

COLECCIÓN DE HISTORIA



POR LA SALUD DEL CUERPO

HISTORIA Y POLÍTICAS SANITARIAS EN CHILE

MARÍA SOLEDAD ZÁRATE CAMPOS
COMPILADORA



EDICIONES UNIVERSIDAD
ALBERTO HURTADO

MARÍA SOLEDAD ZÁRATE CAMPOS, profesora e investigadora del Departamento de Historia de la Universidad Alberto Hurtado y del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Universidad de Chile. En el 2007 publicó *Dar a Luz en Chile, Siglo XIX: de la 'ciencia de hembra' a la ciencia obstétrica*, DIBAM-UAH; actualmente investiga la relación entre maternidad y políticas sanitario-estatales en el siglo XX.

MARÍA JOSEFINA CABRERA GÓMEZ, Licenciada y Magíster en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

ANDREA DEL CAMPO PEIRANO, Licenciada en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile, Magíster © Psicología Comunitaria, Universidad de Chile.

CATALINA LABARCA RIVAS, Licenciada en Historia y Periodista Pontificia Universidad Católica de Chile, editora portal Memoria Chilena, DIBAM.

MARIANA LABARCA PINTO, Licenciada en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

JADWIGA E. PIEPER MONEY, Doctora en Historia, Universidad de Rutgers, Nueva Jersey, profesora de Historia de la Universidad de Arizona.

946152

911 / 124. 52 |
53 |

POR LA SALUD DEL
CUERPO

Elaborado por el Dr. [illegible]

LIBRERIA CHILE
S.A. - SANTIAGO

FOR LA SALUD DEL

FOR LA SALUD DEL

CUERPO

Historia y políticas sanitarias en Chile

Maria Inés Zúñiga
Completado

Impreso por el Centro de Estudios y Publicaciones de la Universidad de Chile
© Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
Facultad de Medicina, Universidad de Chile
1980

Por la salud del cuerpo
Historia y políticas sanitarias en Chile

©María Josefina Cabrera
Andrea del Campo
Catalina Labarca
Mariana Labarca
Jadwiga E. Pieper Money
María Soledad Zárate
©Ediciones Universidad Alberto Hurtado

Impreso en Chile
Octubre de 2008

ISBN: 978-956-8421-16-8
Registro de propiedad intelectual N.º 174115

Impreso por C y C Impresores

Dirección Editorial
Alejandra Stevenson
Beatriz García Huidobro

Corrección de estilo
Alejandro Cisternas

Diseño de la colección
Francisca Toral

Diseño y diagramación
Francisca Toral

Imagen de la portada: Oficina del Niño, Caja de Seguro Obligatorio
© Colección Museo Nacional de Medicina.
Facultad de Medicina Universidad de Chile

Todos los derechos reservados. Bajo las sanciones establecidas en las leyes, queda rigurosamente prohibida, sin autorización escrita de los titulares del *copyright*, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamos públicos.

INDICE

POR LA SALUD DEL CUERPO

Historia y políticas sanitarias en Chile

María Soledad Zárate
Compiladora



ÍNDICE

POR LA SALUD DEL CUERPO

Historia y políticas sanitarias en Chile.

María Soledad Zárate Campos

10

¿OBLIGAR A VIVIR O RESIGNARSE A MORIR?

Viruela y vacuna: el debate sobre una enfermedad y su prevención a comienzos del siglo XX en Chile.

María Josefina Cabrera Gómez

35

“TODO LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS”

Las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927 y 1938.

Catalina Labarca Rivas

81

LA NACIÓN EN PELIGRO: *el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930.*

Andrea del Campo Peirano

131

SALVAR VIDAS Y GESTAR LA MODERNIDAD: *médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile.*

Jadwiga E. Pieper Mooney

189

ALCOHOLISMO Y CAMBIO SOCIAL: *un programa de Salud Mental Comunitaria en el área sur de Santiago (1968-1973).*

Mariana Labarca Pinto

229

LA NACIÓN EN PELIGRO:

*el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de
1930*

Andrea del Campo Peirano

Entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX, en diversas latitudes del mundo se desarrolló un movimiento demográfico y su relación con las prácticas de control de natalidad demandó intensos debates. En las grandes potencias europeas y en Estados Unidos surgieron las primeras ideas respecto al respeto y rol de la mujer en las políticas, que vieron un camino de progreso. La cuestión reproductiva pasó a ser política y política en tanto se advirtió que la política más responsable y efectiva, así entendida como se apreciaba, actuaba contra la muerte desde el punto de vista de la soberanía, la economía y la identidad nacional¹. La problemática reproductiva surgió en algunos países la esterilización estatal a través del consentimiento de la legítima o al menos la verificación de la procreancia y mecanismos que permitieron la eugenesia. Según Gilda Galeotti, los discursos en contra del aborto se fundamentaron más por principios raciales que por motivos o ideas vinculando al derecho de la sociedad sobre el hijo en gestación y el interés colectivo de su nacimiento². La predominancia de la visión nacionalista no debe opacar la participación de las corrientes feministas, eugenesistas³ y eugenistas en el mencionado debate internacional⁴. La eugenesia, en particular, debe ser re-examinada en el pensamiento nacionalista y sus mismos parámetros y así, como se afirmaba en la época, sus fundamentos en la calidad de la población en su totalidad.

Con algunas variaciones de detalles, en los primeros decenios del siglo XX apareció en Chile y otros países latinoamericanos la idea

No es una utopía ni un ensueño irrealizable; imaginad un instante el descubrimiento de una droga, de un dispositivo, fácil, facilísimo de manejar que impida la concepción y tendremos desde ese mismo instante el único requisito que falta hoy para que la mujer, convencida de que su papel no es echar uno tras otro hijos al mundo, tenga sus hijos cuando anhele tenerlos¹.

Entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX, en diversas latitudes del mundo la constatación del decrecimiento demográfico y su relación con las prácticas de control de natalidad detonó intensos debates. En las grandes potencias europeas y en Estados Unidos emergieron las primeras observaciones al respecto y sobremanera en las primeras, que vivían un tenso clima de preguerra. La cuestión reproductiva pasó a ser pública y política en tanto se advertía que la práctica anticoncepcional y abortiva, tan frecuente como se apreciaba, atentaba contra la nación desde el punto de vista de la soberanía, la economía y la identidad nacional². La premura poblacional supuso en algunos países la intervención estatal a través del endurecimiento de la legislación abortiva y la restricción de la propaganda y mecanismos que permitieran la anticoncepción. Según Giulia Galeotti, las discusiones en contra del aborto se movilizaron más por principios nacionalistas que morales o éticos, atendiendo al derecho de la sociedad sobre el hijo en gestación y al interés colectivo de su nacimiento³. La predominancia de la visión nacionalista no debe opacar la participación de las corrientes feminista, neomalthusiana⁴ y eugenésica en el encendido debate internacional⁵. La eugenesia, en particular, obligaba a replantear el pronatalismo nacionalista a sus mismos partidarios, pues, como se afirmaba en la época, tan importante como la cantidad de la población era su calidad.

Con algunos años de desfase, en los primeros decenios del siglo XX apareció en Chile y otros países latinoamericanos la desa-

zón por el problema de la “despoblación”. Los médicos chilenos, al igual que sus pares de la región, lideraron la denuncia del problema y expresaron similares consideraciones, por cierto, muy influidas por lo acontecido en Europa⁶. Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en el Viejo Continente, en Chile las ideas neomalthusianas y feministas no tuvieron un lugar relevante en el debate hasta mediados de la década de los treinta. Tampoco hasta ese instante se concibió la posibilidad de flexibilizar la punición del aborto, una realidad que ya se daba o al menos discutía seriamente en los demás países del cono sur⁷.

Los médicos no fueron los únicos que en Chile se refirieron al “aborto criminal”⁸, pero tuvieron la principal influencia mediática y política para mostrarlo ante la sociedad. El contacto profesional con las mujeres y, en gran medida, la progresiva participación y autoridad que asumían en los asuntos públicos contribuyeron a convertirlos en cruciales forjadores de la noción de que el aborto era un flagelo nacional, objeto de imperativa atención estatal.

En 1936, un grupo de médicos postuló con inusitada cobertura mediática la legalización del aborto y la divulgación de métodos anticoncepcionales. Este pronunciamiento ocurrió en el marco de la Convención Médica de Valparaíso y suscitó un polémico debate. En efecto, representaba una ruptura en la forma en que se había abordado el problema del aborto en Chile⁹. Seguir las argumentaciones a favor y en contra de esta postura permite comprender la complejidad del intercambio de ideas sobre este tema, que ni en Chile ni en otros países del orbe se redujo a la cuestión demográfica y a la estrategia represiva.

En los años sesenta, tres décadas después de su controversial indicación en la convención porteña, el Estado se comprometió con la distribución gratuita de métodos anticonceptivos para la población más carente. El aborto se había consolidado como un problema de salud pública, culminando un proceso que se había iniciado en la primera mitad del siglo XX. Como en los años treinta, esta política sanitaria apuntaba a disminuir la tasa de abortos

provocados, objetivo que se logró exitosamente¹⁰. Este caso ilustra la dimensión temporal que tienen las políticas reproductivas: los distintos escenarios históricos van modificando su formulación y pueden conjugar cambios en su legitimidad y en la voluntad política de aplicarlas o no¹¹. La razón está en que los discursos que rodean este tipo de políticas son verdaderos sistemas ideológicos acerca de la sexualidad y de la reproducción humana que se construyen a partir de las diferentes concepciones que existen sobre la salud pública, las aspiraciones nacionales, los paradigmas religiosos y el género. ¿Qué ideas circulaban sobre sexualidad y reproducción en la década de los treinta? Esa es una gran pregunta que sólo se aborda en parte al exponer las discusiones sobre el aborto, que, además de preocupar en la época por ser un método de control de natalidad extendido y peligroso, llevó de manera obligada a tocar temáticas como la sexualidad de las mujeres, su voluntad y aptitud maternal, la constitución de sus familias, entre otros asuntos que interpelaban su vida privada.

El aborto como medio de control de la natalidad

En el segundo decenio del siglo XX, el “aborto criminal” comenzaba a observarse con otro cariz por los médicos que trabajaban en hospitales o que se reunían en agrupaciones como la Sociedad Médica de Chile. El análisis sistemático de los ingresos por aborto registrados en ciertos hospitales de Santiago había generado una mayor atención y compromiso entre los galenos.

Según Moisés Amaral Martínez¹², médico que trabajó en el Hospital San Borja, la elaboración de la estadística de abortos con sus variadas causas fue tardía en comparación a los hospitales europeos; de hecho, en 1905 él no había podido disponer de la información relativa a su servicio¹³. Isauro Torres en su tesis de grado de medicina concordaba con Amaral: solo desde 1915 las maternidades de los hospitales San Borja y del Salvador, ambas de Santiago, habían

reparado esta deficiencia, generando una estadística que publicaban Caupolicán Pardo Correa y Carlos Monckeberg Bravo, sus respectivos jefes¹⁴. Coincidentemente con la publicación de estos primeros informes, hacia 1920 se multiplicaron los impresos con comentarios y discusiones médicas que se referían al aborto como un fenómeno que alcanzaba impensadas proporciones en el país.

En sus sesiones clínicas, los médicos describían las lesiones de sus pacientes provocadas por abortos malogrados y comunicaban los tratamientos practicados que, con frecuencia, no vencían a la muerte. En 1914, el Dr. Lavín expuso uno de esos casos en la Sociedad Médica de Santiago y cuando terminó su ponencia se produjo una discusión sobre la gran cantidad de abortos. Se reconocían mutuamente que más de alguna vez habían tenido que intervenir para salvar una vida comprometida por hemorragias, por la infección y otras complicaciones del “aborto criminal”¹⁵.

Los médicos sindicaban a las matronas como las principales responsables de practicar el dañino “aborto criminal”. Según los médicos, ellas ejercían este oficio en sus maternidades o casas de parto bajo la observación indiferente de las autoridades. Confirmaba esta desidia en la represión del aborto, la tolerancia que mostraban frente a los avisos de matronas en los periódicos, donde ellas ofrecían “desvergonzadamente” sus servicios a módico costo. Por esta impunidad que observaban los médicos, recurrentemente demandaban a las autoridades una reglamentación más restrictiva para las casas de parto regentadas por matronas y mayor fiscalización de ellas en aras de prevenir el aborto¹⁶. No obstante, cualquier esfuerzo era insignificante cuando existía una serie de complicidades que favorecían el delito. Según revelaban los médicos, la prensa permitía esta publicidad a pesar de la constante queja del gremio, existían facultativos que asesoraban a las matronas en caso de descalabros en los abortos ejecutados por ellas e, incluso, la policía amparaba a algunas clínicas reteniendo los informes judiciales que las inculpaban¹⁷.

Los rumores que implicaban a médicos en la práctica clandestina de abortos o como cómplices de las matronas impulsaron a la

Sociedad Médica de Santiago en aquella sesión de 1914 a comprometerse a investigar este asunto. Sin embargo, en 1918 los médicos de la entidad reconocían que todo había quedado “en el vacío”. En ese año, Carlos Monckeberg denunciaba que la práctica se había extendido porque había condiciones comerciales que la facilitaban, como la aparición de “folletos que recomiendan medicamentos abortivos y aparatos anticoncepcionales” y los servicios que las matronas ofrecían por la prensa a \$50, mientras “la justicia hace la vista gorda”¹⁸.

La preocupación por estas prácticas fue igualmente expresada por la *Liga Chilena de Higiene Social*, fundada por médicos en 1921. La Liga consideró que el aborto y la anticoncepción iban en contra “del interés de la patria” y degeneraban al pueblo chileno como lo hacían la mortalidad infantil, las enfermedades venéreas, la prostitución y el alcoholismo, factores que también se disponían a combatir en “defensa de la raza”¹⁹. En sus estatutos, la Liga denunció un “tráfico desvergonzado del infanticidio pre-natal (*sic*)” y se comprometió a luchar por “proteger... a los tiernos seres que duermen el sueño de la inocencia en el claustro materno”. Por producir “infanticidios indirectos o pre-concepcionales”, se rechazaron también los métodos anticoncepcionales, indicando impedir su propaganda y venta en farmacias. El plan de acción de la Liga para combatir el aborto fue promover la dictación de una serie de leyes, entre las que se contaba declarar obligatoriamente los nacimientos prematuros, prohibir las consultas privadas de matronas y establecer el control sanitario de centros ginecológicos y obstétricos, reformar el Código Penal para castigar a la madre en igual medida que al provocador del aborto y agilizar la sanción de médicos y matronas envueltos en este delito, suprimiéndoles el título y enviándolos a prisión²⁰. En otro registro, proponía el cuidado de las embarazadas antes de dar a luz en Escuelas de Madres, Clínicas y Hospitales²¹.

En julio y agosto de 1925, el diario *El Mercurio* acogió artículos de autoridades de la Dirección General de Sanidad (DGS) que da-

ban cuenta del esfuerzo de sus agencias por fiscalizar a matronas y charlatanes dedicados al ejercicio ilegal de la medicina, mencionando en particular la intención de desbaratar sus clínicas abortivas. Sin embargo, estas comunicaciones deben sopesarse con las opiniones médicas que el mismo periódico publicaba en la época, donde las acciones desplegadas eran evaluadas negativamente²².

A la par que hacían estas denuncias, los médicos analizaban en sus trabajos que el “aborto criminal” respondía a una práctica femenina de control de la reproducción. Como lo dejan entrever sus comentarios, este no era un conocimiento nuevo; la novedad era la percepción de que se había masificado su hábito entre las chilenas. Los relatos de la propia experiencia profesional parecían reafirmarles su percepción derivada de la estadística. Por ejemplo, Carlos Monckeberg ilustraba este interés de las mujeres al revelar: “Todos conocemos y vemos llegar diariamente a nuestra consulta mujeres que preguntan si no sería necesario hacer cesar el embarazo por una conjuntivitis”²³. El mismo médico opinaba que si antes el aborto era “un poco raro”, ahora se había vuelto tan frecuente que “ya es común que sea confesado espontáneamente en nuestro consultorio”²⁴.

Esta percepción, influida por las tasas de aborto registradas y el descenso del número de hijos por matrimonio, indujo a los médicos a concluir que se estaba “introduciendo” una transformación en la conducta sexual y reproductiva de las familias. Mamerto Cádiz²⁵ y Javier Rodríguez Barros²⁶ apuntaron en esa dirección al señalar en sus trabajos que en Chile se estaba propagando una tendencia a restringir la procreación, ya fuese por medio de abortos o por métodos anticoncepcionales. Mientras Cádiz se centraba en la tasa de natalidad chilena –decreciente desde 1870, según las cifras que presentaba–, Rodríguez se basaba en que el número de matrimonios aumentaba sin guardar relación con el número de nacimientos. Añadía a esto una proyección personal de 7.000 abortos provocados sólo en el Departamento de Santiago para el año 1923. Según Rodríguez, el número año a año creciente de asistidas por aborto en

los hospitales y maternidades no hacía más que comprobar su tesis de la expansión de la *esterilidad voluntaria*.

Estas constataciones representaban un obstáculo para el Estado, que en 1929 explicitaba tener una estrategia pronatalista. La DGS afirmaba sostener una política de “conservación y mejoramiento de la raza”, donde la “cruzada en pro de la natalidad y la protección de la mujer” eran componentes esenciales. En este marco, anunciaba que la Inspección de Maternidades, organismo a su cargo, emprendía “una verdadera cruzada para evitar y castigar los abortos criminales”. En abierta contradicción con el progresivo control reproductivo, el Estado manifestaba que debía protegerse a las mujeres en tanto “procreadoras de la nación”, responsables del “engrandecimiento futuro”²⁷.

Haciendo eco de una premisa sociológica ya en boga, Cádiz y Rodríguez explicaban que la “restricción voluntaria del número de hijos” era inherente a los países civilizados. Pero advertían que a las naciones europeas occidentales, en especial a Francia, este comportamiento les había significado serios problemas desde el punto de vista demográfico. Los médicos argumentaban que Chile era una república naciente y requería de brazos jóvenes para desarrollar su incipiente industria y la explotación de los recursos naturales. El porvenir económico y el progreso de la nación dependían de un territorio densamente poblado por ciudadanos fuertes y sanos para liderar la actividad productiva. En este sentido, les preocupaba que en Chile aumentaran los abortos y el uso de métodos anticoncepcionales, porque podía replicarse la situación europea de descenso poblacional y afectar el desarrollo nacional. Cádiz preveía que la extensión de estas “costumbres inmorales” de limitar el número de hijos daría fin a la elevada natalidad en Chile, factor que compensaba la alta mortalidad general e infantil²⁸. Siguiendo estos mismos planteamientos, Rodríguez fue enfático al sentenciar que la *esterilidad voluntaria* constituía “en nuestro país un mal excepcionalmente grave; puede traernos la despoblación”²⁹.

En las postrimerías de la década de los veinte, Carlos

Monckeberg adscribía a estas ideas señalando “cuántos (*sic*) tengamos la santa ambición de ver a la patria próspera y soñemos con una raza fuerte, hemos de preguntarnos cuáles son las causas que fomentan la propagación de la terrible plaga”³⁰. Líneas más abajo, el médico aclaraba a sus lectores que resolver este dilema no debía distraerlos de lo esencial: cualesquiera fueran los móviles del aborto, “lo que a la sociedad y a la nación interesa *es que el aborto criminal restringe la procreación*”³¹. Monckeberg hacía años que consideraba al aborto como un problema sanitario de primer orden, expresando en otra ocasión que era “un verdadero peligro para la nación”³².

Una de las observaciones que hacía Monckeberg respecto a lo perjudicial de este fenómeno era la inminente disminución de los intelectuales, la “porción selecta de la sociedad”, tradicionalmente a cargo de las funciones directivas del Estado³³. Sostenía el médico que “la formación de verdaderos hombres de valor necesita un proceso de germinación a través de varias generaciones, y de un obrero no saldrá jamás directamente un intelectual completo dotado de verdadera cultura”³⁴. En tanto que las clases altas, culturalmente elevadas, disminuían su natalidad en mayor medida que las clases bajas, su desaparición podía “llegar a producir la decadencia y ruina de la civilización”. Siguiendo este análisis clasista, Monckeberg le hacía un llamado urgente a la clase alta, especialmente a ellos, para multiplicarse por el bien de la sociedad chilena.

Tanto el aborto como los métodos anticoncepcionales eran prácticas al servicio de la *esterilidad voluntaria*. Sin embargo, solo en virtud del aborto los médicos sustentaban con pruebas la tesis del incremento del control de natalidad, porque las estadísticas hospitalarias posibilitaban un seguimiento. El aborto, representado en los casos excepcionales que requerían de asistencia sanitaria, se había convertido en la cara visible de la *esterilidad voluntaria*, una práctica privada.

La denuncia predominaba en el tono de las primeras discusiones médicas de aborto. Se percibía por primera vez la magnitud exponencial de este problema sanitario que para los médicos era

repudiable y criminal, no solo por sus trágicas consecuencias físicas y fisiológicas. Las razones médicas para denostar el aborto excedían los ámbitos biológico y judicial; su rechazo albergaba argumentos morales, éticos, religiosos y demográficos, dentro de los cuales este último era el más publicitado por el peligro que representaba para la nación.

La inquietud de los médicos por el aborto estimuló la necesidad de estudiarlo para conocer más sobre sus dimensiones cuantitativas y cualitativas. La investigación y reflexión en torno al tema, de corte clínico, jurídico, moral y social que notablemente creció a partir de los años veinte, lo constata. Desde entonces, las tesis, conferencias, artículos médicos, entre otros, intentaron despejar las más variadas interrogantes respecto a este flagelo, tales como qué tipo de mujeres abortaban y por qué lo hacían, cómo lo hacían, las consecuencias clínicas y sociales de su acto, y, no menos importante, cómo podía combatirse.

Perfil social y etiología del aborto según los médicos

Aunque los médicos percibían que la restricción de la procreación era transversal en la sociedad, aseguraban que las chilenas acomodadas eran más propensas a esta costumbre que las de sectores populares; incluso, sostuvieron algunos, el aborto se practicaba más a menudo en las clases media y alta que en la baja³⁵. Como si los más adinerados fueran modelo que se debía seguir y la *esterilidad voluntaria* se tratara de una enfermedad, más de una vez señalaron que los más pobres comenzaban a “contagiarse” con ellos. Debe aclararse, sin embargo, que la disminución del tamaño de las familias burguesas no era explicada únicamente en función de una práctica higiénica y profesional del aborto. Se presumía que las mujeres de esa condición social tenían conocimiento de los mecanismos anticoncepcionales existentes³⁶, lo que las hacía privilegiadas de un saber cuya difusión era considerado un delito contra la moral³⁷.

Lo cierto es que los registros de aborto inculpaban eminentemente a mujeres pobres, pues las cifras oficiales correspondían a servicios donde ellas eran las principales beneficiadas³⁸. El contacto de los médicos con esta realidad se expresó tempranamente en sus reflexiones acerca de las causas del aborto y cómo abordarlo. La dimensión económica del problema era ineludible entre quienes se referían a él. Médicos como Javier Rodríguez o el prolífico Carlos Monckeberg mencionaban que la economía era un factor determinante en la decisión de abortar, sobre todo en familias numerosas, porque un nuevo hijo representaba una carga onerosa³⁹.

Sin embargo, ninguno de estos médicos profundizó en la realidad económica y social de las familias pobres urbanas, como sí lo harían otros facultativos en la década de los treinta al tratar el aborto. Como explicaban Monckeberg y Rodríguez, la voluntad de los padres de restringir la descendencia respondía a su “ambición” de ofrecer a los hijos una mejor calidad de vida y educación. Se trataba de una medida racional y previsoras porque en un contexto de encarecimiento de la subsistencia, los padres creían que era difícil concretar estas aspiraciones⁴⁰. Ambos facultativos despreciaron estas conductas modernas de limitación de la fecundidad, criticando el espíritu materialista de los padres, su afán por el éxito y el placer fácil, y su desconocimiento del deber. Así también acusaron que el debilitamiento moral era el origen de todas las manifestaciones anteriores y que estos progenitores encarnaban una nueva época centrada en el egoísmo individual⁴¹.

Monckeberg y Rodríguez, al opinar sobre las razones económicas del control de la natalidad, no distinguían su incidencia específica en cada grupo social. Evidentemente, sus descripciones se aproximaban a la cultura de las familias de clase media y no a las de sectores populares, donde la primera preocupación era sobrevivir antes que educarse. Rodríguez era consciente de esta falencia en su análisis, en tanto afirmaba que los pobres debían tener otro tipo de razones, porque en ellos “la previsión y la economía no cuentan para nada”⁴². Monckeberg, por su parte, en algunos trabajos insistía

en la motivación de ascenso social de los padres y en otros recalca el alto costo que representaba el hijo para las clases populares, afirmando que en la clase alta el aborto se daba sin razones, omitiendo el factor aspiracional⁴³. Sea comprendiendo motivos de pobreza o de aspiración social, este profesional, con miras a estimular la natalidad y prevenir el aborto, postuló constantemente que el Estado debía otorgar a las familias numerosas subsidios y facilidades como la disminución de impuestos.

Al dilucidar las causas sobre el aborto, los médicos también aludieron a la madre que trabajaba remuneradamente y a la madre soltera. Con identidades sociales distintas, cada una de ellas ocupó un lugar relevante en las reflexiones médicas. En el caso de la “madre obrera”, su figura se perfiló con claridad en los años treinta, pero en la década del veinte no fue indiferente a los médicos⁴⁴. Javier Rodríguez en 1923 se preocupó por las obreras de fábricas que solían ser despedidas cuando sus empleadores descubrían su estado de embarazo; similar a lo que ocurría con otras trabajadoras: las empleadas domésticas. Ambas, portando un hijo en su vientre, perdían su fuente de subsistencia y muchas veces el lugar donde alojaban. Por eso Rodríguez añadía que les tocaba “sufrir así un verdadero calvario” y que “la miseria y la desesperación” las podía obligar a recurrir a una de las tantas “fabricantes de ángeles” que existían⁴⁵.

En el caso de las “madres solteras”, que corrientemente eran trabajadoras, los médicos sostenían un discurso de mayor empatía. Esta categoría despertó una significativa atención del gremio médico y una sentida conmoción por su causa. Según sus descripciones, las madres solteras quedaban a la deriva con su embarazo a cuestas, producto del abandono de “seductores”, hombres que sostenían relaciones sentimentales con ellas solo para encontrar placer sexual pasajero, esfumándose al momento de saber que serían padres.

El sufrimiento de las madres solteras no concluía con el rechazo del padre del niño que esperaban; además debían enfrentar la condena moral de la sociedad por la evidencia de una actividad sexual prematrimonial que las deshonoraba como mujeres⁴⁶; a veces hasta

sus propias familias las despreciaban. Concebidas como víctimas, casi siempre niñas, se habló de ellas como mujeres “caídas”, que pagaban demasiado caro haberse doblegado ante su propio instinto sexual; una necesidad fisiológica, sostenían unos, una irresistible convocación a dar vida, explicaban otros. Según el relato de los médicos, el desamparo arrastraba a estas mujeres a deambular por las calles, solas, con la angustia de no conseguir empleo, sin asegurarse alimento y techo para dormir, y con la incertidumbre de cuándo y dónde les tocaría parir. Compasivos, preveían que las madres al calibrar este calvario, incluyendo el sombrío destino que les esperaba cuando su hijo naciera, podían optar por destruir “la vida del fruto del amor”⁴⁷. El desaliento las inducía a abortar, a cometer infanticidio, a abandonar al bebé en la Casa de Huérfanos e incluso a suicidarse, escribieron especialistas de opinión tan disímil frente al problema del aborto como Carlos Monckeberg y Víctor Matus⁴⁸.

A diferencia de las mujeres que abortaban por otras razones, las madres solteras no eran culpabilizadas por los médicos por su decisión. Para Monckeberg, uno de los más enconados detractores del aborto, la sociedad era la verdadera responsable de este delito, pues sus injustos prejuicios inducían a las mujeres a evadir la vergüenza de su “falta” a través del aborto. También la sociedad era responsable de este desenlace en tanto que no ofrecía su mano a la madre agobiada y sufriente, un sentir compartido por la médico María Figueroa, quien expresaba: “¿Quién puede otorgarnos el derecho a acusar si somos incapaces de prestar ayuda e impedir que tales cosas sucedan?”⁴⁹.

Las madres solteras fueron el desvelo de todo escrito médico concerniente al aborto, estimulando en los facultativos la demanda constante de protección estatal y privada para ellas y sus hijos. Esta era una estrategia vital para disuadirlas de abortar, pero lo cierto es que los médicos desde fines del siglo XIX presionaban por estas medidas con el fin de combatir la apremiante cifra de mortalidad infantil que asolaba al país. La alta mortalidad materna al momento del parto y puerperio, los abortos espontáneos que aquejaban a

trabajadoras y la debilidad congénita de las criaturas que nacían de padres pobres y enfermos, se sumaban a una realidad que los médicos buscaban revertir mediante la profesionalización de la atención del parto, la difusión de conocimientos científicos para el cuidado del embarazo y del lactante, y la prestación de ayuda material por medio de la asistencia caritativa o estatal. Las implicancias demográficas estaban al centro de las discusiones médicas, al igual que la comprensión de este problema como una expresión más de la marginalidad social que arrastraba el proceso de urbanización y el sistema laboral extremadamente liberal que imperaba⁵⁰.



Asilo Maternal de la Sociedad de Beneficencia de Señoras. Curso de cartonaje.

En: Sara Guérin, *Actividades Femeninas en Chile*, Santiago, impr. La Ilustración, 1928.

Bajo la presión de la llamada “cuestión social”, en la década de los veinte el Estado inauguró una era de políticas de mayor compromiso social, sobre todo para con los trabajadores. A lo largo de la década de los treinta, la oferta estatal de asistencia social y sanitaria materno-infantil aumentó, al tiempo que la oferta privada también se multiplicaba⁵¹. A disposición de las madres más necesitadas existían maternidades, policlínicos, asilos, Gotas de Leche y guarderías

infantiles, donde podían concurrir para recibir atención sanitaria, educación en puericultura o auxilios materiales como ropa y alimento. Pero éstas eran insuficientes frente a la alta demanda de madres sin recursos y de las madres solteras que, como denunciaron los médicos, requerían además de otra medida específica para su dramática experiencia. Según estos profesionales, el asilo maternal era una ayuda esencial para que las madres solteras no abortaran, por lo que siempre lamentaron la escasez de estas obras⁵². En ellas se ofrecía a las madres cobijo por un tiempo, antes y después de dar a luz, alimento y vestuario e, idealmente, un empleo adecuado a su estado de gravidez. Estos albergues, así como salvaguardaban el nacimiento del bebé, contribuían a su salud al posibilitar la extensión del periodo de permanencia en compañía de su madre, favoreciendo la lactancia materna⁵³.

Además de abogar por la dotación de la asistencia social y sanitaria para las madres solteras, los médicos insistían en la legalización del vínculo marital o al menos en que el padre reconociera al hijo, formalidades que incrementaban las expectativas de protección. El conjunto de estas medidas contribuirían a que la madre conservara en el vientre a su hijo y que después no lo abandonara, haciéndose cargo de su crianza. En esta cruzada los médicos no estaban solos; las visitadoras sociales eran profesionales clave para persuadir a las mujeres pobres de cumplir estos objetivos⁵⁴.

La pobreza y la deshonra eran los factores que los médicos identificaban con más énfasis al explicar por qué las mujeres abortaban. Añadían otros móviles, entre ellos impedir que existiera evidencia de adulterio; la “comodidad” de algunas mujeres que se negaban a experimentar las molestias del embarazo y los dolores del parto; la “coquetería” de prevenir la deformación del cuerpo, eludiendo la preñez y la “frivolidad” de rechazar la maternidad para asistir a viajes y eventos sociales programados.

Carlos Monckeberg opinaba que los “matrimonios” procedían con demasiada liviandad al abortar sus hijos y que en ello influía su ignorancia respecto del valor de la vida embrionaria, una vida “tan

sagrada y respetable como la de la madre que le llevaba en sus entrañas”. A su juicio, esta cuestión y la falta de educación de las mujeres para cumplir con su misión de madre propiciaban el aborto, al que describía como un crimen “a sangre fría”⁵⁵.

La propuesta rupturista de Víctor Gacitúa

Hasta mediados de la década de los treinta los médicos planteaban vencer el aborto con un discurso enfocado en la persecución policial y en la demanda de mayor protección social a las embarazadas desvalidas. Esta uniformidad para abordar el problema del aborto sufrió una fisura importante a fines de 1935, después de que Víctor Manuel Gacitúa, Jefe de la Maternidad del Hospital San Borja, expusiera ante sus colegas de hospital y luego en la Sociedad Chilena de Cirugía su estudio “El problema del aborto en Chile”⁵⁶.

En él, Gacitúa concluía que la única manera de evitar la encumbrada mortalidad materna del país por aborto provocado era legislar sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Según el médico, debía modificarse tanto el Código Penal como el de la ética médica, con el objetivo de que el aborto fuese realizado sólo por expertos y en instalaciones sanitarias que resguardaran la vida de las mujeres.

Sus opiniones eran respaldados por las estadísticas de su servicio: 1.068 abortos en 1934, de los cuales 490 correspondían al total de la suma entre los abortos provocados y los clasificados como sospechosos de serlo. Gacitúa exponía que entre 1932 y julio de 1935, 232 mujeres habían fallecido por causa del aborto y calculaba que de esos casos, al menos 132 habían sido inducidos⁵⁷. Blindado en estas cifras, que correspondían a un solo centro asistencial capitalino, sostenía que el aborto era un problema grave en nuestra sociedad y por ello invocaba a médicos, instituciones médicas y científicas y a los poderes públicos para que actuaran de inmediato frente a esta dramática realidad:

“No es posible que sigamos echándonos tierra a los ojos, que no veamos los efectos desastrosos que una falta de imprevisión, de reglamentación o de legislación están produciendo en nuestros semejantes, y que como hombres de sentimientos humanos y obligados a proteger la vida de nuestras compañeras, permitamos que, so pretexto de defender una moral médica que puede alcanzar a un símbolo muy digno de todo respeto, toleremos o aceptemos que la mujer sea la víctima de preceptos que no pueden mantenerse en pie, cuando ellos mismos conducen a la muerte”⁵⁸.

En la época se comentaba que por primera vez un profesor de la escuela de medicina, es decir, una palabra autorizada, se pronunciaba en semejante forma⁵⁹. Gacitúa ponía el acento de su preocupación en los cuerpos de las mujeres y no en su condena. Humanizaba la estadística de la muerte por aborto; la mujer víctima podía ser “nuestra madre, nuestra esposa, nuestra hija y nuestra hermana”. Como nunca antes, un médico de su categoría daba en su discurso la condición de víctima a toda mujer que se sometía a maniobras abortivas “en manos de personas inescrupulosas y generalmente incapaces”, en contraposición a la predominante calificación de “criminal”, sólo matizada en conmiseración con las solteras⁶⁰.

Inspirado en esta interpretación, Gacitúa discutió en la escena médica una propuesta absolutamente rupturista desde el punto de vista ético y moral. Contraviniendo la doctrina penal chilena, reconoció que existían razones legítimas para que una mujer interrumpiera su embarazo; por ejemplo, frente a casos de violación, incesto o estupro, los que, según afirmaba, “convierten a la madre en una verdadera víctima”. En su análisis, enumeraba otras causas que llevaban a las mujeres a sentir como una carga al hijo que esperaban; entre ellas, estado de indigencia por abandono del esposo, resguardo del honor tras relaciones sexuales ilícitas, razones de eugenesia y, la más frecuente de todas, la cuestión económica. Aunque su estudio etiológico no difería del realizado por otros especialistas,

mostraba mayor indulgencia hacia las variadas causas, salvo para el caso del “aborto criminal por simple conveniencia o comodidad”. Gacitúa aseguraba que su proyecto de despenalización del aborto no significaba libre albedrío para los médicos: cada caso debía estudiarse y ceñirse a la ley y a los principios de la medicina.

Gacitúa estaba consciente de la polémica que despertaba y sus declaraciones denotan la dificultad personal de sostener una propuesta como la suya. Escribió que no quería ser juzgado “como partidario del ‘aborto criminal’ porque sólo lo aceptaba “como una obligación” de “las circunstancias de la vida”. La interrupción del embarazo podía ser un crimen, un mal, pero en su opinión era inevitable y por eso creía mejor cometerlo “con técnica y sin peligros para la mujer”⁶¹.

Para este destacado ginecólogo era importante comunicar que el “aborto criminal” era un delito que no siempre se vinculaba al libertinaje y la frivolidad. Había “matrimonios honestos” que recurrían a esta práctica porque se encontraban en una deprimida situación económica y su prevención procreacional les había fallado. Su lectura del problema demostraba tolerancia ante el aborto y de paso reconocía, aceptando como legítima, la regulación natal en la vida conyugal a través de métodos anticoncepcionales.

El trabajo de Gacitúa se difundió rápidamente y cobró respaldo inmediato de un grupo de jóvenes de la autodenominada “vanguardia médica”. Onofre Avendaño, Raúl García Valenzuela, Alfonso Asenjo eran algunos de los especialistas que, animados después de comentar el trabajo de Gacitúa en la jornada médica quirúrgica de Concepción en diciembre de 1935, decidieron incluir el tema del aborto en la Convención de la Asociación Médica de Chile (AMECH), próxima a realizarse en la ciudad de Valparaíso en enero de 1936⁶².

Carlos Monckeberg enfrentó a Gacitúa por su trabajo en una reunión médica anterior a la convención. Pero Gacitúa, cuidando de permanecer en el círculo académico, no participó en la convención porteña y al parecer mantuvo silencio en la discusión pública

(escrita) posterior. No obstante, sus discípulos siguieron alabando su iniciativa y él les siguió facilitando su mentado trabajo cada vez que se lo solicitaban para volver a publicarlo.

La convención médica de 1936

La convención de Valparaíso el año 1936 es un hito en la historia del aborto en Chile. Por primera vez un grupo de médicos emitió en un evento de envergadura y de alta cobertura mediática la recomendación de legalizar el aborto y difundir métodos anticoncepcionales como política pública para afrontar el problema del “aborto criminal”.

A la reunión asistieron médicos delegados de todo el país y los máximos representantes de las reparticiones oficiales de salud y seguridad social. El “aborto criminal” se insertó como tema libre en esta jornada, cuya misión principal era discutir sobre el bienestar de la población, la unificación de las instituciones de asistencia, previsión y salud, la reformulación de los estudios médicos hacia la medicina social y la estructuración del gremio⁶³.

En la víspera del evento, la sola incorporación del tema del aborto desató el desacuerdo de médicos como Carlos Monckeberg, quien prefería restringir su discusión al ámbito profesional y evitar su publicidad⁶⁴. Rechazando la mediatización de las ideas vanguardistas frente al aborto, de las cuales era ferviente opositor, declaró que dudaba de la capacidad de la organización y de los participantes de tratar el problema en términos científicos.

La desconfianza de Monckeberg radicaba en el creciente protagonismo de la izquierda política en la AMECH, dentro de la que se insertaban las progresistas agrupaciones “Vanguardia Médica” y el Sindicato de Médicos de Valparaíso⁶⁵. La acentuación de divergencias en la comunidad médica tras el surgimiento de este sector que abogaba por la “plena socialización de la medicina” tuvo su epítome en este congreso, donde el rechazo se tradujo en la inasistencia de

médicos destacados y la beligerancia de algunos asistentes que declararon el quiebre de un ideario común entre los médicos⁶⁶.

En la convención no se presentaron opiniones divergentes en relación al aborto. La gran mayoría de los asistentes estaba decidida a “encarar” el problema, cuestión que implicaba aceptar las radicales conclusiones. Esta línea de indicaciones ya había sido conversada en instancias anteriores por quienes lideraban la convención, tanto en el congreso de Concepción como en las reuniones de la sección de la AMECH de San Felipe y Los Andes, cuyos dirigentes llevaron a este evento las conclusiones de su propia investigación.

En la prensa se aseguró que las conclusiones de la convención habían sido aprobadas por unanimidad, reconociéndose, sin embargo, la presencia de un solo médico en desacuerdo. Sin discordancias in situ, el verdadero debate vendría a partir de los días subsiguientes a través de la prensa y posteriores sesiones o encuentros científicos. Periódicos como *El Mercurio*, *La Nación* y *el Diario Ilustrado* fueron el espacio que acogió el intercambio de declaraciones que se oponían a las medidas propuestas o que respondían a objeciones y críticas hacia la convención. Gran parte de estas expresiones tenían un tono virulento e ideologizado, reflejando el clima político del período, previo a que la izquierda llegara al poder acompañando una coalición de los partidos de centro, en la alianza conocida como Frente Popular.

Aunque importantes personalidades médicas apoyaron la convención, las críticas apuntaron a desprestigiar el evento acusando a los responsables de abandonar el criterio científico y hacer proselitismo socialista con los problemas médicos. Según las críticas aparecidas en la prensa, el tema del aborto no escapaba al clima de “politiquería”.

No obstante, los médicos de la convención consideraban al aborto un flagelo nacional y esperaban que con las soluciones de carácter “pragmático” e “integrales” que proponían, disminuyera su práctica clandestina y la mortalidad materna creciente acaecida por esta causa⁶⁷. No descartaban las medidas punitivas en la lucha

contra este mal, pero estaban convencidos de que el énfasis en esta estrategia era estéril, puesto que, además de propiciar la clandestinidad y el ejercicio de incompetentes, no atacaban la raíz del problema, que yacía principalmente en factores sociales. En su defensa declararon que encaraban el problema del aborto sin hipocresías, alejándose de todo prejuicio religioso o político⁶⁸. Luego del relato presentado por la filial de la AMECH de San Felipe y Los Andes⁶⁹, la discusión en la convención concluyó lo siguiente:

1º El primer medio de lucha contra el aborto es el mejoramiento del standard (*sic*) de vida.

2º Que debe otorgarse una amplia protección a la madre del niño y al hogar.

3º Que esta acción debe ir unida a una amplia divulgación de los métodos anti-concepcionales (*sic*) y una efectiva educación para obtener una maternidad consciente.

4º Ante las trágicas consecuencias actuales propone como solución transitoria, el establecimiento del aborto científico por causas sociales y la reforma del Código Penal que sanciona este hecho.

5º Que debe intensificarse la lucha contra el aborto criminal o clandestino.

6º Que debe irse a una reforma de la constitución civil de la familia que crean (*sic*) desigualdades entre hijos legítimos e ilegítimos⁷⁰.

Menos hijos es mejor para la familia obrera: neomalthusianismo y eugenesia

Las conclusiones suscritas para erradicar el aborto clandestino en Chile tenían fundamentos de clase y una fuerte orientación eugénica. Los médicos defensores de estas indicaciones se enfocaban principalmente en la familia pobre urbana y en particular en la madre múltipara. Según su análisis, la desigualdad social era la gran

culpable del aborto en esta clase, como también de que en ella se concentraran las peores consecuencias del “aborto criminal”.

Víctor Matus, en una emotiva presentación que hizo en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología el año 1938, testificaba que la miseria situaba a las embarazadas pobres frente al dilema de no saber cómo alimentar otro hijo más. La pobreza era una tiranía que arrastraba a las jóvenes mujeres “muchas veces llorando, luchando con su instinto de madre, a provocarse el aborto”. Ellas conocían la peligrosidad de esas maniobras y presentían la muerte⁷¹.

En el relato médico, una cadena de postergaciones victimizaba a las mujeres pobres que abortaban. A la incertidumbre relativa a la subsistencia de ella y sus retoños, se sumaba la ignorancia derivada de su condición social, que les impedía acceder a métodos anti-concepcionales que hubieran prevenido su preñez. Finalmente, las mismas limitaciones económicas las excluían de la oferta profesional clandestina que interrumpía el embarazo, a diferencia de otras mujeres que tenían dinero y contactos. Desde el punto de vista de la injusticia social, quienes más arriesgaban la vida y su salud eran las “madres obreras”⁷².

Inspirados en la medicina social, los médicos de la convención concibieron el aborto como uno más de los problemas de salud pública que detonaba la pobreza urbana. Así como el tifus, la tuberculosis y otras enfermedades, en el aborto tenían directa influencia las deficiencias del hogar chileno en aspectos vitales como la alimentación, la vivienda, la salud y los bajos salarios. No es extraño entonces que la primera indicación en las medidas contra el aborto fuera “mejorar el standard de vida”, la misma resolución que figuraba como principal conclusión del tema central del certamen de Valparaíso: el bienestar de la población.

La segunda indicación demandaba protección a la madre y al niño, e indudablemente se ligaba al primer punto, pues sin el mejoramiento de los salarios populares, difícilmente podía resguardarse la salud y la vida de una numerosa prole. Aunque para los médicos

proteger al binomio madre-hijo era una estrategia con objetivos más amplios que combatir el aborto, su mención en las conclusiones visibilizaba las carencias económicas que lo determinaban, a la vez que acentuaba la labor preventiva del aborto como resultado de un mayor compromiso estatal hacia las madres desvalidas. Las acciones propuestas no eran nuevas y generaban consenso entre los médicos, destacando la investigación de la paternidad y la constitución legal de la familia obrera y, en caso de abandono del padre, protección estatal; todas medidas que buscaban asegurar un proveedor para el hijo⁷³.

Sin duda, el acalorado debate lo despertaron indicaciones tan polémicas como la ampliación legal del aborto y la difusión de conocimiento anticoncepcional. Con estrecha relación al principio de clase, el neomalthusianismo y la eugenesia eran los fundamentos que sostenían estas ideas. Al tiempo que combatían el “aborto criminal” y sus secuelas en la salud de las mujeres pobres, las orientaciones que apuntaban al control de la natalidad estaban dirigidas a disminuir el tamaño familiar. Para defender las conclusiones señaladas los médicos fueron explícitos en este punto, argumentando que en la medida que se redujera el número de hijos en la familia obrera, éstos tendrían mejores cuidados y una mayor esperanza de vida.

Estos principios eran defendidos por movimientos internacionales desde el siglo XIX. En particular la eugenesia social, que, en su propósito de mejorar la raza mediante la reproducción de progenitores sanos, tenía amplia legitimidad en Chile y el mundo. Sin embargo, existían distintas variantes en las corrientes eugenésicas en relación con las estrategias de acción y los límites valóricos en pos de crear una raza superior⁷⁴.

En cierta forma, el ideario de la convención no era nuevo en Chile, pues guardaba semejanza con el sostenido en las primeras décadas del siglo XX por un reducido grupo de hombres y mujeres de tendencia obrera feminista, anarquista y socialista⁷⁵. Ellos habían recibido la influencia de sectores progresistas de España y Francia⁷⁶, en especial del anarquismo español que encabezaba Luis Bulffi en

esa época. Estos autores, en periódicos, conferencias y panfletos de circulación restringida, criticaron la reproducción irracional de la clase obrera y su consecuente pauperización y explotación, y demandaron consejo médico anticoncepcional. No obstante, la emergencia de estas ideas en Chile fue esporádica y minoritaria dentro de los sectores políticos de sus voceros y no tuvieron continuidad hacia los treinta. Por esto es incierta su incidencia directa en las postulaciones similares que a mediados de esa década hicieron nuevos actores: las feministas del Movimiento Pro Emancipación de las Mujeres de Chile (MEMCH) y los médicos de la convención.

Es importante aclarar también que ni los médicos de la convención ni el MEMCH hicieron mención alguna a querer desvincular la sexualidad humana de la reproducción. No estaba dentro de los propósitos de los médicos vanguardistas propiciar el placer ni una vida sexual saludable mediante el control de la natalidad, como lo establecían claramente los grupos anarquistas⁷⁷. Las medidas de la convención apuntaban estrictamente a prevenir el aborto y evitar la maternidad prolífica en la clase obrera para resguardar la salud de las madres, restringir el nacimiento de niños débiles y enfermos, y asegurar una calidad de vida básica a los hijos vivos.

Respecto del MEMCH, uno de los movimientos feministas de mayor convocatoria a nivel nacional, en 1935 consignaba la “emancipación biológica de la mujer” dentro de sus metas políticas. En su estrategia demandaba la divulgación de métodos anticoncepcionales y “aborto científico” bajo los mismos argumentos que los médicos de la convención⁷⁸. En su periódico *La Mujer Nueva*, las memchistas siguieron este evento y dieron espaldarazo a sus voceros vilipendiados, defendiendo cada una de las demandas propuestas. Sin embargo, no hay estudios que revelen un trabajo en conjunto y la AMECH no aludió a la emancipación femenina en su discurso. Puede inferirse, no obstante, que las mujeres organizadas visualizaron que sus objetivos políticos tendrían mayor chance de ser logrados a través de los médicos. Un ejemplo de ello es que por lo menos dos años antes de la convención, la Federación de Mujeres

de Chile, posiblemente relacionada con el MEMCH⁷⁹, solicitó a la AMECH que realizara una “intensa campaña pro-divulgación (*sic*) de ideas de limitación de la maternidad”. La agrupación médica recordó haber contraído este compromiso al leer una misiva de la organización femenina en 1933⁸⁰.

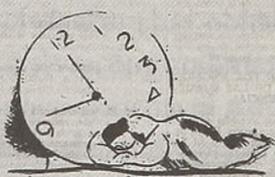
La presencia de la izquierda en el MEMCH, la participación de una que otra médico en el movimiento feminista, como María Figueroa y Juana Díaz, y la solicitud mencionada arriba, sugieren la posibilidad de encontrar vínculos entre los médicos líderes de la convención y el MEMCH, dos actores cuyas acciones referidas al “aborto criminal” se han presentado usualmente en forma desvinculada.

LA MUJER NUEVA

¡Quién puede nó estar con nosotras!

Cuando denunciemos éstos hechos.	Cuando pidamos éstos remedios.
<p>De cada CUATRO niños que nacen muere UNO</p>	<p>La coordinación científica de los servicios de protección al niño. La ficha de nacimiento de cada niño, que lo acompaña hasta los diez años a través de los servicios de asistencia del país. El desayuno escolar.</p>
<p>De cada NUEVE madres hay UNA que tiene hambre y su hijo morirá de debilidad congénita</p>	<p>El mejoramiento del salario femenino. El salario total para la obrera embarazada. Los institutos de auxilio pre-natal.</p>
<p>Cada 48 minutos muere en Chile una persona víctima de la tuberculosis</p>	<p>La rebaja de las subsistencias: La habitación sana y barata. El salario mínimo. Las vacaciones obligatorias, con su ferros y cuerdos, pagados. El control de la natalidad.</p>





La Mujer Nueva, mayo, 1937.

Educación anticoncepcional para una “maternidad consciente”

El orden de las conclusiones de la convención indica que la divulgación de métodos anticoncepcionales se proponía como una medida que evitaba la decisión de interrumpir el embarazo. Se trataba de una política sanitaria dirigida exclusivamente a la población femenina más pobre y vulnerable al aborto. La distribución de este servicio estaría a cargo de reparticiones estatales, cuyo personal sanitario explicaría a este segmento cómo regular la concepción. El proyecto se inspiraba en las clínicas de “birth control” que ya tenían lugar en países tan distintos como Estados Unidos, Inglaterra o Rusia⁸¹. Sin embargo, teóricamente se fundamentaba en el difundido concepto de “maternidad consciente” que propendía a que las mujeres procrearan cuando estuvieran “en condiciones de hacerlo” y “no por casualidad, por capricho de la naturaleza”⁸². Este principio se erigía en respuesta a la prevalencia de una ideología pronatalista irracional, insensible a sus consecuencias en la salud de las mujeres, la gestación de nuevos hijos y el cuidado de la prole pequeña.

Esta idea no cuestionaba, necesariamente, la identidad femenina basada en la función materna como principal misión de las mujeres. Un claro ejemplo de ello es que la “maternidad consciente” también fue postulada por Gregorio Marañón, ilustre médico español que teorizó acerca de la diferencia sexual y la complementariedad de los sexos, realzando precisamente el atributo maternal en las mujeres. Los trabajos de Marañón publicados en Chile defendían la “maternidad consciente” argumentando que la alta fecundidad de las mujeres estaba en directa relación con la mortalidad de sus hijos, y que no tenía sentido la intransigencia pronatalista si el esfuerzo patriótico de las madres prolíficas era estéril. Después de todo, esos hijos morían a causa de la pobreza y enfermedad o de la herencia de males transmitidos⁸³. Marañón concluía: “si bien es cierto que la limitación voluntaria, sistemática y arbitraria de la maternidad constituye un atentado contra la sociedad y, para los católicos, un

pecado, la maternidad inconsciente, sin atenerse a normas de fisiología, de humanidad y de moral... es también inadmisibles, por perjudicial para la madre y para los hijos y por inútil para la organización humana”⁸⁴.

Juan Marín, médico que asistió a la convención, también manifestó estas preocupaciones eugenésicas en un artículo donde criticaba la rígida moral imperante⁸⁵. Según él, las principales víctimas del aborto eran mujeres casadas, quienes por falta de recursos o por deficiencias de salud no podían recibir a un nuevo miembro en su familia. En su opinión, era injustificado y perjudicial “obligar a la pareja a engendrar hijos y más hijos”. Los matrimonios debían tener los hijos que pudieran mantener, y para regular los nacimientos recomendaba el uso de contraceptivos. Marín igualmente daba apoyo al “aborto científicamente calificado y reglamentado por peritos médico-sociales”.

Por su parte, Víctor Matus explicaba que el proceso de embarazo, parto y lactancia era agotador para las mujeres; la maternidad prolífica conllevaba el envejecimiento prematuro del organismo femenino. Estas condiciones, sumadas la desnutrición, las enfermedades y el trabajo excesivo de las madres pobres, hacían recomendable evitar la multiplicación de la familia. Un nuevo embarazo no sólo arriesgaba su salud, sino también la calidad racial de las nuevas generaciones.

La salud de los padres y su solvencia económica eran igualmente necesarias para decidir el momento propicio de la procreación. Para los médicos de la AMECH la reproducción de la clase obrera debía detenerse si los progenitores eran incapaces de “asegurar a los hijos pan, techo, higiene mental e higiene física”⁸⁶. La desgarradora mortalidad infantil que afectaba al pueblo chileno radicaba en gran parte en su “desordenada y atropellada procreación”, afirmó el médico Raúl García Valenzuela⁸⁷. A los hogares modestos les era imposible mantener con suficiencia una numerosa descendencia. En los más paupérrimos ranchos y conventillos la luz no penetraba y el aire permanecía estancado. Los niños tenían una corta vida en esas

habitaciones insalubres, expuestos al frío y al hambre; si llegaban a sobrevivir, les esperaba una existencia “enclenque”⁸⁸.

Tras las medidas neomalthusianas, el anhelo médico era que los hijos de la madre obrera vinieran “al mundo con el mínimo de comodidades compatibles con la vida”⁸⁹. Pero en este drama de mortalidad y morbilidad infantil, lo suyo hacían aquellos “padres enfermos y tarados” que engendraban hijos de igual condición, “débiles y raquíticos”⁹⁰. La enseñanza de métodos anticoncepcionales entonces también conducía a prevenir los nacimientos de seres “defectuosos”, seriamente dañados por la transmisión de las enfermedades de sus progenitores, como la sífilis, el alcoholismo o la tuberculosis.

A nivel latinoamericano, estas ideas eugenésicas eran propagadas por una de las personalidades médicas más destacadas, el ginecólogo uruguayo Augusto Turenne⁹¹. Su concepto clave era “responsabilidad procreacional”, una actitud previsor que evitaba la descendencia con “taras” y que se materializaba mediante el control del impulso sexual en ambos sexos y la práctica anticoncepcional. Simultáneamente, con estas enseñanzas se prevendría el aborto criminal⁹².

Para los médicos de la convención el sentido último era alcanzar una raza chilena fuerte y sana. Como escribiera García Valenzuela, el control de natalidad era otro medio “aparte del mejoramiento del standard económico, con que podemos contar para mejorar la semilla de este pueblo chileno”⁹³. Humberto Rechionne, otro médico adherente a los acuerdos, corroboraba el acento del control de natalidad en el cuidado de las generaciones futuras al incluir esta indicación en un programa estatal para la “defensa de la infancia”. El autor integraba la “natalidad controlada” mediante prácticas anticoncepcionales y legislación sobre el aborto en las medidas de puericultura prenatal dirigidas a la procreación de niños sanos. Es de notar que Rechionne se refirió a los *derechos del niño* para justificar este plan de carácter social obligatorio. Esta cuestión da indicios reveladores respecto de las consideraciones que tuvieron los médi-

cos de la convención para demandar prácticas de control de natalidad en las cuales los derechos de las mujeres nunca figuraron⁹⁴.

En 1936, aunque sin certeza de efectividad, la ciencia había avanzado en materia de limitación de la procreación y varias obras divulgaban métodos de anticoncepción⁹⁵. Varios dispositivos se inventaban para controlar la natalidad; entre ellos, preservativos, diafragmas vaginales, irrigaciones con agua y productos químicos, pomadas espermicidas para ambos sexos y pesarios intrauterinos. A estos artefactos se sumaban los llamados métodos naturales, que incluían el coitus interruptus y el coitus reservatus⁹⁶. Salvo excepciones, los médicos chilenos evadían enunciar el nombre de tal o cual método específico⁹⁷. Para referirse a ellos, los mencionaban en su conjunto a través de la forma en que el léxico científico los reconocía, esto es, métodos de “fraude sexual”.

A la lista indicada se añadió a mediados de la década de los treinta un nuevo método anticoncepcional, que fue conocido como método del ritmo. Los médicos chilenos lo reconocían como *período de esterilidad fisiológica* o método de *esterilidad temporaria*. Ogino y Knaus eran los científicos responsables de esta contribución basada en la identificación del periodo de ovulación en el calendario menstrual y en evitar relaciones sexuales durante esta fase. Sin embargo, en la época este método planteaba muchas dudas y reparos, como lo constata el debate publicado en revistas nacionales. Así y todo, el método contó con mayor aprobación entre los médicos⁹⁸.

Sin embargo, todo indicaba que los métodos de anticoncepción disponibles eran, en general, si no desconocidos, escasos, caros, posiblemente nocivos y con bajos índices de efectividad. La experiencia enseñaba a los médicos que las pacientes de aborto usualmente habían intentado prevenir su embarazo con evidente fracaso⁹⁹.

A juicio de los médicos de la convención, quienes más necesitaban de estos conocimientos se sumaban en la ignorancia y en la dificultad de acceder a ellos. Matus había comprobado en persona esta realidad averiguando en las farmacias santiaguinas y les comunicaba a sus colegas que mientras en las farmacias del centro de la

capital vendían algunos de estos productos, en los establecimientos de barrios populares apenas los conocían¹⁰⁰. En este contexto, las mujeres, en particular las más pobres, hacían uso de otros recursos para eludir la maternidad. El aborto era una de las alternativas más recurrentes entre las opciones de abandonar los niños¹⁰¹ y el infanticidio¹⁰².

Las limitaciones que imponía la pobreza a las madres proletarias para decidir cuándo querían o podían ser madres conmovía a Víctor Matus, quien esperaba sensibilizar a sus colegas y convencerlos de la necesidad de compartir sus conocimientos anticoncepcionales con las mujeres pobres: “La maternidad consciente, anhelo, sentir de toda mujer, es ya una realidad; pero realidad en extremo dolorosa, en extremo trágica en la clase desposeída, que ignora como (*sic*) impedir que el espermio se una al óvulo, pero que sabe como (*sic*) hacerse arrancar de sus entrañas el fruto de esta unión casual e indeseada”¹⁰³.

Legalización del “aborto científico”

El “aborto científico” por causas sociales y económicas fue la indicación más controvertida de la convención. La propuesta recomendaba modificar el Código Penal para ampliar las bases legales que autorizaban el aborto en Chile, que era permitido por razones terapéuticas desde 1931. Por otra parte, proponía incorporar como política sanitaria la instalación de un servicio hospitalario de abortos gratuito para eliminar la clandestinidad y asegurar que las intervenciones abortivas quedaran en manos médicas. Tal como sugería Víctor Gacitúa, esto suponía la presentación de los casos a un comité de facultativos que evaluarían si calificaban para el procedimiento. Un alcance importante de esta resolución fue su carácter transitorio, pues se esperaba que la acción combinada de las demás medidas aprobadas conduciría a la disminución de la demanda de aborto en el futuro. Pero en virtud de que la puesta en marcha de

prácticas de protección materno-infantil y planes de enseñanza anticoncepcional tardaría en hacerse efectiva y dar frutos, los médicos sostenían que debía autorizarse el aborto legal transitoriamente.

Como declararon Matus y Gacitúa, entre otros, el aborto no era una solución feliz y no dejaba de ser un crimen, pero su práctica científica evitaría el riesgo de perder más vidas de mujeres, madres de familias obreras. El médico Juan Garafulic exponía el sustrato argumental de quienes defendían esta postura: “A la Asistencia Pública no llegan menos de 12 mujeres diarias con hemorragias, infecciones, rupturas uterinas, restos de aborto y otras complicaciones. Prudencialmente puede calcularse en 150 el número de mujeres que en Santiago, diariamente, se someten ya vía medicamentosa o quirúrgica a procedimientos abortivos, lo que hace una cifra de 50.000 abortos por año (hay mujeres que tienen uno cada tres o cuatro meses)”¹⁰⁴. Continuaba el médico señalando que “el 14,9% de las mujeres que abortan clandestinamente fallecen; cerca del 60% tienen complicaciones que van desde la hemorragia grave hasta la peritonitis o la septicemia, pasando por toda una gama de trastornos; el 8% más o menos quedan estériles...”¹⁰⁵.

Ante la plaga de abortos, los adherentes a la convención defendían que su propuesta se ajustaba a la realidad con soluciones pragmáticas. La legalización del aborto apuntaba a suprimir la clandestinidad y con ello evitar la mortalidad materna y los daños que generaba en la salud femenina. Asimismo, Garafulic aseguraba que en manos médicas las interrupciones del embarazo se restringirían: “porque por conciencia profesional, por riesgo técnico y por la autoridad que irradia una junta profesional previa, los médicos restringirán al máximun sus indicaciones de intervención quirúrgica. Y una medida legislativa circunscribirá bien el lado causal”¹⁰⁶.

Con un discurso ético, sostenían que el drama del aborto los obligaba a romper el silencio y dejar de ser cómplices de este mal. Con frecuencia conocían mujeres que pensaban abortar y que a pesar de sus consejos de no hacerlo, su decisión era más fuerte. Pos-

teriormente, ellos u otros médicos, si había complicaciones, debían actuar de urgencia para salvar la vida de esas mismas mujeres.

La tragedia de los abortos con procedimientos truncos no solo golpeaba a las mujeres, sino a su hogar, en especial a sus hijos. Según Matus, cientos de niños resultaban huérfanos al fallecer sus madres en manos del aborto. Un oscuro porvenir les esperaba, porque abandonados en la miseria fácilmente se hacían amigos de la vagancia y del delito¹⁰⁷.

Los médicos de la convención defendían el “aborto científico” porque privilegiaban salvar la vida de las mujeres que, con o sin su ayuda, igual abortarían. En su retórica, esas mujeres eran principalmente madres de familia obrera, casadas y dedicadas a las tareas del hogar, pero otros grupos femeninos, como las solteras seducidas, las empleadas domésticas y las obreras de fábrica, también despertaban su preocupación por observar en ellas alta incidencia de aborto. Se trataba de mujeres de clase obrera, eminentemente jóvenes y madres o futuras madres. Sus vidas tenían mayor valor que el embrión para estos médicos, en tanto que de ellas dependía la existencia de su prole ya habitante de esta tierra. Matus dejaba en claro esta premisa cuando escribía: “Para mí, una vida vale mucho, mucho más aún la vida de una mujer joven, de una madre de la clase obrera, puesto que esa vida representa casi siempre la de tres, cuatro o cinco pequeñas criaturas que quedan abandonadas, sin leyes que las protejan, cuiden o eduquen”¹⁰⁸.

Para defender el aborto, los médicos vanguardistas esgrimían los mismos argumentos que utilizaban para demandar la enseñanza de métodos anticoncepcionales. En su opinión, era preferible la interrupción del embarazo ante el nacimiento de criaturas que solo vivirían para sufrir carencias de todo tipo, tener una muerte prematura y empobrecer al resto de la familia si ésta era numerosa. Así también se inclinaban hacia el aborto frente a embarazos con fuertes sospechas de enfermedades físicas y mentales, particularmente si ocurrían en familias pobres.

Los niños con discapacidades o enfermedades adquiridas vía

herencia genética eran calificados peyorativamente por los médicos de la época como “seres inferiores” o “degenerados”. Con la aspiración de una raza sana, algunos facultativos defendieron el aborto y la esterilización como medidas eugenésicas para impedir estos nacimientos¹⁰⁹. Matus, por ejemplo, se pronunció abiertamente contra la reproducción de “epilépticos, sordomudos, sifilíticos o tuberculosos”, criticando que la ley protegiera “al embrión de esos degenerados”. Asimismo, sugirió que en Chile se practicara la esterilización de los “degenerados físicos, mentales o morales como en Alemania o Estados Unidos”, pues la procreación de estos “seres inferiores”, acarrea un peligro y una carga para la sociedad¹¹⁰.

La crítica de los médicos de la convención al Código Penal chileno en lo relativo al aborto fue compartida por algunos abogados, como Soli Friedenthal y Felicitas Klimpel¹¹¹. Las medidas coercitivas no tenían real efecto en la práctica abortiva y su clandestinidad solo hacía más inoperante su control sanitario. La penalización castigaba principalmente a las mujeres que abortaban y no a los inescrupulosos ejecutores, quienes solían quedar libres con facilidad. La desigualdad de género era otro punto que recalca Klimpel, porque la ley se ensañaba con las mujeres sin considerar la irresponsabilidad de los hombres que las abandonaban “en cuanto vio el producto de su seducción”. Criticando la legislación, preguntaba la abogada: “¿Qué podrá hacer esa mujer, con una criatura en ciernes, sola y sin apoyo de ninguna especie? ¿Qué oportunidades le ha dado el legislador a esta mujer para que su actitud sea otra que la de abortar al hijo? ¿Por qué, en último caso, la sanción no alcanzó al culpable que huye o la abandona?”¹¹².

También la ampliación legal del aborto encontró apoyo en médicos que, sin compartir las conclusiones de la convención, pensaban que algunas reformas restringidas eran correctas. Fue el caso de Juan Puga, que hizo la excepción en casos de violación en su tesis de prueba para optar al título de profesor extraordinario de obstetricia¹¹³.

En la década de los treinta, la solicitud de reformas para des-

penalizar el aborto tenía un correlato internacional. Con condicionantes diversas, en varios países se tramitaban o ya se habían hecho modificaciones en este ámbito¹¹⁴. Rusia era el ejemplo más citado de todos, pues en 1920 se había autorizado el aborto con el fin de aplacar su clandestinidad bajo un plan que también contemplaba clínicas de enseñanza anticoncepcional. Empero, la experiencia rusa había sufrido varios inconvenientes que condujeron a la derogación de la legislación permisiva hacia la misma fecha de la convención¹¹⁵. Con todo, el fracaso ruso en esta materia no significó que los médicos defensores del “aborto científico” dejaran de considerar la experiencia un referente, destacando la disminución de las tasas de mortalidad infantil y el éxito de su programa para la maternidad consciente, que para ellos explicaba el ocaso de la ley del aborto¹¹⁶. Por el contrario, quienes se oponían a la legalización del aborto respaldaron su posición a la luz de la supresión de la ley. Incluso los más conservadores acusaron a los médicos de la convención de intentar implantar la experiencia rusa en Chile sólo por su mera afinidad política con ese país.

La convención inmoral: una afrenta a la vida, la familia y la nación

Una serie de manifestaciones en contra recibieron los acuerdos de la convención referidos al aborto en los días posteriores a su publicación. Numerosos médicos de Santiago y de Valparaíso, el Sindicato Profesional de Matronas de Chile, una organización de madres de Los Andes y varios ciudadanos hicieron presente su reprobación y condena al evento por medio de la prensa¹¹⁷. Entre ellos fue unánime el reproche a la ética profesional de los médicos de la convención, a quienes igualmente se les acusó de inmorales, deshonestos y antipatrióticos por las conclusiones alcanzadas. Al centro de las críticas estaba la tendencia socialista de la convención, que era juzgada una influencia negativa sobre las conclusiones. Además

de objetarles a los médicos el interés de imitar el ejemplo ruso¹¹⁸, se afirmó que sus conclusiones provenían de la “extrema izquierda”, sector político donde “toda la inmoralidad y aberración tiene acogida”¹¹⁹.

Por su parte, las agrupaciones de facultativos opositores añadieron que quienes adherían a esos acuerdos no tenían derecho a imponerlos al resto del gremio. Incluso hubo algunos médicos como Cristóbal Espíldora que se sintieron traicionados por la inclusión del “escabroso” tema del aborto en este congreso, según él, en forma velada¹²⁰.

Aperados de un discurso nacionalista, apelaron al impacto perjudicial de las conclusiones a nivel demográfico y en la integridad de la familia chilena. Las medidas de la convención vulneraban los intereses de la patria en distintos ángulos, uno de ellos era que propiciarían el descenso de la población en un contexto de vasta mortalidad infantil¹²¹. Bien expresaba este recelo el comentario escéptico de un cronista: “Desde el punto de vista de nuestro avance demográfico tan retardado y rebajado por la mortalidad infantil —entre otras causas— ¿es posible admitir que necesitamos del ‘aborto científico’ y de una amplia divulgación de aquellos métodos malthusianos que han puesto en brete a naciones que ven disminuir su poderío y significado en el mundo, junto con el decrecimiento de su población?”¹²². Los médicos de la convención respondieron que la abundante natalidad del pueblo no mejoraba los índices demográficos, sino al contrario. Rechionne, García Valenzuela, Matus, solo por citar algunos, eran médicos convencidos de que el control de natalidad era una estrategia que contrarrestaría la alta mortalidad infantil en Chile.

Sin embargo, estos planteamientos no tuvieron acogida, principalmente porque los fundamentos pronatalistas demográficos se imbricaban con el principio del derecho de la vida del embrión. En esta perspectiva se alineaban cartas como la encabezada con la frase “Plan de masacre infantil elaborado por la Primera Convención de Médicos de Chile”, donde se ironizaba con los argumentos de la

convención en relación con mitigar la mortalidad infantil con el control de natalidad¹²³. El autor del repudio escribía que la propia muerte se desilusionaría por no llegar a tiempo ante la anticipación de los médicos practicantes del “asesinato científico” y agregaba que los vanguardistas escondían intereses económicos con su propuesta de legalizar el aborto. También con sarcasmo se refirió a la AMECH como Asociación Matadora de Chicos y la ridiculizó en su pretensión de “mejorar el standard de vida” de la población por medio de políticas despobladoras¹²⁴.

Aunque este autor no hizo alusión a las prácticas anticoncepcionales que en los acuerdos se anteponían al aborto como medio de control de natalidad, la Iglesia Católica sí las tomó en cuenta para declarar su rechazo absoluto a la convención¹²⁵. El Arzobispo de Santiago, José Horacio Campillo, se pronunció señalando que causar un aborto directo era realizar un homicidio sobre un ser indefenso e inocente que tenía derecho a la vida¹²⁶. Nada podía justificar su muerte prematura, ni siquiera en razón de salvar la vida de la madre en peligro. En apoyo a los dichos del Arzobispo, un ciudadano católico reforzó estos principios declarando que por atentar “contra la integridad de la persona y de la vida humana”, los medios de control de natalidad eran “sencillamente crímenes abominables”¹²⁷. Ambos sostuvieron que la vida era respetable en cualquier circunstancia, dando cuenta de su postura respecto a las orientaciones eugenésicas que apuntaban al control de nacimientos de niños con “taras”. Respecto al uso de métodos anticoncepcionales, también merecían reprobación por ser artificios que obstruían el curso de la naturaleza y que desvirtuaban el sentido procreador de la sexualidad.

Representando a los médicos discordantes, la voz de Carlos Monckeberg era enfática: “Hay que defender al niño y no matarlo”¹²⁸. El eminente obstetra afirmaba que “nada se había hecho aún” para proteger a las madres y sus hijos, y sin probar la eficacia de estas medidas, era absurdo decretar un crimen. Lo primero era luchar por hacerlas realidad.

Otro argumento en contra de las conclusiones fue que fomentaban la “relajación de las costumbres”. Esta frase resumía la actitud de los cónyuges de vivir el placer de la sexualidad eludiendo el deber de procrear. La sexualidad no reproductiva era considerada, además de antinatural y en contra de los principios divinos, una perversión moderna que coincidía con la decadencia de las sociedades, tanto en el ámbito demográfico como en el familiar¹²⁹. Pero las cartas y cuentos moralizadores que se dirigieron en esos días a las mujeres sugieren que se responsabilizaba mucho más a ellas que a los hombres de la decisión de reducir la familia¹³⁰. Se atribuyó al feminismo esta actitud en contra de la maternidad, y quienes restringían la procreación fueron tildadas de “snobs” por importar estas ideas y prácticas extranjeras, y de egoístas por buscar la emancipación en la muerte del hijo¹³¹.

La limitación voluntaria de la procreación podía tener consecuencias nefastas sobre el matrimonio y la familia, se preveía una masculinización de las mujeres, dado que el control de natalidad las alejaría del rol materno que determinaba su identidad femenina. Otros sostuvieron que se estaba promoviendo el libertinaje de ellas al otorgarles un manejo autónomo de su fertilidad, cuestión que facilitaría el adulterio. Estos temores asociados a la pérdida de valores atribuidos a las mujeres eran expresados abiertamente, incluso por los médicos. Juan Puga, por ejemplo, comunicaba en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología sus aprensiones sobre la capacidad femenina de reservar un comportamiento casto si se permitía el aborto, porque se establecía “un ‘morbus’ social muy peligroso para la moral de la mujer que fácilmente se relaja”¹³².

Probablemente estos recelos eran compartidos entre los hombres, fueran progresistas o no. La diferencia estaba en que los que se decían a sí mismos progresistas, como los médicos de la convención, procuraban con precisión involucrar en su discurso solo a aquellas mujeres que creían que realmente necesitaban regular su fecundidad por estrictas razones sanitarias, eugenésicas y sociales, es decir, las madres pobres y prolíficas¹³³. En su defensa, Matus ne-

gaba que ellas fueran “mujeres sin corazón”, de costumbres corruptas o desmoralizadas por abortar. El médico aseguraba que en ellas el instinto maternal se mantenía incólume, pero que el agobio de la miseria y el miedo al sufrimiento las obligaba “a veces a desembarazarse de un hijo que ansiaban tener”. No ponía en duda la calidad maternal de las mujeres pobres; creía firmemente que su acto era un sacrificio por los demás hijos. La única necesidad de moralizar, afirmó Matus, era terminar con la inmoralidad de la pobreza¹³⁴.

El discurso de los médicos vanguardistas también abrazaba un sentimiento patriótico nacionalista; creían que con sus ideas, cuyo fundamento reconocían en la ciencia, el pueblo chileno se regeneraría, sería más numeroso y rendiría más en el trabajo luego de recobrar su salud y su dignidad¹³⁵. Buscaban proteger la integridad de la familia proletaria, puesto que los bajos salarios de los jefes de familia y la prole numerosa hacían que las madres salieran del hogar a trabajar en busca de ingresos complementarios. Contrario a las imputaciones que recibían, su objetivo era conservar el orden tradicional de las familias obreras, les preocupaba que la maternidad prolífica terminara por alejar a la madre de su rol de género, es decir, que abandonara a sus hijos y que ellos quedaran desprovistos de su atención y cuidados.

Hacia la validación de los métodos de anticoncepción

A fines de la década de los treinta algunos facultativos adeptos a las ideas de la convención asumieron jefaturas en organismos estatales dirigidos a la protección materno-infantil, y también cargos ministeriales¹³⁶. El médico Salvador Allende fue el caso más emblemático al ser instituido como Ministro de Salubridad por el Presidente Pedro Aguirre Cerda en 1939. En la antesala de su nombramiento, Allende publicó una obra que prácticamente se transformó en su programa ministerial al momento de asumir: *La realidad médico-social chilena*. El texto retrataba el panorama social y sanitario de

los chilenos, insertando el problema del aborto provocado dentro de las causas más importantes de mortalidad materna. En la misma línea de la convención, Allende vinculaba la “angustiosa realidad económica” de las “madres obreras” a este drama¹³⁷.

Pese a ser considerado un problema de salud pública, el “aborto criminal” no fue objeto de políticas estatales específicas para reducirlo sino hasta tres décadas después¹³⁸. Sólo de manera indirecta se intentó aplacarlo mediante un proyecto de asignación prenatal que apuntaba, en primera instancia, a que las madres concurrieran a controles prenatales¹³⁹. Lamentablemente, esta política presentada en el periodo ministerial de Allende no vio luz hasta 1957¹⁴⁰. En los años subsiguientes se decretaron sucesivas medidas que restringían el funcionamiento de las maternidades de matronas, en el supuesto de que estos establecimientos alojaban la práctica abortiva¹⁴¹. Sin embargo, estos reglamentos fueron inefectivos para detener la escalada registrada en los hospitales: la tasa de aborto casi se duplicó entre 1939 y 1948, de 14.546 a 26.448 casos. En 1953 se proyectaba que los abortos clandestinos alcanzaban la cifra de 200.000 anuales¹⁴².

Por lo pronto, permanecerá como interrogante el silencio de las autoridades de gobierno, otrora participantes de la convención, respecto a la difusión de métodos anticonceptivos como estrategia para evitar los abortos por embarazos no deseados. No obstante, la ausencia de un pronunciamiento da cuenta de que aún no había consenso sobre el apoyo estatal a estas prácticas entre los médicos y políticos. Las únicas estrategias que encontraban consenso eran aquellas que estimulaban la misión maternal en la temprana educación femenina y que exigían al Estado la protección de las madres y sus hijos, estrategias convergentes en las posiciones de Carlos Monckeberg y Víctor Matus, médicos que representaron posturas opuestas en relación con la divulgación de anticoncepcionales y la despenalización del aborto¹⁴³.

En los años siguientes a la convención, la demanda de “aborto científico” se mantuvo vigente en un grupo reducido de médi-

cos que defendía su postura en revistas científicas y congresos. Los Acuerdos de 1936 continuaron en calidad de referente; prueba de ello fue su reivindicación en las Segundas Jornadas Chilenas de Salubridad en 1953¹⁴⁴.

Respecto a las prácticas anticonceptivas, si bien no tuvieron cabida en la política estatal, al menos la legitimidad de su uso fue ampliándose sutilmente a partir de estos años. En la intimidad de sus consultas, médicos como Amalia Ernst, María Figueroa y Onofre Avendaño aconsejaron y dotaron de métodos anticoncepcionales a mujeres de escasos recursos¹⁴⁵. Otras profesionales de la asistencia también promovieron entre las beneficiarias de los servicios públicos en que trabajaban el uso de medios de control de natalidad¹⁴⁶. Ejemplos son la visitadora social Raquel Cousiño y la enfermera sanitaria Elma Frakia, quienes argumentaban que estas medidas velaban por el bienestar de la familia y de la sociedad al prevenir enfermedades hereditarias y el empobrecimiento de los hogares. Así, de manera informal, quienes creían que facilitar la maternidad consciente a las mujeres más pobres era un deber moral y social, se habituaron a recomendar métodos anticoncepcionales en sus labores de asistencia social y sanitaria.

La Convención Médica de Valparaíso de 1936 puede concebirse como un hito que hizo considerar la responsabilidad médica en asuntos que hoy identificamos como de salud reproductiva. La natalidad prolífica en ambientes paupérrimos, la procreación de padres con patologías transmisibles y la recurrencia al aborto para controlar la natalidad fueron las preocupaciones que impulsaron a los médicos de la convención a avalar una propuesta que hasta hoy es en parte controvertida. En su perspectiva, las mujeres menos privilegiadas de la sociedad no podían quedar abandonadas a su suerte, resolviendo en su intimidad el dilema y las consecuencias de los embarazos no deseados y gestados en esas condiciones desfavorables, si paralelamente existían alternativas de control natal que no atentaban contra su salud.

La convención fue una instancia en la que se reafirmaron y

promocionaron entre los médicos los principios de la maternidad consciente y del deber profesional de enseñarles a las mujeres cómo regular la concepción de manera inocua. Además, este evento introdujo la discusión de la responsabilidad del Estado en materias de reproducción y sexualidad humana, al ofrecer garantía de esos principios a la población femenina más desposeída. En este sentido, los acuerdos constituyeron el primer proyecto de una política social reproductiva en el país; si la intervención del Estado benefactor en materia materno-infantil se desarrollaba desde la década de los veinte, en los treinta se inauguraba la discusión sobre su intromisión directa en la gestación de la población chilena.

La revisión de los fundamentos de la convención permite concluir que, aunque los médicos observaban gran preocupación por la salud de las madres desvalidas, víctimas mortales de aborto, su principal inquietud era la multiplicación de una población infantil sana, futura generación de ciudadanos de Chile. Los médicos afirmaban que salvar la vida de las mujeres era trascendental y urgente y que debía hacerse por razones humanitarias; sin embargo, su defensa del “aborto científico” y de la anticoncepción realzaba su condición reproductiva por sobre el valor intrínseco de sus vidas, es decir, antes que todo, eran madres que se perdían para la nación.

Entre los médicos de la convención y sus opositores había ciertos puntos de encuentro en el tema del aborto. Aun cuando la defensa de la vida embrionaria fuera vital para los últimos, en sus trabajos científicos predominaba el perjuicio demográfico como peor consecuencia de la *esterilidad voluntaria*. Para los médicos de la convención, igualmente la nación peligraba desde este punto de vista si seguía reproduciéndose la pobreza y la enfermedad en las familias obreras. En su caso, la solución estaba en regular la natalidad para que, por una parte, los padres prodigaran más recursos y atención a cada hijo y, por otra, evitar que la nación y la clase popular se debilitaran con componentes incompatibles con el trabajo y el desarrollo nacional. Pese a la irreconciliable postura de estos sectores respecto a la estrategia de la anticoncepción y el aborto,

ambos concordaban en el deseo de vencer las desalentadoras cifras de mortalidad infantil y fomentar el crecimiento del número de habitantes chilenos; para ambos, ante todo, la protección del binomio madre-niño era el fundamento de su acción. Justamente, los médicos de la convención suponían un vuelco en la avasalladora muerte de infantes si se reducía su proporción por familia y apostaban a una prolongación de la función reproductiva, o al menos maternal, de las mujeres al proveerlas de métodos de control de la natalidad seguros, incluyendo el aborto hospitalario.

También compartían una concepción tradicional respecto de las mujeres. En la convención, como nunca antes en Chile, una agrupación médica cuestionó públicamente la maternidad ilimitada como experiencia femenina natural e irremediable. Pero defender la maternidad consciente no significaba consagrar la autonomía femenina para decidir si incluir o no en el proyecto de su vida la maternidad, o elegir compartirla en igual medida con otras aspiraciones. Los médicos de la convención no ponían en duda la función materna como tarea primordial de toda mujer y no esperaban que ellas la eludieran sistemáticamente con los métodos anticoncepcionales y el aborto. Cuando aludían idealizadamente al instinto maternal de las madres del pueblo, al parecer tampoco creían que las mujeres quisieran renegar de ese rol —o que tuvieran la legitimidad para hacerlo— sin que existieran causas económicas de por medio y sin que les significara sufrimiento. En el caso de las mujeres acomodadas, que no vivían las penurias de sus pares proletarias, no tenían razones válidas para limitar su fecundidad, salvo el compromiso de su salud.

En definitiva, los médicos de la convención al postular que se debían facilitar mecanismos de control de natalidad a las mujeres pobres, respaldaban la decisión y voluntad de ellas para tener o no tener hijos, pero con el objetivo crucial de que fueran mejores madres y pudieran engendrar una mejor raza.

Anexo

Médicos que protestaron los Acuerdos de 1936 relativos al aborto y anticoncepción¹

Luis Vargas Salcedo	Cristóbal Espíldora	Pedro Valenzuela Larraín	Andrés Prado Reyes
Lucas Sierra	Arturo Mardones	Luis Calvo Mackenna	Adolfo Bascuñán
José Estévez	Eugenio Díaz Lira	Oscar Avendaño Montt	Carlos Charlín
Eduardo Cruz Coke	Arturo Scroggie	Luis Molinare Reyes	Hernán G. Huidobro
Alfonso Constan	Alejandro Garretón	José Manuel Balmaceda	Arturo Droguett
Roberto Estévez	Rodolfo Rencoret	Fernando Allende Navarro	Eduardo Keymer
Gregorio Lira	René Honorato	Alejandro González R.	Hernán Alessandri
Teodoro Gebauer	Ricardo Benavente	Arturo Rodríguez Opitz	Carlos Monckeberg
Agustín Orriols	Juan Espic R.	Julio Valenzuela	Spartaco Tomasello
Raúl Pena Jofré	Juan Wilson	Jorge Oyarzún	Andrés Saint Marie
Juan Banoihet			

¹ Las dos últimas filas corresponden a médicos de Valparaíso, todos los demás son de Santiago. Luis Calvo Mackenna se adscribió después a esta protesta enviando una carta de apoyo al diario La Nación, lunes, 20 de enero, 1936, p. 17. Carlos Monckeberg se adhirió en otra comunicación e hizo una extensa publicación en contra de los acuerdos titulada “En defensa de la vida”.

Médicos asistentes a la Convención Médica de Valparaíso, 1936ⁱⁱ

Luis Bisquertt	Arturo Vivado	Eduardo Valenzuela	Juan Marín
Italo Alessandrini	Waldo Iturra	Pedro Martini	Gregorio Oxmann
José Vizcarra	Armando Alonso	Tomás Peña	Luis Sigall
Nacianceno Romero	Julio Bustos	Alfonso Asenjo	Lautaro Ponce
Víctor Grossi	Enrique Laval	Arturo Osorio	Hugo Grove
Alfredo Rojas C.	Héctor Orrego	Raúl Cantuarias	S. Sepúlveda
Gustavo Fricke	Manuel Madrid	Alejandro Reyes	Agustín González
Eugenio Suárez	Miguel Acuña	Juan Garafulic	Carlos Valenzuela
Humberto Rechionne	José García Tello	Antonio Robert	Gastón Valle
Salvador Allende	Carlos Tapia F.	Baldomero Arce M.	A. Leonardo Bravo
Gustavo Molina	Manuel Zorrilla	Juan Meredith	Pedro Martínez
Juan Lazarte	Gregorio Bermann	Francisco Barrios	Honorio Aguirre
Tegualda Ponce	Plutarco Badilla	Romeo Cádiz	Carlos Saavedra
Guillermo Velasco	Antonio Paiva	Eliécer Lara	Alberto Aguayo
Manuel Volosky	Alfredo Machel	Valentín Gallinato	José Ansola
Oscar Marín	José Calvo	Alberto Rahausen	Luis C. Muñoz
Carlos Escribano	Amílcar Radrigán	Raúl Frigolet	Eduardo Grove
M. Taulis	Selim Carrasco	Ángel Vidal	Roberto Gajardo
A. Acevedo	A. Álvarez	Emilio Aldunate	

² Esta lista de asistentes fue presentada por el médico J. G. D., sin embargo, presentaba errores; por ejemplo, incluía a Alejandro Garretón o a Andrés Saint-Marie que habían mostraron desacuerdo en distintas instancias. En otra lista de adherentes se inscribió a Cristóbal Espíldora quien, posteriormente, a través de un diario local, manifestó su malestar por verse involucrado con estas ideas.

Notas

- ¹ Víctor Manuel Matus, “El problema del aborto” en *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología* (en adelante *BSChOG*), v. 3, n° 3, 1938, p. 193.
- ² Fabiola Rohden, *A arte de enganar a natureza. Contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
- ³ Giulia Galeotti, *Historia del Aborto*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2004. Rohden da cuenta en su trabajo que los médicos brasileños del periodo aludían al perjuicio que los abortos causaban a la sociedad.
- ⁴ Thomas Malthus en su *Ensayo sobre los principios de población* (1798) advirtió la inminente escasez de recursos mundiales frente al crecimiento poblacional, recomendando la disminución del número de hijos por medio de la abstinencia sexual. Aunque esta teoría fue refutada, en la segunda mitad del siglo XIX inspiró al neomalthusianismo, corriente que apoyaba el control de natalidad en el proletariado al entender que la reducción de la fuerza laboral los favorecería en su relación con el capital, que las mujeres liberadas de la crianza podrían sumarse al movimiento y que las condiciones materiales de la familia proletaria mejorarían con un menor tamaño.
- ⁵ Felicia Gordon, “Reproductive rights: the early twentieth century european debate”, *Gender and History*, v. 4, n° 3, autum, 1992; Karen Offen, “Depopulation, nationalism, and Feminism in finde-siècle France”, *The American Historical review*, v. 89, n° 3, 1984; Alain Corbin, “Entre Bastidores” en Philippe Ariès y George Duby (eds.), *Historia de la Vida Privada*, Buenos Aires, Taurus, T.4, pp. 517-519. Debe aclararse que la corriente feminista no era homogénea y quienes dentro del feminismo abrazaban con vigor la causa del derecho a limitar la fecundidad eran minoría en esta época. En Francia, como en otras naciones europeas, la mayoría de las feministas concentraba su preocupación en la demanda de apoyo estatal a la maternidad y no en el derecho femenino al control de natalidad. Hombres y mujeres feministas que sostenían esta perspectiva enfatizaron en la discusión sobre la “despoblación” que las condiciones legales y materiales inferiores en que vivían las mujeres se relacionaban estrechamente con el número de hijos que tenían. En tanto, las feministas de Estados Unidos de fines del siglo XIX dirigían su crítica a la sexualidad degradante a la que eran sometidas las mujeres por sus parejas y, si bien defendían que las mujeres tuvieran los hijos que podían tener, repudiaban el aborto y otros medios de control natal. Véase Linda Gordon, “Maternidad voluntaria: inicios de las ideas feministas en torno al control de natalidad en los Estados Unidos” en Mary Nash, *Presencia y Protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Barcelona, Editorial del Serbal, 1984, pp. 201-227.
- ⁶ Véase para el caso argentino a Marcela Nari, “Las prácticas anticonceptivas, la disminución de la natalidad y el debate médico” en Mirta Zaida Lobato, *Política, médicos y enfermedades*, Buenos Aires, Universidad Mar del Plata, Editorial Biblos, 1996; para el caso brasileño, Fabiola Rohden, *op. cit.*

⁷ Véase el debate uruguayo y argentino en Asunción Lavrín, *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940*, Santiago, Ediciones Dibam, 2005. Esta obra fue de crucial apoyo para este trabajo.

⁸ Este apelativo consignaba su carácter delictual, consagrado en el Código Penal chileno (1874). En 1931 el Código Sanitario incluyó un artículo que permitía el aborto si el embarazo implicaba riesgo vital para la madre. Las razones terapéuticas debían ser avaladas por dos médicos. En 1989 se abolió la consideración de 1931 y hasta hoy perdura la penalización original.

⁹ Además de Lavrín, *op. cit.*, Ximena Jiles y Claudia Rojas han investigado sobre este evento. Véase de ambas autoras chilenas, *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, Santiago, CORSAPS, 1992, y de Claudia Rojas, "Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático", *Debate Feminista*, Año 5, v. 10, 1994, pp. 185-214.

¹⁰ Véase en esta misma publicación el artículo de Jadwiga E. Pieper, "Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile".

¹¹ Leonora Reyes ha historizado la dimensión política e ideológica de las políticas de control de natalidad en Chile durante gran parte del siglo XX, cubriendo incluso la década de los treinta. *Entre 'La Moneda' y la fecundidad: la política de regulación de la fecundidad del gobierno militar: trayectoria histórica y proyecciones, 1978-1989*, Tesis para optar al grado de Magíster en Historia de Chile de la Universidad de Chile, Santiago, 2001.

¹² Moisés Amaral, *Los anticoncepcionales y el aborto criminal: Conferencia dada en la Sociedad Científica de Chile, en sesión de 28 de agosto de 1917*, Santiago, Imprenta Franco-Chilena, G. Gregorie, 1917.

¹³ En 1910, Pedro Macuada en su memoria de prueba de medicina instaba a estudiar científicamente el "aborto criminal" en Chile, evidenciando que hasta el momento no había sido objeto de investigación. Macuada denunció que el aborto se practicaba con descaro, presumiendo que en cifras podía alcanzar la estadística de mortalidad infantil. *Del aborto y su tratamiento*, Santiago, Impr. Franco-Chilena, 1910.

¹⁴ Isauro Torres, *Mortinatalidad de Santiago (abortos i nacidos muertos)*, Santiago, Impr. El progreso, 1918. Según Torres, sólo una sección de la maternidad del hospital San Borja, la dedicada a la Clínica Obstétrica Universitaria, contaba con estadísticas a partir de 1908.

¹⁵ Dr. Lavín, Sesión del 7 de agosto de 1914, *Revista Médica de Chile* (en adelante *RMCH*), v. 43, n° 1, 1915, p. 25. Otros médicos presentes eran Vargas Salcedo, Javier Rodríguez Barros y Aldunate Bascuñán.

¹⁶ *Ibidem*, p. 26; M. “Esos avisos...”, *RMCH*, v. 45, n° 2, 1917, pp. 33-35; Torres, *op. cit.*, Carlos Monckeberg, “Estadística alarmante. Disminución de la natalidad normal. Sus causas. Sus remedios”, *RMCH*, v. 46, n° 7, 1918, pp. 178 y 180.

¹⁷ Lavín, *op. cit.*, p. 26.

¹⁸ Monckeberg, “Estadística alarmante...”, *op. cit.*, p. 179.

¹⁹ “Estatutos de la Liga Chilena de Higiene Social”, *RMCH*, v. 49, n° 2-3, 1921, pp. 242-243.

²⁰ La ley castigó a las mujeres que abortaban con presidio menor en su grado máximo, es decir, entre tres a cinco años de cárcel (art. 344), mientras que al provocador del aborto, si la mujer consentía, se le estipuló una pena de presidio menor en su grado medio (art. 342). La pena para un provocador de aborto alcanzaba a presidio mayor en su grado mínimo si cometía este acto “maliciosamente”, sin consentimiento de la madre y con violencia. Sólo omitiendo este último factor, el presidio para el provocador era igual al de la madre que se causaba o consentía que le causaran un aborto (art. 342). El castigo de las mujeres que abortaban podía mitigarse a presidio menor en su grado medio, una pena de entre 541 días a tres años, en caso de que el móvil de su crimen fuera “ocultar su deshonra” (art. 344). El Código Penal puso especial atención en los médicos responsables o cómplices, prescribiendo que se les aumentara la condena en un grado más en relación a las señaladas en el art. 342 (art. 345).

²¹ “Estatutos de la Liga Chilena de Higiene Social”, *op. cit.*, p. 242.

²² Las fuentes son trabajadas por María Fernanda Caloiro, *¿El suicidio involuntario de la raza? La sexualidad de las mujeres a través de las enfermedades venéreas y las prácticas abortivas populares, Antofagasta, 1923-1934*, Tesis para optar al grado de Licenciada en Historia de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, 1999.

²³ Monckeberg, “Estadística alarmante...”, *op. cit.*, pp. 178-179. La cita fue intervenida con un elemento de puntuación.

²⁴ *Ibidem*, p. 179.

²⁵ Mamerto Cádiz, “Consideraciones sobre la higiene sexual”, *RMCH*, v. 49, n° 4, 1929, pp. 265-282.

²⁶ Javier Rodríguez Barros, “Hacia la despoblación”, *RMCH*, v. 51, n° 11-12, 1923, pp. 788-805.

²⁷ “El problema de la madre y la natalidad”, *Boletín del Ministerio de Bienestar Social*, v. 2, n° 10, 1929, pp. 6 y 7, citado por Caloiro, *op. cit.*, pp. 51 y 52.

²⁸ Cádiz, *op. cit.*, p. 280.

²⁹ Rodríguez, *op. cit.*, p. 802. Se modificó la puntuación de la cita.

³⁰ Carlos Monckeberg, “El problema etiológico en la limitación voluntaria de la pro-

creación”, *Boletín Anual de la Clínica Obstétrica de la Universidad de Chile* (en adelante *BACOUCh*), v. 16, 1929, p. 23.

³¹ *Idem*. Cursivas del autor.

³² Monckeberg, “Estadística alarmante...”, *op. cit.*, p. 179.

³³ Carlos Monckeberg, “Natalidad e intelectualidad”, *RMCH*, v. 60, n° 5, 1932, pp. 359-368.

³⁴ *Ibidem*, p. 366. Las ideas de Monckeberg no eran una excepción en el pensamiento político de la época. Por ejemplo, en 1905 T. Roosevelt, temiendo el “suicidio de la raza” en Estados Unidos, hizo un llamado a reproducirse a los blancos de clase media, quienes lo hacían en menor cantidad que otros inmigrantes. Gordon, *op. cit.*, pp. 85-86. En Brasil, la relación entre mestizaje, pobreza y enfermedad, llevó también a estimar a algunos médicos que era importante estimular los nacimientos en la clase alta para “perfeccionar la raza”, Rohden, *op. cit.*

³⁵ Amaral, *op. cit.*, p. 8; Torres, *op. cit.*, p. 36; Rodríguez, *op. cit.*, p. 803; Monckeberg, “El problema etiológico...”, *op. cit.*, p. 21; “La ponencia de S. Felipe y Los Andes sobre el Aborto”, *Boletín Médico de Chile* (en adelante *BMCh*), Año XII, n° 404, 1936, p. 1.

³⁶ Raúl García Valenzuela, “Hacia el amor racionalizado”, *BMCh*, Año XII, n° 397, 1936, p. 3; Matus, *op. cit.*, p. 203.

³⁷ Osvaldo Quijada, “Aspectos éticos legales en ginecología” en *BSCChOG*, v. 14, n° 1-2, 1949, p. 28.

³⁸ Véase casos puntuales de pacientes que ingresaron al Hospital Barros Luco en la tesis de prueba de Alejandro Bergerfreid para licenciarse en medicina en la Universidad de Chile. *Mortalidad en el aborto: sus causas*, Santiago, Impr. La tarde, 1938. Otra aproximación a la experiencia del aborto para las mujeres y quienes las asisten se encuentra en la tesis de Caloiro, quien revisa los casos encontrados en el archivo judicial de Antofagasta entre los años 1930 y 1934, *op. cit.*

³⁹ Rodríguez, *op. cit.*, p. 803; Monckeberg, “El problema etiológico...”, *op. cit.*, pp. 25-26 y, del mismo autor, “Consideraciones sobre la protección social y médica de la mujer como factor de Eugenesia”, *RMCH*, v. 53, n° 3 y 4, 1925, p. 93.

⁴⁰ Monckeberg, “El problema etiológico...”, *op. cit.*, p. 26; Rodríguez, *op. cit.*, p. 803.

⁴¹ *Idem*.

⁴² Rodríguez, *op. cit.*, p. 803.

⁴³ Monckeberg “Estadística alarmante...”, *op. cit.*, p. 179.

⁴⁴ En los años treinta, como se verá más adelante, la “madre obrera” es concebida como sujeto vulnerable al aborto por excelencia. Bajo este marco, se justifican por su condición de clase las propuestas médicas de políticas públicas para combatir el aborto que,

consecuentemente, están focalizadas en ella. Para profundizar en la categoría “madre obrera” como una construcción histórica de sujeto femenino, en particular desde la década de los treinta, véase de Soledad Zárate, “Las madres obreras: identidad social y política estatal, 1930”, *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, Año IX, v. 1/2, 2005, pp. 59-83.

⁴⁵ Rodríguez, *op. cit.*, p. 794.

⁴⁶ La valoración social de la virginidad queda expresa a nivel jurídico con la única causalidad mitigante de la pena de presidio por abortar, véase “si lo hiciera por ocultar su deshonra” en art. 344 del Código Penal.

⁴⁷ María Figueroa, “Protección prenatal y a la madre” en VVAA, “La Asistencia Privada en Chile”, *Servicio Social*, v. 6, n° 2-3, 1932, p. 230; Rodríguez, *op. cit.*, p. 794.

⁴⁸ Monckeberg, “Consideraciones sobre la protección...” *op. cit.*, p. 94; Matus, *op. cit.*, p. 199.

⁴⁹ Figueroa, *op. cit.*, p. 230.

⁵⁰ Soledad Zárate, “Proteger a las madres: origen de un debate público 1870-1920” en *Nomadías*, Santiago, Programa de Género y Cultura en América Latina de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, Editorial Cuarto Propio, Serie Monográfica n° 1, 1999, pp. 163-182.

⁵¹ Para comprender el desarrollo de la política materno-infantil en esta época, los objetivos y las estrategias sociosanitarias de los servicios disponibles (privados y públicos) véase de Soledad Zárate, “Parto, crianza y pobreza en Chile” en Rafael Sagredo y Cristian Gazmuri (eds.), *Historia de la vida privada en Chile*, Santiago, Taurus, 2007, pp. 13-47.

⁵² *Boletín del Hospital del Salvador del año 1916*, n° 2, 1917, p. 153; Rodríguez, *op. cit.*, p. 794; Figueroa, *op. cit.*; Alberto Villegas, “El problema de la madre soltera en el próximo Congreso de la Caja”, *Acción Social*, n° 15, 1933, pp. 49-50, y Carlos Ramírez, “Problemas de obstetricia social. Proyecto de protección maternal e infantil por el Estado”, *BSChOG*, v. 3, n° 9, 1938, p. 638.

⁵³ En la década del treinta existían el Refugio del Amor Misericordioso de la Cruz Blanca, el Asilo Maternal del Patronato de la Infancia, el Asilo San Francisco de Regis, el establecimiento instalado por la Caja de Seguro Obligatorio para sus aseguradas solteras y la Casa de la Madre, creada después de 1936.

⁵⁴ Labor que concretaban a pulso de trabajar por la regularización de su familia, canalizarles el auxilio disponible y, sobre todo, de convencerlas de conservar el hijo y seguir los consejos para su cuidado que le daban ella y los profesionales sanitarios. Zárate, “Parto, crianza y pobreza en Chile”, *op. cit.*; María Angélica Illanes, *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*, Santiago, Lom, 2007.

⁵⁵ Monckeberg, “El problema etiológico...” *op. cit.*, p. 26.

⁵⁶ El trabajo fue presentado nuevamente en diciembre de 1935 en la IV Semana de Experiencia Quirúrgica organizada por la Sociedad Chilena de Cirugía realizada en Concepción. En esa ocasión el autor no asistió al evento. Víctor Manuel Gacitúa, “El problema del aborto en Chile”, *BMCh*, Año XIII, n° 448, 1937, pp. 1 y 2. Esta presentación fue editada varias veces en distintas revistas.

⁵⁷ *Idem.*

⁵⁸ *Ibidem*, p. 2.

⁵⁹ Raúl García V., “Sobre el aborto criminal (preámbulo al trabajo del Prof. Gacitúa)” en *Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital*. Número dedicado a la IV Semana de Experiencia Quirúrgica en Chile, 19-21 de diciembre de 1935, pp. 195-196.

⁶⁰ Gacitúa, *op. cit.*, p. 1.

⁶¹ *Ibidem*, p. 2.

⁶² “El doctor Asenjo trata sobre el aborto en la Cuarta Semana de la Experiencia Quirúrgica”, *BMCh*, Año XII, n° 497, 1936, p. 1.

⁶³ Para conocer de la convención en general véase el *BMCh*, n° 395 y n° 396, 1936.

⁶⁴ Carlos Monckeberg, “En defensa de la vida”, reproducida en el *BMCh*, 1936, pp. 1-2, 4, 9 y 10.

⁶⁵ María Eliana Labra se refiere a la Convención de 1936 como un evento donde se expresó en plenitud el ideario de salud pública del socialismo. La autora explica el proyecto socialista de salud y da cuenta de la importancia que tuvo en el desarrollo de la medicina social en Chile. Asimismo, aborda los otros proyectos de salud pública que existieron, de tendencia liberal-conservador y de centro. Véase “Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)”, *Cuadernos Médico Sociales*, n° 44, 2004, pp. 207-219. También para comprender el ideario de los médicos de la Convención, véase la clásica obra de María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880-1973*. Santiago, Editado por el Colectivo de Atención Primaria, febrero, 1993.

⁶⁶ S., ¡Basta ya!, *BMCh*, Año XII, n° 396, 1936, p.1.

⁶⁷ Las ideas de los médicos de la convención acerca del aborto pueden encontrarse principalmente en el *BMCh*, Año XII, n° 396, en el n° 399, p. 3 y en el n° 407, pp. 1 y 3, todos del año 1936. En ellos se incluyen cartas originales y copias de cartas publicadas en otros medios. El texto de Víctor Matus, “El problema del aborto”, *op. cit.*, también es básico.

⁶⁸ Alfonso Asenjo, Luis Bisquertt, “Contestación de la Amech”, *BMCh*, Año XII, n° 396, 1936, p. 7.

⁶⁹ “La ponencia de S. Felipe y Los Andes sobre el Aborto”, *op. cit.*, pp. 1 y 2.

⁷⁰ “Aborto” en “Conclusiones” en “Racionalización de los Servicios de Asistencia, Sanidad y Previsión Social”, *BMCh*, Año XII, n° 396, 1936, pp. 4 y 5. En una publicación posterior la segunda conclusión tiene la siguiente modificación: “Que debe otorgarse una amplia protección a la madre, al niño y al hogar”. Lo más probable es que la segunda versión sea la correcta y que la primera tenga una falla de edición.

⁷¹ Matus, *op. cit.*, p. 185.

⁷² García, “Hacia el amor racionalizado”, *op. cit.*, p. 3; Matus, *op. cit.*

⁷³ “La ponencia de S. Felipe y Los Andes sobre el Aborto”, *op. cit.*, p. 1.

⁷⁴ El examen médico prenupcial fue una medida que alcanzó consenso entre los médicos sudamericanos a diferencia de los muy pocos que apoyaban conferir al Estado el poder de reglamentar el aborto o la esterilización a ciertas poblaciones con tal de impedir su reproducción, políticas que sí existían en Estados Unidos y Alemania. Esta afirmación debe ser matizada por la demostración que hace Rohden de la gran admiración que los médicos brasileños tenían hacia estas políticas. Sin embargo, en el cono sur, la mayoría que discutía la posibilidad de legalizar la esterilización para prevenir generaciones “tardas”, Augusto Turrene o Waldemar Coutts entre ellos, repararon en la peligrosidad de caer en políticas masivas y apostaban a la voluntad del progenitor. Siguiendo a Lavrín, los médicos sudamericanos repudiaron la aspiración sin escrúpulos de Alemania por “crear una raza superior”. Véase el pensamiento eugenésico del cono sur en la obra de Lavrín, *op. cit.*, pp. 207-245 y el de los médicos brasileños, en Rohden, *op. cit.* Para un ejemplo extremo de simbiosis entre control de natalidad y eugenesia aplicada por el Estado, véase Gisela Bock, “Antinatalismo, maternidad y paternidad en el racismo nacionalsocialista” en Gisela Bock y Pat Thane (eds.), *Maternidad y políticas de género*. Madrid, ediciones Cátedra, 1996, pp. 401-437.

⁷⁵ Mayor desarrollo de estas ideas se encuentra en el subcapítulo “Anarquismo e izquierda en materia de sexualidad” de la obra de Lavrín, *op. cit.*, pp. 170-175. También Jorge Rojas aborda los pronunciamientos neomalthusianos y las obras difundidas en Chile en los primeros decenios del siglo, en su artículo “Los derechos del niño en Chile: una aproximación histórica, 1910-1930”, *Historia*, n° 40, 2007, pp. 16-18.

⁷⁶ Gordon, *op. cit.*; Mary Nash, “El neomalthusianismo anarquista y los conocimientos populares sobre el control de la natalidad en España” en M. Nash, *Presencia y protagonismo*, *op. cit.*, pp. 207-340; M. Nash, “Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939” en George Duby y Michelle Perrot (eds.), *Historia de las mujeres*, Madrid, Taurus, 2000, v. 5, pp. 687-708.

⁷⁷ Estas ideas pertenecían a la tercera fase del anarquismo español en su relación con el neomalthusianismo, según ha explicado Nash. En esta fase, estos principios se vinculaban al proyecto libertario. Bulffi pertenecía a la segunda fase, una línea más reformista. “El neomalthusianismo anarquista...”, *op. cit.*

⁷⁸ Véase del periódico *La Mujer Nueva*, “Programa del Movimiento Pro-Emancipación de las Mujeres”, n° 1, 1935, p. 3; “A los enemigos del aborto pedimos protección para la madre obrera”, n° 6, 1936, p. 1; “Necesidad del control de nacimientos. El problema del aborto y la mujer obrera”, n° 4, 1936, p. 1; M. V. “Mejor salario y menos hijos son los requisitos indispensables para emancipar a la mujer”, n° 5, 1936, pp. 1 y 2. En este último artículo se puede apreciar una sensibilidad distinta a los médicos. La autora afirma que la maternidad prolífica es una “bárbara tradición” de la cual las mujeres proletarias debían liberarse, tal cual como lo habían hecho las burguesas. Según la autora, la prole numerosa impedía trabajar remuneradamente a las mujeres y las obligaba a la mendicidad. Además, el cuidado de un montón de niños se sumaba a las cargas laborales y domésticas que sumían a las mujeres en un estrecho horizonte cultural. Véase también el estudio de Corinne Antezana-Pernet, *El Memch hizo historia. Movilización femenina en la época del Frente Popular*, Santiago, Fundación Biblioteca y Archivo de la Mujer Elena Caffarena, 1997, pp. 118-123.

⁷⁹ Marta Vergara, integrante de la directiva del MEMCH, mantuvo contacto con Isabel Torres, quien lideraba la *Gran Federación de Mujeres de Chile* y al parecer también participó en esta organización de carácter obrero (en el comunicado de la AMECH aparece sin “Gran”).

⁸⁰ Sesión Ordinaria de la Amech (25 de octubre de 1933), *RMCH*, v. 61, n° 11, 1933, p. 664.

⁸¹ “El doctor Asenjo trata sobre el aborto...”, *op. cit.*, p. 1.

⁸² Matus, *op. cit.*, p. 193.

⁸³ Gregorio Marañón, “El trabajo y la maternidad consciente”, *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, v. 2, n° 21, 1936, pp. 60-63.

⁸⁴ *Ibidem*, p. 62.

⁸⁵ Juan Marín, “Hacia la nueva moral. Educación sexual y matrimonio controlado”, *Medicina Moderna*, v. 8, n° 2, 1934. Parte III, pp. 59, 60 y 62.

⁸⁶ Matus, *op. cit.*, p. 193.

⁸⁷ García, “Hacia el amor racionalizado”, *op. cit.*, p. 3.

⁸⁸ Matus, *op. cit.*, pp. 190-192; Juan Garafulic, “¿El dedo en la llaga?”, *BMCh*, Año XII, n° 396, 1936, p. 8.

⁸⁹ Matus, *op. cit.*, p. 203.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 190.

⁹¹ Augusto Turenne publicó varios de sus trabajos en Chile, entre ellos: “Responsabilidad procreacional (un problema de obstetricia social)”, *Boletín del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social*, 1939, pp. 53-58; “Algunos aspectos del problema de la infecundidad femenina”, *BSchOG*, v. 3, n° 2, 1937, pp. 66-81; “¿Por qué

fracasa el método anti-concepcional de Ogino-Knaus”, *BSCbOG*, v. 4, n° 2, 1938, pp. 113-122.

⁹² El médico chileno Carlos Ramírez propagaba los principios de Turenne y recomendaba que el Estado brindara educación sexual a los jóvenes de ambos sexos con el fin de formarlos en el autocontrol de sus “instintos”, *op. cit.*, p. 632. Véase sobre este tema el artículo de Catalina Labarca “‘Todo lo que usted debe saber sobre las enfermedades venéreas’. Las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927 y 1938”, incluido en esta obra.

⁹³ García, “Hacia el amor racionalizado...”, *op. cit.*, p. 3.

⁹⁴ Humberto Rechionne, “Orientaciones sobre el problema médico social del niño”, *Revista de Asistencia Social*, v. 4, n° 4, 1935, pp. 588-590.

⁹⁵ Ya en 1918, Carlos Monckeberg denunciaba la venta de folletos con estos propósitos. En la década del veinte el periódico anarquista *El Sembrador* de Valparaíso publicó extractos de obras extranjeras que divulgaban métodos de anticoncepción. En los treinta se publicaron obras traducidas del francés de autores muy leídos por los anarquistas españoles que defendían el control de natalidad, entre ellas *Medios para evitar el embarazo* de George Hardy y *La educación sexual* de Juan Marestán (ambas se encuentran en la Biblioteca Nacional). Véase Lavrín, *op. cit.*; Rojas, *op. cit.*; Nash, “El neomalthusianismo anarquista...”, *op. cit.*

⁹⁶ Sobre métodos de anticoncepción, además de las obras de Hardy y Marestán señaladas, véase Carlos Thonet, “Sobre patología del fraude sexual”, *Revista Médica*, v. 17, n° 4, 1943, pp. 201-205; Matus, *op. cit.*; “Un nuevo triunfo del control anticoncepcional”, *BMCh*, Año XIII, n° 447, 1937, p. 3 y Marie Stopes, “La Iglesia ante los neomalthusianos”, *BMCh*, Año XIII, n° 455, 1937, pp. 3 y 4.

⁹⁷ Moisés Amaral explicitó en su trabajo que lo hacía para evitar su divulgación, *op. cit.*, p. 6. Otras razones puede ser pudor o la consideración de que en las publicaciones científicas era redundante mencionarlos si el tema principal se relacionaba con ellos indirectamente.

⁹⁸ Sobre este mecanismo de control de natalidad, los médicos chilenos no tenían reparos en pronunciarse abiertamente. Véase Carlos Monckeberg, “Comentario sobre el control lícito de la procreación por el período de esterilidad fisiológica”, *BSCbOG*, v. 3, n° 4, 1938, pp. 227-237; “Los períodos de fecundidad y de infecundidad de la mujer”, *AMECh*, n° 3, 1937, pp. 54-55; “Otro grave error de la Iglesia en la aceptación del control de la maternidad”, *BMCh*, Año XIII, n° 420, 1936, p. 3.

⁹⁹ Gacitúa, *op. cit.*, p. 1; “La ponencia de S. Felipe y Los Andes sobre el Aborto”, *op. cit.*, p. 1.

¹⁰⁰ Matus, *op. cit.*, p. 204. La Liga Chilena de Higiene Social confirma la venta de productos anticoncepcionales, “Estatutos de la Liga...” *op. cit.*, p. 242.

¹⁰¹ Manuel Delgado, René Salinas, “Los hijos del vicio y del pecado. La mortalidad de los niños abandonados (1750-1930)”, *Proposiciones*, n° 19, 1990, pp. 44-54; Manuel Delgado, “La infancia abandonada en Chile. 1770-1930”, *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, n° 5, 2001, pp. 101-126; Gabriel Salazar, “Ser niño guacho en la historia de Chile (s. XIX)”, *Proposiciones*, n° 19, 1990, pp. 55-83.

¹⁰² Conclusiones del trabajo de Luis Isaac Landa sobre el Instituto Médico Legal de Chile, *RMCH*, v. 48, n° 1, 1920, p. 70; V. Gacitúa, “El problema de la mortinatalidad”, *BSCbOG*, v. 6, n° 3, 1941, p. 114. Para profundizar véase el estudio de Nara Milanich, “Entrañas mil veces despreciables e indignas: el infanticidio en el Chile tradicional”, *Dimensión Histórica de Chile*, n° 13/14, 1999, pp. 63-82.

¹⁰³ Matus, *op. cit.*, p. 193.

¹⁰⁴ Garafulic, “¿El dedo en la llaga?”, *op. cit.*, p. 9. Víctor Matus apuntaba en su trabajo que la Asistencia Pública había atendido 5.600 abortos en 1936 y al año siguiente la cifra había sobrepasado los 6.000. *Op. cit.*, p. 186.

¹⁰⁵ Garafulic, *idem*.

¹⁰⁶ *Idem*.

¹⁰⁷ Matus, *op. cit.*, pp. 186 y 189.

¹⁰⁸ *Ibidem*, p. 194. La cita fue intervenida con un elemento de puntuación.

¹⁰⁹ Estas ideas eran seguidas por una minoría de médicos. Debe aclararse que la esterilización no fue una medida discutida en la convención, aunque posteriormente hubiera confusiones al respecto. Algunos asistentes la defendieron en otras instancias. Fue el caso de Matus. Véase también Eduardo Brücher, “Proyecto de Ley de esterilización de los alienados”, *AMECh*, n° 13, 1940, pp. 11-14. El proyecto de ley se incluye a continuación. No solo los vanguardistas discutieron la posibilidad de la esterilización; un ejemplo es el del eugenista Waldemar Coutts. Véase del autor, “El problema de la Esterilización desde el punto de vista bio-social”, *RMCH*, v. 62, n° 7, 1934, pp. 391-405.

¹¹⁰ Matus, *op. cit.*, p. 195.

¹¹¹ Soli Friedental, *El problema del aborto. Estudio médico-jurídico-social*. Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile. Santiago, Impr. Rapid, 1937. Felicita Klimpel, *La mujer, el delito y la sociedad*, Buenos Aires, Ateneo, 1945.

¹¹² Klimpel, *op. cit.*, p. 233.

¹¹³ Alfonso Asenjo, “El doctor Alfonso Asenjo G., Secretario General de la Asociación, contesta”. Carta a *El Mercurio* con fecha 3 de febrero de 1936, reproducida por el *BMCh*, Año XII, n° 399, 1936, p. 3.

¹¹⁴ Uruguay, Argentina, México, Checoslovaquia, Suiza, Japón, entre otros. Véase “El aborto en las legislaciones modernas” en Klimpel, *op. cit.*, pp. 261-262.

¹¹⁵ Entre los problemas suscitados se contaba el desborde hospitalario por las numerosas solicitudes que se recibieron, la persistencia del aborto clandestino a causa de que los servicios no pudieron absorber la demanda y los daños constatados a la salud femenina por abortos reiterados, siendo esto último, en especial, lo que llevó a los propios médicos rusos a promover la limitación de la práctica. La ley con los años fue restringiéndose, lo que se complementó con la enseñanza de métodos de anticoncepción en consultorios estatales. Dr. André Pierre, “Protección a la infancia y el derecho al aborto en la U.R.S.S.”, *BMCh*, Año XI, n° 886, 1935, p. 3; Braulio Ramírez, “Comentarios sobre el aborto”, *Medicina Moderna*, Año XIII, n° 11, 1949, pp. 497-502; Monckeberg, “En defensa de la vida”, *op. cit.*, pp. 2 y 4.

¹¹⁶ Asenjo, “El doctor Alfonso Asenjo...”, *op. cit.*

¹¹⁷ Véase la lista de médicos de Santiago en “Protesta”, *BMCh*, n° 396, 1936, p. 5. La lista de médicos porteños apareció en *El Diario Ilustrado* (*DI* en adelante), viernes 17 de enero, 1936, p. 14. La protesta de matronas véase en *DI*, sábado 18 de enero, 1936, p. 6; la de madres de Los Andes en *El Mercurio*, miércoles 22 de enero, 1936, p. 9.

¹¹⁸ Anónimo, “Asesinato Científico”, *DI*, viernes 17 de enero, 1936, p. 14 y lunes 20 de enero, 1936, p. 3.

¹¹⁹ *DI*, lunes 20 de enero, 1936, p. 3.

¹²⁰ *DI*, jueves 16 de enero, 1936, p. 1936, p. 3.

¹²¹ “Medicina socialista”, *DI*, sábado 18 de enero, 1936, p. 3.

¹²² *El Mercurio*, martes 14 de enero, 1936, p. 3.

¹²³ Anónimo, “Asesinato Científico”, *op. cit.*

¹²⁴ *Idem.*

¹²⁵ “Circular del Arzobispado”, publicado en *El Mercurio* y compilado por el *BMCh*, Año XII, n° 397, 1936, pp. 1, 3 y 6.

¹²⁶ No sólo los católicos se pronunciaron frente a los acuerdos de la convención, más de 15 médicos judíos aclararon por la prensa que la religión judía también era “contraria al aborto provocado y a la natalidad controlada”. Esta declaración no se levantó como protesta contra la convención, sino como respuesta a los dichos de Carlos Monckeberg, quien en su artículo “En defensa de la vida” había hecho comentarios racistas y prejuiciosos sobre los judíos. Entre ellos, que en la convención había predominado el espíritu de secta, de logia, de soviets o de sinagoga” y que el descenso de la natalidad generaría un crecimiento poblacional basado en el “aluvión inmigratorio que nos inundará (...) de judíos comunistas de conveniencia”. La carta de los médicos judíos se reprodujo en “Natalidad y Judaísmo”, *BMCh*, Año XII, n° 398, 1936, p. 1.

¹²⁷ *DI*, lunes 20 de enero, 1936, p. 3.

¹²⁸ Monckeberg, “Discusión del Trabajo del Dr. Víctor Matus sobre ‘El problema del aborto’ (sesión de 2 de mayo de 1938), *BSCbOG*, v. 3, n° 4, 1938, p. 210.

¹²⁹ “Hipertrofia profesional y materialismo retrógrado”, *DI*, miércoles 15 de enero, 1936, p. 3.

¹³⁰ De Pierre Lérmitte, “Los que ‘NO’ nacieron”, *El Mercurio*, jueves 16 de enero, 1936, p. 7. La historia relata la condena de una madre a una estadía en el purgatorio sufriendo por los hijos que rechazó tener.

¹³¹ “La mujer, la casa y la familia: Rusia y la maternidad”, *El Mercurio*, jueves 9 de enero de 1936, p. 7; “La mujer, la casa y la familia: impudor y nudismo”, *El Mercurio*, jueves 2 de enero de 1936, p. 5.

¹³² Juan Puga, “Discusión del Trabajo del Dr. Víctor Matus sobre ‘El problema del aborto’”, *op. cit.*, p. 211.

¹³³ Matus por ejemplo expresó que las mujeres que sabían limitar su fecundidad, aquellas de clase acomodada, la practicaban “sin razón”. Para ellas sí calzaba la frase “corrupción de costumbres”, señaló el médico. *Op. cit.*, p. 203. Para analizar el uso de métodos de control de natalidad, los médicos de la convención también incorporaban el factor “debilitamiento moral”, en particular para explicar su manifestación en las clases media y alta. Uno de sus componentes más citados fue el egoísmo.

¹³⁴ *Ibidem*, p. 188.

¹³⁵ María Angélica Illanes, “El cuerpo del pueblo y el socialismo de Allende (Frente Popular)” en *La batalla de la memoria*, Santiago, Planeta/Ariel, 2002, pp. 123-132; Karin Roseblatt, *Gendered compromises: political cultures and the State in Chile, 1920-1950*, Chapel Hill and London: The University of North Carolina Press, 2000, capítulo 4.

¹³⁶ Roseblatt, *op. cit.*

¹³⁷ Salvador Allende, *La realidad médico-social chilena* (1ª ed. 1938), Santiago, Editorial Cuarto Propio, 1999, pp. 117-119.

¹³⁸ Pieper, *op. cit.*

¹³⁹ “Proyecto de protección prenatal” en “Noticiero Nacional”, *BMSCSO*, v. 6, n° 65, 1939, pp. 514-515. Ver también de Onofre Avendaño, “Hacia la creación de un nuevo tipo de subsidio, el auxilio pre-natal”, *BMSCSO*, v. 11, n° 114, 1944, pp. 3 y 4.

¹⁴⁰ “Antecedentes que dieron origen a la Asignación Familiar Prenatal”, *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, v. 3, n° 4, 1957, pp. 557-565.

¹⁴¹ “Reglamento de Maternidades Particulares”, Decretos n° 946 del 14 de diciembre de 1938 y n° 839 del 30 de agosto de 1939, *Boletín de Decretos y Leyes*.

¹⁴² Carlos Ribbeck (médico), Tomasa Romeo (asistente social), Pilar Galván (matrona), “El aborto como problema médico social” en *Actas de las Segundas Jornadas Chilenas*

de Salubridad (Organizadas por la Sociedad Chilena de Salubridad), Santiago, Taller Gráfico Casa Nacional del Niño, 1953, p. 315.

¹⁴³ Sobre la educación de las mujeres, véase Matus, *op. cit.*, p. 205; Monckeberg, *BACOUCh*, nº 15, 1928, pp. 13-15. Sobre la protección estatal, las conclusiones de la convención son claras y es un tema presente en la mayor parte de los trabajos de Monckeberg citados en este artículo.

¹⁴⁴ En esta ocasión solo se explicitó la defensa del aborto por razones eugenésicas y de violación. Otra diferencia en relación al congreso de 1936 fue una mayor pluralidad al presentarse ponencias que diferían sobre la legalización del aborto. Se incorporó en la discusión el costo anual que las hospitalizaciones por aborto tenían para el Estado chileno. Una consideración que no había tenido lugar antes y que en los años sesenta sería decisiva para la puesta en marcha de una política sanitaria efectiva contra el aborto. Ribbeck et. al., *op. cit.*, pp. 315-327. Se incluye en estas páginas la ponencia del Dr. Humberto García P. (sin título) que sostiene divergencias con el primer trabajo.

¹⁴⁵ Romero señala que Ernst y Figueroa trabajaban con diafragmas vaginales. Hernán Romero, “La planificación de familia en Chile, 1952-1977”, *RMCH*, v. 105, nº 10, 1977, p. 725.

¹⁴⁶ Elma Frakia, “El centro de salud y la enfermería”, *Revista de Asistencia Social*, v. 12, nº 1, 1943, pp. 44, 46 y 47. Raquel Cousiño de Vicencio, “Eugenesia, control de natalidad y esterilización”, *Servicio Social*, v. 15, nº 1-2, 1941, pp. 83-87. Cabe precisar que para Frakia el método que correspondía utilizar era el del ritmo, mientras que Raquel Cousiño se abría a otras opciones, como el uso de preservativos e incluso la esterilización.