

desde América Latina

Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático

Claudia Rojas Mira

I. Contexto sociopolítico

El propósito de este trabajo es analizar la política de planificación familiar que se llevó a cabo en el lapso 1964-1973 y que incidió en amplios sectores de la población femenina. Ello es una manera de evaluar la participación de la mujer en la vida política del país.

La planificación familiar no estuvo al margen de las condiciones históricas y socioculturales que vivió Chile; no se dio en el vacío sino en contextos bien definidos donde la correlación de fuerzas fue positiva para la implantación de dicho programa.

Durante los años 1964-1973 y al calor del proceso democrático vivido con los gobiernos de Eduardo Frei (1964-1970) y de Salvador Allende (1970-1973), es posible constatar un interés creciente por acercar a la población femenina a las tareas del gobierno, dada su particular importancia como fuerza electoral en disputa.¹ Una vez que las mujeres se

¹El acceso de la mujer chilena a la vida política, en términos de elegir y ser elegida, se verificó en la primera mitad del siglo con las leyes que le permitieron sufragar en elecciones municipales (1934) y elecciones presidenciales y parlamentarias (1949). Como era de suponer, en un comienzo, el número de mujeres inscritas en edad de votar fue reducido en comparación con el de los varones. Así, sólo un 19.5% de las mujeres en edad de votar estaban inscritas para las elecciones presidenciales de 1952; para las de 1958 este porcentaje fue de 27.2%. En 1964 se realizó el mayor aumento de mujeres inscritas con un 63.2% aunque el número de inscritos varones en edad de votar fue de un 80.4%. Aún en 1970 el número de hombres inscritos superaba fuertemente al de las mujeres, con un 83.8% y un 69.3% respectivamente. Sólo entre 1969 y 1973 se logró incrementar el electorado femenino; dicho aumento coincidió con la proclamación de la Ley núm 17.284 de enero de 1970, que autorizó el derecho a voto a los mayores de 18 años y a los analfabetos. En ese lapso, el electorado femenino constituyó un 48.9% del total de votantes. Fuente: Servicio Electoral de Chile.

constituyeron en un poder electoral, los partidos políticos les prestaron atención, y los problemas que éstas vivían, cotidianamente, fueron susceptibles de políticas públicas. Las mujeres generaron inquietud en los sectores políticos que las querían integrar al proceso social que estaba viviendo Chile en esos años, por la incapacidad concreta de conciliar su papel de madre, esposa, trabajadora y ciudadana. La doble y triple jornada que vivían las mujeres se convirtió en un problema público porque tuvo efectos en la vida social, afectó a la familia y a los hijos. Los problemas que experimentaban las mujeres se transformaron en demandas que lograron apoyo social, de modo que la totalidad de los partidos integraron de una u otra forma "la cuestión femenina". De este modo, el aborto y la planificación familiar —anteriormente relegados al ámbito privado— se convirtieron en temáticas de preocupación social.

Los partidos, por medio de sus candidatas, iniciaron campañas destinadas a atraer a las mujeres con propuestas para solucionar sus problemas más sentidos. Esto se observó tanto en la derecha, como en el centro y la izquierda.² No bastó que los partidos fomentaran la participación electoral femenina en la perspectiva de ganar nuevos adherentes, pues una vez constituidos en gobiernos debieron planificar políticas tendientes a mejorar su situación al interior de la sociedad.

Aun cuando el tratamiento que el estado dio a la mujer tuvo variaciones que van desde una función asistencialista o paternalista hacia una posición orientada a estimular el protagonismo y la autonomía de la mujer, ésta siguió ocupando un papel social de acuerdo con su condición de madre y esposa. Las mujeres estaban marginadas del proceso político-institucional y tanto el gobierno de Frei (a través de la Consejería Nacional de Promoción Popular), como el de Allende (Consejería Nacional de Desarrollo Social) propiciaron programas y políticas orientados a su incorporación a la vida ciudadana. Sin embargo, cabe señalar que desde antes, tanto las mujeres como otros grupos marginados participaban fuera del marco político-institucional por medio de organizaciones que canalizaron sus inquietudes e hicieron peticiones al sector público. De este modo, surgieron innumerables grupos entre los que destacan las juntas de vecinos, los clubes deportivos y los centros de madres (CEMAS) que fueron la base desde donde se articuló la política oficial.

²*El Mercurio*, 14 de marzo de 1964, s/p y 8 de mayo de 1970, p. 27.

Los gobiernos del periodo institucionalizaron la participación de las mujeres y pobladores, pues en Chile la sociedad civil tenía una dinámica propia y una larga trayectoria de participación social.³

Las políticas generadas se orientaron a aumentar e institucionalizar la participación ciudadana. Para ello propiciaron reformas electorales,⁴ promoción popular y otorgaron personalidad jurídica a las organizaciones sociales de base. Todo ello incidió, a la vez, en la formulación de políticas para estos grupos. La ciudadanía, a través de sus organizaciones, jugó así un papel en la formulación de políticas, las cuales no se pueden comprender sólo desde la lógica estatal.

En conclusión, las mujeres representaban casi el 50% del electorado, por lo cual ejercían un peso en las decisiones políticas y tanto los partidos como los gobiernos tuvieron que canalizar sus inquietudes. Los problemas "privados" que experimentaron las mujeres fueron susceptibles de programas gubernamentales, pues afectaron al conjunto de la sociedad. Este fue el caso del aborto y la planificación familiar. El estado quiso incorporarlas a la vida ciudadana y, por lo tanto, fue necesario otorgarles las herramientas adecuadas para ello.

El proceso de puesta en marcha de la política de planificación familiar fue rápido y eficiente. Jugaron un papel importante las organizaciones sociales de base en donde se reunieron y participaron las mujeres. El acceso a ellas fue facilitado por estas organizaciones, que el estado institucionalizó y en donde ejerció, también, algún tipo de control.

II. Factores externos e internos que posibilitaron la política gubernamental de planificación familiar

Ningún gobierno —salvo el de Pinochet (1973-1990)— ha explicitado una política de población para modificar variables demográficas.

³Ya en la década de los sesenta, los Centros de Madres eran legítimas instancias de participación, de movilización y de demandas al estado. Sobre el origen de los CEMAS véase Gaviola, Lopresti y Rojas, 1988, p. 84 y Valdés *et al.*, 1989, pp. 5-12.

⁴La Ley núm. 17.284 de enero de 1970 abrió un cauce a la incorporación política de los sectores tradicionalmente marginados. Lo anterior llevó a un incremento de la participación de los ciudadanos en las elecciones, y transformó el porcentaje de inscritos en los Registros Electorales en el más alto de toda la historia cívica de Chile y también en uno de los más altos del mundo.

Según Carmen A. Miró, política de población es el: “[...] conjunto de medidas adoptadas por el gobierno de un país con el deliberado propósito de modificar en cualquier sentido una o varias variables demográficas” (Claro, 1986). Ello implica contemplar problemas de fecundidad, mortalidad y migración dentro de un contexto de desarrollo total, donde se haga referencia a los recursos humanos, estándar de vida, educación, trabajo, vida urbana y rural, recursos naturales y medio físico, estructura social e institucional (Sulbrandt y Ferrera, 1974). Una política de población debe plantearse en un contexto más amplio de crecimiento total del país y no sólo tomando en cuenta aquellos aspectos que afectan la reducción o el aumento de la fecundidad.

Lo que sí hubo en Chile fue una política que se denominó de salud familiar y regulación de los nacimientos (control de la natalidad) y que a poco andar adoptó el nombre de planificación familiar, puesto que: “[...] control natal implica campañas organizadas por el gobierno con el objeto de disminuir o elevar el número de nacimientos, mediante medidas expresa o tácitamente coercitivas” (Gomensoro y Lutz, 1982:3).

Es decir, el término control natal plantea algún grado de presión sobre las personas acerca del número de hijos que desean tener. Este cambio de nombre fue hecho, probablemente, para no despertar desconfianza por parte de algunos sectores sociales, como la iglesia católica u otros. En cambio, la planificación familiar ponía énfasis en la paternidad responsable, es decir, el derecho y la obligación de ser paternalmente responsables, decidir libremente y sin presiones cuántos niños se quiere procrear, cuándo hacerlo y la obligación de no procrear hijos que no se desean. Para que esto se cumpla, es preciso que las personas reciban la información necesaria, objetiva, cierta y oportuna, así como educación sexual complementaria y facilidad para disponer, independientemente de su nivel económico y cultural, de la asistencia anticonceptiva adecuada (*op.cit.*, 1982:4). Estos principios —al menos en teoría— estuvieron presentes en la política pública de planificación familiar que se inauguró en Chile a partir de la década de los sesenta. Fue pública puesto que la postuló el Ministerio de Salud e implementó el Servicio Nacional de Salud (SNS), aunque ningún gobierno lo estableció explícitamente dentro de su programa o principios generales.

La planificación familiar en Chile enfatizó un aspecto dentro de la temática de población, es decir, la disponibilidad de medios para que la “pareja” pudiera regular su fecundidad. Sin embargo, puso la tec-

nología para controlar la reproducción casi exclusivamente a disposición de la mujer.

El caso de la planificación familiar no estuvo ajeno a la influencia externa. El control de la natalidad, y después la planificación familiar, tuvo sus raíces en el siglo XVIII, cuando Malthus postuló su teoría de que los alimentos crecerían en progresión aritmética y la población en progresión geométrica, lo cual llevó a los países industrializados a preocuparse de la llamada "explosión demográfica". Ya en los años treinta de nuestro siglo, este planteamiento ganó apoyo en la opinión pública norteamericana, lo que derivó en la constitución de la *Birth Control Federation of America* en 1939 (que en 1942 cambió su nombre por el de *Planned Parenthood Federation of America*, IPPF), la cual propagó controles de la natalidad con el ideal protestante y liberal de la familia planificada (Dietz y Becher, 1984:10).

Después de la II Guerra Mundial (1939-1945), la política de control de la natalidad se convirtió en parte central de la política de seguridad de los intereses norteamericanos. La IPPF se constituyó en el organismo internacional más grande y más significativo de la planificación familiar. Sus principales objetivos fueron, entre otros, "la planificación familiar como un derecho básico de las personas, mejoramiento de la posición de la mujer, mejoramiento de la salud" (*op. cit.*, 1984). A estos objetivos se sumaron la Organización de Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial e importantes agencias de financiamiento internacional, como la Fundación Ford, la Rockefeller, la Agency for International Development (AID), las cuales apoyaron las políticas de control de la natalidad y planificación familiar en Latinoamérica.

Desde que asumió Robert MacNamara, ex ministro de defensa de los Estados Unidos, la presidencia del Banco Mundial en 1968, se impulsó la integración de programas de control natal en los proyectos de desarrollo del Banco Mundial (*op.cit.*, 1984:33).

En 1969, se fundó la United Nations Fund for Population Activities (UNFPA); y la ONU declaró en 1974 el año demográfico mundial (*op. cit.*, 1984:36).

Estas iniciativas tuvieron su impacto en Chile, donde se fundó la *Asociación Chilena de Protección de la Familia* (APROFA), afiliada a la IPPF, institución privada y con personalidad jurídica que impulsó y apoyó al Ministerio de Salud para que se implantaran los programas de planificación familiar a partir de la década de los sesenta.

Recapitulando, las motivaciones externas por las cuales se materializó la planificación familiar en Chile, fueron: el esfuerzo conjunto de federaciones de industriales norteamericanos —Rockefeller, Ford—; la presión de organismos internacionales como la IPPF y del gobierno de Estados Unidos, que estableció programas de desarrollo para la pacificación de América Latina,⁵ como la Alianza para el Progreso, un gran programa de ayuda para todos los países latinoamericanos con excepción de Cuba.⁶ Dicha alianza adoptó en los hechos una política de población que aseguraba los intereses norteamericanos en la región. El Departamento de Estado señaló a Chile como uno de los países que debía ser cabeza en el desarrollo de la anticoncepción. Los niveles que había alcanzado en medicina, y particularmente en medicina pública, eran superiores a los de otros países de América Latina.⁷ Paralelamente, estos planes posibilitaron que las grandes farmoquímicas transnacionales experimentaran diversas técnicas y métodos anticonceptivos, recientemente inaugurados.

Si bien estos factores fueron fundamentales en la implantación de una política de planificación familiar en Chile, no fueron exclusivos. Hubo otros de carácter interno, que facilitaron dicha influencia foránea, que pueden ser vistos dentro del llamado proceso de modernización que trajo consigo el desarrollo de la educación, de la prensa, la difusión de la radio y la televisión. Con todos estos factores contaba Chile al instrumentarse dicha política. De igual manera, fue esencial el grado de desarrollo alcanzado por la medicina pública y sobre todo por un grupo de médicos formados en la Universidad de Chile y en los hospitales estatales, como por ejemplo, el hospital Barros Luco y el hospital J. J. Aguirre, quienes alarmados por la epidemia de abortos⁸ comenzaron primero, en forma aislada y parcial, a entregar anticonceptivos como un medio para disminuir el número de embarazos no desea-

⁵"Eisenhower y Kennedy dejaron traslucir que, a través de estos programas de desarrollo, lo que se pretendía en primer término era parar la subversión", *op. cit.*, 1984, p. 16.

⁶Políticos norteamericanos afirmaron que sin Fidel Castro no hubiese existido este pacto de progreso (*op. cit.*, 1984:16).

⁷Entrevista al Dr. Carlos Molina.

⁸El artículo núm. 119 del Código Sanitario permitía el aborto por razones terapéuticas, es decir, para resguardar la vida, la integridad y la salud de la madre; exigía para ello la opinión documentada de dos médicos cirujanos. Esta excepción fue eliminada por la ley núm. 18.826 del 15 de septiembre de 1989. Pozo, 1991, pp. 31-32.

dos que desembocaban en abortos inducidos (un aborto por cada tres partos).⁹

Probablemente, el inicio de la política de planificación familiar estuvo marcado por esta necesidad imperiosa; más tarde, se pretendió regular la multiparidad y el espaciamiento de los hijos por razones de carácter económico, para disminuir el número de pobres y de niños abandonados. En aquella época no fue explicitado el deseo de liberar a la mujer de la carga que significaba la crianza de un gran número de niños para que ésta pudiera desarrollarse como persona. Sin embargo, *la posibilidad* de la mujer de disponer de su cuerpo, de su capacidad reproductiva y en última instancia de su existencia, en forma más o menos consciente, pasó a ocupar un lugar importante en su vida y esta nueva realidad se hizo posible gracias a la invención, al perfeccionamiento creciente y a la difusión —en Chile— de las modernas tecnologías anticonceptivas, a través de la política de planificación familiar. Finalmente, en estudios actuales (Jiles y Rojas, 1992) ha sido posible concluir que en ese lapso, entre el 82% y el 85% de las mujeres chilenas deseaban usar anticonceptivos. Esto fue el resultado, entre otras variables, de mejores condiciones socioeconómicas y educativas.

Para la educación primaria, el mayor aumento de matrícula de ambos sexos se observó en las décadas 1950-1960 y 1960-1970 en las cuales estaba escolarizada casi toda la población en la edad correspondiente. Respecto a la educación secundaria, en 1965 la población en este nivel era inferior al 20% (16.9% de los hombres y 18.1% de las mujeres; entre 15 y 19 años). En 1970, cursaban enseñanza media un 30.4% de los hombres y un 35.3% de las mujeres, entre 15 y 19 años. [. . .] El gobierno de Ibañez (1952-1958) ostenta la mayor tasa de crecimiento de la matrícula femenina de enseñanza media (19.37%), seguido por el periodo de gobierno demócratacristiano (14.05%) y por el de la Unidad Popular (13.12%) [. . .] El régimen militar observó una tasa de crecimiento de la matrícula femenina para la enseñanza media de 3.11% (Rossetti, 1988:115 y 116).

A continuación seguiré los principales rasgos de la política de planificación familiar a través de los dos gobiernos democráticos en los cuales se desarrolló y mantuvo con sus principios iniciales. Sin embargo, presentaré sus antecedentes sin los cuales es imposible comprender su evolución posterior. Para ello, he dividido la historia de la planificación familiar en las siguientes etapas.

⁹“El año 1952 el número de abortos fue de 31.275 y en 1965 esta cifra había llegado a 56.130”. Entrevista al Dr. Benjamín Viel.

III. Antecedentes de la planificación familiar: periodo 1935-1964

La depresión económica de 1929-1930 tuvo un gran impacto en la vida económica y social del país. La miseria de la población había quedado al descubierto y era necesario replantearse la vía económica que seguiría Chile en las próximas décadas. Así, a partir de 1930, Chile vivió un proceso acelerado de industrialización (sustitución de importaciones) y urbanización, que trajo consigo el crecimiento de las ciudades y de los sectores populares y medios, los cuales iban en ascenso. Estos sectores expresaron sus demandas a través de movilizaciones sociales y de su participación en los partidos políticos laicos, que para entonces ya habían sido fundados: el Partido Radical (surgido en el siglo XIX), el Partido Obrero Socialista (fundado en 1912 y que posteriormente se llamó Partido Comunista) y el Partido Socialista (1933). Con ellos se abrió la posibilidad de expresión política a los asalariados (empleados y obreros) y también a las mujeres, quienes plantearon sus demandas de educación, salud y vivienda.

Hay que considerar que, a comienzos de siglo, había sido conformado un movimiento de mujeres que participaban en diversas organizaciones con el fin de exigir mejorías en la situación de la mujer y conseguir el derecho a voto (Gaviola *et al.*, 1986). Una de las organizaciones más importantes, el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), se fundó en 1935 y desde sus inicios participó activamente en la campaña electoral del Frente Popular (alianza de centro-izquierda fundada en 1936, que congregó a estos tres partidos, entre otros, para llevar a la presidencia de la república al militante radical Pedro Aguirre Cerda). El MEMCH estuvo unido a las demandas del momento a través de su preocupación por la mujer; le inquietaba la salud, la educación y en general las condiciones de vida de las mujeres más desfavorecidas de la sociedad, la de sectores obreros.

En 1938 fue elegido Pedro Aguirre Cerda (1938-1941), quien comenzó con su gobierno una etapa de mayor intervención del estado en los asuntos públicos. Así, la educación y la salud pasaron a ser un tema importante. Salvador Allende, como Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, de 1939 hasta abril de 1942, realizó un diagnóstico de la realidad médico-social de Chile. Sin embargo, fue el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH) la primera institución en Chile que rompió el silencio hipócrita al poner en el tapete temas como

el aborto y la anticoncepción. Al fundarse en 1935, en su seno se discutía acerca de cuáles eran los problemas fundamentales que afectaban a la mujer: entre ellos surgió el aborto y los repetidos embarazos. Estos asuntos fueron entonces incluidos en sus estatutos cuando el MEMCH estableció que lucharía por la *emancipación jurídica, social y biológica de la mujer*.

El MEMCH no se quedó en el discurso y, a poco andar, envió una carta al Director de Sanidad a fin de proteger la salud de la madre y del hijo de los continuos embarazos que producían niños débiles e inmaduros. Le solicitó que organizara en consultorios y hospitales, una oficina que diese instrucciones sobre el control de la natalidad. Pidió también que, en vista de los daños provocados por el aborto realizado por personas inexpertas, se permitiera, en algunos casos —cuando se establecía que era necesario por razones de salud o por causas económicas—, su práctica por parte de médicos idóneos y en los hospitales. Esta carta, enviada en octubre de 1935, nunca fue respondida, pero las integrantes del MEMCH siguieron adelante.¹⁰ Fueron escuchadas por una convención médica realizada en Valparaíso en 1936, en la que se postuló que el excesivo porcentaje de muertes y enfermedades producidas por abortos clandestinos, hechos por matronas inexpertas, planteaba la necesidad de legislar en este sentido y de establecer el aborto legal; o sea, la atención gratuita de las mujeres que desearan interrumpir el embarazo ya fuere por enfermedad, miseria o excesiva familia. Y para evitar los males del aborto, acordaron pedir la difusión de los preservativos anticoncepcionales. Tal convención, que recibió críticas negativas de variados sectores nacionales, contó, sin embargo, con el apoyo del MEMCH el cual sostuvo:

[...] la sociedad no le puede pedir a la mujer el tributo de los hijos si no le proporciona los medios para alimentarlos [...] así, mientras no lleguen días mejores en que se le pueda proporcionar a la madre obrera todos los cuidados dignos [...] mientras no se le asegure el pan, el techo, y el abrigo para ella y su hijo, mientras la maternidad constituya una maldición para la mujer y para la sociedad, un desfile de pequeñas criaturas desde el vientre materno al cementerio, nosotras vamos a propiciar el aborto legal y vamos a secundar ampliamente la labor de los médicos en tal sentido.¹¹

¹⁰Entrevista a Elena Caffarena.

¹¹*La Mujer Nueva*, boletín del MEMCH, año I, núm 4, febrero de 1936, Santiago de Chile.

Estaban muy lejos de lo que por aquel entonces planteaba la iglesia católica, "gran defensora de la vida" y "extremadamente preocupada por el feto" (Santa Cruz, 1987), pero no así de las miles de mujeres que morían por abortos autoprovocados, ni de los niños que sufrían tuberculosis, raquitismo, trastornos nutricionales y todas las enfermedades parasitarias conocidas hasta entonces. En 1937, con motivo del Primer Congreso Nacional del MEMCH, se insistió sobre el problema denominado "la maternidad obligada y sus consecuencias para la salud de la mujer y del niño", y se concluyó que el MEMCH emprendería campañas por la creación de cursos de educación sexual, especialmente de higiene sexual en todos los sectores, de preferencia en los obreros, a cargo de médicos competentes. Además, el MEMCH se manifestó a favor de la amplia divulgación de los métodos anticonceptivos y la reglamentación del aborto.¹²

Con anterioridad a 1937, el MEMCH había enviado a las centrales sindicales una nota donde planteaba la necesidad de realizar un congreso de mujeres trabajadoras, con el objeto de lograr que se extendieran los beneficios de maternidad a todas las mujeres que laboraban. En dicha carta se propuso que fuera la Caja de Seguro Obrero y demás cajas de previsión, las que pagaran a la mujer embarazada su salario íntegro durante el periodo anterior y posterior al parto, indemnizándose las cajas con un impuesto al patrón por cada uno de los trabajadores de su establecimiento. Planteaba, también, ampliar el fuero maternal (la mujer trabajadora que había parido no podía ser despedida de su puesto de trabajo por un lapso determinado) y el pago del permiso pre y posnatal a las empleadas domésticas y de hospitales, trabajadoras a domicilio y trabajadoras agrícolas, ya que hasta entonces dicho fuero sólo lo poseían las mujeres obreras y empleadas de la industria. En iguales condiciones se encontraban las disposiciones sobre salas-cuna y el derecho a dos periodos destinados a amamantar al hijo en el mismo lugar de trabajo; estaban excluidas de estos beneficios, además de las enumeradas en el párrafo anterior, las profesoras y empleadas de la administración pública. Por todo ello, las memchistas instaban a las trabajadoras a participar en un congreso que les permitiera familiarizarse, al menos, con las leyes relacionadas con el trabajo que ellas efectuaban.¹³

¹²Conclusiones del Primer Congreso Nacional del MEMCH, octubre-noviembre de 1937. Documento archivado en la biblioteca privada de Elena Caffarena.

¹³*La Mujer Nueva*, año I, núm. 16, mayo de 1936, Santiago de Chile.

Tales temas volvieron a tratarse como primer punto en el congreso del MEMCH, pero hasta hoy los patrones han usado los más diversos resquicios para eludir sus obligaciones hacia la trabajadora embarazada o simplemente han optado por abstenerse de contratar mujeres, para evitar así, el pago de permisos pre y posnatales, sin que ni la iglesia ni la ley se preocupen excesivamente de esta situación discriminatoria.

Pese a que Chile, desde 1953, contó con la acción eficiente del Servicio Nacional de Salud, éste no desarrolló un sistema de atención de salud que proveyera o educara a la población para controlar la natalidad, sino hasta principios de los años sesenta. Hasta entonces, desde tiempo inmemorial, en Chile, las mujeres regularon su fecundidad por medio del uso de métodos anticonceptivos empíricos.¹⁴

Con motivo de la Tercera Conferencia Internacional de Planificación de la Familia, realizada en la India en 1952, se fundó la Federación Internacional de Planificación Familiar (FIPF). Latinoamérica, a través de Argentina, Guatemala, Honduras, Puerto Rico y Chile, estuvo presente por primera vez en la VII Conferencia, realizada en Singapur en 1963.

Lo interesante de esta reunión, aparte de la incorporación de Chile, fue la noticia dada por el delegado chileno, Dr. Onofre Avendaño, acerca de la creación del Comité Chileno de Protección de la Familia y la llegada al mercado de dos métodos de mayor eficacia en el control de la fecundidad: *los gestágenos y los dispositivos intrauterinos* (Avendaño, 1975:7).

Con anterioridad a esta conferencia, en 1961, la FIPF había solicitado al Servicio Nacional de Salud de Chile información acerca de actividades de regulación de la natalidad. De este informe —del SNS— se desprendió que a partir de la década de los treinta, específicamente en 1938, por iniciativa personal, la Dra. Amalia Ernst, de la Clínica Universitaria de Ginecología del Hospital J. J. Aguirre, estaba recomendando diafragmas vaginales a clientas seleccionadas (Romero, 1977) y que la Dra. María Figueroa, aparte de dar educación sexual, recomendaba el mismo método en consultorios maternos de la Ex Dirección de Protección de la Infancia (PROTINFA) (*op. cit.*, 1975:10).

La restringida acción médica continuó y, entre 1946-1953, funcionó un pequeño centro anticonceptivo en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, en donde el Dr. Onofre Avendaño proporcionó prescripciones para el control de la fecundidad. Otro servicio importante fue el del pro-

¹⁴Entrevista al Dr. Carlos Molina.

fesor Puga del hospital J. J. Aguirre, junto al Dr. Zañartu, Gomez Roger y otros, quienes desarrollaron, especialmente, los anticonceptivos hormonales (*op. cit.*, 1975: 10-11). A partir de 1959, los doctores Jaime Zipper y Hernán Sanhueza reeditaron el anillo de Graefenberg, bajo la forma de un aro de nylon.¹⁵ Además, se reconoció que aproximadamente entre 1930 y 1950 muchos médicos en forma privada recomendaban métodos anticonceptivos a sus pacientes.

Entre 1920 y 1960, la labor de los ginecólogos fue muy dura debido a la gran cantidad de prejuicios y temores que pesaban sobre la sociedad. La Dra. Juana Díaz Muñoz, directora del Centro contra el Cáncer de la Mujer, que desde 1956 funcionaba en el Hospital San Borja, y una de las gestoras de la llegada de los primeros anticonceptivos a Chile, relató que entre 1920 y 1930:

[. . .] las mujeres que iban a hacerse exámenes ginecológicos usaban unos calzones especiales con una ranura para mostrar nada más la parte pertinente. Costaba un mundo desnudar a las mujeres, de cualquier clase social que fueran. Además las mujeres preferían consultar con los ginecólogos varones, pues no tenían confianza en las profesionales de su mismo sexo [. . .] —por otra parte— se mentía siempre en lo sexual. Nunca iban por su propia voluntad al acto y a veces creían que estaban menopáusicas cuando en realidad estaban embarazadas.¹⁶

Las mujeres de la década de los sesenta experimentaron una serie de cambios en sus costumbres y mentalidad, y perdieron parte de sus inhibiciones al consultar al médico. Se hicieron menos reticentes a los exámenes ginecológicos y de detección del cáncer uterino.

Protagonistas del movimiento feminista de la primera mitad del siglo opinaron que, en su época, no había un control eficiente de la natalidad y que allí residía un gran problema, especialmente para las mujeres de estratos socioeconómicos bajos que, de acuerdo con sus patrones culturales, se llenaban de hijos o recurrían con mucho sentimiento de culpa al aborto, porque sentían que estaban ofendiendo a Dios, “[. . .] aceptaban un infierno para ellas en la otra vida con tal de evitárselo a su hijo en ésta” (Santa Cruz, 1987). Dicha práctica llevaba a muchas mujeres a la muerte, puesto que en ese tiempo no existían antibióticos, ni bancos de sangre, ni suficiente capacidad en los hospitales. Además, no eran

¹⁵Ese mismo año, el Dr. Jaime Zipper asistió a la Primera Conferencia Internacional de Anticoncepción Intrauterina en Nueva York.

¹⁶*Eva*, núm. 997, 8 de mayo 1964, p. 20 y “Medio siglo de medicina y feminismo”, en *Paula*, núm. 83, Santiago de Chile, marzo 1971.

recibidas si llegaban con el propósito de abortar. Ingresaban a los centros de salud con abortos infectados, realizados clandestinamente por comadronas, muchas veces inexpertas, que les producían graves lesiones y causaban incluso la muerte. En otros casos, para abortar, las mujeres tomaban medicinas caseras a base de hierbas o se sometían a trabajos violentos con igual propósito.

A juicio de los médicos, el aborto inducido fue practicado hasta 1968 por al menos un tercio de la población femenina, con altos índices de mortalidad materna, por lo que llegó a tener un carácter epidemiológico. Con posterioridad a la aparición de métodos anticonceptivos orales y pese al mayor grado de desarrollo, se siguió practicando; si las tasas de fecundidad bajaron fue, en gran medida, a expensas del aborto.¹⁷ Era difícil desarraigar, en tan breve lapso y sin una adecuada política de educación sexual, una práctica a la que habían recurrido por años las mujeres de todos los estratos sociales y muy especialmente las de sectores medios bajos (Weisner, 1982). En dichos ámbitos, se recurría también al pensamiento mágico, suponiendo que la luna o las condiciones del tiempo influirían en la fecundación, y se pensaba que el amantamiento impediría un nuevo embarazo, por lo que las mujeres lo hacían hasta casi los dos años de vida del niño. En los estratos medios y altos, se usó también el coito interrumpido y el condón, que se estimaba más bien como un método para evitar las enfermedades de transmisión sexual que como anticonceptivo y debía ser comprado sólo por hombres (ninguna mujer de esa época se habría atrevido a comprarlo). Se recurrió también al diafragma, ya que en dichos estratos se disponía de privacidad y de un cuarto de baño, condiciones que este método requiere para su inserción, y, finalmente, el método del ritmo, óvulos espermicidas intravaginales y la relación sexual anal.¹⁸

Las mujeres de los primeros 50 años del presente siglo tuvieron escasa posibilidad de plantearse la sexualidad como un vehículo de obtención de placer, cariño o comunicación con su pareja “[...] ésas son cosas modernas [...]”, confesó sonriente la destacada feminista nacional Elena Caffarena, quien señaló, además, que la única información disponible sobre anticonceptivos en su época se proporcionaba cuando la mujer estaba ya embarazada.

¹⁷Entrevista al Dr. Carlos Molina.

¹⁸Entrevistas realizadas a Elena Caffarena, Olga Poblete y Carlos Molina.

Había un número importante de médicos dispuestos a iniciar en forma más amplia y permanente la planificación familiar; sin embargo, el impulso que faltaba vino desde fuera. En 1962 visitó Chile la Dra. Ofelia Mendoza, Directora Técnica de la FIPF, quien impactó fuertemente a la Agrupación Médica Femenina. Esta última promovió la discusión pública sobre regulación de la natalidad, con lo cual propició que el Dr. Gustavo Fricke invitara a profesionales de las Universidades de Chile y Católica para crear un comité asesor de la Dirección General del SNS, destinado a organizar la prevención del aborto inducido, que estaba convirtiéndose en epidemia en el país. Fricke pensó que una mujer que no deseaba embarazarse y que tenía relaciones sexuales, debía tener derecho a protegerse para evitar dos grandes males: el aborto y los hijos no deseados. Estimó también que la penalización del aborto era inaplicable, pues en 1964 se hospitalizaron 70 000 mujeres por aborto infectado, sin que existiera cárcel alguna que pudiera albergarlas a todas. Por ello planteó que la actitud no debía ser punitiva sino preventiva y sugirió que si eran evitados los embarazos no deseados, no habría deseo de provocarse un aborto (APROFA, 1987:4). Durante la presidencia de la Dra. Luisa Pfau se constituyó el Comité de Protección de la Familia, que luchó por reducir las tasas de natalidad, la mortalidad materna y la muerte por aborto. Desde su fundación, contó con el apoyo y financiamiento de la IPPF —institución de la que es filial— y con las donaciones de diversas instituciones y personas, y dirigió sus esfuerzos hacia las áreas de extrema pobreza, atendiendo gratuitamente a la población femenina a través del SNS (*op. cit.*, 1975:11).

Alrededor de 1963, los centros anticonceptivos existentes alcanzaron un mayor auge y la FIPF otorgó aportes financieros para su mayor desarrollo. A fines de ese año, el Dr. Alfredo Bravo —nuevo Director de Salud— hizo una promoción para que el Comité dejara de ser un organismo asesor oficial y se convirtiera en una institución con carácter privado,¹⁹ manteniendo, al mismo tiempo, el auspicio, la cooperación y

¹⁹En ese mismo año se crearon nueve grupos de trabajo, asistenciales y científicos, con el apoyo del SNS y de las Universidades de Chile y Católica. Estos fueron, en el área sur, el hospital Barros Luco Trudeau; en el área oriente, el hospital del Salvador; en el área norte, el hospital J. J. Aguirre, servicios de ginecología y consultorios; en el área central, hospital San Francisco de Borja y consultorios; en el área occidente, hospital Felix Bulnes y consultorios; área Puente Alto, hospital El Peral; y el hospital clínico de la Universidad Católica. Fuera de Santiago se estaban creando 17 centros de planificación familiar.

las buenas relaciones con el SNS. En enero de 1964 fue legalizada la existencia del Comité.

A fines de 1965, el gobierno de E. Frei otorgó personalidad jurídica al Comité, que pasó a llamarse Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). Por parte del gobierno demócratacristiano ya se evidenciaba interés en que el estado, a través del SNS, asumiera la responsabilidad de la planificación familiar en el nivel nacional y fueran creados programas para ello. Consecuente con esto, el nuevo Director General de Salud designado por el presidente Frei, Dr. Francisco Mardones Restat, expresó que:

[. . .] el SNS no podía por más tiempo eludir una definición de sus acciones frente al problema del aborto y del crecimiento de la población; que contaba con el respaldo del Ministerio de Salud y con la ayuda de asesores técnicos en el Ministerio y en el Servicio para iniciar ciertas acciones de regulación de fertilidad y que era conveniente precisar las formas de cooperación con entidades privadas (*op. cit.*, 1975:19).

Finalmente, a modo de síntesis de esta primera etapa, puedo decir que las actividades anticonceptivas en Chile se reconocieron a partir de la década de 1930, pero sólo comenzaron a sistematizarse en 1962. Tuviron carácter privado y extensión local y fueron promovidas por un grupo de profesionales dedicados a la procreación humana, en instalaciones del SNS. Si bien el Ministerio de Salud no se pronunció en ese entonces sobre estas actividades, las observó y las toleró, pero no fueron incluidas en los programas de salud.

Durante este periodo se realizaron diversos proyectos de investigación en este campo, entre los cuales cabe destacar los trabajos de Tegualda Monreal, R. Armijo y sus colaboradores (*op. cit.*, 1975:23). Bajo el alero del Director de Salud, Gustavo Fricke, se creó el Comité Chileno de Protección de la Familia, al cual se incorporaron, con carácter privado, profesionales de la salud que establecieron relaciones con la FIPF, con el fin de combatir la alta tasa de hospitalizaciones y muertes por aborto. Múltiples acciones de difusión y educación fueron emprendidas en esta etapa: foros, publicaciones, seminarios, cursillos, que se publicitaron a través de la prensa, la radio y la televisión. Otro ejemplo fue el de la película "Aborto", realizada con el apoyo de la APROFA, de la cátedra de medicina preventiva y social de la Universidad de Chile y del cine experimental de la misma. Además de ser exhibida en Chile, fue distribuida en el resto de América Latina (*op. cit.*, 1975:23).

Todas estas iniciativas generaron un ambiente positivo en la opinión pública, incluso en sectores católicos que vieron con buenos ojos la decisión del Ministerio de Salud de hacerse responsable de los programas de planificación familiar a través del SNS. Probablemente algunos católicos adoptaron la planificación familiar y otros la toleraron por considerarla un mal menor frente al problema del aborto, puesto que en ese lapso había conciencia sobre la realidad de las mujeres que abortaban, tanto por la cantidad como por las condiciones en que eran realizados los abortos.

IV. La política de planificación familiar en el gobierno de Eduardo Frei: periodo 1964-1970

Coincidió con el advenimiento del gobierno demócratacristiano y su "revolución en libertad", que impulsó y facilitó varias reformas (universitaria, agraria, leyes de promoción popular, chilenización del cobre) dentro de un proyecto de desarrollo global. Con ese sentido fue aceptada la introducción de métodos anticonceptivos, aunque sin que apareciera directamente el apoyo oficial, debido principalmente a la influencia de la iglesia católica y a las reservas que pudiera poner la oposición al gobierno (en el sentido de que éste estuviera propiciando políticas de control natal, pues como ya dije, el solo concepto de "control" producía rechazo y desconfianza).

Esta iniciativa fue contemplada por la Alianza para el Progreso que, así como apoyó la Reforma Agraria, incentivó también los programas de planificación familiar.

En 1965 el SNS adoptó el primer acuerdo sobre política de regulación de natalidad. En los últimos seis años Chile exhibía un índice anual de 2.7% de crecimiento de la población, a causa de tasas de natalidad persistentemente altas (32.9 o/oo) y descenso de la mortalidad general (11.9 o/oo) (*op. cit.*, 1975:23). A raíz de esto, el gobierno decidió estudiar el problema del crecimiento demográfico a través de organismos competentes; para ello designó una comisión asesora del Ministerio de Salud. Obviamente, las presiones internacionales pesaron, pues en un país como Chile no era posible argumentar como problema grave la explosión demográfica ni el exceso de población.

Durante los primeros meses de 1965 fueron registrados 15 094 pacientes en establecimientos del SNS, a quienes se otorgaron 45 882 consultas con fines anticonceptivos. Un 56.5% del total de pacientes adoptó el dispositivo intrauterino (DIU), y al 28.4% se recetó gestágenos orales (píldora), ambos son los métodos artificiales más utilizados hasta la actualidad. Al resto se le indicó el método del ritmo y otros (*op. cit.*, 1975:27).

Estos programas continuaron bajo la dirección de profesores y jefes de servicio de ginecología y obstetricia, así como de docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. También siguieron, las investigaciones financiadas por APROFA y agencias internacionales apoyadas por la Universidad de Chile. Un impulso importante se otorgó al adiestramiento de profesionales de la salud, a través de las mismas vías señaladas, y tanto la asistencia como la investigación y la instrucción fueron estimadas como partes integrantes del programa regular de atención materno-infantil del SNS.

Los programas de planificación familiar por parte del SNS constituyeron un beneficio para la población y se realizaron—desde entonces— sistemáticamente en sus dependencias. La responsabilidad, tanto en la aplicación como en la eficacia técnica de los métodos, recayó exclusivamente en dicho organismo estatal. El gobierno de entonces consideró que el SNS tenía la misión ineludible de asumir la ejecución de tales acciones como una forma de proteger a la población femenina de cualquier tipo de acciones inescrupulosas. Esta posición adoptada por el SNS, hacia fines de 1965, marcó un hito en la historia de la planificación familiar, pues fue el inicio de una política de carácter público.²⁰ Se integraron las actividades de regulación de la natalidad dentro de los programas de salud materno-infantil, con los propósitos de “[...] reducir la mortalidad materna, condicionada por el aborto inducido, reducir la mortalidad infantil determinada por el deterioro del nivel de vida, promover el bienestar de la familia y favorecer la paternidad responsable” (*op. cit.*, 1975:25), entre otros. Se pretendió cubrir el “[...] 100% de las mujeres atendidas por aborto en los servicios hospitalarios, el 40% de las mujeres atendidas por partos, otorgar asistencia preferente a las grandes multiparas con problemas socio-económicos y patologías

²⁰En una reunión de jefes zonales, en abril de 1966, el Director General de Salud, Dr. Francisco Mardones, formuló el anuncio oficial, oficio circular núm. 988 de fecha 14 de enero de 1966, acordado el 8 de noviembre de 1965”, *op.cit.*, 1975, p. 35.

graves (tuberculosis, cardiopatías, nefropatías, etcétera), y al 10% de las mujeres en edad fértil que se controlan en consultorios todas ellas en forma urgente y prioritaria" (*op. cit.*, 1975:64).

Al menos en los gobiernos demócratacristiano y de la Unidad Popular, se mantuvo lo esencial de dicho acuerdo, es decir, la responsabilidad del estado en la salud de la población femenina y en la planificación familiar. Ya por esos años, Chile se distinguía por su posición de avanzada en el movimiento mundial de regulación de la fecundidad y así lo demostró entre diciembre de 1965 y principios de 1966, al provocar una expansión pública del tema a través de diversas acciones que se informaron por los medios de comunicación.²¹ Fue el inicio de una época de numerosos e interesantes acontecimientos relacionados con la regulación de la fecundidad.

Otro hito en la historia de la planificación familiar en Chile fue la realización —en Santiago—, en abril de 1967, de la VIII Conferencia Internacional de la FIPF patrocinada por APROFA, la Universidad de Chile, el Colegio Médico y el SNS. Lo más destacable de esta conferencia fue el compromiso asumido por el gobierno demócratacristiano. La sesión inaugural contó con un discurso de apertura del Dr. R. Valdivieso, Ministro de Salud Pública, y las intervenciones del Sr. M. Fernandez, Alcalde de Santiago, y del presidente de la república, Eduardo Frei, quien expresó:

Yo quisiera manifestarles el profundo interés con que el gobierno seguirá sus deliberaciones [. . .] tenemos la mente muy abierta para considerar el problema, no tenemos frente a él ningún prejuicio [. . .] en esta época la explosión demográfica es un problema que no se puede eludir y que es necesario no sólo estudiar sino que resolver y afrontar con valor [. . .] (*op. cit.*, 1975:50-51).

Posteriormente, en 1968, se realizó una exposición denominada "Historia de los Métodos Anticonceptivos", que se presentó en la Universidad de Chile, en la Universidad Técnica y el hospital Barros Luco Trudeau, la cual se envió luego a Venezuela para su presentación. También se efectuaron congresos nacionales y latinoamericanos donde

²¹Conferencia en la Biblioteca Nacional por el Dr. Benjamín Viel; disertación del Dr. Onofre Avendaño a la Sociedad Médica de Ñuble y hospital regional de Chillán; conferencia de prensa del Director General de Salud, Dr. Francisco Mardones, para explicar los métodos de regulación de la natalidad; escuelas de verano en las Universidades de Chile y Santa María de Valparaíso; conferencia del Dr. Hernán Romero en la Universidad de Concepción. Además hubo programas, foros y polémicas en las radios Magallanes, Cooperativa Vitalicia y Diego Portales, *op. cit.*, 1975, p. 35.

se incluyó el tema del control natal. A fines de 1968, en una conferencia internacional convocada por la ONU, en Teherán (Irán), con motivo de celebrar los 20 años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reiteró “[...] que la pareja humana posee el derecho básico de decidir en forma libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y el derecho de obtener información y educación adecuada sobre este problema [...]” (*op. cit.*, 1975:68).

Dicha conferencia fue importante puesto que se analizó la situación de la mujer y se discutió sobre el derecho que ésta tenía de reducir el número de hijos, con el fin de no constituir un obstáculo para su desarrollo, y, dentro de este contexto, del papel fundamental que le cabía a la planificación familiar.

Por otra parte, durante este periodo hubo una estrecha relación entre el SNS y la APROFA, que fue uno de los pilares con que contó el servicio. Otorgó medios técnicos y financiamiento para apoyar diversas iniciativas; realizó también una vasta labor en forma independiente.²² La APROFA estuvo dirigida por un brillante grupo de médicos chilenos de reconocida trayectoria, que formaba parte del SNS.

A fines de la década de 1960, fue firmado un convenio entre el gobierno norteamericano (a través de la AID) y el gobierno de Chile (por medio del SNS) para construir, en el terreno del hospital Barros Luco, un gran recinto que daría albergue a las actividades del Programa Latinoamericano de Adiestramiento en Planificación Familiar. Su objetivo era servir como medio de extensión y crecimiento del programa de planificación familiar en Chile, iniciado en 1965. El gobierno chileno decidió financiar la construcción y, en marzo de 1970, la obra estaba concluida y proporcionaba atención prenatal, ginecológica, posnatal y regulación de la natalidad; es decir, un servicio de atención integral para la mujer (*op. cit.*, 1975: 71-72).

Pese a que, teóricamente, se planteó una atención integral, es preciso clarificar que, hasta 1970, los programas de planificación familiar financiados en su mayor parte por fundaciones norteamericanas, organizaciones financieras y agencias internacionales, que habían establecido convenios con algunos centros de salud del SNS, entregaban de un modo privilegiado recursos a aquellos hospitales y servicios públicos

²²Patrocinó y organizó con la ayuda del Population Reference Bureau, un seminario nacional para dirigentes sindicales, sobre regulación de la natalidad, que se efectuó en Jahuel en agosto de 1969, *op. cit.*, 1975, p.71.

—en general muy pobres— donde se promovía la anticoncepción. Por lo tanto, dichos centros fueron provistos de equipo e instrumental moderno (espéculos limpios), matronas y médicos bien pagados (aparte del sueldo médico se otorgaba una bonificación por cada anticonceptivo que recetaban). En un servicio de salud que tenía un régimen de recursos materiales y humanos global, todo esto generó una distorsión, puesto que en los mismos recintos donde se daba una excelente atención anticonceptiva, se otorgaba una deficiente atención al embarazo, con médicos mal pagados, sin suficientes sabanillas, con escasas horas asignadas a las matronas, etc.²³ Es decir, hubo un gran apoyo a todas las actividades relativas a la anticoncepción, pero no hubo una atención integral eficiente a la mujer.

En resumen, el Comité cambió su nombre por el de Asociación y obtuvo personalidad jurídica. Por otra parte, el estado adoptó la regulación de la fecundidad; la incorporó al programa de atención materna, y administró y fiscalizó todas estas acciones a través del SNS, el cual benefició a un gran número de mujeres que se atendían en los consultorios y unidades de ginecología y obstetricia. Se planteó regular la natalidad dentro de un programa global de atención a la madre; sin embargo, uno de sus principales logros fue la distribución masiva de anticonceptivos.

También fue realizada una amplia campaña de educación y difusión sobre el tema de la anticoncepción y se inició un extenso programa de adiestramiento para médicos, matronas, enfermeras y otros profesionales afines, que no sólo benefició al personal chileno sino que también se extendió, a través de un sistema de becas, a otras naciones latinoamericanas.

Por último, en la VIII Conferencia Internacional de Planificación Familiar, realizada en Chile, el gobierno expuso su pensamiento y se comprometió a analizar las conclusiones de tal coloquio.

²³Entrevista al Dr. Carlos Molina.

*V. La política de planificación familiar
en el gobierno de Salvador Allende:
periodo 1970-1973*

Casi recién inaugurado el gobierno de la Unidad Popular (UP),²⁴ el nuevo director de salud, Dr. Sergio Infante, en un seminario para los directores de programas en planificación familiar, al cual asistió en calidad de invitado (Bogotá, Colombia), en mayo de 1971, presentó las bases de la política de salud materno-infantil del gobierno. Dicho encuentro fue patrocinado por la FIPF, la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana y la Universidad de Chicago (*op. cit.*, 1975:72).

Dentro de las primeras medidas en materia de salud materno-infantil, el gobierno popular introdujo, en relación con la mujer, la frase "atención integral" para referirse a la atención ginecológica de la mujer durante su edad fértil, desde la adolescencia hasta los 45 años, incluyendo planificación familiar, control del embarazo, parto, puerperio, prevención del cáncer, problemas de esterilidad (*op. cit.*, 1975:73). La pretensión fue terminar con programas privilegiados de planificación familiar, como había ocurrido en el periodo anterior e integrar, como un servicio más, dentro del programa de atención de la mujer, el uso masivo de los anticonceptivos a toda la población en edad fértil.²⁵ Con relación al niño se propuso su atención en todas las etapas de su desarrollo, un programa de alimentación, una campaña contra la bronconeumonía infantil, la vacunación masiva contra la polio y la coordinación de los labores del SNS con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Al referirse a la planificación familiar el director expresó que:

[. . .] no compartía el concepto de que la reducción en el número de hijos es factor fundamental y necesario para el bienestar de la familia y el desarrollo económico y social [. . .] que no aceptaría en nuestro país la aplicación de drogas no aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos [. . .] reconocemos el derecho que asiste a toda nuestra población a conocer y a tener acceso a los medios más modernos, científicos y eficaces para regular la fecundidad (*op. cit.*, 1975:73).

²⁴Coalición de centro-izquierda formada por la Acción Popular Independiente (API), el Partido Comunista, el Movimiento de Acción Popular Unitaria (MAPU), el Partido Radical, el Partido Socialista y el Partido Social Demócrata de Chile. En 1971 se unió a la UP el partido Izquierda Cristiana (IC).

²⁵Entrevista al Dr. Carlos Molina.

Además planteó como uno de los objetivos básicos de la planificación familiar el logro de la salud de madres y niños, el desarrollo del grupo familiar, su estabilidad económica y laboral, viviendas en sitios adecuados y condiciones sanitarias, la procreación consciente y responsable, la armonía psicosocial de sus miembros y su incorporación a las actividades organizadas de la comunidad. Finalmente, expresó que el SNS proporcionaría la información y facilitaría los servicios para que toda mujer que lo solicitara pudiera planificar el número y la oportunidad en que quisiera tener sus hijos, con el fin de reducir los riesgos obstétricos y contribuir a eliminar el aborto provocado. Se puso énfasis en mejorar las condiciones y el bienestar familiar por sobre la reducción del número de hijos.

Con este objetivo fue realizada, en 1970, una entrevista entre el presidente de la república Salvador Allende y el director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Posteriormente, en 1972, quedó redactado un convenio entre el gobierno de Chile y el Fondo de Naciones Unidas para actividades de población, tendiente a disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal, así como la morbi-mortalidad del niño en el primer año de vida, educación en salud y promoción del deber y el derecho de la paternidad responsable.

[. . .] el 63% de la población está compuesta por madres y niños, sus vidas constituyen el presente y el porvenir de la comunidad [. . .] El año pasado fue, según el gobierno, el año de suerte para las madres. Hubo un aumento del porcentaje del total del presupuesto del Servicio Nacional de Salud para invertir en este plan [. . .] una atención universal, igualitaria e integral [. . .] La prioridad —explicó el Ministro— la tienen las madres y los niños menores de un año en quienes se presentan las mayores cifras de mortalidad [. . .].²⁶

Carmen Gloria Aguayo de la Consejería Nacional de Desarrollo Social sugirió en el seminario "La condición de la mujer y la Planificación Familiar" realizado en Estambul: [. . .] el derecho soberano de los países para determinar su política demográfica, derecho de la pareja, especialmente de la mujer, a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos; implicancia social de la planificación familiar, y la responsabilidad de los gobiernos y los países en cuanto a crear servicios y ayuda dirigidos a la protección de la madre y el niño [. . .].²⁷

²⁶Violeta Guiraldes, "Una esperanza para los niños chilenos: programa de extensión de servicio materno-infantil", en *Paula*, núm. 109, marzo de 1972, pp. 21-22.

²⁷Ximena Solís, "En Estambul debatieron la condición de la mujer", en *Paula*, núm. 127, noviembre 1972, s/p.

La promoción popular prosiguió y, dentro ella, la promoción de la mujer, puesto que en este plan hubo acceso fácil a los anticonceptivos sin que el estado civil de las mujeres fuera un inconveniente. Los hospitales estatales continuaron con sus labores de asistencia, investigación y adiestramiento. El hospital Barros Luco, pionero en materia de anticoncepción, inauguró un programa de regulación menstrual, inducción del aborto por Rivanol y raspado para pacientes usuarias de anticonceptivos que habían fracasado.²⁸

En 1972, las fuentes consultadas señalan que el aborto era la segunda causa de muerte; sin embargo, el proyecto de ley sobre dicha materia presentado en 1969 por el diputado de la Democracia Radical Héctor Campos, dormía en el Congreso Nacional.²⁹ Por ello, el gobierno de la UP planteó la necesidad de legalizar el aborto para terminar con el comercio clandestino que hacían médicos y clínicas privadas, para poner fin a la acción de parteras inexpertas y evitar con ello la muerte y esterilidad de las mujeres.

Hortensia Bussi de Allende [. . .] en una entrevista concedida a la Revista *Varietades* de Caracas expresó: Personalmente estoy de acuerdo con el aborto. Si se legaliza o no en Chile, eso aun no lo sabemos [. . .] el aborto en nuestro país es la segunda causa de muerte [. . .].³⁰

A partir de 1972 se desarrolló desde el sector público —por medio del SNS— y del sector privado —a través de APROFA— con todo el apoyo del gobierno, una intensa labor comunitaria centrada en la planificación

²⁸El equipo encargado de estas actividades fue despedido del hospital después del golpe militar (1973). Entrevista al Dr. Carlos Molina.

²⁹A fines de 1969, Héctor Campos presentó ante el Congreso un proyecto de ley para legalizar el aborto. Aunque no se concretó, dicha iniciativa generó preocupación y un debate público sobre la problemática del aborto.

Gladys Marín, parlamentaria del Partido Comunista, dijo entonces: "Yo creo que la mujer debe tener los hijos que desee. Ya no somos máquinas reproductoras. No es esa nuestra misión. Por eso, soy partidaria del aborto".

Wilna Saavedra, parlamentaria del Partido Demócrata Cristiano señaló: "Soy partidaria de la paternidad responsable y contraria al aborto".

El Dr. Juan Carlos Concha, Ministro de Salud: "[: :] Considero que no sería una práctica deseable. No obstante, me parece que debe enfrentarse racionalmente el problema. No puedo obligar a otros que piensen igual. Si la decisión social está por el aborto, entonces es mi obligación colocar en manos de la población los elementos para que se realice con el menor riesgo posible [: :] ", en *Eva*, agosto de 1972, p. 20.

³⁰*Eva*, agosto de 1972, p. 20.

familiar, la paternidad responsable y la educación sexual.³¹ Dicha labor se vio facilitada gracias a que la comunidad presentaba por aquella época un alto grado de organización, que alcanzaba a un gran número de pobladores agrupados en juntas de vecinos, centros de madres, gremios, clubes deportivos, centros de padres y apoderados, etc. Sobre esta base se formuló el proyecto de líderes de paternidad responsable, que entendía que la procreación debía ser deseada y planeada en un acuerdo mutuo y completo de la pareja. Innovador fue plantear, además, que cada pareja tenía el derecho de separar el aspecto reproductivo del ejercicio de su vida sexual. El propósito general de este proyecto —en términos cuantitativos— fue capacitar a 30 000 líderes de la comunidad, entre el 1 de abril de 1972 y el 31 de diciembre de 1974, para que éstos promovieran e influyeran en la adopción de la paternidad responsable.

Por último, en esta etapa, el carácter fundamental de la planificación familiar estuvo dado por la responsabilidad creciente del estado en la regulación de la fecundidad a través de los servicios públicos. Se rechazaron los programas verticales de planificación de la familia, y se propició en su lugar la regulación de nacimientos dentro del programa de asistencia de la mujer en función procreativa.

El golpe militar de 1973, y el régimen instaurado por éste, produjo hondas transformaciones en la sociedad chilena y en la relación que había establecido con el estado. Así, su acción repercutió en el programa de planificación familiar debido a la formulación de una política de población pronatalista.³²

VI. Conclusiones

La planificación familiar se introdujo en Chile debido a la existencia de factores de carácter externo e interno que facilitaron su desarrollo. Por una parte tenemos el factor ideológico, que sobredimensionó la cuestión de la explosión demográfica, en tanto que las agencias internacionales presionaron para que se implantaran en América Latina los programas de planificación familiar, siendo Chile uno de los países escogidos para este plan piloto. Esta presión fue muy importante pues real-

³¹"Recomendaciones sobre paternidad responsable", en *El Mercurio*, 21 de marzo 1972, s/p y *El Mercurio*, 9 de septiembre 1972, p. 25.

³²Jiles y Rojas (en colaboración), 1992.

mente era extraño hablar de explosión demográfica en un país como el nuestro.³³ El contexto sociopolítico en el cual se puso en práctica la planificación familiar fue favorable, ya que el gobierno liderado por el Partido demócratacristiano —que sustentaba una posición de centro, moderada, reformista y social cristiana— tuvo el apoyo del gobierno de Estados Unidos, el cual fomentó dicha política.

Por otra parte, en Chile existía un diagnóstico de la realidad médico-social y particularmente del problema del aborto; desde la década de los treinta, el aborto estaba identificado por el sector salud como una causa de muerte y enfermedad grave a través de los estudios e investigaciones realizados, por lo tanto existía conciencia del problema por parte de los distintos sectores sociales. El país contaba también con un eficiente Servicio Nacional de Salud de cobertura nacional, con una orientación de salud integral principalmente hacia los sectores populares y con un cuerpo médico especializado, salido de las aulas de la Universidad de Chile, comprometidos con el tema, profesional y políticamente. Además, la población a la cual fue aplicado el programa, es decir las mujeres, poseía un alto grado educativo y muchas de ellas³⁴ estaban organizadas en los centros de madres, a través de los cuales establecieron contacto directo con el estado y las políticas impulsadas por él.

Hay que remarcar que en la gestación y en la puesta en práctica de la planificación familiar participaron más actores sociales, a diferencia de otras iniciativas públicas. Estuvieron presentes el *sector salud, las mujeres, el gobierno, los partidos políticos, la iglesia católica*, entre otros. Respecto a esta última, en ambos gobiernos, la relación iglesia-estado se caracterizó por el respeto y la colaboración. Así, la implantación de esta política fue tomada por la iglesia católica chilena como un mal menor frente a la problemática del aborto. Hubo consenso producto de la necesidad concreta de las mujeres y de la presión de los distintos sectores.

³³La población de Chile en 1952 era de 5 932 995; en 1960, 7 341 115; y en 1970 de 8 884 768. Geografía Económica de Chile, Gémines, 1982, citado en Aylwin *et al.*, p. 301. Según estimaciones de la ONU en 1983 era de 11 720 000, en 1990 13 170 000 y en 1992 13 600 000. Fuente: United Nations, *Monthly Bulletin of Statistics*, vol. XLVII, núm. 6, junio 1993.

³⁴En 1973 existían a lo largo del país alrededor de 20 000 centros de madres con cerca de 1 000 000 de socias. Gaviola, Lopresti y Rojas, 1988, p. 86. "Otras autoras dan una cifra de 30 000 centros de madres para fines de 1973. Pensamos que, efectivamente, superaron los 20 000 por cuanto en 1974, tras la represión y persecución de organizaciones y dirigentes, aún quedaban 20 000 centros afiliados a CEMA-Chile", en Valdés *et al.*, 1989, p. 28.

Una de las principales diferencias de la aplicación de la política en los respectivos gobiernos fue que el gobierno de Frei, por la presión internacional, priorizó dentro del programa de salud femenina la entrega de métodos anticonceptivos; en contraste, el gobierno de la UP se centró en la atención integral a la mujer en un contexto de salud materno-infantil, aunque se siguieron proporcionando métodos anticonceptivos, pero no con la urgencia del anterior gobierno.³⁵

Por otra parte, dicho programa incluyó en su definición el concepto de familia, pero en los hechos se orientó a la mujer y ésta fue la única responsable de la planificación de los hijos. En el gobierno de la UP hubo un intento de cambiar esta concepción a través de los líderes de paternidad responsable, pero fue muy breve el lapso en que se ejecutó.

EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD (1950-1995)

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	1950-55	1960-65	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95
	5.1	5.3	3.6	2.9	2.8	2.7	2.7

FUENTE: Valdés y Gomáriz (coords.), 1992:26.

Si bien dicha política benefició a la mujer en aspectos puntuales relacionados con su capacidad reproductiva, reforzó su papel tradicional pues no apuntó a la raíz de la desigualdad sexual. En efecto, el programa le entregó a la mujer las modernas tecnologías anticonceptivas (la píldora y el DIU) pero no se orientó al logro de una redistribución de los papeles al interior de la familia. No consiguió que el hombre tomara conciencia de la paternidad como un acto responsable y se hiciera partícipe del cuidado de los hijos y de la solución de los problemas domésticos relacionados con la crianza y la formación de ellos. La mujer siguió siendo la encargada de la planificación de los hijos, así como de su cuidado físico y afectivo. El estado le otorgó apoyo, pero ello no cambió su papel tradicional en la familia.

³⁵La planificación familiar era mal mirada por los partidos de izquierda pues la consideraban una política del imperialismo norteamericano que pretendía la disminución de los pobres del mundo y que no resolvería los problemas de fondo de los países subdesarrollados.

Si bien es cierto que en este periodo las mujeres participaron en los proyectos socio-políticos de base en las distintas organizaciones y en algunos cargos públicos de importancia, no hubo por parte de ellas, salvo excepciones, la intención de terminar con la desigualdad sexual y exigir al estado políticas orientadas a este propósito. Este hecho pone en evidencia la falta de un movimiento feminista con conciencia de género que se movilizara e incidiera políticamente. Las organizaciones de mujeres existieron, pero no hubo una conciencia feminista clara.

Bibliografía

Publicaciones periódicas (Santiago de Chile)

Diarios:

El Mercurio, Santiago, 1964, 1970 y 1972 (órgano de tendencia conservadora).

Revistas Femeninas:

Paula, Santiago, 1971 y 1972.

Eva, Santiago, 1964 y 1972.

Otras revistas:

Visa, Santiago, 1987.

Otras fuentes:

Documentos:

La mujer nueva, Boletín del MEMCH, año I, núm. 4, (febrero) y núm. 16 (mayo), Santiago, 1936.

Conclusiones del Primer Congreso Nacional del MEMCH, octubre-noviembre de 1937. Documento archivado en la biblioteca privada de Elena Caffarena.

Dirección del Registro Electoral, 1952, 1958, 1961, 1964, 1965, 1969, 1970 y 1973.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE): Censos de Población 1952, 1960 y 1970.

Entrevistas:

Elena Caffarena: Abogada. Militante feminista de vasta trayectoria. Fundadora y Vice-presidenta de la Asociación de Mujeres Universitarias, 1931; fundadora y primera Secretaria General del Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena MEMCH, 1935; fundadora y Vicepresidenta de la Federación Chilena de Instituciones

Femeninas FECHIF, 1944. Autora de varios títulos jurídicos sobre la discriminación de la mujer ante la ley.

Olga Poblete: Educadora y profesora de Historia y Geografía de amplia y destacada trayectoria. Directora de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Chile. Militante feminista, integrante del MEMCH a partir de 1940 y Secretaria General del MEMCH.

Dr. Carlos Molina: Médico cirujano. Gineco-obstetra con 25 años de profesión y estudios de post-grado. Funcionario del Servicio Nacional de Salud SNS, Subsecretario de Salud Pública en el Gobierno de la Unidad Popular, 1970-1973.

Dr. Benjamín Viel: Médico cirujano, especialista en medicina preventiva y social. Profesor de la Universidad de Chile, Director de la Escuela de Medicina entre los años 1952-1961. Socio fundador y Presidente de la Junta Directiva de APROFA. Autor de varios trabajos sobre planificación familiar.

Entrevistas realizadas por Ximena Jiles Moreno y Claudia Rojas Mira, en mayo-junio de 1989.

Libros y artículos:

Allende, Salvador, *La realidad médico-social chilena*. Edic. Casa de Chile en México, México, S.A.

APROFA, *Memoria. Historia de la Asociación*, 1987

Avendaño, Onofre, *Desarrollo histórico de la planificación de la familia en Chile y en el mundo*. Edic. APROFA, Santiago, 1975.

Aylwin, Mariana, Carlos Bascuñan, Sofía Correa, Cristián Gazmuri, Sol Serrano y Matías Tagle, *Chile en el siglo XX*. Ed. Emisión, Santiago de Chile, 1985.

Claro, Amparo, "Mujer, derechos reproductivos y políticas de población en Chile", ISIS Internacional, mimeo., Santiago de Chile, 1986.

Dietz, Tiena y Heidi Becher, "Historia y transfondos políticos de los programas de planificación familiar en América Latina", mimeo., 1984.

Gaviola, E., X. Jiles, L. Lopresti y C. Rojas, *Queremos votar en las próximas elecciones. Historia del movimiento femenino chileno, 1913-1952*, coedición del Centro de análisis y difusión de la condición de la mujer, "La Morada"/Fempress-ILET/ISIS Internacional/Librería Lila/Pemci-Centro de Estudios de la Mujer; Santiago de Chile, 1986.

Gaviola, Edda, Lorella Lopresti y Claudia Rojas, "Participación política de la mujer en Chile (1964-1973)". Informe de Investigación, Servicio Universitario Mundial (WUS), Santiago, 1988, 100 pp.

- Gaviola, Edda, Lorella Lopresti y Claudia Rojas, "Centros de Madres: ¿la mujer popular en movimiento?", en *Nuestra Memoria Nuestro Futuro*, Ed. ISIS Internacional, Santiago de Chile, 1988.
- Gomensoro, Arnoldo y E. Lutz, "Anticoncepción: aportes para una polémica constructiva", Biblioteca ISIS-Internacional, Documento de Trabajo, mimeo., Santiago, 1982.
- Herrera Moore, Mario, "Aborto y planificación familiar", en *Cuadernos Médico Sociales*, vol. XIV, núm. 2, Santiago de Chile, 1973.
- Jiles, Ximena y Claudia Rojas, "Capítulo II. Historia de las políticas de planificación familiar en Chile", en *Los anticonceptivos en el proceso de liberación de la mujer chilena (1960-1989)*, Informe de Investigación, Servicio Universitario Mundial (WUS), Santiago, 1989, 20 pp.
- Jiles, Ximena y Claudia Rojas (cols.), *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, Ed. Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS), Santiago de Chile, 1992.
- Lamas, Marta, "Salinas y las mujeres", en *Nexos*, núm. 124, abril, México, 1988, pp. 9-13.
- Lamas, Marta, "Las Mujeres y las políticas públicas", en Elena Tapia Fonllem y Patricia Mercado (comps.) *Mujeres y políticas públicas*, documento de trabajo núm. 18, Fundación Friedrich Ebert, México, 1989, pp. 16-29.
- Lamas, Marta, "El Estado y las mujeres", en *Nexos*, núm. 145, enero, México, 1990.
- Pozo, Hernán, *Mujeres Latinoamericanas en Cifras, avances de investigación*, VI. Situación Jurídica de la Mujer. Documento de Trabajo, serie Estudios Sociales núm. 16, FLACSO, Santiago de Chile, 1991.
- Romero, Hernán, "25 años de la salud pública en Chile, 1952-1977", en *Revista Médica de Chile*, vol. 105, núm. 10, octubre, Santiago, 1977.
- Rosetti, Josefina, "La educación de las mujeres en Chile contemporáneo", en *Mundo de mujer, continuidad y cambio*, Ed. Centro de Estudios de la Mujer (CEM), Santiago de Chile, 1988.
- Santa Cruz, Adriana, en Elvira Raymond, "Control de la natalidad a 25 años de la píldora", en *Visa*, año II, mayo, núm. 19, 1987, pp. 26-31.
- Sulbrandt, José y María Alicia Ferrera, "Ley y crecimiento poblacional: el caso chileno", CELADE, mimeo., Santiago de Chile, 1974.
- Tarres, María Luisa, "Hacia un equilibrio de la ética y la negociación", en *debate feminista*, año 4, vol. 7, México, 1993.

- Valdés, Teresa y Enrique Gomariz (coords.), *Mujeres Latinoamericanas en Cifras. Chile*, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, Santiago, 1992.
- Valdés, T., M. Weinstein, M., Toledo, I. y L. Letelier, "Centros de Madres 1973-1989. ¿Sólo Disciplinamiento?", Documento de Trabajo núm. 416, Programa FLACSO, Santiago de Chile, 1989.
- Vargas, Sergio y cols., *Encuesta de fecundidad en Santiago*, Universidad de Chile, Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Santiago de Chile, 1974.
- Weisner, Mónica, "Aborto inducido. Estudio antropológico en mujeres urbanas de bajo nivel socio-económico", tesis de licenciatura, Universidad de Chile, 1982.