación actual. Algunos de estos problemas requieren más recursos, otros, bastaría con simplificar algunos procedimientos para hacerlos menos engorrosos y también es necesario un mayor esfuerzo comunicacional.

Como ya se dijo, los hombres ganan por el mismo trabajo, en general un mayor sueldo que las mujeres. Mientras que el subsidio tiene el mismo límite máximo que la mujer (3.060 US dólar jornada completa), no obstante que el porcentaje de hombres que tienen un ingreso mensual a ese tope es 2,8% dos veces el de la mujeres.

- a. Dado que el beneficio es irrenunciable, las madres igual lo asumen. Una consecuencia que alberga esta situación es que un porcentaje mayor de padres supera el límite, entonces deciden no optar por el beneficio tomando en cuenta que para ellos usar el beneficio es voluntario.
- b. El beneficio del PPP requiere que los padres tengan un empleo formal, dejando fuera a los padres que no cuentan con un empleo de este tipo.

- c. Los empleados públicos a honorarios quedaron fuera del beneficio, ver dictámenes de Contraloría Gral. De la república Números. 66.642, de 2010 y 2.930, de 2011, que las personas contratadas a honorarios no invisten la calidad de funcionarios públicos
- d. La limitación de las semanas de las que puede gozar el padre no tiene otra explicación que la visión conservadora de que la presencia materna es más importante que la paterna en los primeros meses de vida del (de la) hijo(a).
- e. El contenido del “Artículo 201.- Durante el período de embarazo y hasta un año después de expirado el descanso de maternidad, excluido el permiso postnatal parental establecido en el artículo 197 bis, la trabajadora gozará de fuero laboral y estará sujeta a lo dispuesto en el artículo 174. En caso de que el padre haga uso del permiso postnatal parental del artículo 197 bis también gozará de fuero laboral, por un período equivalente al doble de la duración de su permiso, a contar de los diez días anteriores al comienzo del uso del mismo. Con todo, este fuero del padre no podrá exceder de tres meses.” De acuerdo a esta disposición, el padre, en caso de hacer uso del PPP tiene un fuero bastante más reducido que la madre y caduca antes de que el hijo tenga un año de vida. Esta limitación no tiene ninguna justificación.

- f. El procedimiento para que el padre trabajador haga uso del derecho resulta complejo, puesto que debe informar que utilizará este permiso al empleador y a la Dirección del Trabajo. Como no existen campañas activas tendientes a la difusión de derecho, resulta esperable que tanto los empleadores como los trabajadores tengan poco conocimiento de la modalidad de uso del beneficio (Superintendencia de Seguridad Social, 2013).
- g. En definitiva, las limitaciones y desincentivos mostrados podrían superarse con una voluntad política que los aborde específicamente. Algunos de ellos, sólo requieren medidas administrativas, hacerlas evidentes comprenden también plantear desafíos para seguir avanzando hacia los objetivos declarados de incorporación de los padres a la responsabilidad del cuidado y la crianza de los hijos, creando sinergias para cambiar conductas socioculturalmente muy arraigadas (Gormaz, 2015) .

## 4. JUSTIFICACION, PREGUNTAS Y OBJETIVOS

---

### 4.1 Justificación

A ocho años de la promulgación de la Ley 20.545, que “modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el Permiso Postnatal Parental” en Chile, no hay, una evaluación con datos empíricos, que analice el cumplimiento de los dos objetivos señalados como fundamentales por la Ley: mayor acceso y mayor equidad de acceso. En relación al concepto de acceso, me refiero a analizar, cual es la proporción de mujeres del total de las que son madres, que utilizan los beneficios de la protección a la maternidad y cómo ha evolucionado dicha proporción entre los años 2000 al 2015, comparando el periodo antes y después de la promulgación de la Ley. Mientras que, por equidad de acceso, me refiero al análisis de las diferencias entre la variable “acceso de protección a la maternidad” (si/no) y las variables de posición socioeconómicas tales como: nivel de ingresos; nivel de escolaridad; disponibilidad y tipo de seguro de salud; y condición de pobreza. En el análisis se incluirán también variables sociodemográficas, entre ellas: tramos de edad; pertenencia a grupo étnico; situación de pareja (sola o con pareja) y la variable geográfica área de residencia urbana/rural. En definitiva, para estudiar la equidad de acceso a protección a la maternidad me centraré en analizar la interacción entre la utilización de los

beneficios otorgados por esta política y las distintas dimensiones con las que generalmente se estudia equidad de acceso en salud teniendo como marco conceptual el de los determinantes sociales de la salud.

Esta tesis doctoral, entregará resultados específicos del cumplimiento de los objetivos señalados, con los resultados espero contribuir a la escasa literatura existente a nivel nacional e internacional acerca de la evaluación del cumplimiento de los objetivos de una importante política pública sobre protección a la maternidad, con un enfoque en el acceso poblacional (total de las mujeres que son madres) y también con un enfoque de equidad en los distintos grupos según variables sociodemográficas y socioeconómicas..

Con el desarrollo de esta tesis, espero también contribuir con una propuesta metodológica de evaluación de resultados de una política pública, utilizando información secundaria de estadísticas vitales (nacimientos) y de encuestas de hogares que se realizan regularmente en muchos países, y que se han transformado en una de las fuentes de datos más importante para el análisis de equidad socioeconómica y de equidad en salud, comparables a través del tiempo en cada país y entre los distintos países (O'Donnell, 2007).

## **4.2 Pregunta de investigación**

A 8 años de la promulgación de la Ley 20.545, que modifica las normas de protección a la maternidad en Chile e incorpora el permiso posnatal parental, la pregunta de investigación que guiará el desarrollo de esta tesis es:

¿Qué ha pasado con el cumplimiento de los dos objetivos centrales señalados por la ley, en relación al aumento de la cobertura de acceso y mejora en la equidad de dicho acceso?

Estas preguntas dan origen a la definición de un objetivo general y dos objetivos específicos.

## **4.3 Objetivo General:**

Evaluar los resultados de la Ley 20.545 en relación a la efectividad y equidad de acceso de la protección a la maternidad en Chile.

## **4.4 Objetivos Específicos**

1. Analizar la efectividad de acceso de la protección a la maternidad en Chile, antes y después de la promulgación de la Ley 20.545 del año 2011.

2. Evaluar con enfoque de equidad el acceso a la protección a la maternidad en Chile, antes y después de la promulgación de la ley 20.545

## **5. ASPECTOS CONCEPTUALES, MARCO**

### **TEORICO**

---

A partir del nombre de esta tesis que sintetiza su contenido

“Protección a la Maternidad en Chile, efectividad y equidad de acceso. Evaluación de la ley 20.545 del año 2011”, se evidencia la necesidad de analizar tres aspectos conceptuales. Utilizando una lógica deductiva, abordaremos dichos aspectos en el siguiente orden

- Enfoque de determinantes sociales, equidad y equidad de acceso
- Política pública; concepto de política pública de protección a la maternidad; evaluación de política pública en salud
- Conceptos asociados con las políticas de protección a la maternidad

### **5.1 Enfoque de determinantes sociales y equidad de acceso**

Las razones que explican el nivel de salud de una población y las desigualdades en salud son complejas y están influenciadas por una amplia gama de factores que intervienen en mayor o menor medida en las condiciones de salud de la población y en la distribución

desigual del acceso y calidad de la atención recibida. La sistematización de estos factores se ha denominado “Determinantes Sociales de la Salud” (DSS) y se definen como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, es decir, se consideran como DSS el contexto social que influyen en la salud, así como también los mecanismos por los cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud (Krieger, 2001).

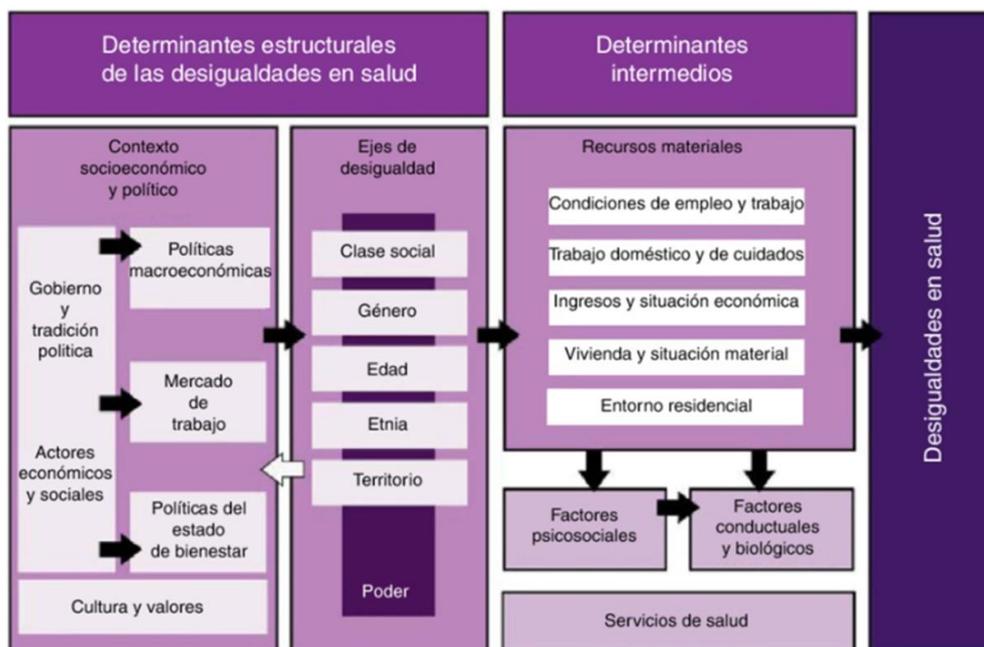
En las últimas tres décadas, los DSS han sido ampliamente descritos, principalmente en Europa, dando lugar a cientos de artículos, publicaciones institucionales y libros sobre el tema.(Acheson, 1998; Macintyre, 2003; WHO, 2008; Marmot *et al.*, 2010). Desde la década de los 90, la comunidad científica dedicada a la temática elaboró múltiples modelos para mostrar los mecanismos por medio de los cuales los DSS influyen en el estado de salud, para hacer explícitas las relaciones y nexos entre los diferentes tipos de determinantes, e indicar puntos de entrada para la definición de las políticas públicas.

Considerando los diferentes modelos, La Comisión de DSS, (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2008 propuso un marco conceptual que consiste en un esquema sintético, en el cual se destaca el papel del contexto social y político, incluyendo el rol de las instituciones gubernamentales y los procesos económicos que dan lugar a un conjunto de oportunidades sociales desiguales. Es este nivel precisamente en el cual se encuentran las políticas públicas de protección a la maternidad. Este modelo, además de agregar explícitamente el sistema sanitario incorpora los siguientes

elementos: a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan inequidades; b) indicar cómo los determinantes se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud y cuáles son más importantes abordar implementación de políticas, para la acción con el objetivo de influir, no solo en el estado de salud general de la población sino que también en la disminución de las desigualdades (Vega J, 2005; Whitehead, 2006).

Posteriormente, en octubre de 2008, a petición de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social, se constituyó la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CRDSS-E) con el cometido de elaborar una propuesta de medidas de intervención, a corto, medio y largo plazo, para disminuir las desigualdades en salud. En mayo de 2010 la Comisión presentó el documento «Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España», junto con un documento que la CRDSS-E había realizado previamente sobre el análisis de la situación de las desigualdades en salud en España y las políticas para reducirlas en España y Europa (Sociales, 2012). Esta comisión adecua el marco de los DSS. La FIGURA 1 corresponde a marco conceptual de las desigualdades en salud de la comisión de las Desigualdades Sociales en Salud de España.

**FIGURA 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud**



Fuente: Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2012

La vasta evidencia mencionada en relación a los DSS, la equidad y la importancia de las políticas públicas, podría resumirse en tres aspectos relacionados entre sí.

1.- Para mejorar la salud de toda la población y disminuir las desigualdades es necesario luchar por una sociedad más justa, puesto que la salud va más allá de la esfera de ser sólo un tema médico, sino que pasa a convertirse en un asunto ético, social y político en el que muchos actores tienen que intervenir.

2- Que las enfermedades no se distribuyen al azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, la política y el sistema económico y que la salud y la enfermedad derivan de los efectos de la desigualdad en la distribución del poder económico (Benach, 2011).

3.- En tercer lugar que el enfoque de determinantes sociales de la salud implica tomar en cuenta las condiciones sociales y su impacto en exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales, para planificar e implementar políticas de salud, en cuyos objetivos se plantee explícitamente no solo mejorar el nivel promedio de la salud de la población, sino que también el reducir las inequidades en salud entre los distintos grupos de las poblaciones.

## **5.2 Política Pública y evaluación de una política pública**

Además de lo descrito, acerca de los DSS cabe mencionar también el papel que le corresponde al estado y por ende a la política; las políticas públicas de distintos ámbitos y las políticas del sector salud que debieran interrelacionarse para generar sinergias que permitan influir de manera más eficiente en mejorar la salud de la población y disminuir las desigualdades.

En este contexto es necesario asumir una definición de política pública, En la literatura existe una extensa gama de definiciones. Para el desarrollo de esta tesis asumiremos la de Kraft y Furlong, que señalan “*una política pública es toda acción que realiza o deja de realizar un gobierno en atención a un problema público*” (Kraft, 2013). Los autores complementan dicha definición agregando “Las políticas públicas- reflejan no sólo los valores más importantes de una sociedad, sino que también el conflicto entre valores. Las políticas dejan de manifiesto a cuál de los muchos diferentes “bienes sociales” se le asigna la más alta prioridad en una determinada decisión”.

El desarrollo de políticas públicas, viene elaborándose también, desde las últimas décadas (Esnaola *et al.*, 2010). Whitehead y Dalghren el año 2006, proponen 10 principios para la acción que debieran servir como guía general cuando se pretende poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud (Whitehead, 2006a). Durante ese mismo año, la presidencia Finlandesa de la EU elaboró la Estrategia de Salud en Todas las Políticas (SeTP), situándola en ese momento como prioridad de las políticas de salud en Europa.(Stahl, 2006). Esta estrategia propuso un enfoque sistemático y efectivo para que la salud y sus determinantes se tengan en cuenta en las políticas públicas sectoriales, prestando una especial atención a la equidad en salud.

La estrategia Salud en Todas las Políticas (SeTP) es “un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que toma en cuenta

sistemáticamente la salud en las decisiones, busca generar sinergias, y evitar impactos negativos en la salud, con el fin de promover el bienestar y mejorar la salud de la población y la equidad en salud” (Conferencia de Helsinki, 2013). SeTP reconoce que la salud puede verse influida por las decisiones adoptadas en sectores distintos del sanitario, por lo que exige la evaluación del impacto de dichas decisiones sobre la salud, para que ésta se tenga en cuenta sistemáticamente en todas las políticas. Es una nueva forma de definir y desarrollar la acción de gobierno cuyo objetivo es la promoción de políticas públicas saludables. SeTP es una visión que busca mejorar a la vez la salud, la igualdad, el bienestar, la cohesión y la riqueza de la sociedad mediante la innovación en las estructuras, procedimientos y actuaciones de sectores que anteriormente se consideraban ajenos a la salud (Tolosana, 2015).

SeTP pretende, por un lado, aumentar los impactos positivos en la salud de las iniciativas políticas de todos los sectores de gobierno y, por otro lado, contribuir a la consecución de los objetivos específicos de dichas políticas. Esta estrategia proporciona una oportunidad para trabajar de forma conjunta en aras a mejorar la salud de la población a través del abordaje de los determinantes de la salud y a contribuir a la creación de un sistema de salud eficiente y sostenible (WHO, 2008)

Unos de los elementos claves de la iniciativa SeTP también, es la transparencia entendida como la necesidad de realizar evaluaciones rigurosas con datos empírico que permitan conocer cuáles

intervenciones cumplen realmente con los objetivos planteados y tienen resultados en la población mejorando el nivel de salud de ella y disminuyendo las desigualdades en salud constituyen hoy en día, una preocupación central de los gobiernos de los países y este tema se ubica en el centro de la problemática de salud pública a nivel mundial.

En el contexto de la literatura acerca del enorme desarrollo conceptual y metodológico que existe en la literatura acerca de la evaluación de las políticas pública (o quizás por ello), hay poca claridad conceptual y cierta confusión terminológica (Nebot, 2011). Por otra parte, también, en las últimas décadas ha surgido un creciente debate en términos de la conceptualización y las metodologías sobre la necesidad de superar el paradigma del diseño experimental, en la evaluación de resultados en salud pública (Rossi, 2004). En efecto, los planteamientos y procedimientos en evaluaciones de la efectividad de intervenciones terapéuticas, que permiten un alto grado de control de las covariables y de los potenciales confusores, no son adecuados para evaluar intervenciones complejas, con múltiples componentes y dependientes en muchos aspectos del contexto social, cultural, político y económico en que estas intervenciones se implementan (Nebot, 2011).

## **5.3 Evaluación de impacto de políticas públicas en salud**

### **a.- Aspectos conceptuales**

El concepto de la “Health Impact Assessment” (HIA) se origina a partir de la necesidad de mejorar el conocimiento acerca del posible impacto que puede tener la aplicación de una política o programa, con el objetivo de hacer los ajustes necesarios que permitan mitigar los efectos negativos y maximizar los resultados positivos de la implementación de dicha política o programa. Los conceptos principales y principios básicos, para una HIA lo sistematiza el “European Centre for health Policy” en el documento denominado “Gothenburg consensus” en diciembre de 1999.(European Centre for Health Policy, 1999).

## **5.4 Definiciones básicas**

### **Impactos en Salud (Health impacts)**

Son los efectos globales directos o indirectos que se producen en la salud de la población, por la aplicación de una política, estrategia, programa o proyecto.

*Los “efectos directos” incluyen a los impactos directos en la salud de la población, mientras que los indirectos corresponden a los factores intermedios que influyen en los determinantes de la salud y que pueden ser evidentes*

*en lo inmediato a mediano o largo plazo.*

Evaluación de Impacto en Salud Health Impact Assessment (HIA)

*Es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través del cual una política, programa o proyecto pueden ser evaluados en cuanto a sus **potenciales efectos** en la salud de la población, y en la distribución de esos efectos en los distintos grupos de la población”.*

Es importante destacar que esta definición invita a que la evaluación considere no sólo los impactos en el nivel de la salud general de la población, sino también, cómo esos impactos difieren al interior de los grupos, es decir, como impacta en las desigualdades en salud. Por otra parte, la definición se refiere a los “*potenciales efectos*” lo que sitúa a la HIA en un contexto de una evaluación prospectiva, ex ante del inicio de la aplicación de la política, programa o proyecto. Otros autores también, destacan el carácter prospectivo de la HIA, por ejemplo Mindell et al, plantea “es una herramienta de carácter eminentemente predictivo, de ayuda a la toma de decisiones y que debe de ser parte integral del proceso de la Política”(Mindell, 2008).

El tema de la HIA en sus inicios se circunscribe a los efectos que producen los desastres naturales y luego se amplía al impacto de las políticas o programas en el medio ambiente y cómo esos impactos influyen en la salud de la población expuesta (Magnusson, 2014). Es decir, como impacta en la salud de la población entre otros, por ejemplo; la extensión de un vertedero de basura; el cambio que

produce en el nivel de contaminación la instalación de una fábrica o industria; el número de lesionados o muertes que se provoca o disminuye a causa del cambio de una política vial, etc.

Posteriormente la HIA se amplía a políticas que provienen de otros sectores y en particular de la salud. A partir de este enfoque en la década de los 90, se genera una gran cantidad de guías, modelos y pautas para desarrollar estas evaluaciones, con el objetivo de realizar los cambios que permitan mitigar los efectos negativos y maximizar los impactos positivos, pero siempre en el escenario anterior a la implementación de la política o programa 1). Estas guías y herramientas plantean la revisión del potencial impacto en la salud de la población y en muy pocas oportunidades se considera explícitamente el tema del revisar el impacto en las desigualdades en salud (Nebot, 2013).

Aunque se enfatiza que una HIA debe realizarse antes del inicio de la ejecución de la política, la literatura es ambigua en relación a los instrumentos y metodología disponibles, ya que en algunos casos no queda claro si se están refiriendo a evaluaciones antes del inicio de la intervención o posterior a ella. Así mismo hay contradicción en relación a qué algunos autores señalan: *“ha habido un importante desarrollo de herramientas para aplicar una HIA (Fehr et al., 2012).y otros plantean que “hay pocas y escasas metodologías y áreas donde se ha usado la HIA”... Hay mucho pensamiento, buenas ideas y teoría, pero en la práctica hay problemas con los recursos*

*financieros para la implementación de las HIA(s).* (Shankardass, 2014).

Complementariamente a las ideas expuestas, cabe señalar que La Comisión Europea plantea que las intervenciones de políticas públicas debieran ser evaluadas durante todo el proceso “del ciclo de vida de una política”, es decir: (*Europe 2020 – Europe’s growth strategy*, no date)

- Evaluación de impacto o evaluación previa, antes de la implementación.
- Evaluación continua durante la implementación.
- Evaluación final o ex post después de la finalización de la intervención o durante, pero con el objetivo de evaluar los resultados de la intervención.

No obstante, que el alcance de esta investigación se relaciona con la evaluación ex post de políticas implementadas en Chile usando datos empíricos, se consideró necesario entregar elementos relacionados con la evidencia de una HIA desde la mirada previa a la implementación de un programa, principalmente, por la ambigüedad con que a veces se habla del tema, sin tener los elementos conceptuales que las diferencian y porque una evaluación de resultados de una política debe considerar elementos del diseño (ex ante) como por ejemplo los objetivos, también el contexto y

características relacionadas con la implementación.

A continuación, se abordan los conceptos fundamentales de la evaluación ex post que se vincula con el principal propósito de esta investigación.

## **5.5 Evaluación de Políticas Públicas en Salud ex post**

Dado que la elaboración de las políticas públicas de otros sectores y las de salud en particular son un tema de debate abierto, en un contexto donde siempre los recursos deben priorizarse y en el que permanentemente se va acrecentando la obligación de los entes del estado a una mayor transparencia y el rendir cuenta (accountability), se hace indispensable la evaluación ya no sólo es su etapa de elaboración sino que también en las etapas de ejecución y principalmente una vez que el programa o política ya se ha aplicado, o está en su etapa de ejecución, con el sano propósito de evaluar el cumplimiento de sus objetivos, resaltar sus logros, evidenciar sus insuficiencias, proyectar su vigencia y lo que es más importante conocer los efectos en la salud de la población y en las desigualdades de salud.

## **5.6 Concepto de Evaluación de Políticas Públicas en Salud**

Desde las ciencias sociales se plantea que “La evaluación no es sólo una comprobación de conformidad de la acción pública, sino que expresa un juicio de valor sobre el éxito de los resultados y los impactos – deseados o no- de las políticas públicas y ese juicio de valor debe obtenerse con el mayor rigor y garantías posibles, de ahí la exigencia de una sólida metodología” (Esnaola, 2010) Desde la perspectiva de salud pública, el concepto no es muy distinto, se considera la evaluación como «el juicio sobre el valor o utilidad de una intervención». Esta definición asume de forma implícita que lo que se juzga son los resultados de la intervención. En una visión más global, el Diccionario de Epidemiología, el de Salud pública y el libro “Evaluation: a systematic approach de Rossi”, define la evaluación como «los esfuerzos dirigidos a determinar de forma sistemática y objetiva la efectividad y el impacto de las actividades realizadas, para alcanzar objetivos de salud teniendo en cuenta los recursos asignados» (Porta, 2008; Nebot, 2011)

En la literatura para referirse a la evaluación de los resultados de una política, programa o proyecto de salud pública, en un contexto ex post de la implementación de la política, se utilizan distintos nombres. Algunos de ellos, por ejemplo, son:

- “Evaluación de la Efectividad en salud pública”,

“Effectiveness assessment in public health”(Nebot *et al.*, 2011);

- “Impacto de políticas en la salud de la población”, “Impact of policy on population health” (Benach *et al.*, 2011);
- Evaluación ex post y evaluación de impacto”, “ex post evaluation and impact assessment” (Enzing, C; Mahieu, no date);
- Evaluación de impacto, “impact evaluation”(WHO, 2005)

Por otra parte, algunos artículos (Journal Article) que evalúan los resultados de una política ya sea de salud o de otros ámbitos, utilizando datos empíricos identifican en el nombre del documento, el método o técnica estadística aplicado, por ejemplo: “diseño antes-después”; “Contrafactual”; “quasi-experimental”; diferencia de la diferencia (dif-dif) entre otros.

En la literatura relacionada con la evaluación de políticas de salud pública, se encuentra una enorme cantidad de términos utilizados que vale la pena precisar ya que estos mismos conceptos muchas veces se usan en distintos contextos, con diferentes significados. A modo de síntesis, en TABLA 7 se entrega un listado de los términos más frecuentemente utilizados en salud cuyas definiciones fueron extraídas de los diccionarios de epidemiología y salud pública, así como del manual “*Evaluation a systematic approach de Rossi*” (Porta M, 2008, Rossi 2004).

**TABLA 7. Glosario de términos relacionados con la evaluación de políticas públicas en salud**

<b>Concepto</b>	<b>Definición</b>
Accesibilidad	Grado en que se facilita la participación en el programa en su conjunto o en alguna de sus actividades o recursos
Cumplimiento (dosis, exhaustividad)	Medida de la cantidad de la intervención que ha sido aplicada; normalmente se expresa como el porcentaje del total del contenido previsto que ha sido efectivamente implementado
Eficacia	Grado en que una intervención produce un resultado beneficioso en los receptores del programa
Efectividad	Grado en que una intervención produce resultados beneficiosos en el conjunto de la población objetivo
Eficiencia	Efectos o resultados de una intervención en relación a los recursos empleados
Evaluación de impacto	Estudio evaluativo en el cual se valoran globalmente los resultados directos del programa, así como el impacto en las condiciones sociales en que el programa puede influir a largo plazo
Evaluación de impacto en salud	Análisis de las consecuencias y posibles implicaciones para la salud pública de iniciativas o procesos sociales o ambientales que no han sido diseñados primariamente como intervenciones de salud

<b>Concepto</b>	<b>Definición</b>
Evaluación de proceso	Evaluación diseñada para determinar si el programa se administra de la forma planeada a la población diana
Evaluación de resultados	Evaluación diseñada para determinar si el programa ha alcanzado los objetivos previstos
Evaluación formativa	Evaluación que se realiza durante la fase de desarrollo de una intervención orientada a obtener información sobre el proceso y los mecanismos de acción con la finalidad de mejorarla y de explorar su factibilidad
Factibilidad	Viabilidad práctica de un estudio, programa o intervención
Fidelidad	Medida del grado en que los programas son aplicados de acuerdo al protocolo
Grupo de comparación	En diseños cuasi experimentales, los individuos del grupo de comparación son los que no reciben la intervención que se administra a los individuos del grupo de intervención, en quienes se compararán los efectos observados
Grupo control	En un ensayo aleatorizado o comunitario, los individuos del grupo control son los que no reciben la intervención que se administra a los individuos del grupo de intervención, en quienes se compararán los efectos observados
Monitorización (del programa)	Documentación sistemática de aspectos de la ejecución del programa que permiten valorar si está siendo aplicado de la forma planificada o bien si cumple unos parámetros estándar determinados. La monitorización puede ser de proceso o de resultados
Población diana (población objetivo)	Conjunto de individuos o grupos (familias, comunidades, etc.) a los que se dirige el programa

Fuente: Extraído de “Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos, Nebot et al. 2011

Con respecto a una definición propia de evaluación en ciencias de la salud hay muchas propuestas, de las cuales una de las más apropiadas es probablemente la de Suchman que considera la evaluación como «*el juicio sobre el valor o utilidad de una intervención*». Esta

definición asume de forma implícita que lo que se juzga son los resultados de la intervención(Suchman, 1968).

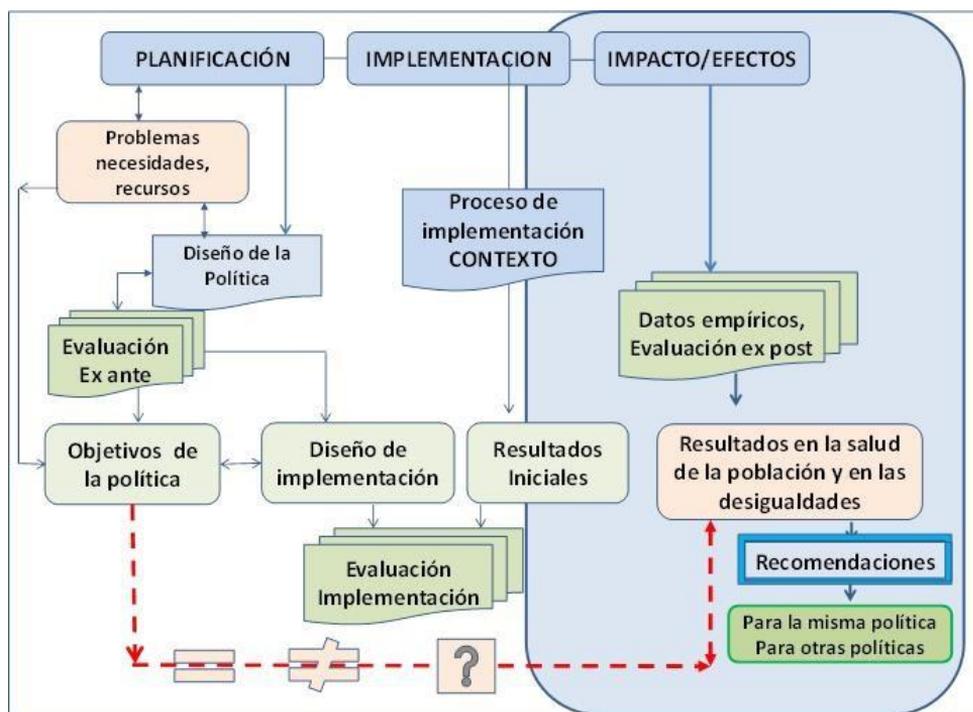
En una visión más global, el Diccionario de salud pública define la evaluación como *«los esfuerzos dirigidos a determinar de forma sistemática y objetiva la efectividad y el impacto de las actividades realizadas para alcanzar objetivos de salud, teniendo en cuenta los recursos asignados»*. En esta definición se asume que hay diversas formas de abordar la evaluación, aunque ninguna es por sí sola completamente satisfactoria (Nebot, 2011).

Vale la pena precisar que en salud pública es habitual que los resultados directos de un programa no se traduzcan de forma inmediata en un impacto en la población, por lo que suele distinguirse entre los resultados directos o inmediatos y los resultados a largo plazo. Con relación a los resultados, también suele distinguirse entre eficacia y efectividad, en función de si éstos se miden en los receptores del programa o de la intervención (eficacia) o en el conjunto de la población diana (efectividad).

Recordando que uno de los fines centrales de esta tesis es realizar una evaluación de resultados de la Ley 20.543 de la maternidad promulgada en Chile el año 2011, en relación a cumplimiento de los objetivos señalados relacionados con el acceso y la equidad de este acceso en la población de mujeres que tuvieron hijos. En otras palabras, esta evaluación verificará el nivel de cumplimiento de los objetivos señalados por la ley.

La FIGURA 2 muestra el diseño general en esta evaluación en un esquema que considera el ciclo de vida total de una política pública.

**FIGURA 2. Esquema conceptual para utilizar en la evaluación**



Fuente: Elaboración propia en base a España G de. Fundamentos de evaluación de políticas públicas. Fundamentos de evaluación de políticas públicas. 2010;120.

Fuente: Elaboración propia en base a Fundamentos de evaluación de políticas públicas. España et. col 2010

En el esquema se observa con línea punteada que este estudio concretamente estudiara la concordancia de los objetivos señalados por la política y el cumplimiento de estos objetivos en la población,

en este caso en el total de mujeres que tuvieron hijos durante el periodo de observación. Comparando con un enfoque de equidad los distintos grupos de mujeres que tienen acceso a los beneficios de la protección a la maternidad.

Al igual que en la mayoría de los estudios sobre equidad de acceso, que se centran en examinar la utilización de los servicios según variables como educación, ocupación o ingresos, en este proyecto se analizará el acceso a licencia posnatal de acuerdo a la posición socioeconómica de las mujeres (PSE), utilizando un conjunto de indicadores de análisis de las desigualdades y como variables trazadoras los indicadores de posición socioeconómica más utilizados: nivel de escolaridad; Adscripción a sistema de seguro de salud (público/privado); pobreza multidimensional; quintil de ingreso. Usaremos también un conjunto de variables sociodemográficas: entre ellas tramos de edad de la mujer; pertenencia a etnia y condición de pareja, teniendo presente que estas dos últimas variables en muchos estudios también se consideran como trazadoras de PSE.

Cabe mencionar que las variaciones medidas en general por las distintas dimensiones de PSE descritas en el párrafo anterior, determinan si se tratan de diferencias “legítimas” o “ilegítimas”(O’Donnell, 2007; Fleurbaey, 2009; Cabieses, 2015) . Entendiendo que corresponde a una categorización normativa que requiere un juicio de valor potencialmente impugnabile. Los determinantes legítimos son fuentes de variación en la salud que

no se consideran "injustas", como la edad y, más polémicamente, el sexo. Por el contrario, los determinantes ilegítimos, corresponde a fuentes de variación en la salud que se consideran “innecesarias”, e “injustas”, como las dimensiones de PSE u otras características estrechamente relacionadas como la etnicidad.

Para los efectos del abordaje analítico que usaremos para responder a los objetivos de esta tesis, cabe señalar que las diferencias que se encuentren con todas las variables que utilizaremos (excepto tramos de edad) serán consideradas como diferencias “ilegítimas”, ya que como punto de partida, el desarrollo de esta tesis hemos declarado que la potencial población beneficiaria de las políticas de protección a la maternidad debieran ser todas las mujeres que son madres independientes de si tienen o no un trabajo remunerado.

## **5.7 Conceptos relacionados con las políticas de protección a la maternidad**

Como ya se dijo anteriormente, en esta investigación entenderemos por políticas de protección a la maternidad al conjunto de prestaciones que el Estado de Chile, entrega como derecho irrenunciable a todas las mujeres que trabajan remuneradamente y deciden tener o adoptar un hijo o una hija”. En todos los países las prestaciones otorgadas en el marco de las políticas de PM están en gran medida orientadas por los mandatos de los convenios de la OIT,

no obstante que entre cada país difieren mucho una constante común en todos los países son las llamadas licencia que pueden ser “maternales”, “paternales” o parentales”.

La “International Network on Leave Policies and Research” ha definido claramente que se entiende por este tipo de licencias.

#### **a. Licencias Maternales (Maternity leave)**

Corresponde al derecho que tiene la madre del niño o niña de ausentarse del trabajo como una medida de salud y bienestar, destinada a proteger la salud de la madre y del recién nacido, y que debe tomarse justo antes, durante e inmediatamente después del parto. Dependiendo de cada país el niño puede ser propio o adoptado (International Network on Leave Policies and Research, 2017).

#### **b. Licencias paternales (Paternity leave)**

Por lo general, corresponde a los permisos que están disponibles sólo para los padres, generalmente para ser tomados poco después del nacimiento de un hijo y con la intención de permitir que el padre pase tiempo con su pareja, el nuevo hijo, o con su familia.

#### **c. Licencias Parentales (Parental leave)**

La licencia está disponible por igual para las madres y los padres, ya sea como: (i) un derecho individual no transferible (es decir, ambos padres tienen derecho a una cantidad igual de licencia); o (ii) un

derecho individual que puede ser transferido al otro padre; o (iii) un derecho familiar que los padres pueden dividir entre ellos según lo deseen. En algunos países, el permiso parental consiste únicamente en derechos individuales no transferibles; en otros países, es un derecho que por definición es para la madre y esta puede decidir transferirlo al padre. En general, se entiende como una medida de cuidado, con la intención de dar a ambos padres la misma oportunidad de pasar tiempo cuidando a un niño pequeño; por lo general, solo se puede tomar después del final de la licencia de maternidad. En algunos casos, los padres pueden optar por tomar todo o parte de su permiso parental a tiempo parcial.

En algunos países, la licencia parental puede estar disponible para ambas partes en parejas del mismo sexo. En otros, la licencia parental se complementa con un período adicional de licencia destinado también como medida de cuidado, y se le dan varios nombres, como "licencia de cuidado de niños" o "licencia de cuidado en el hogar". Esta licencia es para los padres después de la finalización de la licencia parental, y puede que en la práctica no sea muy diferente a la licencia parental (aunque las condiciones asociadas a los dos tipos de licencia pueden variar) (International Network on Leave Policies and Research, 2017).

#### d. Licencia para cuidar a los niños enfermos

Este derecho varía considerablemente entre países en términos de extensión, edad de niños incluidos y pago. En algunos casos puede

extenderse para incluir otros miembros de adultos de la familia (International Network on Leave Policies and Research, 2017).

Si bien, cada país define en sus marcos jurídicos explícitamente cada uno de los beneficios asociados a las licencias maternales, paternales y parentales la distinción entre estos tipos de licencia está empezando a desdibujarse en algunos lugares dando lugar al derecho único de licencia parental (International Network on Leave Policies and Research, 2017).

## 6. METODOLOGIA

---

El enfoque metodológico que guía el desarrollo de esta tesis es poblacional (cuantas mujeres se benefician) y también un enfoque en el análisis de las desigualdades (características socioeconómicas de las mujeres que se benefician).

### 6.1 Datos rutinarios

Se entiende por datos rutinarios aquellos que se producen por el quehacer mismo de cierta actividad, se les conoce también como datos administrativos. Entre los datos rutinarios más extensamente utilizados en salud se encuentran las “*Estadísticas Vitales*”.

Las estadísticas vitales, básicamente, contienen información sobre hechos vitales a lo largo de la vida como: nacimientos, defunciones y matrimonios incluye una serie de datos que permiten gran diversidad de usos en salud. Conocer la magnitud de los cambios en la población, medidos mediante tasas de natalidad y mortalidad y otras, son fundamentales para poder determinar políticas y atender las demandas de los servicios de salud.

En Chile las Estadísticas Vitales, definidos por convención internacional, se generan desde 1982 en virtud del Convenio Nacional de Estadísticas Vitales, en conjunto con el Servicio de Registro Civil e Identificación y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), lo que asegura que contienen la totalidad de los niños nacidos en el territorio para cada año respectivamente.

Las estadísticas vitales también sirven de base para proyecciones y estimaciones de población, ya que la fecundidad y la mortalidad son dos de las variables que determinan el tamaño y la composición de la población.

Para el cumplimiento del objetivo 1 de esta investigación, usaremos la serie de nacimientos del país entre los años 2000 al 2015.

## **6.2. Encuestas de hogares**

Las encuestas de hogares se implementan regularmente en muchos países y son probablemente la fuente de datos más importante para el análisis de desigualdades socioeconómicas y de equidad en salud.

Algunas están diseñadas como encuestas de usos múltiples, con un enfoque en un amplio conjunto de temas demográficos y socioeconómicos, mientras que otras encuestas se centran explícitamente en la salud. Las encuestas de muestra de la población y son representativas, o pueden hacerse representativas, de la población en su conjunto (o cualquier población objetivo definida para la encuesta)

Algunas están diseñadas como encuestas de usos múltiples, con un enfoque en un amplio conjunto de temas demográficos y socioeconómicos, mientras que otras se centran explícitamente en la temática de salud. En general son representativas de la población del país, y de estratos de población más específicos como regiones o áreas de residencia urbana rural.

Se realizan periódicamente cada cierta cantidad de años y aunque deben ir evolucionado con el tiempo, mantienen la comparabilidad en aspectos metodológicos importantes lo que permite realizar a análisis a través del tiempo.

Tienen la ventaja de permitir una recopilación de datos de temas más específicos que aquellos que se recogen con un censo. Muchas de estas encuestas utilizan método tradicional de entrevistas “cara a cara” con un instrumento construido específicamente para dicho fin, e incorporan aspectos metodológicos estandarizados para hacerlas comparables al interior de los países y también entre distintos países. Entre los ejemplos más emblemáticos de este tipo de encuestas de hogares están: “Living Standards Measurement Study” (World Bank), “the Multiple Indicator Cluster Surveys” (UNICEF), and the “Living Standards Measurement Surveys” (WHO).

Los objetivos principales de estas encuestas, en general son medir las características esenciales del patrón de ingresos y gastos de los hogares. En algunos países, las encuestas se centran exclusivamente en este objetivo y, por lo tanto, tienen un uso limitado para el análisis de equidad en salud. Sin embargo, también es común que estas encuestas incluyan módulos adicionales, por ejemplo: salud; educación; ocupación; ingresos; posesión de bienes y características asociadas a la vivienda y a la composición sociodemográfica de las personas en los hogares.(O’Donnell, 2007)

Si bien los datos de las encuestas pueden ser de gran valor para el análisis de equidad en salud, es importante conocer sus limitaciones. Los enfoques de alcance, enfoque y medición pueden variar entre encuestas y a lo largo del tiempo, limitando el alcance para las comparaciones. Otro desafío se refiere a la forma en que se selecciona la muestra de la encuesta y lo que esto implica para hacer inferencias a partir de los datos. Es importante que los analistas sean conscientes de la "representatividad" de los datos de la encuesta y que tengan esto en cuenta al sacar conclusiones sobre determinados grupos de la población. También es importante tener en cuenta cómo ajustar los análisis a través de procedimientos que consideren el diseño de la muestra ya sea aleatorio simple o estratificado en múltiples etapas. Estos son aspectos fundamentales a la hora de realizar el análisis estadístico ya que de lo contrario los resultados pueden estar "sesgados", debido a problemas de no considerar los métodos estadísticos apropiados y coherentes con el diseño y selección de la muestra.

En Chile, desde el año 1987 se realiza cada dos o tres años la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN. Desde sus inicios hasta el año 2017 ha completado 14 versiones.

La encuesta CASEN es representativa de la población del país, la realiza esta bajo la responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social (MINDESOL), y tiene como principales propósitos conocer cómo se distribuyen los principales programas sociales en la población y estimar la pobreza y distribución de los ingresos en Chile. Sus bases de datos son de dominio público, posibles de obtener a través de sitio web del MINDESOL y cumple con todos los requisitos éticos establecidos en Chile en la Ley 19.628 acerca de la privacidad de los datos sensibles.

### **6.3 Fuentes de información para Objetivo 1.**

Recordemos que el objetivo 1 es: Analizar la evolución del acceso a la protección a la maternidad en Chile, antes y después de la Ley 20.545 promulgada el año 2011.

Para responder a este objetivo se utilizaron dos fuentes de información:

## a. Estadísticas oficiales de la Superintendencia de Seguridad Social

La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), es un organismo autónomo del Estado, a cargo de fiscalizar el cumplimiento de la normativa de seguridad social y garantizar el respeto de los derechos de las personas, especialmente de los trabajadores(as), pensionados(as) y sus respectivas familias. Entre sus funciones le corresponde la tuición y administración financiera del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía, que son los recursos fiscales con el cual se remuneran las prestaciones monetarias de la protección a la maternidad: entre ellas: los subsidios por licencia prenatal, licencia postnatal; permiso postnatal parental (incorporado en la última ley) y licencia por enfermedad grave del niño menor de un año, para el total de mujeres con derecho legal a los beneficios de la PM, independiente de su adscripción al sistema de seguro de salud

A partir de las estadísticas oficiales que la SUSESO publica en su sitio web, se obtuvo el número de mujeres que accedieron al beneficio pecuniario de su salario mientras estaban con licencia después del nacimiento de su hijo. Esta cifra tiene la fortaleza de ser la estimación más precisa del país, para conocer el total de mujeres que acceden a la protección a la maternidad en un determinado año. A su vez tiene la limitación de que no es posible relacionarla con otras variables de la mujer. (pág. Web. SUSESO).

## **b. Base de datos de Nacimientos**

Esta información se obtuvo del sistema de información de Estadísticas Vitales del país. En este sistema se registran periódicamente los hechos vitales ocurridos en Chile, tales como defunciones, nacimientos, matrimonios, entre otros. Esta información permite conocer anualmente la cantidad, localización territorial y otras variables asociadas a los nacimientos que ocurren en el país. La unidad de análisis de esta base de datos corresponde a los niños nacidos en cada parto. Por lo tanto, para estimar el número de mujeres con hijos, los partos múltiplos se agrupan a sólo una mujer.

Las bases de datos de los nacimientos se obtienen del Departamento de Estadísticas de información en Salud, DEIS del Ministerio de Salud y están anonimizadas por lo que no es posible identificar datos personales de la madres o niños (Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2000).

#### **6.4. Indicador objetivo 1**

El acceso a la protección a la maternidad fue calculado a través de la tasa de Acceso a Protección a la maternidad (APM), calculada como el cociente entre el número de mujeres que tuvieron una licencia postparto en un año determinado, dividido por el número total de mujeres que tuvieron hijos ese mismo año, amplificado por 100.

$$\text{Tasa de APM} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres con licencia postparto año } i}{\text{N}^{\circ} \text{ de mujeres que tuvieron hijo año } i} \times 100$$

**Dónde:**

Tasa de APM, es la tasa de Acceso a Protección a la Maternidad

Año<sub>i</sub>, es cualquier año del periodo comprendido entre 2000 al 2015

No obstante, que este indicador está calculado utilizando como numerador el número de madres que hicieron uso de licencia post parto, que es sólo una de las prestaciones de la política de PM, este número es el mejor “proxi” del número total de mujeres que acceden a la PM, dado que, en Chile, la ley establece que, si una mujer cumple con las condiciones exigidas, entonces tiene derecho a todas las prestaciones y ese derecho es de carácter obligatorio e irrenunciable.

## **6.5 Fuentes de información, Objetivo 2.**

Recordemos que el objetivo 2 es: 1. Evaluar con enfoque de equidad el acceso de la protección a la maternidad en Chile, antes y después de la promulgación de la Ley 20.545 del año 2011.

Para el responder a este objetivo, se utilizó información de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN la cual permite profundizar en el análisis de las desigualdades, incluyendo variables relacionadas con el nivel socioeconómico de la población que vive en Chile y que no se registran regularmente en las fuentes de datos administrativas.

El diseño muestral es probabilístico, multietápico y estratificado por residencia urbana/rural, con muestras independientes para cada año. Se utilizó la encuesta CASEN 2009 y 2013, como puntos de referencia antes y después de la Ley, el número de hogares encuestados fue de 71.460 el año 2009 y de 66.725 el 2013. Estas bases de datos, están disponibles en la página web del Ministerio de Desarrollo Social (*Ministerio de Desarrollo Social*, 2018).

**Objetivo 2:** Con la encuesta CASEN se creó la “Cobertura estimada de PM” (variable dependiente), utilizando el siguiente procedimiento:

- a) Se asignó valor “1” a las mujeres que declaran haber estado hospitalizadas por parto normal, fórceps o cesárea (tuvieron hijos), pertenecen a la PEA y cotizaron previsionalmente el mes anterior a la encuesta.
- b) Se asignó valor “0” a las mujeres que tuvieron hijos(as) y no pertenecen a la PEA o no cotizaron previsionalmente el mes anterior.

## **Variables independientes**

**Sociodemográficas:** Edad: “15-19”, “20-29”, “30-39”, “40 y más”; zona de residencia: “urbano”, “rural”; Tiene pareja, “Si” (casada/conviviente), “No” (solteras /separadas/ divorciadas/viudas); y Pertenencia a etnia: “Si”, “No”.

**Socioeconómicas:** Sistema previsional de Salud: “Público”, “Privado”; Nivel de escolaridad: “Básico”(<=8 años), “Medio” (9-12), “Superior” (>=13 años); Quintil de ingresos del hogar: “1 más pobre”, “2”, “3”, “4” y “5 más rico”; Pobreza multidimensional “Si”, “No”, este indicador identifica la presencia de carencias a nivel de hogares y personas en los ámbitos de Educación, Trabajo y Seguridad Social; Salud y Vivienda(Alkire, 2007; Ministerio de Desarrollo Social and Observatorio Social, 2015).

## **6.6 Análisis de los datos**

El objetivo 1, se respondió con la evolución de la variable “Cobertura oficial de la PM” entre los años 2000-2015. Para el objetivo 2, se utilizó la “Cobertura estimada” para el año 2009 y 2013. Las desigualdades se analizaron a través de varios procedimientos: 1) análisis bivariado entre “Cobertura Estimada” y cada una de las variables independientes, comparando el cambio antes y después de la ley con test de  $\text{Chi}^2$  o T-test para muestras independientes; 2) brechas de desigualdad absoluta entre los años 2009 y 2013 y brechas relativas entre valores extremos de las variables socioeconómicas;

3) Curva de concentración e Índice de Concentración (IC), estos indicadores permiten evaluar la desigualdad global de acceso a PM y son una herramienta más robusta que el análisis de brechas, puesto que evalúan las desigualdades a través de todo el gradiente socioeconómico (Wagstaff and Doorslaer, 2002; Cabieses *et al.*, 2015). Por ejemplo, para este caso en particular a través de Curva de Concentración se analizó la magnitud de la concentración (área bajo la curva) de las madres que acceden a PM (eje y) y su relación con la distribución de la población de mujeres que tienen hijos, ordenadas a través de la variable ingresos per cápita del hogar (eje X).

4) Modelos Logísticos multivariados, a través de los cuales se evaluó cuáles son los factores que se asocian con acceso a PM interactuando conjuntamente. Se ajustaron dos modelos, uno para el año 2009 y otros para el año 2013, antes y después de la reforma respectivamente. En ambos modelos la variable dependiente fue “Cobertura estimada de PM” y como variables independientes se incluyeron todas las sociodemográficas y socioeconómicas descritas anteriormente.

5) Finalmente, para evaluar la probabilidad de acceso a la PM, se implementó un modelo logístico multivariado total (años 2009 y 2013), en el cual se incluyeron todas las variables significativas en cualquiera de los modelos anteriores y una covariable “proxy de intervención” con valores “0” para las mujeres que tuvieron hijos(as) el año 2009 (pre-reforma) y “1” para las mujeres que fueron madres el año 2013 (post-reforma).



## 7. RESULTADOS

---

### 7.1 Cobertura garantizada de protección a la maternidad

#### a. Evolución de la natalidad

Según las proyecciones demográficas, la población en Chile estimada al 30 de junio de 2016 fue de 18.2 millones de habitantes, de los cuales 49,5% correspondió a población masculina y 50,5%, a población femenina. Chile está en una etapa avanzada de transición demográfica, es decir, presenta un envejecimiento continuo y constante de su población, con un porcentaje creciente de habitantes mayores de 60 años y más (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2016).

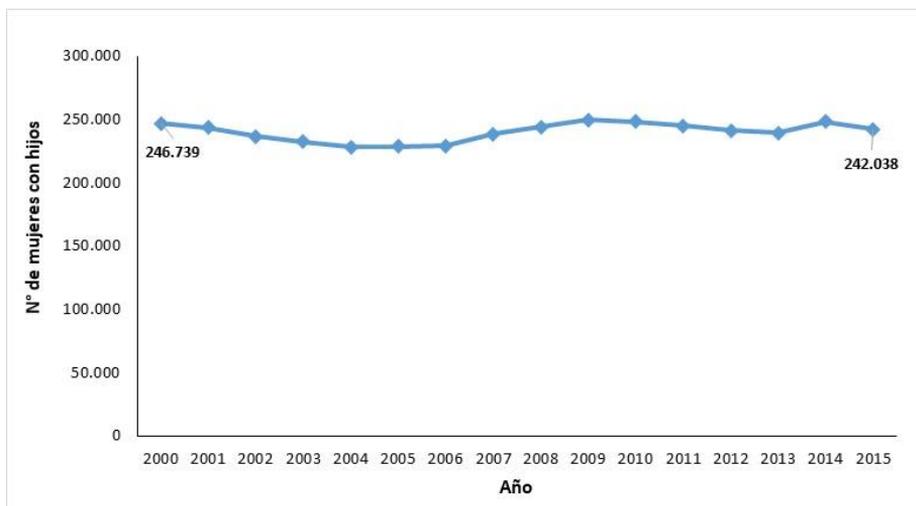
Hay una combinación de factores que explican el envejecimiento de la población en Chile. En primer lugar, está el descenso de la mortalidad en edades tempranas, suceso que se produjo con algunos vaivenes durante el siglo pasado; en segundo lugar, está la disminución de la fecundidad que, si bien comenzó años antes, se intensificó fuertemente a partir de mediados del siglo pasado (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, 2016).

La fecundidad es uno de los componentes de la dinámica demográfica con mayor incidencia en las modificaciones de magnitud que experimenta una población. Chile ha vivido en las últimas décadas una drástica caída en la tasa global de fecundidad (TGF) o el promedio de hijos de una mujer durante su vida fértil. Si en 1960, la TGF era de 5,4, para 1980 pasó a 2,7 y la última cifra del año 2015, habla de 1,79 hijos por mujer (Biblioteca del Congreso Nacional, 2011; Instituto Nacional de Estadísticas, 2016).

Utilizando las bases de datos de nacidos vivos, correspondientes a las estadísticas vitales del país, es posible calcular el número de mujeres que tuvieron hijos vivos. Esta estimación se hace ajustando a sólo una mujer los partos múltiples. Es decir, si una mujer tuvo un parto de mellizos en la base se consignan los dos nacidos vivos. El ajuste mencionado, consiste en considerar sólo una mujer para ese parto múltiple, por lo tanto, sistemáticamente el número de mujeres es levemente menor al total de nacidos vivos en cada año.

La FIGURA 3, muestra el total de mujeres con hijos nacidos vivos para el periodo 2000 al 2015, en ella se observa que el número de mujeres que fueron madres entre al año 2000 al 2015 en Chile, ha permanecido casi estable con leves oscilaciones entre los distintos años y una disminución total de 1,9% entre el 2000 y 2015.

**FIGURA 3. Número de mujeres con hijos nacidos vivos años 2000 al 2015, Chile.**



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas vitales, DEIS. Chile

## b. Evolución de licencias maternales

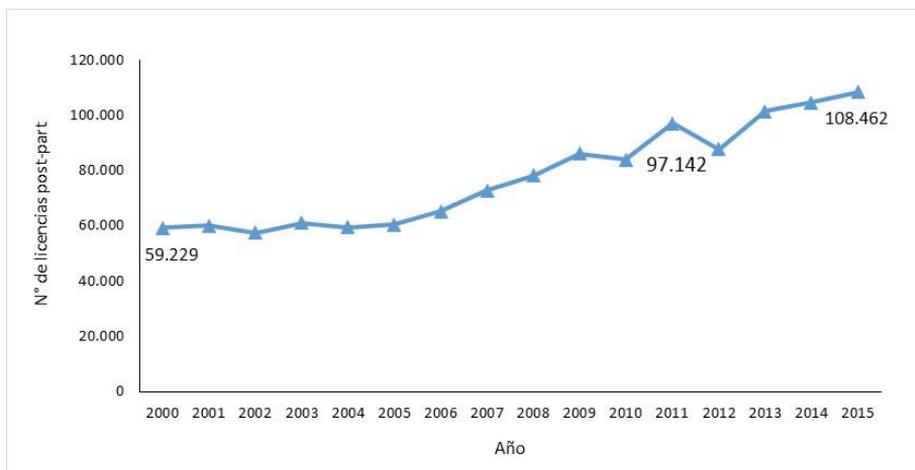
Cabe recordar, que el número de licencias maternales autorizada en Chile, corresponde al número total de mujeres que acceden a los beneficios de protección a la maternidad. La

FIGURA 4, muestra el total de mujeres a las cuales se les autorizó la licencia maternal post parto, lo que significa que son mujeres que fueron madres en el año específico y cumplen con las condiciones establecidas legalmente, para acceder al beneficio de obtención de subsidio monetario, equivalente al total de su ingreso mensual a los 6 meses de su embarazo<sup>4</sup>. Se observa que el número de licencias post parto aumento entre el año 2000 al 2015 de 52.229 a 108.462, lo que representa incremento de casi 83% en el periodo observado. Se observa también que el año 2011, en el cual se promulga la ley 20.545, el incremento es el mayor en toda la serie. Esta situación se explica por el hecho de que la ley permitió en el momento que se promulgo (año 2001) que se incorporan retroactivamente todas las mujeres que tenían hijos de hasta 6 meses.

---

<sup>4</sup> El monto del subsidio corresponde al ingreso total siempre que el salario mensual de la mujer sea menor al tope establecido de 2.897 dólares (valor dólar 693 pesos)

**FIGURA 4: Número de licencias maternales post parto años 2000 al 2015, Chile**



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social. Chile

### c. Evolución de la cobertura garantizada

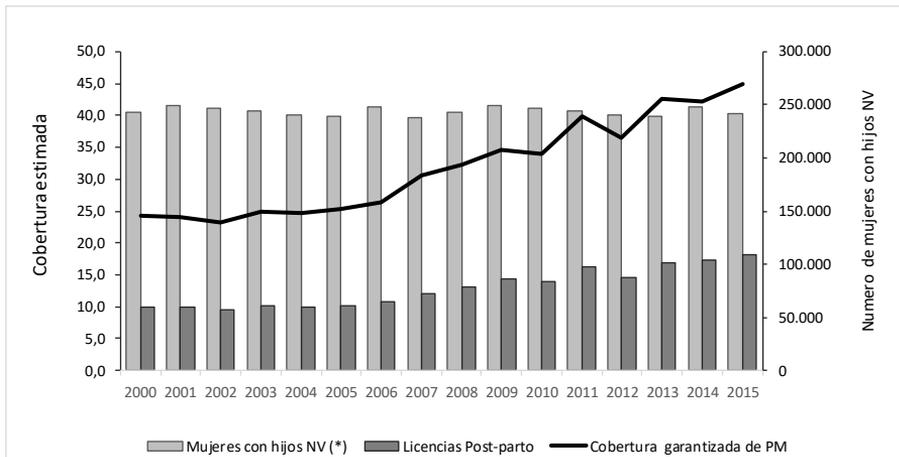
En tabla 8, se entrega el número el número de licencias post-parto legalmente tramitadas y aceptadas para cada año y el número de mujeres que tuvieron hijos, y la cobertura garantizada para el periodo 2000 al 2015.

**TABLA 8. Número de licencias post-parto, mujeres con hijos y cobertura garantizada, años 2000 al 2015. Chile**

Año	Licencias post-parto	Mujeres con hijos	Cobertura garantizada a PM
2000	59.229	246.739	24,0
2001	59.954	243.848	24,6
2002	57.517	236.778	24,3
2003	60.968	232.332	26,2
2004	59.409	228.276	26,0
2005	60.527	228.745	26,5
2006	65.217	229.240	28,4
2007	72.740	238.319	30,5
2008	78.223	244.213	32,0
<b>2009</b>	<b>86.131</b>	<b>249.832</b>	<b>34,5</b>
2010	83.863	248.178	33,8
2011	<b>97.142</b>	244.970	39,7
2012	87.774	241.151	36,4
<b>2013</b>	<b>101.447</b>	<b>239.556</b>	<b>42,3</b>
2014	104.548	248.378	42,1
2015	108.462	242.038	44,8

A modo de síntesis de lo relatado en la FIGURA 5 se muestra, que la evolución de la cobertura legal de acceso a protección a la maternidad esta principalmente explicado por el aumento del numerador del indicador, es decir, por el número de licencias maternales, ya que las mujeres que tuvieron hijos (denominador) se han mantenido casi estables en el periodo estudiado.

**FIGURA 5. N° de mujeres con hijos, licencias post-parto y cobertura garantizada de acceso a PM**



Fuente: Elaboración propia en base a estadísticas de Superintendencia de Seguridad Social y bases de datos de estadísticas vitales años 2000 al 2015. Chile

La FIGURA 5, muestra que, el aumento promedio anual de la cobertura garantizada de PM ha tenido una curva ascendente en todo el periodo observado, no obstante el crecimiento promedio antes de la implementación de la Ley fue de 3.5% mientras que después de la Ley fue de 5.8%. Este aumento es significativo, ya que, al estar

construido con datos administrativos oficiales, si se observa un cambio por pequeño que sea este es considerado estadísticamente significativo. En otras palabras, las inferencias obtenidas a partir de datos administrativos y del universo de la población en estudio, no requieren del cálculo de error o de probabilidad como los análisis realizados a partir de muestras representativas de una población.

En síntesis, la respuesta al objetivo 1, del análisis de la efectividad de la ley entendida como “grado en que una intervención produce resultados beneficiosos en el conjunto de la población objetivo”, es positiva, ya que la comparación del aumento de la tendencia de la cobertura garantizada después de la ley es mayor a la observada antes de la promulgación de la ley.

## **7.2 Cobertura estimada de protección a la maternidad**

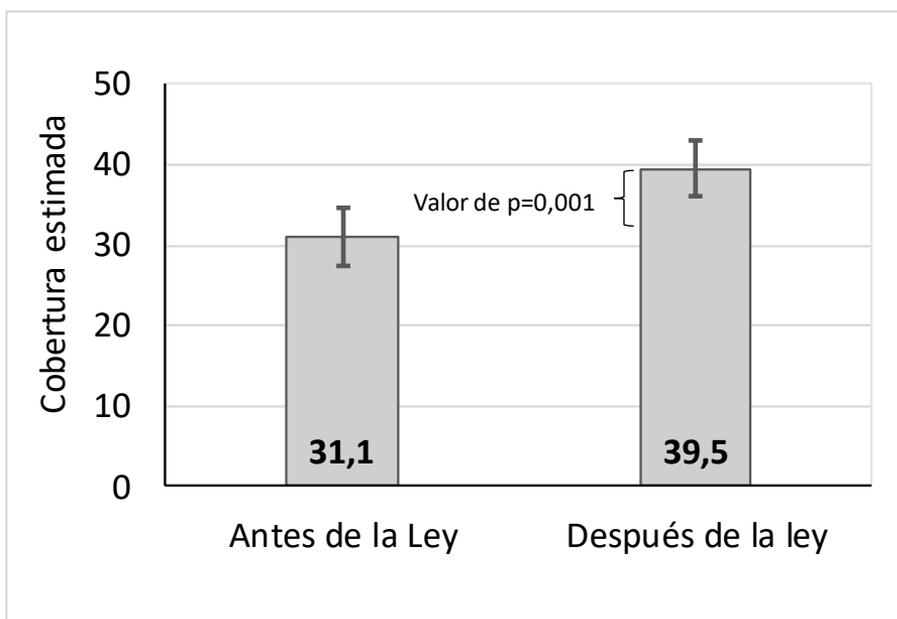
Como ya se explicó en métodos, además de calcular tasa de cobertura garantizada de acceso a protección a la maternidad con datos administrativos para el periodo 2000 al 2015, se calculó también la cobertura estimada utilizando datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica nacional, CASEN 2009 y CASEN 2013 que provienen de la muestra representativa de la población del país.

La cobertura estimada de PM aumenta de 31.1% (IC 95%: 27,5-34.9) a 39,5% (IC 95%: 36,1 a 43,0) antes y después de la ley con una

diferencia de 8,4 puntos porcentuales, diferencia estadísticamente significativa  $p < 0,0001$ .

Es importante constatar que la cobertura garantizada para los años específicos 2009 (antes de la ley) y 2013 (después de la ley) está contenida en los intervalos de confianza de la cobertura estimada, lo que es una medida de robustez para la sensibilidad de los dos indicadores.

**FIGURA 6. Cobertura estimada de acceso a PM antes y después de la Ley**



Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta CASEN 2009 y 2013

### **7.3 Cobertura estimada según variables sociodemográficas**

Se observa un aumento significativo en la cobertura a PM en las mujeres de 30-39 años ( $p=0.01$ ), mientras que en las más jóvenes (15-19) y las de entre 40 a 49 años la cobertura disminuye. Según zona de residencia, se observa una diferencia significativa de acceso a PM en favor de las mujeres de áreas urbanas antes y después de la reforma, el aumento es significativo, de 32.8% a 41.3% para las madres que viven en dichas zonas. El análisis, según condición de pareja muestra un incremento importante de la cobertura de PM en ambos grupos ( $p<0.05$ ), las mujeres con pareja aumentan un 23.2% el acceso a PM de 32.8% a 40.4%. No obstante, después de la reforma el acceso a PM sigue siendo mayor para las madres que declaran viven con pareja (TABLA 9).

En síntesis, en todas las variables estudiadas se observa un aumento en la cobertura estimada de acceso a protección a la maternidad entre los años 2009 al 2013, dicho aumento es significativo para las mujeres de 30 a 39 años; las que viven en las zonas urbanas, las que viven sin parejas (hogares monoparentales) y las que no se identifican con un grupo étnico.

**TABLA 9. Cobertura estimada antes y después de la ley según variables sociodemográficas**

Variables		Cobertura estimada de Protección a la Maternidad		Valor p(a)
		Antes de la Ley Año 2009	Después de la Ley Año 2013	
		% (IC 95%)	% (IC 95%)	
Tramos de Edad(%)	15-19	4,5(1,8-11,1)	4,0(1,6-9,4)	0,83
	20-29	28,7(24,0-33,9)	33,6(38,5-56,4)	0,12
	30-39	44,2(37,3-51,2)	56,4(50,6-62,0)	<u>0,01</u>
	40-49	47,7(33,1-62,7)	39,2(28,4-51,1)	0,38
Zona de residencia(%)	Urbano	32,8(28,8-37,0)	41,3(37,6-45,1)	<u>0,00</u>
	Rural	19,5(14,2-26,3)	25,7(19,8-32,6)	0,18
Situación de pareja(%)	Si	32,8(28,2-37,8)	40,4(36,1-44,8)	<u>0,02</u>
	No	27,6(22,7-33,1)	37,7(32,0-43,8)	<u>0,01</u>
Pertenencia a etnia	Si	23,0(13,2-37,1)	26,7(19,1-36,1)	0,63
	No	31,6(27,9-35,5)	41,0(37,3-44,7)	<u>0,00</u>

(a) Test de Chi<sup>2</sup>. Comparación de la proporción de Cobertura estimada a PM entre los años antes y después de la ley en cada categoría de las variables

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta CASEN 2009 y 2013

## **7.4 Cobertura estimada de PM según variables socioeconómica**

Las mujeres con mayor escolaridad tienen mayor cobertura a la PM antes y después de la reforma. Además, aunque sin significación estadística, hubo un aumento en las madres de escolaridad media y alta, mientras que en las de escolaridad baja la cobertura disminuyó, lo que produce un incremento de la brecha relativa de desigualdad

de 2.8 a 5.5 veces mayor en favor de las madres de escolaridad alta. Según el sistema previsional de salud, la cobertura aumentó en ambos grupos, siendo significativo sólo para las madres del sistema público, lo que produce una leve disminución en la brecha relativa de 2.3 a 2.1 en favor de las madres del sistema privado. Según pertenencia a quintil de ingresos, el aumento tiene lugar en todos los grupos, siendo significativo en las mujeres del quintil 3 donde aumenta desde 32.3% a 44.0% ( $p=0.003$ ), la brecha relativa disminuye de 8.5 a 6.8 veces en favor de las madres del quintil más rico. Según pobreza multidimensional, el grupo de mujeres pobres disminuye levemente la cobertura a PM de 20.5% a 19.0%, mientras que en las madres no pobres aumenta significativamente de 37.6% a 46.7% ( $p<0,001$ ), lo que produce un incremento en la desigualdad relativa de 1.8 a 2.5 en favor de las mujeres no pobres (TABLA 10).

En síntesis, según nivel de escolaridad no se observa una diferencia estadísticamente en ninguno de los niveles, sin embargo, disminuye el acceso en las mujeres de escolaridad bajo (menos de 8 años) y aumenta en el grupo de escolaridad alta, lo que produce un aumento importante en la brecha de acceso. La brecha de acceso disminuye según adscripción a sistema de salud, explicado principalmente por el mayor acceso de las mujeres del sistema público en el cual se encuentra más del 80% de la población femenina que trabaja, este hallazgo es consistente con la disminución de la brecha de acceso según quintil de ingresos (TABLA 10).

**TABLA 10: Cobertura Estimada de Protección a la Maternidad según variables socioeconómicas, años 2009 y 2013.**

Variables	Alternativas	Cobertura de Protección a la Maternidad		Valor p*	Diferencia antes-después
		Antes de la Ley Año 2009	Después de la Ley Año 2013		
		Est. (IC 95%)	Est. (IC 95%)		
Nivel de escolaridad(%)	Bajo	18,8(11,1-29,9)	11,2(7,4-16,6)	0,12	-7,6
	Medio	25,2(21,3-29,4)	30,1(26,0-34,5)	0,11	4,9
	Alto	52,9(44,7-61,0)	61,2(55,6-66,6)	0,10	8,3
Desigualdad relativa. Brecha(alto/bajo)		2,8	5,5		
Sistema de salud	Público	26,3(22,8-30,2)	33,6(30,3-37,1)	<u>0,01</u>	7,3
	Privado	59,9(46,9-71,6)	71,0(61,6-78,9)	0,15	11,1
Desigualdad relativa. Brecha (privado/público)		2,3	2,1		
Quintil de Ingreso	I más pobre	8,6(5,7-12,8)	11,1(8,4-14,5)	0,31	2,5
	II	24,2(18,6-30,8)	31,3(25,6-37,7)	0,11	7,1
	III	32,3(26,0-39,3)	44,0(36,3-52,0)	<u>0,03</u>	11,7
	IV	50,8(41,4-60,1)	60,1(51,6-68,0)	0,15	9,3
	V más rico	72,7(58,5-83,5)	75,6(65,3-83,7)	0,71	2,9
Desigualdad relativa. Brecha(alto/bajo)		8,5	6,8		
Pobreza Multidimensional	Pobre	20,5(15,9-25,9)	19,0(14,3-24,8)	0,69	-1,5
	No pobre	37,6(32,8-42,5)	46,7(42,8-50,7)	<u>0,01</u>	9,1
Desigualdad relativa. Brecha(alto/bajo)		1,8	2,5		

(a) Test de Chi<sup>2</sup>. Comparación de la proporción de Cobertura estimada a PM entre los años antes y después de la ley en cada categoría de las variables

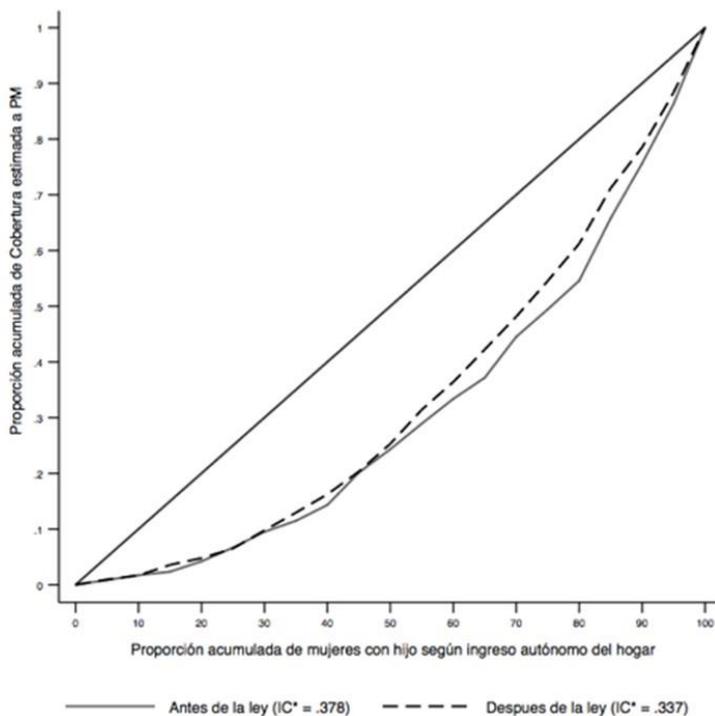
Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta CASEN 2009 y 2013

## 7.5 Concentración de la desigualdad

La FIGURA 7 FIGURA 3, muestra la curva de concentración del nivel de desigualdad de las mujeres que acceden a los beneficios de PM antes y después de la reforma, ordenadas por percentil de ingresos del trabajo de los hogares, en ella se observa una disminución de la

desigualdad en el grupo medio de ingresos (entre 50% y 90% de la población más rica). Sin embargo, el índice de concentración muestra que la disminución global no es significativa (IC=0,378 en 2009 y 0,337 en 2013,  $p=0,20$ ) en la Fig. 2, se muestra también que hasta el 50% de la población más pobre (eje x), la curva de desigualdad se mantiene casi inalterable antes y después de la reforma.

**FIGURA 7. Curva de Lorenz e Índice de Concentración (IC), años 2009 y 2013**



Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuestas CASEN 2009 y 2013

## **7.6 Análisis multivariado probabilidad de acceso antes y después de la ley**

Para el año 2009, antes de la reforma, las variables edad; quintil de ingreso y zona de residencia se asocian con una probabilidad mayor de acceso a PM, controlando por las otras variables que se muestran en Tabla 4. Para el año 2013, las variables que muestran asociación significativa con acceso a PM son edad; nivel de escolaridad y quintil de ingreso. El nivel de escolaridad, para el año 2009, no se asocia significativamente con mayor acceso a PM. Mientras que para el año 2013, las madres de nivel de escolaridad alta tienen 5.17 veces más probabilidad de acceder a PM comparada con las madres de escolaridad baja ( $p < 0,001$ ), controlando por todas las otras variables incluidas en el modelo. La variable quintil de ingreso, en ambos modelos antes y después de la reforma se asocia significativamente con acceso a PM, pero la gradiente de desigualdad entre el quintil más pobre y el quintil más rico el año 2009 es más acentuada que el año 2013. En efecto, las madres del quintil más rico, el año 2009 tienen 20.9 veces más oportunidad de acceder a PM comparada con las madres del quintil más pobre, este valor es de 11.0 para el año 2013. Las variables pertenencia a etnia; sistema de salud y pobreza multidimensional no se asocian significativamente con acceso a PM controlando por las otras variables, en ninguno de los dos modelos (4).

**TABLA 11. Modelos de regresión logística para probabilidad de acceso a protección a la maternidad, para los años 2009 y 2013. Chile**

Variables	Alternativas	Modelo año 2009, antes de la LEY				Modelo año 2009, después de la LEY			
		Odd Ratio	95% IC para Odd Ratio			Odd Ratio	95% IC para Odd Ratio		
			Inferior	Superior	sig.		Inferior	Superior	sig.
(Intercepto)		,129	,037	,452	**	,16	,06	,42	**
Tramos de edad	15-19	1,00							
	20-29	6,59	2,374	18,299	**	6,30	2,408	16,492	**
	30-39	13,02	4,642	36,543	**	14,75	5,476	39,704	**
	40 y más	22,03	6,587	73,679	**	7,56	2,527	22,627	**
Nivel de escolaridad	Bajo	1,00				1,00			
	Medio	1,67	0,853	3,288		2,86	1,663	4,915	**
	Alto	2,63	1,804	3,295	**	5,17	2,843	9,406	**
Quintil de ingreso	I más pobre	1,00							
	II	3,56	2,019	6,269	**	1,84	,98	3,47	**
	III	4,88	2,828	8,409	**	2,00	1,02	3,91	**
	IV	9,66	5,196	17,973	**	4,22	2,15	8,30	**
	V más rico	20,90	9,597	45,520	**	15,84	7,89	31,80	**
Pertenenencia a etnia	Sí	1,00							
	No	0,85	0,460	1,580		2,39	1,61	3,54	**
Sistema de salud	Público	1,00				1,00			
	Privado	0,95	0,470	1,900		0,96	0,56	1,65	
Zona de residencia	Urbano	1,00							
	Rural	1,80	1,165	2,789	*	1,37	,86	2,19	
Pobreza multiid.	Pobre	1,00				1,427	,899	2,265	
	No pobre	0,82	0,543	1,237		1,00			

Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuestas CASEN 2009 y 2013

Finalmente, para analizar el efecto de la variable año, que corresponde a un “proxis de intervención”, se implementó un modelo multivariado en el cual se incluyeron todas las variables estadísticamente significativas del modelo antes y después de la ley (ver TABLA 11) y la variable “año”. Se observa que controlando por las variables edad, nivel de escolaridad, quintil de ingreso y zona de residencia las mujeres que tuvieron hijo después de la Ley tienen 1,28 veces más probabilidad de acceder a los beneficios de PM comparado con las mujeres que fueron madres el año 2009 (TABLA 12).

**TABLA 12. Modelo de regresión logística para probabilidad de acceso a protección a la maternidad. Chile.**

Variables	Alternativas	Modelo total, antes y después de la LEY			
		Odd Ratio	95% IC para Odd Ratio		
			Inferior	Superior	sig.
(Intercepto)		,21	,12	,37	**
Tramos de edad	15-19	1,00			
	20-29	6,71	3,18	14,16	**
	30-39	13,73	6,50	29,00	**
	40 y más	13,95	5,93	32,79	**
Nivel de escolaridad	Bajo	1,00			
	Medio	1,92	1,19	3,11	**
	Alto	2,58	1,58	4,21	**
Quintil de ingreso	I más pobre	1,00			
	II	3,40	2,40	4,82	**
	III	5,29	3,69	7,59	**
	IV	8,74	5,84	13,06	**
	V más rico	14,96	9,17	24,41	**
Año	2009	1,00			
	2013	1,28	1,003	1,643	*

**Fuente: Elaboración propia en base a información de Encuestas CASEN 2009 y 2013.**

En TABLA 12, se observa también, que controlando por año de intervención, la probabilidad de acceso a protección a la maternidad está fuertemente determinada por la edad de la madre y las variables de posición socioeconómica. En efecto, las madres mayores de 20 años tienen una probabilidad 6 veces mayor de acceder a la PM comparado con las menores de 19 años y esta probabilidad aumenta a 13 veces más, manteniendo la comparación con las menores de 19 años. Según nivel de escolaridad la gradiente es de 1,9 y 2,6 veces mayor para las mujeres de escolaridad media y alta comparado con las madres de escolaridad baja (< de 9 años). La gradiente de acceso es más elocuente aun cuando se analiza la variable quintil de ingreso. En efecto, la probabilidad de acceso aumenta desde 3,4; 5,3; 8,7 hasta 15 veces mayor para las madres de los quintiles II; III; IV y V respectivamente.

## Otros aspectos de la ley 20.545

La ley incorporo otros aspectos que no fueron abordados en el desarrollo de esta tesis, pero que constituyen, temas para futuras evaluaciones tales como:

- a. Análisis de la extensión de jornada parcial del permiso postnatal parental.
- b. Análisis de la utilización del traspaso del permiso parental al padre del menor
- c. Incidencia del permiso postnatal parental en la utilización del subsidio por enfermedad grave del niño menor de un año.

En relación a estos temas la superintendencia de seguridad social del país, entrego un informe descriptivo que constituye un valioso aporte para comenzar una investigación que busque las causas y los mecanismos de por qué esto ocurre y realice un análisis con enfoque de equidad.

A continuación de entrega una síntesis del documento de la SUSESO

### a. Análisis de la extensión de jornada parcial del permiso postnatal parental.

Entre noviembre de 2011 y septiembre de 2016 se han iniciado 7.401 permisos postnatal parental en modalidad de jornada parcial, lo cual representa un 1,5% del total de subsidios iniciados. El uso de este tipo de modalidad de uso ha sido decreciente en el tiempo y sólo durante el año 2011 la tasa de uso presentó una diferencia considerable con la situación actual, ya que su utilización alcanzó un 7,8%.

Las trabajadoras que utilizan la modalidad de jornada parcial prácticamente duplican la remuneración imponible de quienes no lo hacen, así como se observa que mientras más alta es la remuneración imponible, mayor es la tasa de uso del beneficio. Sin embargo, de las trabajadoras que utilizaron el permiso en modalidad de jornada parcial, sólo un 16,2% corresponde a trabajadoras cuya remuneración imponible es igual al tope imponible.

La baja tasa de uso del permiso postnatal parental en modalidad de jornada parcial puede ser explicada por determinantes pecuniarios, ya que, si bien con el uso de esta modalidad podría aumentar el ingreso mensual, dicho aumento puede no ser suficiente para justificar el asistir al lugar de trabajo diariamente, con los costos que ello implica

Otro elemento que puede explicar el bajo uso de la modalidad de jornada parcial es considerar que 18 semanas de permiso durante

media jornada no es equivalente a 12 semanas de permiso mediante jornada completa, razón por la cual podría no resultar atractivo para las trabajadoras utilizar esta modalidad.

Posiblemente otro elemento que puede influir es que al utilizar la modalidad de jornada parcial se dificulta la alimentación de los hijos a través de lactancia materna exclusiva, ya que durante el período del día en que la madre se encuentra en su trabajo podría no tener acceso al menor para amamantarlo.

Si bien casi el 84% de las madres trabajadoras que utiliza el permiso en modalidad de jornada parcial presentan una remuneración imponible inferior al ingreso máximo imponible, probablemente en este caso el factor económico no es el causante de su uso. En este sentido, se podría explicar por elementos como la familiaridad de las empresas o empleadores para utilizar trabajadores en jornada parcial, la existencia de una sala cuna cercana al domicilio de la trabajadora y/o del lugar de trabajo, las redes de apoyo que tiene disponible la trabajadora, así como su disponibilidad para compatibilizar el tiempo y esfuerzo dedicado en el trabajo con los cuidados que requiere el menor.

## b. Análisis de la utilización del traspaso del permiso parental al padre del menor

El análisis de la opción de las madres de traspasar semanas del permiso postnatal parental al padre, mostró que durante el periodo en estudio se traspasaron en total 1.157 permisos, lo que representó un 0,24% del total de subsidios iniciados por permisos postnatal parental.

Respecto de la duración de los permisos traspasados, en promedio fue de 33,8 días de permiso traspasados.

La baja utilización del traspaso del permiso al padre trabajador se podría explicar porque la ley exige que sea la madre quien disponga que se haga efectivo, ya que no es posible la utilización simultánea del beneficio entre padre y madre trabajadores.

Entre los elementos culturales que puede afectar su utilización, se observa que la legislación ha promovido beneficios enfocados principalmente en la madre trabajadora, mientras que recién a comienzos de la década de 1990 se otorgó al padre del menor la posibilidad de acceder al permiso parental para el cuidado de sus hijos en caso de enfermedad grave.

Entre los factores que pueden explicar el poco uso del traspaso del permiso está la lactancia materna, la cual cobra mayor relevancia desde el nacimiento del niño hasta que cumple 6 meses de vida,

ya que este es el período óptimo para alimentarlo exclusivamente con leche materna.

Sin embargo, en este estudio se mostró que es posible que los factores culturales jueguen un rol importante en el bajo uso, ya que al comparar el porcentaje de permisos postnatal parental traspasados (0,24%) con el porcentaje de padres que utilizan el permiso por enfermedad grave del niño menor de un año (0,37%), el cual se utiliza a contar de los seis meses de vida del niño, se obtienen resultados muy similares, sin que se pueda argumentar directamente que este último resultado pueda ser influido por la necesidad de alimentar a los hijos con leche materna. Por esta razón se puede suponer que existen factores culturales que podrían influir en la disposición de la madre por traspasar su derecho a cuidar de sus hijos al padre trabajador, así como la disposición de éstos para ejercer dicha responsabilidad. En este sentido, con esta evidencia surgen nuevas líneas de investigación que permitan explorar cuáles son los factores culturales que inciden en que una baja proporción de padres participen activamente en el cuidado de sus hijos.

Adicionalmente, se observa que en los casos en que la madre trabajadora percibe una remuneración superior al tope imponible mensual y el padre presenta una remuneración bajo ese tope hay un mayor traspaso, lo que se podría explicar como un comportamiento estratégico en el uso del traspaso del beneficio, con el objetivo de aumentar el ingreso familiar, pues la madre podría percibir el total de su remuneración al regresar antes a trabajar, mientras que el padre

puede obtener un subsidio equivalente al total de su remuneración. De ser efectivo lo anterior, se evidenciaría que si existen incentivos económicos permitiría aumentar el nivel de participación activa de los padres en el cuidado de sus hijos, superando de este modo los factores culturales que desincentivan su participación.

### **b. Incidencia del permiso postnatal parental en la utilización del subsidio por enfermedad grave del niño menor de un año.**

En el año 2011 se iniciaron poco más de 350.000 licencias por EGNM, mientras que el número de días de subsidio pagados superó los 4,2 millones de días. En el año 2012 ambas cifras sufrieron una caída importante de más de 63% y 71%, respectivamente. Adicionalmente, a contar del año 2012 el número de días de subsidio para niños menores de 168 días disminuyó casi completamente, lo cual se puede atribuir directamente a la implementación del permiso postnatal parental.

En el caso de los niños cuya edad está entre 169 y 365 días, el número de días de subsidio disminuyó entre 2011 y 2012, pero luego de dicha caída ha experimentado un aumento importante de 48% entre 2012 y 2015. Una parte puede ser explicada por el aumento del número de subsidios iniciados por descanso postnatal, los cuales aumentaron un 12,5% entre 2012 y 2015.

Cuando se analiza la evolución de los códigos de diagnóstico de enfermedades, se observa que mientras el número de días de subsidio de las enfermedades del sistema digestivo disminuyeron de manera importante, reduciéndose cerca de un 81% entre 2011 y 2012, los principales grupos de enfermedades presentan una trayectoria creciente en el número de días de subsidio pagado. Lo anterior permite evidenciar el efecto que tuvo la Circular N°2.727, de 2011, de la Superintendencia de Seguridad Social, ya que el número de días de subsidio se ha mantenido relativamente estable a contar del año 2012.

Al analizar la tasa de uso de días de subsidio pagado por EGNM se observa que se explica casi completamente por el aumento en el número de licencias médicas iniciadas y no porque las licencias sean extendidas por más tiempo. Esto puede ser debido a un aumento de las enfermedades que afectan a los niños.



## **8. DISCUSIÓN**

---

El objetivo principal de esta tesis es evaluar el cumplimiento de los principales propósitos de la Ley 20.548, promulgada en octubre del 2011 en Chile, que modificó los requisitos para acceder a la protección de la maternidad e incorporo el beneficio de permiso parental para las familias cuyas madres pertenecen a la fuerza laboral. En este capítulo se comentan los principales resultados y su contraste con la literatura; luego se mencionan las fortalezas y limitaciones de la metodología propuesta; líneas futuras de investigación y las implicancias para la salud pública.

### **8.1 Principales resultados**

Los resultados de esta tesis muestran que el primer objetivo de la Ley 20.545 de aumentar el acceso de la protección a la maternidad se cumple con cualquiera de los métodos analizados, ya sea a través de la cobertura garantizada por ley, y también con la cobertura estimada a través de información de encuestas de hogares representativa del conjunto de la población del país. La tendencia creciente promedio anual observada de la cobertura de acceso a la PM en el periodo anterior a la ley 2000-2010 fue de 3,5% y se acelera a 5,8% para los años posteriores a la promulgación de la ley 2012-2015. Este mismo objetivo evaluado a través de la cobertura estimada es consistente con

el resultado anterior, se observa un aumento desde el año 2009 al año 2013 de 31,1% a 39,5%, respectivamente.

El análisis multivariado permite afirmar también que, ajustando por edad; zona de residencia en que vive la madre (urbano/rural) y variables socioeconómicas, las mujeres que fueron madres después de la Ley tienen una probabilidad 1,28 veces mayor de acceder a la PM en comparación con las mujeres que fueron madres antes de la reforma.

La cobertura estimada de acceso a PM para Chile el año 2009 (31,1%) es bastante similar a la cobertura que tenía Alemania en el año 1970 (31,5%) y la que tenía España en 1993. Es decir, en Chile la cobertura de acceso a la PM el año 2009 era equivalente a la de Alemania de hace 40 años y a la de España 25 años atrás (Escobedo, 2005; Schönberg, 2014).

La ley también tuvo como objetivo reducir las desigualdades en la distribución de los beneficios de PM en las madres chilenas que pertenecen a la fuerza laboral. En este caso, los resultados son más controversiales, ya que el análisis es distinto según las diversas variables de posición socioeconómica analizada. Por ejemplo, en el caso del nivel de educación y la pobreza multidimensional, la brecha de la desigualdad de la cobertura de acceso a la PM aumentó entre los años 2009 y 2013. Para la variable educación la explicación a este fenómeno puede estar dado por el hecho de que en Chile es obligatoria tener a lo menos 12 años de escolaridad (enseñanza

media) desde el año 2003 con la dictación de la ley 19.876. Esto significa, que la gran mayoría de las mujeres en edad fértil, actualmente tienen a lo menos 12 años de escolaridad y, por lo tanto, las con menos años de escolaridad son muy pocas.

El comportamiento de la variable quintil de ingresos, es interesante, ya que muestra un gradiente de desigualdad entre las mujeres de los distintos quintiles desde las más pobres (quintil I) a las de ingresos más altos (quintil V). Sin embargo, esta gradiente se reduce después de la promulgación de la ley, desde una probabilidad de 20 a 15 veces mayor para las madres del quintil V, comparadas con las madres del quintil I.

El índice y la curva de concentración muestran una reducción no significativa de las desigualdades basadas en el ingreso de los hogares. Se observaron hallazgos similares en las brechas de inequidad relativas al observar las variables socioeconómicas por separado. Por ejemplo, en el caso del nivel de educación o la pobreza multidimensional, la brecha aumentó entre los años 2009 y 2013, a expensas de las mujeres trabajadoras más vulnerables del país.

En la literatura científica no encontramos investigaciones que analicen el acceso a la protección a la maternidad utilizando una perspectiva de equidad. Una explicación posible es que la OIT, la normativa internacional y las políticas de cada país expresan fehacientemente que los objetivos de las políticas de protección a la maternidad son armonizar el cuidado infantil y el trabajo

remunerado de las mujeres, sin afectar la salud familiar y la seguridad económica, y la población objetivo son las mujeres que pertenecen la fuerza laboral. Esto podría ser una explicación de que la mayoría de las investigaciones acerca de evaluación de las reformas y políticas de protección a la maternidad se centran en analizar los posibles impactos en resultados de salud de la madre y el niño, así como en indicadores sociales más amplios, como la tasa de empleo y los ingresos de la mujer después de tomar una licencia maternal. Sin embargo, en mi opinión y a la luz de los resultados de esta tesis es fundamental también conocer cuántas y que características tienen las mujeres que realmente acceden a los beneficios establecido por la portación a la maternidad ya que las que principalmente no están siendo beneficiadas de acuerdo a los requisitos de cada país son las mujeres de empleo más informales, que son las que en general tienen peor estado de salud (Ruiz, 2018).

## **8.2 Fortalezas y limitaciones**

Este estudio tiene tres fortalezas importantes: En primer lugar, es un aporte a la evidencia científica en un tema de relativa escases de conocimiento, como lo es la evaluación de resultados de una política pública, que consiste esencialmente en verificar si se han alcanzado los objetivos establecidos por dicha política y un escenarios dónde el interés por la evaluación se ha generalizado entre los financiadores y los planificadores, los usuarios y beneficiarios de los programas, con

la utilidad social como principal criterio de valoración (Nebot, 2011).

La segunda fortaleza se refiere al uso de una metodología posible de replicar en la mayoría de los países en los cuales se dispone de datos administrativos de estadísticas vitales y de encuestas de hogares, ampliamente validados y disponibles en muchos países y que se han transformado, probablemente en la fuente de datos más importante para el análisis de desigualdades socioeconómicas y de equidad en salud (O'Donnell, 2007).

Finalmente, en un contexto con altos niveles de desigualdades sociales; socioeconómicas y de género como en Chile y otros países de la región, la elaboración, discusión, aprobación, ejecución y evaluación de políticas públicas que pueden reducir las inequidades ha de ser una prioridad política y de investigación. Además, en una realidad donde los recursos deben ser priorizados, la evaluación del cumplimiento de objetivos en relación con la población y las desigualdades es un imperativo ético, político y científico. Los resultados de nuestro estudio constituyen una línea basal para posteriores evaluaciones del cumplimiento de los objetivos de la Ley 20.545.

En relación a las limitaciones, el diseño antes-después no controlado, utilizado en este estudio tienen la limitación de no permite asegurar que los cambios producidos sean debidos a la intervención realizada (M José López, 2011), ya que ésta podría deberse a otros factores como, por ejemplo, el aumento sostenido de la participación

femenina en la PEA en Chile que el año 2000 era de 35,0% y el año 2015 alcanza al 44.9%.

Una segunda limitación es que el análisis de la cobertura estimada se calcula con información de una encuesta poblacional que en su origen no fue diseñada para estimar el acceso a la PM, lo que puede haber producido algún sesgo en los resultados. Sin embargo, los datos muestran que la cobertura de la PM estimada es consistente con la cobertura oficial, ya que el intervalo de confianza del resultado estimado contiene al valor de la cobertura oficial.

### **8. 3 líneas futuras de investigación**

Una primera línea de investigación es realizar una evolución del cumplimiento de estos objetivos con la información de la última encuesta CASEN, cuya base de datos fue recientemente liberada. Esta encuesta contiene las mismas variables de las versiones 2009 y 2013, por lo que es posible replicar esta evaluación, en cuyo caso los resultados de esta tesis constituyen una línea basal de la cobertura de acceso a protección a la maternidad que deberá seguir monitoreándose en el tiempo en términos de su cobertura global, así como también en los distintos grupos de las mujeres trabajadoras de Chile.

- a. Análisis de la extensión de jornada parcial del permiso postnatal parental.

- b. Análisis de la utilización del traspaso del permiso parental al padre del menor
- c. Incidencia del permiso postnatal parental en la utilización del subsidio por enfermedad grave del niño menor de un año.

En relación a estos temas el informe entregado por la superintendencia de seguridad social del país, constituye un valioso aporte, pero es necesario continuar con un enfoque que busque las causas y los mecanismos de por qué esto ocurre y realice un análisis con enfoque de equidad.

## **8.4 Implicancias para la salud pública**

Los resultados de esta investigación son también una contribución a la salud pública del país, en la medida que muestran el alcance que tienen los beneficios para la maternidad y el recién nacido, en un segmento de la población de la política de PM, lo cual constituye una información valorable para fundamentar la ampliación a mayores sectores su acceso y cobertura.

En la dirección de lo señalado en el párrafo anterior, se muestra el carácter regresivo, en términos de equidad social, del actual sistema de PM. Ello contribuye a la necesaria apertura a incorporar a sus beneficios a otros segmentos sociales que están fuera de los

beneficios actualmente.

En el contexto de la sociedad chilena, que tiene una baja participación femenina en la PEA, en comparación a los demás países de la OCDE y de la región, los resultados del estudio, dan una indicación de cómo mejorar las cifras de cobertura de la PM: incentivando los programas de incorporación de más mujeres a la PEA. Es fácil comprender que esta perspectiva depende de varios factores que van más allá de los objetivos de esta tesis.

## 9. Conclusiones

---

La protección a la maternidad internacionalmente ha sido una tarea que ha estimulado la Organización Internacional del Trabajo. La importancia que tiene este tema para esta Organización es tal, que el convenio sobre maternidad fue aprobado en la primera reunión internacional que dirigió este Organismo en el año 1919 y Chile fue uno de los primeros países que ratificó el convenio de protección a la maternidad, en 1925 y, posteriormente, en 1994 ratificó el Convenio N°103.

Comparativamente, las prestaciones que se garantizan en Chile son de las más completas del continente americano, disponiendo del período de descanso maternal más extenso del continente, junto a dos países más y, tal como lo hace la mayoría de los países, entregando una prestación económica equivalente al 100% del ingreso sujeto a un tope imponible para fines previsionales. En cuanto a los beneficios parentales, sólo Canadá tiene un período de tiempo más extenso que Chile y en total 5 países del continente utilizan este tipo de beneficios.

Los beneficios maternales disponibles en Chile, en relación con los beneficios consagrados en países de Europa, presentan diferencias importantes. Mientras la duración del descanso maternal chileno es

equivalente a la mediana de los países de Europa, en la mayoría de estos países existen beneficios parentales, a diferencia de lo que ocurre en América, y se extienden por una duración mayor.

Los beneficios de protección a la maternidad que se establecieron en la legislación chilena están prontos a cumplir cien años el 2017 y durante ese tiempo se han producido múltiples modificaciones legislativas que fueron perfeccionando las prestaciones disponibles. Las políticas de protección a la maternidad pueden ser caracterizadas como incrementales y, por tanto, la gran mayoría de los cambios realizados han sido acotados y se remiten a pequeñas adaptaciones de los beneficios ya existentes.

Los beneficios de protección a la maternidad se han centrado en establecer garantías y beneficios para la madre trabajadora, y sólo recién en el año 1993 se reconoció la corresponsabilidad entre padre y madre respecto del cuidado de los hijos y se permitió que el padre trabajador pudiera acceder al permiso por enfermedad grave del niño menor de un año. La utilización de este beneficio, al igual que el traspaso del permiso postnatal parental al padre trabajador, está condicionada a la voluntad de madre trabajadora.

De lo anterior se desprende que probablemente la utilización de los beneficios maternos está culturalmente asociada y vinculada a un rol que debe ser ejercido por la madre trabajadora. Además, si bien la ley consagra la posibilidad que el padre ejerza un rol corresponsable en el cuidado de sus hijos, no establece incentivos claros para que

ambos padres puedan ejercer de manera activa e indistinta el cuidado de sus hijos, por lo cual la inercia cultural probablemente mantiene a la madre trabajadora como la encargada del cuidado de los hijos.

## Bibliografía

- Acheson, S. D. (1998) Independent inquiry into inequalities in health: report. Stationery Office.
- Addati, Laura; Cassirer, Naomi; Gilchrist, K. (2014) ‘Maternity and paternity at work Law and practice across the world. Law and practices across the world’, Manager, (SUMMER). doi: 10.1515/9783110870466.116.
- Alkire, S. (2007) ‘The missing dimensions of poverty data: Introduction to the special issue’, Oxford Development Studies, 35(4), pp. 347–359. doi: 10.1080/13600810701701863.
- Benach J; Muntaner C (no date) Aprender a mirar la salud. Barcelona. El Viejo Topo; 2005.
- Benach, J. et al. (2011) ‘Beyond Rose’s strategies: a typology of scenarios of policy impact on population health and health inequalities’, International Journal of Health Services, 41, pp. 1–9. doi: 10.2190/HS.41.1.a.
- Biblioteca del Congreso Nacional (2011) Historia de La Ley. Available at: <https://www.bcn.cl/historiadela-ley/historia-de-la-ley/vista-expandida/4514/> (Accessed: 24 October 2018).
- Biblioteca Nacional Digital (2016) El impacto de la Gran Depresión en Chile (1929-1932), Memoria Chilena. Available at: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-601.html> (Accessed: 20 October 2018).
- Blofield, M. and Martínez, J. (2014) ‘Trabajo, familia y cambios en la política pública en América Latina: equidad, maternalismo y corresponsabilidad’, Revista CEPAL, (114), pp. 107–125.
- Cabieses, B. et al. (2015) ‘Did socioeconomic inequality in self-reported health in Chile fall after the equity-based healthcare reform of

2005? A concentration index decomposition analysis', PLoS ONE, 10. doi: 10.1371/journal.pone.0138227.

Casas, L. and Valenzuela, E. (2012) 'Protección a la maternidad: una historia de tensiones entre los derechos de la infancia y los derechos de las trabajadoras', *Revista de derecho*, 25(1), pp. 77–101.

Chile, G. de (2018) Código del Trabajo. Available at: [http://www.dt.gob.cl/portal/1626/articles-95516\\_recurso\\_2.pdf](http://www.dt.gob.cl/portal/1626/articles-95516_recurso_2.pdf) (Accessed: 18 October 2018).

Congreso de Chile (1917) Ley 3186 Establece el Servicio de Cunas en las Fábricas, Talleres o Establecimientos Industriales en que se ocupen 50 o más mujeres mayores de 18 años, 13-ENE-1917. Available at: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=23792> (Accessed: 23 October 2018).

Cornia, G. A. (2010) 'Income Distribution under Latin America's New Left Regimes', *Journal of Human Development and Capabilities*, 11(1). doi: 10.1080/19452820903481483.

Departamento de Estadísticas e Información en Salud (2000) Bases de datos Nacimientos. Available at: <http://www.deis.cl/bases-de-datos-nacimientos/#> (Accessed: 20 October 2018).

Encuesta Casen - Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social (no date). Available at: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/basedatos.php> (Accessed: 11 July 2018).

Enzing, C; Mahieu, B. P. M. P. X. (no date) Ex post evaluation and impact assessment of funding in the FP7 NMP thematic area. Main report. European Commission 2015.

Escobedo, A. and Navarro, Y. L. (2005) 'Perspectivas de desarrollo y evaluación de las familiares en España y en la Unión

Europea Indice’.

Esnaola, S. et al. (2010) ‘La evaluación del impacto en la salud: una vía para introducir la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010’, *Gaceta sanitaria*, 24 Suppl 1(Suppl 1), pp. 109–13. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.09.010.

Europe 2020 – Europe’s growth strategy (no date). Available at: [http://ec.europa.eu/europe2020/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm) (Accessed: 21 November 2015).

European Centre for Health Policy, W. (1999) *Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach*, Gothenburg Consensus.

Fehr, R. et al. (2012) ‘Quantitative health impact assessment: taking stock and moving forward’, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(12), pp. 1088–1091. doi: 10.1136/jech-2011-200835.

Fleurbaey, M. and Schokkaert, E. (2009) ‘Unfair inequalities in health and health care’, *Journal of Health Economics*. North-Holland, 28(1), pp. 73–90. doi: 10.1016/J.JHEALECO.2008.07.016.

González, J. B. (2010) ‘La cultura jurídica chilena: apuntes históricos, tendencias y desafíos’, pp. 427–448.

Gormaz, M. J. (2015) ‘Facultad de traspaso al padre en el nuevo permiso postnatal parental’, pp. 131–132. Available at: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/131721>.

Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2016) *Anuario de Estadística Vitales*, Chile.

International Labour Organization, I. (2010) *LA MATERNIDAD EN EL TRABAJO Examen de la legislación nacional*. doi: 978-92-2-322928-3.

International Labour Organization, I. (2012) *Kit de Recursos sobre la Protección de la Maternidad del anhelo a la realidad para*

todos.

International Labour Organization, I. (2014a) Maternity and paternity at work Law and practice across the world. Law and practices across the world, Manager. doi: 10.1515/9783110870466.116.

International Labour Organization, I. (2014b) Maternity and paternity at work Law and practice across the world. Law and practices across the world, Manager. doi: 10.1515/9783110870466.116.

International Labour Organization, I. P. (2009) Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social. Primera. Santiago Chile.

International Network on Leave Policies and Research (2017) ‘13Th International Review of Leave Policies and Related Research 2017’, pp. 1–350.

Kraft, M. E. and Furlong, S. R. (2013) Public policy : politics, analysis, and alternatives. SAGE Publications.

Krieger, N. (2001) ‘A glossary for social epidemiology.’, J Epidemiol Community Health, 55(1), pp. 693–700. doi: 10.1136/jech.55.10.693.

López-Calva, L. F. and Lustig, N. (2010) Declining inequality in Latin America : a decade of progress? United Nations Development Programme. Available at: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id> (Accessed: 25 October 2018).

M José López, Marc Marí-Dell’Olmo, Anna Pérez-Giménez, M. N. (2011) ‘Diseños evaluativos en salud pública’, Elsevier España, S.L, 25, pp. 9–16.

Macintyre, S. (2003) ‘Evidence based policy making: impact on health inequalities still needs to be assessed’, BMJ: British Medical Journal. BMJ Group, 326(7379), p. 5.

- Magnusson, M. et al. (2014) 'Health Equilibrium Initiative: a public health intervention to narrow the health gap and promote a healthy weight in Swedish children.', *BMC public health*, 14(1), p. 763. doi: 10.1186/1471-2458-14-763.
- Marmot, M. et al. (2010) 'Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010'. London: The Marmot Review.
- Mindell, J. S., Boltong, A. and Forde, I. (2008) 'A review of health impact assessment frameworks', *Public health*. Elsevier, 122(11), pp. 1177–1187.
- Ministerio de Desarrollo Social (no date) Resultados Encuesta CASEN 2017. Available at: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen\\_2017.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php) (Accessed: 26 October 2018).
- Ministerio de Desarrollo Social and Observatorio Social (2015) Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional. Available at: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Nueva\\_Metodologia\\_de\\_Medicion\\_de\\_Pobreza.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Nueva_Metodologia_de_Medicion_de_Pobreza.pdf).
- Ministerio de Previsión Social (1931) 'Decreto con Fuerza de Ley N.o 178', (28 DE MAYO DE 1931). Available at: <http://bcn.cl/1v8vy> (Accessed: 23 October 2018).
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2011) 'Ley 20.545, Modifica las normas de protección a la maternidad e incorpora el Permiso Posnatal Parental', (17 de octubre de 2011).
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social (1993) 'Ley 19250 Modifica Libros I, II y V del Código del Trabajo, Artículo 2472 del Código Civil y otros textos legales', *Diario Oficial*, (30 de septiembre de 1993). Available at: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30617>

(Accessed: 24 October 2018).

Montaño S; Calderon C (2010) El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo. Naciones Unidas. Available at: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27845/1/S2010994\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/27845/1/S2010994_es.pdf) (Accessed: 5 May 2017).

Nebot, M. et al. (2011) ‘Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos’, *Gaceta Sanitaria*, 25(Supl 1), pp. 3–8. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111700024>.

O’Donnell, O. et al. (2007) Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. doi: 10.1596/978-0-8213-6933-3.

OECD (2016) OECD Economic Surveys: Korea 2016. doi: 10.1787/eco\_surveys-kor-2016-en.

OECD (2018) Labour Market Statistics: Labour force statistics by sex and age: indicators., OECD Employment and Labour Market Statistics (database). Available at: [https://www.oecd-ilibrary.org/employment/data/labour-market-statistics/labour-force-statistics-by-sex-and-age-indicators\\_data-00310-en](https://www.oecd-ilibrary.org/employment/data/labour-market-statistics/labour-force-statistics-by-sex-and-age-indicators_data-00310-en) (Accessed: 26 October 2018).

Olivetti, C. and Petrongolo, B. (2017) ‘The Economic Consequences of Family Policies: Lessons from a Century of Legislation in High-Income Countries’, *Journal of Economic Perspectives*, 31, pp. 205–230. doi: 10.1257/jep.31.1.205.

Organización Internacional del Trabajo (2000) Convenio 183 sobre la protección de la maternidad.

Organización Panamericana de la Salud (2013) Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional, Ops. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173298/SaludReproductiva\\_y\\_Maternidad\\_saludable\\_Legislacion\\_nacional](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173298/SaludReproductiva_y_Maternidad_saludable_Legislacion_nacional)

de  
conformidad.pdf?sequence=1%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173298/Salud\_Reproductiva\_y\_Maternidad\_saludable. Legisl.

Peter H. Rossi, Mark W. Lipsey, H. E. F.- (2004) *Evaluation: A Systematic Approach*. SAGE Publi.

Porta M, L. J. (2008) 'A Dictionary of Epidemiology. Oxford', Oxford University Press: 2008, 15(2), p. 277. doi: 10.1093/ije/15.2.277.

Raute, A. (2017) 'Can financial incentives reduce the baby gap? Evidence from a reform in maternity leave benefits', Nber, (September), p. September. doi: 10.3386/w23793.

Rossin-Slater, M. (2017) 'Maternity and Family Leave Policy', 1. doi: 10.1093/oxfordhb/9780190628963.013.23.

Ruhm, C. J. (2008) 'The Economic Consequences of Parental Leave Mandates: Lessons from Europe', *The Quarterly Journal of Economics*, 113, pp. 285–317.

Ruiz, M. (2018) 'Empleo informal y desigualdades en salud en Chile, un enfoque de investigación integrado (tesis doctoral)', Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

Schönberg, U. and Ludsteck, J. (2014) 'Expansions in Maternity Leave Coverage and Mothers' Labor Market Outcomes after Childbirth', *Journal of Labor Economics*, 32(3), pp. 469–505. doi: 10.1086/675078.

Shankardass, K. et al. (2014) 'Strengthening the implementation of Health in All Policies: a methodology for realist explanatory case studies Health Policy and Planning Advance Access KEY MESSAGES', *Health Policy and Planning*, (May 2014), pp. 1–12. doi: 10.1093/heapol/czu021.

Sociales, D. (2012) 'Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las

desigualdades sociales en salud en España’, *Gaceta Sanitaria*.  
SESPAS, 26(2), pp. 182–189. doi:  
10.1016/j.gaceta.2011.07.024.

Stahl, T. et al. (2006) Health in All Policies Prospects and potentials, *Public Health*. doi: 10.1177/1403494810379895.

Suchman, E. A. (1968) *Evaluative research: principles and practice in public service and social action programs*.

Superintendencia de Seguridad Social (2013) ‘Subsidio por Permiso Postnatal Parental a dos años de su creación’, pp. 1–34.

Superintendencia de Seguridad Social (2016) *Protección a la maternidad en Chile: Evolución del Permiso Postnatal Parental a cinco años de su implementación*.

Tolosana, E. S. (2015) ‘Salud en todas las políticas. Apuntes para el paso a la acción’, *Aposta Revista De Ciencias Sociales*, 66, pp. 122–147.

Vega J, Solar O, I. A. (2005) *Equidad y determinantes sociales de la salud. Introducción*. Primera Ed. Edited by M. F. Jadue Liliana. Available at: ISBN 956-299-863-0.

Wagstaff, A. and Doorslaer, E. Van (2002) ‘Overall vs . Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations’, *Health Economics*, 13, pp. 297–301. doi: 10.1002/hec.822.

Whitehead, M. and Dahlgren, G. (2006a) ‘Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1’, (2).

Whitehead, M. and Dahlgren, G. (2006b) *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health, Studies on social and economic determinants of population health*. Available at: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int) (Accessed: 18 October 2018).

WHO (2005) 'The importance of design in the evaluation of tobacco control policies', in, pp. 33–57.

WHO (2008) 'Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health.', World Health Organization. doi: 10.1080/17441692.2010.514617.