

Subsidio a la maternidad en Chile: un caso de objetivos múltiples.

**Maternity subsidy in Chile:
a case of multiple objectives.**

Dr. Carlos Montoya Aguilar*

Resumen

Se describe el Subsidio Maternal y el Subsidio por Enfermedad Grave del Hijo Menor de un Año, en Chile, incluyendo montos y distribuciones del gasto, así como sus relaciones con la fecundidad y con la morbilidad de los lactantes.

La situación plantea la necesidad de explicitar los múltiples objetivos que estos beneficios tienen, con el propósito de priorizar aquellos que son más válidos desde el punto de vista de la política social. Se tabulan estos objetivos junto con los mecanismos actuales y posibles para lograrlos.

Se calcula el costo de una eventual extensión del subsidio postnatal y se postula una política de equidad, la cual puede no implicar mayor gasto si hay solidaridad. El debate actual puede aprovecharse para avanzar más profundamente hacia la equidad en este aspecto.

Palabras Claves: Subsidio maternal, objetivos múltiples, equidad en salud, previsión social, lactancia materna.

Abstract

The benefits of maternal subsidy and of paid permission for the mother to take care of her infant child in cases of severe illness, in Chile, are described, including the amounts and distribution of the relevant expenditure. Also, their relationships with fertility and with the morbidity of infants.

It is argued that this has become a situation of multiple objectives. These are made explicit, along with the present and possible mechanisms for achieving them. This is necessary in order to start prioritizing those that are most valid from the viewpoint of social policy.

The economic features of a policy oriented in favour of equity and of exclusive breast feeding are estimated; arguments and strategies for such a policy are presented.

Key Words: Maternal subsidy, multiple objectives, equity in health, social security, maternal breast feeding.

* Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. cmontoya@minsal.cl

A. Antecedentes

La Ley 4 054 de 1924, del Seguro Obrero Obligatorio, estableció, entre otros, el derecho a reposo pre y postnatal para las madres obreras; éste fue confirmado en la Ley 10 383 de 1952, del Servicio de Seguro Social y del Servicio Nacional de Salud. Se hizo extensivo a las empleadas por la Ley N° 11 462 de 1953, y fue reglamentado por el Decreto 402 de 1954. La Ley 13 305 de 1959 amplió el beneficio postnatal de seis a doce semanas, «si el cuidado del niño lo requiere». En el mismo año se amplió el período de goce de la Asignación Familiar Prenatal a partir de la 17° semana de embarazo, es decir, hasta por cinco meses, con el objetivo de atraer a las mujeres al control prenatal. La Ley 10383 había establecido, además, que la mujer que amamanta a su hijo «tendrá derecho a recibir un auxilio de lactancia equivalente al 25 % del monto bruto del subsidio maternal» (1).

Actualmente, el subsidio maternal está consagrado en el Artículo 195 del Código del Trabajo. El permiso por enfermedad grave del hijo menor de un año (EGHMA) está normado por el Artículo 199 del Código del Trabajo y por la Ley N° 18.867. La Ley N° 18.469, de 1985, ratificó su inclusión en el «régimen de prestaciones de salud» prescrito para todos los trabajadores dependientes de los sectores público y privado y para todas las demás personas que coticen en un sistema legal de previsión. En virtud de la Ley N° 18.418 de 1985 el financiamiento, que se cargaba a las cotizaciones de la seguridad de salud pasó, a ser de cargo fiscal, con el objetivo declarado de evitar que las primas de las mujeres en las Isapres fueran más elevadas que las de los hombres. Desde entonces, las Isapres no tienen incentivos para fiscalizar el uso de estas licencias por sus afiliadas, pues son pagadas con recursos estatales (2). Mensualmente, el Tesoro Público traslada los montos necesarios a las Isapres, a las Cajas de Compensación (CCAF) y a los Servicios de Salud, para que estas entidades cancelen el subsidio a sus beneficiarias. La administración general del régimen corresponde a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) (3).

(Hay que agregar aquí que la legislación chilena prescribe un «subsidio a la maternidad», el cual consiste en un pequeño apoyo económico uniforme a toda embarazada cuyo ingreso familiar sea menor que un monto especificado en la ley. Después del parto, este subsidio es reemplazado por la asignación familiar).

Los objetivos explícitos del subsidio maternal y por EGHMA son:

** suplir el ingreso de la madre trabajadora durante el reposo pre y postnatal y durante la ausencia moti-

vada por las enfermedades graves del hijo menor de un año.

- ** reducir los riesgos para la salud de la madre y del hijo menor de un año.
- ** fomentar la lactancia natural y el apego del hijo recién nacido a la madre.
- ** facilitar el trabajo remunerado femenino.

Las propuestas de modificación de este régimen por parte del Ejecutivo y la subsiguiente discusión en el Parlamento y en otros ámbitos, incluyendo el Colegio Médico de Chile, dejan en claro que aquí hay un ejemplo clásico de una situación de «objetivos múltiples» (4,5).

Algunos de los objetivos posibles del subsidio maternal no han aparecido en el primer plano de la discusión: uno de ellos es el de servir como un mecanismo para la EQUIDAD. En 1995 Francisco Mardones-Restat señalaba que la asignación del subsidio maternal es profundamente regresiva: el 70% de los beneficios se entregaba a mujeres de los dos quintiles de mayor ingreso familiar (encuesta CASEN); ello significaba traspasar desde el fisco al sector privado, cada año, el equivalente de más de 30 millones de dólares de aquel año, monto superior a la mitad del costo del Programa de Alimentación Complementaria (6).

La duración del subsidio postnatal, actualmente de doce semanas, no es suficiente para apoyar una lactancia natural exclusiva que debe prolongarse hasta los seis meses de vida. Esta es, a su vez, condición necesaria para una salud óptima del niño en su infancia y en su vida posterior (7). Un subsidio postnatal de 26 semanas cumpliría además, automáticamente, con el objetivo de asegurar el cuidado materno del hijo enfermo, en su período de mayor vulnerabilidad.

El subsidio por EGHMA no ha estado regulado por normas técnicas acerca de: qué profesionales están autorizados para otorgarlo; definición de las EGHMA y de los procedimientos para su diagnóstico; definición (protocolo) de su tratamiento, incluidos los cuidados en la familia, en la sala cuna y por la atención primaria de salud.

Por otra parte, el subsidio maternal no parece influir ni en la fecundidad ni en la incorporación al trabajo remunerado de las mujeres con mayores ingresos; y, como se demuestra más adelante, no contribuye a compatibilizar la maternidad con el acceso de las mujeres pobres a empleos formales.

B. Objetivos de Este Artículo

- B 1. Mostrar un análisis de los «objetivos múltiples» del subsidio maternal y de los mecanismos para lograrlos.
- B 2. Esclarecer las opciones existentes y la posibilidad de armonizar algunas de ellas.

C. La Información Básica: Las Cifras (3).

C 1. El universo

Censo 2002	Mujeres en edad fértil (15-44 años): 3.637.137 Mujeres de 15 a 44 años ocupadas: 1.269.521
INE, 2001	Nacidos vivos en un año: 250.000 (68,74 por mil mujeres en edad fértil)
Estadísticas de FONASA e ISAPRE	Mujeres de 15 a 44 años que cotizan en 2002: 580.000 en FONASA y 323.400 en ISAPRE; total 903.400.
SUSESO 2002	Mujeres que reciben subsidio maternal en un año: 56.000 (tasa aproximada de fecundidad: 61,99 por mil mujeres que cotizan).

C 2. La estratificación.*

a) En 2002, el **SNSS y las Cajas de Compensación** pagan subsidios a 35 mil madres.

En promedio, cada una recibió \$ 4.914 por cada uno de 125,4 día de pre y posnatal, para un total de \$ 21.565 millones.

En 2002, las ISAPRE pagaron subsidios a 21 mil madres. En promedio, cada una recibió \$ 13.979 por cada uno de 126 días de pre y postnatal, para un total de \$ 37.085 millones.

En 2002, el SNSS y las Cajas de Compensación pagaron subsidios por EGHMA, que sumaron \$ 10.982 millones. El promedio por cada madre (o niño) fue de 2,1 licencias de 27 días de cada una, a \$ 5.608 por día.

En 2002, las ISAPRE pagaron subsidios por EGHMA que sumaron \$ 21.870 millones.

El promedio por cada madre (o niño) fue de 2,4 licencias de 33,4 días, a \$ 12.997 por día.

b) Una mujer trabajadora que gana el salario mínimo (\$ 121.667 mensuales) recibe por concepto de subsidio maternal y por EGHMA un total de \$ 730 mil.

Una mujer que percibe un sueldo de 60 UF (el tope para la entrega del subsidio), recibe un total de \$ 6 millones 866 mil.

Del fondo para subsidio maternal y por EGHMA, las madres de los quintiles IV y V reciben el 76%, aproximadamente; y las madres de los quintiles I y II, el 11% (2).

c) En el año 2000 (encuesta CASEN) el promedio de ingreso mensual de las mujeres, por su ocupación principal, fue \$ 204.957. Hubo una fuerte gradiente por categoría ocupacional:

Patrona o Empleadora	Cuenta Propia	Empleada u Obrera	Servicio Doméstico	FFAA
726.859	220.926	208.443	137.911 p.adentro 83.443 p.afuera	248

También hubo una gradiente por nivel de estudios:

0-3 años	4-8 años	9-12 años	13 y más años
97.198	111.332	157.636	344.761

y una gradiente por edad:

15-29 años	30-44 años	45-59 años	60 y más años
155.477	225.392	229.105	184.357

C 3. La Fecundidad

En 2002 había en **FONASA** 580 mil cotizantes de sexo femenino y de menos de 45 años de edad. La relación de este número con el de subsidios maternales indica una tasa de fecundidad de 60,35 por mil mujeres.

En 2002 había en las **ISAPRE** 323 400 cotizantes de sexo femenino y de menos de 45 años de edad. Al combinar esta cifra con la de subsidios maternales resulta una tasa de fecundidad de 64, 94 por mil mujeres.

Las tasas de fecundidad anotadas no son consistentes con el diferencial por quintiles de ingreso (CASEN 2000) en población femenina general: mujeres de 12 y más años que tuvieron parto en los 12 meses previos a la encuesta:

Quintil de ingreso	I	II	III	IV	V	TOTAL
Porcentaje de las mujeres	31,0	24,9	17,8	15,2	11,0	100,0
N° de nacidos vivos	77.500	62.250	44.500	38.000	27.500	250.000

* Nota: Subsidios RM y EGHMA pagados en 2002 por:

	SNSS y Cajas Compensac.	ISAPRE	TOTAL
Miles \$	32.546.451	58.954.810	91.501.261
Días	6.346.679	4.335.579	10.682.258
Promedio \$ por día	5.128,11	13.597,91	8.565,72

Fuente: SUSESO.

Se deduce que hay una fecundidad elevada entre las parejas de bajos ingresos en que la mujer no tiene ocupación remunerada. Ello significa que hay cierta incompatibilidad entre el trabajo femenino y la fecundidad en dicho estrato, sin que podamos aquí indicar la dirección de el o los mecanismos causales que intervienen.

C 4. Edad y morbilidad de los niños menores de un año. Sector público. (MINSAL/DEIS, 1.07.03; datos anualizados):

Edad	N° de niños beneficiarios del sistema público (estimación)	N° de consultas por médico (morbilidad)	Concentración de consultas por niño	Promedio de consultas por niño y por semana
0-28 días	175.000	45.113	0,26	0,065
28 ds-5 ms	175.000	394.503	2,25	0,102
6- 11 ms	175.000	480.501	2,75	0,106
0- 11ms	175.000	920.117	5,26	0,101

En las 40 semanas posteriores al período apoyado con subsidio maternal y en que puede darse el subsidio por EGHMA, se esperan 4,16 consultas por morbilidad. El número promedio de episodios EGHMA observados no exceden esta cifra -son 2,1 y 2,4 en los dos estratos socioeconómicos- pero extraña su duración, que es de alrededor de un mes en promedio. Dado que la licencia se extiende por un período de siete días, prorrogables de siete en siete hasta completar un período continuo de 30 días, cada episodio ha requerido por lo menos cinco visitas al médico.

D. Comentario de la Información Básica.

No hay otra explicación para la inequidad en el uso del financiamiento fiscal destinado al subsidio maternal y por EGHMA que la desigualdad en el grado de influencia de las personas de distintos estratos económicos sobre las decisiones legislativas pertinentes (cuando éstas se produjeron).

A la inequidad derivada de que los subsidios sean equivalentes a los salarios de las personas se suma la mayor capacidad de los estratos acomodados para hacer el máximo uso de los recursos de la seguridad «social», como lo demuestra el número de días de licencia pagada por EGHMA, que paradójicamente es mayor en el caso de dichos estratos.

A las inequidades básicas mencionadas se suma la desigualdad en perjuicio de las trabajadoras más jóvenes, con menos educación y de categoría ocupacional inferior.

La política de los gobiernos de la Concertación tiene como principio la llamada «focalización» del gasto social; y se publican análisis tendientes a demostrar tal focalización. Sin embargo, la gran «desfocalización» (1) del gasto en subsidio maternal y por EGHMA casi no se menciona en el debate público.

Se gasta mucho más en los grupos de menor riesgo en salud. El uso de días de subsidio por EGHMA parece algo más razonable en las madres trabajadoras atendidas por el sistema público (y en los médicos tratantes de este sistema), y excesivo en las cotizantes de ISAPRE.

E. Análisis de los Objetivos y de los Mecanismos para Lograrlos.

A la luz de las discusiones de este período 2003-2004, se deduce que el subsidio maternal y por EGHMA puede tener los siguientes grupos de objetivos: a) de subsistencia y salud, incluido el incentivo al control de salud pre y postnatal y a la atención institucional del parto; b) de estímulo al empleo femenino; c) económico-financieros, y d) socio-económicos. A continuación se detallan estos objetivos, junto con los mecanismos que se han puesto en práctica o que se han propuesto. No se incluye en el cuadro un posible objetivo relacionado con la fecundidad, ya que éste no ha existido en las políticas públicas y porque, además, un efecto de esta naturaleza resulta difícil de predecir.

Subsidio a la maternidad en Chile:
un caso de objetivos múltiples

Objetivos	Mecanismos posibles
<p>1. Subsistencia y salud: ++ de la madre, pre y postnatal</p> <p>++ del hijo: cuidado por enf. grave</p> <p>lactancia nat. exclusiva (salud actual y futura)</p>	<p>Subsidio: monto? 100%, 80%, 67% de remuneración sujeto a nivel de remuneración? o Promedio de todas las afiliadas o Dos salarios mínimos (uniforme).</p> <p>Subsidio: monto? Ídem opciones anteriores. N° de días? Libre? Limitado: ¿cuántos días? Sanciones por «exceso»: Al intermediario financiero Al médico</p> <p>Duración: subsidio postnatal ¿N° de semanas?</p>
<p>2. Trabajo femenino: ++ en general ++ de mujer pobre</p>	<p>Subsidio no pagado por empleador Subsidio equitativo (hipotético)</p>
<p>3. Económico-financieros: ++ facilitar el ingreso de mujeres a Isapre, sin alza de prima ++ favorecer a las madres de salario alto ++ facilitar el financiamiento del AUGE en el sistema público ++ Reducir el gasto fiscal</p>	<p>Financiamiento estatal: subsidio «inverso» = gran inequidad</p> <p>Subsidio igual al salario (principio de «continuidad de ingresos») Aporte del empleador para igualar subsidio al salario (hipotético) Traspaso del financiamiento del subsidio a las cotizaciones: anula el subsidio «inverso» por el Estado. El subsidio queda proporcional al aporte de la madre. Traspasar el financiamiento desde el Estado a las cotizaciones. Reducir el subsidio por EGHMA a las mujeres de salarios «altos»: ¿en qué porcentaje? ¿a partir de qué nivel de ingreso mensual: 1,5 salarios mínimos? ¿\$ 400.000? ¿\$ 500.000? Limitar los días de pago por EGHMA: ¿a cuántos? ¿35? ¿50? ¿55?. Definir restrictivamente la EGHMA: ley, guías. Fiscalizar a los médicos y sancionar excesos («fraudes») Sancionar o premiar a los intermediarios financieros para que fiscalicen, con la mitad del mayor o del menor gasto.</p>
<p>4. Socio-económicos: equidad= solidaridad desde el estrato más pudiente.</p>	<p>Se iguala o se aproxima el subsidio maternal y/o el subsidio por EGHMA de todas las trabajadoras por redistribución a las afiliadas pobres desde. a) un fondo estatal financiado por todos los chilenos de ambos sexos, o b) un fondo formado desde las cotizaciones.</p>

Comentario de los objetivos y mecanismos:

Algunos de los mecanismos anotados han demostrado ser ineficaces, en las condiciones actuales. Como se ha visto más arriba, las mujeres pobres con fertilidad elevada no se incorporan al trabajo formal. El traspaso del financiamiento estatal a las cotizaciones fue propuesto por el Presidente Lagos en 2002 y fue rechazado en el Parlamento. Tampoco han prosperado las iniciativas para limitar el porcentaje de la remuneración que se paga como subsidio maternal o por EGHMA, sea en general o a las trabajadoras de salario alto. La prolongación del reposo postnatal para facilitar la lactancia natural exclusiva hasta los seis meses no ha sido aceptada; a la fecha de escribir este artículo, la Cámara de Diputados había considerado un aumento de dicho reposo desde doce a quince semanas. La nivelación del subsidio en pro de la equidad ha sido considerada políticamente inviable.

En cambio, han mostrado gran robustez los mecanismos destinados a mantener un nivel de subsidios igual

al salario y a facilitar el ingreso de las mujeres a las ISAPRE. A pesar de esto último, no se ha cumplido el propósito de evitar el alza selectiva de las primas que pagan a los seguros privados las mujeres de edad fértil (3).

La fiscalización y restricción en el otorgamiento del subsidio por EGHMA a todas las trabajadoras han parecido aceptables a los parlamentarios, aunque han moderado las limitaciones excesivas: por ejemplo, a esta fecha (marzo 2004), han transado con el gobierno en un máximo de 50 días para el subsidio por EGHMA, en lugar de los 35 días propuestos por el Ministerio de Hacienda y de los 55 días que se otorgan en la práctica a las afiliadas al sistema público. La fuerza de la argumentación del gobierno, en este caso, deriva de la comprobación de un aumento del subsidio en cuestión, de 1.377 % entre 1991 y 2002. Este aumento tiene múltiples explicaciones: son más las mujeres que trabajan; han subido los salarios reales; las madres y los médicos conocen mejor este beneficio; hubo una crisis económica en 1998-2002 (la curva ascendente se acelera en 1997-98). Finalmente, la ausencia de normas precisas y

de monitoreo del uso del subsidio se prestó para abusos, particularmente en el sector privado.

En cambio, era de esperar el aumento del gasto por subsidio maternal, que fue de 156 % en el mismo período: este se explica por los dos primeros factores anotados más arriba: más mujeres que trabajan y salarios mayores.

F. Un Cálculo Complementario.

Se muestran a continuación las implicaciones económicas de legislar a favor de la lactancia natural y la salud, financiando un reposo postnatal de seis meses.

Dado que el promedio diario de los subsidios maternales y por EGHMA es de \$ 8.566 (a reajustar según IPC), la decisión de extender el reposo postnatal pagado a 26 semanas en lugar de las doce semanas actuales representaría aparentemente un costo adicional de:

$$98 \text{ días} \times \$ 8.566 \times 56.000 \text{ madres} = \text{M\$ } 47.010.208.$$

De esta suma hay que deducir el menor gasto por EGHMA, resultante de:

a) normalización del otorgamiento de este subsidio por los médicos: puede estimarse que el total de 3.640 833 días de EGHMA subsidiados a 56 mil madres en el 2002 se reduciría a 56 mil x 55 días = 3.080.000 días. Esta reducción, estimada de 560 833 días, representa un 15,4 % de los subsidios EGHMA actuales.

b) la eliminación del subsidio EGHMA en el período de prolongación del postnatal: al período de exposición a la necesidad de faltar al trabajo por EGHMA se reduciría de 40 semanas a 26 semanas, es decir, en 35%. Por este factor, los 3.080.000 días del párrafo (a) bajarían a: 2.002.000 días.

Por lo tanto, habría un menor gasto por subsidio para EGHMA igual a:

$$1.638.833 \times 8.566 = \text{M\$ } 14.038.243$$

Por lo tanto, **el mayor gasto neto derivado de la extensión del reposo posnatal sería solamente de:**

$$\text{M\$ } 47.010.208 - \text{M\$ } 14.038.243 = \text{M\$ } 32.971.965$$

Implementación de las medidas propuestas.

Como se viene de señalar, un requisito previo es: normalizar el uso de la licencia por EGHMA en los sectores público y -especialmente- privado. Esto debe incluir:

- Protocolización del diagnóstico, tratamiento y clasificación de gravedad de las enfermedades de los menores de un año.

- Normar quién puede indicar la licencia y quién la visa (por ejemplo, director de consultorio).
- Monitoreo de la indicación de licencias, comparando instituciones, establecimientos, médicos.
- Relacionar el tratamiento de las EGHMA y, por ende, el uso de licencias, con: atención primaria de la salud infantil (horario vespertino, visita domiciliaria, colaboración con la comunidad); uso y supervisión de las salas-cuna; informe de servicio social; jornada parcial o trabajo en el domicilio.

Este primer punto es de bajo costo económico y político.

La protección de la lactancia natural puede ser **puesta en práctica en forma gradual**, aprovechando la actual fase ascendente del ciclo económico. Por ejemplo, puede prolongarse el postnatal en 3 semanas cada año durante un período de 5 años; y puede acercarse el monto del subsidio hacia niveles más equitativos, en avances parciales durante el mismo plazo de 5 años. Este último propósito podría lograrse por los mecanismos solidarios sugeridos en la Sección E o fijando un subsidio mínimo garantizado por el Estado, por ejemplo, para las trabajadoras de régimen laboral independiente, informal o temporal.

De esta manera se lograría, en un plazo razonable:

- Un impacto favorable en la salud actual y futura de la población, con alguna focalización en el estrato más vulnerable.
- Lo anterior, sin perjudicar la incorporación de las mujeres al trabajo; antes bien, estimulándolo en el caso de las mujeres de estratos menos favorecidos.

G. Discusión.

Como se indicó antes, los subsidios maternales han llegado a tener objetivos múltiples, lo cual crea la necesidad de priorizar o de optar entre ellos.

Originalmente, los objetivos fueron de subsistencia y salud, y para favorecer el trabajo femenino. Al ser asignados el reposo y el subsidio a las madres obreras y estar el financiamiento principalmente a cargo del empleador (8), cumplía también con el objetivo de equidad y de estímulo a la atención profesional del parto. Además, todos estos propósitos se potenciaban mutuamente.

Al incorporarse al beneficio mujeres de todos los estratos y mantenerse un subsidio de monto igual al salario, el objetivo de equidad con solidaridad desapareció. Las madres más pudientes pudieron gozar de la continuidad del total de sus ingresos, es decir, de un régimen mucho más favorable que el de muchos países desarrollados (9).

En 1985, el gobierno agregó el objetivo de facilitar el ingreso de las mujeres a las Isapres, y para ello financió el subsidio a través de un fondo estatal. Este objetivo es directamente antagónico a una política social: se ha creado un subsidio «inverso», que agrava la inequidad. Indirectamente, esta medida ha creado la oportunidad de «explorar» al sistema, materializándose un «riesgo moral» que las cifras prueban.

Con la Reforma actual de la salud aparece un nuevo objetivo económico, que encuentra precisamente su justificación en el riesgo moral que se refleja en la curva ascendente del gasto por EGHMA. Este nuevo objetivo es el de contribuir al financiamiento de la Reforma (plan AUGE). Es un objetivo estrecho de la «nueva clase» y que se logrará en forma limitada.

El beneficio que estamos considerando es un instrumento de la política social, la cual se supone inspirada en principios valóricos y orientada a propósitos de integración y de eficacia social (10). Hay que reafirmar tal política y aprovechar el debate público en curso para tomarla como punto de partida para las reformas.

El principio valórico que corresponde aplicar preferentemente aquí es el de compensar a los menos favorecidos (11) y maximizar el bien común. El subsidio económico tiene mayor significación para las mujeres de menos ingresos(12), incluyendo su opción por el trabajo remunerado. Y, finalmente, son los niños y los ciudadanos futuros de todos los estratos los que obtendrán mejor salud mediante la prolongación, ahora, del reposo postnatal a seis meses.

Referencias

1. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, 1959 N° 4: 541-2; y 1959 N°5-6: 749.
2. Rodríguez J, Tokman M, *Análisis del gasto en subsidios por incapacidad laboral y sus determinantes*, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos, Santiago, 2001.
3. *Superintendencia de Seguridad Social, Subsidio maternal y por enfermedad grave del hijo menor de un año*, Santiago, 2002.
4. Kaufmann A, *Métodos y modelos de la investigación de operaciones*, Edit. ContiNental, Mexico D.F., 1961.
5. Etzioni A, *Modern organizations*, Prentice Hall, N.J., 1964.
6. Mardones-Restat F, *Equidad en la focalización del PNAC y del subsidio maternal*, INTA Informa, 1995;2(4):3.
7. Pinto F, *Sobre el proyecto de «Prolongar la licencia postnatal a seis meses para proteger el apego y la lactancia natural exclusiva»*, Carta abierta a la Superintendente de Seguridad Social, 17.10.2003.
8. Allende S, *La Realidad Médico Social Chilena*, Ministerio de Salud, 1939.
9. Aedo C, *Evaluación económica de la prolongación del postnatal*, Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2002.
10. Parsons T, *The political aspect of social structure and process*, Cap. 4 de: Easton D.(ed.), *Varieties of Political Theory*, Prentice Hall, N.J., 1966.
11. Rawls J, *Teoría de la Justicia*, FCE, Mexico D.F., 1985.
12. Baumol W J, *Teoría económica y análisis de operaciones*, Herrero Hnos., Mexico D.F., 1985.