

Christina Ewig¹

Reprodukcja społeczna i zreorganizowane państwo. Feministki a neoliberalne reformy zdrowia w Chile

Choć kobiety na całym świecie tradycyjnie brały na siebie dużą część odpowiedzialności za reprodukcję społeczną, to neoliberalne praktyki spowodowały dramatyczny wzrost kosztów tej odpowiedzialności i przerzuciły ich ciężar z instytucji państwowych na rynki, rodziny oraz kobiety jako jednostki.² Międzynarodowy zwrot w kierunku neoliberalizmu rozpoczął się w latach 80. XX wieku, gdy rozwinięte kraje uprzemysłowane (zwłaszcza Stany Zjednoczone i Wielka Brytania) próbowały wzmocnić swoje gospodarki w oparciu o nowe zasady ekonomiczne. W przeciwieństwie do obowiązującego wcześniej keynesowskiego modelu ekonomicznego, neoliberalizm przedkłada działanie rynków i mechanizmów rynkowych nad interwencję państwa. Międzynarodowe instytucje finansowe, takie jak Międzynarodowy Fundusz Walutowy (MFW) i Bank Światowy, promują neoliberalizm jako sposób na wzrost gospodarczy i rozwój społeczny na płaszczyźnie globalnej, a zwłaszcza na globalnym Południu. W wielu krajach rozwijających się, przyjęcie neoliberalnych wskaźników dostosowania gospodarczego, które miały ustabilizować zadłużone gospodarki, faktycznie wywołało wzrost inflacji i bezrobocia, przy równoczesnym ograniczeniu świadczeń państwowych. W tej fazie neoliberalizmu państwowi decydenci uzależnili przetrwanie społeczności i rodzin od kobiet, które odegrały rolę „amortyzatorów” (zobacz np. Tinker 1990; Beneria i Feldman 1992; González de la Rocha 1995). Po dostosowaniu gospodarczym przyszła kolej na politykę społeczną. Zaczęto podporządkowywać ją neoliberalnym zasadom, prywatyzując znaczną część jej aparatu, reorganizując systemy zabezpieczeń socjalnych tak, by działały na podobieństwo rynków i przerzucając istotną część odpowiedzialności za opiekę społeczną z instytucji państwowych na kobiety. Te ostatnie, w neoliberalnym państwie zostały permanentnymi „wolontariuszkami” - dostarczycielkami opieki zdrowotnej i opieki nad dziećmi (Lind

2005; Ewig 2006a). W przypadku Chile, skutkiem przejścia do rynkowych polityk społecznych było przeniesienie kosztów reprodukcji biologicznej na kobiety jako jednostki.

W rozdziale tym przyglądam się chilijskim neoliberalnym reformom opieki zdrowotnej oraz temu, jak na początku lat 2000. feministki i ich sojusznicy próbowali odwrócić skutki neoliberalnych praktyk w procesie naprawy reform [re-reform] sektora opieki zdrowotnej, by domagać się ogólnospołecznej, a nie wyłącznie kobiecej odpowiedzialności za ten aspekt reprodukcji społecznej, jakim jest reprodukcja biologiczna. Chile było prekursorem wdrażania neoliberalnej polityki socjalnej, a w porównaniu z innymi państwami, neoliberalne zasady stosowało w sposób doktrynerski. Jako prekursor i kraj uważany za wzór neoliberalnego reformatora, Chile stanowi pouczający przykład wpływu neoliberalnych praktyk na dystrybucję odpowiedzialności za reprodukcję społeczną. Pokazuje również, jakie strategie muszą budować kobiety, by przywrócić odpowiedzialność państwa za reprodukcję społeczną na nowym politycznym terenie „zreorganizowanego” państwa neoliberalnego (Banaszak i wsp. 2003).

Podczas gdy uczeni wiążą spadek wpływów i aktywności chilijskich ruchów kobiecych z umacnianiem się demokracji (zobacz np. Waylen 1994: 353; Frohmann i Valdés 1995; Schild 1998; Baldez 2002: Rozdział 8), ja pokazuję, że przyczyną ich mniejszej widoczności jest nie tylko powrót do „polityki jak zwykle”, ale też reorganizacja państwa chilijskiego w wyniku neoliberalnej globalizacji. W kontekście neoliberalizmu, Chile reorganizowało się przerzucając obowiązek podstawowej opieki społecznej z rządu centralnego na władze lokalne [*downloading*], przekazując organom niewybieralnym [*lateral-loading*] podejmowanie najważniejszych decyzji i pozostawiając część funkcji państwa opiekuńczego albo podmiotom sektora prywatnego, albo kobietom i rodzinom [*off-loading*]). Skupiam się na tym, jaki wpływ miała ta reorganizacja państwa na podział obowiązków związanych z reprodukcją społeczną między kobiety, rodziny i państwo. Pokazuję, że zreorganizowane państwo doprowadziło do nowych form konfliktu pomiędzy ruchami kobiet a władzą państwową, a także do genderowego sporu w obrębie samego państwa.

Zaczynam od przedstawienia w zarysie jak przebiegała reorganizacja państwa chilijskiego w kontekście neoliberalizmu. Następnie badam konsekwencje neoliberalnych reform w chilijskim sektorze zdrowia na początku lat 80. z punktu widzenia kobiet. Państwo zrzuciło [*off-loaded*] wówczas odpowiedzialność za reprodukcję społeczną na kobiety w rodzinach oraz na instytucje sektora prywatnego, prywatyzując tym samym odpowiedzialność za koszty reprodukcji biologicznej. Najważniejsza część tego rozdziału dotyczy sporu między ruchem kobiet a państwem oraz sporu wewnątrz państwa o reprodukcję społeczną i sprawiedliwość w relacjach płci jako główny przedmiot naprawy neoliberalnej reformy [re-reform] chilijskiego systemu opieki zdrowotnej w latach 2000-2006, w okresie rządów centrolewicowej koalicji pod przewodnictwem prezydenta Ricardo Lagosa. Podsumowanie stanowi refleksja na temat tego, jak neoliberalne państwo stwarza zarówno możliwości, jak i przeszkody dla postępu w uspołecznianiu odpowiedzialności za społeczną reprodukcję.

Zreorganizowane państwo a reprodukcja społeczna

W rozdziale tym posługuję się typologią zmian w charakterze państwa, opracowaną przez Banaszak *i wsp.* (2003) i nazwaną „reorganizacją państwa”. Banaszak *i wsp.* twierdzą, że w latach 80. i 90., w związku z konserwatywnymi przemianami ekonomicznymi, inspirowanymi neoliberalizmem, państwa europejskie i północnoamerykańskie przeszły znaczące zmiany w strukturach i w podziale odpowiedzialności. Autorzy uważają, że były to zmiany przełomowe, jeśli chodzi o zrozumienie nowych sposobów wzajemnego oddziaływania państwa i ruchów społecznych, jak również zmienionego charakteru ruchów kobiecych, które z radykalnych i autonomicznych przekształciły się w bardziej „propaństwowe i ugodowe” (2003: 2). Autorzy ci ograniczyli swoją analizę do ruchów kobiecych w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej. Ja wykorzystuję te same ramy teoretyczne rozważając przypadek Chile, podkreślam ich znaczenie dla kwestii reprodukcji społecznej i w oparciu o nie pokazuję, że reorganizacja/rekonfiguracja państwa prowadzi również do szczególnych form genderowej kontestacji w obrębie samego aparatu państwowego.

Banaszak *i wsp.* szkicują trzy kluczowe zmiany strukturalne w państwie: „uploading”, „downloading” i „lateral loading”, oraz wskazują na istotną zmianę w relacjach państwo-społeczeństwo, którą określają terminem „offloading”. *Uploading* odnosi się do przesunięcia kompetencji z poziomu państwa narodowego na poziom organizacji ponadnarodowych. W przeciwieństwie do dużej części Ameryki Łacińskiej, gdzie kompetencje w sferze finansowej przeszły wyżej do MFW, a w sferze polityki społecznej do Banku Światowego i Międzypaństwowej Organizacji Rozwoju, Chile doświadczyło tego typu przemieszczeń (*uploading*) w stopniu minimalnym. Chile odstaje od innych krajów Ameryki Łacińskiej przez to, że wdrażało neoliberalne reformy zanim nastąpiła hegemonia neoliberalnego myślenia. Neoliberalną liberalizację gospodarki Chile zaczynało wprowadzać w życie w latach 1974-1975, a neoliberalne strategie społeczne w latach 1979-1980. Pod wieloma względami Chile było prototypem, na którym wzorowano „Konsensus Waszyngtoński”.³ Ograniczona demokratyzacja Chile w 1990 roku, kiedy to siły konserwatywne otrzymały nieproporcjonalną władzę, oznaczała, że Chile nie odeszło od globalnego neoliberalnego konsensusu gospodarczego, pomimo braku zmian typu *uploading*.⁴

Downloading to przekazywanie obowiązków państwa organom władz lokalnych. Jako prekursor tego mechanizmu, Chile przeniósło odpowiedzialność za państwową służbę zdrowia na władze lokalne w 1979 roku, w okresie dyktatury generała Pinocheta. *Downloading* nie oznaczał jednak przekazywania władzy, ponieważ burmistrzowie byli w tamtym czasie nominowani. Miał raczej na celu rozmycie odpowiedzialności za usługi państwowe i ograniczenie tym sposobem roszczeń wobec rządu centralnego. Z punktu widzenia ruchów kobiet, *downloading* pomnaża obszary, gdzie strategie publiczne państwa wpływają na podział odpowiedzialności za reprodukcję społeczną i gdzie te strategie muszą napotkać sprzeciw.

Lateral loading przenosi uprawnienia do podejmowania decyzji z organów wybieralnych na niewyberalne, takie jak sądy, agencje wykonawcze i organizacje quasi-rządowe (Banaszak *i wsp.* 2003: 5). Ilustracją *lateral loading* może być decyzja o wprowadzeniu neoliberalnych rozwiązań w Chile podjęta przez niewielki krąg doradców generała Pinocheta. Nawet we współczesnym Chile, uważanym

za jeden z najbardziej demokratycznych krajów tego regionu, mechanizm *lateral loading* jest powszechnie stosowany. Niebezpieczeństwo z nim związane polega na tym, że rozważane problemy stają się niewidoczne dla opinii publicznej, decyzje zapadają daleko od społeczeństwa obywatelskiego, a kwestie polityczne mogą być odpolityczniane.

Offloading przenosi tradycyjne obowiązki państwa na prywatnych uczestników rynku czy społeczeństwa obywatelskiego (Banaszak i wsp. 2003: 6). Wspólnym dla obu faz neoliberalizmu w Chile było „przemieszczenie” [*offloading*] obciążeń związanych z reprodukcją społeczną bezpośrednio na kobiety jako członkinie rodzin i społeczności. Ale inne rodzaje działań typu *offloading* również były szeroko rozpowszechnione. Wprowadzając prywatnych dostawców usług zdrowotnych do zdominowanego uprzednio przez państwo systemu opieki zdrowotnej, Chile przemieściło [*offloaded*] swoje zobowiązania socjalne na interesy sektora prywatnego. W dodatku, odpowiadając na wezwanie Banku Światowego do zwiększenia zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego (element własnej reakcji banku na krytykę jego wertykalnych praktyk), Chile przeniosło [*offloaded*] pewne aspekty usług opieki społecznej wprost na organizacje pozarządowe (NGO).

Jako zapowiedź tych reorganizacji państwa drastycznie zmieniły się dyskursy dotyczące roli państwa oraz relacji państwo-obywatel. Domaganie się uniwersalnych praw obywatelskich, niegdyś częste, zastąpione zostało wizją państwa jako ostatniej instancji z ograniczoną odpowiedzialnością za utrzymanie narodowego „kapitału ludzkiego”. Pojęcie obywatela zastąpiono - przynajmniej tam, gdzie wpływy rynku są największe - pojęciem konsumenta.

Takie zmiany w państwach konstytuują nowy obszar sprzeciwu wobec polityk państwowych - zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz aparatu państwa. Choć każdy element zmiany odkrywa nowe wyzwania dla ruchów kobiecych, niektóre jej aspekty niosą również nowe możliwości. Skoro państwa przerzuciły odpowiedzialność [*uploaded*] na międzynarodowe instytucje finansowe, aktywistki feministyczne tam właśnie skierowały swoje działania, odnosząc pewne sukcesy. Ruchowi „Women's Eyes on the World Bank” udało się nakłonić Bank Światowy, by włączył do swojej polityki treść porozumień zawartych

podczas IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet w Pekinie („Women's Eyes” 1997). Postanowienia ONZ dotyczące praw kobiet i praw człowieka służą ruchom kobiet jako kluczowe punkty oparcia, nawet wtedy, gdy państwa próbują ukrywać swoje strategie stosując *lateral loading* (Keck i Sikkink 1998; Ewig 2006b). Co więcej, ministerstwa do spraw kobiet, budżetowanie pod kątem płci [*gender budgeting*] i inne mechanizmy, które mogą popychać aparat państwa neoliberalnego w kierunku nowych rozwiązań, zostały nagłośnione za pośrednictwem globalnych sieci feministycznych i udostępnione przez międzynarodowe organy, takie jak ONZ (zobacz też Postłowie do *Beyond States and Markets. The Challenges of social reproduction*. Isabella Bakker, Rachel Silvey (ed.), autorstwa Govender).

Ponieważ państwa przenieśli kompetencje [*downloaded*] na wiele centrów decyzyjnych, feministkom znacznie trudniej jest wskazać odpowiedzialnych za politykę państwową. Jednak w niektórych przypadkach decentralizacja otworzyła przestrzeń dla lokalnych działań kobiet (Ewig 2006a). Kiedy państwa stosują *offloading*, w rezultacie często kurczy się ich odpowiedzialność. Z kolei w innych przypadkach *offloading* skierowany jest na kobiece organizacje pozarządowe, co daje kobietom i ruchom kobiet wyjątkowe szanse na oddolne kształtowanie polityki społecznej (Ewig 1999; della Porta 2003; Valiente 2003). Poza tym, przemieszczenia obowiązków społeczno-reprodukcyjnych nieraz dawały kobietom impuls do sprzeciwu wobec praktyk państwowych w zakresie reprodukcji społecznej (Brenner i Laslett 1991). Dzięki temu konsekwencje *offloadingu* stawały się potencjalnym załącznikiem szerszej zmiany politycznej. I wreszcie, obok nowego dyskursu państwa minimalnego i obywateli jako konsumentów, wyłoniły się języki praw człowieka i praw kobiet o globalnym zasięgu, które odgrywają rolę mocnego dyskursywnego kontrapunktu dla języka neoliberalizmu (Petchesky 2003).

Tematem pozostałej części tego rozdziału są reformy zdrowia w Chile i feministyczne odpowiedzi na te zmiany, czyli przykład sytuacji, w której zreorganizowane państwo stwarza ograniczenia, ale również nowe możliwości ingerencji feministycznych w politykę państwową.

Chilijskie reformy zdrowia z 1979: prywatyzacja reprodukcji

Zanim dyktatura Pinocheta rozpoczęła reformy zdrowia w 1979 roku, Chile miało jeden z najbardziej uniwersalnych systemów służby zdrowia w regionie, a większość populacji dostęp do usług opieki zdrowotnej. System ten składał się z oddzielnych, ale powiązanych ze sobą systemów publicznych. Stary system ubezpieczeń zdrowotnych typu *pay-as-you-go*, czyli Pracownicza Służba Medyczna (*Servicio Médico Nacional para Empleados*, SERMENA), zaprojektowany został dla pracowników umysłowych [ang. *white-collar workers*] i urzędników państwowych, a Państwowa Służba Zdrowia (*Servicio Nacional de Salud*, SNS) dla pracowników fizycznych [ang. *blue-collar workers*] i osób ubogich. Robotnicy i ludzie ubodzy polegali na rozległej infrastrukturze medycznej SNS, podczas gdy beneficjenci SERMENA mogli wybierać spośród ograniczonej liczby szpitali i klinik SERMENA, placówek SNS lub prywatnych dostawców usług medycznych, subsydiowanych częściowo przez SERMENA. W 1952 roku, gdy powstawała SNS, jej zwolennicy wyobrażali ją sobie jako uniwersalny system opieki zdrowotnej, wzorowany na brytyjskiej Państwowej Służbie Zdrowia [*National Health Service*] (Labra 2002). Choć ta wizja nigdy nie została w pełni zrealizowana, powszechne prawo obywateli do gwarantowanej przez państwo opieki zdrowotnej było ważną częścią dyskursu politycznego. W latach 70. XX wieku SNS zapewniała opiekę medyczną 60% populacji, SERMENA służyła 25% populacji, a 15% albo nie było objęte żadną opieką, albo korzystało z oddzielnych programów medycznych dla wojska i policji (Cartin 1998: 206).

Główna reforma tego systemu miała miejsce pomiędzy 1979 a 1982, w czasie, gdy reżim generała Pinocheta najbardziej konsekwentnie popierał neoliberalne podejście do polityki (Kurtz 1999; Borzutsky 2002: 166). Reformy obejmowały zarówno *downloading*, jak i *offloading*. W 1979 systemy SNS i SERMENA zostały połączone i zrestrukturyzowane tak, by rozdzielić funkcje polityki zdrowotnej, świadczeń medycznych i ubezpieczeń. Część związaną z finansowaniem wydzielono w postaci nowej jednostki nazwanej Państwowym Funduszem Zdrowia (*Fondo Nacional de Salud*, FONASA), która zasilana była z płac pracowników oraz dotacji państwowych. Wkład pracodawców został wyeliminowany. Infrastrukturę świadczeń medycznych przemianowano na Państwowy System Usług

Medycznych (*Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS*), a podstawowe usługi opieki przeniesiono (*downloaded*) w ramach decentralizacji na władze lokalne i oddziały regionalne. Podstawowa opieka medyczna była finansowana z funduszy lokalnych i opłat za usługi (Titelman 2000).

Oddzielenie finansowania od świadczeń otworzyło drogę większemu udziałowi sektora prywatnego w świadczeniach medycznych i zapoczątkowało *offloading* najbardziej dochodowych działów opieki zdrowotnej na rynki. W państwowym systemie zdrowotnym najlepiej zarabiający obywatele otrzymali możliwość wyboru prywatnych świadczeniodawców, wynajmowanych przez państwo (Barrientos 2000: 100). Te zmiany z kolei pozwoliły na legalizację w 1981 Instytucji Świadczeń Zdrowotnych (*Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE*) - nastawionych na zysk, prywatnych ubezpieczycieli z własnym zapleczem medycznym. Odkąd powstały ISAPRE, poszczególni pracownicy mogli wybierać państwowe ubezpieczenie zdrowotne w ramach FONASA albo kupować opiekę zdrowotną od ISAPRE. (Istnieją dwa typy ISAPRE - zamknięte ISAPRE, które obsługują jedną firmę i są dostępne wyłącznie dla jej pracowników, oraz otwarte ISAPRE, z którymi pracownicy indywidualnie negocjują umowy.)

W porównaniu z działaniami typu *downloading, offloading* przez ISAPRE przyniósł dużo szkód, jeśli chodzi o sprawiedliwość w opiece zdrowotnej w ogóle, a w obszarze sprawiedliwości genderowej szczególnie. Generalnie mówiąc, ISAPRE doprowadziły do większej segmentacji i niesprawiedliwości finansowej w systemie zdrowotnym. Na początku 11% wszystkich beneficjentów państwowej opieki zdrowotnej przeniosło się do ISAPRE, zabierając ze sobą 48% ogólnej kwoty składek na ubezpieczenia zdrowotne i pogłębiając kryzys finansowy systemu państwowego (Titelma 1999). Zgodnie z intencją, ISAPRE wzmocniły rolę sektora prywatnego, co spowodowało większe podziały społeczeństwa wzdłuż linii klasowej i genderowej. Beneficjentom wolno powrócić do FONASA, więc Chilijczycy korzystają z ISAPRE w latach wysokich zarobków i niskiego ryzyka zdrowotnego, by wrócić do FONASA, gdy ich zarobki spadają, a stan zdrowia się pogarsza. Odpływ najlepiej opłacanych pracowników do ISAPRE, właśnie w tych momentach ich życia, kiedy zarabiają najwięcej i najrzadziej chorują, jeszcze bardziej zubożył system publiczny.

System ISAPRE odzwierciedla silną stronniczość na korzyść męskiego żywiciela rodziny. Żeby kobiety mogły korzystać z ISAPRE w tym samym stopniu, co mężczyźni, musiałyby mieć taki sam udział w sile roboczej jak mężczyźni i zarobki równe zarobkom mężczyzn. Ponieważ tak nie jest, kobiety gromadzą się w zubożałym systemie publicznym: w 2000 roku 69,1% kobiet, w porównaniu z 63,7% mężczyzn, należało do FONASA (OPS-Chile 2003). W związku z tym, że jedynie około 34% kobiet w Chile pracuje za wynagrodzeniem, a jeszcze mniej kobiet znajduje się w grupach najlepiej zarabiających, ISAPRE, wraz z przypuszczalnie lepszej jakości opieką, są alternatywą dla niewielkiej tylko części kobiet, chyba że korzystają one z polisy małżonka. W 2001 kobiety reprezentowały 34,4% beneficjentów ISAPRE (Ramirez Caballero 2001: 1). W późniejszych latach udział kobiet w ISAPRE spada szybciej niż udział mężczyzn, co znaczy, że w starszym wieku mają one mniejszą zdolność do ponoszenia kosztów ISAPRE (statystyki w Pollack 2002: 26). Co więcej, biorąc pod uwagę niższą zdolność zarobkową kobiet w Chile (zarabiają średnio o 40% mniej niż mężczyźni), większość kobiet należących do ISAPRE nie jest w stanie płacić za najwyższą jakość opieki, ponieważ podwyższenie jakości i zakresu usług wymaga dodatkowych opłat (Ramirez Caballero 2001: 218). Koszty objęcia kobiet ubezpieczeniem zdrowotnym, nawet w charakterze członków rodziny, są wygórowane.

Ustawa 19.381 z maja 1995 zezwala, by uzależnione całkowicie od rynku koszty ubezpieczenia zdrowotnego kształtować w oparciu o czynniki ryzyka, związane z płcią i wiekiem (Casas 1999: 27). Ponieważ kobiety doświadczają wyższej zachorowalności, mają specyficzne potrzeby związane ze zdrowiem reprodukcyjnym, a żyją dłużej niż mężczyźni, „ryzyko”, że będą potrzebowały opieki medycznej jest wyższe. Jednak głównym powodem, dla którego ISAPRE obciążają kobiety wyższymi stawkami niż mężczyzn, jest poród (Merino 2005 wywiad). Na początku lat 2000. kobiety 30-letnie, będące w szczytowym okresie płodności, płaciły ISAPRE 3,2 razy więcej niż mężczyźni za taki sam zakres usług medycznych (Pollack 2002: 20). Początkowo ISAPRE miały pokrywać koszty porodu, urlopu macierzyńskiego i zwolnień lekarskich na opiekę nad chorymi dziećmi poniżej 1 roku życia (składniki standardowych chilijskich zasiłków rodzinnych). W celu obniżenia kosztów urlopów, ponoszonych przez ISAPRE, państwo (poprzez Ustawę 18.418 z 11 lipca 1985) przejęło częściową odpowiedzialność za urlopy macierzyńskie i zwolnienia na chore dzieci poniżej roku, przydzielając

ISAPRE jedynie odpowiedzialność za przed- i poporodowe urlopy dodatkowe. Ale nawet przy takim wsparciu ze strony państwa, i nawet gdy kobieta była bezpłodna albo nie zamierzała rodzić dzieci, wciąż była zaliczana do kategorii wysokiego ryzyka, a w związku z tym obciążana wyższymi opłatami (López 1999: 8; Ramirez Caballero 2001: 2).

Wskutek skarg, że to niesprawiedliwe, by obciążać wysokimi stawkami kobiety, które nie mogą mieć dzieci, ubezpieczyciele zaczęli oferować pakiety nie obejmujące porodu, potocznie znane jako *planes sin útero* - dosłownie „pakiety medyczne bez macicy”. Według ubezpieczycieli miała to być opcja dla kobiet, które przeszły histerektomię (Merino 2005 wywiad). Tyle, że nie reklamowano jej kobietom bezpłodnym, ale młodym kobietom w wieku rozrodczym, co stwarzało duże ryzyko, że jeśli zajdą w ciążę, nie będą miały odpowiedniego ubezpieczenia zdrowotnego (Casas 1999: 23, 25). Nawet w tych programach zdrowotnych, które nie obejmowały zasiłków macierzyńskich, kobiety 30-letnie musiały płacić 207% tego, co płacili mężczyźni za taki sam zakres usług (Pollack 2002: 22). „Pakiety medyczne bez macicy” stały się symbolem dyskryminującej natury ISAPRE i odmowy uczestnictwa tych instytucji w jakichkolwiek kosztach reprodukcji biologicznej.

Kolejnym przejawem dyskryminacji kobiet przez ISAPRE był fakt, że odmienne stawki nie były stosowane wyłącznie w okresie kobiecej płodności - kobiety płaciły więcej od 20-ego do 60-ego roku życia, od trzech razy więcej niż mężczyźni po 1,2-krotność męskiej stawki. Jedynie dla chłopców poniżej 1 roku życia i mężczyzn po 60-ce, stawki były wyższe niż dla kobiet (Pollack 2002: 23). Nierówność w systemie ISAPRE była też widoczna w postaci wykluczeń, o których każda ISAPRE decydowała oddzielnie, ale tendencja była taka, żeby wykluczać usługi istotne dla kobiet, takie jak dobrowolne sterylizacje, czy leczenie komplikacji poaborcyjnych (Ramirez Caballero 2001: 2).

Przemieszczając [*offloading*] odpowiedzialność za opiekę zdrowotną na rynek, państwo chilijskie pozwoliło, by odpowiedzialność za dwa ważne aspekty reprodukcji społecznej - zdrowie i reprodukcję biologiczną - przeszła na jednostki, a w przypadku reprodukcji biologicznej raczej na indywidualne kobiety, niż na państwo czy społeczeństwo. W rezultacie reform Pinocheta, kobiety w Chile mogły

sobie pozwolić na wysokiej jakości opiekę zdrowotną o tyle, o ile mogły za nią zapłacić jako konsumentki. Większość nie była w stanie pokryć dyskryminujących kosztów ISAPRE i dlatego skupiała się w coraz dotkliwiej niedofinansowanym sektorze publicznym - niedofinansowanym przede wszystkim z powodu stosowanych przez ISAPRE praktyk „zbierania śmietanki” (Titleman 1999).

Polityka naprawy neoliberalnej reformy, 2000-2005

W 1990 roku Chile przeszło demokratyczną transformację. Od tamtej pory przez pierwsze cztery kadencje krajem rządziła centro-lewicowa koalicja - Koalicja Partii na rzecz Demokracji (*Concertación de Partidos por la Democracia*), w której skład wchodziły: centrowa partia Chrześcijańsko-Demokratyczna (PDC), Socjaliści (PS), lewicująca Partia na rzecz Demokracji (PPD), Radykalni Socjalni Demokraci (PRSD) i garstka polityków niezależnych. Z powodu instytucjonalnych i politycznych ograniczeń, nałożonych na rządy Concertación w rezultacie kontrolowanego przejścia na system demokratyczny, zmiana w neoliberalnym modelu gospodarczym zachodziła powoli (patrz przypis 3). Ruchy kobiet w Chile zyskały znaczącą widoczność dzięki roli, jaką odegrały wspierając demokratyzację (Waylen 1994: 353; Frohmann i Valdés 1995; Baldez 2002: r. 8). Kiedy jednak do Chile znów zawitała polityka partyjna, obserwatorzy twierdzili, że ruchy kobiet utraciły siłę i widzialność wraz z powrotem do męskiej „polityki jak zwykle”. W rzeczywistości kobiety robiły postępy w tradycyjnej polityce: dobrowolne kwoty genderowe, wprowadzone przez Koalicję partii politycznych, zwiększyły formalny udział kobiet w polityce do 15% reprezentacji parlamentarnej, a w grudniu 2005 Chile ujrzało wybór pierwszej kobiety-prezydenta w Ameryce Łacińskiej, wybranej na podstawie jej własnych zasług - prezydent Michelle Bachelet. Przyczyną słabej widoczności ruchów kobiecych nie był tylko powrót do normalnej polityki, ale też zmiana w obrębie samej polityki. W rezultacie, by sprostać wyzwaniom neoliberalnego, zreorganizowanego państwa, kobiety musiały zmienić taktykę.

Po przejściu Chile na ustrój demokratyczny, sprawiedliwość genderowa reformy zdrowia nie była sztandarowym hasłem ani całego ruchu kobiet, ani nawet czynnego ruchu na rzecz zdrowia kobiet - ponieważ były one bardziej zainteresowane specyficznymi obszarami przemocy wobec kobiet i praw

reprodukcyjnych. Związek sprawiedliwości genderowej z reformą zdrowia był jednak przedmiotem zainteresowania małych grup w społeczeństwie obywatelskim, takich jak podgrupy ruchu na rzecz zdrowia kobiet, organizacje medycyny socjalnej, czy organizacje zawodowe pielęgniarek i położnych (Matamala 2005 wywiad). Kiedy reforma zdrowia znalazła się w programie rządu Ricardo Lagosa w 2000 roku, grupy te były gotowe ze sprawiedliwości genderowej uczynić główny temat dyskusji. W tamtym czasie powszechnie uznawano już potrzebę uregulowania ISAPRE, wzmocnienia słabego finansowo sektora publicznej opieki zdrowotnej i lepszego wyposażenia służby zdrowia pod kątem reagowania na zmieniające się profile epidemiologiczne. Rząd Lagosa obiecał przede wszystkim przezwyciężyć znaczące nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej i w jakości tej opieki.

Dyskusja i praca nad „re-reformą” zdrowia odbywały się w dwu równoległych sferach: pierwsza obejmowała fora publiczne i grupy robocze zainicjowane przez ówczesną minister zdrowia Michelle Bachelet (całą dyskusję zobacz w Celedón i Orellana 2003), drugą stanowiła zamknięta komisja techniczna pod przewodnictwem Hernána Sandovala, przyjaciela prezydenta Lagosa, który osobiście mianował go na to stanowisko. Zarówno ministerstwo zdrowia, jak i komisja techniczna, jako organy niewybieralne stanowiły obszar *lateral loading*. Ale fora Bachelet i grupy robocze próbowały otworzyć jakąś przestrzeń dialogu, podczas gdy komisja techniczna, która ostatecznie miała największy wpływ na proces reform, pozostała zamknięta. Pewna aktywistka ruchu kobiet opisała tę komisję jako „całkowicie techniczną” i dodała, że komisja „nigdy nie omawiała swoich planów z jakimkolwiek typem organizacji” (Espinola 2005 wywiad). Według jej lidera, Sandovala, zadaniem komisji było wyłącznie opracowanie różnych opcji reform i przedłożenie ich decydentom do rozpatrzenia, poza tym podlegała urzędowi ministra („Ministra Bachelet” 2001). W praktyce prowadzono równoległe dyskusje, a większe znaczenie i władzę miała komisja techniczna.

Zorganizowane feministki i ich sojusznicy, zainteresowani sprawiedliwością genderową reformy sektora zdrowia, mogli brać udział w dyskusjach dotyczących reformy na forach i w grupach roboczych utworzonych przez Minister Zdrowia Bachelet, ale fora i grupy te stały nisko w hierarchii sił kształtujących proces reform.⁵ Członkinie organizacji kobiecych uczestniczyły w grupie roboczej

społeczeństwa obywatelskiego (Matamala 2005 wywiad). Dodatkowo, Bachelet powołała specjalną komisję do spraw gender i reformy sektora zdrowia. W styczniu 2001 komisja ta opublikowała dokument, przedstawiający w zarysie szereg sposobów uczynienia istniejącego systemu zdrowia sprawliwszym. Odzwierciedlał on długoterminowe interesy kobiet i kwestie podnoszone przez ruch kobiecy, takie jak zdrowie reprodukcyjne i przemoc wobec kobiet, ale też zaczął wychodzić poza te ważne problemy, rekomendując finansowanie oparte raczej na zdolności płatniczej, niż na ryzyku, oraz wspólną odpowiedzialność za koszty reprodukcji społecznej - włączając w to urlopy macierzyńskie i opiekuńcze oraz koszty porodów (MINSAL 2001: 34). Dokument ten był ważną pierwszą próbą wzbogacenia procesu reform o aspekt genderowy.

Gdy Bachelet opuściła ministerstwo zdrowia, a urząd jej przejął dr Osvaldo Artaza, dokument dotyczący gender odłożono na bok, a proces dyskusji uczestniczącej wstrzymano (Matamala 2005 wywiad; Gómez 2005 wywiad). Przemieszczanie (*lateral loading*) procesu podejmowania decyzji do ministerstw powoduje, że udział społeczeństwa obywatelskiego zależy prawie wyłącznie od dobrej woli poszczególnych ministrów - od tego, czy będą chcieli angażować się w dialog i traktować sprawiedliwość genderową poważnie. Bachelet robiła chętnie obydwie te rzeczy, ale nowy minister już nie. W rezultacie zdobyte drogi dostępu do uczestnictwa w procesie reform zostały gwałtownie odcięte.

Komisja techniczna była jeszcze bardziej odizolowana od bezpośrednich nacisków ze strony społeczeństwa obywatelskiego, a zwłaszcza od politycznego problemu niesprawiedliwości genderowej. Była członkini komisji technicznej relacjonowała, że było bardzo trudno włączyć sprawy relacji płci do porządku obrad. Na przykład idea pracy nieodpłatnej pozostawała na marginesie dyskusji, pomimo wysiłków tej członkini, na rzecz włączenia tego zagadnienia do głównego programu (Larrain 2005 wywiad). O przewadze komisji technicznej świadczył fakt, że jej przewodniczący, Hernán Sandoval, pełnił jednocześnie funkcję reprezentanta ministerstwa zdrowia w międzyministerialnej komisji do spraw reformy zdrowia. Podczas gdy rola komisji technicznej polegała na opracowaniu szeregu propozycji potencjalnych reform, komisja międzyministerialna była miejscem weryfikacji tych

propozycji i przekształcania ich w projekty ustaw, prezentowane później Kongresowi. Komisja międzyministerialna była szczególnie ważna, ponieważ zasiadał w niej przedstawiciel ministerstwa finansów (*Ministerio de Hacienda*), mającego większe uprawnienia niż jakiegokolwiek inne ministerstwo, gdyż to do niego należały ocena i akceptacja opłacalności finansowej każdej poważniejszej decyzji politycznej.

Ważny członek komisji międzyministerialnej przyznał, że dokument dotyczący włączania kwestii genderowych do polityki głównego nurtu (*gender mainstreaming*), opracowany przez Komisję ds. Gender, jak również propozycje grup roboczych zorganizowanych przez Bachelet nie miały żadnego wpływu na decyzje komisji międzyministerialnej (Anonim C01 2005 wywiad). Z punktu widzenia tych wpływowych decydentów proces reformy zamknięty był w kręgu komisji technicznej, komisji międzyministerialnej i Kongresu (*ibid.*).

W ten sposób przebieg naprawy neoliberalnej reformy unaocznia dynamikę sporu pomiędzy ruchami kobiet a państwem *oraz* proces genderowego sprzeciwu wewnątrz samego państwa. Choć cała debata na temat reformy odbywała się na bocznych torach podejmowania decyzji, to bardziej otwarte i świadome gendrowo podejście minister Bachelet trafiło na opór, pochodzący z innych bocznych torów, o większej sile oddziaływania na proces reform.

Mniej więcej w tym samym czasie, gdy Bachelet odchodziła z ministerstwa, pojawiła się korzystna dla obrońców sprawiedliwości genderowej w sferze zdrowia możliwość zastosowania *uploadingu*. W 2002 roku Panamerykańska Organizacja Zdrowia (*Pan American Health Organization, PAHO*) otrzymała dofinansowanie z Fundacji Forda na rozpoczęcie projektu dotyczącego sprawiedliwości genderowej i reform sektora zdrowia w Chile. Wsparcie finansowe z Fundacji Forda oraz wsparcie techniczne, udzielone przez PAHO, pozwoliło czołowym postaciom ruchu na rzecz zdrowia kobiet kontynuować prace rozpoczęte przez komisję genderową Bachelet, pod auspicjami programu PAHO „Gender, Sprawiedliwość i Reforma Zdrowia” [*Gender, Equity and Health Reform Project*].

Jednym z pierwszych kroków w ramach tego projektu było stworzenie mapy procesu reform, przez

identyfikację kluczowych decydentów i obszarów decyzyjnych oraz wysłuchanie informatorów w celu ustalenia przyczyn nieuwzględniania w reformach zdrowia genderowej perspektywy (Matamala 2005 wywiad). Wywiady ujawniły potrzebę przeprowadzenia badań i edukacji społeczeństwa w zakresie genderowego wymiaru reform zdrowia. Zlecono badania, których wyniki były szeroko nagłaśniane i przekazywane do ministerstwa zdrowia, parlamentu i głównych ośrodków decyzyjnych.⁶ W ten sposób projekt miał uświadamić społeczeństwu dyskryminującą naturę obecnego systemu zdrowia. Na przykład 21 maja 2002, tuż przed doroczną odezwą prezydenta Lagosa do narodu, grupy kobiece opublikowały w ogłoszeniu prasowym 10 najważniejszych postulatów dotyczących sprawiedliwej genderowo reformy podpisanych przez wielu sygnatariuszy, tak, aby prezydent poczuł się zobowiązany do udzielenia odpowiedzi (Matamala 2005 wywiad). Kolejnym krokiem było zorganizowanie, pod przewodnictwem PAHO i kilku czołowych organizacji kobiecych, 28 maja 2002 spotkania 400 kobiet w celu sformułowania propozycji sprawiedliwej genderowo reformy zdrowia („Las Mujeres” 2002; „Mujeres” 2002).⁷

Oto przykład potencjalnie pozytywnych aspektów reorganizacji państwa - wsparcie finansowe udzielone przez zewnętrzną, międzynarodową organizację, dało ruchowi na rzecz sprawiedliwej genderowo reformy zdrowia poziom legitymizacji, jakiego wcześniej nie posiadał. W pewnym momencie złożono nawet wnioski o finansowanie projektów genderowych i zdrowotnych - fundusze, o które ubiegało się ministerstwo zdrowia. Równie istotne dla sukcesu kobiecego ruchu na rzecz reformy zdrowia były: zdolność wpływania na sfery lateralne, takie jak ministerstwo zdrowia, nawet w czasach, gdy kierownictwo było przeciwne dialogowi; umiejętność budowania oparcia w społeczeństwie obywatelskim wokół kwestii sprawiedliwości genderowej i zdrowia; zdolność do rozwijania badań, spełniających wymogi państwowych technokratów pod względem danych i specjalistycznego języka. Innymi słowy, kobiety musiały wkroczyć na polityczne boisko na warunkach państwowych technokratów. To był długi proces, którego duża część miała miejsce po tym, jak propozycje re-reformy zostały przyjęte i znalazły się w fazie implementacji. W następnej sekcji omawiam reformy, nad którymi debatowano i które przyjęto, oraz ich implikacje dla sprawiedliwości genderowej. Potem wrócę do dyskusji nad rolą ruchów kobiecych w czasie implementacji.

Naprawa neoliberalnej reformy a reprodukcja społeczna

Rząd Lagosa rozpoczął dyskusję nad re-reformą sektora zdrowia w pierwszym roku swego urzędowania, a w 2002 przedłożył Kongresowi pełną propozycję reformy. Dwie z pięciu proponowanych ustaw miały mieć ważne konsekwencje dla sprawiedliwości genderowej. Do tego czasu dyskryminujący charakter istniejącego systemu został wystarczająco nagłośniony (również dzięki naciskom ze strony społeczeństwa obywatelskiego za pośrednictwem ruchu kobiet), by położenie kresu dyskryminacji płciowej i innym formom dyskryminacji stało się główną motywacją tych dwóch reform (Anonim C01 2005 wywiad).

Jedna z proponowanych reform miała polegać na utworzeniu powszechnego pakietu usług medycznych i zobligowaniu każdego ubezpieczyciela/usługodawcy do zapewnienia takiego pakietu każdemu z jego klientów. Nazwano to Planem Powszechnego Dostępu z Wyraźnymi Gwarancjami, albo „Planem AUGE” [*Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas*]. Plan został pomyślany jako standardowy pod względem komponentów, powszechny - bo miał dotyczyć wszystkich Chilijczyków, bez względu na rodzaj wykupionego ubezpieczenia, integralny - bo miał obejmować wszystkie stadia danego schorzenia, oraz kompletny - przez stosowanie zarówno leczenia, jak i profilaktyki. By skrócić czas oczekiwania na leczenie, zwłaszcza w publicznym systemie FONASA, Plan AUGE wyznaczał ramy czasowe, w których opieka miała być gwarantowana. Zapewniał również standardowy poziom jakości usług (Biblioteca del Congreso Nacional 2002; Anonim C01 2005 wywiad). AUGE miał ważne implikacje genderowe. Wymagając, by wszystkie programy zdrowotne, prywatne i publiczne, oferowały taki sam zestaw minimalnej opieki, obejmujący podstawowe usługi w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, AUGE w istocie (nie wyrażając tego wprost) wykluczał niestawne „pakiety bez macicy”, sprzedawane przez ISAPRE, i nakazywał, by każdy podstawowy program zdrowotny obejmował poród.

Druga propozycja reformy, istotna z punktu widzenia sprawiedliwości genderowej, zawierała postulat utworzenia kompensacyjnego, powszechnego funduszu zdrowia, pod nazwą Kompensacyjny Fundusz

Solidarności (*Fondo de Compensación Solidario*). Jej celem miał być bardziej solidarny sposób finansowania systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z tą propozycją, zamiast płacić bezpośrednio ISAPRE czy FONASA kwoty uzależnione od indywidualnego ryzyka, ludzie przekazywaliby część swoich wynagrodzeń do państwowego funduszu. Każdy konsument płaciłby taki sam procent swojej pensji, a fundusz płaciłby ubezpieczycielom według kryterium ryzyka. W ten sposób fundusz pełniłby rolę pośrednika w subsydiowaniu pomiędzy bogatymi a ubogimi, zdrowymi a chorymi, między grupami wysokiego i niskiego ryzyka, a także między sektorem prywatnym a publicznym, obniżając tym samym nieproporcjonalnie wysokie koszty opieki zdrowotnej, jakie spadły na chilijski sektor publiczny. Co więcej, fundusz był odpowiedzią na jeden z głównych dyskryminujących skutków działania systemu opieki zdrowotnej: wyższe koszty ubezpieczenia kobiet i osób starszych (Biblioteca del Congreso Nacional 2003). Idea funduszu odnosiła się zatem wyraźnie do dyskryminacji ze względu na płeć oraz wiek.

Z tych dwóch istotnych propozycji reform tylko Plan AUGE został przyjęty przez Kongres w formie ustawy. Siła politycznej prawicy w Kongresie i lobbings na rzecz interesów ISAPRE sprawiły, że utworzony fundusz, który pierwotnie miał równoważyć ryzyko pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym, został zredukowany do funduszu kompensacyjnego pomiędzy samymi ISAPRE. Ustawa, która przeszła, oznaczała więc porażkę głównych celów reformy. Tym niemniej, kobiety skorzystały na przyjęciu AUGE, eliminującego wiele niesprawiedliwości. Poza tym, grupy kobiet, które zorganizowały się przy okazji debaty prawnej, kontynuowały pracę i starały się mieć wpływ na implementację reform.

Wdrażanie i wytrwałość

Na etapie wdrażania reform punkty dostępu do obszarów lateralnych, takich jak ministerstwa, nabrały jeszcze większego znaczenia. Implementacja z natury nie polega na debatowaniu. To stadium ma jednak najbardziej bezpośredni wpływ na życie ludzi i właśnie wtedy można zweryfikować zasady w działaniu. Gdy urząd wiceministra zdrowia objęła bardziej empatyczna osoba, ruch kobiet był w stanie przeprowadzić trzy kluczowe akcje. Między innymi zdołał włączyć leczenie skutków przemocy do

powszechnego systemu opieki zdrowotnej. Dyskusja na temat reformy w ogóle nie obejmowała tej kwestii, ale dzięki równoległym naciskom ruchów kobiecych i chilijskiego państwowego urzędu do spraw kobiet (*Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM*) udało się ją włączyć do programów zdrowotnych post factum (Lamadrid 2005 wywiad; Matamala 2005 wywiad).⁸ Pilotażowy program opieki nad ofiarami przemocy rozpoczął się w niektórych placówkach zdrowia w 2004 roku, a w 2005 obowiązywał już w całym systemie (Matamala 2005 wywiad). Ruch kobiet na rzecz reformy zdrowia odniósł też sukces w negocjacjach z ministerstwem zdrowia, dotyczących szkolenia ministerialnych pracowników służby zdrowia w zakresie wrażliwości genderowej. Szkolenie przeprowadzono w ramach projektu PAHO, w okresie 3-letnim, począwszy od 2005 roku (Matamala 2005 wywiad). Jak na ironię, był to element omawianego wyżej *uploadingu*. Ostatnim celem była wycena nieodpłatnego wkładu kobiet w opiekę zdrowotną. W ramach projektu PAHO opracowano metodologię wyceny tej pracy i rozpoczęto lobbing na rzecz wliczania jej do państwowego systemu rachunków służby zdrowia, utworzonego przez FONASA (Matamala 2005 wywiad).

Jedna z liderek w staraniach o wprowadzenie sprawiedliwości genderowej do służby zdrowia ujęła to w ten sposób: „SERNAM jest naszym najlepszym sojusznikiem” (Matamala 2005 wywiad). Samo istnienie państwowego aparatu do spraw kobiet jest rezultatem *uploadingu* - podporządkowania się ONZ-owskiej Konwencji w sprawie Likwidacji Wszelkich Form Dyskryminacji Kobiet (*UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*), zachęcającej do tworzenia państwowych urzędów do spraw kobiet. Chile było pierwszym państwem w Ameryce Łacińskiej, które powołało organy wykonawcze do spraw kobiet (w 1991), co było ruchem zgodnym z zaleceniami CEDAW, a jednocześnie próbą rządu Concertación wyjścia naprzeciw feministycznym żądaniom w procesie demokratyzacji (Matear 1995).

Ale państwowe urzędy do spraw kobiet to również forma *lateral loadingu*. Mogą one pełnić rolę punktów dostępu dla społeczeństwa obywatelskiego pod warunkiem, że władze wyższego szczebla są tym zainteresowane. Relacja pomiędzy SERNAM a chilijskim ruchem feministycznym była bardzo nierówna, gdyż stopień poparcia dla celów feministycznych zawsze zależał od tego, kto akurat pełnił

urząd ministra (Franceschet 2003; Ríos Tobar 2003). W politycznym procesie reformy zdrowia minister do spraw kobiet podjęła polityczną decyzję, że nie będzie się angażować (Lamadrid 2005 wywiad). W przeciwieństwie do niej, podczas procesu implementacji kolejna minister wybrała bliską współpracę z organizacjami kobiecymi, by monitorować wdrażanie reform.

Oprócz zaangażowania ministra, największe znaczenie dla skuteczności kobiecych organów wykonawczych ma stopień ich rzeczywistego wpływu na pozostałe ministerstwa (Stetson i Mazur 1995). W przypadku Chile, w 2002 roku SERNAM uzyskał szczególny wpływ na inne ministerstwa, dzięki programowi zainicjowanemu przez ministerstwo finansów i nazwanemu Programem Poprawy Zarządzania (*Programa de Mejoramiento de Gestión*, PMG).⁹ W ramach PMG, jedynego takiego programu w regionie Ameryki Łacińskiej, SERNAM odpowiada za dopilnowanie, by wszystkie ministerstwa uwzględniały w swojej pracy specyficzne kryteria perspektywy relacji płci. Jeżeli któreś ministerstwo nie spełnia tego warunku, spotyka je kara w postaci cięć budżetowych, egzekwowanych przez ministerstwo finansów. Choć ministerstwo zdrowia rozpoczęło kilka projektów, wprowadzających perspektywę gender do ministerialnych programów, wysiłki te pod wieloma względami nie osiągnęły wymaganych przez SERNAM standardów. Dlatego w 2004 roku ministerstwo zdrowia nie zdało egzaminu z wdrażania perspektywy gender i stanęło w obliczu cięć budżetowych. Od 2005 musiało aktywniej podchodzić do kwestii sprawiedliwości genderowej, co ułatwiło ruchowi kobiet przeprowadzenie opisanych wyżej akcji.¹⁰ PMG, za pośrednictwem SERNAM, oferuje ruchowi kobiet ważny punkt dostępu do wpływowego politycznie ministerstwa finansów, które kontroluje budżet państwa.

Podsumowanie

Chile pod rządami Pinocheta było jednym z najbardziej liberalnych pod względem polityki socjalnej krajów, a koszty ustalano tam prawie wyłącznie w oparciu o rynek. Efektem reform zdrowia za Pinocheta był dwupoziomowy publiczno-prywatny system opieki zdrowotnej. Odpływ najlepiej zarabiających i najzdrowszych jednostek do systemu prywatnego skutkowało tym, że system publiczny –

w którym skupiały się kobiety - pozostawał niedofinansowany, a te kobiety, które miały dostęp do systemu prywatnego, doświadczały rażącej dyskryminacji. Sektor prywatny przenosił koszty biologicznej reprodukcji na kobiety jako indywidualne „konsumentki”. Spór o reformę zdrowia w okresie prezydentury Ricardo Lagosa w dużej mierze był sporem o to, czy odpowiedzialność za reprodukcję społeczną powinna spoczywać na jednostkach, czy może jest to również odpowiedzialność zbiorowa. W procesie naprawy neoliberalnej reformy [re-reform] zorganizowane środowiska feministyczne oraz ich sojusznicy wewnątrz aparatu państwowego próbowali upaństwować koszty społecznej reprodukcji, a szczególnie koszty reprodukcji biologicznej. Z kolei powodowani chęcią zysku udziałowcy sektora prywatnego, wraz z bardziej neoliberalną częścią aparatu państwowego, chcieli utrzymać status quo, zachowując indywidualny charakter tego kosztu.

W okresie polityki re-reformy zdrowia, z dwóch kluczowych projektów poprawy sprawiedliwości genderowej w służbie zdrowia przyjęto tylko jeden. Plan AUGÉ, który gwarantuje opiekę w zakresie zdrowia reprodukcyjnego dla wszystkich (w sektorach prywatnym i publicznym) oraz dąży do wyrównania jakości usług medycznych w różnych instytucjach, można uznać za duży krok w kierunku sprawiedliwości genderowej. Niestety projekt solidarnościowego funduszu kompensacyjnego, który rozłożyłby „ryzyko” opieki zdrowotnej na bogatych i biednych, na mężczyzn i kobiety, młodych i starych, oraz na prywatny i publiczny sektor, nie został uchwalony. Do istotnych przyczyn tej porażki zaliczyć należy: ugruntowaną pozycję ISAPRES - instytucji sektora prywatnego, które przez 20 lat umacniały się gospodarczo i politycznie; silną pozycję prawicy w Kongresie w 2002 roku; oraz przeniesienie (*lateral loading*) odpowiedzialności na komisję techniczną i komisję międzyministerialną, gdzie wpływ środowisk feministycznych i ich sojuszników był ograniczony.

Za to w fazie implementacji ruch kobiet na rzecz reformy zdrowia wypracował zarówno mocniejsze punkty dostępu wewnątrz aparatu państwowego, jak i nowe metody komunikacji z państwem neoliberalnym. Przede wszystkim, ruch wykorzystał sytuację powstałą w wyniku *uploadingu* - dzięki wsparciu i wpływom Panamerykańskiej Organizacji Zdrowia uzyskał większą legitymizację i opracował konkretne dane i dowody niesprawiedliwości genderowej w istniejącym systemie służby zdrowia. Te

dane z kolei pozwoliły przedstawicielkom ruchu przemawiać bezpośrednio do państwowych technokratów i wyjaśniać im, często w kategoriach ilościowych, na czym polega dyskryminacyjny charakter ich obecnej polityki. Poza tym, przez lateralną sferę działania państwowego urzędu do spraw kobiet (SERNAM) ruch kobiet uzyskał nowy punkt dostępu wewnątrz aparatu państwa. Wykorzystywane przez SERNAM programy PMG okazały się szczególnie skuteczne w nakłanianiu ministerstwa zdrowia do wdrażania polityki *gender mainstreamingu* pod groźbą cięć budżetowych. Narzędzie to dało SERNAM władzę nad innymi ministerstwami, a programowi sprawiedliwości genderowej przewagę w toczącym się sporze.

Doświadczenie chilijskiej reformy zdrowia pokazuje, że zreorganizowane państwo oznacza dla ruchów kobiecych zarówno ograniczenia, jak i możliwości przeciwstawienia się od wewnątrz obecnemu paradygmatowi neoliberalnej polityki społecznej. Zreorganizowane państwo samo jest przestrzenią kontestacji. Poszczególne obszary państwa mają konkurujące ze sobą programy i cele, a relacje władzy wewnątrz aparatu państwowego nieustannie się zmieniają. Ponieważ duża część tego sporu ma miejsce w rywalizujących sferach lateralnych, kobiecym ruchom bardzo trudno jest zidentyfikować nie tylko punkty dostępu, ale także aktualne w danym momencie ośrodki władzy.

Zreorganizowane neoliberalne państwo odzwierciedla dwa główne prądy epoki transnarodowej globalizacji: ekonomicznie zorientowaną technokrację, dominującą w państwie począwszy od okresu dostosowania gospodarczego; oraz działające na rzecz kobiet mechanizmy, które pojawiły się w wyniku nacisków ze strony transnarodowego ruchu kobiet. Mechanizmy te mogą dawać oparcie ruchom kobiecym, pod warunkiem, że będą miały znaczący wpływ na inne części aparatu państwowego, i tylko wtedy, gdy owe lateralne sfery (tak jak w przypadku wszystkich lateralnych obszarów decyzyjnych) otworzą się na współpracę i partycypację w ruchach społeczeństwa obywatelskiego. Neoliberalne technokracje, takie jak chilijskie ministerstwo finansów, są dużo trudniejszymi punktami dostępu dla ruchów kobiet. Jednak stosując ich „warunki” argumentacji opartej na dowodach naukowych, oraz dzięki innowacyjnym mechanizmom, takim jak PMG, ruchy kobiet mogą również coś osiągnąć na tym polu.

Przypisy

1. Badania na użytek tego rozdziału były możliwe dzięki hojnemu wsparciu finansowemu w postaci stypendium Fulbright New Century Scholars oraz dzięki temu, że University of Wisconsin-Milwaukee zwolnił mnie z obowiązków dydaktycznych, abym mogła pokierować programem badań zagranicznych w Santiago wiosną 2005. Podziękowania należą się również moim rozmówcom w Chile, za ich wnikliwość i czas, którego mi nie żalowali w trakcie tych badań. Za uwagi dotyczące tego rozdziału dziękuję uczestniczkom/uczestnikom grupy roboczej "Gender, Governance and Globalisation", a w szczególności Meenie Acharya za jej komentarze w czasie spotkania w Rockefeller Study Center w Bellagio we Włoszech. Cenne uwagi otrzymałam również od Isy Bakker i Rachel Silvey, którym pragnę wyrazić moją najgłębszą wdzięczność.
2. Definicja reprodukcji społecznej - zobacz: Wstęp do Beyond States and Markets. The Challenges of social reproduction. Isabella Bakker, Rachel Silvey (ed.).
3. Williamson (1990) ukuł termin „Konsensus Waszyngtoński” na określenie nieformalnej umowy między dominującymi na arenie międzynarodowej w latach 80. XX wieku decydentami, dotyczącej reform gospodarczych, koniecznych dla wzmocnienia słabnących gospodarek narodowych.
4. Wraz z transformacją demokratyczną, prawica otrzymała dziewięć miejsc w Senacie, a system wyborczy list otwartych zastąpiono systemem binominacyjnym (dwumandatowym), w którym zwycięzca musi zdobyć dwie trzecie głosów, inaczej drugi mandat przypada temu ugrupowaniu, które zdobyło drugą największą liczbę głosów. System ten faworyzował kandydatów partii prawicowych. Wojsko otrzymało też autonomię polityczną i budżetową. Ostatnio zlikwidowano miejsca „z nominacji”, a reforma systemu binominacyjnego jest przedmiotem debaty. Przez pierwsze 10 lat od momentu demokratyzacji, zarówno te środki, jak i ogólna obawa przed powrotem do chaosu społecznego i gospodarczego, jaki miał miejsce za prezydentury

Salvadora Allende (obalonego przez Pinocheta w 1973), sprawiły, że demokratyczne Chile trzymało się mocno neoliberalnego modelu gospodarczego.

5. Były cztery grupy robocze: (1) pracownicy naukowo-dydaktyczni, stowarzyszenia zawodowe i klienci publicznego systemu zdrowia; (2) ISAPRE, dostawcy usług, związki zawodowe i klienci systemu prywatnego; (3) społeczeństwo obywatelskie; (4) władze lokalne (Caledón i Orellana 2003: 16).
6. Dokumentacja badawcza projektu jest dostępna w sieci: www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/ChileReform.htm
7. Nazwano je „Parlamento de Mujeres”, czyli Parlamentem Kobiet, do którego zaproszono czołowych decydentów rządowych. Spotkania takie były organizowane przez kolejne cztery lata przez kobiece organizacje Foro Red de Salud i Derechos Sexuales y Reproductivos.
8. SERNAM nie jest dokładnie tym samym, co ministerstwo. Mieści się w Ministerstwie Planowania i Współpracy (MIDEPLAN), ale dyrektor SERNAM ma status sekretarza stanu (Franceschet 2003).
9. Program PMG rozpoczął się w 1999, ale kryterium gender, stosowane przez SERNAM, dodano w 2002. Pełne wyjaśnienie mechanizmów PMG zobacz w: Pérez (2006).
10. Należy zauważyć, że organizacje kobiece rzadko osiągały cokolwiek na polu praw reprodukcyjnych, gdzie siły konserwatywne, łącznie z Kościołem Katolickim, głośno sprzeciwiały się argumentom feministycznym. W tych obszarach, nawet gdy minister zdrowia chciał wprowadzić zmiany, zewnętrzne siły konserwatywne ograniczały postęp. Ta dynamika była widoczna w 2005, kiedy minister zdrowia gotów był udostępnić postkoitalną antykoncepcję w państwowych placówkach zdrowia, konserwatywni politycy temu zapobiegli.

Tłum. Małgorzata Chmiel

Bibliografia

Baldez, L. (2002) *Why Women Protest: women's movements in Chile*, Cambridge: Cambridge University Press.

Banaszak, L., Beckwith, K. i Rucht, D. (red.) (2003) *Women's Movements Facing the Reconfigured State*, Cambridge: Cambridge University Press.

Barrientos, A. (2000) „Getting Better After Neoliberalism: shifts and challenges of health policy in Chile,” w P. Lloyd-Sherlock (red.) *Healthcare Reform and Poverty in Latin America*, London: Institute of Latin American Studies.

Beneria, L. i Feldman, S. (red.) (1992) *Unequal Burden: economic crises, persistent poverty and women's work*, Boulder CO: Westview Press.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2002) *Conceptualización del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), Eje de la Actual Reforma de Salud*, seria Estudios de Anticipación /CEA/BCN Rok 1, nr 1, kwiecień, Valparaíso, Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

-----(2003) *Reforma de Salud Fondo de Compensación Solidaria*, serie UAPROL/BCN/ Rok 3, nr 057, marzec, Valparaíso, Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Borzutsky, S. (2002) *Vital Connections: politics, social security and inequality in Chile*, Notre Dame IN: University of Notre Dame Press.

Brenner, J. i Laslett, B. (1991) „Gender, Social Reproduction, and Women's Self-Organization: considering the US welfare state,” *Gender and Society*, wydanie specjalne, dotyczące teorii feminizmu marksistowskiego (Marxist Feminist Theory), 5(3): 311-333.

Cartin, B. (1998) „Chile: the effectiveness of reform,” w M. A. Cruz-Saco i C. Mesa-Lago (red.) *Do Options Exist? The reform of pension and health care systems in Latin America*, Pittsburgh PA: University of Pittsburgh Press.

Casas, L. (1999) *La Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Privado de Salud Previsional*, Santiago, Chile: CORSAPS.

Celedón, C. i Orellana, R. (2003) *Gobernanca y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile*, seria Estudios Socio/Económicos nr 17, Santiago, Chile: CIEPLAN.

della Porta, D. (2003) „The Women's Movement, the Left and the State: continuities and changes in the Italian case,” w L. Banaszak, K. Beckwith i D. Rucht (red.) *Women's Movements Facing the*

Reconfigured State, Cambridge: Cambridge University Press.

Espínola, Rosa, Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (12 maja 2005). Wywiad przeprowadzony przez Ewig, C., Santiago, Chile.

Evans, M. I., Littmann, L., Louis, L. S., Leblanc, L., Addis, J., Johnson, M. P. i Ewig, C. (1999) „The Strengths and Limits of the NGO Women's Movement Model: shaping Nicaragua's democratic institutions,” *Latin American Research Review*, 34(3): 75-102.

-----(2006a) „Global Processes, Local Consequences: gender equity and health sector reform in Peru,” *Social Politics*, 13(3): 427-455.

-----(2006b) „Hijacking Global Feminism: feminists, the Catholic Church and the family planning debacle in Peru,” *Feminist Studies*, 32(3): 632-659.

Franceschet, S. (2003) „'State Feminism' and Women's Movements: the impact of Chile's Servicio Nacional de la Mujer on women's activism,” *Latin American Research Review*, 38(1): 9-40.

Frohmann, A. i Valdes, T. (1995) „Democracy in the Country and in the Home: the women's movement in Chile,” w A. Basu (red.) *The Challenge of Local Feminisms: women's movements in global perspective*, Boulder CO: Westview Press.

Gómez, A., Red de Salud de las Mujeres Latinoamericas y del Caribe (8 maja 2005). Wywiad przeprowadzony przez Ewig, C., Santiago, Chile.

González dla la Rocha, M. (1995) „The Urban Family and Poverty in Latin America,” *Latin American Perspectives*, 22: 12-31.

Keck, M. E. i Sikkink, K. (1998) *Activists Beyond Borders: advocacy networks in international politics*, Ithaca NY: Cornell University Press.

Kurtz, M. J. (1999) „Chile's Neo-liberal Revolution: incremental decisions and structural transformation, 1973-1989,” *Journal of Latin American Studies*, 31: 399-427.

Labra, M. E. (2002) „La Reinención Neoliberal de la Inequidad en Chile: el caso de la salud,” *Cadernos de Saude Pública*, 18(4): 1041-1052.

Lamadrid, S., SERNAM, wydział do spraw zdrowia (19 maja 2005). Wywiad przeprowadzony przez Ewig, C., Santiago, Chile.

Larrain, S., była członkini komisji technicznej do spraw reformy zdrowia (13 June 2005). Wywiad przeprowadzony przez Ewig, C., Santiago, Chile.

„Las Mujeres y la Reforma de Salud” (2002) *Argumentos Para el Cambio*, 51 (Maj) Santiago, Chile: Centro de Estudios de la Mujer.

Lind, A. (2005) *Gendered Paradoxes: women's movements, state restructuring and global development in Ecuador*, University Park PA: Penn State Press.

López, D. (1999) *Salud Previsional y Cobertura Femenina*, Documento nr 61, Santiago, Chile: SERNAM.

Matamala, M. I., koordynatorka projektu Panamerykańskiej Organizacji Zdrowia w Chile: Gender, Sprawiedliwość i Reforma Zdrowia [Gender, Equity and Health Reform Project] (18 maja 2005). Wywiad przeprowadzony przez Ewig, C., Santiago, Chile.

Matear, A. (1995) „The Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM): women and the process of democratic transition in Chile 1990-94,” w D. E. Hojman (red.) *Neoliberalism with a Human Face? The Politics and economics of the Chilean model*, Liverpool: Institute of Latin American Studies.

Merino, R., były prezes Stowarzyszenia Chilijskich ISAPRE (7 lipca 2005). Wywiad przeprowadzony przez Ewig, C., Santiago, Chile.

MINSAL (Ministerio de Salud) (2001) *Transversalización de la Perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile*, Santiago: Gobierno do Chile.

„Ministra Bachelet: afinan bases para reforma global de salud” (2001) *El Mercurio*, 22 kwietnia: A1, A19.

„Mujeres en Pie de Guerra” (2002) *Punto Final*, 545. Dostępne w sieci (7 kwietnia 2006): www.puntofinal.cl/545/reformadesalud.htm

OPS-Chile (Organización Panamericana de Salud en Chile) (2003) *Health Profile of Men and Women in Chile*, Santiago: OPS/World Health Organization Gender Equity and Health Reform in Chile Project.

Pérez, C., (2006) *La Transversalidad de Género al Servicio del Fortalecimiento Institucional de los Mecanismos de Adelanto de la Mujer: la experiencia del SERNAM con el PMG de género en Chile*, Santiago, Chile: CEPAL.

Petchesky, R. P. (2003) *Global Prescriptions: gendering health and human rights*, New York and London: Zed Books.

Pollack, M. E. (2002) *Equidad de Género en el Sistema de Salud Chileno*, nr 123 seria Financiamiento del Desarrollo, Santiago, Chile: CEPAL, Unidad de Financiamiento para el Desarrollo.

Ramírez Caballero, A. (2001) *Género y Sistema Isapre*, Santiago, Chile: Minsal, SERNAM.

Ríos Tobar, M. (2003) „Chilean Feminism(s) in the 1990s,” *International Feminist Journal of Politics*, 5(2): 256-280.

Schild, V. (1998) „New Subjects of Rights? Women's movements and the construction of citizenship in the 'new democracies',” w S. Alvarez, E. Dagnino i A. Escobar (red.) *Politics of Culture, Cultures of Politics*, Boulder CO: Westview Press.

Stetson, D. McBride i Mazur, A. G. (red.) (1995) *Comparative State Feminism*. Thousand Oaks CA: Sage.

Tinker, I. (red.) (1990) *Persistent Inequalities: women and world development*, New York: Oxford University Press.

Titelman, D. (1999) „Reforms to Health Systems Financing,” *CEPAL Review*, 69, dostępne w sieci (ostatnio 5 grudnia 2007): www.eclac.org/publicaciones/xml/1/20101/titelman.pdf

-----(2000) *Reformas al Sistema de Salud en Chile: desafíos pendientes*, nr 104 seria *Financiamiento del Desarrollo*, Santiago, Chile: CEPAL, Unidad de Financiamiento para el Desarrollo.

Valiente, C. (2003) „The Feminist Movement and the Reconfigured State in Spain (1970s-2000),” w L. Banaszak, K. Beckwith i D. Rucht (red.) *Women's Movements Facing the Reconfigured State*, Cambridge: Cambridge University Press.

Waylen, G. (1994) „Women and Democratization: conceptualizing gender relations in transition politics,” *World Politics*, 46(3): 327-354.

„Women's Eyes on the World Bank: a global network to transform the bank and to meet women's needs” (1997) *Women's International Network News*, 23(1): 14.

Artykuł ukazał się w książce *Gender i ekonomia opieki*, pod redakcją Ewy Charkiewicz i Anny Zachorowskiej Mazurkiewicz. Warszawa: Fundacja Tomka Byry Ekologia i Sztuka. 2009