

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

94 / 124. 52 |
53 |

PARA LA SALUD DEL

CUERPO

W. & A. OFFICE 24
W. & A. OFFICE 24
W. & A. OFFICE 24

POR LA SALUD DEL CUERPO

Historia y políticas sanitarias en Chile

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.

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 Zárata 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

POR LA SALUD DEL CUERPO

Historia y políticas sanitarias en Chile

María Soledad Zárate Campos

Mortalidad materna y la búsqueda de un discurso chileno *pro-vida*¹

En 1964, Cristina, una mujer de la Comuna de Conchalí, Santiago, se encontraba embarazada, desesperada, e incapaz de hacerle frente al desafío de criar otro niño. A los 31 años, vivía en la pobreza, tenía cuatro hijos, y aunque su marido laboraba hasta dieciséis horas al día vendiendo pan a domicilio, sus limitados recursos dificultaban la manutención de la familia. Cristina trabajaba en una fábrica textil durante el día y estudiaba confección de ropa por la noche. Ella ya había tenido siete abortos anteriores. Su octava experiencia en manos de una persona sin conocimientos médicos profesionales tomó un giro casi fatal cuando ésta vertió agua dentro de su vientre a través de una manguera de goma. Cristina mostró signos de una infección gravísima. Cuando fue llevada de emergencia al Hospital J.J. Aguirre, el centro hospitalario más cercano, los médicos la encontraron en una condición peligrosa, pero la operaron y con gran esfuerzo le salvaron la vida².

La historia de Cristina ilustra un problema extendido y no resuelto, que afectaba las vidas de miles de mujeres no solamente en la década de 1960 sino también en las anteriores³. La evidencia del aborto inducido había atraído la atención de los médicos e inspirado un intenso debate en los años treinta, pero los cambios de política fueron propuestos con cautela y no tuvieron consecuencias inmediatas de mayor alcance⁴. Se efectuaban abortos de modo regular, si no rutinariamente, en los hospitales públicos. Las estadísticas médicas del servicio de salud de la Universidad de Chile

documentan que el personal médico atendió 1.566 partos y 663 abortos en 1931, y 1.481 partos y 591 abortos en 1932, pero no se entregan mayores detalles sobre los embarazos abortados⁵. En 1936, los médicos plantearon el problema de la mortalidad materna y del aborto en un Congreso Médico en Valparaíso⁶.

Por esos años, las mujeres chilenas que formaban parte del *Movimiento pro Emancipación de Mujeres de Chile* (MEMCh), hacían apasionados llamados a sus conciudadanos en su periódico *La Mujer Nueva*. Pedían iniciativas de “protección para la madre obrera” quien, según afirmaban, era especialmente afectada por embarazos no deseados, por los abortos, y sus consecuencias, a menudo, eran mortales⁷. En 1939, el médico socialista y Ministro de Salud, Salvador Allende, intentó abordar las determinantes sociales de la enfermedad y de la muerte, y atrajo la atención al desafío del aborto en este contexto⁸. A la vista de la evidencia dispersa y de esas voces de advertencia relativamente aisladas, pasaron décadas antes de que los médicos y los políticos se movilizaran para encarar el problema. A su vez, el tratamiento de la sexualidad y de la anticoncepción como asuntos privados, junto a la naturaleza ilegal del aborto, ayudan a explicar este retraso.

En aquel tiempo, las discusiones públicas sobre sexualidad y los ciclos de vida en las mujeres eran tan escasas como las referencias públicas sobre anticoncepción, lo que dejaba a una proporción significativa de mujeres en una condición de extrema vulnerabilidad. Sus opciones para prevenir los embarazos eran limitadas, y los profesionales de salud, al igual que la Iglesia, trataban la regulación de la fertilidad en gran parte como un problema privado. Los métodos tradicionales comprendían la abstinencia periódica, el coito interrumpido, la prolongación de la lactancia y medicinas de conocimiento común. Solamente unos pocos médicos en los años 30 y 40, como Amalia Ernst y Onofre Avendaño, ponían a disposición de las mujeres diafragmas, espermicidas y condones cuando se los solicitaban; ni los médicos ni los políticos incentivaban la distribución generalizada de dispositivos anticonceptivos⁹. Los métodos tradicio-

nales defectuosos, la falta de recursos para comprar anticonceptivos o la falta de conocimiento de la anticoncepción, daban como resultado numerosos embarazos no deseados. Las mujeres sentían también las consecuencias de la falta de poder de decisión en el hogar: varios métodos de prevención de la natalidad dependían de la cooperación de los hombres, sin la cual las medidas preventivas fallaban.

El silencio sobre la sexualidad y también sobre la regulación de la reproducción se transformaban en verdaderos obstáculos frente a las opciones que podían tener las mujeres para proteger su salud y para elegir medidas de prevención seguras, y la naturaleza ilegal del aborto representaba otra barrera más. El aborto era una ofensa criminal en el Código Penal chileno de 1874, dejando un espacio mínimo para la consideración de dificultades económicas o la miseria personal en los casos individuales de mujeres que enfrentaban un embarazo no deseado¹⁰. El aborto terapéutico fue legalizado en el Código Sanitario de 1931, pero requería las firmas de a lo menos dos médicos que testificaran que el embarazo ponía en peligro la vida de la madre¹¹. Anuncios escondidos, como el pequeño artículo en un periódico de domingo en 1962 titulado “Detenida doctora,” mostraban que la criminalidad del aborto y los arrestos relacionados, aunque no frecuentes, eran una drástica realidad. Un obstetra había sido detenido por “intervenciones ilegales,” y otros dos ayudantes habían sido capturados¹². Bajo estas circunstancias, la confianza de las mujeres en el aborto inducido revelaba la profunda desesperación y la falta de alternativas para limitar los nacimientos.

Cuando algunos médicos iniciaron una investigación sistemática en terreno para estudiar el problema del aborto, el resultado de sus datos expuso no solamente las elevadas cifras de abortos inducidos, sino también las impactantes diferencias entre los entornos sociales en que se practicaban los abortos. En 1940, Chile tenía una población de aproximadamente 1,2 millón de mujeres en edad de procrear. Los hospitales públicos atendieron 16.560 casos de aborto ese mismo año, lo cual indica que de cada 1.000 mujeres en edad de procrear, 13,9 se practicaba un aborto. Hacia 1965, esta tasa se había

incrementado en 104,4 por ciento. El número de abortos documentados alcanzó a 56.130, correspondiente a una proporción de 29,1 por cada 1.000 mujeres¹³. En 1961, cuatro mil entrevistas a mujeres entre veinte y cuarenta y nueve años de edad demostraron que una de cada cuatro admitía haber tenido entre uno y treinta y cinco abortos inducidos¹⁴. Los médicos aprendieron que no necesariamente todas las mujeres eran sexualmente promiscuas, sino más bien las casadas, de todos los rangos de la sociedad urbana y con varios hijos, eran las que probablemente buscarían abortar¹⁵. Pero las mujeres pobres corrían riesgos médicos más altos que las de la clase media, que podían recurrir a atención médica privada o confiar en los servicios de matronas. La pobreza las obligaba a buscar abortos clandestinos en condiciones higiénicas deplorables y en las manos de personas inexpertas y con un limitado conocimiento clínico.

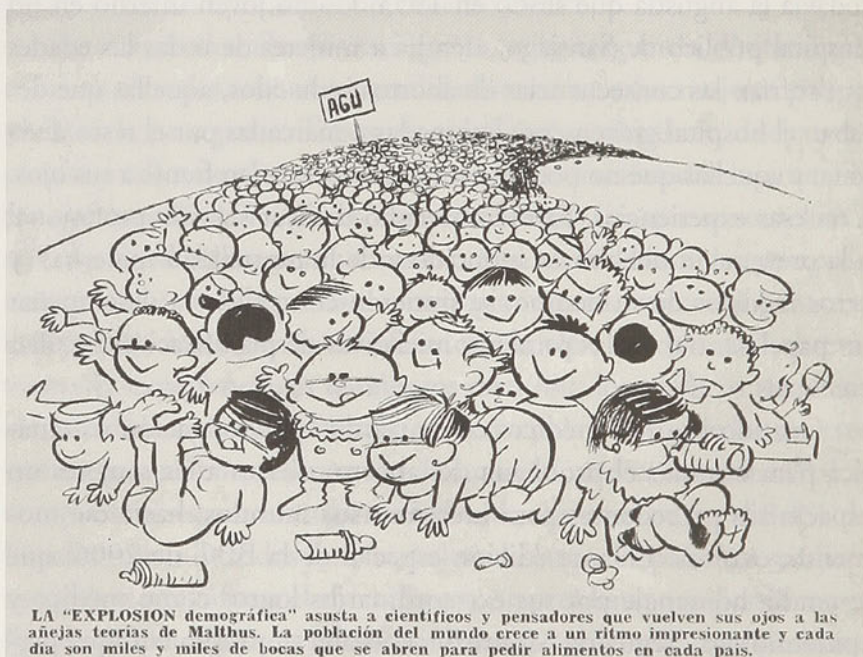
Estos métodos abortivos riesgosos y sin resguardo sanitario generaban elevadas tasas de mortalidad materna y las mujeres pobres recibían la peor parte. Tubos no esterilizados, alambres, duchas vaginales y tallos de plantas eran algunos entre los variados instrumentos que contribuían a graves complicaciones. Las que se sometían a abortos clandestinos como Cristina, eran trasladadas a las postas de emergencia con septicemia, hemorragia interna, infección pélvica o con perforación uterina. A diferencia de ella, muchas no sobrevivían a la experiencia. A comienzos de 1960, los médicos presentaron estadísticas que mostraban que cerca de un tercio de las mujeres que buscaban abortos requerían de atención médica inmediata¹⁶. Las complicaciones por los abortos inducidos representaban el 8,1% de las admisiones de todos los hospitales a lo largo del país. Los médicos comenzaron a enfocar el aborto como un problema que ponía en peligro la propia asistencia que ellos debían proporcionar a los pacientes en los hospitales, haciendo notar el agravante de la escasez de camas de obstetricia, ya que las pacientes post-aborto constituían el 27,3% de las admisiones en los servicios de obstetricia¹⁷. En la década de los sesenta, los casos admitidos en los hospitales por complicaciones derivadas de un aborto representaban el 35% de las cirugías en los

servicios de obstetricia y el 26,7% de la sangre usada en todos los servicios de emergencia¹⁸. Las salas de emergencia estaban sobrepasadas con la demanda y, a menudo, dos mujeres en el hospital compartían la misma cama. Solamente un tercio de aquellas admitidas por complicaciones post aborto salía viva del hospital.

El encuentro con esa realidad marcaba indeleblemente la vida femenina, pero también inspiró iniciativas sin precedentes por parte de médicos y profesionales de la salud. Siendo testigos de las peligrosas o fatales consecuencias de los abortos clandestinos, ellos se volvieron sumamente conscientes de la necesidad, no respondida, de las mujeres por encontrar información certera acerca de medios de prevención de los embarazos y de métodos de planificación familiar. Hoy en día, más de 50 años más tarde, Aníbal Faúndez recuerda todavía la angustia que sintió en 1953. Como joven interno en un hospital público de Santiago, atendía a mujeres de todas las edades que sufrían las consecuencias de abortos inducidos, aquellas que dejaban el hospital gravemente lesionadas y marcadas por el resto de la vida, y aquellas que no podían ser tratadas y morían frente a sus ojos. Con esas experiencias, Faúndez decidió dedicar su vida profesional a la prevención del aborto inducido y de la mortalidad materna¹⁹ y otros médicos de su tiempo, se sintieron compelidos a desempeñar un papel central en las primeras iniciativas de planificación familiar en el país.

Cuando algunos médicos comenzaron la investigación sistemática para estudiar el problema del aborto, dieron a las mujeres un espacio sin precedentes para presentar sus mundos, hasta ese momento, ocultos. En una edición especial de la BBC de 2006, que le rendía homenaje por sus extraordinarios logros como médico y epidemiólogo, Tegualda Monreal recordaba su propio enfoque personal frente a los desafíos de la salud que afectaban gravemente a las mujeres: “Yo misma iba a la casa de la gente y conversaba con las mujeres para saber cómo era su situación. Llegué hasta las comunidades mapuches”²⁰. Su investigación ejemplificaba un nuevo tipo de trabajo en terreno que cubría todo, desde la documentación de

las realidades específicas de los abortos inducidos a la evaluación de medidas para prevenir el aborto y la mortalidad materna. Médicos como Hernán Romero, Tegualda Monreal, Rolando Armijo, Mariano Requena y Benjamín Viel se dedicaron a presentar evidencia sobre todos los aspectos del aborto inducido en la mayoría de la población. Monreal explicaba que “[l]a originalidad de la encuesta consiste en que se investigó directamente en los hogares sobre un problema afecto a carga emocional y de extrema complejidad humana y social”²¹. El nuevo conocimiento que los profesionales de salud pública presentaron al público fue recibido en un momento en que otros facultativos habían comenzado a experimentar con nuevas tecnologías anticonceptivas.



Punto Final, Los días prohibidos
 Índice Revista N°7
 Diciembre de 1965

Médicos pioneros y misiones médicas: primeras iniciativas de planificación familiar

Algunos médicos hicieron progresos claves en sus misiones médicas y usaron las necesidades de las mujeres para iniciar los primeros experimentos no supervisados. Jaime Zipper, por ejemplo, se hizo famoso por su invención del “anillo Zipper”, un dispositivo intrauterino que desarrolló en Chile²². Fue parte también del grupo de médicos chilenos que ayudaron a lanzar la creación de los programas de planificación familiar en el país. Comprometido con el trabajo clínico en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Barros Luco en Santiago, y realizando investigación en el Instituto de Fisiología de la Universidad de Chile, Zipper se acercó al tópico de la regulación de la fertilidad en una doble dimensión. Como médico mostró preocupación por el estado de la salud pública, y como científico e investigador se interesó en el progreso de la ciencia y de la medicina.

En algunas de las primeras incursiones con la tecnología de planificación familiar, la curiosidad científica motivó la investigación y la experimentación con los cuerpos de las mujeres. En 1959, Zipper leyó un artículo que describía los experimentos con anillos intrauterinos elaborados con metal modificado, usados primero por Gräfenberg en 1929, y más tarde estudiados en condiciones científicas controladas²³. Zipper aprendió sobre los problemas médicos que habían encontrado los médicos con los Dispositivos Intra-Uterinos (DIU) probados por Gräfenberg. Estos eran difíciles de remover, y su implante correcto no podía ser asegurado fácilmente. Para solucionar estos desafíos, Zipper inició una serie de experimentos con hilo de nylon, material que se usaba para pescar, que enrollado varias veces alrededor de dos dedos se convertía en un anillo, cuyo extremo suelto podía ser usado como una cola para la remoción. Con esta invención en mano, puso el aviso “Clínica Anticonceptiva” en la puerta de su oficina, e inició una nueva etapa de investigación con el “anillo Zipper”. Entre octubre de 1959 y junio de 1963, 3.000 mujeres llegaron a su oficina en el Hospital Barros Luco, donde fueron diligentemente

provistas del anillo²⁴. Es importante señalar que el Hospital Barros Luco servía a una población de bajos ingresos, caracterizada también por altas tasas de fertilidad.

Las mujeres que vivían en la comunidad cercana al hospital fueron las primeras que probaron el anillo de Zipper, experimento que se apoyó estratégicamente en las relaciones tradicionalmente jerárquicas entre mujeres y médicos, entre profesional y paciente, así como entre hombres y mujeres. Aquellas que dependían de los servicios públicos de salud raramente cuestionaban la autoridad médica. Desde la perspectiva de los médicos, el perfil de las típicas pacientes de la maternidad parecía explicar su deseo de limitar los nacimientos. Cerca del 35 por ciento de las que parían en el hospital habían dado a luz a cinco o más hijos. Varias tenían sobre 35 o 40 años de edad y encontraban difícil mantener a sus familias²⁵. Aquellas atraídas por el pequeño aviso en la puerta de Zipper eran pacientes post parto o venían del Departamento de Ginecología después de haber tenido un aborto²⁶. La mayoría de ellas no pudo encontrar consejo o asistencia médica que incorporara sus necesidades individuales o los desafíos particulares que marcaban sus vidas. En aquel tiempo, el enfoque científico hacia la planificación familiar no se centraba en la relación entre las condiciones sociales y económicas y el deseo de las mujeres de limitar el grupo familiar. Las pacientes y sus médicos no discutían los posibles obstáculos que podrían encontrar las mujeres en la práctica preventiva, ni tampoco los detalles u opciones de los métodos anticonceptivos.

Si bien los tempranos esfuerzos de Zipper ayudaron a que los dispositivos de la primera planificación familiar estuviesen disponibles, reforzaban relaciones jerárquicas sociales y de género: médico y paciente, marido y esposa, hombre y mujer. Desde la perspectiva de las mujeres, la falta de equidad de género respecto a las decisiones reproductivas se mantuvo como el centro de los mayores desafíos de salud. Al mismo tiempo, los profesionales de salud pública continuaban considerando la mortalidad materna a causa de abortos inducidos como un problema de salud que necesitaba atención:

sus iniciativas desplazarían el aborto del ámbito criminal al de la epidemiología, un paso que ayudó a iniciar programas para salvar la vida de las mujeres.



ES EN LA POBLACION "callampa" donde florecen los problemas que quieren corregir los partidarios del control de la natalidad. La mujer proletaria se agota en partos anuales sucesivos o muere a temprana edad debido a métodos brutales para provocar el aborto e impedir el crecimiento de una familia imposible de mantener.

Punto Final, Los días prohibidos

Indice Revista N°7

Diciembre de 1965

Pro-vida y el quiebre de antiguos límites: del aborto criminal a un problema epidemiológico

En la década de 1960, el progreso de las tecnologías anticonceptivas coincidió también con las novedosas iniciativas en salud pública de algunos facultativos. Un grupo de ellos usó la investigación y las publicaciones científicas para mostrar no solo una nueva visión de lo que se entendía como epidemia de abortos, sino también para incentivar nuevos programas preventivos. Aplicando los conceptos de epidemiología, ellos prepararon el camino para una nueva

comprensión de los contextos bajo los cuales los procedimientos de abortos tenían lugar y, en última instancia, los medios efectivos para encarar la situación. Este nuevo enfoque definía al aborto como un problema de salud que se manifestaba en grupos particulares de mujeres, vinculado a ciertos factores socio-económicos y culturales que lo influenciaban. En suma: ellos allanaron el camino para un *discurso pro-vida* generalizado y nacional que facilitaría la aceptación de los programas de planificación familiar con el fin de evitar el frecuente recurso del aborto entre la población femenina más pobre.

Nuevas investigaciones científicas mostraron que la mortalidad materna debida a abortos inducidos había alcanzado proporciones epidémicas, y por ello la construcción de un discurso pro-vida animó la formulación de políticas de salud y la promoción de programas anticonceptivos para salvar la vida de las mujeres. En un estudio piloto en el distrito de Quinta Normal en Santiago, por ejemplo, las matronas recogieron información sobre la incidencia y las características epidemiológicas del aborto inducido y de las actitudes de la gente hacia los anticonceptivos. El proyecto en Quinta Normal, inspirado y supervisado por médicos como Benjamín Viel, fue uno de los muchos estudios influyentes que ayudaron a establecer bases racionales para evaluar los programas de planificación familiar. Su aplicación en el área de salud occidente de Santiago, muy pronto se extendería a otras zonas de la capital. Al final, promovió los servicios para la población de 450.000 habitantes en la ciudad y para las 120.000 mujeres en Santiago en edad de procrear, y también aseguró el apoyo oficial del gobierno demócrata cristiano durante la presidencia de Eduardo Frei Montalva (1964-1970).

El discurso pro-vida ayudó a aumentar la aceptación de estos programas en Chile, pero también es testimonio de las conexiones internacionales de los médicos comprometidos con el diseño y la movilización de recursos para iniciativas como estas. En mayo de 1962, Ofelia Mendoza, representante técnica de la International Planned Parenthood Federation (IPPF), viajó a Santiago e inició

una discusión abierta con la *Agrupación Médica Femenina* sobre la planificación familiar²⁷. La reunión generó una respuesta que contempló dos procesos que les interesaban a los médicos que buscaban mayor apoyo del director del Servicio Nacional de Salud (SNS). Primero, se estableció un consejo asesor de profesionales pertenecientes a las escuelas médicas de la Universidad de Chile y de la Universidad Católica con el propósito de estudiar los problemas concernientes al aborto, la mortalidad materna y la regulación de la fertilidad. Después, transformaron el consejo en el *Comité Chileno de Protección de la Familia*, una organización independiente, privada y con estatus corporativo bajo la rectoría de Hernán Romero.

La familia como institución se convirtió en el eje central de la nueva promoción oficial sobre regulación de la fertilidad de la organización. Su emblema mostraba a la madre, al padre, al hijo y a la hija dentro de un pequeño triángulo, y servía como el símbolo de guía de los primeros planificadores oficiales de la familia²⁸. Hacia 1965, siete proyectos de planificación familiar operaban en Santiago, vinculados más directamente con esfuerzos anteriores de trabajo para controlar el aborto y disminuir las tasas de mortalidad materna. Los médicos chilenos aseguraron la continuidad del apoyo financiero y técnico de las Fundaciones Rockefeller y Ford y del Population Council²⁹. El comité había negociado también una afiliación oficial con la Western Hemisphere Organization of the International Planned Parenthood Federation (IPPF/WHO) con sede en la ciudad de New York, la cual incluía apoyo técnico y financiero³⁰.

En 1965, en una maniobra que se puede considerar estratégica, los miembros del comité fundaron la *Asociación Chilena de Protección de la Familia* (APROFA), que continuó operando como una institución privada. De esta manera, sus líderes podían fortalecer sus lazos internacionales y cooperar con el Servicio Nacional de Salud (SNS) a nivel nacional. El SNS continuó contribuyendo con apoyo material y humano, sin embargo, el estatus privado de APROFA aseguró la continuidad de los programas con un liderazgo más independiente.

El financiamiento que aportaban fuentes extranjeras y chilenas, incluyendo los subsidios de la IPPF y la continuidad de los aportes de instituciones privadas de los Estados Unidos, ayudó a equipar las clínicas y a expandir los programas. APROFA llegó a tener membresía plena en el IPPF y el gobierno chileno le otorgó “persona jurídica”, un estatus corporativo con protecciones legales en septiembre de 1966³¹. El apoyo continuo a la planificación familiar durante el gobierno demócrata cristiano de Eduardo Frei Montalva confirmó el éxito de los argumentos predicados tanto como una respuesta positiva al discurso pro-vida como al claro consenso respecto a que aquella estaba intrínsecamente ligada al desarrollo económico y a la modernización. Desde sus inicios, los médicos chilenos se unieron y contribuyeron con los comités de expertos extranjeros sobre esta materia, y continuaron aceptando o rechazando afiliaciones internacionales basados en lo que ellos estimaban el camino correcto del progreso para Chile³². Entretanto, el poder de decisión de las pacientes mujeres era aún significativamente restringido respecto del que ostentaban los médicos hombres, relación que se explica debido al sistema de género tradicional imperante.

Mujeres: víctimas y salvadoras

Con el tiempo, los programas mostrarían un apreciable éxito, pero las mujeres a menudo los observaban con cautela, y su dependencia del aborto como método de emergencia no se desecharía de la noche a la mañana. En la década de 1960, el anillo Zipper, otros DIUs, y una variedad de métodos de planificación familiar llegaron a ser referencias más comunes en los vecindarios de Santiago. Sin embargo, los temores de las mujeres sobre posibles efectos secundarios impedían una aceptación generalizada. Por ejemplo, el 90% de un grupo de 448 entrevistadas sobre su conocimiento de la regulación de la fertilidad en los momentos de los primeros experimentos de Zipper, manifestaron conocimiento respecto de algún método de planificación familiar.

Aunque más de la mitad había escuchado de los anillos, ninguna de ellas lo había usado porque desconfiaban de este método de control de natalidad poco conocido pues temían que los dispositivos podrían enfermarlas, producirles mal aliento o incluso causarles cáncer³³. Dados estos temores y que la mayoría incluía también el aborto como un medio de control de natalidad confiable, las entrevistas revelaban la ardua tarea de una re-educación futura.

A pesar de las iniciativas oficiales y de los desarrollos mundiales de nuevas tecnologías anticonceptivas, numerosas mujeres todavía encontraban obstáculos para aplicarlas y para hacer de la maternidad una opción. Los testimonios confirman que incluso a las mujeres con acceso a recursos y a educación les era difícil superar los escollos impuestos por antiguas tradiciones. En la memoria autobiográfica escrita para su hija Paula, la escritora Isabel Allende recordaba que,

“...oí hablar entre mis compañeras de oficina de una maravillosa píldora para evitar embarazos, que había revolucionado la cultura en Europa y los Estados Unidos y ahora se podía conseguir en algunas farmacias locales. Traté de indagar más y me enteré que sólo era posible comprarla con una receta médica, pero no me atreví a recurrir al inefable doctor Benjamín Viel, quien para entonces se había convertido en el gurú de la planificación familiar en Chile...”³⁴.

Ella recordaba también cómo las parejas de clases altas y medias hablaban escasamente sobre los detalles de las relaciones sexuales, porque “...ese tema era tabú en aquellos tiempos de hipocresía colectiva”³⁵. La mayoría de las mujeres sabía muy poco de la mecánica del sexo, pero había aprendido a temer sus consecuencias. Las mujeres de familias adineradas, sin embargo, podían hacer contacto con médicos privados y encontrar información sobre planificación familiar en ambientes más protegidos que las mujeres pobres. Si bien la educación de estas podría haber sido menos estricta, su acceso a la información sobre dispositivos anticonceptivos estaba inhibido por la escasa disponibilidad de literatura médica, por la

limitada habilidad para obtener recetas para píldoras anticonceptivas y por la imposibilidad económica para pagar métodos modernos de control natal.

Por entonces, algunas mujeres adineradas y algunas mujeres pobres eran atendidas por el médico Benjamín Viel, quien entendió no solamente la necesidad de estas de controlar la fertilidad, sino el desafío que suponía disminuir el factor de las diferencias de clases entre las mujeres respecto de ese objetivo. Destacado profesional en el sistema de salud pública, fue un defensor incansable del derecho a la planificación familiar para todas las mujeres chilenas. Las campañas de Viel, recorriendo todo el país en pos de su difusión, se extendieron a los barrios pobres de Santiago así como a regiones rurales. Viel afirmaba que la modernización y el progreso humano también dependían del control de la población e insistía en que el discurso pro-vida podía coincidir con otras consideraciones referentes al progreso de la nación³⁶. Viel y otros profesionales de la salud comenzaron a conectar su discurso pro-vida con los esfuerzos para prevenir la mortalidad y salvar las vidas de las mujeres con el discurso de la modernización. Al controlar la sobrepoblación y al promover el desarrollo a través de la modernización de la familia chilena, el proyecto de la planificación familiar se ponía al servicio de la nación. En su papel de salvadoras y a través de la planificación familiar, las mujeres podrían fomentar la existencia de familias más pequeñas, más modernas.

Entre iniciativas nacionales e internacionales

Tempranamente, los médicos chilenos resolvieron modelar un nuevo paradigma integral respecto del control del crecimiento poblacional. En 1966, Viel publicó su estudio, de amplia recepción, sobre la experiencia de la “*explosión demográfica*” en América Latina³⁷. Documentando el descenso de la mortalidad que comenzó en Santiago alrededor de 1937, Viel diagnosticó el inicio de lo que él llamó una verdadera explosión demográfica de peligrosas propor-

ciones. La mejora de la práctica médica, las nuevas tecnologías y las medicinas ayudarían a una mayor supervivencia de la gente, e, irónicamente, requerirían de una nueva atención dado el tamaño de la población. Advirtió que las consecuencias de aquel crecimiento exagerado de la población se traducían en el aumento considerable de niños en las naciones de la región. Viel defendía la inmediata regulación de la fertilidad dirigida a limitar el tamaño de la población en respuesta a tres amenazas dominantes. Primero, él argumentaba que la prevalencia de los abortos inducidos y sus fatales consecuencias necesitaban ser controlados. También vinculaba el desafío del subdesarrollo a la sobrepoblación, sugiriendo que el excesivo crecimiento demográfico no solamente competía por los limitados recursos, sino que también estancaba el progreso económico. Finalmente, Viel apoyaba una interpretación neo-malthusiana al sugerir que el crecimiento de la población muy pronto excedería las provisiones de alimentos, lo que llevaría a la hambruna.

Los programas de planificación familiar en Chile estaban conectados a los desarrollados internacionalmente después de la Segunda Guerra Mundial, periodo en que un nuevo sistema de estadística demográfica inspiraba un paradigma neo-malthusiano a nivel mundial, que parecía retomar antiguas concepciones sobre los problemas demográficos. Benjamín Viel, otros médicos y representantes políticos comenzaron a enfocarse en lo que ellos veían como las consecuencias del acelerado crecimiento de la población y adoptaron una interpretación actualizada de las influyentes publicaciones del Reverendo Thomas Malthus de finales del siglo dieciocho en Inglaterra³⁸. Malthus había argumentado que los seres humanos se multiplicaban en una tasa exponencial, mientras que las provisiones de alimentos se incrementaban solo aritméticamente. Inevitablemente, las poblaciones comenzarían a competir por las provisiones, una lucha de vida y muerte que amenazaría la supervivencia de la humanidad. En el período que sigue a la Segunda Guerra Mundial, con frecuencia, los defensores modernos del control de la población sostenían que la causa del subdesarrollo económico esta-

ba en la sobrepoblación y, por tanto, promovían familias pequeñas como uno de los caminos hacia la modernidad.

En 1965, la famosa declaración del Presidente Lyndon Johnson de que “menos de cinco dólares invertidos en el control de la población valen un centenar de dólares invertidos en crecimiento económico”, reflejaba bien un consenso comprometido con la preservación de la estabilidad política a través del control de la población, especialmente en regiones en desarrollo³⁹. En los Estados Unidos, las fundaciones privadas como el Milbank Memorial Fund, la Rockefeller, la Ford Foundation y el Population Council, jugaron un papel vital al establecer una agenda que modelara la política exterior de los Estados Unidos. Las fundaciones privadas, los académicos e investigadores norteamericanos, así como diferentes sectores del gobierno de los Estados Unidos, no estuvieron de acuerdo con la pauta y el contenido de los cambios políticos. Sus agendas, sin embargo, provenían de supuestos ideológicos similares y compartían los mismos objetivos a largo plazo: la regulación de la fertilidad y la conformación de familias reducidas promoverían la modernización económica, asegurarían la estabilidad económica e impedirían la inestabilidad social o la revolución en el mundo en desarrollo. En este contexto, los especialistas en planificación, del gobierno y privados, desplegaron recursos y aseguraron financiamiento para los programas de planificación familiar en países como América Latina, entre ellos Chile, proporcionando el apoyo internacional que los especialistas nacionales buscaban para promover los programas en el país⁴⁰.

En una conferencia sobre tecnología anticonceptiva en New York City en 1964, los participantes chilenos sostuvieron que ellos también estaban profundamente preocupados por la sobrepoblación en Chile y sus negativas consecuencias para el desarrollo. El médico Guillermo Adriasola y Onofre Avendaño reconocieron que parte de los chilenos todavía “consideraban su problema de población de la manera equivocada”. Expresando preocupación sobre el crecimiento anual del 2,5 por ciento de la nación, ellos temían que éste “contrarrestaba gravemente el desarrollo económico”⁴¹. En una reunión in-

ternacional sobre programas de planificación familiar en Ginebra en 1965, Hernán Romero agregó una crítica evaluación sobre el tamaño de la familia, sugiriendo que era la familia “la que más sufría por la excesiva fertilidad. El tamaño de la familia estaba incuestionablemente en relación inversa al bienestar material, aun cuando los subsidios en Chile eran los más generosos de América Latina”⁴². Los estudios de los médicos chilenos comprometidos con la planificación familiar ampliamente leídos en Chile y en las Américas, explicaban cómo el tamaño de la familia podía afectar la modernización económica y social de una nación. Viel vinculaba la explosión demográfica a la escasez de alimentos, a la pobreza urbana, al crimen y al alcoholismo. Romero insistía en que la sociedad contemporánea era enemiga de las familias grandes. Ambos estaban de acuerdo en que la modernización exigía revisar el concepto de familia y adoptar el modelo de una familia reducida⁴³.

En vista de la relevancia política y económica de la planificación familiar, médicos y representantes políticos decidieron que debían hacerse cargo de la situación. Médicos como Jaime Zipper, que continuaba mejorando las tecnologías de la planificación familiar y presentando su trabajo en conferencias internacionales, afirmaba que “la profesión médica, en lugar del paciente, era la que debía finalmente decidir sobre la eficiencia de cualquier procedimiento (anticonceptivo) a la luz de factores relevantes”⁴⁴. La agenda propuesta no dejaba espacio para que las mujeres eligieran. El comportamiento reproductivo de las mujeres cobraba un nuevo significado en su relación con las preocupaciones sobre desarrollo y estabilidad política y necesitaba ser controlado. En reuniones internacionales, los especialistas en planificación transmitían un mensaje respecto de la ineptitud de las mujeres, el cual era compartido por el sistema médico y por el mundo masculino de la ciencia en su generalidad.

Algunos facultativos sostenían que era demasiado lo que estaba en riesgo para tolerar una diversidad de opciones que permitiera a las mujeres elegir entre varios métodos de prevención. El uso de algunos anticonceptivos requerían un alto nivel de motivación y

un continuo incentivo para ser efectivos, por lo tanto, la aplicación masiva de esos métodos no era “aconsejable desde un punto de vista económico y demográfico”⁴⁵. Las conferencias internacionales y el nuevo material educacional revelaban que las preocupaciones neo-malthusianas acompañaron los esfuerzos de los facultativos chilenos para controlar la mortalidad materna y que algunos expertos de la salud promovieron la planificación familiar como una parte integral de la modernización de las naciones.

El paradigma internacional en acción: definición de las iniciativas locales/nacionales

Mientras los médicos chilenos continuaban mejorando sus iniciativas de planificación familiar, los planificadores de familia internacionales empacaron sus valijas para viajar a Santiago. Los médicos asociados a APROFA habían presionado exitosamente para ser los anfitriones de la *Octava Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia* en 1967, reunión que por primera vez tenía lugar en una nación latinoamericana. La capital chilena, con sus institutos de investigación y sus activos expertos en salud pública, pareció el lugar más apropiado para una reunión de alto nivel de investigadores científicos y médicos del área de la reproducción humana⁴⁶. Bajo el principio de “Paternidad consciente - deber y derecho humano”, los organizadores de la conferencia prometieron que “el avance médico y científico para anticonceptivos más baratos, más seguros y más eficientes será informado por los principales ginecólogos y científicos de todas partes del mundo”⁴⁷. Los dos mil participantes de más de ochenta países llegaron a Santiago preparados a intercambiar apreciaciones sobre los resultados de las investigaciones, discutir los métodos de control de natalidad más recientes y compartir experiencias respecto de políticas de planificación familiar. Sin embargo, los asistentes y el programa dejaron en claro que las cuestiones de derechos humanos o de los derechos de las mujeres en torno a de-

cisiones individuales respecto de la maternidad no sería el enfoque primordial de la conferencia. En su lugar, les darían preferencia a las justificaciones en discusión por la planificación familiar y al debate de las preocupaciones sobre las responsabilidades nacionales y la cooperación internacional.

En su discurso inaugural, Ramón Valdivieso, Ministro de Salud en Chile, realizó una notable exposición respecto del control de la población, pero las conclusiones a que llegó evidenciaban un indiscutible rechazo al enfoque neo-malthusiano. Valdivieso insistió que, “[a]un quienes aceptan sin reservas que dicho crecimiento excesivo opone el mayor obstáculo han tenido que reconocer que el remedio [frenar el crecimiento acelerado], al parecer específico, tendría escasa significación como instrumento de desarrollo”⁴⁸. Más aún, Valdivieso enfatizaba que parecía “...justo y razonable actuar prudentemente y analizar en forma global la interdependencia de los procesos de desarrollo económico social y demográfico. Conviene insistir en que la solución demográfica no es única para corregir el subdesarrollo, sin negar su importancia, y que hay diversidad de opiniones sobre las relaciones y el grado y forma en que influye sobre el proceso económico”⁴⁹.

Después del discurso de Valdivieso, el propio Presidente Eduardo Frei Montalva se dirigió a los participantes de la conferencia intentando, aparentemente, entregar un equilibrio a la interpretación de su ministro en vista del generalizado apoyo a las ideas neo-malthusianas entre la audiencia. El Presidente expresó que los chilenos estaban “...muy conscientes de que, en esta época, el problema de la explosión demográfica no se puede eludir, que no basta estudiarlo sino que hay que resolverlo, afrontándolo con valor. Es un problema que no sólo afecta a cada familia y cada estado sino a la humanidad entera.” Frei Montalva enfatizó que él también apoyaba la cooperación internacional en los temas de planificación familiar y control de la población, el cual “...debe resolver cada familia y cada nación, por las particulares condiciones y problemas que cada una se presenta”⁵⁰. Los médicos chilenos continuarían asumiendo la responsabilidad de desarrollar

programas nacionales de acuerdo con las iniciativas integrales que encararan el desafío del crecimiento demográfico. Frei Montalva no se refirió a los nuevos “deberes” de las mujeres, de las madres chilenas, pero otros aclararon que se esperaba que ellas jugaran un papel crucial en las iniciativas.

Los comentarios finales entregados por el Dr. Francisco Mardones Restat, director general del Servicio Nacional de Salud, exaltaban el camino que transformaría a las mujeres en las salvadoras de la nación. A pesar de las diferentes justificaciones para los programas de planificación familiar que coexistían no solamente en las presentaciones de la Conferencia sino también en las políticas chilenas, él llamaba a la unidad.

“Ese pueblo y muy en especial, la mujer del pueblo, siente que vuestra decisión [de invitar a esta reunión internacional] es un homenaje a ella porque si Chile hace algo en planificación familiar... es porque la mujer de nuestro pueblo, generosa en cumplir sus tareas de esposa, heroína a veces en asumir no sólo la responsabilidad de madre sino también de padre, tuvo la eficiencia de mostrar sus dolores, sus problemas, sus inquietudes, para proyectarse en el futuro en hijos sanos, buenos, en hijos intelectualmente preparados para hacer la grandeza de la patria.

Aceptó durante siglos tener todos los hijos que Dios le mandara, pero cambiaron las circunstancias. Fuertes migraciones del campo a la ciudad significaron tal cúmulo de sobrecarga, que reconoció que la víctima de esa situación y de seguir teniendo hijos iban a ser los propios hijos”⁵¹.

Mardones Restat mostraba preocupación sobre el efecto que los cambios socioeconómicos tenían en la vida de las mujeres chilenas en el siglo XX y estaba convencido de la necesidad de transformar a las mujeres en agentes de desarrollo y modernización en el Chile de su época. Depositando las responsabilidades de la maternidad moderna sobre los hombros femeninos, Mardones Restat creía interpretar lo

que había pasado con ellas y les asignaba nuevos deberes sin referirse a la cuestión de los derechos individuales. Los textos educativos de la época reflejaban una perspectiva similar, reforzando la imagen de las mujeres como individuos silenciosos y pasivos, como miembros de la sociedad que simplemente esperaban la asignación de nuevas responsabilidades.

En 1968, los médicos chilenos recibieron una nueva película educativa, *Planificación Familiar*, que habían solicitado al Population Council en los Estados Unidos⁵². Primero exhibida en proyecciones organizadas por APROFA, rápidamente ganó popularidad. En el plazo de un año, más de treinta y seis mil chilenos la habían visto⁵³. La película de dibujos animados, producida por Walt Disney en inglés y en español, presentaba a los espectadores dos personajes: uno que encarnaba a un marido que afirmaba representar al “Hombre Común”, y otro al Pato Donald, que llevaba a la audiencia de un tema al otro. Después de describir los peligros de la sobrepoblación y el subdesarrollo, Donald le dice a los espectadores que la planificación familiar, que traería familias más pequeñas y un descenso de población, era el único camino para prevenir la pobreza. La esposa del “Hombre Común” tiene sus dudas, pero es muy tímida y se sentía avergonzada para hablar. “La Esposa Común” solo puede susurrar en el oído de su marido mientras él articula sus preocupaciones. El dibujo animado concluía con una interpretación destinada a tranquilizar a la angustiada esposa: la planificación familiar no solamente era socialmente aceptable, sino que en realidad era indispensable para el futuro saludable de la familia de una mujer, su comunidad y para la humanidad en su conjunto⁵⁴.

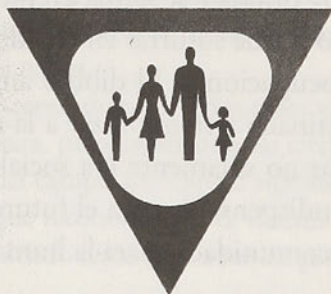
En el filme, el Pato Donald se apropia del derecho de guiar al “Hombre Común” y profesa cumplir una misión civilizadora al introducir valores y conductas modernas en lejanas tierras. A pesar de declarar que él habla por “cada hombre”, la voz de Donald es de hecho la voz de los médicos y políticos que promovían el control del crecimiento poblacional como el camino hacia la modernización. La regulación de la fertilidad, sugiere este dibujo animado, prepararía

THE POPULATION COUNCIL

The Disney Film on Family Planning

Throughout the world there is great need for more energetic programs of information and education on family planning. As we have deliberated about the problem, we have considered that one of the most familiar, most popular, and most effective materials for mass exposure is the animated cartoon; and certainly among the leading producers of this form is the Walt Disney organization. Accordingly, the Council authorized the Disney studios to prepare a short color cartoon, featuring Donald Duck, that deals with the desirability of family planning. In addition to the talent and reputation of the Disney studio in this field, the Disney style is familiar throughout the world and its identification with wholesome family life is well-known.

The film is called "Family Planning." It makes about 15 elementary but important points about family planning; the Council staff indicated *what* the film should say and the Disney organization determined *how* to present the message. The film is designed primarily for men and women of reproductive age in the developing countries of Asia, Africa, and Latin America, and we have reason to believe that it will be utilized in the United States as well. It was deliberately constructed to appeal to a variety of societies—a universal film on a topic of universal concern. Thus its "common man" is a composite of men from the major regions of the world. It is being made available initially in both 16 mm. and 35 mm. versions for both documentary and theatre-television showings—that is, for showings to small groups in the field and to larger audiences in commercial motion-picture houses and via television. The film is ten minutes in length.



This is the symbol for family planning that is utilized at the beginning and end of the film. It is a composite of the Indian red triangle and the parents-and-children element of all the other national symbols.

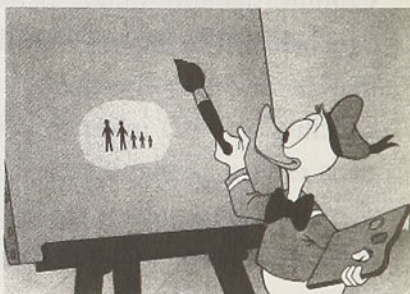
The film is now available in English and is being prepared in several foreign language versions as well. At this writing, after inquiries addressed to informed sources in the field, the Council has authorized the preparation of the following nineteen versions: Spanish, Portuguese, French, Persian, Turkish, Cantonese Chinese, Taiwanese (Amoy), Indonesian, Tunisian Arabic, Moroccan Arabic, Malay, Tamil, Hindi, Bengali, Urdu, Thai, Korean, Swahili, and Piliipino. Others will be made as needed.

In addition to the film itself, the Council is now working on a number of subsidiary materials based on the film—for example, filmstrips, slides, leaflets, comic strips, posters, etc. These "fall-out" materials can be utilized to supplement the film and as independently useful items in informational programs.

The film is of course a "starter" and not the whole story. It can be accompanied by the presentation of the detailed local message by field workers and, in the theatre version, by a trailer slide with local information on availability of services. The film will, we hope, help to develop attitudes favorable to the small family norm; inform people as to the causes and consequences of the population problem; stimulate discussion of the matter; and, importantly, help to legitimate the very concept and practice of family planning throughout the developing world.

The Council plans to distribute both 16 mm. and 35 mm. versions wherever they can be fully utilized. All those interested are encouraged to write to Mr. Harry L. Levin, Assistant Director, Technical Assistance Division, The Population Council, 245 Park Avenue, New York City 10017, U.S.A.

The following frames selected from the film will illustrate its general character. The quoted captions came directly from the narration.



Donald Duck in his role as guide to the content of the film. Here he is introducing a typical small family.

January 1968

The Population Council: The Disney Film on Family Planning
Studies in Family Planning, Vol. 1, No. 26 (Jan., 1968)

el camino a la modernidad, alterando el comportamiento reproductivo para crear familias pequeñas que, a su vez, promoverían los valores modernos necesarios para estimular el desarrollo económico y terminar con la pobreza. Bajo la retórica humanitaria de la película estaba el objetivo ideológico y económico de limitar el tamaño de la población y de reemplazar las imágenes tradicionales de las familias por otras más modernas. Los líderes de la salud pública y los políticos advertían que el predominio de familias numerosas era una amenaza para el bienestar de la gente: demasiados hijos significaba que no todos podrían ser alimentados, vestidos o educados apropiadamente. Ellos insistían que solamente las familias pequeñas podrían efectuar una nación saludable, adinerada y *moderna*. Con esta visión, se introducía una nueva responsabilidad sobre los hombros de las mujeres. Los interesados en el control demográfico entendieron que la adhesión femenina a la planificación familiar tenía una relación con el desarrollo nacional y no podía ser dejada al ámbito privado de las mujeres o a sus preferencias personales.

En 1967, el Departamento de Cine Experimental de la Universidad de Chile produjo la única película instructiva sobre planificación familiar y aborto, realizada en la época y que demostró que el mensaje de las mujeres como salvadoras de la nación encontró una audiencia receptiva en Chile⁵⁵. Si bien las imágenes son reconocibles, recordatorias de las primeras décadas del siglo veinte, sus interpretaciones actuales presentaban una mayor variedad de enfoques respecto de la miseria local. El documental en blanco y negro *El aborto* desnudaba la lúgubre realidad de la miseria urbana. Su narrativa describe el destino, ya bastante común, de una dueña de casa en un barrio pobre que lucha por sobrevivir con tres hijos y que nuevamente se encontraba embarazada. Incapaz de alimentar otro hijo, busca los servicios de una persona inexperta. El aborto clandestino le produjo graves complicaciones, situación que la obliga a acudir al hospital más cercano, en donde se le practica una operación de emergencia. Las escenas finales entregan la esencia del mensaje del filme y una lección de la historia familiar: en su cama de hospital, pálida, cansada, pero viva,

la mujer recorre los traumáticos momentos de su vida. A través de retrospectivas, ella expone las características de las condiciones de vida insalubres y de hacinamiento en su barrio, las que, claramente, no podían ser el hogar de un nuevo hijo. Obviamente, la pobreza y las familias numerosas eran una combinación fatal.

La historia tenía un doble mensaje: la falta de planificación familiar causaba tanto la miseria *individual* como la aflicción *comunitaria*. La muerte era una amenaza inmediata para las mujeres que, al no practicar la planificación familiar, se sometían a abortos clandestinos. Sin un control de la natalidad, la mujer no solo ponía en peligro su vida, sino también amenazaba la supervivencia de su familia y de su comunidad. Al no limitar el número de hijos que ellas criaban, las mujeres eran responsables de aumentar la miseria y las consecuencias negativas de la vida urbana pobre. Ellas debían convertirse en las salvadoras de la nación, planificando y regulando los nacimientos. El tibio elogio de salvadoras era acompañado por la amenaza de infamación en la narrativa nacional de la modernización.

Salvadoras o villanas, las mujeres sí consultaron las clínicas de planificación familiar y obtuvieron información sobre los métodos de control de natalidad hacia fines de la década de 1960. Los líderes de los programas chilenos mantuvieron sus conexiones internacionales mientras promovían la disminución de la mortalidad maternal y apoyaban el desarrollo nacional. APROFA y el SNS trabajaban para limitar el número de nacimientos a mujeres que habían tenido múltiples partos y ayudaron a reducir la mortalidad materna e infantil. Los profesionales de salud buscaron educar especialmente a aquellas a quienes se les conocían historias anteriores de abortos inducidos, ya que ellas, preferentemente, representaban el mayor riesgo de repetir el procedimiento. Entre 1965 y 1967, las tasas de aborto en una comunidad de Santiago bajaron en casi 40% para todas, excepto entre el grupo más joven (15-19)⁵⁶. Los programas constituyeron el primer paso en el acceso de las mujeres a la planificación familiar, y el número documentado de mujeres que comenzaron a usar anticonceptivos aumentó de 1,2% en 1964 a 15%

hacia 1973⁵⁷. En la medida en que los anticonceptivos que no requerían de receta médica estaban más disponibles en las farmacias del país, más mujeres los conocían y aprendían a usarlos. Sin embargo, en tanto que los profesionales de APROFA se enfocaban en las mujeres y no en los hombres como los principales agentes de la regulación de la fertilidad, ellos no se hacían cargo del desafío que enfrentaba la gran mayoría de las mujeres en su vida doméstica: el no poder hacer elecciones independientes sobre el uso del control de la natalidad sino que tener que convencer y hacer participar a sus parejas⁵⁸.

Humanae Vitae, mujeres católicas y maternidad planificada

Las implicaciones de los sistemas de género podían representar barreras para que las mujeres usaran el control de la natalidad, pero las implicaciones relativas a las creencias religiosas, a menudo pensadas como obstáculos para el uso de anticonceptivos, no limitó sus opciones en ese período. En su proyecto de investigación de 1968 sobre la práctica anticonceptiva de las mujeres en los barrios pobres de Santiago, Josefina Losada de Masjuan encontró que “...se puede afirmar que la religión no es un factor de decisión respecto del uso de anticonceptivos”⁵⁹. El estudio confirmaba resultados anteriores como el de Carmen Miró, demógrafa y directora del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), sobre el uso de dispositivos anticonceptivos. Ella afirmaba que la posición de las mujeres católicas respecto al control de la natalidad no era diferente a la de las otras mujeres. En realidad, la religión no era un factor significativo ni en la decisión de practicar el control de natalidad como tampoco en la opción del método. Losada de Masjuan encontró que tanto las mujeres católicas como las no católicas habían confiado en métodos que variaban desde la píldora anticonceptiva y los DIUs, a diafragmas y condones, incluso hasta la esterilización. En un nivel estaban las mujeres cuyas decisiones estaban modeladas por su interpretación del catolicismo

como un conjunto de valores. En otro nivel, estaba la Iglesia Católica como una institución y una jerarquía⁶⁰.

La posición del episcopado chileno concerniente a la maternidad responsable y a la planificación familiar tomaba forma en un momento histórico especial, cuando la crisis de la mortalidad maternal y el discurso pro-vida coincidían con una reestructuración significativa de la iglesia latinoamericana. En Chile, los obispos, al igual que los médicos y los políticos, estaban influenciados por el omnipresente sentido de urgencia que rodeaba al problema del aborto y la necesidad de salvar la vida de las mujeres. En las Américas, el espíritu innovador del Concilio Vaticano Segundo inició un período de introspección en la comunidad católica, permitiendo una mayor flexibilidad en el tópico de la planificación familiar. Como resultado, las más altas autoridades eclesásticas entraron en un período de prolongada reflexión sobre el tema de la anticoncepción hasta que el Papa Paulo VI emitió finalmente la Encíclica *Humanae Vitae* (*Sobre la Vida Humana*) en julio de 1968⁶¹.

En 1964, los clérigos y los laicos católicos pidieron una revisión de la prohibición tradicional de la Iglesia sobre cualquier medio químico o mecánico de regulación de la fertilidad, un llamado que era justificado con aspectos científicos, sociales y demográficos modernos. Por consiguiente, el Papa Paulo VI estableció una comisión de sacerdotes, científicos y laicos “para el estudio de los problemas del nacimiento”. Se esperaba que la comisión recomendara una política católico-romana sobre el control de la natalidad en respuesta a “la angustia de tantas almas sobre este tema”. El argumento central que requería de respuesta era: “¿De qué manera y según qué normas deberían las parejas casadas cumplir, en el ejercicio de su amor mutuo, ese servicio a la vida al cual su vocación les llamaba?”⁶². La comisión no llegó rápida o fácilmente a una decisión. En marzo de 1965, cincuenta y cinco miembros asistieron a la cuarta sesión secreta de estudio, pero los participantes mantuvieron el secreto y permanecieron en silencio.

Un documento clave de 1967, la “Declaración del Episcopado

Chileno sobre la Planificación de la Familia”, destaca la particular coyuntura del desarrollo nacional chileno y el discurso global sobre control de la población⁶³. Los obispos introdujeron su posición con una referencia a la complejidad del “problema demográfico” y dieron a conocer la voluntad de la Iglesia para encontrar propuestas realistas a este problema⁶⁴. Refiriéndose al Concilio Vaticano Segundo, los obispos chilenos reconocieron que las soluciones al rápido crecimiento de la población debían involucrar acciones a nivel mundial y familiar. Por tanto, la declaración confirmaba la tolerancia hacia la decisión personal de las parejas de usar dispositivos anticonceptivos. El Episcopado chileno expresó también su preocupación por la mortalidad materna y articuló su deseo de apoyar la anticoncepción como un mal menor que podía ser justificada como una posible solución a una carga médica y moral más urgente: el aborto. Como lo expresó el Cardenal Raúl Silva Henríquez de Santiago en 1967, la posición de la Iglesia no debía ser considerada “pro-natalista a cualquier precio”; sino que defendía una “paternidad responsable”⁶⁵.

En 1968, el Papa Paulo VI, por fin, publicó la decisión oficial y el insospechado tono conservador de la Encíclica *Humanae Vitae* y su rechazo a todos los medios artificiales de control de natalidad suscitó no solamente sorpresa sino oposición⁶⁶. Algunos obispos chilenos trataron de mantener una posición realista y flexible. El Cardenal Raúl Silva Henríquez se dirigió a los católicos chilenos en un mensaje de televisión, afirmando que el énfasis principal del documento estaba en la “paternidad responsable”. Sugirió que los católicos no debían distanciarse de la Iglesia aun cuando no pudieran cumplir todos sus mandatos y, significativamente, él no hizo referencia a la prohibición de métodos anticonceptivos artificiales⁶⁷. Los teólogos de la Universidad Católica de Santiago reaccionaron a la encíclica en una carta abierta, afirmando que ellos estaban divididos sobre la cuestión de los anticonceptivos⁶⁸. Así como los obispos, ellos dejaban espacio para que los católicos individualmente tomaran informadamente sus propias decisiones.

Claramente, el período de reflexión inducido antes de la publi-

cación de la *Humanae Vitae* entregó el espacio necesario para que las mujeres chilenas y el Episcopado mantuvieran una posición flexible. El Servicio Nacional de Salud y APROFA reportaron una continuidad en las visitas de las mujeres a las clínicas de planificación familiar, e insistieron en que los principios religiosos de las pacientes no tenían relación con su decisión de adoptar algún método de control de natalidad⁶⁹. En Chile, el período de aplazamiento de una decisión de alto nivel coincidió con las preocupaciones sobre la mortalidad materna y el desarrollo nacional. Fue marcado por extensos debates de médicos y funcionarios de gobierno sobre la necesidad de la planificación familiar y entregó el espacio necesario para la iniciación de programas de planificación familiar privados y públicos. Sacerdotes y obispos chilenos, así como funcionarios de salud y representantes políticos, se unieron en defensa de la vida, el esfuerzo para controlar la mortalidad materna, y apoyar al país en la senda de la ansiada modernización.

Conclusión

Los médicos chilenos diseñaron alianzas con los científicos, los representantes políticos y con los ingenieros sociales en Chile y en el extranjero, y tuvieron éxito en darle a la planificación familiar una respetabilidad cívica. Un número significativo de mujeres podían aprovechar nuevos accesos a la anticoncepción y, en consecuencia, se propendía al descenso de las tasas de aborto y de la mortalidad materna. Sin embargo, la nueva atención dada al papel de las mujeres en la regulación de la fertilidad *no* aumentó su poder para tomar decisiones en el hogar o en el país. Al dirigirse a las nuevas responsabilidades de las mujeres para prevenir los embarazos o restringir el tamaño de la familia, la dinámica del programa dejó intactas las jerarquías de género tradicionales que limitaban la autonomía femenina. Aunque algunos médicos demostraron preocupación por las necesidades de las mujeres, los programas de planificación familiar no fomentaron en ellas una posición crítica respecto del

sistema de género chileno que coartaba sus opciones individuales y colectivas. Esta orientación oscureció varios desafíos fundamentales que afectaban la vida de las mujeres: la continuidad de la escasa educación sobre sexualidad y reproducción y, significativamente, la antigua realidad de la escasez de derechos en el campo de las decisiones del ámbito familiar y de las relaciones íntimas. Mientras se les asignaban nuevas responsabilidades de género, los políticos y los funcionarios de salud definían simultáneamente el territorio dentro del cual se les permitiría actuar a las ciudadanas mujeres.

La mayoría de los médicos y los políticos demostraron un intransigente derecho a controlar el cuerpo de la mujer, impidiéndole una participación igualitaria respecto de decisiones relativas a su salud y reproducción. Si bien algunas mujeres podían tomar mayor control de sus vidas regulando los embarazos y espaciando los nacimientos, pocas llegaron a actuar de manera autónoma e informada en asuntos que afectaban las más íntimas decisiones que determinaban sus vidas. Las demandas por la integridad corporal y los derechos reproductivos solo aparecieron como una parte central en las movilizaciones de las mujeres de la década de 1980.

En años recientes, los médicos y los funcionarios de salud han comenzado a incorporar más explícitamente perspectivas de género en su práctica de salud pública. Cuando el gobierno militar abolió el aborto terapéutico en 1989, los desafíos sanitarios relativos a cuestiones de género fueron parte de la vanguardia de los debates bajo la re-democratización. No obstante, el aborto sigue siendo una ofensa criminal en toda circunstancia y plantea un serio reto a la salud de las mujeres. Mientras la tasa de mortalidad maternal disminuyó considerablemente debido al avance de la tecnología médica, el aborto inducido todavía representa una amenaza para muchas vidas⁷⁰. Los médicos han comenzado a tratar el aborto no solo como un problema individual de las mujeres o como un problema del sistema de salud, sino que han abordado sus componentes éticos, religiosos, legales, demográficos, políticos, y psicológicos en un enfoque integral de la salud pública. En gran medida, muchos han

transformado el discurso pro-vida de las primeras décadas en una defensa de los derechos de las mujeres como derechos humanos que incluyen el acceso de ellas a la salud y a la integridad corporal. El conocimiento de los expertos y especialistas médicos es, por supuesto, invaluable en las tecnologías de planificación familiar y en los programas de salud pública. Sin embargo, el éxito de todos los programas depende también de la participación de las mujeres en su construcción y en servicios que verdaderamente puedan salvar vidas.

Notas

¹Obsérvese que el uso que hago de esta terminología *no* se refiere a una posición “pro-vida”, yuxtapuesta a “pro-elección”, como se usa en las luchas políticas sobre el aborto legal.

²Norman Gall, *Births, Abortions, and the Progress of Chile*, American Universities Field Staff Report, XIX/2, 1972, p. 7. La experiencia de Cristina fue documentada por Gall, quien entrevistó a dos mujeres que también participaron en un estudio más amplio sobre aborto bajo los auspicios del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en Santiago.

³Para referencias a los contextos de aborto y control de la reproducción en las primeras décadas, ver Asunción Lavrin, *Women, Feminism, and Social Change in Argentina, Chile, and Uruguay, 1890-1940*, Lincoln, University of Nebraska Press, 1995, pp. 173-192. Traducción publicada, *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay: 1890-1940*, Santiago, DIBAM-Centro de Investigaciones Barros Arana, 2005. Para el contexto de maternidad y regulación de sexualidad, ver Karin Alejandra Rosemblatt, *Gendered Compromises: Political Culture and the State in Chile, 1920-1950*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2000, pp. 167-183.

⁴Para detalles sobre estos debates, sobre la naturaleza de las iniciativas médicas, y sobre el clima político y cultural de la época en que se impidieron los cambios de política y de la efectiva respuesta pública ver el artículo de Andrea del Campo en esta misma publicación, “La nación en peligro: El debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930”.

⁵*Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 13, N° 8, 1934, p. 771. No está claro qué porcentaje de estas estadísticas documentan el aborto auto-inducido, abortos no deseados o mortinatos.

⁶Andrea del Campo, “La nación en peligro: El debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930,” en esta misma publicación.

⁷Los participantes del Congreso Médico de Valparaíso en 1936 abordaron el tema y concluyeron que solo el aborto terapéutico limitado disminuiría el número de mujeres que morían o sufrían consecuencias de salud por los abortos ilegales. El MEMCh se dirigió a este tema en sus publicaciones, véase *La Mujer Nueva*, 4, febrero 1936, p. 1; “A los enemigos del aborto pedimos protección para la madre obrera,” *La Mujer Nueva*, 6, Mayo 1936, p. 1. Para profundizar en la vida y retos de las mujeres trabajadoras en las primeras décadas del siglo XX, ver Elizabeth Quay Hutchison, *Labors Appropriate to Their Sex: Gender, Labor, and Politics in Urban Chile, 1900-1930*, Durham, Duke University Press, 2001. Publicación traducida, *Labores propias de su sexo: género, políticas y trabajo en Chile urbano, 1900-1930*, Santiago, LOM Ediciones, 2006.

⁸Salvador Allende G., *La Realidad Médico-Social Chilena*, Santiago, Chile, Ministerio

de Salubridad, 1939.

⁹Amalia Ernst llevó adelante sus iniciativas en el Hospital J.J. Aguirre en la década de 1930, mientras Onofre Avendaño fue activo en Quinta Normal en la década de 1940 véase, “Planificación de la familia,” *Boletín San Juan de Dios* 13, N° 6, 1966, pp. 417-418; Nelson A. Vargas Catalán, *Historia de la Pediatría Chilena: Crónica de una alegría*, Santiago, Editorial Universitaria, 2002, pp. 494-95.

¹⁰Felicitas Klimpel, ver sección “El aborto en la legislación chilena”, en *La mujer, el delito y la sociedad*, Buenos Aires, El Ateneo, 1946, pp. 231-233.

¹¹En 1931, el aborto terapéutico fue legalizado a través del *Código Sanitario*. Los médicos podían practicar abortos sin penas criminales para salvar la vida de la mujer, para impedir el nacimiento de un infante con defectos de nacimiento, y si los embarazos eran el resultado de la violación o el incesto. El aborto terapéutico fue legal en Chile hasta 1989.

¹²“Detenida Doctora”, *Clarín*, Domingo 11 Marzo 1962, p. 6.

¹³Mariano Requena, *El aborto inducido en Chile*, Santiago, Sociedad Chilena de Salud Publica, 1990, p. 26.

¹⁴*Proceedings of the Eighth International Conference of the International Planned Parenthood Federation*, Santiago, Chile, 9-15 April 1967, London, IPPF, 1967, p. 143. Para una referencia más detallada de los datos proporcionados por los primeros estudios epidemiológicos influyentes sobre el aborto, ver Rolando Armijo y Tegualda Monreal, “Epidemiology of Provoked Abortion in Santiago, Chile”, *Journal of Sex Research* 1, N° 152, July 1965, p. 143-159; Mariano Requena, “Condiciones Determinantes del Aborto Inducido”, *Revista Médica de Chile*, vol. 94, n° 11, 1966, pp. 714-722.

Para estudios de los primeros programas para prevenir abortos, ver Mariano Requena, Tegualda Monreal y Donald J. Bogue, “Evaluation of Induced Abortion Control and Family Planning Programs in Chile”, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 46, N° 3, Part 2: Current Research on Fertility and Family Planning in Latin America. *Proceedings of the Forty-Second Conference of the Milbank Memorial Fund. Plaza Hotel New York City, October 17-19, 1967*, July 1968, p. 191-222; Mariano Requena et al., “Studies of Family Planning in the Quinta Normal District of Santiago: The Use of Contraceptives,” *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 43, N° 4, Part 2: Components of Population Change in Latin America. *Proceedings of the Sixtieth Anniversary Conference of the Milbank Memorial Fund. Savoy Plaza Hotel New York City, April 5 to 7, 1965*, Oct. 1965, pp. 69-99; Aníbal Faúndez Germán Rodríguez, y Onofre Avendaño, “Effects of a Family Planning Program on the Fertility of a Marginal Working-Class Community in Santiago”, *Demography*, 5, N° 1, 1968, pp. 122-137.

¹⁵Ver “El aborto inducido en Chile,” en Mariano Requena ed., *El Aborto Inducido en Chile*, op. cit., p. 20.

¹⁶Ver especialmente Rolando Armijo y Tegualda Monreal, "Factores Asociados a las complicaciones del Aborto Provocado", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, No 29, 1964, pp. 175-178. Para los comienzos de las iniciativas de planificación familiar en Chile, ver también Ximena Jiles Moreno y Claudia Rojas Mira, *De la miel a los implantes: historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, Santiago de Chile, Corporación de Salud y Políticas Sociales, 1992.

¹⁷S. Plaza, S. and H. Briones, "El aborto como problema asistencial", *Revista Médica de Chile*, vol. 91, No 4, 1963, pp. 294-97.

¹⁸International Planned Parenthood Federation, *Family Planning in Chile: A Profile of a Development of Policies and Programmes*, London, 1979, p. 3.

¹⁹Aníbal Faúndez y José Barzelatto, *El Drama del Aborto: En Busca de un Consenso*, Colombia, Tercer Mundo Editores, 2005, p. 15. En el libro, ambos autores confirman su histórico compromiso con los derechos de las mujeres y urgen a los lectores de todas las opiniones sobre el debate del aborto a trabajar un consenso que pudiera reducir esta necesidad y ayudar a prevenir los embarazos no deseados.

²⁰Ver Nota de BBCMundo.com:http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/hi/spanish/specials/2006/historias_de_mujeres2/newsid_4771000/4771186.stmPublicada: 2006/03/28 09:33:07 GMT © BBC MMVI.

²¹*Ercilla* 1453, 27 March 1963, p. 17.

²²M. Thierry, "Pioneers of the Intrauterine Device", *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2/1, March 1997, pp. 15-23.

²³Para la inspiración literaria de Jaime Zipper, ver W. Oppenheimer, "Prevention of Pregnancy by the Gräfenberg Ring Method", *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 78, August 1959, pp. 446-454.

²²Entrevista con Jaime Zipper, Santiago, octubre 1997.

²⁵Aníbal Faúndez y Ellen Hardy, "Contraception and Abortion Services at Barros Luco Hospital, Santiago, Chile", *Abortion in Psychosocial Perspective: Trends in Transnational Research*, eds. Henry Philip David et al., Springer, New York, 1978, pp. 284-297.

²⁶*Intra-Uterine Contraception: Proceedings of the Second International Conference*, October 2-3, 1964, New York City, Population Council, International Congress Series 86, New York, Excerpta Medica Foundation, 1965, p. 88.

²⁷Sobre la *Agrupación* y referencia a la visita a Mendoza, ver "Planificación de la familia", *Boletín San Juan de Dios* 13, No 6, 1966, pp. 417-418.

²⁸"La Planificación familiar en los dibujos animados", *Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia* 4, No 8, 1968, p. 1.

²⁹Según la documentación de la Rockefeller Foundation, continuas operaciones en

Santiago incluyeron el proyecto Viel-Requena en la Región Occidente de Salud, una operación de Faúndez en la Región Sur, el grupo Avendaño-Zipper en el Hospital Barros Luco, dos unidades en el Hospital Aguirre bajo el obstetra, Profesor Puga y el ginecólogo, Profesor Wood; y otras dos unidades en la Región Central, una bajo el Profesor García, y una en la Escuela de Salud Pública bajo el Dr. Plaza y el Profesor Adriasola. Ver JZM (John Maier) Diario de Viaje, Marzo 16-19, 1965; RF A76 309A Carpeta: Universidad de Chile Planificación Familiar 1965 (excerpto, sin número de página). Unprocessed. Rockefeller Foundation Archives, RAC.

³⁰Hernán Romero, "Chile", International Conference on Family Planning Programs; and Bernard Berelson, *Family Planning and Population Programs; A Review of World Developments*, Chicago, University of Chicago Press, 1966, p. 237.

³¹APROFA llegó a ser "miembro pleno" de la IPPF/Western Hemisphere Organization y se le otorgó "persona jurídica" por el gobierno por decreto No. 2194, Septiembre 5, 1966. Ver Onofre Avendaño, *Desarrollo Histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el Mundo*, Santiago, APROFA, 1975, pp. 13-14.

³²El SNS entregó apoyo sin insistir sobre la completa supervisión de los programas de planificación familiar. Ver Jorge Rosselot, "Regulación de la Natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile", *Cuadernos Médico-Sociales*, vol. VII, N° 2, 1966, pp. 16-22.

³³Mariano Requena, "Studies of Family Planning in the Quinta Normal District of Santiago: The Use of Contraceptives", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 43/4, part 2, 1965, pp. 69-99.

³⁴Isabel Allende, *Paula*, Barcelona, Plaza & Janés, 1998, p. 135.

³⁵*Ibidem*, p. 137.

³⁶Según Viel, la planificación familiar era necesaria para salvaguardar las virtudes de la civilización. Benjamín Viel, *La Explosión Demográfica. ¿Cuántos son demasiados?*, Santiago, Ediciones de la Universidad de Chile, 1966.

³⁷*Idem*.

³⁸Thomas Robert Malthus, *Essay on the Principle of Population*, 1798.

³⁹President Lyndon B. Johnson, Speech to the United Nations, June 25, 1965. Para una de las muchas críticas de esta "estrategia de desarrollo", ver Harvey Leibenstein, "Pitfalls in Benefit-Cost Analysis of Birth Prevention", *Population Studies* 23, 1969, pp. 161-170.

⁴⁰Para una historia de los cambios en las orientaciones del gobierno de los Estados Unidos sobre control de la población, ver P.J. Donaldson, "On the Origins of the United States Government's International Population Policy", *Population Studies* 44, N° 3, 1990, pp. 385-399; John Sharpless, "World Population Growth, Family Planning and

American Foreign Policy", *Journal of Policy History* 7, No 1, 1995, pp. 72-102.

⁴¹G. Adriasola y O. Avendaño, "Population Program in Chile", *Intra-Uterine Contraception; Proceedings of the Second International Conference, October 2-3, 1964, New York City, Sponsored by the Population Council, International Congress Series*, ed. S.J. Segal et al., No 86, Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1965, p. 219.

⁴²Hernán Romero, "Chile," International Conference on Family Planning Programs; and Bernard Berelson, *Family Planning and Population Programs; A Review of World Developments*, Chicago, University of Chicago Press, 1966, p. 246.

⁴³Para Viel, el *principal* problema de salud en Chile seguía siendo el acelerado crecimiento de la población. Ver Viel a Weir, December 20, 1966, Folder: International Planned Parenthood Federation, 1971, Family Planning; RF, 100A, Rockefeller Foundation Archives, RAC. Ver también Benjamín Viel, "Family Planning in Chile", *Journal of Sex Research* 3, No 4, 1967, pp. 284-291; Hernán Romero, *El Control de la Natalidad: Prejuicios y Controversias*, Santiago, Editorial Universitaria, 1964; Hernán Romero, *Población, desarrollo y control de natalidad en América Latina: prejuicios y controversias*, México, Editorial Diana, 1969; Moisés Poblete Troncoso, *La explosión demográfica en América Latina*, Buenos Aires, Editorial Schapire, 1967.

⁴⁴Jaime Zipper, M.L. García, y L.L. Pastene, "Intra-Uterine Contraception with the Use of a Flexible Nylon Ring: Experience in Santiago de Chile", *Intra-Uterine Contraception: Proceedings of the Second International Conference, October 2-3, 1964, New York City*, Sponsored by the Population Council, International Congress Series No. 86, New York, Excerpta Medica Foundation, 1965, pp. 90-91.

⁴⁵*Ibidem*, pp. 90-91.

⁴⁶International Planned Parenthood Federation, "U.S. Scientists to Attend World Birth Control Talks" January 23, 1967. Folder: FC Chile 66-67 IPPF, Family Planning Conference, Santiago, Chile; Box 7; Population Council, Accession II, unprocessed material, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴⁷International Planned Parenthood Federation, "U.S. Government Supports World Birth Control Talks," March 1967; Folder: FC Chile 66-67 IPPF Family Planning Conference, Santiago, Chile; Box 7; Population Council, Accession II, unprocessed material, Rockefeller Foundation Archives, RAC.

⁴⁸International Planned Parenthood Federation y Hernán Romero, *Actas de la Octava Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Santiago de Chile, 9-15 de Abril de 1967: Paternidad consciente - deber y derechos humanos*, London, International Planned Parenthood Federation, 1968, p. 2.

⁴⁹*Ibidem*, p. 3.

⁵⁰*Ibidem*, p. 16.

⁵¹*Ibidem*, p. 553.

⁵²Levin a Romero, Abril 4, 1968, Carpeta: Chile, Universidad de, Dr. Hernán Romero, FC-O Chile 67-68; Population Council, Box 6, Accession II, unprocessed material; Para la correspondencia sobre planificación familiar entre los representantes del Population Council y los funcionarios chilenos, ver también Berelson a Romero, Mayo 3, 1967, Romero a Berelson, Abril 25, 1967, Berelson a Romero, Marzo 23, 1967, Carpeta: Chile, Universidad de, Dr. Hernan Romero, FC-O Chile 67-68; Population Council, Box 6, Accession II, unprocessed material, Rockefeller Foundation, RAC.

⁵³APROFA mostraba ésta y otras películas educacionales. Para mayor detalle sobre las campañas de educación puestas en práctica por APROFA véase *Asociación Chilena de Protección de la Familia*, 13, N° 8, 1973, pp. 6-7.

⁵⁴Para una interesante lectura crítica del Pato Donald y una evaluación de su presencia en América Latina y en Chile, ver "Donald y la Política," en Ariel Dorfman y Armand Mattelart, *Para leer al pato Donald*, Valparaíso, Ediciones Universitarias de Valparaíso, 1971, pp. 3-8. Sin embargo, si bien los autores denuncian un mensaje imperialista de los Estados Unidos, la fabricación y la distribución de la planificación familiar de Disney difícilmente fue dominado exclusivamente por el imperialismo norteamericano. Los chilenos configuraron y seleccionaron temas y se enfocaron en la producción del material educacional, en acuerdo con un mensaje que también era dominante entre los planificadores de población en los Estados Unidos.

⁵⁵Este film fue producido bajo los auspicios del Departamento de Cine Experimental de la Universidad de Chile. Ver Hernán Romero, "Chile: The Abortion Epidemic", *Family Planning Programs: An International Survey*, ed. Bernard Berelson, New York, Basic Books, 1969, p. 144.

⁵⁶Para datos sobre el descenso de los índices de aborto, y referencias a las tasas de natalidad entre 1965 y 1967, ver A. Faúndez, O. Avendaño, M. Medel, A. Torres, N. Espanna, G. Talciani, G. Rodríguez, "Cambios en algunos índices de salud materna observados después de un programa de Planificación Familiar", *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 34:2, 1969, pp. 67-76; véase también B. Viel, "Resultados del Programa de Planificación Familiar que se efectúa en el sector urbano del Area Occidente de la Ciudad de Santiago: Abril de 1964 a Junio de 1967", *Revista Médica de Chile*, vol. 95, N° 9, 1967, pp. 542-50.

⁵⁷Las estadísticas se refieren solamente a aquellas mujeres que usaban los centros de salud públicos afiliados a APROFA.

⁵⁸Varios estudios demuestran la necesidad de incluir a los hombres en los programas de consejería de la planificación familiar y defendían su impacto positivo en el uso anticonceptivo y en el descenso de los índices de aborto, sin embargo, las mujeres continuaban siendo la principal referencia sobre las cuestiones pertinentes a embarazo y nacimiento y por lo tanto, en las responsabilidades concernientes a la anticoncepción.

Véase MF Hall, "Family planning in Santiago, Chile: the Male Viewpoint", *Studies in Family Planning* 2:7, July 1971, pp. 143-7.

⁵⁹Josefina Losada de Masjuan, *Comportamientos anticonceptivos en la familia marginal*, Santiago de Chile, DESAL/CELAP, 1968, p.42. El estudio se basó en entrevistas a 749 mujeres entre 15 y 50 años de edad.

⁶⁰Para una visión más amplia sobre la "modernización de la Iglesia Católica y su rol en Chile," ver Michael Fleet and Brian H. Smith, *The Catholic Church and Democracy in Chile and Peru*, Notre Dame, Ind, University of Notre Dame Press, 1997. Ver también Edward L. Cleary and Hannah W. Stewart-Gambino, *Conflict and Competition: The Latin American Church in a Changing Environment*, Boulder, Colorado, Lynne Rienner Publishers, 1992, especialmente el capítulo dos, Stewart-Gambino's "Redefining the Changes and Politics in Chile", pp. 21-44.

⁶¹Entre 1963 y 1968 el Papa no tomó una posición pública definitiva sobre los temas de población y anticoncepción.

⁶²"Pope Asks Ruling on Birth Control", *New York Times*, 30, March 1965, p. 1, 6.

⁶³"Declaración del Episcopado Chileno sobre la Planificación de la Familia", *Mensaje*, 16, N° 159, 1967, pp. 256-262.

⁶⁴Estudios previos relativos al excesivo crecimiento de la población incentivaron a la Iglesia a dirigirse al problema de la población y a cooperar con los intentos globales para encontrar soluciones. Ver, por ejemplo, Luis Leñero Otero, *Población, iglesia y cultura; sistemas en conflicto*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 1970.

⁶⁵Cardenal Raúl Silva Henríquez, "La Iglesia y la Regulación de la Natalidad: Palabras del Exmo. Sr. Cardenal Raúl Silva H. en la Academia de San Lucas de Santiago, Junio de 1967", *Mensaje*, 16, N° 161, 1967, p. 362.

⁶⁶Bernard Häring, "La Crisis de La Encíclica: Oponerse puede y debe ser un servicio de amor hacia el Papa", *Mensaje*, 17, N° 173, 1968, pp. 476-484. Para referencias sobre las reacciones internacionales que fueron publicadas en Chile, ver, por ejemplo, "Declaraciones de los episcopados nacionales acerca de 'Humanae Vitae'", *Mensaje*, 17, N° 175, 1968, pp. 651-658; ver también Leo Alting von Geusau, "International Reaction to the *Encyclical Humana Vitae*", *Studies in Family Planning*, 1, N° 50, 1970, pp. 8-12.

⁶⁷Ver "'Humanae Vitae': Ecos en la Prensa Mundial", *Mensaje*, 17, N° 172, 1968, p. 425.

⁶⁸Ellos señalaban que la encíclica no era infalible y que la mayoría de los Obispos pensaba que la posición del Papa era 'reformable' porque el problema requería de mayor estudio. La minoría de los Obispos creía que la fuerza de la encíclica y su consistencia con la tradición la hacían esencialmente infalible. Su carta cierra con un párrafo afirmando que los católicos podían 'adherir, después de un estudio serio y de consulta, a una u otra de las

opiniones teológicas mencionadas', en "Profesores de Teología de la U.C. de Santiago se refieren a 'Humanae Vitae'", *Mensaje*, 17, N° 172, 1968, pp. 426-428.

⁶⁹"Actitud de la mujer empleada o esposa de empleado frente al Control de Natalidad", *Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia*, 3, N° 9, 1967, p. 6.

⁷⁰La epidemia del aborto representa un continuo desafío a la salud de las mujeres en la sociedad chilena. Numerosos autores de una variada gama de disciplinas han conectado el problema del aborto inducido a los defectos de la educación sobre sexualidad y a los continuos obstáculos hacia la igualdad de género que afecta especialmente a las mujeres jóvenes. Ver Susana Herrera Rodríguez, *El aborto inducido: ¿víctimas o victimarias?* Santiago, Catalonia, 2004 y Claudia Lagos Lira, *Aborto en Chile: el deber de parir*, Santiago, LOM Ediciones, 2001. La persecución del aborto hace aún más difícil la vida de las mujeres pobres. Con el término del aborto terapéutico son las pobres las que son perseguidas por haber tenido un aborto y como resultado son condenadas a prisión. Ver Lidia Casas, *Women Behind Bars*, New York, Center for Reproductive Law and Policy, 1998. Otros se han enfocado en las dificultades para asegurar los derechos reproductivos de las mujeres en el Chile actual. Ver Claudio Fuentes y Mireya Dávila, *Promesas de cambio: Izquierda y derecha en el Chile Contemporáneo*, Santiago, FLACSO-Chile/Editorial Universitaria, 2003, para evidencias de la falta de atención y de voluntad para darle prioridad al tópico del aborto incluso en la izquierda chilena, p. 181; Mala Htun se refiere a los esfuerzos de las líderes feministas para promover los derechos legales de los ciudadanos a la educación sexual y a la anticoncepción en un proyecto de ley introducido al Congreso en el año 2000, y a los múltiples esfuerzos para no criminalizar el aborto. Todos los esfuerzos fueron en vano, dado que la mayoría de los políticos no están dispuestos a tocar el tópico. Ver Mala Htun, *Sex and the State: Abortion, Divorce, and the Family Under Latin American Dictatorships and Democracies*, Cambridge, UK and New York, Cambridge University Press, 2003, p. 168.