



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HISTÓRICAS

Políticas de Control de la fertilidad y Planificación familiar en Chile

1960-1973

Seminario de Grado: Entendiendo la sociedad Chilena a través de un análisis histórico
cultural

Tesis para optar al grado de Licenciada en Historia

Universidad de Chile

Profesora guía: María Elisa Fernández N.

Alumno: Daniela Rosas Guzmán

Santiago, Enero 2017

ÍNDICE

Agradecimientos.....	3
1 PRIMERA PARTE	
1.1 Introducción.....	4
1.1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.1.2 Hipótesis.....	6
1.1.3 Objetivos generales y específicos.....	6
1.1.4 Marco Teórico.....	7
1.1.5 Presentación de fuentes.....	18
1.1.6 Marco Metodológico.....	20
1.1.7 Discusión bibliográfica.....	22
2 SEGUNDA PARTE	
2.1 Contexto histórico y antecedentes del problema.....	28
2.2.1 El problema demográfico.....	30
2.2.2 El aborto.....	39
2.2.3 El aborto no es un problema de Chile, es del mundo.....	50
3 TERCERA PARTE	
3.1 Evolución de las Políticas públicas sobre control de la fertilidad y planificación familiar en Chile.....	52
3.1.1 Control de la fertilidad y planificación familiar como política pública.....	52
3.1.2 Los primeros pasos del control de la fertilidad en Chile.....	53

3.1.3 El problema de la regulación de la fertilidad en Chile desde una perspectiva internacional y la creación de la Asociación de Protección de la Familia (APROFA).....	57
3.1.4 Regulación de la fertilidad y Planificación Familiar en Chile a través de los gobiernos de la Democracia Cristiana y Unidad Popular.....	60
3.1.5 Reflexiones sobre la Octava Conferencia Internacional de Planificación de la Familia: sede Santiago de Chile, desde el 9 al 15 de abril de 1967.	88
3.1.6 Los últimos años de la planificación familiar en Chile 1970 – 1973. Resultados y reflexiones.....	90
4 CONCLUSIONES	95
5 BIBLIOGRAFÍA.....	98
6 FUENTES.....	101
7 GLOSARIO.....	102
8 ANEXOS TABLAS.....	103
9 ANEXOS GRÁFICOS.....	118
10 OTROS ANEXOS.....	125

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mi profesora y compañeras de seminario de grado, por cada corrección, pregunta, respuesta, compromiso y ayuda que me brindaron en todo este proceso de elaboración de mi tesis. Me incentivaron a seguir adelante a pesar de las dificultades que se presentaron en el camino.

Agradezco a los funcionarios de la biblioteca de medicina de la Universidad de Chile, por su paciencia y colaboración. Hicieron de mis mañanas allí momentos agradables a pesar del agobio.

Agradezco a mi familia, que me enseñó que la perseverancia y constancia es un valor fundamental en la vida, y que, al final de cada etapa siempre habrá algo nuevo por descubrir.

Finalmente, y de forma muy especial agradezco a mi amor, amigo y compañero, porque siempre confió en mí aun cuando yo no lo hice, y me demostró que las decisiones que he tomado en mi vida, son mi verdadera pasión.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Muchos podrían pensar apocalípticamente en el estudio del señor Robert Malthus que en el siglo XVIII declaraba que “mientras la población del mundo crece en progresión geométrica, los medios de subsistencia solo lo hacen en progresión aritmética”¹. Lo cual, daría en el largo plazo un déficit de los recursos naturales mínimos para la supervivencia. Es decir, la Tierra así como está concebida llegaría un punto en el futuro donde no daría abasto para la mantención de toda la especie humana. Tal postulado, así como lo plateó Julio Friedenthal, ha sido el origen de múltiples teorías sobre la población mundial, algunas a favor y otras en contra de dicho postulado. Sin embargo, hay un punto que se reconoce común para todos quienes han abordado el tema y es que Robert Malthus propuso “...la limitación de la procreación, cuando la situación económica de los padres no les permite asegurar para sus hijos una perfecta preparación para afrontar y vencer las dificultades que encontrarán en el curso de la vida”²

Para la siguiente investigación, se ha tenido como motivación inicial la pregunta hecha por Benjamín Viel³ a propósito de la limitación de la procreación descrita anteriormente: ¿cuántos somos demasiados?

Las dinámicas de la población y su desarrollo están altamente vinculadas al comportamiento de las personas, y por supuesto están vinculadas al desarrollo del país. En Chile, a principios de los años 30, en el ambiente médico empieza paulatinamente a generarse un debate en torno a 3 fenómenos altamente peligrosos que afectan a la población: el aborto, la mortalidad infantil y la mortalidad materna, cada uno de ellos siendo causa o consecuencia de la limitación de la procreación a la cual se aludía anteriormente. Dicha situación, a medida que pasaron los años fue agudizándose aun más. El caso del aborto ilegal realizado con medidas salubres tan precarias, constituyó un factor de riesgo altísimo para las madres que se lo realizaban motivadas únicamente por la desesperación de no poder mantener ni alimentar al ser que se estaba gestando.

¹ Friedenthal, Julio. “El problema del aborto. Estudio médico – jurídico – social”, Rapid, Santiago, 1937, p. 72.

² Ídem.

³ Viel, Benjamín. “La Explosión demográfica. ¿Cuántos somos demasiados?”, Universitaria, Santiago, 1966.

Dichos fenómenos en los años 60' ya entran en la arista pública traspasando el debate médico y convirtiéndose en un problema político, social, científico y cultural. Puesto que si bien, el aborto había disminuido, la altas tasas de natalidad no eran sostenible en base a los recursos de las familias.

Por otro lado, la dinámica de la población que estaba teniendo Chile, no fue un hecho aislado en la región. A principios del siglo XX en Estados Unidos se inicia un debate en torno a la limitación de la procreación por parte de grupos de mujeres. En Europa y Japón ya para la década del 50' los fenómenos del aborto y natalidad así como de mortalidad materna, estaban regulados de manera más o menos rigurosa, pero constituyendo en ambos casos una política de Estado, es decir, estableciendo políticas públicas en torno a las dinámicas de la población.

En Chile, así como sucedió en otras regiones del planeta las motivaciones para el control de la fertilidad son en primera instancia un acto cuyo fin es únicamente detener la gestación del feto, puesto que no se poseen los recursos para la mantención de él. Sin embargo, este problema que es en primera instancia una solución inmediata, a medida que pasan los años se va complejizando y sofisticando para lograr una proyección del problema, para que sea un derecho la planificación de la familia, y para tomar medidas preventivas en torno al control de la fertilidad y no medidas consecutivas producto de un embarazo no deseado.

En el siguiente trabajo, se estudiará el desarrollo en torno a las políticas de control de la fertilidad en Chile y cómo se han ido aplicando a la sociedad hasta llegar a las políticas de planificación familiar que fueron desarrolladas entre 1960 y 1973. Las delimitaciones temporales del estudio, equivalen a 13 años que son fundamentales para comprender el desarrollo de las políticas públicas de control de la fertilidad en Chile. Si bien las discusiones en torno al tema podemos situarlos desde principios del siglo XX e incluso antes, es a partir de la década de 1960 que los debates se comienzan a hacer más reiterados en torno al problema, abarcando múltiples aristas sociales, políticas, científicas y culturales y que involucran también factores externos al país como instituciones internacionales. Por otro lado, el estudio si bien busca indagar en el desarrollo de las políticas de control de la fertilidad también se busca una consumación de dichos debates en el desarrollo de una política pública. Es por esto que durante la década de los 60' se verán los primeros indicios de programas formales estatales en torno al control de la fertilidad y la planificación familiar. Por lo tanto estudiar dichos años nos proporcionaría el contexto apropiado para analizar los múltiples factores que incidieron en este problema. Por otro lado, fijar como término del marco temporal el año 1973, es abarcar íntegramente la

continuidad política de los años 60', dado que, como se enunciará más adelante, después del año 1973 los programas de planificación familiar fueron totalmente cambiados y no continuaron luego del Golpe de Estado en Chile.

Hipótesis

El estudio busca comprobar que el control de la fertilidad y la planificación familiar en Chile está relacionado con múltiples factores tanto nacionales como internacionales y que el análisis de éstos es en última medida un estudio cultural. Además, se considera y reconoce el control de la fertilidad como una política que se desarrolla a nivel estatal y que es la causa del control demográfico en Chile, iniciando paulatinamente las proyecciones hoy en día de un envejecimiento de la población. Finalmente se reconoce la planificación familiar como resultado de las políticas de control de la fertilidad y como la institucionalización en el sistema de salud de políticas anticonceptivas.

Objetivo Generales y específicos

1.- Analizar las políticas públicas de Estado sobre el control de la fertilidad y su evolución desde 1960 hasta 1973

1.1 Revisar, describir y clasificar según sus objetivos y destinatarios los proyectos de ley y/o leyes sobre el control de la fertilidad entre 1960 y 1973.

1.2 Revisar, describir y clasificar según sus objetivos y destinatarios los documentos, y actas oficiales dependientes del Ministerio de Salud enfocados en el control de la fertilidad entre 1960 y 1973.

2.- Analizar los programas de Planificación familiar en el sistema de salud pública y su evolución y modificación en los diferentes gobiernos desde 1960 hasta 1973

2.1 Caracterizar los programas del ministerio de salud en las revistas médicas entre 1960 y 1973 relativos a la implementación de políticas de planificación familiar.

2.2 Identificar la relación entre las políticas de planificación familiar y las políticas de control de la fertilidad relativas al objetivo 1.

3.- Analizar la influencia de los factores internacionales en las políticas de control de la fertilidad y planificación familiar que se dieron en Chile entre los años 1960 y 1973.

3.1 Caracterizar en las revistas médicas, las noticias extranjeras en torno al control de la fertilidad entre 1960 y 1973.

3.2 Caracterizar en las revistas médicas, las noticias nacionales en torno al control de la fertilidad entre 1960 y 1973.

3.3 Relacionar y comparar tanto en su contenido como en su cronología, las noticias en torno al control de la fertilidad nacional e internacional durante el periodo señalado.

Marco teórico

La forma en cual se abordará el estudio que se presenta a continuación posee dentro de sus límites teóricos un enfoque principalmente cultural. Es decir, está inserto dentro de las fronteras y perspectivas de investigación de la llamada Historia Cultural.

La Historia Cultural, como corriente historiográfica, emerge a partir de los años 80' desprendiéndose de lo que sería la Escuela de los Annales en Francia. Para comprender mejor las ideas primarias en torno a los estudios culturales, es necesario establecer el quiebre que genera la Escuela de los Annales en Francia, frente a la producción de la historiografía marxista clásica. Lynn Hunt, una de las grandes expositoras de la Historia Cultural, nos revela en su libro *The new Cultural History*⁴ que a partir de los años 60, un grupo pequeño de historiadores de tendencia marxista, fue tomando interés sobre la "historia desde abajo", la cual se veía inspirada en la obra de otros historiadores como E. P. Thompson con *Making of the English Working Class* (1963) donde "...no se limitaba a analizar el papel desempeñado por los cambios económicos y políticos en la formación de la clase, sino que examinaba el lugar de la cultura en este proceso"⁵. Es decir, el estudio ya no quedaba subyugado a la dicotomía base/estructura sino que el sujeto en si mismo representaba la fuente de estudio. Se pasó de la historia de los líderes e instituciones políticas a un estudio de la composición social y de la vida diaria de los trabajadores, costumbres, grupos étnicos e incluso las mujeres (quienes hasta ese minuto habían sido 'ignoradas' en los estudios históricos).

La Escuela de los Annales, se concibe por lo tanto como una ruptura que ayuda a la evolución en el modo de comprender los sujetos de estudio en la historia. Uno de los principales exponentes

⁴ Hunt, Lynn. "The New Cultural History". University of California Press, Berkeley, 1989..

⁵ Burke, Peter. *¿Qué es la Historia Cultural?*. Paidós, Barcelona, 2005, p. 32.

de dicha Escuela fue Fernand Braudel, quien establecía dentro de sus principios teórico, un quiebre con el positivismo y su metodología en busca de la verdad insoslayable de las fuentes.

Sin embargo, Lynn Hunt señala que a pesar de la existencia de estas nuevas líneas y corrientes historiográficas, a fines de los años 60' y comienzos de los 70', se presenta un quiebre en los paradigmas clásicos y se crea un interés creciente por la Historia Cultural. Por ejemplo, dicho interés queda manifestado en una creciente preocupación por el lenguaje, desplazando la conceptualización marxista clásica. Esta atención al lenguaje podía cambiar las teorías reflexivas del conocimiento y afectar la práctica de los historiadores socialistas por preocuparse de las funciones semióticas del lenguaje. Lo anterior, se traduce en que la experiencia de clase es determinada mayoritariamente por los medios de producción a los que es expuesto el hombre desde su nacimiento, y por lo tanto, el discurso político queda determinado por la experiencia de las relaciones sociales de producción y se debe entender en un sentido extralingüístico.

En torno a este mismo quiebre de la Escuela de los Annales frente a la Historia Cultural, Lynn Hunt señala que historiadores de la Cuarta generación de los Annales como Roger Chartier, renegaba del tercer nivel de Braudel (las estructuras), como un determinante de la experiencia histórica. *“Economic and social relations are not prior to or determining of cultural ones; they are themselves fields of cultural practice and cultural production – which cannot be explained deductively by reference to an extracultural dimension of experience”*⁶ Lo cual, resulta que los Estudios Culturales y la Historia Cultural se enfoquen en el análisis de los individuos insertos en una realidad histórica cambiante que se presenta mediante la literatura, la pintura, la música, etc. y que la representación histórica que alcanza el historiador se entiende como una interpretación de la realidad. Según Phillipe Porrier, *Roger Chartier aboga a continuación por un cambio esencial: se trata de pasar, (...), <<de la historia social de la cultura a una historia cultural de lo social>>. Expresa su anhelo por una historia de las asimilaciones, concebida como <<una historia social de los usos e interpretaciones, relacionados con sus determinaciones fundamentales e inscritos en las prácticas específicas que las producen>>*⁷

Para el siguiente trabajo, es necesario comprender la finalidad de la Historia Cultural en los márgenes que nos proporciona Roger Chartier, según él, *“nos faculta para pensar de manera más compleja y dinámica las relaciones entre los sistemas de percepción y de juicio y las fronteras*

⁶ Hunt, Lynn. “The New Cultural History”, Op. cit., p. 7.

⁷ Porrier, Phillipe (ed). “La Historia Cultural. ¿un giro historiográfico mundial?”, Universitat de Valencia, Valencia, 2012, p. 39.

*que atraviesan el mundo social (...) los esquemas que generan las representaciones deben ser considerados, al mismo tiempo, como productores de lo social, puesto que ellos enuncian los desgloses y clasificaciones posteriores.*⁸ Al mismo tiempo, la Historia Cultural no se puede concebir bajo los rastros de un lenguaje que es espejo de la realidad, y que no contiene bajo su significación, un registro más complejo de la representación social.

En el siguiente trabajo, por ejemplo, el desarrollo de las políticas de control de la fertilidad y planificación familiar, responde a una lectura de la realidad social por parte de los médicos y políticos de la época. Se propone, entonces, un acercamiento a los diferentes factores que están involucrados con nuestra problemática, con el objetivo de percibir la evolución de las políticas anticonceptivas y de planificación familiar como una representación de las prácticas que están sujetas a los individuos involucrados. Por ser un estudio Cultural, se coincide con los autores anteriormente nombrados, que los múltiples factores que inciden en los sujetos y en las prácticas (en este caso las políticas de regulación de la fertilidad) están sostenidos en la Cultura, como un ente organizador de valores, creencias, y de significación simbólica en tanto representación de la realidad.

Dicho lo anterior sería importante definir aquí qué es lo que entenderemos por Cultura. Según Justo Serna y Anacleto Pons ambos historiadores de la Universidad de Valencia en España y especializados en Historia Cultural⁹, *“podemos definir la cultura como un repertorio común de referencias, como una vasta gama de significados colectivos que sirven precisamente para facilitar la relación y la comprensión. Las referencias y los significados incorporan no solo recetas prácticas, sino también valores comunes: la aprobación o la desaprobación ética y estética, política o religiosa que damos a ciertas elaboraciones humanas en función de esas referencias y significados que compartimos*¹⁰. Comprender de este modo la cultura, acerca aun más los Estudios Culturales y el problema de investigación que se ha planteado anteriormente. Las políticas estatales en torno al control de la fertilidad, apelan en última medida a una práctica social o un reconocimiento colectivo frente al problema de control de la natalidad, alta mortalidad infantil y materna, etc. Es, en último caso, una nueva significación colectiva que se hace sobre los métodos anticonceptivos y su legalidad. Es decir, se da a conocer una nueva práctica dentro de un marco cultural, según lo expuesto por los autores. Añaden además, que *“la*

⁸ Chartier, Roger. “El mundo como representación. Estudios sobre historia Cultural”, Gedisa, Barcelona, 1996. p. 4.

⁹ Cfr. Universitat de Valencia. [documento on line] Disponible en: <http://www.uv.es/jserna/JustoSerna.htm>

¹⁰ Serna, Justo y Pons, Anacleto. *La Historia Cultural*. Ediciones Akal. Madrid, 2013. s/p.

*cultura es un molde, una demarcación que delimita los confines de lo humano. Por un lado es todo aquello que nos aleja de los animales, es una frontera frente a lo natural (...) La cultura no es solo ese límite que los seres humanos imponen a la naturaleza, sino que es también prolongación”.*¹¹ Tratar de controlar algo tan natural como es la reproducción de los seres humanos, se comprende como un acto puramente cultural. La cultura *“parece ser el dominio de los seres humanos aquella esfera que ellos mismos han producido individual o colectivamente, reciente o remotamente, deliberada o inconscientemente”*¹² La regulación de conductas, así como la regulación de la población fomentada por el Estado, es una práctica que significa un cambio cultural importante llevado a cabo por la sociedad.

Teniendo definido los parámetros historiográficos en los cuales se enmarca mi investigación, nos enfocaremos en presentar una problemática que está inserta dentro de la Historia Cultural y que se denomina ‘biopolítica’. La biopolítica es *“una filosofía y una política -y quizá también unos estudios culturales- interesados por la experiencia presente de la cultura.*¹³, como lo plantea Emilio Secchi.

De forma más conceptual, la biopolítica es un término acuñado por Michael Foucault, quien se plantea *“cómo el poder político moderno ha desplazado a formas más antiguas de soberanía con dos nuevas formas. Por un lado, de acuerdo a Foucault, la modernidad reemplaza al poder sobre la vida y la muerte con “disciplina”, o el biopoder – las técnicas dirigidas a entrenar y producir cuerpos individuales en formas particulares y administradas no sólo o principalmente a través del estado, sino asimismo a través de instituciones descentralizadas, tales como la medicina, la psiquiatría, la religión y el derecho penal. Por el otro, los métodos de la biopolítica están dirigidos a reglamentar poblaciones completas, su tamaño, su crecimiento, movimientos, mortalidad y morbilidad, y son diseminados a través de organismos internacionales y estatales, así como de instituciones médicas y religiosas.*¹⁴ Es importante, identificar justamente las políticas de Estado en torno al control de la fertilidad como una problemática de la biopolítica. El establecimiento de un control anticonceptivo y el desarrollo de un programa de planificación familiar, son, en última medida métodos de control de la población, tanto demográficos como políticos, puesto que se tiene pleno dominio de los individuos en torno a la legalidad de la

¹¹ Ídem.

¹² Ídem.

¹³ Sacchi, Emiliano, *Biopolítica, población y público: Los estudios culturales y la biopolítica* En: “Ciencias Sociales Unions”. Volumen 46 Num. 3. septiembre diciembre 2010, p. 227.

¹⁴ Parker, Richar, Petchesky, Rosaind y Sember, Robert (eds). “Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente”, IESSDEH, Perú, 2009., p. 19

anticoncepción o reproducción. El creciente conocimiento e investigación de los profesionales de la medicina, frente a las medidas anticonceptivas y el aumento de la población en Chile, así como la utilización de medidas precarias e insalubres de anticoncepción utilizadas por las madres, son sin duda un referente de las problemáticas asociadas a la biopolítica.

Ya se ha señalado anteriormente que la problemática abordada será la construcción de una política de control de la fertilidad y su posterior desencadenamiento en un programa de planificación familiar, pero ¿qué entendemos por control de la fertilidad? ¿qué es la planificación familiar? A continuación se tratará de dar respuesta a éstas interrogantes.

El control de la fertilidad, está relacionada con el acto consciente por parte de los individuos de *“planear la fecundidad”*¹⁵. Según lo constatado por el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile¹⁶, sería el acto consciente y libre por parte de los individuos para controlar la fecundidad de la mujer mediante métodos anticonceptivos. Existen numerosos métodos anticonceptivos hoy en día que conformarían las herramientas y/o el método para llevar a cabo el control de la fertilidad. Solamente por poner algunos ejemplos dados en la Normas Nacionales sobre control de la fertilidad¹⁷, constataríamos el uso de pastillas anticonceptivas (anticonceptivos combinados orales), anticonceptivos combinados inyectables mensuales, anticonceptivos combinados en anillo vaginal y parche transdérmico, dispositivos intrauterinos, métodos de barrera (preservativos), abstinencia periódica, o intervención quirúrgica voluntaria tanto femenina como masculina.

Teniendo en cuenta la definición anterior sobre lo que entenderemos por control de la fertilidad en el siguiente estudio, es necesario relacionar dicho término con lo que entenderemos por planificación familiar, dado que *“los programas de regulación de la natalidad sólo pueden adquirir sentido como un instrumento dentro de la planificación de la población, que a su vez debe ser parte de una política de desarrollo.”*¹⁸

¹⁵ DESAL, “Población y familia en una sociedad de transición. Hacia una visión global del problema demográfico en América Latina”, TROQUEL, Buenos Aires, 1970, p. 332.

¹⁶ Gobierno de Chile – Ministerio de Salud, “Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad”, Santiago s/e, s/a,

¹⁷ Cfr. Gobierno de Chile – Ministerio de Salud. “Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad”, Op. cit.

¹⁸ DESAL, “Población y familia en una sociedad de transición. Hacia una visión global del problema demográfico en América Latina”, Op. cit., p. 255

La planificación familiar podría ser, una consecuencia del control de la fertilidad en las sociedades. Según la socióloga Susanna Rance, *“En todas las sociedades y en todos los tiempos, han existido intentos para regular la fecundidad. Antes de la llegada de los métodos anticonceptivos modernos y todavía en grupos sociales que no tienen acceso a ellos, se ha recurrido a una serie de estrategias para evitar el embarazo o para interrumpirlo mediante el aborto provocado.”*¹⁹ Es decir, el hombre, desde siempre ha tenido consciencia de su estado reproductivo y del control de la fertilidad como una medida de control de la población.

La planificación familiar, tiene que ver con un elemento más comunitario que el control de la fertilidad. Si bien, el control de la fertilidad, se utiliza tanto en hombres como mujeres, es una estrategia personal, cuyo resultado de la “no reproducción” afecta al individuo mismo que está comprometido con el método.

La planificación familiar, por otro lado, posee rasgos más sociales, y da cuenta de un proyecto común en torno a los hijos que quieran tener los individuos. *“La decisión de una pareja o de un individuo sobre cuantos hijos tener y como espaciarlos, es algo muy personal que, a la vez, se ve influida por una serie de elementos externos a la familia. (...), el nacimiento de un nuevo ser es un acontecimiento importante, no solamente para sus padres sino para la sociedad. Plantea una nueva realidad en términos de la salud de la madre, la relación de la pareja, su situación económica y el cuidado de los otros niños en la familia. En el contexto de una comunidad o un país, significa la llegada de un nuevo miembro de la sociedad con derecho a un nivel adecuado de vida y la perspectiva de una realización personal y un empleo digno”*²⁰. La planificación familiar aboga porque los nuevos y futuros miembros de la sociedad posean las condiciones de un bienestar mínimo. Rance, sentencia finalmente que *“es, mas que todo, por esos motivos que el acceso a la planificación familiar libre y voluntaria es considerada, internacionalmente como un derecho humano básico que debería corresponder a todos los individuos y parejas. Al margen del deseo de un país determinado de disminuir o incrementar su población, se estima que todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir libremente y responsablemente el numero y espaciamiento de hijos de sus hijos y de disponer de información, la educación y los medios necesarios para ello”*²¹ Podemos ver que en el concepto que nos proporciona Susanna Rance, la libre información, y la decisión en cuanto al número de hijos y el

¹⁹ Rance, Susana. “Planificación familiar: se abre el debate”. CONAPO, La Paz, 1990, p. 169

²⁰ *Ibíd.*, p. 170.

²¹ *Ídem.*

espaciamiento entre éstos, son algunos de los factores claves dentro de las consideraciones de la planificación familiar. Las Naciones Unidas también utilizan estos dos indicadores como fruto de la planificación familiar, argumentan que *“un número cada vez mayor de hombres y mujeres en los países en desarrollo desean utilizar planificación familiar y ejercer su derecho a decidir libremente el número y el espaciamiento de sus hijos”*²²

Por otro lado, dicho concepto concuerda plenamente con lo que plantea el Centro de Desarrollo Económico y social de América Latina diciendo que *“detrás de la planificación familiar está la actitud de previsión. Planificar la familia supone prever el futuro y la educación que habrá que darle al hijo. Además la forma en la que se lo integrará socialmente con otros grupos de la familia y con la sociedad en general.”*²³ Este derecho de todos los individuos, se fundamenta en la adopción del concepto de *“racionalización de la procreación”*²⁴ para dar a conocer la planificación familiar. Es decir, es sin lugar a dudas, un acto consciente del ser humano que implica la proyección del individuo en la comunidad a nivel educacional, económico, social y cultural. Con esto también concuerdan los organismos de las Naciones Unidas, dado que *“la planificación familiar tiene un profundo impacto en el desarrollo económico, los derechos humanos y la salud mundial”*²⁵ Para finalizar, podemos estar de acuerdo en que *“todo sistema de planificación familiar o de racionalización de la procreación está suponiendo, en la base, una actitud de previsión ante la vida.”*²⁶

Otro aspecto que se debe destacar dentro del concepto de la planificación familiar es la perspectiva de género, dado que *“la planificación familiar también tiene el potencial de fomentar la equidad de género. Puede aumentar las oportunidades de una mujer en los que respecta a educación, trabajo y otros aspectos de su vida (...) Los programas de planificación familiar, y en general los complejos cambios de la sociedad, también pueden desafiar los tradicionales roles de género y sus dinámicas, y reestructurar las normas sociales, por ejemplo, respaldando el derecho de la mujer a negarse a tener relaciones sexuales, y alentando a las*

²² Path and United Nations Population Fund. “Una necesidad insatisfecha: fortaleciendo la planificación familiar”, Path/UNFPA, Seattle, 2006, p. 2.

²³ DESAL. “Población y familia en una sociedad de transición. Hacia una visión global del problema demográfico en América Latina”, op. cit., p. 155

²⁴ Ídem.

²⁵ Path and United Nations Population Fund. “Una necesidad insatisfecha: fortaleciendo la planificación familiar”, op. cit., p. 1.

²⁶ DESAL, “Población y familia en una sociedad de transición. Hacia una visión global del problema demográfico en América Latina”, op. cit, p. 155

*parejas a conversar y decidir conjuntamente sobre un método anticonceptivo.*²⁷. Aquí se debe hacer un primer alcance, dado que si bien, los programas de planificación familiar tienen el *potencial* de fomentar la equidad de género, veremos a continuación que muchas veces sucede lo contrario.

En primer lugar, quisiera puntualizar que este trabajo, si bien no posee dentro de sus enfoques una categoría analítica de género, sí creo que es pertinente relacionar la categoría de género en tanto se vincula con la elaboración de los programas de planificación familiar. Dicho lo anterior, quisiera exponer las miradas de algunos autores en relación a la planificación familiar desde la categoría de género.

El término género, según Joan Scott *“forma parte de una tentativa de las feministas contemporáneas para reivindicar un territorio definidor específico, de insistir en la insuficiencia de los cuerpos teóricos existentes para explicar la persistente desigualdad entre mujeres y hombres”*²⁸. Por este motivo, una perspectiva de género en lo que concierne a los programas de planificación familiar es relevante.

Si bien, la planificación familiar es una medida de control de la población, en muchas ocasiones va en desmedro de la mujer o no entiende a la mujer en su existencia total, sino solamente en su función reproductiva. Es dicha función la que a lo largo de los años ha hecho visible la disparidad en torno a los derechos frente a los hombres. Se ha conformado una representación y una construcción de lo que significa ser mujer que tiende a asociarse a la debilidad, o a flaqueza, al contrario de lo que sucede con los hombres que se asocia a lo fuerte, y a quien posee el “poder” en la sociedad.²⁹

Continuando con lo que plantea Joan Scott podemos decir que define género como *“un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos”*³⁰ y además *“como una forma primaria de relaciones significantes de poder”*³¹ Considerando la definición anterior, podemos ver que se introduce en el significado de la

²⁷ Path and United Nations Population Fund. “Una necesidad insatisfecha: fortaleciendo la planificación familiar”. Op. cit., p. 11

²⁸ Scott, Joan. *“El género: una categoría útil para el análisis histórico”*. En Lamas, Martha (comp.) “El género: La construcción cultural de la diferencia sexual”, PUEG México, 1996, p. 287.

²⁹ Cfr. Piepper, Judwiga. “The politics of motherhood: maternity and women’s Rights in twentieth-century Chile”, University of Pittsburgh Press, USA, 2009.

³⁰ Scott, Joan, “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. Op cit. p. 289

³¹ Ídem.

planificación familiar bajo dos aristas: la de poder frente al control de la fertilidad en la mujer, y en lo social, con respecto al rol que juega el hombre y la mujer en el cuidado anticonceptivo.

Siguiendo esta lógica, en el libro “Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina”, los autores poseen una postura bastante crítica en torno a cómo se ha desarrollado la planificación familiar en América Latina, dado que *“en el campo de la salud reproductiva y planificación familiar, la situación simplemente refleja la estructura de la sociedad como un todo”*³² es decir, el enfoque de género en torno a la desigualdad social y los roles de poder tanto de mujeres como de hombres se traducen en la programación de políticas anticonceptivas. Sentencian que *“esta gran disparidad existente hace que el análisis de género sea visto por los hombres como un arma que está siendo utilizada contra el género masculino. Es evidente que una repartición más justa de responsabilidades y beneficios entre los géneros significa para los hombres alguna pérdida de privilegios, pero esto no debe ser interpretado como una reivindicación revanchista sino que como la búsqueda de un equilibrio más justo y eficiente”*³³ Particularmente, la crítica en torno a los programas de planificación familiar aluden a que *“los programas no están preocupados de la salud y el bienestar de la mujer como individuo sino que solamente con su eficiencia reproductiva.”*³⁴, esto quiere decir que *prácticamente no hay programas que establezcan como objetivo importante que la mujer pueda disfrutar de una vida sexual plena, libre del temor de un embarazo no deseado.*³⁵ Esto está estrechamente vinculado con los métodos anticonceptivos que usualmente recaen en la mujer. Es decir, es en la mujer donde se posa la carga práctica y efectiva de la planificación familiar. Así también lo constata Teresita de Barbieri cuando dice que *“la planificación familiar y el control de la fecundidad es una práctica que recae en las mujeres. Los métodos anticonceptivos son predominantemente de uso femenino”*³⁶

Una de las razones por las que pasaría esta situación es que *“la mayoría de los servicios y programas parten del presupuesto de que el hombre no está interesado en la planificación*

³² Díaz, Margarita, Díaz, Juan y Townsend, John. “Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina”, Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar, México, DF, 30 de Noviembre de 1992., p. 3.

³³ Ídem.

³⁴ *Ibíd.*, p. 4

³⁵ *Ibíd.*, p. 5.

³⁶ De Barbieri, M. Teresita. “Género y políticas de población. Una reflexión”. Documento presentado a la Conferencia Centroamericana de El Caribe y México sobre Políticas de población. 9-12 de Abril de 1991, p. 12.

*familiar y lo excluyen a priori de los objetivos programáticos*³⁷ Lo anterior, repercute en que los efectos que buscan los programas de planificación familiar en la sociedad, no se cumplan puesto que, tanto hombres como mujeres o parejas en conjunto deben hacerse cargo de la responsabilidad reproductiva inerte a sus sexos.

Un panorama un poco más concreto en relación a la desigualdad en torno a la planificación familiar nos señala De Barbieri cuando dice que *“las políticas de población han inducido la producción de un menor número de hijas e hijos. Pero no han cuestionado los papeles estereotipados de madre y padre ni los contenidos simbólicos e imaginarios de la maternidad y paternidad. Los componentes narcisistas de nuestra cultura que corresponden a la forma de organización del sistema de géneros, no se han alterado*³⁸ Es decir, si bien se cumplen los objetivos que se proponía anteriormente en la definición de planificación familiar en tanto control del número de hijos y su espaciamiento, para los autores revisados anteriormente resulta insuficiente desde la perspectiva de género los programas de planificación familiar instaurados a la fecha.

Lutz Elvira, académica especialista en sexualidad femenina, es muy elocuente al sentenciar que una vez instaurada la planificación familiar en la mitad del siglo pasado, *“la mujer, sujeto y objeto inicial de la Planificación familiar, la mujer en si misma, la mujer como ser humano, dejaba de importar. La prioridad estaría dada, a partir de entonces, por la necesidad de alcanzar resultados demográficos mediante la aplicación de políticas sistemáticas de población en cada país o en cada región*³⁹

Sin duda, la categoría de género para el análisis de la planificación familiar es un asunto que a un no está resuelto, y que el debate continúa. Hoy en día, las mujeres bajo diferentes organizaciones abogan por un trato más igualitario frente a los hombres, abogan por sus derechos en torno a la reproducción, como por ejemplo el aborto legal. Pero en este trabajo, lo que se plantea rescatar es que la óptica del análisis de género posee un objetivo primordial que es *“es contribuir a la búsqueda de una sociedad más igualitaria, en la cual la mujer pueda participar de las actividades de la sociedad, compartiendo las responsabilidades, pero también*

³⁷ Díaz, Margarita, Díaz, Juan y Townsend, John. “Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina”, Op. cit., p.9.

³⁸ De Barbieri, M. Teresita. “Género y políticas de población. Una reflexión”, Op. cit. p. 19

³⁹ Lutz, Elvira. “La mujer: objeto o sujeto de la planificación familiar”. Trabajo presentado en el 1° congreso Latino Americano de Planificación familiar, Lima, Septiembre, 1987.p.7

*teniendo acceso a los derechos y beneficios*⁴⁰ Si bien, no será una categoría analítica fundamental dentro del trabajo, las proyecciones que posee en los programas de planificación familiar deben ser enunciados.

Como ya se ha dicho anteriormente, dentro del estudio se van a tomar algunos datos demográficos sobre crecimiento de la población en Chile, en torno al control de la fertilidad, por este motivo es necesario definir 3 conceptos operacionales fundamentales: natalidad, fertilidad y mortalidad.

Se trabajarán los conceptos en torno a la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, puesto que siendo el órgano oficial del Gobierno para estudios de la población, nos servirá en lo relativo a las fuentes primarias de investigación emanadas del Servicio Nacional de Salud y revistas médicas.

La natalidad está definida como la *“producción” de nacimientos en el conjunto de una población*⁴¹, siendo diferente de la fertilidad, la cual se define como *“la capacidad física de las parejas para reproducirse (para crear un/a hijo/a vivo)”*.⁴² Por otro lado, la mortalidad, se comprende como el *“número de defunciones ocurridas en una población, área geográfica y período determinado”*⁴³ Dichos indicadores y sus variaciones en torno al crecimiento de la población, serán analizados también para saber finalmente el alcance que han tenido los programas de planificación familiar en Chile.

Finalmente, dentro de los alcances teóricos de la investigación, definiremos brevemente microhistoria, dado que las políticas estatales en relación al control de la fertilidad y planificación familiar a menudo forman parte de estudios de casos realizados por los médicos en grupos más pequeños, sobretodo de mujeres, con características particulares, las cuales, en su singularidad, nos permiten comprender las diferencias y congruencias con la narración histórica. La microhistoria, de esta forma, es un lente óptico que permite al investigador revisar las especificidades de los sujetos, lo individual y diverso.

⁴⁰ Díaz, Margarita, Díaz, Juan y Townsend, John. “Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina”. Op. cit., p.2.

⁴¹ Instituto Nacional de Estadística. “Población y sociedad. Aspectos demográficos”, Santiago, 2008, p. 14.

⁴² Ídem.

⁴³ Íbid., p. 15.

La microhistoria permite poner énfasis al sujeto dentro del contexto en el cual está inscrito, dado que es ahí donde su producción y construcción cultural adquiere significado. El estudio presentado a continuación se nutre en cierta forma de múltiples ejemplos de grupos de mujeres donde se practicó el control de la fertilidad y la planificación familiar. Consideramos que la atención a dichos sujetos no está dada solamente como una ejemplificación de las políticas de Estado en torno a la problemática planteada, sino que su atención recae en el contexto bajo el cual dichas políticas fueron impulsadas así como la recepción y proyección que tuvieron en los diferentes individuos. La microhistoria por tanto, impulsa a analizar y complementar el relato histórico mediante la comprensión de los sujetos en un contexto determinado.⁴⁴

Presentación de fuentes

Para poder resolver los objetivos planteados, esta investigación cuenta con numerosas fuentes primarias principalmente del ambiente médico que proporcionan, tanto por sus autores como por sus líneas editoriales, una amplia mirada en torno a las políticas de control de la fertilidad y planificación familiar en Chile.

En primer lugar hay que distinguir tres grupos de fuentes: las pertenecientes al ámbito médico-académico, aquellas que emanan de órganos institucionales (Ministerio de salud) y otras que pertenecen a organizaciones independientes del Estado pero que trabajan en coacción para la implementación de las políticas de control de la fertilidad y planificación familiar.

Dentro del primer grupo encontramos el *“Boletín del hospital san Juan de Dios”*. Dicho boletín está agrupado en tomos equivalentes a un año de publicaciones mensuales, de los cuales se han recopilado todos los artículos relativos al problema de investigación. Consideramos de suma importancia trabajar con el boletín mencionado dado que pertenece a un hospital público y dentro de las investigaciones que en él se manifiestan, están considerados los datos verídicos en torno a los nacimientos, muertes abortos, etc del hospital San Juan de Dios. Es decir, nos permite ejemplificar de manera directa el problema que se está trabajando con un estudio de caso. Por otro lado, se han revisado los *“Cuadernos médicos- sociales”* que constituyen la revista de salud publica más antigua de Chile. Su inicio fue en 1959 como una publicación del ‘Seminario de formación profesional médica’ el cual era respaldado tanto por el colegio médico como por su ex presidente el Doctor Salvador Allende. Luego continuó periódicamente su publicación sobre

⁴⁴ Cfr. Levi, Giovanni. “Sobre microhistoria”, en Peter Burke, *Formas de historia Cultural*, Alianza Universidad Madrid, 1999.

temas relevantes de salud pública enfocados a la relación de la medicina con la sociedad y la labor del médico en lo que Axel Strom denomina medicina social⁴⁵. Revisar dichos cuadernos es relevante ya que la planificación familiar y el control de la fertilidad nacen como una necesidad dentro de la arista de la medicina social. El tercer documento que se ha revisado es la *“Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia”*. Su importancia es que en ella encontramos diversos artículos en torno al problema de control de la natalidad, el aborto, tasas de mortalidad y por supuesto la relación entre la labor de los especialistas y los programas del Servicio Nacional de Salud referente a métodos anticonceptivos. Se evidencia de igual forma, numerosos estudios de casos que ayudarán a ejemplificar cada uno de los objetivos anteriores. El cuarto documento que se revisó es la *“Revista Médica de Chile”* cuya publicación abarca íntegramente nuestro espacio temporal. Ésta revista, esta compilada en volúmenes anuales donde se inscriben numerosos artículos de enfermedades, técnicas médicas y avances científicos, sin embargo, es notoria la presencia en el índice de artículos relacionados con: contraceptivos (anticonceptivos), aborto, embarazo, salud pública y demografía, siendo éstos, los revisados y seleccionados para la investigación. El contenido de los artículos señalados, está a cargo tanto de médicos de la Universidad de Chile como profesionales externos, por este motivo algunos artículos aquí publicados se repiten en otras revistas médicas del período. Finalmente podemos distinguir artículos seleccionados de otras revistas médicas como *“Vida Médica”*, *“Revista de Pediatría”* y *“Revista de higiene y medicina preventiva”*, en ellos consideramos algunos escritos posteriormente al límite temporal, que hacen un trabajo retrospectivo sobre el tema de investigación, y otros que siendo escritos en la década del 50’, nos proporcionan una mirada anterior al problema.

Dentro del segundo grupo de fuentes documentales que utilizaré están las pertenecientes al ámbito gubernamental. Destacamos la revisión del *“Anuario de historia de la Medicina”* en el cual no se asume la planificación de la familia como un tema relevante dentro de sus volúmenes, pero si se trabajará con una declaración del señor Ramón Valdivieso⁴⁶ donde aborda el tema de la salud pública en Chile. Dentro de los documentos emitidos por el Servicio Nacional de Salud, se han revisado los *Anuarios de Nacimientos* y los *Anuarios de atenciones hospitalarias Materno Infantiles* del período estudiado. Dichos documentos son fundamentales para establecer la variación demográfica así como las tendencias de la población en cuando al

⁴⁵ La medicina social la define como el estudio del estado de la salud y al prevalencia de enfermedad en una comunidad y en los diferentes grupos económicos y sociales. En: Strom, Axel, “Demografía y Estadísticas Vitales”, **Cuadernos Médicos-Sociales**, Santiago, Número 5, 1960, p. 56.

⁴⁶ Ministro de Salud 1964-1970.

crecimiento de la familia. Además, se revisó la guía actual de 'Normas Nacionales sobre Regulación de la fertilidad', años 2008 y su posterior actualización año 2014 desarrollada por el Gobierno de Chile y el Ministerio de Salud.

Por último, dentro del tercer grupo de fuentes utilizadas están las relacionadas con organizaciones independientes nacionales e internacionales. En primer lugar destacamos el "*Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia*" (APROFA), que si bien habría sido interesante revisarlo en la serie completa de publicaciones, para la siguiente investigación se ha cubierto el límite temporal sólo con números escritos posteriormente a él. Pese a esto, se han recopilado cifras seriadas de todos los años de investigación en cuanto a nacimientos, defunciones y abortos. Lo más importante de este Boletín, es la intención de APROFA en torno a la planificación familiar en Chile y los medios de acción realizados en conjunto con el Estado para llevar a cabo su misión, la cual se abordará con profundidad en los capítulos posteriores. Otros documentos que se revisaron son los publicados por la *Federación Internacional de Acción Familiar* en congresos y seminarios internacionales relativos al control de la fertilidad y planificación familiar. Si bien éstas publicaciones son escritas posteriormente al límite temporal de esta investigación, abordan de manera histórica el fenómeno, proporcionando una mirada interesante en lo relativo a la influencia extranjera sobre las políticas de planificación familiar.

Marco metodológico

Las fuentes descritas anteriormente buscan por un lado dar respuesta a los objetivos de investigación y por otro, someter a prueba la hipótesis planteada. Sin embargo, el trabajo que se realizará con ellas, requiere de una perspectiva metodológica que justifique el trabajo.

El siguiente estudio como se ha expuesto anteriormente, posee una perspectiva cultural de investigación, es por esto que en términos metodológicos generales podemos decir que se inscribe dentro de un análisis cualitativo de investigación y no cuantitativo.

El enfoque cualitativo, busca dar respuesta a los problemas de investigación mediante el uso de un enfoque descriptivo, más subjetivo y profundamente analítico por parte del investigador. Se deja a un lado la objetividad del documento, dado que el análisis que se requiere busca conseguir la representación del corpus documental motivado por el problema de investigación. Los resultados obtenidos son subjetivos y corresponden a una interpretación por parte del

investigador. Así mismo, dado que constituye un análisis múltiple del objeto de estudio, debe tener un carácter inductivo.⁴⁷

Si bien, el problema de investigación que se está planteando, no constituye en sí mismo un análisis de discurso, la teoría que sustenta el estudio del corpus documental seleccionado se refiere al ámbito del análisis de discurso como una herramienta práctica dentro de los métodos cualitativos de investigación.

Los documentos presentados, tanto las revistas médicas como los documentos oficiales del Estado, para su correcta interpretación deben ser leídos de forma rigurosa. Para esto, nos valemos de la teoría del análisis del discurso la cual enfatiza que el *“lenguaje no es transparente, los signos no son inocentes, que la connotación va con la denotación”*⁴⁸ es decir, el discurso que encontremos en las fuentes seleccionadas, no se debe ver como un proceso mecánico de decodificación de palabras, sino que hay que analizar la intencionalidad del documento, y de este modo trabajar con el componente inferencial del mismo, o sea, *“las palabras significan mucho más de lo que dicen”*⁴⁹. Por ejemplo, para la siguiente investigación, analizar los artículos en relación al proceso de control de la fertilidad, comprende considerar desde el autor del documento, el campo al cual pertenece, el lugar que ocupa dentro del ámbito médico y la realidad que se quiere ilustrar mediante el artículo, de modo que nuestro estudio no quede supeditado solamente el dato sencillo, sino a la proyección de los documentos en la problemática histórica.

Por lo tanto, las fuentes no son necesariamente reflejo de la realidad, sino que poseen cierta opacidad. Es decir, es fundamental *“leer los discursos para leer la realidad social”*⁵⁰.

La técnica metodológica del análisis del discurso no posee un método claro, a menudo en el ámbito de la lingüística suele haber pautas para enfrentar el documento a investigar como el transactivo- transformacional o el contextualismo británico⁵¹. Como el siguiente trabajo no opera bajo la lógica de la lingüística en términos del discurso sino más bien opera en la justificación del análisis documental, solo utilizaremos a modo operativo las categorías

⁴⁷ Para una lectura más profunda sobre métodos cualitativos ver Shaw, Ian. “La evaluación cualitativa: introducción a los métodos cualitativo”, Paidós, Barcelona, 2003.

⁴⁸ Santander, Pedro. “Por qué y cómo hacer análisis de discurso”, En: **Cinta de Moebio**, Santiago, número 41, 2011, p. 208.

⁴⁹ Ídem.

⁵⁰ Ibíd. p. 209.

⁵¹ Ibíd. p. 216.

conceptuales del problema de investigación expuestas anteriormente para llevar a cabo una búsqueda en los documentos en base a los objetivos y a la hipótesis. Dichas categorías son: control de la fertilidad y planificación familiar en su manifestación dentro de las políticas de Estado. Así como lo plantea Pedro Santander, podemos decir que *“nuestra opción por los conceptos claves es totalmente racional y que en el AD [análisis de discurso] lo usamos como categorías conceptuales ya que identificamos en ellos una dimensión operativa, que es la que nos sirve para iluminar teóricamente el objeto de estudio”*⁵².

Dicho lo anterior, también debemos especificar el uso de ciertos datos numéricos en nuestra investigación, los cuales no estarán trabajados como parte de un enfoque cuantitativo de investigación, sino que servirán como una muestra que se analizará desde el punto de vista cualitativo cultural. Es decir, los datos numéricos, demográficos y principalmente las tablas que se encontrarán al interior del siguiente trabajo buscan dar apoyo al análisis del corpus documental bajo una categoría numérica, que servirá para la profundización de los múltiples factores que inciden en el problema del control de la fertilidad y la planificación familiar desde una perspectiva cultural.

Discusión Bibliográfica

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario revisar cómo se ha tratado el tema bibliográficamente. En primer lugar, debemos destacar que la discusión sobre las políticas de control de la fertilidad y planificación familiar en Chile ha sido trabajada de manera reciente por intelectuales ajenos al ámbito médico, por lo que la bibliografía al respecto no es muy abundante. Sin embargo, debemos destacar que los libros y artículos que existen sobre el tema sin duda son un aporte a la discusión que a continuación presentamos ya que exponen diferentes aristas del problema que profundizaremos en mayor o menor medida en el estudio.

Una de las autoras que más ha dedicado su atención sobre el tema del control de la fertilidad y planificación familiar es Jadwiga Pieper. Pieper es una historiadora norteamericana cuya carrera se ha especializado en temas como historia de América Latina, enfoque de género, derechos humanos, y particularmente en Chile, ha investigado arduamente sobre esterilización, aborto y salud pública. Dentro de este último tópico, su interés radica actualmente en la vida de

⁵² *Ibíd.* p. 218.

Benjamín Viel y su labor en los temas relativos a la planificación familiar y control de la fertilidad durante el siglo XX.⁵³

En su libro *“The Politics of Motherhood: Maternity and Women’s Rights in Twentieth Century Chile”* podemos ver claramente su investigación por los temas de planificación familiar en nuestro país. En primera instancia, se toma como motivación al estudio el planteamiento malthusiano del crecimiento de la población como una preocupación por parte de los gobiernos en pro de un plan modernizador y de crecimiento económico. Dicho planteamiento, ha sido acogido en las primeras páginas de esta investigación pues consideramos que sin duda Robert Malthus fue el primero en mediatizar el tema sobre el crecimiento de la población. Posteriormente, el libro adopta un registro en torno a la trayectoria de las políticas de planificación familiar con un enfoque de género, dentro del cual se reconoce a la mujer Chilena como una espectadora dentro de las políticas de planificación familiar, sin estar involucrada activamente en ninguna propuesta concreta de programa. El control de la fertilidad no se vio, según Pieper, como una liberalización de la mujer, muy por el contrario, el poder que tuvo la mujer sobre su cuerpo al utilizar métodos anticonceptivos, no fue un reflejo del poder subyugado al hombre dentro de la esfera privada del hogar.

Si bien el libro plantea un enfoque de género respecto al problema, para la siguiente investigación resulta relevante considerar aspectos políticos citados por la historiadora puesto que dentro de la trayectoria que realiza sobre las políticas de control de la natalidad enfatiza el rol de los gobiernos, como el de Eduardo Frei Montalva y el de la Unidad Popular y propone cierta continuidad entre ambos. Por otro lado, se reconoce así como lo hemos planteado en líneas anteriores un quiebre en los programas de planificación familiar durante el Golpe Militar. Luego del año 1973, no prosperó la política de “paternidad responsable” ni el anhelo de “atención integral” a la mujer, propuesto por los gobiernos predecesores.

Por otro lado, debemos rescatar la amplia recopilación de fuentes utilizadas en dicho trabajo como revistas, boletines, actas hospitalarias y el uso de fuentes extranjeras como las de la Fundación Rockefeller, que sin duda aportan otra mirada al problema de la planificación familiar en Chile. Algunas revistas que recoge la investigación, también han sido utilizadas en

⁵³ Berlagosky, Fanny. “Entrevista a la historiadora Dra. Jadwiga Pieper Mooney. Encuentros con biografía e historia: El Dr. Benjamin Viel y las políticas de la salud pública”. En: **Revista Chilena de Salud Pública**, Vol. 17, año 2013, pp. 63-67. <Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/26647/28222>> [consulta: 15-01-20015]

este estudio, pese a esto, a continuación están presentes otras fuentes documentales que no han sido revisadas por la investigadora norteamericana a modo de ser un aporte al tema en cuestión, como los “*Cuadernos Médicos Sociales*” o ciertos documentos internacionales emanados de Congresos.

Jadwiga Pieper, también es autora de un artículo presente en el libro “*Por la Salud del Cuerpo*”⁵⁴ titulado “*Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y programas de planificación familiar en Chile*”. En el, se aborda el tema de la planificación familiar con el mismo enfoque de género del libro que presentábamos anteriormente, si embargo, su foco central es el aborto, sus causas y la incidencia de él en la mortalidad materna y su repercusión en los programas de planificación familiar. Su aporte es bastante significativo puesto que realiza un seguimiento en los avances realizados por distinguidos médicos en torno a la anticoncepción. Dichos datos, son sin duda producto de una revisión acuciosa de fuentes documentales emanadas directamente desde el área médica. Se construye así, una nueva redefinición del aborto, ya no como un tema dentro de la esfera privada sino como un tema de salud pública. Sin embargo, no se reconoce una equidad de género con respecto al problema anticonceptivo de las mujeres. La inferioridad y la falta de poder que tenía la mujer en el hogar era replicada en la relación de ella con el médico. Muchas veces el fin de los programas no era lograr un bienestar íntegro de la mujer o una atención completa sino prevenir el aborto o fomentar métodos anticonceptivos. Otra arista que se repite en el artículo, es la falta de participación de las mujeres en la elaboración de políticas de planificación familiar.

Tanto el libro como el artículo de Jadwiga Pieper son, a nuestro parecer un gran aporte a la discusión en torno a la planificación familiar, sin embargo, su marcado sesgo por la historia de género, tiende a funcionalizar el libro en torno al rol de la mujer en dichas políticas y el elemento relacionado netamente a la arista política y de Estado, se visualiza con un lente desde la equidad de género.

Ximena Jiles Moreno y Claudia Rojas Mira, son dos intelectuales chilenas que han tratado el tema de la fecundidad en nuestro país. En su libro “*De la miel a los implantes : historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*”⁵⁵ abordan el tema desde una mirada patriarcal hacia la mujer, es decir, a propósito de los sistemas de dominación y patriarcado impuesto en las

⁵⁴ Zárate Campos, María Soledad (Comp.) “Por la Salud del Cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile”, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008.

⁵⁵ Jiles Moreno, Ximena y Rojas Mira, Claudia. “De la miel a los implantes: historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile”, Corporación de Salud y Políticas Sociales, Santiago, 1992.

familias chilenas a lo largo de toda su historia, analizan las políticas de planificación familiar dentro de un marco de equidad de género. Es bastante interesante la recopilación histórica que hacen en lo que se refiere a métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres desde la antigüedad, dado que fundamentan de esta forma la motivación por un estudio sobre control de la población, ya que ha sido una preocupación por parte de los seres humanos desde antaño. Por otro lado, se hace una construcción bastante rigurosa del Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMECH), más adelante profundizaremos sobre dicho organismo, sin embargo cabe destacar que fue constituido por mujeres activamente políticas, feministas y constituye la primera organización en hablar de forma clara, directa y pública sobre temas de anticoncepción femenina. Por otro lado, al igual que Judwiga Pieper, concluyen que pese a todas las políticas elaboradas sobretodo después del año 1965 en nuestro país con respecto a la planificación familiar nunca fue la mujer un agente activo en la elaboración de dichas políticas, sino más bien una receptora y ejecutora pacífica de los programas.

Además De la Miel a los implantes, por ser un libro cuyo lente es el enfoque de género, no trabaja de forma tan explícita ni aborda a cabalidad factores externos de la planificación familiar en Chile propios de la arista política como son el contexto internacional de la Alianza por el Progreso, y con eso, la vinculación de las diferentes organizaciones a nivel mundial en la construcción de una política de control de la fecundidad. Mas bien, el libro centra su atención en los factores locales y en organizaciones como APROFA, y su aporte a los programas y atención de las mujeres sobre métodos anticonceptivos.

Dentro de sus fuentes documentales, sin embargo, podemos encontrar una gran rigurosidad en la construcción de la historia del MEMCH utilizando su medio de difusión: “La mujer nueva”. Dentro de la siguiente investigación sin duda es un aporte dado que el MEMCH se posiciona para nuestro marco temporal como un antecedente muy importante en lo que respecta al control de la fertilidad fuera del área médica.

Pese a lo dicho anteriormente, es necesario mencionar que Claudia Rojas Mira, en su tesis de magíster⁵⁶, y en dos artículos⁵⁷ que abordan el tema de la mujer y la planificación familiar, sin

⁵⁶ Rojas Mira, Claudia. “Poder, mujeres y cambio en Chile (1964-1973): un capítulo de nuestra historia”. Tesis para optar al grado de Maestría en Historia, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Iztapalapa), División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Historia, México D.F. 1994 <Disponible en: <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0062367.pdf>>

⁵⁷ Rojas Mira, Claudia. “Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático”. <Disponible en: <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/histor1201.pdf>> y Rojas Mira, Claudia. *Lo*

perder el enfoque de género y de feminismo plasmado en su investigación, sí aborda factores externos (principalmente internacionales) en lo relativo a la planificación familiar. Hace alusión a la Alianza para el progreso y a la intervención tanto económica como política hecha por Estados Unidos en Chile, por medio de organizaciones como la IPPF o las Fundaciones Rockefeller y Ford. Asimismo, aborda antecedentes históricos del problema, como la gran depresión del 29 y las consecuencias económicas que tuvo para Chile, sobretodo el lo referente a la malnutrición y baja calidad de vida de los habitantes, deplorable bienestar social y salud pública deficiente. Estos antecedentes son un aporte significativo para la siguiente investigación puesto que los factores externos considerados por la autora forman parte del estudio en construcción, aludiendo a la multidimensión que constituye un estudio cultural.

Dichos trabajos, si bien utilizan una amplia recopilación documental entre diarios y revistas como *“Paula”*, *“Eva”* y *“Paloma”* podemos ya notar que su enfoque es principalmente el rol de la mujer en la planificación familiar más que las políticas estatales y el desarrollo de los programas en sí mismos. No hay referencia a ninguna revista del área médica, siendo en éste contexto donde estaba la vanguardia en los temas de anticonceptivos y planificación familiar y donde se generaba el debate con datos precisos. Sino más bien se trabaja con revistas donde el rol de la mujer en la sociedad es un tópico relevante.

Finalmente, otro documento que aborda el tema es la tesis de Paula Lara *“Usted y su esposo ahora puede tener los hijos que deseen”* que hace una descripción sobre los programas de planificación familiar en Chile, pero no problematiza al respecto en torno a un enfoque de género, pese a que las fuentes documentales son en gran medida revistas para mujeres como las mencionadas anteriormente. Sin embargo agrega también algunas revistas del área médica pero son utilizadas en una contribución puramente descriptiva. El aporte que destaca en esta publicación es la incorporación del rol de la Iglesia y de las mujeres Católicas en la utilización de anticonceptivos. Ciertamente pese a ser un factor de importancia, los autores anteriores concuerdan que si bien la iglesia poseía dentro de sus lineamientos un planteamiento pro vida, las mujeres católicas tenían a su disposición métodos anticonceptivos y eran utilizados con la misma frecuencia de quienes no pertenecían a la Iglesia Católica.

El texto anterior, no posee una indicación de los factores externos internacionales mencionados anteriormente, que son fundamentales para comprender las proyecciones de la planificación

global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile. En **Estudios Avanzados**, Universidad de Santiago, Santiago, Año II, 2009, pp. 7-27.

familiar en Chile. Es por este motivo, que el aporte a la siguiente investigación es la obtención de ciertos datos encontrados en las fuentes, que podrían facilitar la búsqueda en los documentos y las fuentes presentadas anteriormente en la investigación.

Existen otros estudios que abordan de manera tangencial el problema de la planificación familiar y control de la fertilidad. A menudo podemos encontrar este tópico a propósito de temas como el aborto o la educación sexual. Tal es el caso de Claudia Acevedo Puentes, cuya Tesis *“Opiniones y valoraciones de jóvenes universitarios sobre sexualidad, maternidad y aborto. Estudio cualitativo desde los derechos sexuales y reproductivos y el enfoque de género”*⁵⁸ Donde presenta los antecedentes de la planificación familiar en Chile, cabe destacar que al igual que todos los autores anteriores reconoce la continuidad de los proyectos en torno a la población hasta el año 1973, y que a partir de ese minuto se presenta un quiebre en el rol y los programas de gobierno frente a la salud pública y el crecimiento de la población. Por otro lado, hace referencia al tema del aborto, y sus causas, que en gran medida coinciden con las conclusiones presentadas por Judwiga Pieper y Ximena Jiles Moreno, en su incidencia dentro de la mortalidad materna. Por este motivo, debe ser considerado solo como una aproximación al tema pero no ahonda en un aporte para la discusión analítica de las políticas de planificación familiar

Otro estudio tangencial al problema lo presentamos en la tesis de Ricardo Vásquez Urra sobre *Políticas de planificación familiar y el aborto en Chile*⁵⁹. Su aproximación al tema es fundamentalmente desde el derecho, por lo tanto su descripción del problema de la planificación familiar lo sintetiza de manera bibliográfica, utilizando principalmente las publicaciones de Claudia Rojas Mira aunque sin citarlas. Por lo tanto, su aporte es la propuesta en el área del derecho para una ejecución y gestión de programas de planificación familiar, alejándose del tema que abordaremos a continuación. Analíticamente, no posee un aporte significativo al debate puesto que no enuncia ninguna propuesta de su autoría.

⁵⁸ Acevedo Puentes, Claudia Alejandra. “Opiniones y valoraciones de jóvenes universitarios sobre sexualidad, maternidad y aborto. Estudio cualitativo desde los derechos sexuales y reproductivos y el enfoque de género”, (tesis) Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago, 2007.

⁵⁹ Vásquez Urra, Ricardo. “Políticas de Planificación familiar y el aborto en Chile”, (Tesis). Universidad de Chile, Facultad de Derecho, Santiago, Agosto 2004.

SEGUNDA PARTE

Contexto historiográfico y antecedentes del problema

Al estudiar las políticas de control de la fertilidad y planificación familiar en Chile, necesariamente se cruzan sujetos de dos esferas de poder, como es la médica y la política. La primera, según Carlos Bustos, había presentado un *“vigoroso ascenso social y político desde 1925 y la década de los treinta, que estructuró un estamento organizado, con representación política importante en el Parlamento, con legitimidad intelectual y científica en las Universidades y con prestigio social en la opinión pública”*⁶⁰. Además, constituían un grupo que interactuaba con el proletariado y que tenía los medios de incidencia política para intervenir en las reformas, planes y programas implementados por el gobierno. Por otro lado, la esfera política siempre estuvo dividida entre las fuerzas más conservadoras y aquellas más liberales, estableciendo en el plano institucional políticas coherentes con la tendencia del gobierno de turno.

Por este motivo, los documentos que han sido revisados en el siguiente trabajo, así como los estudios contenidos en ellos, si bien pertenecen y emergen desde la esfera médica, actúan bajo la institucionalidad sanitaria de la época, y responden a las políticas públicas impulsadas por el Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, también se ha trabajado con documentos y estudios realizados y publicados de forma particular por equipos médicos, que no responden a una estrategia administrativa del Servicio Nacional de Salud, sino más bien, responden a inquietudes por la medicina social entre los médicos de la época.

Dicho lo anterior, y para una mejor comprensión dentro del estudio de las políticas de control de la fertilidad y planificación familiar considero importante destacar la creación del Servicio Nacional de Salud en el año 1952, puesto que será el organismo donde se sintetizarán y emergerán las prácticas políticas y médicas con respecto al tema estudiado. Además, la génesis, desarrollo y culminación de dicho organismo, se puede entender como un espejo de la convergencia y divergencia entre las dos esferas de poder mencionadas anteriormente.

Si bien la promulgación de la ley 10.383 que daba origen al Servicio Nacional de Salud fue aprobada el año 1952, sus inicios se remontan casi una década atrás, pues a principios de los años 40', Salvador Allende en su cargo de Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social,

⁶⁰ Molina Bustos, Carlos. “Institucionalidad sanitaria chilena 1889 – 1989, LOM, Santiago, 2010, p. 98.

elaboró un proyecto de ley que abarcaba en gran medida las posturas de los médicos y su visión de la salud en Chile, como por ejemplo:

“-la concepción social de los problemas médicos o medicina social.

-la socialización de la medicina en tanto obligación principal del Estado de Bienestar para toda la colectividad.

-la centralización de la función sanitaria en una sola institución de carácter técnico.

-el predominio del saber médico sobre la intervención legal y política en la planificación y comando de los servicios.

-una visión corporativista de las relaciones entre profesionales y trabajadores de la Salud y el Estado.”⁶¹

El proyecto de ley, promovía la creación de un organismo centralizado, dotado de autonomía financiera por medio de un Fondo Único Nacional que se hiciera cargo de la Salud de todos los chilenos y chilenas, y, de este modo, superar las exclusiones que eran parte de la norma legal del Seguro Social de 1924. En lo concreto, se planteaba la idea de la creación de un Servicio Nacional de Salubridad. Al mismo tiempo, *“subyace en esa formulación una nueva conceptualización de la salud como el derecho del pueblo a una vida digna, propia de un pueblo culto, mucho más allá del concepto de salud entendido a partir de la necesidad de preservar la continuidad, la eficiencia y efectividad productivista y la rentabilidad de los procesos ligados al trabajo, en los marcos del capitalismo (...)”⁶².*

La división política en Chile durante la década del 40' hizo que el proyecto mencionado anteriormente nunca viese la luz. No fue hasta 1950 cuando se reanuda el debate, que, apremiados por la urgencia de mejoras en el sistema de salud, las fuerzas conservadoras apoyados por una mayoría en el congreso, aprueban la ley 10.383 bajo la cual se creó el Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, lo haría bajo supuestos muy distintos a los del proyecto encabezado por Salvador Allende.

Si bien la creación de un servicio nacional de Salud, que unía todas las instituciones hasta el momento existentes por las que se podía lograr atención médica o sanitaria (Caja de Seguro

⁶¹ Ibíd, p.109.

⁶²Ibíd, p. 121.

Obrero Obligatorio, Servicio de Beneficencia y asistencia social, Dirección General de Sanidad, Dirección general de protección a la Infancia y adolescencia, Instituto Bacteriológico⁶³) no contó con la autonomía tanto administrativa como económica para lograr la cobertura necesaria y poder así alcanzar la meta de atención digna para todos los chilenos.

La pugna y la división política por la que atravesaba el país en ese momento, cuando era presidente Gabriel González Videla, provocó que la reforma sanitaria y de salud en Chile se realizara bajo doctrinas e ideologías conservadoras. *“En ese sentido es posible afirmar que la derecha, que había ayudado a desempantanar el proyecto, no estuvo dispuesta a asumir una reforma que significaba entender que sus costos correspondían a todos los ciudadanos (...)”*⁶⁴. Es decir, la reforma sanitaria en Chile, se realizó bajo una dicotomía ideológica que condicionaba las reformas sociales en pro del desarrollo económico librecambista.

Como consecuencia de lo anterior, el recientemente fundado Servicio Nacional de Salud, estuvo condicionado en su actuar tanto en lo económico como en lo administrativo, pues no contaba con infraestructura ni personal suficiente para lograr los alcances necesarios para atender a toda la población. Para la década de 1950, ya con un organismo nacional que se ocupaba de los problemas de salud en Chile, la evidencia de las enfermedades y problemas sanitarios se hizo mucho más evidente. El desarrollo al cual aspiraba el país tenía un tremendo talón de Aquiles que era la salud de los chilenos y chilenas.

A continuación presentaré el contexto que “detona” la puesta en marcha de forma oficial de los programas y políticas de control de la fertilidad y planificación familiar en Chile a inicio de los años 60’.

El problema demográfico

Como he expuesto anteriormente, en general el problema que antecede una motivación al estudio de la planificación familiar y control de la fertilidad, son los cambios demográficos de la población. Éstos obligan de una u otra forma, al Gobierno de cada país, a replantearse sus políticas en relación a diversos sectores como la salud, educación, el desarrollo urbano, etc. para fomentar el desarrollo del país a lo largo del tiempo.

⁶³ Cfr. Lara, Paula. “usted y su esposo ahora pueden tener todos los hijos que deseen” (Tesis). Universidad Alberto Hurtado, Departamento de Historia, Santiago, 2008, p. 28.

⁶⁴ Molina Bustos, Carlos. “Institucionalidad sanitaria chilena 1889 – 1989, Op. Cit.p. 99.

En el ambiente médico, el estudio de la demografía se potencia en tanto posee relación con diversas aristas dentro del sistema de salud. En 1960 Axel Strom, durante su curso de medicina social, es bastante ejemplificador cuando habla *“que la demografía y estadísticas vitales pueden dar al futuro médico una comprensión y conocimiento profundo del medio en el que va a actuar, lo que le da autoridad para opinar sobre la mejor forma de organizar servicios médicos públicos”*⁶⁵. Considero que abordar el contexto demográfico para el periodo de investigación, es fundamental para comprender la visión sobre cómo se abordó el problema del control de la fertilidad y la planificación familiar en Chile en una perspectiva histórica dentro de la investigación. Dado que, como indica el profesor Dr. Hernan Alessandri a los egresados de la generación de 1959, los médicos ven los problemas colectivos de las personas y ayudan al desarrollo del país influyendo tanto en la vida como en la cultura de los sujetos.⁶⁶

La preocupación por las estadísticas vitales, durante el siglo XX fue un tema cada vez de mayor importancia tanto en Chile como en el mundo. Como he indicado en la introducción de este trabajo, existen diversas opiniones en cuanto al crecimiento demográfico o la “explosión demográfica” que acontece en la población mundial. Sin embargo, *“cualquiera que sea la posición frente al problema en el momento actual debe, por lo menos, plantearse científicamente, si es que no puede resolverse científicamente”*⁶⁷ La anterior será en gran medida la consigna que motiva las investigaciones en el área médica a partir de mediados del siglo XX.

Para 1962 la población mundial es de 3.115.000.000, distribuidos de la siguiente forma:

Tabla 1 “Distribución de la población mundial por continente”

Región	Millones de habitantes
Asia	1.747
Europa	433
América del Norte	278

⁶⁵ Strom, Axel. “Demografía y Estadísticas Vitales”. En **Cuadernos Médicos Sociales**, Febrero 1960 N°5, p. 56. Santiago.

⁶⁶ Alessandri, Hernán. “La misión del médico en la sociedad”. En **Cuadernos Médicos Sociales**, Junio 1960 N°7, p. 13.

⁶⁷ Alfred Sauvy. “El aumento de población en el mundo y los problemas que plantea” Adaptado por A. M. Kaempfer. En **Cuadernos Médicos Sociales**, Septiembre 1962 N°2, p. 32.

África	267
URSS	221
América del sur	152
Oceanía	17
Total	3.115

Alfred Sauvy. "El aumento de población en el mundo y los problemas que plantea" Adaptado por A. M. Kaempfer. **En Cuadernos Médicos Sociales**, Septiembre 1962 N°2, p. 32.

La distribución de la población que se muestra en la Tabla 1, no parece ser tan alarmante, sin embargo, hay que tener en cuenta que la población mundial nunca había tenido una tasa de crecimiento tan acelerada como a mediados del siglo XX. Los estudios planteaban que si la población seguía teniendo los mismos indicadores, en 40 años más, la población mundial se iba a duplicar llegando a un total de 6.000.000.000⁶⁸. Cifras realmente alarmantes teniendo en cuenta que el crecimiento de la población no es uniforme en todas las regiones del planeta. Por ejemplo, para el año señalado, *"en el Reino Unido, la tasa es de 0,5% al año, mientras en Brasil llega a 3,4% al año. A esta tasa, la población de Brasil se duplicará en sólo 21 años"*⁶⁹. Por lo tanto, el crecimiento demográfico *"tiene variables regionales y se condiciona por diversos factores, que están íntimamente ligados al desarrollo socio-económico y cultural existente en los diversos medios"*⁷⁰. Es por este motivo, que el impacto que se da en una región no es igual a otra, fundamentalmente porque la capacidad económica de los Estados es diferente, y en consecuencia, las políticas que ellos apliquen para enfrentar las dinámicas demográficas dependen de su nivel de desarrollo.

Dos años después, los indicadores señalaban que el crecimiento de la población mundial era en escala de 2,1% anual, sin embargo era *"aun mucho más veloz en las regiones y países en subdesarrollo, alcanzando dicho índice su mayor magnitud en Latinoamérica, donde la tasa en referencia fue en 1964, de 2,8%."*⁷¹

El crecimiento de la población, tiene relación directa con dos indicadores demográficos: la tasa de mortalidad y la tasa de natalidad. Se entiende, por lo tanto que cuando la tasa de mortalidad disminuye, y la tasa de natalidad aumenta, estamos en presencia de un crecimiento de la población para un rango de tiempo determinado.

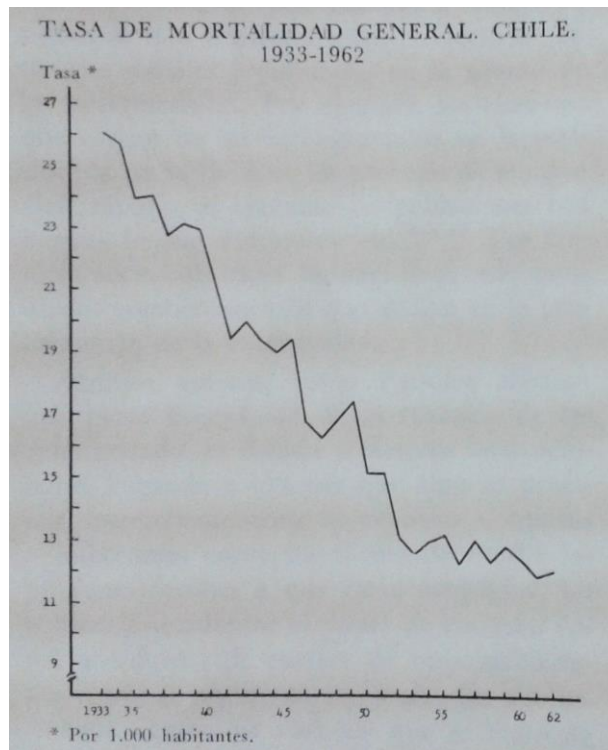
⁶⁸ Cfr. Alfred Sauvy. "El aumento de población en el mundo y los problemas que plantea", op. Cit. , p. 32

⁶⁹ Ídem.

⁷⁰ Rosselot, Jorge. "Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. VII, Junio 1966, N° 2, p. 16

⁷¹ Ídem.

Chile, según lo explica la investigación de Hugo Behm y sus colaboradores sobre un estudio de la mortalidad en Chile realizado en 1963, sostiene que la mortalidad en general ha ido disminuyendo desde 1937 hasta 1953, sin embargo a contar de esta última fecha se ha mantenido constante, en un nivel que aun es alto comparado con otros países del mundo.



[Imagen] Behm, Hugo y colaboradores. "Tendencias recientes de la mortalidad en Chile" En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol IV. Marzo-Junio 1963, N° 1-2, p. 16

Chile, desde 1937 hasta 1953 redujo su tasa de mortalidad general casi a la mitad, "de 26 a 12,5 defunciones anuales por mil habitantes"⁷². Lo anterior, manifiesta claramente un proceso de desarrollo y control de ciertas enfermedades como la tuberculosis, neumonía, bronconeumonía y enfermedades infecciosas que eran las principales causas de muerte durante la década de 1930. Este control se logra también por el novedoso uso de antibióticos como la estreptomina⁷³. Si

⁷² Behm, Hugo y colaboradores. "Tendencias recientes de la mortalidad en Chile" En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. IV. Marzo-Junio 1963, N° 1-2, p. 16

⁷³ La estreptomina es un antibiótico que se utiliza principalmente para combatir la Tuberculosis, micro bacterias, entre otros. Ref. Defiló, Bernardo. "Farmacología médica 3 – Drogas esenciales antiinfecciosos", INTEC, Dominicana, 1985, p. 52.

dicho descenso de la tasa de mortalidad se hubiese mantenido en su misma proporción hasta 1960, “se habrían ahorrado aproximadamente 28.000 de las 93.625 defunciones registradas”⁷⁴. Si bien la cifra ha permanecido estacionaria en 12,5, para el mismo año “fue de 8,1 en Argentina y 9,5 en Estados Unidos”⁷⁵ lo cual, situaba a Chile por sobre éstos dos países. Para todo médico la labor fundamental es salvar vidas, por lo tanto, entre más baja sea la tasa de mortalidad en el país se logra de mejor forma el objetivo fundamental. Por otro lado, una baja tasa de mortalidad es un índice claro de desarrollo, fundamentalmente del sistema de salud que opera así como del desarrollo general del país.

Sin embargo, como he explicado anteriormente, la tasa de mortalidad contribuye al proceso de crecimiento demográfico presente en Chile. Esto se explica, porque si bien se ha logrado disminuir la tasa en forma bastante contundente, ésta se ha estancado, mientras que la tasa de natalidad durante las últimas décadas ha tenido un constante crecimiento. Lo anterior da como resultado un crecimiento de la población sostenido en el tiempo.

Dicho lo anterior, se puede evidenciar un claro crecimiento en el total de nacimientos del país desde mediados de los 50’.

Tabla 2 “Cifras absolutas de niños nacidos vivos en Chile”

Nacimiento	Años				
	1956	1957	1958	1959	1960
Total niños nacidos	234.412	244.900	246.796	249.799	256.674
Con Atención	139.540	150.603	156.696	162.224	171.813
Sin atención	94.872	94.297	90.100	87.575	84.861

Servicio Nacional de Salud. Dirección General. “Atenciones Hospitalarias – Atenciones materno – infantiles”. 1960. p. 26.

En la Tabla 2 podemos evidenciar el claro crecimiento en el total de niños nacidos vivos según las estadísticas proporcionadas por del Servicio Nacional de Salud. Cabe destacar sin embargo, que el número de nacimientos sin atención médica, si bien decae en el tiempo, continúa siendo una cifra alta. De este modo se evidencia en gran medida las precarias condiciones dentro de la atención de salud materno-infantil que aun existían en nuestro país hasta 1960. El hecho que

⁷⁴ Behm, Hugo y colaboradores. “Tendencias recientes de la mortalidad en Chile” op. Cit., p. 16

⁷⁵ Ídem.

una embarazada no sea asistida correctamente por parte de un profesional, podría tener muchas complicaciones tanto para la madre como para el infante, ocasionando en muchos casos la muerte. Según las cifras anteriores, el Servicio Nacional de Salud plantea que para el año 1960 había una tasa de natalidad bruta en nuestro país de 33,6 por mil habitantes.⁷⁶ Cuatro años más tarde, en 1964 la tasa de crecimiento de la población era de 2,7% anual, determinado por *“la elevada tasa de natalidad de 32,9% y la baja de la tasa de mortalidad de un 11,1%”*⁷⁷ que aun, si comparamos esta última con otras regiones, seguía siendo alta.

Así como el fenómeno de la explosión demográfica posee variaciones entre continentes y entre países, dentro de cada país también existen fluctuaciones, que son provocadas para el período estudiado fundamentalmente por los procesos de emigración territorial.⁷⁸ La capital de Chile, Santiago, desde mediados del siglo XIX va siendo el lugar más utilizado por las familias que migran con opciones de mejorar su calidad de vida en términos económicos. Otras opciones donde se observa un crecimiento de la población son algunas regiones del norte como Atacama y del sur como Aysén.⁷⁹

Hay que considerar, que la explosión demográfica tiene sus efectos más inmediatos e irremediables en el núcleo familiar, dado que la gran cantidad de hijos y los escasos suministros para mantenerlos, van creando de forma acelerada un círculo de pobreza, donde la madre usualmente queda al cuidado de los hijos y el marido trabaja en empleos esporádicos, o que simplemente no alcanzan para sobrevivir. Esta dinámica, también trae graves consecuencias de dependencia por parte de la mujer hacia el hombre, dependencia que también se ve reflejada en las decisiones de la constitución de la familia: cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.

En términos de salud, *“el crecimiento demográfico veloz, condiciona riesgos importantes para la salud de la madre y del niño. Estos explican en alta medida la persistencia de elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, sea por la vía del impacto biológico directo, cuya traducción más elocuente es la alta prevalencia que en estas condiciones registra el aborto provocado y*

⁷⁶ Servicio Nacional de Salud. Dirección General. “Atenciones Hospitalarias – Atenciones materno – infantiles”. Chile 1960. p. 27.

⁷⁷ Rosselot, Jorge. “Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile”. Op. Cit., p. 16

⁷⁸ Ref. Stycos, Mayone J. “Población: Perspectivas de control en América Latina”. En: **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**, Vol. XXIX, N°1, año 1964, p. 371.

⁷⁹ Ver anexo Tabla 3: “Tasas anuales de crecimiento intercensal por provincias, Chile 1940 – 1960”. En Rosselot, Jorge. “Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. VII, Junio 1966, N° 2, p. 17. Con ref. Dirección de Estadística y Censos Santiago. Chile 1964.

clandestino, como en forma indirecta debido al deterioro global de las condiciones de bienestar de la familia".⁸⁰ Las mujeres que están a cargo de una familia que aumenta sin tener ellas ningún poder de control, recurren desde antaño a las técnicas abortivas, las cuales operan en un margen de clandestinidad e ilegalidad con métodos altamente dañinos para la mujer. Sin embargo, durante muchos años ha sido ésta la única solución que han encontrado las mujeres para el control del crecimiento demográfico. Por otro lado, el desgaste natural y los escasos recursos con los que cuentan las familias conllevan a que los menores generen cuadros de desnutrición, o desarrollen enfermedades que los lleven a la muerte, pues tampoco poseen los medios para brindarles los cuidados necesarios. ⁸¹ En 1966, Jorge Rosselot señala que *"En nuestro país, los hechos mencionados, se identifican con las actuales tasas de mortalidad materna (3,1%) e infantil (105,3%) prácticamente estacionarias en el último decenio"*.⁸² A continuación se presenta el detalle de cada provincia sobre estos factores.

Tabla 4 "Natalidad, Mortalidad Materna e Infantil por provincias. Chile 1964"

Año	Aborto	Nacidos vivos	Abortos por cien nacimientos
1937	12.963	153.354	8
1938	13.982	154.927	9
1939	14.730	163.589	9
1940	16.254	166.593	10
1941	18.265	165.044	11
1942	19.342	170.222	11
1943	20.009	172.095	12
1944	19.449	174.864	11
1945	21.581	178.292	12
1946	23.619	175.686	13
1947	24.535	186.784	13
1948	26.448	189.236	14
1949	28.514	189.719	15

⁸⁰ Rosselot, Jorge. "Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile". Op. Cit., p. 17

⁸¹ Para una mejor comprensión de la trayectoria de la mortalidad infantil Ver anexo Gráfico 1 "Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos". Donde se muestra el descenso desde 1940 a 1960 de un 37,6 %. Ref. APROFA. "Índices de Salud". En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XXIV, N° 7-12 Santiago, Julio-Diciembre 1988, s/p.

⁸² Rosselot, Jorge. "Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile". Op. Cit., p. 17

1950	29.512	188.323	16
1951	30.571	191.332	16
1952	32.862	195.470	17
1953	33.862	211.808	16
1954	35.748	209.920	17
1955	39.340	225.352	17
1956	41.829	237.268	17
1957	44.945	262.746	17
1958	49.041	262.759	19

Rosselot, Jorge. "Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. VII, Junio 1966, N° 2, p. 17. Ref. de Anuarios 1964 "Nacimientos" y "Defunciones y Causas de Muerte" SNS.

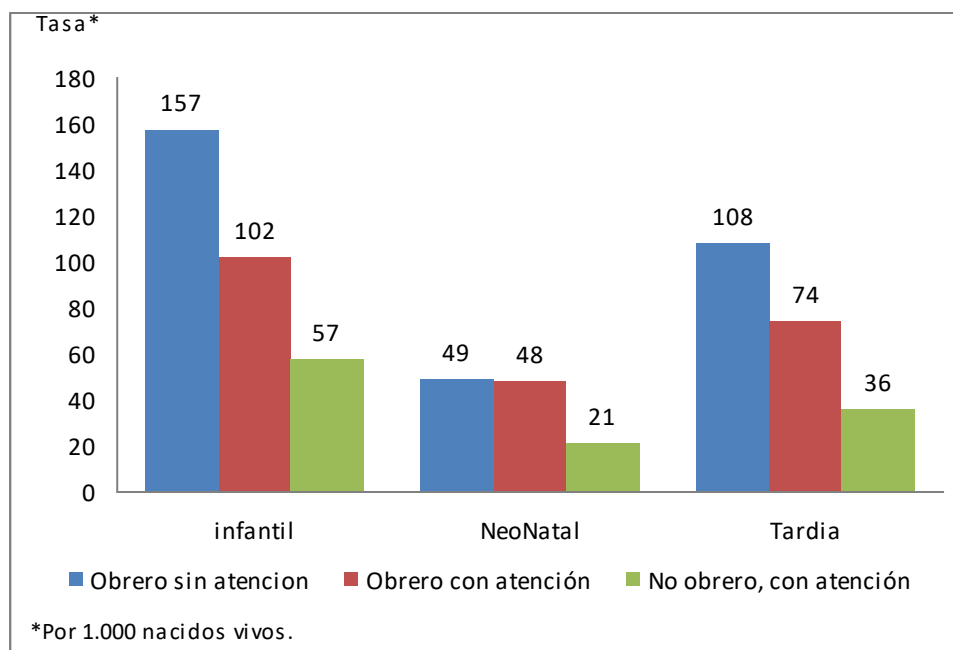
Según la Tabla 4, existe dentro de las provincias de Chile, variados índices, lo cual se explica en cierta medida por la diversa concentración de habitantes en el territorio como se ha explicado anteriormente. También hay que considerar que los sectores rurales usualmente no cuentan con los recursos necesarios para tener suficientes centros de salud para la población o bien existe déficit de personal para esas labores. Para ejemplificar lo anterior usaremos el estudio de Hugo Behm y colaboradores donde, a partir de una comparación con EE.UU, se advierten que en Chile hacia el año 1960 ocurren casi 40.000 muertes al año que son evitables, pero que, debido exclusivamente a las limitaciones de los alcances médicos en las comunidades suceden estos decesos. Si a esto se le suma que el Servicio Nacional de Salud, ha estado activo ya desde 1952, fecha desde la cual se advierte el estancamiento en la tasa de mortalidad, no se puede sino cuestionar los mecanismos y programas deficientes que ocasionaron las altas cifras tanto de mortalidad infantil como materna.

Para ejemplificar de forma clara, el estudio se hizo en función de las altas tasas de mortalidad infantil para el año de 1957, así también las diferencias en las atenciones según es la condición socioeconómica de los participantes del estudio *"los resultados muestran en primer término, el grado de insuficiente cobertura nacional que tienen nuestros programas; aproximadamente 79000 nacimientos del total de 180000 nacidos en la clase obrera no registran atención profesional del parto. Es decir, el 44% del grupo que constituye el objetivo principal del Servicio Nacional de Salud, no estaría recibiendo los beneficios."*⁸³ Como hemos señalado anteriormente, esto representa un grave riesgo tanto para la madre como para los infantes, a continuación

⁸³ Behm, Hugo y colaboradores. "Tendencias recientes de la mortalidad en Chile" Op. Cit., p. 21.

podemos apreciar un gráfico del estudio donde se señala la tasa de mortalidad según la clase y condición social de la familia.

Gráfico 2 “Mortalidad Infantil, Neonatal y 1-11 meses según clase social y atención médica, Chile, 1957”



Elaboración propia. Ref. Behm, Hugo y colaboradores. “Tendencias recientes de la mortalidad en Chile” En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol IV. Marzo-Junio 1963, N° 1-2, p. 21

Desgraciadamente, para 1957 la mortalidad infantil neonatal y tardía, se condice en gran manera con la clase social a la cual pertenecen los afectados. Como he expuesto anteriormente, la atención en un parto, así como los cuidados del infante durante los primeros meses de vida es fundamental. El estudio corrobora que *“en los hijos de obrero sin atención médica la mortalidad infantil alcanza 157 por 1000 nacidos vivos, esto es, uno de cada 6 niños mueren antes de cumplir un año de edad”*⁸⁴ Bajo estas cifras, queda claro que la acción médica está condicionada por el nivel y estrato socioeconómico que posee el individuo afectado.

⁸⁴ Ídem.

Bajo esta realidad, la mujer que estaba embarazada sabía las dificultades y las consecuencias que tendría dar a luz a un bebé, dado que probablemente no tendría las herramientas necesarias para asegurar su bienestar. Para estas mujeres, la solución más frecuente era abortar.

El aborto

La Dra Tegualda Monreal y Benjamín Viel, fueron quizás uno de los primeros académicos en visibilizar y exponer públicamente el problema del aborto en Chile. Remitiéndose a tiempos pasados, la doctora asegura que el aborto no es un fenómeno moderno, sino que, por ejemplo *“la Lex Cornelia de los romanos establecía que quienquiera que diera una bebida afrodisíaca o causare un aborto, sería castigado con la deportación y la pérdida de parte de sus bienes y hasta era condenado a muerte si el paciente fallecía como resultado de estas prácticas”*⁸⁵. Benjamín Viel también destaca la larga data de esta práctica cuando señala que *“se conoce una receta prescrita por un emperador Chino, 25 siglos antes de nuestra era, para provocar el aborto [y que] ciertos pasajes del papiro de Ebers, documento médico de los egipcios, eran fórmulas para acelerar el trabajo de parto o para producir el aborto”*⁸⁶ Desde estos tiempos, e incluso antes es probable que haya existido, debido a las restricciones e ilegalidad, el aborto clandestino. Las razones son innumerables y así como su frecuencia, varían de una región a otra.

En una primera aproximación al problema del aborto en nuestro país, la doctora Monreal publica en “Cuadernos Médicos Sociales” en el año 1961 la primera síntesis bibliográfica sobre la condición actual en la que se encontraba el problema del aborto en Chile, un trabajo cuya exactitud proporcionó una luz de alarma en toda la comunidad médica. En él, asegura que en Chile el aborto ya constituye un fenómeno grave de salud pública a comienzos de los 60’, dado que es una de las principales causas de la mortalidad materna, producto de los escasos y precarios medios en los cuales las mujeres se realizan el aborto ya sea inducido o espontáneo. Dicho lo anterior, el aborto se presenta como un antecedente fundamental para establecer en Chile políticas de control de la fertilidad y planificación familiar donde se establezca una relación tanto cultural, social y política con el desarrollo del país y la constitución de las familias.

⁸⁵ Monreal, Tegualda. “El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. II, Diciembre 1961 N°2. p. 22.

⁸⁶ APROFA. Redactado por Benjamín Viel “El aborto: un problema social”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XVIII, N° 1-12, Santiago, Enero-Diciembre 1982, p. 1.

Es necesario destacar que *“en Chile el aborto es ilegal y la magnitud del problema no la conocemos sino en forma muy incompleta, a través de los egresos hospitalarios y de estudios realizados en grupos seleccionados (hospitalizadas por aborto o por partos y consultantes a policlínicos)”*⁸⁷. Siendo esta la situación, es difícil hacer estimaciones certeras sobre el problema del aborto, y a menudo, las cifras obtenidas estarán por debajo de la realidad a la que se enfrentan muchas familias que optan por esta medida. En Chile, los estudios respecto al tema *“son coincidentes en que solo un tercio de quienes recurren al aborto inducido deben ser posteriormente hospitalizadas”*⁸⁸. Se concluye entonces, que la realidad podría ser incluso tres veces superior a lo que indican las cifras. Los estudios más precisos en esta materia provienen de países donde el aborto ha sido legalizado, aunque persista aun ahí un mínimo porcentaje de abortos clandestinos no cuantificables.

Teniendo en cuenta lo anterior, para establecer un contexto y continuidad adecuados en la investigación, es relevante evidenciar los registros que posee el Servicio Nacional de Salud en relación al crecimiento en el índice de abortos desde 1937 hasta 1958 como lo indica la Tabla 5.

Tabla 5 “Hospitalización por aborto en Servicio Nacional de Salud, Chile, 1937-1958”

Año	Aborto	Nacidos vivos	Abortos por cien nacimientos
1937	12.963	153.354	8
1938	13.982	154.927	9
1939	14.730	163.589	9
1940	16.254	166.593	10
1941	18.265	165.044	11
1942	19.342	170.222	11
1943	20.009	172.095	12
1944	19.449	174.864	11
1945	21.581	178.292	12

⁸⁷ Monreal, Tegualda. “El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente Op. Cit., p. 23

⁸⁸ APROFA. Redactado por Benjamín Viel “El aborto: un problema social”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XVIII, N° 1-12, Santiago, Enero-Diciembre 1982, p. 9.

1946	23.619	175.686	13
1947	24.535	186.784	13
1948	26.448	189.236	14
1949	28.514	189.719	15
1950	29.512	188.323	16
1951	30.571	191.332	16
1952	32.862	195.470	17
1953	33.862	211.808	16
1954	35.748	209.920	17
1955	39.340	225.352	17
1956	41.829	237.268	17
1957	44.945	262.746	17
1958	49.041	262.759	19

Monreal, Tegualda. "El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol II, Diciembre 1961 N°2. p. 22

*"en el lapso de 22 años el número de abortos ha aumentado en Chile desde 12.963 hasta 49.041. Comparado con los nacimientos, las razones correspondientes suben de 8,4 a 18,6 por 100 nacidos vivos. Esto significa que en el año 1958, por cada 5,5 nacimientos se hospitalizó un aborto, es decir, se produjo por lo menos un aborto complicado."*⁸⁹ Dichos abortos pueden ser espontáneos o provocados, sin embargo las cifras indican que al menos dos tercios del total de abortos son provocados.

Ahora bien, teniendo en cuenta el aumento sustantivo de abortos realizados, es necesario indagar quiénes son las personas que se los realizan, qué circunstancias padecen, cómo es la constitución de su familia, etc. Dichos datos nos proporcionarían un esquema aun más claro del problema y por lo tanto, podremos identificar con mayor facilidad los objetivos de las políticas de control de la natalidad, teniendo muy claro cuál es el problema que se busca solucionar.

Dentro de los primeros informes que vieron la luz a comienzos de los 60', se puede declarar que el aborto, en su mayoría, lo realizan mujeres de entre 25 y 40 años de edad. En Chile, es entre los 30 y 40 años donde se registra mayor frecuencia de abortos. Si consideramos que la edad más fértil de la mujer es entre los 20 y 30 años, puede concluirse que los abortos se registran con más frecuencia hacia el término de su periodo fértil. Por otro lado, a mayor sea la edad de la mujer,

⁸⁹ Monreal, Tegualda. "El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente". Op. Cit., p. 24

más precoz es el aborto según el mes de gestación (2° mes o antes). Además “*la mayor concentración de abortos (48%) se observa entre los embarazos 3° al 5°. Sólo un 8,3 % de los abortos corresponden al primer embarazo.*”⁹⁰ En Chile, también el mayor número de abortos se registra en mujeres que ya tienen a lo menos 3 hijos. Esto es bastante representativo con respecto a las tablas que hemos expuesto anteriormente sobre el crecimiento de la población, dado que es insostenible e inviable poder tener más hijos en las circunstancias descritas, quedando como única solución para el control de la natalidad, el aborto. Ahora bien, según indica el estudio de Tegual Monreal sobre la investigación de Welsen, “*en Chile, los factores económicos y la multiparidad no parecerían ser lo más importante, y tal vez la “comodidad”, disfrazada de razón económica, sería la que llevaría a las enfermas a la interrupción del embarazo*”⁹¹. Sin embargo, el doctor Romero, difiere un poco frente a esta observación señalando que “*las causas económicas predominan entre las mujeres casadas (sobre un 60%), en tanto que en las solteras lo son más las sociales (sobre un 50%)*”⁹². Leoncio Matus y Jorge Anguilo también indican como principal causa los problemas económicos, y sociales aunque en menor medida, dado que “*en muchos casos la irresponsabilidad del esposo para enfrentar sus obligaciones como jefe de hogar, ante las exigencias económicas cada vez mayores, hace que deba ser la madre quien asuma la responsabilidad de defender el standard de vida familiar, a través de la limitación del número de sus hijos*”⁹³. Frente a la información que se ha expuesto anteriormente, indicar la comodidad como una de las razones que justifican el aborto, me parece mirar el problema de forma superficial, en primer lugar porque los riesgos a los que se exponen las mujeres son demasiado altos, en segundo lugar, porque así como demuestran las cifras, la mayoría de las mujeres que se provoca el aborto ya son madres de familia con un hogar constituido, y dicha ‘comodidad’ podría referirse principalmente a las mujeres que no tienen hijos, y tercero, así como se ha recopilado dentro de la opinión médica, en muchos casos es la desesperación y/o ignorancia, la que lleva a realizar el aborto al ver insuficientes los recursos económicos para poder sostener otro miembro en la familia. Por último, así como lo entiende la Asociación de Protección de la Familia, en un Boletín de los años 80’, existe un sentimiento de responsabilidad por parte de la madre, frente a los hijos que ya se tienen para tomar la decisión de abortar.⁹⁴

⁹⁰ Monreal, Tegualda. “El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente”, Op. Cit., p. 25.

⁹¹ Ídem.

⁹² Ídem.

⁹³ Matus, Leoncio y Anguilo, Jorge. “Consideraciones sobre el aborto provocado” En: **Boletín del Hospital San Juan de Dios**, Volumen 9, Santiago 1962, p. 300.

⁹⁴ Ref. APROFA. “Índices de Salud”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XXIV, N° 7-12 Santiago, Julio-Diciembre 1988, s/p.

Según el doctor Jorge Rosselot, *“se estima que el aborto representa una irrefrenable tendencia hacia una solución inadecuada, de los problemas que plantea la realidad socio económica, cultural del país, en distorsión creciente por las consecuencias derivadas de la implosión demográfica”*⁹⁵ Es decir, existen diversos factores que inducen a aquel desenlace y los factores económicos siguen predominando las causas a raíz del crecimiento no deseado de las familias. Dicho lo anterior ¿es sólo la madre la “culpable” o la “responsable” del acto de abortar? ¿O es la sociedad en general la que está cometiendo este acto criminal?

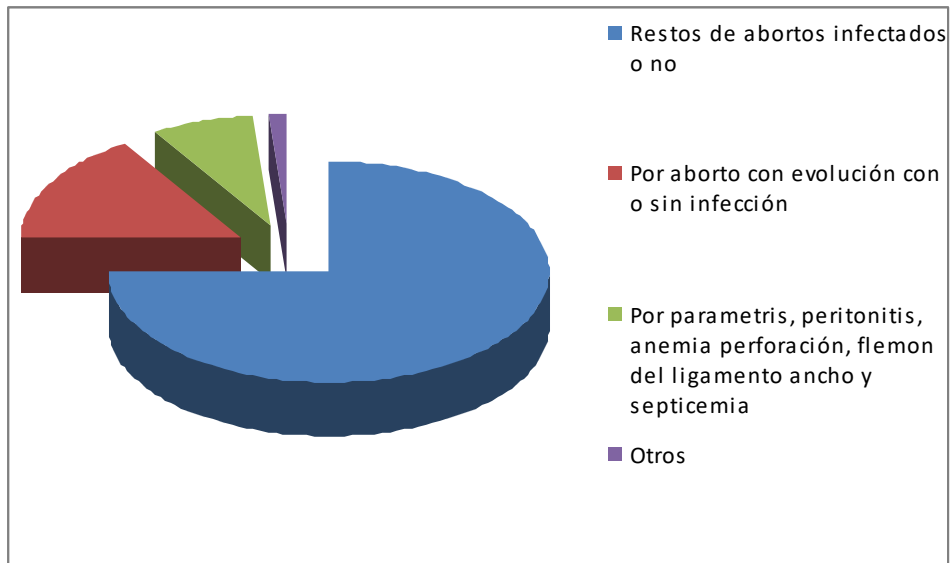
Dentro de las personas que realizan el aborto, en Chile *“predomina la matrona aficionada (79%). [y] entre los procedimientos usados, la sonda ocupa el 61,4 %, siguiéndola el lavado intrauterino (18%), y el raspado (9,4%).”*⁹⁶ En Chile por tratarse de un acto clandestino, la matrona aficionada, que muchas veces no posee los conocimientos necesarios para realizar la operación, procede en condiciones higiénicas deplorables provocando heridas o infecciones a la mujer que aborta. En los países donde el aborto es legal, es un médico el que realiza este procedimiento y usualmente los resultados no devienen en las complicaciones que expondremos a continuación.

Extraída la información desde las Maternidades en el estudio del doctor chileno Hernán Romero, las causas de hospitalización son las siguientes:

⁹⁵ Rosselot, Jorge. “Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile”. Op. Cit.p. 18

⁹⁶ Monreal, Tegualda. “El aborto provocado: síntesis bibliográfica recienteOp. Cit., p. 25. Otro método menos utilizado, pero igualmente peligroso y anti higiénico es el tallo de vegetales, preferentemente de perejil. Cfr. Herrera Moore, Mario. “Aborto y Planificación familiar”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. XIV, Junio 1973, N°2, p. 11.

Gráfico 3 “Causas de hospitalización en las maternidades”



Elaboración propia. Ref. Romero, Hernán y Vildósola, Jerjes. “Introducción al problema de los abortos”. En: **Revista Chilena de Higiene y medicina preventiva**, Tomo XIV, año 1952, pp. 197 – 211.

Según la información proporcionada del Gráfico 3, es bastante frecuente la hospitalización por causas derivadas directa o indirectamente del aborto. Este hecho, constituye un problema de salud pública, como también un problema económico.

Frente a esto, Tegualda Monreal y Rolando Armijo en un estudio posterior publicado en la revista de Ginecología y Obstetricia el año 1964, cataloga el problema del aborto como “epidémico”. Es decir, las características en las cuales se realiza el aborto, más el gran aumento que ha tenido al interior de la población chilena, permite que se hable del aborto como “*una enfermedad que afecta a una masa de mujeres*”⁹⁷. Se plantea que iniciando la década de 60’, el problema del aborto a aumentado su tasa a un 22,3 por 100 en 1960.

En el primer estudio publicado en 1961 por la mencionada doctora, el problema puede dimensionarse en 2 aristas: la primera tiene que ver con el control, limitación o impedimento del aborto, que tendría su respuesta más básica en la implementación masiva de métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo no deseado, a dicha propuesta se suman los doctores

⁹⁷ Monreal, Tegualda y Armijo, Rolando. “Epidemiología del aborto provocado en Santiago”. En: **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**. Vol. XXIX, N° 1, año 1964, p. 33

Matus y Aguilo⁹⁸. Una segunda arista tiene que ver con evitar las complicaciones a causa de un aborto, ya sea provocado o espontáneo, dado que el primero, usualmente se realiza en condiciones precarias. La solución que se plantea en este sentido, es la legalización del aborto no solo bajo causas estrictamente médicas (como era hasta ese minuto), para que las pacientes puedan ser atendidas por médicos en condiciones adecuadas⁹⁹

Según estas reflexiones, la década de 1960 en Chile se inicia con un grave problema no resuelto por parte de la salud pública como es el aborto, el cual, durante largo tiempo se ha tenido como una solución frente al problema del embarazo no deseado, perjudicando en muchos casos la salud de la madre. La posibilidad del control del embarazo con medidas preventivas, y no a consecuencia del mismo, es cada vez más apremiante.

*“Los profundos cambios sociales y económicos de hoy están teniendo un marcado efecto en las costumbres sociales y morales, que a su vez debieran modificar al actitud de la comunidad hacia el problema de aborto. No debe olvidarse que las causas del problema son complejas y que, además de las del orden médico, que son las mínimas, hay razones económicas, morales, éticas, etc., que conducen al aborto y que es necesario considerar.”*¹⁰⁰ Iniciando la década del 60’, la sociedad chilena en general estaba teniendo una necesidad frente al control de la natalidad y por ende, de hijos que desea. Sin embargo, la legalización del aborto no puede admitirse como una medida final frente a este problema. Lo que comienza a plantear paulatinamente el ambiente médico es una “maternidad responsable”, con educación sexual frente a los métodos anticonceptivos donde la madre y el hijo desde su concepción tengan el cuidado que necesitan, y lo mas importante, que sea un embarazo planificado y deseado. Lo anterior conlleva no solo a que el sistema de Salud pública implemente nuevos planes y programas referentes a la anticoncepción sino que la comunidad entera deba educarse. Hombres y mujeres deben abogar por una educación sexual, y que en última instancia *“debieran constituir el eje de una campaña contra el aborto”*¹⁰¹ puesto que no *“representa una operación deseable desde el punto de vista médico”*¹⁰²

⁹⁸ Ref. Matus, Leoncia y Aguilo, Jorge. “Consideraciones sobre el aborto provocado” En: **Boletín del Hospital San Juan de Dios**, Volumen 9, Santiago 1962, p. 302.

⁹⁹ Ref. Monreal, Tegualda. “El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente”, Op. Cit., p. 26.

¹⁰⁰ *Ibíd.* p. 27.

¹⁰¹ *Ídem.*

¹⁰² *Ídem.*

Considero necesario plasmar a modo de ejemplo, una muestra significativa de lo que fue el estudio sobre la epidemiología del aborto provocado de Monreal y Armijo mencionado anteriormente. El estudio realizado en el año 1962 en base a una serie de encuestas, y publicado en el año 1964, dio cuenta de los resultados en base a 1890 entrevistas realizadas a mujeres. Esta encuesta es representativa de la población total de Santiago por aquella época¹⁰³.

Es importante destacar que a pesar que hay pequeñas fluctuaciones con respecto al número de abortos, este sigue siendo muy frecuente y peligroso para las madres. La tabla 6 muestra el resumen de la clasificación de aborto para las mujeres encuestadas.

Tabla 6 “Cuadro resumen de 1890 mujeres según antecedentes de aborto. Santiago 1962”

Descripción	Total Abortos	Abortos provocados
Nº de mujeres con antecedentes de aborto	875	496
Por ciento	46,3	26,2
Número total de abortos admitidos	2.212	1.394
Promedio de abortos por mujer	2,5	2,8

Monreal, Tegualda y Armijo, Rolando. “Epidemiología del aborto provocado en Santiago” En: **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**, Vol. XXIX, N°1, Año 1964, p. 36.

Lo que más llama la atención a los médicos, es la frecuencia de más de un aborto por persona, lo cual reafirma esta práctica habitual en un contexto social y económico complejo (y por lo cual se cataloga como “epidémico”). Para fundamentar esta observación, el estudio además arrojó el nivel socioeconómico de las mujeres entrevistadas, *“el nivel económico y social de la población estudiada fue predominantemente bajo: 81,9% de las mujeres vivían con menos de dos salarios vitales y 69,6% correspondía a las categorías sociales más bajas. En el otro extremo, 8,5% de ellas vivían con tres o más salarios vitales, mientras 8,8% correspondían a los grupos sociales superiores. Los hallazgos concuerdan con aquellos de estudios económicos y sociales hechos por*

¹⁰³ “La muestra fue elaborada a partir de los datos del Censo realizado en 1960 que arrojaba para el gran Santiago urbano una población total de mujeres de 1.019.291 El grupo de 20 a 44 años se estimó en unas 407.000, del cual se pretendía extraer una muestra significativa. (...) Hubo de disponerse de cédulas de empadronamiento de las 12 comunas de tal manera de escoger por un método de azar sistemático, un conjunto de 414 áreas censales que nos condujese a obtener un número representativo de viviendas superiores a 2000. Se estimó que una muestra de 6 por mil mujeres, a condición de representar un corte transversal de la población cumplía con el requisito buscado”. Monreal, Tegualda y Armijo, Rolando. “Epidemiología del aborto provocado en Santiago” En: **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**, Vol. XXIX, N°1, Año 1964, p. 34.

*otros al revelar el serio deterioro del país*¹⁰⁴ Sin embargo, si incluimos otro dato importante sobre el estado civil de las mujeres en retrospectiva al momento de realizar el aborto, se obtiene la siguiente información *“el setenta y un por ciento de las mujeres eran casadas y contribuyeron al 84,9% de los abortos provocados, mientras que las mujeres solteras contribuyeron solamente con el 8,4%”*¹⁰⁵ Dicho lo anterior, podemos reafirmar que el problema del aborto es un problema que afecta en mayor medida a la mujer casada o en pareja que a la soltera. Además, los sectores socioeconómicos más bajos son quienes presentan una mayor frecuencia en la estadística de los abortos provocados. Al igual que los datos que he expuesto anteriormente, del primer estudio sobre el aborto de la doctora Monreal, un 77% de las mujeres encuestadas que se habían provocado un aborto eran madres de al menos 3 niños o menos y solo un 5% carecía de hijos al momento de realizarse el aborto.¹⁰⁶

Estudios realizados en 1966, dan cuenta que el problema del aborto no ha mejorado, sino que sus cifras han aumentado en la primera mitad de los 60'. Encuestas *señalan “que existe al menos un aborto por cada dos nacimientos”*¹⁰⁷. Lo que provoca, dentro del Sistema Nacional de Salud, un desequilibrio producto del alto gasto por concepto de “aborto” al interior de los hospitales. *“Aproximadamente el 20% de las camas de servicios de maternidad están dedicados a la atención de abortos complicados, lo que representa la existencia en 1963 de 49.372 egresos ocurridos por dicho evento, equivalente al 8% de los egresos totales. (...) [Además] constituye aproximadamente 2/5 de la mortalidad materna, en tanto que el impacto asistencial producido por el aborto complicado, se tradujo, entre otros índices, en fecha reciente, en la ocupación de 184.000 días-camas, las que ocasionaron un gasto de superior al equivalente de un millón de dólares.”*¹⁰⁸ . Dichas hospitalizaciones a veces sobrepasaban la capacidad de camas dentro del hospital, y debían estar dos mujeres por camilla, *“veíamos cómo había que disminuir el número de camas destinadas a la atención obstétrica para destinarlas al cuidado de abortos sépticos”*¹⁰⁹ Por ejemplo, ese mismo año, en la Maternidad del Hospital San Juan de Dios, hubo 3.092 abortos, siendo catalogados como sépticos 1.677. Usualmente una complicación por aborto necesita de 2 a 3 días-cama. Pero tratándose de un aborto con complicaciones como sépsis,

¹⁰⁴ Monreal, Tegualda y Armijo, Rolando. “Epidemiología del aborto provocado en Santiago” Op. Cit., p. 35.

¹⁰⁵ *íbid*, p. 38.

¹⁰⁶ Cfr. Monreal, Tegualda y Armijo, Rolando. “Epidemiología del aborto provocado en Santiago” Op. Cit., p. 38.

¹⁰⁷ Rosselot, Jorge. “Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile”. Op. Cit., p. 17

¹⁰⁸ *Ídem*.

¹⁰⁹ APROFA. “Índices de Salud”. En. **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**. Año XXIV, N° 7-12 Santiago, Julio-Diciembre 1988, s/p.

shock séptico, peritonitis, pelviperitonitis, anexitis, enfermedad tromboembólica, tromboflebitis supurada o insuficiencia renal aguda, podrían estar hasta 30 días-cama.¹¹⁰

Como vemos en la Tabla 7, el incremento de hospitalizaciones fue cada vez mayor hasta 1964. Luego, se evidencia un descenso sostenido hasta los registros que se obtienen en 1981. En el próximo capítulo analizaré más este decrecimiento y cuáles son las causas.

Tabla 7 “Número de mujeres en edad fértil y hospitalizaciones por aborto. Chile 1964 – 1981”

Año	Mujeres en edad fértil	Hospitalizaciones por aborto
1964	1.883.474	56.391
1965	1.928.284	56.130
1966	1.974.224	54.127
1967	2.021.334	54.213
1968	2.069.779	47.430
1969	2.119.331	44.895
1970	2.172.511	44.771
1971	2.216.852	44.163
1972	2.662.233	43.329
1973	2.308.537	42.667
1974	2.355.892	42.160
1974	2.323.236	42.155
1976	2.387.811	38.943
1977	2.452.589	37.814
1978	2.518.192	38.293
1979	2.584.416	38.178
1980	2.651.262	38.199
1981	2.709.530	37.790

APROFA. Redactado por Benjamín Viel “El aborto: un problema social”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XVIII, N° 1-12, Santiago, Enero-Diciembre 1982, p. 10.

Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente, así como aumentó el aborto inducido, también aumentó la mortalidad materna por los riesgos que contenía dicho evento. La Tabla 8,

¹¹⁰ Ref. Angulo, Jorge, “Conducta ante el aborto séptico o inducido”. En: **Boletín del Hospital San Juan de Dios**, Tomo 14, Santiago, 1967, p. 267.

evidencia este crecimiento sostenido hasta 1964, llegando a una tasa de 11,8 % de defunciones por aborto.

Tabla 8 “Mortalidad Materna Total y por aborto. Chile 1964 – 1981”

Años	Defunciones maternas totales	Tasa	Defunciones por aborto	Tasa
1964	866	28,3	360	11,8
1965	860	27,9	306	9,9
1966	771	26,1	296	10,0
1967	734	26,5	276	10,0
1968	579	21,2	230	8,4
1969	488	18,2	171	6,4
1970	439	16,8	172	6,6
1971	389	14,2	143	5,2
1972	454	13,3	138	5,0
1973	365	13,3	119	4,3
1974	326	12,2	114	4,2
1974	336	13,1	122	4,8
1976	284	11,6	111	4,5
1977	246	10,1	93	3,8
1978	218	9,2	98	4,2
1979	176	7,3	58	2,4
1980	185	7,3	71	2,8
1981	173	6,6	65	2,5
1982	142	5,4	47	1,8

APROFA. Redactado por Benjamín Viel “El aborto: un problema social”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XVIII, N° 1-12, Santiago, Enero-Diciembre 1982, p. 11.

Cabe recordar que aunque las complicaciones a raíz del aborto causen en un alto grado la muerte de la madre, hay que tomar en cuenta que las pacientes que no mueren con frecuencia quedan con secuelas como la esterilidad secundaria¹¹¹ y trastornos psicológicos.¹¹²

¹¹¹ Ref. Angulo, Jorge, “Conducta ante el aborto séptico o inducido”. Op.Cit., p. 267

¹¹² Ref. Monreal, Tegualda y Armijo, Rolando. “Epidemiología del aborto provocado en Santiago” Op. Cit., p. 34.

El aborto no es un problema de Chile, es del mundo.

Hemos expuesto el problema del aborto en Chile de forma particular según lo constatado en las revistas médicas de la época. Sin embargo, el problema del aborto tenía alcances mundiales, que para la época eran difíciles de divulgar o dimensionar. Por ejemplo, la doctora Tegualda Monreal expresa que *“En Japón, el aborto representa el medio predominante de control de la natalidad desde la promulgación de la Ley de protección Eugénica, en julio de 1948, reformada en mayo de 1949. El aborto inducido es autorizado cuando el embarazo o el parto puedan afectar a la salud de la madre, ya sea directamente en sus condiciones físicas o por razones económicas.”*¹¹³ También presenta el caso de Checoslovaquia donde el *“aborto era autorizado por razones médicas desde 1949. En 1957, fue legalizado, extendiéndose sus indicaciones a otras causales no médicas (edad, familia numerosa, viudez, madre soltera, violación, separación.)”*¹¹⁴ O también el caso de Francia, donde el aborto era ilegal, y según las cifras conocidas, había un aborto por cada nacimiento¹¹⁵, realidad que no estaba lejos de lo que pasaba en Chile. En Estados Unidos, durante los años 60, 47 estados admitían *“el aborto terapéutico como medida preventiva de mortalidad materna”*¹¹⁶ y con respecto al aborto provocado ilegal, las cifras estiman que hay un aborto por 2,5 partos.¹¹⁷

Estos ejemplos, extraídos del informe de la Dra. Monreal, no son ni mucho menos un panorama acabado de la situación a nivel mundial. Sin embargo, considero importante destacar que tanto en Chile como el mundo, el aborto era un problema del que se tenía que tomar posición a nivel estatal. Cómo vimos anteriormente, el debate médico en Chile podría suponer la legalización del aborto como una medida para resolver el problema de la mortalidad materna a raíz de procedimientos mal ejecutados. Japón, Checoslovaquia y Estados Unidos, sí admitieron este procedimiento como un mecanismo de control de la fertilidad en casos puntuales. Francia, al igual que Chile, no contaba con la legalización del aborto bajo ninguna circunstancia, lo que sin duda traía un problema de sanidad y salud social muy grande.

Aun cuando la legalización del aborto fuese la solución que tuvieron algunos países para controlar y regular la natalidad, implica que el Estado se hizo cargo del problema, visibilizándolo y estableciendo parámetros legales para su ejecución. Chile, para 1960, no

¹¹³ Monreal, Tegualda. “El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente”. Op. Cit. p. 22.

¹¹⁴ *Ibíd.*, p. 23

¹¹⁵ Cfr. Monreal, Tegualda. “El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente”. Op. Cit.. p. 23.

¹¹⁶ *Ídem.*

¹¹⁷ *Ídem.*

contaba con ninguna política para hacerse cargo de este problema de salud pública, epidémico en palabras de la Dra. Monreal. Entonces cabe preguntarse cuál es la mejor solución para el problema: ¿Legalización? ¿Educación sexual? ¿Prescripción de anticonceptivos?.

TERCERA PARTE:

Evolución de las Políticas públicas sobre control de la fertilidad y planificación familiar en Chile.

En el siguiente capítulo se analizará la evolución de las políticas de control de la fertilidad y de planificación familiar llevadas a cabo en Chile entre 1960 y 1973. Ya que fueron la solución para remediar las cifras alarmantes con respecto al aborto y a la mortalidad materna e infantil. Además de un índice de crecimiento poblacional cada vez mayor.

Control de la fertilidad y planificación familiar como política pública.

Para posicionarnos desde una mirada institucional del problema que se está investigando, es necesario establecer lo que se entenderá por política pública dentro del contexto descrito. Una política pública es *“el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios. Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema”*¹¹⁸. Según esta definición, las políticas públicas deberían cubrir múltiples sectores de la sociedad como educación, salud, economía, planificación urbana, etc. Sin embargo, para la presente investigación, las políticas públicas que se analizarán se vincularán principalmente con las que intervienen en el desarrollo de la población del país.

Dicho lo anterior, es necesario indicar que las políticas públicas de control de la fertilidad, así como de planificación familiar, nacen a partir del debate médico y político sobre las estadísticas vitales en Chile mencionadas anteriormente (crecimiento poblacional, mortalidad materna, mortalidad infantil, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, etc), que inciden de manera directa en el desarrollo de la población del país. Es por este motivo, que durante el periodo estudiado, los médicos y políticos se referirán a estas políticas como “políticas de población”.

A continuación, presentaremos la definición de “política de población” que sugiere Carmen Miró, Directora del Centro Interamericano de Demografía, en su trabajo sobre “Demografía en

¹¹⁸ Tamayo (1997): “El Análisis de las Políticas Públicas”. En Bañón y Carrillo (Comps.) *La Nueva Administración Pública*, Alianza Editorial, Madrid, 1997, p. 281.

América Latina y situación actual en Chile” en 1964, que sintetiza las opiniones tanto de médicos como políticos de la época; ellos la definen como *“todas aquellas medidas o acciones tomadas por agencias de un Estado que afectan la cantidad, la calidad, o la distribución espacial de la población de ese Estado y las hacen distintas de lo que habrían sido en ausencia de tales acciones”*¹¹⁹

Siguiendo esta conceptualización, en Chile de una u otra forma siempre han existido políticas de población, aun en la época que se esta estudiando. Sin embargo, estas políticas de población son implícitas, es decir, poseen un efecto en la población por corolario de otra medida. Por ejemplo, medidas de asistencia social de vivienda, también podrían tener en efecto en la distribución de la población y su crecimiento, sin embargo esto último, no constituye un objetivo explícito. Así, lo que se considera medidas de población explícitas, podría ser la limitación de hijos por pareja, como ocurrió en China desde la década de los 70, con la política del “hijo único”¹²⁰.

Las políticas de población hacia la década de los 60, según los médicos y agentes políticos existían, sin embargo, había un consenso en que éstas no eran suficientes y que se debían organizar planes y programas explícitos para la mejora en el desarrollo tanto demográfico como social y económico de la población. Existía un consenso además, en que estos programas no debían derivar en una imposición hacia hombres y mujeres con respecto al control de la natalidad y la planificación familiar, sino que abogaban por la enseñanza y la maternidad y paternidad consciente.

Estas medidas concretas, con sus objetivos y resultados son las que analizaremos en el presente capítulo.

Los primeros pasos del control de la fertilidad en Chile.

Cuando hablamos del contexto bajo el cual se erigen los programas de regulación de la fecundidad y planificación familiar en Chile, se ha destacado la creación del Servicio Nacional de Salud, bajo la presidencia de Gabriel González Videla, como una de las principales medidas que unieron la *“participación de la comunidad nacional a través de sus parlamentarios, del*

¹¹⁹ Miró, Carmen. “Demografía en América Latina y situación actual en Chile”. En **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. V, Junio-Septiembre 1964, N° 2-3, p. 8.

¹²⁰ Cfr. Felix López Hueso, “Tópicos y mitos en los estudios sobre superpoblación”. En: Real Academia Nacional de Medicina, “Superpoblación”, Taravilla, Madrid, 1998, p. 417.

*cuerpo médico de Chile y del Ejecutivo con clara voluntad de mejorar el rendimiento de los recursos disponibles para atender el bien máspreciado por ella que es la salud*¹²¹

Cuando asume como presidente Jorge Alessandri Rodríguez el año 1958, el Servicio Nacional de Salud ya está mucho más consolidado como institución. Si bien los problemas administrativos y financieros aún son grandes, las demandas de la gente por mejoras en la atención médica son cada vez mayores, es por este motivo que durante este período comienza una mayor inversión e innovación en el área de la salud. Esto se materializó en la construcción paulatina de nuevos centros de salud, sobre todo en las áreas rurales de nuestro país, donde se facilitó el acceso a la atención médica a todas las personas, desde trabajadores, hasta mujeres embarazadas y niños.

También se incrementaron los recursos para medidas que iban en beneficio netamente de la madre y los hijos, pues como se dijo anteriormente la mortalidad tanto materna como infantil seguía siendo alta para fines de la década del 50'. Se extendió el "Programa de Alimentación Complementaria", *"se incorpora a la madre embarazada y nodriza al programa de alimentación complementaria desde 1954 y progresivamente a los preescolares y escolares, en especial gracias a las leyes de la Junta de Auxilio Escolar y Becas (1964) y de la Junta Nacional de Jardines Infantiles"*¹²². Esta medida, permitía que al momento de la entrega de la leche en polvo en el consultorio u hospital, se pudiera hacer un examen periódico del presunto sano, y en caso de que el niño presentara enfermedades broncopulmonares en invierno o infecciones entéricas en verano se le administraran sulfadrogas (de uso reciente en Chile)¹²³ Otra medida adoptada durante este periodo fue la extensión del *"reposo maternal postnatal de 6 a 12 semanas en el artículo 51 de la ley 13.305 de 1959 para asegurar el cuidado directo del niño por su madre y reducir el riesgo de enfermar y morir el hijo, en especial favoreciendo la prolongación de la lactancia materna"*^{124 125} Recordemos que en Chile, la desnutrición infantil era precedida en un alto nivel por la disminución de la lactancia materna.

Con estas medidas se entiende que el gobierno impulsó programas para la mejor atención y cuidado tanto de la mujer embarazada como de la madre que ya había tenido a su hijo. La

¹²¹ Francisco Mardones Restat, "Salud familiar y regulación de la fecundidad, una opción gubernamental". En: **Revista de Pediatría**, Vol. 26, N° 3 y 4, Julio – Diciembre 1983, Santiago, p. 117.

¹²² ídem.

¹²³ Cfr. APROFA. "Índices de Salud". En: **Boletín Chileno Asociación de Protección de la Familia**, Año XXIV, N° 7-12 Santiago, Julio-Diciembre 1988, s/p

¹²⁴ Francisco Mardones Restat, "Salud familiar y regulación de la fecundidad, una opción gubernamental". Op. Cit., p. 117.

alimentación y el apego juegan un rol fundamental para comprender los progresos en la salud de los destinatarios de estos programas. Muchas veces, la falta de alimento provocaba problemas de desnutrición, bajas defensas en los menores etc. Por otro lado, el período de post parto de la madre debía ser un tiempo de reposo para fomentar el apego entre ella y el menor, como también para la recuperación positiva de su salud. Ahora bien, aun cuando estos programas fueron de inmensa ayuda y tuvieron un gran alcance en el país, seguía existiendo el problema del aborto como mecanismo de las mujeres para prevenir el aumento de su composición familiar, lo que inclinaba la balanza hacia el riesgo inminente de la madre.

Viéndolo desde este punto de vista, los programas descritos si bien cumplían con la mejora del periodo del embarazo y del periodo post natal tanto de la madre como el hijo, no eran programas preventivos del embarazo.

Los médicos de esta época, tenían bien claro que el problema era anterior al embarazo, por lo que a comienzos de la década de los 60, los estudios sobre el aborto y sus conclusiones poco alentadores ponían en primera plana el problema del control de la fertilidad en las mujeres y la incapacidad hasta ese minuto del Estado de dar una respuesta al problema.

Carlos Thonet expresa que *“los obstetras y ginecólogos recibimos, con frecuencia creciente, consultas acerca de los medios para evitar la concepción. Muchas veces el problema es presentado en forma perentoria y aun angustiada por la consultante, quien ve amenazada la paz conyugal o la felicidad de su familia. Es deber del médico dar la solución justa y adecuada para ese conflicto hondamente humano”*¹²⁶. Este deber del médico depende sin duda de múltiples factores, como la investigación científica sobre métodos anticonceptivos viables para dar prescripción a ellos, sistemas de educación sexual, creación de mayores centros de atención materna, etc.

Durante este tiempo, si bien no había un programa de regulación de la natalidad formal, los médicos, ginecólogos y obstetras, si llevaban a cabo estudios, y prescripciones que dieran respuesta a lo que sus pacientes les estaban demandando: anticoncepción.¹²⁷

¹²⁶ Thonet, Carlos. “sobre una filosofía y técnica de la regulación de los nacimientos”. En: **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**, Vol. XXIX, N° 1, Año, 1964, p. 199.

¹²⁷ No objetivo de este trabajo indagar sobre los tipos de métodos anticonceptivos utilizados en esos años por los médicos, sin embargo en la tabla 9 se presenta un cuadro resumen de los distintos tipos de anticonceptivos de los cuales se tenía registro hasta ese minuto. Algunos de ellos ya estaban obsoletos o

Uno de los primeros médicos en hacerse cargo de este problema fue el doctor Jaime Zipper, quien desde 1958 *“inició en el Hospital Barros Luco de Santiago la introducción experimental de un dispositivo intrauterino fabricado con hilo de nylon según el modelo que había diseñado Graefenberg años atrás. Él no veía otra manera de disminuir el aborto que ofrecer un anticonceptivo capaz de ser utilizado por las mujeres que no podían emplear el diafragma vaginal por su alto costo y su dificultad de uso para quienes vivían sin facilidades de aseo y en medio de una alta densidad poblacional”*¹²⁸. Cuatro años más tarde, en 1962, The Population Council (una organización norteamericana dependiente de la Fundación Rockefeller) organizó una conferencia sobre dispositivos de contracepción intrauterina a la cual invitó al doctor Jaime Zipper, en ella, el médico indicó los grandes resultados que había tenido con este método anticonceptivo, donde un 80% de las pacientes es controlada en el mismo hospital de forma periódica. Sin embargo, en la conferencia se manifestó que debían hacerse más estudios sobre el mecanismo por el cual el dispositivo resultaba contraceptivo, ya que muchos médicos indicaron que tenía características de abortivo, pues este cuerpo extraño que se inserta, actúa una vez que ya ha ocurrido la fecundación dando origen a la formación de los blastocitos. Por este motivo, no actuaría como inhibidor de la ovulación sino como abortivo en la primera fase del embarazo. Aun así, los riesgos de mortalidad son mínimos, y el método en si cumple con la función que se propone que es evitar un embarazo, mas no debiera llamarse contraceptivo, pues no lo es. ¹²⁹

Por otro lado, Leoncio Matus y Jorge Anguilo proponen a comienzos de los 60 que la educación a la mujer que solicite un método anticonceptivo es fundamental. Para ellos, el método anticonceptivo más simple y eficaz es *“el de la esponja anticoncepcional, constituido por una esponja de mar o de plástico, recortada en forma de una esfera de más o menos 4 o 6 cms. de diámetro en una bolsita de malla de seda fina, embebida en una mezcla de agua y vinagre por partes iguales. Su uso, sin duda, exige una enseñanza adecuada por el personal instructor; tenemos la experiencia que estos conocimientos pueden adquirirse fácilmente”*¹³⁰. No existen registros certeros sobre el hospital o centro asistencial donde prescribían este tipo de método

eran de muy poco uso. Los más frecuentes eran los Dispositivos intrauterinos, los gestágenos y los anovulatorios. Todos ellos validados por el SNS.

¹²⁸ APROFA. “Índices de Salud”. En: **Boletín Chileno Asociación de Protección de la Familia**, Año XXIV, N° 7-12 Santiago, Julio-Diciembre 1988, s/p

¹²⁹ Cfr. Zipper, Jaime; Delgado, Ramiro; Guiloff, Enrique. “Estudios experimentales del mecanismo de acción de cuerpos intrauterino” En: **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**, Vol. XXVIII, N° 1 y 2 Enero – Febrero – Marzo – Abril 1963, pp. 18-31.

¹³⁰ Matus, Leoncio y Anguilo, Jorge. “Consideraciones sobre el aborto provocado” En: **Boletín del Hospital San Juan de Dios**, Volumen 9, Santiago 1962, p. 303.

anticonceptivo los doctores mencionados, sin embargo, dentro de la cátedra de Obstetricia de la Universidad de Chile en ese entonces, era un método anticonceptivo que se informaba como sencillo y práctico.

La Dra. María Figueroa, por otro lado, *“hacía educación sexual y prescribía diafragmas vaginales a mujeres que acudían a los consultorios maternos de la Ex Dirección General de Protección de la Infancia”*¹³¹

Otro médico que tomó cartas en cuanto al problema del aborto y la anticoncepción en Chile fue Onofre Avendaño. Él, desde 1938 había estado a cargo de un *pequeño “centro anticonceptivo en Quinta Normal, donde se prescribían métodos anticonceptivos a las mujeres que los solicitasen”*¹³². Este centro funcionaba como anexo a la Unidad Sanitaria de la comuna.¹³³

Vemos entonces que hasta principios de los años 60'. La preocupación por la prescripción de métodos anticonceptivos en las mujeres que solicitaban este tipo de ayuda era más bien de índole particular de cada médico, no existiendo así ningún programa formal de regulación de la fertilidad.

El problema de la regulación de la fertilidad en Chile desde una perspectiva internacional y la creación de la Asociación de Protección de la Familia (APROFA)

La situación tan alarmante que se daba en Chile, no era extraña ni particular en América Latina, por el contrario, representaba la misma tendencia que tenían todos los países del continente. El aborto, como se ha mencionado anteriormente, tampoco era un problema sólo de nuestro país, sino que en mayor o menor medida, todos los gobiernos debían trabajar en mejorar la salud de la población por este acto.

Por este motivo, durante este periodo se crearon múltiples organismos cuyo propósito era contrarrestar los efectos nocivos del aborto provocado en pro de una salud materno infantil y familiar plena. Uno de los organismos principales que se dedicaron a esta labor fue la Federación internacional de Planificación de la Familia (FIPF). Nacida en Estocolmo en el año 1953, es una *“organización filantrópica voluntaria formada por asociaciones miembros de todo el mundo”*¹³⁴. Aprueba entre sus objetivos *básicos “avanzar a través de la educación y de la*

¹³¹ Cfr. APROFA. “Evaluación de 10 años de Planificación de la familia en Chile”, s/e, Santiago, 1977.

¹³² Lara, Paula. “Usted y su esposo ahora puede tener los hijos que deseen”, Op. Cit., p. 29

¹³³ Cfr. APROFA. “Evaluación de 10 años de Planificación de la familia en Chile”, Op. Cit..

¹³⁴ s/a. “Planificación de la Familia”. En: **Boletín del Hospital San Juan de Dios**, tomo 13, año 1966, p. 416.

investigación científica hacia la aceptación de la planificación de la familia y de la paternidad responsable en interés del bienestar familiar del progreso de la comunidad y de la buena voluntad internacional".¹³⁵ En Chile, cabe destacar que no será hasta 1965 cuando se comience a hablar de planificación familiar en términos de política pública. Existían, además, otras organizaciones como Population Council la cual *"fue fundada sin fines de lucro en 1952, tiene por objetivo ayudar a mejorar la salud reproductiva. Sus aportes se vinculan con la investigación y financiamiento de proyectos"*¹³⁶ Durante este período, la Fundación Ford también tuvo bastante protagonismo en la escena internacional y en Chile particularmente, pues sus objetivos eran *"fortalecer los valores democráticos, reducir la pobreza y la injusticia, promover la cooperación internacional. [Para esto] otorga fondos a proyectos de desarrollo urbano y rural, justicia social, educación, salud, cultura y medio ambiente"*¹³⁷

La primera participación de Chile con la FIPF, fue en 1961, cuando la señora Ofelia Mendoza realizó una visita a nuestro país. Si bien en el ambiente médico esta visita generó gran expectación, realizándose de una mesa redonda donde se discutiera el problema del aborto provocado en Chile, no tuvo mayores repercusiones en los medios de comunicación. Sin embargo, esta visita motivó al entonces Director General de Salud, Gustavo Frike para invitar a los profesores de *"Obstetricia, Ginecología, Higiene Materno-Infantil, Medicina Preventiva de Higiene de las Universidades de Chile y Católica de Chile, a crear un Comité Asesor de la Dirección General del Servicio, destinado a organizar la prevención del aborto inducido"*¹³⁸. La dirección del nuevo 'Comité de protección de la familia' estaba a cargo de la Dra. Luisa Pfau, y funcionó en esta calidad hasta 1963, cuando, producto del cambio de Dirección en el Servicio Nacional de Salud, el comité dejó de tener el carácter de comité asesor oficial. Aun cuando se mantuvieron las buenas relaciones con el gobierno, el comité se transformó en una entidad privada. *"En enero de 1964 quedó legalizada la existencia del Comité y se designó una mesa directiva en cuya presidencia se confirmó a la Dra. Luisa Pfau. A partir de entonces, el trabajo del Comité fue reconocido ampliamente en los programas de anticoncepción en Chile. Para el año 1965, sacaron a circulación un Boletín que contenía las últimas noticias y avances con respecto a este tema en Chile. Para el año 1966, se plantea la idea de "transformar el 'Comité' en*

¹³⁵ Herrera Moore, Mario. "Aborto y Planificación familiar". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol XIV, Junio 1973, N°2, p. 12.

¹³⁶ Lara, Paula. "usted y su esposo ahora pueden tener todos los hijos que deseen" Tesis. Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008, p. 29

¹³⁷ Ídem.

¹³⁸ APROFA. "Evaluación de 10 años de Planificación de la familia en Chile", s/e, Santiago, 1977. P. 7.

*una Asociación Nacional, integrada por socios fundadores, honorarios, activos y cooperadores*¹³⁹. Quedó a partir de ese año, constituida de manera oficial la Asociación de protección de la Familia (APROFA). Ese mismo año, APROFA solicitó afiliación a la FIPF, otorgándosele a fines de 1966.¹⁴⁰

Los estatutos de APROFA son:

- 1) *“Promover el bienestar y la salud de la familia, patrocinando la planificación familiar dentro del marco de la salud, del bienestar familiar y la paternidad responsable.*
- 2) *Propender a la reducción o prevención de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, preferentemente de las originadas en los riesgos de la reproducción humana no planeada*
- 3) *Estimular la investigación científica sobre aspectos biológicos, clínicos, psicológicos, culturales, sociales y económicos de la reproducción humana*¹⁴¹.

A partir de ese momento APROFA se constituyó en un enlace vital entre los programas de regulación de la fertilidad y posteriormente de planificación familiar en Chile con organismos internacionales que proporcionaron financiamiento a muchos de ellos, solo por citar un ejemplo, la Fundación Ford, prestó gran parte del financiamiento para la creación de la clínica obstétrica del Hospital J. J. Aguirre en el año 1963¹⁴².

Siendo éste el contexto, en 1964 la Federación Internacional de Planificación de la Familia convocó a la cuarta conferencia para el Hemisferio Occidental, celebrada en Puerto Rico la cual contó con la presencia de al menos 26 países Latinoamericanos entre expositores y observadores. *“El 25 de abril, los delegados latinoamericanos aprobaron la siguiente resolución:*

A.- los trabajos presentados al Congreso ponen en evidencia que en todos los países de este continente existe un grave problema de aborto ilegal que significa una pérdida importante de de vidas de mujeres en edad de reproducción y un motivo de destrucción de la unidad familiar, además de un gran gasto de dinero del Estado en atender las corrupciones derivadas de este hecho.

¹³⁹ s/a. “Planificación de la Familia”. En: **Boletín del Hospital San Juan de Dios**, tomo 13, año 1966, p. 417.

¹⁴⁰ Cfr. APROFA. “síntesis de memoria APROFA”. s/e, Santiago, 1974, p. 16.

¹⁴¹ APROFA, “Estatutos de APROFA”. En: Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia. Año XX. N°1-6, Santiago, Enero – Junio 1984, s/p.

¹⁴² Cfr. Lara, Paula. “usted y su esposo ahora pueden tener todos los hijos que deseen”. Op. Cit.

Se recomienda a los Gobiernos de América, a la organización Panamericana de la Salud, a la Organización de los Estados Americanos y a la Organización Mundial de la Salud el iniciar estudios demográficos y epidemiológicos destinados a:

- 1.- Medir en la forma más correcta posible la magnitud del fenómeno y sus efectos sociales.*
- 2.- Establecer cuáles son los grupos más expuestos a buscar aborto ilegal.*
- 3.- Cuáles son las más probables causas del fenómeno.*

*Se recomienda a los Gobiernos de América, a la organización Panamericana de la Salud, a la Organización de los Estados Americanos y a la Organización Mundial de la Salud que, una vez establecidos dichos puntos, es necesario facilitar los medios para evitar o al menos disminuir la continuación del estado actual del problema*¹⁴³

En el fondo, lo que se estaba pidiendo era más estudios, investigación y análisis sobre los problemas de aborto provocado, contracepción y estadísticas vitales específicas como mortalidad materna y mortalidad infantil. Octavio Cabello y Ricardo Cibotti coinciden con esta propuesta para Latinoamérica e indican que “es evidente que la formulación del programa debe comenzar por la medición de la situación de salud existente en el momento de partida o periodo de base”¹⁴⁴. Para ellos, las estadísticas vitales son un reflejo de las estadísticas de salud de la población. Por ejemplo, la mortalidad infantil constituye un registro principal para saber el nivel de salud de una población ya que está íntimamente ligado con la expectativa de vida al nacer y las posibilidades que tienen los individuos para lograrlo. Entre más alto sea éste índice, menos se logra un estado de salud pleno definido como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente (...) la ausencia de enfermedad o incapacidad”¹⁴⁵

Regulación de la fertilidad y Planificación Familiar en Chile a través de los gobiernos de la Democracia Cristiana y Unidad Popular.

Es de esperar entonces que el panorama cambiase drásticamente cuando asumió la presidencia en el año 1964 Eduardo Frei Montalva, pues la población en general tuvo una “*agresiva*

¹⁴³ Mayone Stycos, J. “Población: perspectivas de control en América Latina”. **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**. Vol. XXIX, 1064, p. 374.

¹⁴⁴ Cabello, Octavio y Cibotti, Ricardo. “Programación de salud y desarrollo económico”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol III, Septiembre 1962, N°2, p. 11.

¹⁴⁵ Ídem.

*demanda por más y mejores servicios. Esta nueva actitud es producto del desarrollo de las vías de comunicación, la mejor información (...) y de la toma de conciencia del derecho a la salud.*¹⁴⁶ Además, los esfuerzos del Servicio Nacional de Salud estaban enfocados en gran medida en los problemas crecimiento poblacional, particularmente el área de control de la fertilidad y planificación familiar que tenía Chile.

La primera medida formal adoptada por el Servicio Nacional de Salud era la distribución de anticonceptivos en los servicios dependientes del Ministerio de Salud y la atención materno-infantil. Esto, porque el objetivo que se buscaba era la regulación de la natalidad en pro de la disminución de los abortos provocados. El Servicio Nacional de Salud, comenzó pues a trabajar con comisiones de investigación que ponían cifras concretas sobre la mesa para ver los resultados que estaban teniendo los distintos centros de salud a lo largo de Chile. El doctor Jorge Rosselot en 1966 da a conocer los resultados a los que llegó la comisión presidida por él¹⁴⁷ para el estudio de la regulación de la fertilidad en Chile desde el año 1962 hasta el segundo semestre de 1965.

El informe de la comisión plantea que existen 3 actividades que impulsó el Servicio Nacional de Salud, ayudado por otras instituciones, las cuales son: actividades operacionales del servicio, actividades de investigación y actividades de adiestramientos. Estas tres son complementarias para lograr los objetivos planteados anteriormente. La primera tiene que ver con la atención materno infantil y la prescripción de anticonceptivos a las mujeres que se atendían en los diferentes centros. *“A este respecto cabe señalar que en el primer semestre de 1965, se habían registrado un total de 15.094 personas asistidas en establecimientos del Servicio Nacional de Salud, con finalidades de contracepción, dispensándose a ellas un total de 45.822 consultas, o sea un promedio de 3 consultas por cada caso en control. Puede advertirse así mismo que en algo más de la mitad de las ocasiones fue indicado el dispositivo intrauterino como método*

¹⁴⁶Mardones Restat, Francisco “Quince años de labor del S.N.S” En: Revista médica de Chile. Vol 95. N° 1-12 Enero – Diciembre 1967, p. 476.

¹⁴⁷ La comisión estaba compuesta por Dr. Jorge Rosselot (Jefe de fomento de la Salud) presidente, Dra. Luisa Pfau (Presidenta del Comité Chileno de Protección de la Familia) Secretaria Técnica, Dres. Jose M. Ugarte y Fernando Rodríguez. (Miembros del H Consejo del Servicio Nacional de Salud), Dra. Silvia Plaza (Profesor auxiliar de la cátedra de Higiene Materno-Infantil. Escuela de salubridad), Dres. Onofre Avendaño y Eduardo Keymer (Profesores de la Catedra de Obstetricia dela Universidad de Chile), Dr. José M. Borgoño (Profesor de medicina preventiva de la Universidad de Chile), Dres. Aníbal Faúndez y Carlos Gómez (del equipo docente de las cátedras de obstetricia de la Universidad de Chile). Cfr. Rosselot, Jorge. “Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. VII, Junio 1966, N° 2, p. 18.

*preconceptivo (56,5%), en tanto que anovulatorios orales se prescribieron en el 28,4%, y en menor proporción se indicó el método del ritmo u otros procedimientos*¹⁴⁸. Es de mucha importancia que se presenten 3 controles por mujer atendida ya que demuestra la constancia en el uso de anticonceptivos. Era usual, que en algunas mujeres los dispositivos intrauterinos se salieran a los días de haber sido insertado, por lo tanto la periodicidad de las visitas, se traduce en una continuidad del uso de anticonceptivos, lo que deriva a su vez en una regulación de la fertilidad de la mujer mucho más efectiva.

Las actividades de investigación se realizaban principalmente en aquellos centros de atención que dependían de una institución de educación y docencia. Su objetivo era estudiar *“los riesgos biológicos condicionados por la procreación no deseada, destacándose los estudios acerca de la epidemiología del aborto y la mortalidad infantil. Asimismo se han analizado aspectos importantes acerca de la socio-antropología de la vida sexual femenina y de la actitud de la comunidad frente a las medidas de contracepción. Como resultado obvio, los estudios han incluido investigaciones que permiten evaluar la eficacia de los procedimientos empleados en los programas de regulación de la natalidad”*¹⁴⁹ Este aspecto resulta de vital importancia para la buena puesta en marcha de los programas de regulación de la fertilidad dado que la mujer que ya ha tenido un aborto es una paciente cuya prescripción contraceptiva debe hacerse de forma urgente pues es la que tiene más probabilidades de reincidir en esta actividad. Los estudios acerca de los riesgos y las lesiones ocasionadas por un aborto provocado, sin duda ayudan a que en un futuro infecciones como sepsis puedan ser tratadas de mejor forma por parte de los hospitales. Por otro lado, la medición de la eficacia de los métodos prescritos a una mujer y otra, logran dar cuenta de los resultados que el Estado busca con estos programas. La única forma de saber si efectivamente en Chile se está logrando una regulación de la fertilidad es saber si los métodos anticonceptivos están dando resultados en el corto y mediano plazo.

Finalmente las actividades de adiestramiento, dan cuenta de la gran oportunidad que han presentado los programas de regulación de la fertilidad y natalidad para *“favorecer el adiestramiento académico o/y en servicio, en los niveles de pre y post grado de profesionales y también de funcionarios, con responsabilidad en la conducción de dicho tipo de programas”*¹⁵⁰. Contar con el apoyo de las Universidades y Hospitales ligados a ellas para poner en marcha éstos programas a nivel estatal, solo puede significar que a partir de esa fecha, en la formación

¹⁴⁸ Rosselot, Jorge. “Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile”. Op. Cit., p. 19.

¹⁴⁹ *Ibíd.*, p. 20.

¹⁵⁰ *Ibíd.*, p. 20-21.

pedagógica, la contracepción se vuelve parte de la experiencia docente. El Servicio Nacional de Salud, ya en su constitución no daba abasto con el personal en los distintos centros, sobre todo aquellos más alejados de las grandes ciudades, por lo que el adiestramiento de funcionarios que tengan conocimientos por ejemplo, sobre la utilización e implantación de dispositivos intrauterinos, es vital para la masificación de estos programas.

Los programas así comprendidos, son únicamente con el fin de prescribir anticonceptivos a la población femenina en edad fértil que lo solicite. Ahora bien, estos planes y programas a partir del año 1965, comienzan a derivar en esquemas más complejos de trabajo materno-infantil. El uso de anticonceptivos resulta importante en una primera etapa, cuando la urgencia es frenar los altos índices de aborto provocado, sin embargo en el largo plazo, el objetivo final no se reduce a evitar el aborto, sino que se traduce en una atención integral de la mujer, donde se sienta libre, feliz y segura al momento de quedar embarazada. La maternidad y paternidad consciente serán ejes fundamentales de los nuevos lineamientos y del tratamiento de los nuevos programas de regulación de la fertilidad y, por primera vez en Chile, de planificación familiar. Jorge Rosselot en una publicación hecha el mismo año sobre los programas de regulación de la natalidad en Chile, puntualiza que *“se estima que los propósitos en el futuro, de las actividades de regulación de la natalidad, deben tener un enfoque de mayor integridad, lo que tiene implicaciones operacionales y en particular de orden educativo, y que debieran ser considerados en el desarrollo de los programas, todas las circunstancias secundarias a la procreación acelerada y no responsable y que signifiquen riesgos adicionales para la salud de la madre y del niño y para el adecuado bienestar de la familia”*¹⁵¹

No existe un registro exacto de todos los programas que se establecieron en Chile a partir de 1965, sin embargo si es posible establecer la matriz que tenían todos ellos. Para describir de mejor forma esta matriz, tomaré como ejemplo uno de los primeros programas de los cuales se tiene un registro concreto, que fue el que encabezó el doctor Eduardo Keymer.

¹⁵¹ Rosselot, Jorge; Adriásola, Guillermo; Avendaño, Onofre; Borgoño, Jose; Faúndez, Anibal; Gómez, Carlos; Keymer, Eduardo; Pfau, Luisa; Plaza, Silvia; Rodríguez, Fernando y Ugarte, José. “Informe sobre política del Servicio Nacional de Salud para regular la Natalidad en Chile”. En: **Revista Médica de Chile**, Vol. 94, N°1-12, enero diciembre de 1966, p. 748.

Él, como indica el informe titulado “Programa Educativo asistencial de protección materna en el área occidental de Santiago”¹⁵² se propuso, además de la asistencia constante como se venía dando con los programas de control de la fertilidad en la mujer, complementar el programa con educación a la comunidad sobre temas de sexualidad, embarazo, anticoncepción, etc. Con esto, se lograría una mayor consciencia y cuidado de los individuos con temas relacionados a la maternidad y paternidad.

El programa se ejecutó particularmente en las comunas de Quinta Normal, Las Barrancas y el distrito Portales. Las cuales trabajan en estrecha relación con los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes. En cuanto a la población que habita esta zona, se puede decir que *“comprende cerca de 500.000 habitantes con 120.000 mujeres en edad fértil, que dan lugar a 16.000 partos y 6.000 abortos (...) [además] forman un conglomerado comunitario constituido por pequeños propietarios, empleados y principalmente por obreros de los más diversos niveles económicos que dan a esta zona las características de muestra representativa de lo que es la realidad del pueblo de Chile”*¹⁵³ Estas razones, resumen en gran medida lo valioso que resulta tener registro de la descripción de este programa, pues representa lo que se replicaba en otras zonas de nuestro país, bajo condiciones semejantes.

A continuación se presenta una tabla resumen con la distribución de las mujeres participantes del programa.

Tabla 10: “Población fértil por establecimientos, comprendido: Distrito Portales y comunas de Barrancas y Quinta Normal, Área Poniente – 1965”

Establecimientos	Total población fértil	Población fértil menos partos y abortos
Total	102.278	83.426
Portales	29.835	25.405
Andes	13.820	10.521
Lo Franco	15.371	11.676
Las Mercedes	5.065	3.859
Garín	13.551	10.988

¹⁵² Keymer, Eduardo. “Programa educativo asistencial de protección materna en el área Occidental de Santiago”. En: **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**. Vol. XXX. N°6 Noviembre – diciembre 1965. P. 405.

¹⁵³ Ídem.

Roosevelt	6.689	5.444
Barrancas	17.947	15.533

Keymer, Eduardo. "Programa educativo asistencial de protección materna en el área Occidental de Santiago". En: Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. Vol XXX. N°6 Noviembre – diciembre 1965, p. 405.

La tabla 10 muestra la población fértil descontando aquellas mujeres que habían sido atendidas en el hospital por partos o abortos, logrando así una muestra más específica de mujeres con las que no se cuentan registros en hospitales por estos conceptos y a las cuales es necesario educar y prevenir en temas de aborto y embarazo.

De esta forma presentaba el doctor Keymer su *programa "convencidos que sin educación ninguna campaña de salud se verá coronada por el éxito, presentamos un PLAN EDUCATIVO-SANITARIO DE PROTECCIÓN MATERNAL, que debe llegar a cada uno de los hogares y en el que deben participar activamente médicos, enfermeras, matronas, educadores sanitarios, asistentes sociales, auxiliares y muy especialmente los propios habitantes de la comuna"*¹⁵⁴

El programa se divide en dos aristas: el plan asistencial y el plan educativo. El plan asistencial pretende atender a la población de mujeres en edad fértil con tres propósitos: cuidado del embarazo, control del aborto inducido y diagnóstico precoz de cáncer. A continuación se detallará cómo se implementa cada plan en la población.

Para la atención del embarazo, *"cada embarazada beneficiaria recibirá 5 atenciones prenatales y una de puerperio practicadas por matronas"*¹⁵⁵ Esto constituye un cambio drástico en lo que hasta ese minuto significaba la atención materno infantil, pues contar con un seguimiento en el proceso de gestación favorece la detección de anomalías en la salud de la madre y del menor. También, promueve muchas más herramientas a la madre para llevar un embarazo responsable, informándose oportunamente por ejemplo, qué alimentos debe consumir o evitar. Finalmente, esto representa una compañía para la mujer. Como se ha dicho anteriormente, la mujer que participa del programa es en su mayoría esposa o cónyuge de obrero, representantes en muchas ocasiones del porcentaje más vulnerable de la población, por lo tanto la compañía y el compromiso entregado por el hospital para con la madre, representa una red de apoyo e información que le ayudarán a terminar su embarazo de forma sana y segura.

¹⁵⁴ Ídem.

¹⁵⁵ *Ibíd.*, p. 406.

Para el propósito de control del aborto inducido, el programa cuenta con una realización que prioriza a las mujeres para focalizar la ayuda entregada. El grupo uno lo constituyen mujeres hospitalizadas por aborto provocado, a ellas *“serían educadas dentro del hospital sobre los peligros del aborto inducido y la existencia de métodos anticonceptivos”*¹⁵⁶ Este primer grupo, se entiende que está en una posición mucho más delicada y la educación sobre los peligros que corre cada mujer al realizarse un aborto es inminente. Por otro lado, el hospital reunirá los datos de cada una de las asistentes, para implementar un seguimiento una vez dadas de alta, con el objetivo de agendar una citación de observación de la paciente. El segundo grupo lo constituyen mujeres que púerperas de parto, *“ellas serían educadas en la maternidad sobre las ventajas de planificar su familia y la existencia de métodos anticonceptivos”*¹⁵⁷ Esta parte del plan de asistencia es muy importante pues por primera vez se utiliza el termino de planificación familiar de forma explícita. Considero que es muy importante informar a la madre sobre el espaciamiento de los hijos, pues constituye un factor muy importante para su salud y para la recuperación óptima de su aparato reproductor. Como vimos anteriormente, es muy frecuente que sean múltiparas las que recurran al aborto provocado, entonces, enfrentar desde la prevención y la planificación familiar, ayuda a tomar consciencia sobre este problema. *“El aumento planificado en los espaciamientos entre embarazos y la reducción general del número de nacimientos por cada mujer, son factores que reducen substancialmente las defunciones y las enfermedades entre los lactantes, los niños pequeños y las madres.”*¹⁵⁸ El tercer grupo lo constituyen mujeres que teniendo o no hijos, solicitan protección anticoncepcional *“ellas serán captadas por acción de las Asistentes Sociales que actúan en el área, buscando la colaboración de los Centros de Madres, de los Comités Vecinales de Salud, de los sindicatos y cuanta institución pudiera parecer útil para tal propósito”*¹⁵⁹ En este grupo de mujeres pertenecientes al programa se logra vislumbrar de forma clara que los propósitos del programa son extensivos a toda la comunidad. En la medida en que todos los vecinos se sientan informados con respecto a los temas de anticoncepción, la información fluirá de mejor forma, provocando en el largo plazo que la planificación familiar sea un derecho natural para todos los individuos.

¹⁵⁶ Ídem.

¹⁵⁷ Ídem.

¹⁵⁸ APROFA, “La población y la salud”. En: Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia, Año XXV, N° 1-6, Santiago, Enero-Junio 1989, s/p.

¹⁵⁹ Keymer, Eduardo. “Programa educativo asistencial de protección materna en el área Occidental de Santiago”. Op. Cit., p. 406.

El tercer propósito que abarca el programa es el diagnóstico precoz del cáncer. El Dr. Keymer argumenta que no es lo más importante para una política a largo plazo, pero que sin embargo por las características de los procedimientos asistenciales, es provechoso realizar esta observación. ¹⁶⁰ *“Se pretende que toda mujer a quien se indica un procedimiento anticonceptivo, tenga un estudio citológico cérvico-vaginal en su primera consulta y controles una vez por año para la portadora de dispositivos intrauterinos y cada tres años para la que sigue anovulación cíclica. Se hará colposcopia a las pacientes que presenten lesión exocervical visible o citología positiva o dudosa”*¹⁶¹ Este examen, si bien no influye de forma directa en lo que se entiende por “planificación familiar”, si está íntimamente ligado el cuidado materno, a la salud de la mujer y a la desmitificación en muchos casos de que el cáncer cérvico uterino es producido por la aplicación de anticonceptivos, rumor que durante la primera mitad de la década de los 60 fue muy divulgado. De esta forma, se logra contar con una atención integral tanto para la madre como para el recién nacido.

Teniendo definido lo que propone el programa en términos asistenciales, corresponde analizar lo que propone en términos educativos.

Los establecimientos que trabajaran de forma coordinada en este plan son: Hospital San Juan de Dios, Hospital Félix Bulnes, y la Universidad de Chile, particularmente su ‘cátedra B de Medicina Preventiva’ a cargo del profesor Benjamín Viel.

El programa educativo, si bien está referido principalmente a mujeres, como se indicó anteriormente, también convoca a la población masculina para su puesta en marcha. Este programa funciona como una cadena de información entre los distintos agentes participantes a saber: médicos, matronas, profesores, estudiantes, etc. Cuyo objetivo principal es transmitir la información a la mayor cantidad de personas posible de forma responsable e informada. Para lograr tal cometido, el programa contempla que el programa se inicie *“en el Hospital San Juan de Dios y Félix Bulnes, preparando el personal médico y paramédico a fin que transmitan el conocimiento a las pacientes atendidas en esos establecimientos asistenciales. Igual labor se hará en cada uno de los consultorios Periféricos del área para que den asistencia y educación a la Comunidad y en los Centros de madres. Se escogen líderes que recibirán instrucción en los Consultorios del área y en los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes a fin de que ellas busquen a otras personas dentro de su sector a quienes transmitirles lo que ellas han aprendido*

¹⁶⁰ Ídem.

¹⁶¹ *Ibíd.*, p. 407.

[Se aprovecharán espacios como] *Sindicatos, Clubes deportivos, Cuerpo de Bomberos, Cruz Roja, Defensa Civil, Parroquias, Iglesia Evangélica, etc.*”¹⁶² Esta acción en cadena, además de permitir que la educación circule por múltiples canales, persigue que la comunidad se sienta parte del programa, con responsabilidad y compromiso.

Ahora bien, ¿cuáles son los contenidos del programa de educación?: Anatomía y Fisiología de la reproducción, el embarazo, el parto, el recién nacido, el puerperio, control del embarazo, peligros del embarazo, el aborto espontáneo y su manera de prevenirlo, prevenir el aborto inducido, pesquisar precozmente el aborto inducido¹⁶³

Los contenidos educativos abordados en el programa descrito, darán las herramientas a las mujeres y hombres para vivir su sexualidad de manera consiente, segura y responsable¹⁶⁴. De este modo, se dieron los primeros pasos en Chile para construir una política pública de planificación familiar. Esta tendencia, sin embargo se replicó en varios países de Latinoamérica como Brasil y Colombia *“A mediados de la década del 60, concordante con la tendencia mundial, se incorporaron por primera vez en Chile a la política de salud nacional, criterios de regulación de la natalidad, surgiendo así, el primer programa de planificación familiar.”*¹⁶⁵

Este programa de planificación familiar llevado a cabo bajo el gobierno de la Democracia Cristiana, Claudia Iriarte, abogada experta en temas de mujer, familia, derechos reproductivos, y violencia intrafamiliar, lo resume en 3 aspectos de los cuales ya hemos dado luces anteriormente:

“1.- los objetivos de la regulación de la fecundidad eran, la disminución de la tasa de mortalidad materna, el descenso de las tasas de mortalidad infantil y la promoción y bienestar de la familia.

2.- el programa se realizó dentro del contexto del plan general del cuidado de la salud materna.

*3.- en cuanto a la prescripción de los métodos contraceptivos se estableció, que la utilización de éstos, era libre decisión de las usuarias”*¹⁶⁶

¹⁶² *Ibíd.*, p. 408.

¹⁶³ Cfr. Keymer, Eduardo. “Programa educativo asistencial de protección materna en el área Occidental de Santiago”. *Op. Cit.*, p. 408 - 409.

¹⁶⁴ Para ver los contenidos específicos del programa revisar anexo ‘otros’ N°1.

¹⁶⁵ Iriarte, Claudia, “Derechos reproductivos: Contracepción en la Legislación Chilena”, **Revista de Derecho y Humanidades**, Universidad de Chile, Año 1, Mayo 1992, p. 169.

¹⁶⁶ *Ibíd.* p. 170.

Una publicación de APROFA del año 1982, describe el programa de planificación familiar a partir de 1965 en los siguientes tres propósitos

“a) reducción de las tasas de mortalidad materna, condicionadas en alta medida por el aborto provocado.

B) reducción de las tasas de mortalidad infantil, determinadas en forma principal por el deterioro en los niveles de vida de sectores importantes de la población, y

c) Promoción del bienestar de la familia, favoreciendo la procreación responsable, que permita el ejercicio del deber y del derecho de una paternidad consciente”¹⁶⁷

Ambos documentos, considero que presentan un panorama similar. El aborto provocado era uno de los problemas de salud más grandes en Chile por ese entonces, su evidencia más cruda eran las altas tasas de mortalidad materna. La mortalidad infantil por otro lado, era el reflejo de la incapacidad de dar salud, alimentación, vivienda y abrigo a muchos niños, como se ha descrito de forma más amplia en el capítulo anterior. No es raro, por lo tanto, que todas estas medidas de regulación de la fertilidad en primera instancia apuntaran a un bien mayor: el bienestar de la familia.

Teniendo en claro cuáles fueron los propósitos del programa de planificación familiar, es lícito analizar el por qué un gobierno demócrata cristiano fomenta un programa de regulación de la natalidad, cuando muchas veces esto podría atacar los fundamentos esenciales de la fe católica. Sin embargo, considero que el contexto bajo el cual se realizaron estos programas, tanto de regulación de la fertilidad como de planificación familiar, propendían a un bien superior en tanto felicidad del hombre y la mujer en su constitución familiar. La meta siempre fue bajar las tasas de aborto clandestino por su alta incidencia en las causas de la mortalidad materna, pero más importante aún fue fomentar la planificación familiar como un derecho de las parejas que deseaban tener hijos.

Es verdad que cuando hablamos de planificación familiar no aludimos solo a mujeres, sino también hablamos del deseo del hombre para tener (o no) hijos. Los registros y estudios en los documentos revisados son muy escasos sobre investigación de la planificación familiar en hombres: cómo afrontan el deseo de ser padres, el uso de anticonceptivos, la paternidad

¹⁶⁷ APROFA. Redactado por Benjamín Viel “El aborto: un problema social”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XVIII, N° 1-12, Santiago, Enero-Diciembre 1982, p. 9.

responsable, etc. Sin embargo, existe un estudio dirigido por la Dra. Ma Françoise Hall¹⁶⁸ hacia la población masculina con respecto al aborto, la planificación familiar, métodos anticonceptivos, entre otros. Considero que por ser el único registro de este tipo, su análisis puede enriquecer y mostrar nuevas aristas sobre los programas de planificación familiar.

Frente al crecimiento de los índices del aborto provocado que existía en Chile a mediados de la década de los 60', la familia es quien más resentía esta situación. Si bien la madre es la que juega el rol más activo dentro del proceso, existe toda una realidad familiar que en sí misma constituye un factor importante para la realización del aborto. Al contrario de lo que podría pensarse el hombre también forma parte de la decisión de abortar, pues estudios demuestran que el 74% de los abortos que las mujeres admitieron haber sido inducidos, contaban con el consentimiento del cónyuge.¹⁶⁹ Teniendo en cuenta lo anterior, el combate y la implementación de programas para bajar los índices de aborto deben ser tanto para la mujer como para el hombre.

Siguiendo el estudio de la Dra. Hall, se presentan a continuación las características de los encuestados que participaron en el estudio sintetizados en la Tabla 11. El área rural corresponde a la localidad de María Pinto¹⁷⁰. La muestra de Santiago, a su vez, está subdividida por sector económico¹⁷¹ como se muestra a continuación:

Tabla 11 “Características de los encuestados, Chile, 1968”

Distribución porcentual según características específicas	Nivel Socioeconómico			
	Área rural	Santiago bajo	Santiago medio	Santiago alto
Número de hombres encuestados (N=801)	217	205	209	170
Edad				
18-24	17	22	19	9
25-34	25	28	30	27
35-44	43	30	33	39
45-54	14	20	19	25
Estado Civil				

¹⁶⁸ Hall, Ma. Françoise, “Los hombres, la anticoncepción y el aborto”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol X, Septiembre 1969, N° 3

¹⁶⁹ *Ibíd.*, p. 14

¹⁷⁰ Comuna rural de la zona central ubicada entre las comunas de Curacaví y Melipilla.

¹⁷¹ Para los propósitos de este estudio, éstos fueron distribuidos en 3 grupos socioeconómicos de acuerdo con su tipo de ocupación y número de años de escolaridad.

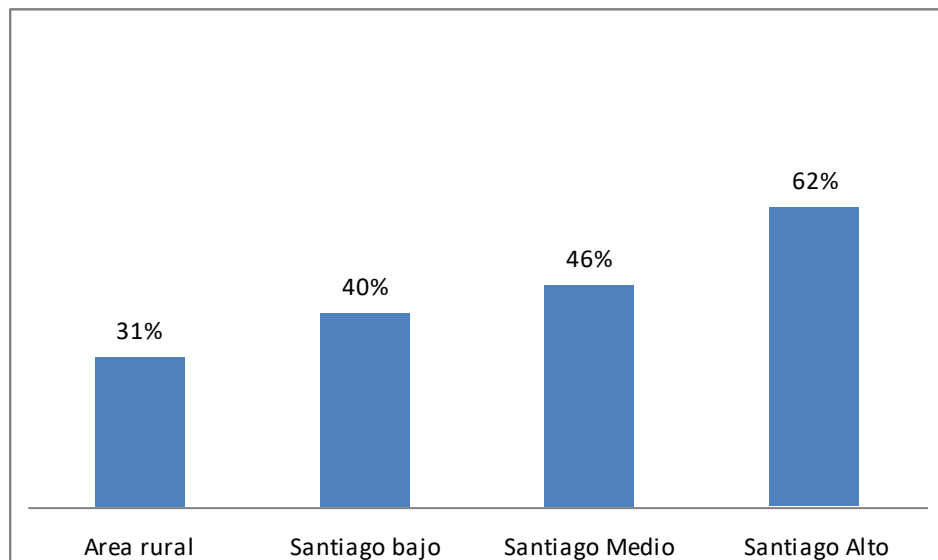
Actualmente en Unión	70	74	74	81
Soltero	30	23	23	17
Otro	-	3	2	3
Escolaridad				
Ninguna, 1-3 primaria	44	26	6	-
4-6 primaria	50	51	27	3
1-3 secundaria o equivalente	4	18	33	9
4-8 secundaria o equivalente o universidad	2	5	35	88
Ocupación*				
Sin empleo (total o parcialmente), jornalero, obrero	74	54	21	1
Trabajador por cuenta propia, no profesional	19	24	24	12
Empleado	7	18	43	49
Estudiante, trabajador por cuenta propia, profesional, empleador, patrón (con dependencia a su cargo)	1	4	12	38

*Los porcentajes excluyen a 3 hombres para quienes la información era desconocida

Hall, Ma. Francoise, "Los hombres, la anticoncepción y el aborto". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol X, Septiembre 1969, N° 3, p

Dentro de los hombres casados, el uso de la anticoncepción se resume en el gráfico 4:

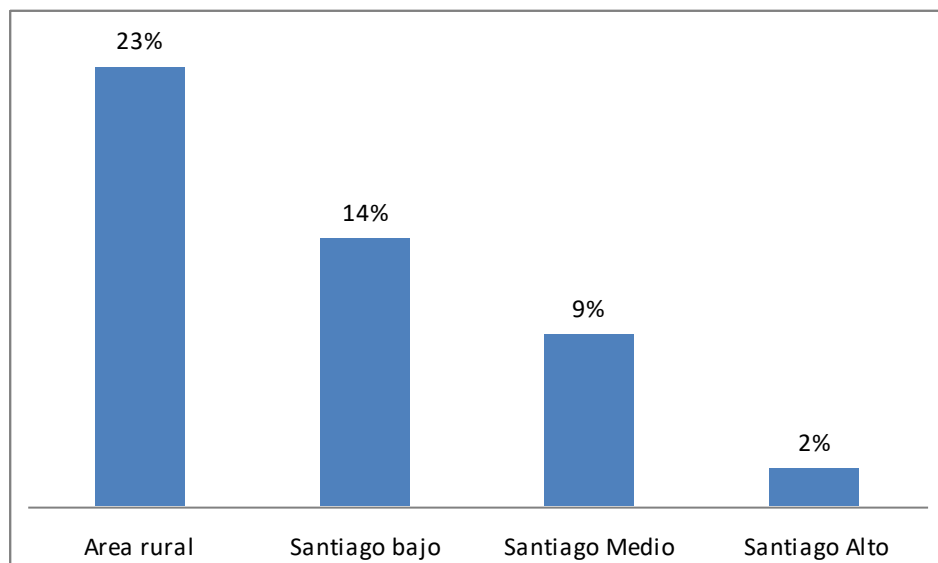
Gráfico 4 "Uso de la anticoncepción en el matrimonio"



Elaboración propia a partir de Anexo Tabla 12. Ref. Hall, Ma. Françoise, "Protección marital contra el embarazo" "Los hombres, la anticoncepción y el aborto". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. X, Septiembre 1969, N° 3, p 20.

Además de los datos entregados en el gráfico 4, hay que agregar la cantidad de personas que está protegida por otras razones que no devienen del uso de anticonceptivos como por ejemplo que se encuentre esterilizado él o ella, que no puede tener hijos por motivos hormonales, o que la mujer está embarazada. Para ellos, el hecho de no usar protección tampoco presenta un riesgo. Podemos ver sin embargo, que el uso de métodos anticonceptivos es mucho más frecuente en el estrato superior de Santiago, el cual es prácticamente el doble que para la zona rural de María Pinto. Lo anterior tiene estrecha relación con la información que poseen las parejas frente a métodos anticonceptivos como se ve en el gráfico 5:

Gráfico 5 "Porcentaje de hombres que invocaron falta de información anticonceptiva o información errónea"



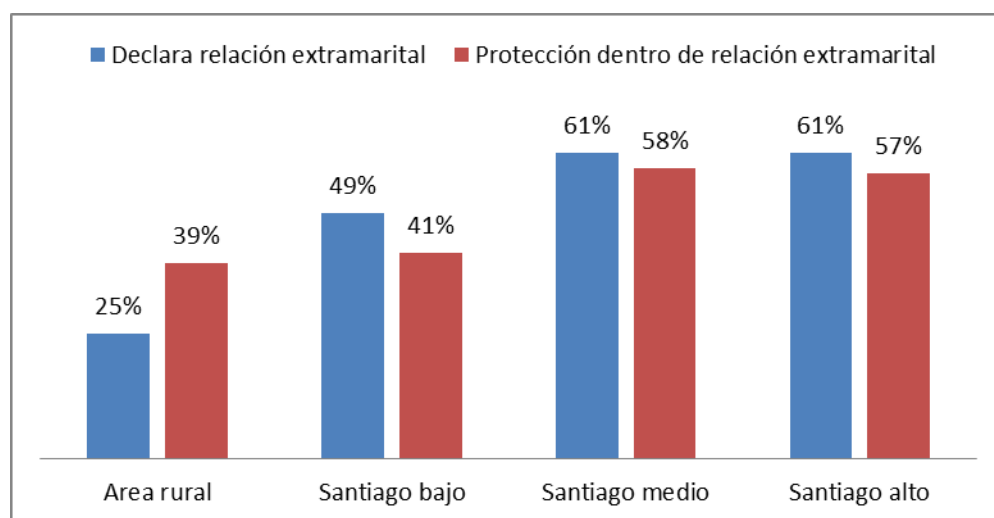
Elaboración propia a partir del Anexo tabla 12 "Protección marital contra el embarazo". Ref. Hall, Ma. Françoise, "Los hombres, la anticoncepción y el aborto". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol X, Septiembre 1969, N° 3, p 20.

Se puede advertir según la información proporcionada, que el estrato socioeconómico alto es quien más recibe información frente a los métodos anticonceptivos. Estos porcentajes fueron extraídos de respuestas como "*porque es demasiado caro*" (*las atenciones se entregan*

*gratuitamente en todos los consultorios públicos y éstos se encuentran ampliamente repartidos en todo Santiago; el de María Pinto era fácilmente accesible desde todos los hogares encuestados), y 'porque afectan la salud' (todos los métodos aprobados médicamente se ofrecen en los consultorios. Por lo menos algunos están casi completamente libres de efectos secundarios y todos ellos son más seguros que el embarazo o el aborto ilegal)*¹⁷² Es decir, las posibilidades para contar con algún tipo de método anticonceptivo eran las mismas para todas las localidades, sin embargo se expresa esta diferencia a raíz de los alcances efectivos que posee el sistema educativo en torno a la salud sexual y de la propia iniciativa de los individuos.

La percepción frente a la anticoncepción se complementa cuando se abordan las relaciones extramaritales de los hombres como lo muestra el Gráfico 6:

Gráfico 6 “Porcentaje de hombres que declaran relación extra marital y porcentaje que usa protección anticonceptiva dentro de esa relación”



Elaboración propia. propia a partir del Anexo tabla 13 Ref. Hall, Ma. Francoise, “Los hombres, la anticoncepción y el aborto”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol X, Septiembre 1969, N° 3, p 21.

Según indica el gráfico anterior, en promedio en Santiago *“el 49% de los hombres casados que tienen relaciones extramaritales protegen esas relaciones con anticonceptivos”*¹⁷³. Como es de pensar, igual hay una diferencia en torno al porcentaje de hombres que usan anticoncepción en sus relaciones extramaritales versus sus relaciones maritales. De acuerdo a lo anterior, si bien el

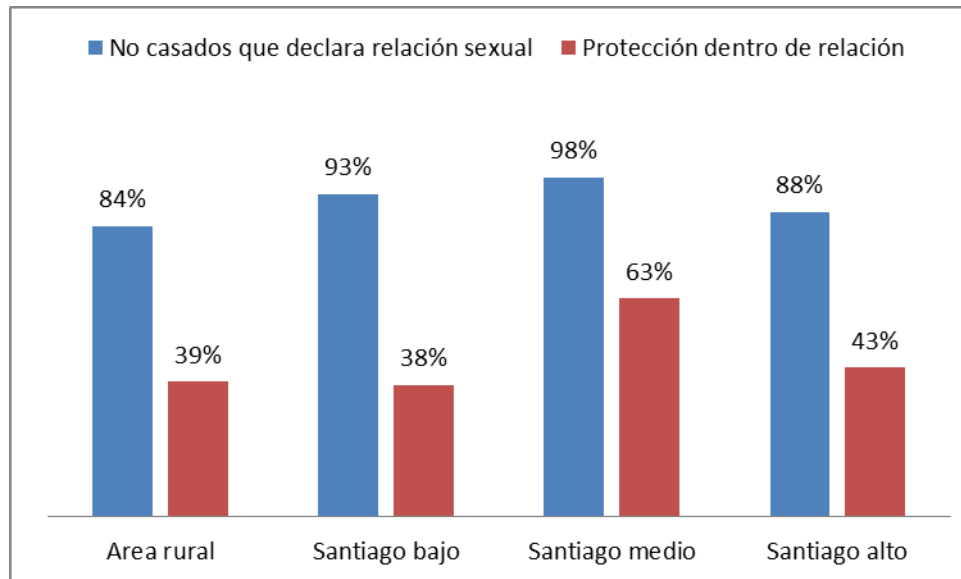
¹⁷² Hall, Ma. Francoise, “Los hombres, la anticoncepción y el aborto” Op. Cit., p. 16.

¹⁷³ Ídem.

uso de métodos anticonceptivos es una decisión que por lo general toma en conjunto tanto la mujer como el hombre, éste último, no utiliza la información de forma independiente para el caso de sus relaciones extramaritales.

La situación sin embargo se torna mucho más compleja cuando se entrevistan a los hombres no casados puesto que “*más del 90% de los hombres no casados declararon haber tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses [previos al estudio] (...) en Santiago el 48% de los hombres no casados que tenían relaciones estaban usando protección*”¹⁷⁴

Grafico 7 “Porcentaje de hombres no casados que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses y porcentaje de hombres que uso protección durante esa relación”.



Elaboración propia. propia a partir del Anexo Tabla 13 Ref. Hall, Ma. Francoise, “Los hombres, la anticoncepción y el aborto”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol X, Septiembre 1969, N° 3, p 21

La cifra de uso de protección anticonceptiva es mucho mas baja en comparación con la de hombres casados que alcanza alrededor de un 81%. Esto puede explicarse porque los programas de anticoncepción están más vinculados al matrimonio y a la pareja que a los hombres solteros. Sin embargo, teniendo en cuenta que casi la totalidad de ellos posee una vida sexualmente activa, las precauciones y programas deberían tener cobertura para este segmento. Si tomamos en cuenta que estas relaciones podrían ser con mujeres casadas es probable que se cuente con

¹⁷⁴ Ídem.

algún tipo de protección, sin embargo, cuando lo hacen con mujeres no casadas, las probabilidades de que ella acuda a un centro de salud solicitando información anticonceptiva es mucho menor. Es necesario por tanto, abordar dentro de los programas tanto a los matrimonios y parejas como a hombres y mujeres solteros.

Según este mismo estudio la actitud hacia el aborto por parte de los encuestados en 7 situaciones determinadas llama mucho la atención dado que no se presentan diferencias notorias que tengan que ver con el grupo socioeconómico al cual pertenecen ni tampoco el rango etáreo. La tabla 14 resume las respuestas de los encuestados.

Tabla 14 “Actitud de los hombres hacia el aborto en situaciones específicas”

Distribución porcentual de las respuestas		Área rural	Nivel socio económico		
			Inferior	Medio	Superior
Numero de hombres encuestados (N=801) (a)		217	205	209	170
A. Si la madre estuviera muy enferma	Si	78	77	85	88
	No	18	20	13	9
	No sabe	3	3	2	3
B. Si es probable que el hijo nazca deforme	Si	62	64	73	64
	No	34	29	24	31
	No sabe	7	7	3	5
C. Si es una joven que ha sido violada	Si	55	58	59	68
	No	37	31	33	25
	No sabe	7	11	7	7
D. Si la pareja ya tiene muchos hijos y no puede mantener otro	Si	50	53	64	63
	No	47	42	34	37
	No sabe	3	5	2	1
E. Si la pareja no desea tener otro hijo	Si	33	39	38	34
	No	63	53	56	63
	No sabe	5	8	7	3
F. Si la pareja estaba usando un método para prevenir el embarazo, pero esté fallo.	Si	33	40	33	26
	No	61	53	61	70
	No sabe	6	7	7	4
G. Si ella es soltera	Si	25	31	30	30
	No	69	60	62	59
	No sabe	6	10	8	12

(a) Los porcentajes excluyen hombres para quienes la información era desconocida. El número de estos de estos fue: 1,3,2,1,4,3 y 3 para las situaciones A,B,C,D,E,F y G, respectivamente.

A pesar que la población encuestada (representativa según la justificación de la muestra) en un 58% esté a favor de la legalización del aborto acusando problemas económicos, específicamente por la falta de recursos para mantener a otro hijo, hay que cotejar los costos tanto de médicos, paramédicos y sufrimiento humano versus el costo *“de los medios educativos y servicios*

*anticonceptivos para evitar que ocurran estos embarazos*¹⁷⁵ Es probable que tanto desde el punto de vista médico como económico, establecer un programa de educación sexual y distribución de métodos anticonceptivos de forma masiva sea lo más saludable y eficiente.

Las conclusiones a las que llega la doctora Hall, tienen estrecha relación a lo presentado en el programa del doctor Keymer sobre planificación familiar. Es Necesario brindar información y educación tanto a hombres como mujeres sobre anticoncepción riesgos de aborto, etc. Se evidencia también un problema no menor cuando hablamos de hombres solteros, pues si bien se les brindan métodos anticonceptivos en los consultorios, como condones, la desinformación y la inconstancia acerca de su uso conllevan a tener situaciones de riesgo de embarazo no deseado en las cifras presentadas anteriormente. Se tiende a pensar en el hombre como acompañante de la mujer en el proceso de planificación familiar, sin embargo el hombre soltero debe tener también los medios anticonceptivos para evitar un embarazo y vivir su sexualidad libremente.

Lo que sí constituye una conclusión categórica, es que cualquier programa de planificación familiar no debe estar dirigido únicamente a mujeres, pues el hombre también debe tener la tranquilidad, seguridad al momento que decida ser padre. Para los programas de planificación familiar un objetivo fundamental es el bienestar de la familia, lo cual deriva en la libertad de los sujetos de decidir el momento en los cuales quieren ser padres.

El estudio de la Dra. Hall, además de ser uno de los pocos registros de planificación familiar en hombres, nos muestra un cuadro mucho menos alentador en lo que respecta al área rural (María Pinto) en comparación con Santiago (en sus tres niveles socioeconómicos). Para comparar si esta realidad se da sólo en los hombres del área rural o es un aspecto generalizado, expondré 2 estudios más de planificación familiar en áreas rurales de Chile.

El primero de ellos es un estudio local en La Florida (cuya fecha es dos años antes que el de la Dra. Hall) en el sur de Chile en el año 1967. Su encargado fue el Dr. Ronald Schulz. Los objetivos de trabajo en esta área rural es investigar las actitudes de hombres y mujeres frente al control de la natalidad, especialmente el conocimiento y uso de anticonceptivos que ellos tienen¹⁷⁶.

¹⁷⁵ *Ibíd.*, p. 19.

¹⁷⁶ Cfr. Schulz, Ronald. "Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967". En: *Revista Médica de Chile*, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 693.

La zona donde se realizó el estudio comprende la Comuna de la Florida en el sur, Copilemu, y la zona rural de la misma comuna. En total fueron 126 viviendas las encuestadas, que figuran como una muestra representativa de la zona. *“La encuesta realizada en estas 126 viviendas representó 207 personas en edad fértil: 86 hombres y 121 mujeres que representan aproximadamente el 5% de todas las personas en edad fértil”*¹⁷⁷ de la comuna.

Tabla 15: “Edades de los encuestados, Comuna de La Florida (sur), Concepción 1967”

	Edades de los encuestados	
	Hombres (años)	Mujeres (años)
Edad Mínima	20	15
Edad Máxima	50	45
Promedio	33,8	28,7

Schulz, Ronald. “Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967”. En: Revista Médica de Chile, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 694.

El autor del estudio, señala que la zona estudiada es de un nivel socioeconómico bajo, de escasos recursos siendo la agricultura su principal actividad. Desde este punto de vista, cobra sentido los resultados que arroja la tabla 16, pues la escolaridad que poseen la mayoría de los encuestados en entre 4° y 6° de preparatoria. Esto se explica porque la mayoría de los niños, para ese tiempo, una vez cursado 6° de preparatoria se dedicaban a las actividades del campo.

Tabla 16 “escolaridad de los encuestados, Comuna de La Florida (sur), Concepción 1967”

Nivel	Escolaridad de los encuestados			
	Hombres		Mujeres	
	N°	%	N°	%
Analfabetos	13	15	24	20
1°-3° prep	16	19	22	16
4°-6° prep	34	40	57	47
1°-3° hdes	8	9	9	7
4°-6° hdes	14	16	8	7

¹⁷⁷ Schulz, Ronald. “Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967”. Op. Cit. p. 693.

Con estudios universitarios	1	1	1	1
Totales	86	100	121	100

Schulz, Ronald. "Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967". En: Revista Médica de Chile, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 695.

Por otro lado, el nivel de analfabetismo entre los encuestados en promedio es de "17,5%, un poco más alto que el resto de la población de Chile (16,4%)"¹⁷⁸ Teniendo en cuenta esta realidad, el estudio expone el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de los sujetos encuestados. Los resultados los arroja la tabla 17

Tabla 17: "relación entre conocimiento y uso de anticonceptivos Comuna de La Florida (sur), Concepción 1967"

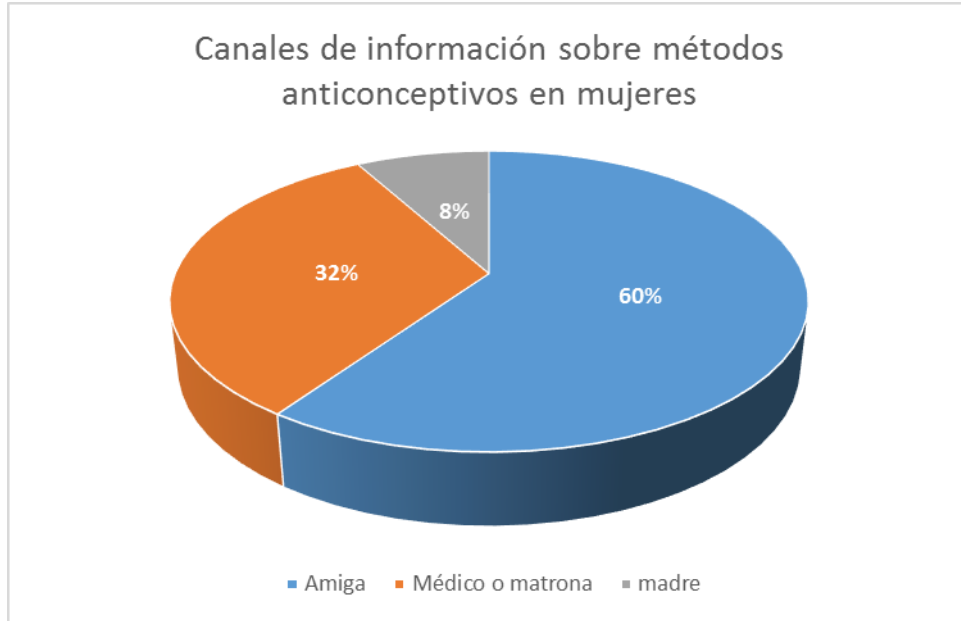
	Hombres		Mujeres	
	N°	%	N°	%
Conocen Método AC	65	76% del total	31	67% del total
Usan método AC	16	21% del total	25	21% del total
Tiempo de uso	3,3 años		2,1 años	

Schulz, Ronald. "Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967". En: Revista Médica de Chile, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 696.

El estudio no aborda cuál es la fuente o canal de información sobre métodos anticonceptivos en el hombre, aunque sí lo hace para la mujer como se detalla en el grafico 8

¹⁷⁸ Ibíd. p. 693.

Grafico 8: Canales de información sobre métodos anticonceptivos en mujeres de la Comuna de La Florida (sur), Concepción 1967



Elaboración propia a partir de Schulz, Ronald. "Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967". En: Revista Médica de Chile, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 696

Es necesario destacar el bajo porcentaje que admite su conocimiento sobre métodos anticonceptivos a partir de un médico o matrona. Podemos sacar dos conclusiones a partir de los datos señalados, o al menos dos hipótesis que no son excluyentes. El primero tiene que ver con el centralismo con el que operaron los programas de planificación familiar en Chile en sus inicios. Los primeros centros de anticoncepción así como de educación sexual se dieron principalmente en la capital para luego replicar estas medidas en las regiones. Teniendo en cuenta que la encuesta fue realizada el año 1967, sólo habían transcurrido dos años desde la formalización del programa de planificación familiar en manos de la Democracia Cristiana. Por otro lado, siguiendo la tendencia del estudio de la Dra. Hall, las zonas rurales o de un nivel socioeconómico más bajo, poseen menos educación sexual por ignorancia, ya que aun cuando se cuenta con los medios y canales necesarios para su uso, estos no son aprovechados.

Ahora bien, aun cuando la información en cuanto al uso de anticonceptivos sea por medio de canales informales, el método que se transmite puede ser o no eficaz. Según el estudio, contrario

a lo que pudiese pensarse, la mayoría de los métodos utilizados (en quienes declaran utilizar) son eficaces, destacándose en las mujeres anovulatorios, dispositivos intrauterinos y esterilización. Para el hombre, el método más frecuente es el preservativo y el coitus interruptus.¹⁷⁹ Sorprende también que un alto porcentaje de los encuestados señaló tener muy claro los hijos que deseaba tener, manifestándose a favor de los programas de planificación familiar. Contrario a lo que indica la tendencia, las familias no desean ser tan numerosas. *“La idea que se suele tener de que la gente del sector rural desea una familia numerosa, no corresponde a la realidad, y si de hecho el tamaño familiar es grande, sólo se debe a que no conocen formas eficaces de limitar el número de sus hijos, o que el porcentaje que lo consigue es bajo”*¹⁸⁰ Otro aspecto que destacó el estudio, es que *“hay consenso en ambos sexos que la planificación de la familia debe ser responsabilidad de ambos cónyuges”*¹⁸¹. Es entonces con esta última afirmación que se reafirma el propósito de la planificación familiar ya que, como manifestó es estudio de Hall y de Schulz que incluyen hombres, el sexo masculino tiene interés por usar, conocer, y estar informado acerca de los métodos para controlar la natalidad de su familia. Fue mayor la sorpresa según lo expresa Schulz cuando *“un 55% de los hombres manifestó estar de acuerdo con usar píldoras o inyecciones de efectos anticonceptivos si las hubiere. Superó nuestras mejores expectativas pues el ‘machismo’, actitud tan difundida en nuestro pueblo pensamos se opondrían a semejante idea”*¹⁸²

De este modo, logramos sintetizar algunas tendencias de la población rural que serán comparadas también con lo que describe el estudio de Plank y Milanesi.

El segundo estudio en área rural fue dirigido por Stephen Plank y María Lucila Milanesi y se realizó en 15 comunidades rurales del país que presentaron características demográficas similares para establecer el estudio y comparaciones con la mayor rigurosidad. Por ejemplo, todas las comunidades debían contar con una posta del Servicio Nacional de Salud, pero estar a una distancia mas o menos lejana del Hospital de la Comuna. Además, cada posta debía tener un médico que presentara interés en el objetivo del estudio. Las comunidades estudiadas son *“La Huerta y Rauco, en la provincia de Curicó; Corinto Cumpeo y Colarco, en la de Talca;*

¹⁷⁹ Cfr. Schulz, Ronald. “Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967”. Op. Cit., p. 698.

¹⁸⁰ Ídem.

¹⁸¹ Ídem.

¹⁸² Ídem.

*Empedrado y Putú, en la de Maule; Pemuco y Pinto, en la de Ñuble; y Cherquenco, Lastarria, Los Laureles, Nehuentúe y Trovolhue, en la de Cautín*¹⁸³

El censo realizado en las comunidades arrojó un total de 21.246 habitantes, de los cuales 2677 eran mujeres en edad fértil, sin embargo de ellas pudieron ser entrevistadas 3528, las 149 restantes no lo hicieron por diversos motivos como por ejemplo que no se encontraban en su domicilio al momento de realizar las entrevistas, eran retardadas mentales, sordomudas, o incapacitadas de otra forma o se negaron a la entrevista.¹⁸⁴

El estudio se realizó bajo dos aspectos, el primero tenía que ver con las actitudes de las mujeres con respecto a la planificación familiar, mientras que el segundo aspecto fue la reacción de las mujeres frente a la posibilidad de incluir servicios de planificación familiar en la posta local donde ellas acudían. De acuerdo al primer aspecto, se les consultó al total de mujeres entrevistadas si utilizaban algún método anticonceptivo, a lo que un 32,6 % respondió afirmativamente. Esto concuerda plenamente con los datos arrojados en la investigación de Hall con respecto al uso de anticonceptivos en el matrimonio donde un 31% de los hombres respondió de forma afirmativa. El estudio de Schulz, por ser más antiguo en su realización arrojó 21% solamente.

Para tener un esquema general de uso de anticonceptivos en las mujeres encuestadas, a continuación se presenta una tabla que indica el porcentaje de mujeres que utilizan cada método según su nivel educacional.¹⁸⁵

Tabla 18: “Mujeres casadas y la utilización de anticonceptivos según nivel educacional. Zonas rurales de Chile”

Nivel educación	Píldora	Anillo	Ritmo	Esterilización	Otros	Total Usuaris	Total mujeres unidas (-3)
-3	24	44	11	46	22	147	599

¹⁸³ Plank, Stephen y Milanesi, Maria Lucila. “Características demográficas y planificación familiar en áreas rurales de Chile”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol XI, Septiembre 1972, N°2, p.42.

¹⁸⁴ Cfr. Plank, Stephen y Milanesi, Maria Lucila. “Características demográficas y planificación familiar en áreas rurales de Chile”. Op. Cit., p.43.

¹⁸⁵ El cuestionario no se realizó al total de mujeres entrevistadas, sino que a 1831, que fueron las que participaron en la primera etapa del proceso, sin embargo, por ser un aspecto complementario, los encargados del estudio afirman que no causa alteración en las proyecciones generales y conclusiones derivadas de las entrevistas.

	4,00%	7,30%	1,80%	7,70%	3,60%	24,50%	32,70%
3-5	30 4,50%	63 9,50%	25 3,80%	48 7,20%	27 4,10%	193 29,10%	664 36,30%
6-8	66 16,00%	32 7,70%	18 4,40%	31 7,50%	21 5,10%	168 40,70%	413 22,60%
9 +	41 27,20%	14 9,30%	16 10,60%	13 8,60%	4 2,60%	88 58,30%	151 8,40%
Total	161	153	70	138	74	596	1827
% sobre total mujeres unidas	8,80%	8,40%	3,80%	7,50%	4,10%	32,60%	100,00%

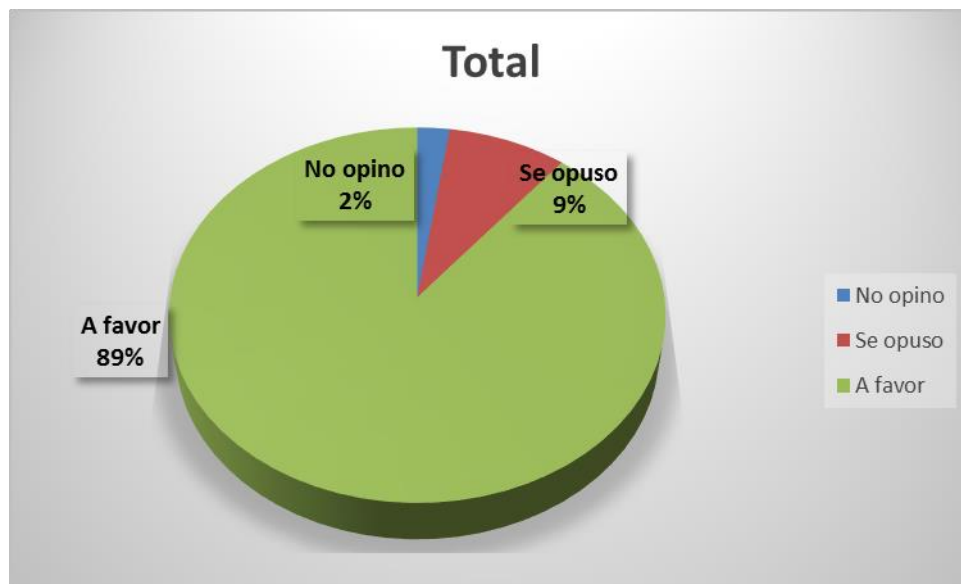
Plank, Stephen y Milanesi, Maria Lucila. "Características demográficas y planificación familiar en áreas rurales de Chile". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol XI, Septiembre 1972, N°2, p.42

Cabe destacar de la información que nos proporciona la tabla 15, que a mayor nivel educacional, mayor también es el uso de anticonceptivos en la mujer. Por ejemplo, del total de entrevistadas, 151 mujeres se posicionan en un nivel educacional sobre 9 años, y de ellas, 88 (58,3) utilizan alguno de los métodos anticonceptivos señalados. Por otro lado, 599 mujeres unidas en matrimonio poseen menos de 3 años de niveles de estudio, y de ellas solo 147 (24,5%) declaran la utilización de un método anticonceptivo. Estas cifras siguen la misma tendencia del estudio de Hall y Schulz con respecto a los niveles socioeconómicos versus el uso de anticonceptivos, ya que en los sectores más altos, era mayor el uso con respecto a los sectores bajos. Podemos darnos cuenta, que esta tendencia de nivel educacional o socioeconómico impacta de forma directa en la participación de los individuos con respecto a los programas de planificación familiar. El doctor Mario Herrera también coincide con esta conclusión pues advierte que las mujeres de los niveles socioeconómicos y culturales más bajos en general no practican el control de la natalidad. Advierte también que se trata de mujeres que poseen supersticiones religiosas ancestrales, campesinas y/o con poco contacto con la ciudad.¹⁸⁶

Con respecto a la implementación de programas de planificación familiar en las postas a las cuales acuden las entrevistadas, las reacciones fueron las siguientes:

¹⁸⁶ Cfr. Herrera Moore, Mario. "Aborto y Planificación familiar". Op. Cit., p. 10.

Grafico 9 “Opinión de las mujeres con respecto a la implementación de programas de planificación familiar en zonas rurales”



Elaboración propia a partir de Plank, Stephen y Milanesi, Maria Lucila. “Características demográficas y planificación familiar en áreas rurales de Chile”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol XI, Septiembre 1972, N°2, p.47

Dentro de los motivos por los cuales las entrevistadas estaban a favor de la aplicación de un programa de planificación familiar, que como se ha visto, excede la simple entrega de métodos anticonceptivos, se encuentra *“las dificultades económicas que reconocían como existentes en esas comunidades, en particular los problemas de alimentación, vestuario y educación de los niños. Otras respaldaron la idea por razones de salud de las madres, posibilidades de reducir los abortos provocados y la conveniencia de determinar por si mismos el número de hijos y el intervalo de nacimientos. Solamente una mencionó la explosión demográfica”*¹⁸⁷. Los programas de planificación familiar para esa fecha, buscan justamente dar respuesta y solución a los problemas que planteaban las entrevistadas en este estudio. El bienestar familiar implica salud, educación, vivienda, etc. Por tanto, es deber del gobierno proporcionar a las familias los sistemas de regulación de la fertilidad y planificación familiar para que los hijos que deseen tener tanto mujeres como hombres sean en el momento oportuno y por un acto de libertad, conciencia y responsabilidad.

¹⁸⁷ Plank, Stephen y Milanesi, Maria Lucila. “Características demográficas y planificación familiar en áreas rurales de Chile”. Op. Cit., p.47.

Si bien el estudio incorpora otras variables sobre planificación familiar creemos que estos indicadores y las conclusiones de los expertos nos dan cuenta de la efectividad de los programas implementados.

Para seguir brindando ejemplos sobre los programas de planificación que se dieron en Chile durante la segunda mitad de los años 60', fue de mucha difusión el programa de planificación familiar llevado a cabo en la "Población San Gregorio" en Santiago, publicándose en varias revistas médicas de la época. Este programa abarca una investigación realizada por tres años aproximadamente, por lo tanto, además de establecer medidas concretas de acuerdo al programa de planificación familiar, da cuenta de los resultados de las mismas.

La población San Gregorio, era dependiente del Hospital Barros Luco, y, como se ha mencionado algunas páginas atrás, en ese establecimiento ya desde los años 50' se tenía conocimiento del alto índice de abortos provocados que eran atendidos en la urgencia del establecimiento. Ahora bien, la población San Gregorio, reunía todas las condiciones para poder realizar un estudio a largo plazo sobre planificación familiar dado que geográficamente está muy delimitada y la migración a ella no era significativo para que la muestra se viera alterada. Además, contaba con una Clínica Materno infantil del Servicio Nacional de Salud en el centro de la población por lo que el acceso a ella era fácil para todos los habitantes.

"El programa de planificación familiar, iniciado el 9 de marzo de 1965, incluía educación y servicios. La información y educación se referían especialmente a los riesgos del aborto inducido y a las posibilidades que ofrecen los anticonceptivos modernos"¹⁸⁸. La educación, era entregada por médicos, matronas y auxiliares de enfermería, los sitios más frecuentes donde entregaban la información era en el mismo Hospital, aprovechando las visitas en la maternidad para aquellas embarazadas, sin embargo también hacían visitas a la comunidad, brindando información en centros de madres. Para el área de servicios, se incorporó a la Clínica materno infantil con que contaba la comunidad un Consultorio de anticonceptivos, donde de forma gratuita se prescribían métodos anticonceptivos a las mujeres que lo solicitasen, siendo acordado por ella y por el médico el que se adaptara mejor a sus necesidades. "El consultorio de planificación familiar ofrecía la gama más amplia posible de anticonceptivos, pero la mayor parte de las mujeres preferían los dispositivos intrauterinos y las píldoras, aunque un número reducido

¹⁸⁸ Aníbal Faúndez, Rodríguez, Germán, Hardy, Ellen y Mozo, Rafael. "Evaluación de los efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad en una población marginal de Santiago, Chile". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol. XII, Marzo de 1971, N°1, p. 5.

solicitaba las inyecciones de acción prolongada y los métodos tradicionales. Otras, que tenían razones médicas para evitar un nuevo embarazo, o las grandes multíparas, que tenían problemas con los anticonceptivos, fueron seleccionadas para la esterilización quirúrgica”¹⁸⁹

A continuación se presentará en la tabla 16 el progreso de las mujeres que fueron parte de este estudio con respecto al conocimiento que tenían de métodos anticonceptivos.

Tabla 19: Conocimiento de los métodos eficaces, por edad, mujeres casadas y convivientes, comparación de los años 1964, 1965 y 1967, San Gregorio, Chile.

Edad	Año 1964				Año 1965				Año 1967			
	M	Conocían Anticonceptivo	%	e.s	M	Conocían Anticonceptivo	%	e.s	M	Conocían Anticonceptivo	%	e.s
15-19	94	26	27,7	4,2	72	41	56,9	5,3	84	55	65,5	4,7
20-24	119	48	40,3	4	118	71	60,2	4,1	114	105	92,1	2,3
25-29	122	69	56,6	4	124	97	78,2	3,3	120	111	92,5	2,2
30-34	190	138	72,6	2,9	171	146	85,4	2,4	134	128	95,5	1,6
35-39	173	89	51,4	3,4	189	130	68,8	3	187	178	95,2	1,4
40-44	108	60	55,6	4,3	115	71	67	3,9	129	120	93	2
TOTAL	806	430	53,3	1,6	789	562	71,2	1,5	768	697	90,8	0,9

Anibal Faúndez, Rodríguez, Germán, Hardy, Ellen y Mozo, Rafael. “Evaluación de los efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad en una población marginal de Santiago, Chile”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol XII, Marzo de 1971, N°1, p. 7

Se puede observar en la información de la tabla 16, que las mujeres de todos los rangos etarios presentaron un aumento en su conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Ahora bien, igual se presenta una diferencia considerable entre las mujeres más jóvenes entre 15 y 19 años con aquellas que están en el rango etario de 30-34. Esto podía explicarse porque las mujeres entre más avanzada su edad se van volviendo más reticentes al embarazo pues es frecuente que ya hayan tenido a lo menos 3 hijos. Por otro lado, los sistemas de información son fundamentalmente en las clínicas y hospitales. Existe un déficit en cuanto a la información que reciben las jóvenes escolares sobre sexualidad, anticoncepción y planificación familiar, estando o no en pareja.

¹⁸⁹ *Ibíd.*, p. 7.

Para complementar el análisis y llevarlo a la práctica misma de las usuarias y participantes de este estudio, la tabla 17 muestra el uso de anticonceptivos y su evolución desde el año 1964 hasta 1967.

Tabla 20: Uso de métodos eficaces por edad, mujeres casadas y convivientes, comparación de los años 1964, 1965 y 1967, San Gregorio, Chile.

Uso de métodos eficaces por edad												
edad	1964				1965				1967			
	M	usuarias	%	e.s	M	usuarias	%	e.s	M	usuarias	%	e.s
15-19	94	4	4,3	2,2	72	11	15,3	3,8	84	17	20,2	3,9
20-24	119	12	10,1	2,5	118	26	22	3,4	114	47	41,2	4,1
25-29	122	22	18	3,1	124	51	41,4	4	120	78	65	3,9
30-34	190	50	26,3	2,8	171	73	42,7	3,4	134	77	37,5	3,8
35-39	173	33	19,1	2,7	189	60	21,7	2,6	187	99	52,9	3,3
40-44	108	22	20,4	3,5	115	30	26,1	3,7	129	62	48,1	4
TOTAL	806	143	17,7	1,2	789	251	31,8	1,5	768	380	49,5	1,6

Como muestra la tabla 17, el incremento del uso de anticonceptivos dentro de la población San Gregorio en los años estudiados es considerable. Similar a lo mostrado en la tabla numero 16 sobre el conocimiento de anticonceptivos, el grupo que presenta un menor uso de ellos es el más joven, la explicación de esto se debe a que tienen *“menor número de hijos, menos motivado y aun con menor conocimiento”*¹⁹⁰. Podemos inferir que los métodos anticonceptivos o el interés por ellos, se da en mujeres de edad un poco más avanzada, sin embargo, los encargados de este estudio no tienen una explicación para el aumento progresivo de uso de anticonceptivos en el rango etario de 25 – 29 años por sobre el de 30 – 34 resultando en 1967 el porcentaje en uso de anticonceptivos de un 65,0 % y 57,3 %. Asumen que *“exigiría un mayor análisis”*¹⁹¹ Ahora bien, formando ambos grupos parte importante del total de mujeres en edad fértil que se estaba investigando, no se traduce en una incongruencia. En términos generales el aumento de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos para llevar a cabo una maternidad y paternidad

¹⁹⁰ Ídem.

¹⁹¹ Íbid., p. 8.

consciente¹⁹² da cuenta de los logros y el cumplimiento de la meta del programa impartido en la población San Gregorio, obteniendo cifras muy alentadoras entre las mujeres participantes.

Reflexiones sobre la Octava Conferencia Internacional de Planificación de la Familia: sede Santiago de Chile, desde el 9 al 15 de abril de 1967.

Un hecho que marcó definitivamente y consolidó a Chile como uno de los países pioneros en políticas de Planificación Familiar en América Latina, fue la VIII Conferencia Internacional de Planificación de la Familia Organizada por la FIPF.

Esta conferencia contaba con todo el apoyo tanto del Gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva, principalmente las autoridades del Servicio Nacional de Salud, así como APROFA, el Colegio Médico y las Universidades. Con miembros de todos estos organismos, se constituyó un Comité organizador del evento, el cuál debía elaborar el programa y gestionar el financiamiento de la actividad.

*“La VIII Conferencia Internacional, celebrada en Santiago en 1967, señaló una de las fechas cumbres de la motivación mundial en favor del movimiento de la planificación de la familia, especialmente en Chile y las Américas.”*¹⁹³ Los discursos del presidente de la república Eduardo Frei Montalva, así como del Ministro de Salud de ese periodo Ramón Valdivieso, ante los 1200 invitados miembros de delegaciones de todo el orbe, dieron un punto crucial en lo que respecta a los programas de planificación en Chile, siendo una realidad cuyos resultados ya se hacían notar y lo seguirían haciendo hasta 1973.

El primero en dar su discurso fue el ministro de salud, quien hizo un breve contexto de la situación que vivía Chile con respecto a la planificación familiar indicando cifras que ya han sido reveladas a lo largo del trabajo. Sin embargo, quisiera detenerme en las palabras del ministro de Salud cuando enfatiza que la planificación familiar es un problema de cada individuo, de cada familia, de cada Estado y de cada sociedad. Tomar partido por una u otra medida con respecto a este tema, es tomar una decisión frente al proyecto de sociedad que se desea por parte del Estado.

¹⁹² Cabe destacar que los datos trabajados fueron extraídos de mujeres casadas o convivientes, por lo que su decisión en torno a los métodos anticonceptivos afecta también a su esposo o pareja, haciéndolo parte del proceso de planificación familiar.

¹⁹³ APROFA. “Evaluación de 10 años de Planificación de la familia en Chile”, s/e, Santiago, 1977. P. 9.

“Frecuentemente se proclama la necesidad de inculcar un sentido de procreación responsable para hacer efectivos los programas de planificación familiar. No tan frecuentemente se advierte que el hombre no tiene entre los elementos que dictan su conducta, ningún casillero especial para la responsabilidad sexual. De hecho no es otra cosa que la concreción en el ámbito de la intimidad conyugal del sentido de responsabilidad general en la forma más auténtica de su significado. Es decir, asumiendo la conciencia de su finalidad como persona humana, como integrante del núcleo familiar, como miembro del grupo social en su realidad histórica y geográfica.

La responsabilidad no queda limitada al nivel de la pareja. Se extiende al conjunto de grupos e instituciones sociales y, en forma muy especial, al Estado. Para este último se concreta específicamente en crear las condiciones que capaciten a los cónyuges para el ejercicio responsable de su función procreadora. Esta misión del Estado sobrepasa los límites de la mera información sobre métodos de regulación y se inscribe en la tarea más amplia que es procurar el Bien Común de toda la sociedad. Para procrear responsablemente, la pareja necesita, en el plano físico, un desarrollo adecuado del cuerpo; en el psíquico maduración y equilibrio psicológico; en el plano cultural un enriquecimiento espiritual fruto de una educación mínima; en el ético una asimilación de valores normativos que encuadren su conducta.

Estos bienes y valores son proporcionados por la sociedad como parte de su misión de promover el Bien Común. La realización personal de los miembros de una comunidad no es tarea indiferente a la autoridad o al Estado como responsable máximo. Una autoridad consciente debe mantener, por ejemplo, una política de salubridad pública para lograr un pleno desarrollo físico de sus miembros, desarraigando enfermedades y vicios que inciden específicamente en la fecundidad y natalidad. En el plano psicológico y cultural debe orientar ordenadamente a los jóvenes hacia una fecundidad responsable, proporcionando, entre otras cosas, una instrucción sexual adecuada; en el ético, debe respetar y proporcionar un sistema de valores normativos mínimos a través, por ejemplo, de una protección del matrimonio y la familia”¹⁹⁴

Las palabras enunciadas por el Ministro extrapolan el sentido de la planificación familiar a su mas amplio alcance que es el Bien Común. Es claro que este concepto puede abrir un sinfín de debates. Sin embargo, lo que se puede concluir de sus palabras es que en primer lugar, la planificación familiar constituye un tema cultural de la sociedad. Sus aristas y alcances atañan tanto a los sistemas económicos como sociales, culturales, educacionales, emocionales incluso éticos. Es un problema tan intrínsecamente humano que su resolución en forma de programas como se ha visto más atrás en este trabajo, posee repercusiones en todos los niveles de la vida

¹⁹⁴ Ramón Valdivieso “Discurso de Apertura” En: Federación Internacional de Planificación de la Familia “Actas de la Octava Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Santiago de Chile 9-15 de abril de 1967”, s/e, Inglaterra 1968, p. 5.

humana. Es por este motivo que se puede concluir, en segundo lugar, que la forma en que se lleva a cabo los programas de planificación familiar en cualquier país del mundo es el reflejo de todo un sistema valórico establecido en esa institución.

Los últimos años de la planificación familiar en Chile 1970 – 1973. Resultados y reflexiones

Con el gobierno de la Unidad Popular, los programas de planificación familiar que habían sido puestos en marcha en Chile en el gobierno anterior, no sufrieron modificaciones sustanciales. *“Hay evidentemente una disminución de servicios en ciertos sectores, provocados por dificultades financieras que explican una detención en la tendencia descendente de la natalidad en los años 1971 y 1972, [aun así] en la mayoría del país, la oferta y el uso de métodos anticonceptivos eficaces continuó”*.¹⁹⁵ Se incluyeron además otro tipo de medidas de protección a la madre y al niño, como por ejemplo el medio litro de leche diario para todos los niños de Chile. *“El compromiso del medio litro de leche se mantuvo contra viento y marea durante los mil 41 días que duró la presidencia de Salvador Allende. Cuando la producción interna no dio abasto, se importó leche en polvo. Esta subió de precio y escaseaban las divisas, pero ningún niño dejó de recibir su medio litro de leche (...) en 1971 se distribuyeron gratuitamente 47 millones de litros, una cantidad semejante en 1972 y, a pesar de todas las dificultades, 49 millones en 1973”*¹⁹⁶. Ya se ha mencionado a lo largo de la presente investigación que la desnutrición infantil por este tiempo era muy frecuente, por lo tanto esta medida venía a garantizar un estándar mínimo y ayudar a aquellas familias que más lo necesitaran, sobre todo a aquellas madres que por diferentes motivos no podían prolongar el periodo de lactancia materna hacia el menor. Además de esta medida Claudia Iriarte señala que el gobierno de Allende *“le dio gran relevancia a la educación en planificación familiar, la que debía referirse especialmente a educación para la salud, educación sexual y capacitación encaminada a que a sociedad se transforme en un sujeto de cambio en esta materia. Por primera vez se señaló, en un programa de este tipo, que el proceso educativo, debería ayudar a la promoción de la mujer y a la superación de su situación de desigualdad frente al hombre.”*¹⁹⁷ Estos objetivos, integran y valoran la planificación familiar en su rol más holístico tanto para el individuo como para la sociedad. Una mujer que es capaz de planificar algo tan fundamental en su vida, como los hijos que desea tener y cuándo tenerlos, significa brindarle a la mujer de una libertad para desarrollarse en muchos otros aspectos, tanto personales como colectivos. Bajo esta concepción podemos concluir que se desarrollaban los programas de planificación familiar en Chile

¹⁹⁵ Viel, Benjamín. “La población de Chile” En: Revista Médica de Chile, Vol 108, N°3 Marzo 1980, p. 261.

¹⁹⁶ Corvalán, Luis. “El gobierno de Salvador Allende” LOM, Santiago, 2003, p. 31-32.

¹⁹⁷ Iriarte, Claudia, “Derechos reproductivos: Contracepción en la Legislación Chilena”, Op. Cit.p. 170.

iniciados por el Gobierno Demócrata cristiano y continuados por el gobierno de la Unidad Popular.

Durante este periodo, ya era posible tener un resultado visible de lo que había significado el inicio de la planificación familiar en nuestro país.¹⁹⁸ Para comienzos de la década de los 70 el aborto provocado, ya había disminuido considerablemente las cifras como se presenta en la tabla 21

Tabla 21 “Número estimado de mujeres en edad fértil y número de hospitalizaciones por aborto en Chile y en Santiago (1964 – 1978)

CHILE				Santiago		
años	mujeres en edad fértil	Abortos hospitalizados	Tasa	Mujeres en edad fértil	Abortos Hospitalizados	Tasa
1964	1883	56391	30,2	480	24427	50,9
1965	1928	56130	29,1	522	23358	44,7
1966	1974	54127	27,4	564	22344	39,6
1967	2021	54213	26,8	606	21685	35,8
1968	2070	47430	22,9	648	18932	29,2
1969	2119	44895	21,2	690	17958	26
1970	2172	44771	20,6	732	17991	24,6
1971	2217	44163	19,9	757	17792	23,5
1972	2262	43329	19,2	782	17213	22
1973	2309	42667	18,5	806	17419	21,6
1974	2355	42160	17,9	831	17286	20,8
1975	2402	42155	17,5	856	17124	20
1976	2448	38943	15,6	884	15329	17,3
1977	2493	37791	15,2	912	14925	16,4
1978	2537	37922	14,9	940	15510	16,5

Viel, Benjamín. “La población de Chile” En: Revista Médica de Chile, Vol 108, N°3 Marzo 1980, p. 264.

¹⁹⁸ Ver Otros Anexos N°2 “Localidades donde hubo acción anticonceptiva por el SNS Y APROFA - 1969” Elaboración propia a partir de Viel, Benjamín y Lucero, Sonia. “Análisis de programa anticonceptivo y de control del aborto en Chile 1964 – 1969”. En: Revista médica de Chile, Vol. 99, N° 1-12 Enero – Diciembre 1971, p. 487.

A nivel nacional, la tasa de abortos hospitalizados bajó de 30,2 a 14,9 en un lapso de 14 años. Sin embargo es aún más abrupto el descenso que hay al considerar sólo la ciudad de Santiago, pues disminuyó de 50,9 a 16,5 en el mismo período. Esto se debe a que en Santiago había mucha mayor cobertura con respecto a los centros anticonceptivos. Esta disminución tan evidente de la hospitalización de abortos provocados tiene múltiples factores, sin embargo el más importante de ellos se debe al implemento de programas de planificación familiar en nuestro país. Las mujeres, comenzaron a utilizar métodos anticonceptivos altamente eficaces, por lo que el control de su propia fertilidad era mucho mayor. Además la educación sexual brindada al alero de los programas, creó una conciencia sobre la paternidad y maternidad para abordarla de forma consiente y responsable. Efectos colaterales a esta disminución e por supuesto el descenso en la mortalidad materna, ya que el aborto provocado constituía el mayor factor de riesgo que derivaba en los decesos registrados. Maniobras tan peligrosas como las que han sido mencionadas en este trabajo fueron paulatinamente desapareciendo.

1973 constituye una fecha trascendental para la continuidad de los programas de planificación familiar en Chile debido al golpe militar de Augusto Pinochet, que cambió absolutamente toda la institucionalidad política de nuestro país. Por este motivo la presente investigación sitúa este año como límite temporal de investigación. Ahora bien, cabe preguntarse cómo continuaron estos programas durante la dictadura militar. Pues bien, a partir de 1974, se comienzan a desestructurar varios de los programas vigentes a la fecha. La dictadura militar, restringió varios recursos humanos y materiales dedicados al buen funcionamiento de los programas. Por ejemplo, *“se eliminaron las horas de atención exclusivamente ginecológicas, con lo cual las mujeres que requerían de este servicio debían ser atendidas en horas de medicina general”*¹⁹⁹ Por consiguiente, el sistema de prescripción anticonceptivo se volvió mas lento y menos eficiente. Al mismo tiempo, los recursos humanos para esta labor fueron reducidos, no dando abastos para toda la demanda los médicos, matronas y auxiliares en los consultorios y hospitales dependientes del Servicio Nacional de Salud. Estas medidas fueron medianamente contrarrestadas por la acción de APROFA, sin embargo en el año 1978 se dió término formal al sistema de planificación en Chile ya que la gobierno de la dictadura de Augusto Pinochet aprobó e implementó una política poblacional elaborada por el ODEPLAN bajo los criterios de la ‘doctrina de seguridad nacional’.

Los puntos que más afectaron a los programas de planificación familiar fueron los siguientes:

¹⁹⁹ Iriarte, Claudia, “Derechos reproductivos: Contracepción en la Legislación Chilena”. Op. Cit., p. 171.

“1) Se consideró deseable aumentar la población, por lo que se debía incentivar las campañas que estimularan la maternidad.

2) No es de incumbencia del Estado tomar medidas para lograr la disminución o aumento de la tasa de natalidad. A tal extremo era esta indicación que se ordenó el retiro de cualquier afiche informativo sobre planificación familiar o contracepción desde los consultorios de atención primaria

3) Respecto de la información sobre contracepción establecía que esta debía ser oportuna, completa y selectiva considerando el grado de madurez del solicitante.

4) Se reafirmó el derecho inalienable a la vida, por lo que el Estado no debía considerar como parte de las políticas de planificación familiar ni medidas de tipo abortivo ni de esterilización”²⁰⁰

Estas medidas atentaban profundamente con los valores que se promocionaban junto a los programas de planificación familiar de años anteriores. La educación sexual era primordial para poder activar una cadena de conocimiento asertivo en cuanto a contracepción en nuestro país. Lo que en última instancia generaría libertad en la población para decidir cuándo y en qué momento tener hijos.

De este modo, los servicios se vieron disminuidos, así como el personal para atender a la población que solicitase información sobre métodos anticonceptivos, cuidado materno, etc. APROFA, por su parte, continuó brindando los servicios de los cuales disponía a las madres y padres que los solicitaran, sin embargo, sin el apoyo del gobierno, la labor era mucho más difícil.

A pesar de las dificultades que se presentaron con la irrupción de la dictadura militar, hoy, podemos darnos cuenta que los cimientos y propuestas elaboradas desde 1960 en nuestro país sobre planificación familiar construyeron un camino que hasta el día de hoy es fundamental en el desarrollo de cualquier sociedad y donde cada gobierno debe hacerse cargo como derecho fundamental de las personas.

Para finalizar nuestras reflexiones, nos quedaremos con las palabras de Benjamín Viel en 1980, él, sostiene que *“De no haber existido un programa de educación y servicio anticonceptivo como el que se inició en Chile en 1964, nada hace pensar que Chile hubiera reaccionado en forma diferente a otros países Latinoamericanos en los cuales la natalidad no ha descendido a pesar del*

²⁰⁰ Ídem.

*descenso de la mortalidad. (...) sin la planificación familiar que benefició a Chile entre 1965 y 1978 la población hubiera sido algo superior a 800 mil habitantes mas de los que hay en la actualidad. Es fácil imaginar el efecto que tendría sobre el alto porcentaje de cesantía actual la adición de tan alto numero de habitantes mas, que en su mayoría serían menores de 15 años, y que iniciarían la búsqueda de trabajo en mucho mayor proporción que los que lo hacen en la actualidad*²⁰¹ Los efectos de lo que fue la política de planificación familiar en Chile, por lo tanto, si bien no tuvieron continuidad después de 1978, los resultados sí perduraron después de esa fecha, creemos que sin duda ayudó al desarrollo de nuestro país en lo económico, social, cultural, moral, ético, familiar y muy profundamente en la libertad y responsabilidad de los individuos.

²⁰¹ Viel, Benjamín. "La población de Chile" En: **Revista Médica de Chile**, Vol. 108, N°3 Marzo 1980, p. 262.

CONCLUSIONES

El control de la fertilidad en Chile, nació a partir de circunstancias muy adversas, con un alto índice de mortalidad materna, mortalidad infantil y aborto inducido. Todas ellas generando un círculo vicioso de sufrimiento para las familias y para las mujeres solteras. Pudimos observar en esta investigación que en Chile, no existían leyes, proyectos de ley, o políticas públicas relativas al control de la fertilidad a comienzos de la década de los 60. El aborto provocado se convirtió en epidémico para todos los fines médicos, la situación se hizo insostenible. Es entonces, que de forma reactiva se comenzaron a poner en marcha programas de control de la fertilidad, sobre todo durante el Gobierno de Jorge Alessandri y la Democracia Cristiana. Cabe mencionar que los programas impartidos aquí tenían como objetivo principal disminuir las altas tasas de aborto inducido, con consiguiente, el destinatario principal de los programas de control de la fertilidad fue la mujer, el hombre es considerado en menos medida. La prescripción de anticonceptivos fue fundamental para esta labor, así como la desmitificación de su uso.

A partir de 1965, los programas de control de la fertilidad, se hacen más complejos, puesto que la disminución del aborto se había logrado (aunque aun se trabajara en ello). La familia comienza a hacerse parte de los programas, cambian los destinatarios y los propósitos de dichos programas y por primera vez en Chile, se comienza a utilizar el concepto de “planificación familiar”, cuyos alcances traspasaban la distribución de métodos anticonceptivos en la población. Por el contrario, la educación se posiciona como fundamental al interior de estos programas, la conciencia sobre la paternidad y la maternidad, el cuidado del cuerpo, especialmente el de la mujer ya sea en embarazo o puerperio. Sobre todo, se plantea la planificación familiar como un derecho a que las personas posean la libertad de decidir cuándo y cuántos hijos deseaban tener.

Esto hecho, constituye un cambio en el ritmo de vida de las personas, cambia los patrones culturales, la mujer tiene mayores posibilidades de realizarse en otros ámbitos de su vida. Sin duda el poder decidir cuándo embarazarse, constituye una planificación macro de los objetivos que ella se propone. Cambia económicamente y socialmente, paulatinamente, las mujeres dejaron de ser grandes multíparas y comenzaron a tener menos hijos, sobre todo por los factores económicos que condicionaban esta decisión. No podemos tener certeza si de haber tenido los recursos económicos las mujeres hubiesen seguido siendo grandes multíparas, sin embargo, lo que sí se puede concluir es que el espaciamiento de los hijos hubiese sido el adecuado y el saludable para el cuerpo de cada mujer. Muy distinto a lo que sucedía antes.

La planificación familiar en Chile, nace como consecuencia de programas de control de la fertilidad cuyo objetivo era muy limitado, urgente, sin duda, pero limitado. Ahora bien, Chile no era el único país en la región con problemas en sus políticas de población. El crecimiento poblacional era un hecho de escala global. En las revistas médicas, distintos doctores hacían alusión a las cifras de aborto de otros países, a la legalización que tenía en otras regiones, ¿lo harían para buscar respuestas, modelos a seguir?. Lo cierto es que el aborto ha sido un problema que ha estado presente siempre en las sociedades y cada una lo ha combatido de forma diferente.

Los organismos y fundaciones internacionales tuvieron un rol fundamental para implementar los planes y programas que se dieron en Chile. La opción por no legalizar el aborto (aun cuestionada), fue contrarrestada con la educación que se quería dar a los jóvenes, madres y padres. Se resolvía de este modo que la solución no era consecutiva, sino que se debía dar de forma anterior a la concepción de un hijo. Sin embargo Chile, como se mencionó durante la investigación no contaba con los recursos necesarios para implementar dichos programas, es así que la ayuda económica brindada por las organizaciones extranjeras sin fines de lucro ayudó a poner en marcha estas medidas en nuestro país.

Otra consecuencia que tuvo en Chile los efectos de los organismos internacionales es la formación de APROFA, ya que, una vez privatizada y unida como filial de la FIPF, sus recursos permitían llevar a cabo varios programas en distintas ciudades de nuestro país para aumentar de este modo la acción del Servicio Nacional de Salud y las Universidades. No se puede dejar de mencionar la VIII Conferencia organizada por la FIPF, ya que brinda a Chile una vitrina a nivel mundial, donde expertos de diferentes partes pudieron dar su opinión sobre las medidas implementadas aquí, se pudieron dar a conocer nuevas técnicas, se consolidó en la escena mundial la acción de Chile sobre la planificación familiar.

Ahora bien, sabemos que estas medidas y programas continuaron hasta un poco después de ocurrido el golpe militar en nuestro país, aun así, los resultados fueron enormes, lográndose en gran parte el cometido.

Si nos ponemos a analizar los factores demográficos de hoy en día, nos daremos cuenta por ejemplo, que la tasa de fecundidad ha disminuido en los últimos 50 años, es decir, las mujeres están teniendo cada vez menos hijos. Esto se puede atribuir a múltiples factores, donde la anticoncepción y la planificación familiar sin duda tienen algún grado de incidencia, ahora bien, lo que sí podemos afirmar es que este descenso tiene como inicio el año 1965, cuando por primera vez en Chile se comenzó a tratar de forma pública el problema del aumento de

población. No sabemos cuánto es el alcance de lo que se inició en Chile durante los 60' para la situación actual que estamos viviendo, sin embargo, sí sabemos que fue un punto de partida para la implementación formal de programas de planificación familiar. Es claro que hoy en día, esta disminución de la tasa de fecundidad, ocasionaría un envejecimiento de la población, siendo mas la población senil que la mano de obra joven. Sin embargo, sabemos que la dinámica poblacional incluye procesos migratorios por ejemplo, que podrían subsanar este problema. Sin embargo, aun cuando esto suceda, el envejecimiento de la población, tiene como su principal causa, el control de la fertilidad que ha tenido al mujer y la baja tasa de fecundidad, atribuida a distintos factores.

Finalmente, quisiera mencionar que si bien los médicos durante la década del 60 y principios de los 70', pusieron todos los esfuerzos por bajar las tasas del aborto provocado en nuestro país, a raíz de lo peligroso que resultaba este procedimiento, hoy, a más de 50 años, el aborto y su legalización vuelve a ser un tema mediático. El proyecto de ley que se debate en el congreso nacional actualmente sobre la legalización del aborto bajo 3 causales, es sin duda un punto de inflexión como lo fue la puesta en marcha de la planificación familiar en Chile. El debate hoy es distinto que el que se dio durante los años 60', hoy se conjugan valores éticos y morales, se aboga por el control del cuerpo de la mujer, por su emancipación social. Es claro que el problema del aborto, ya sea por su erradicación, legalización, procedimiento, etc., siempre va a ser un tema que como sociedad debemos afrontar y hacernos cargo. Asumiendo, tanto el gobierno como cada individuo, que las consecuencias de estas medidas las podemos encontrar en todos los factores que nos componen como miembros de una sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO Puentes, Claudia Alejandra. *Opiniones y valoraciones de jóvenes universitarios sobre sexualidad, maternidad y aborto. Estudio cualitativo desde los derechos sexuales y reproductivos y el enfoque de género*. Santiago, Chile, 2007. (Tesis).

BERLAGOSCKY, Fanny. "Entrevista a la historiadora Dra. Jadwiga Pieper Mooney. Encuentros con biografía e historia: El Dr. Benjamin Viel y las políticas de la salud pública". En: **Revista Chilena de Salud Pública**, Vol. 17, año 2013, pp. 63-67. <Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/26647/28222>> [consulta: 15-01-20015]

BURKE, Peter. *¿Qué es la Historia Cultural?*. Paidós, Barcelona, 2005.

CHARTIER, Roger. *El mundo como representación. Estudios sobre historia Cultural*. Gedisa, Barcelona, 1996.

DE BARBIERI, M. Teresita. *Género y políticas de población. Una reflexión*. Documento presentado a la Conferencia Centroamericana de El Caribe y México sobre Políticas de población. 9-12 de Abril de 1991.

DEFILÓ, Bernardo. "Farmacología médica 3 – Drogas esenciales antiinfecciosos", INTEC, Dominicana, 1985.

DESAL, *Población y familia en una sociedad de transición. Hacia una visión global del problema demográfico en América Latina*, TROQUEL, Buenos Aires, 1970.

DÍAZ, Margarita, DÍAZ, Juan y TOWNSEND, John. *Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina*. Simposio Latinoamericano de Planificación Familiar, México, Df, 30 de Noviembre de 1992.

FRIEDENTHAL, Julio. "El problema del aborto. Estudio médico – jurídico – social", Rapid, Santiago, 1937.

GOBIERNO DE CHILE – Ministerio de Salud, *Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad*, Santiago s/e, s/a,

HUNT, Lynn (ed.). "The New Cultural History". Berkeley, Los Angeles. London: University of California Press, 1989.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *“Población y sociedad. Aspectos demográficos”*. Santiago, 2008,

JILES Moreno, Ximena y ROJAS Mira, Claudia. *“De la miel a los implantes : historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile”*, Corporación de Salud y Políticas Sociales, Santiago, 1992.

LARA, Paula. *“Usted y su esposo ahora pueden tener todos los hijos que deseen”* (Tesis). Departamento de Historia, Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008

LEVI, Giovanni. “Sobre microhistoria”, en Peter Burke, *“Formas de historia Cultural”*, Madrid, Alianza Universidad 1999.

LUTZ, Elvira. *“La mujer: objeto o sujeto de la planificación familiar”*. Trabajo presentado en el 1º congreso Latino Americano de Planificación familiar, Lima, Septiembre, 1987

MOLINA Bustos, Carlos. *“Institucionalidad sanitaria chilena 1889 – 1989”*, Santiago, LOM, 2010.

PARKER, Richar, PETCHESKY, Rosaind y SEMBER, Robert (eds). *“Políticas sobre sexualidad. Reportes desde las líneas del frente”*. IESSDEH, Perú, 2009.

PATH AND UNITED NATIONS POPULATION FUND. *“Una necesidad insatisfecha: fortaleciendo la planificación familiar”*, Seattle, Path/UNFPA, 2006

PIEPPER, Judwiga. *“The politics of motherhood: maternity and women’s Rights in twentieth-century Chile.”* University of Pittsburgh Press, USA, 2009

PORRIER, Phillipe (ed). *“La Historia Cultural. ¿Un giro historiográfico mundial?”*, Universitat de Valencia, Valencia, 2012.

RANCE, Susana. *Planificación familiar: se abre el debate*. CONAPO, La Paz, 1990.

ROJAS Mira, Claudia. *Poder, mujeres y cambio en Chile (1964-1973): un capítulo de nuestra historia*. Tesis para optar al grado de Maestría en Historia, Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-Iztapalapa), División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento

de Historia, México D.F. 1994 <Disponible en:
<http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0062367.pdf>>

ROJAS Mira, Claudia. *“Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático.”* <Disponible en:
<http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/histor1201.pdf>> y Rojas Mira, Claudia. *Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile.* En **Estudios Avanzados**, Universidad de Santiago, Santiago, Año II, 2009, pp. 7-27.

SACCHI, Emiliano, *“Biopolítica, población y público: Los estudios culturales y la biopolítica”.* En: Ciencias Sociales Unions. Volumen 46 Num. 3. septiembre diciembre 2010.

SANTANDER, Pedro. *“Por qué y cómo hacer análisis de discurso”*, **Cinta de Moebio**, Santiago, número 41, 2011, p. 208.

SCOTT, Joan, *“El género: una categoría útil para el análisis histórico”.* En Lamas, Martha (comp.) *“El género: La construcción cultural de la diferencia sexual”*, México, PUEG, 1996,

Universitat de Valencia. [Documento on line] Disponible en:
<http://www.uv.es/jserna/JustoSerna.htm>

SERNA, Justo y PONS, Anaclet. *La Historia Cultural.* Ediciones Akal. Madrid, 2013

SHAW, Ian. *“La evaluación cualitativa: introducción a los métodos cualitativo”*, Barcelona, Paidós, 2003.

VÁSQUEZ Urrea, Ricardo. *“Políticas de Planificación familiar y el aborto en Chile”*, Universidad de Chile, Facultad de Derecho, Santiago, Agosto 2004. (Tesis).

ZÁRATE Campos, María Soledad (Comp.) *“Por la Salud del Cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile”*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

FUENTES

Actas de la Octava Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia. Santiago de Chile 9-15 de abril de 1967

Anuario Historia de la Medicina

Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia

Boletín del Hospital San Juan de Dios

Cuadernos Médicos Sociales

Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia

Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva

Revista de Pediatría

Revista Médica de Chile

Revista Vida Médica

Nota: Todas las revistas señaladas anteriormente fueron revisadas íntegramente en sus publicaciones relativas al periodo 1960-1973, pudiendo abarcar la totalidad o una parte según su fecha de inicio de edición.

GLOSARIO

Aborto espontáneo: es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente.

Aborto provocado: provocar la muerte biológica del embrión o feto para su posterior eliminación, con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal.

Aborto Séptico: es un aborto con infección por diseminación de gérmenes y sus toxinas en la circulación materna.

Mortalidad Infantil tardía: defunciones de menores entre 29 y 11 meses 29 días.

Mortalidad materna: muerte de la mujer ocasionada por el embarazo, el parto o el puerperio y se la mide relacionándola con el número de nacidos.

Mortalidad neonatal: defunciones de lactantes que ocurre dentro de los primeros 28 días de vida.

Puerperio: período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto. Suele durar entre cinco y seis semanas.

Tasa de fecundidad: número medio de hijos e hijas por mujer.

ANEXOS TABLAS

Tabla 1 “Distribución de la población mundial por continente”

Región	Millones de habitantes
Asia	1.747
Europa	433
América del Norte	278
África	267
URSS	221
América del sur	152
Oceanía	17
Total	3.115

Alfred Sauvy. “El aumento de población en el mundo y los problemas que plantea” Adaptado por A. M. Kaempfer. **En Cuadernos Médicos Sociales**, Septiembre 1962 N°2, p. 32.

Tabla 2 “Cifras absolutas de niños nacidos vivos en Chile”

Nacimiento	Años				
	1956	1957	1958	1959	1960
Total niños nacidos	234.412	244.900	246.796	249.799	256.674
Con Atención	139.540	150.603	156.696	162.224	171.813
Sin atención	94.872	94.297	90.100	87.575	84.861

Servicio Nacional de Salud. Dirección General. “Atenciones Hospitalarias – Atenciones materno – infantiles”. 1960. p. 26.

Tabla 3 “Tasas anuales de crecimiento intercensal, por provincias, Chile 1940 – 1960”

Provincias	Años	
	1940-1952	1952-1960
Nivel País	1,83	2,43
Tarapacá	-0,33	1,97
Antofagasta	2,47	1,6
Atacama	-	4,27
Coquimbo	0,98	1,71
Aconcagua	1,14	0,82
Valparaíso	1,77	2,37
Santiago	3,19	3,88
O'Higgins	1,39	1,57
Colchagua	0,94	1,3
Curico	1,24	2,02
Talca	1,27	1,86
Maule	0,63	0,92
Linares	1,11	1,65
Ñuble	0,71	1,3
Concepción	2,88	3,13
Arauco	1,18	2,4
Bio-bio	1,13	2,14
Malleco	0,71	0,85
Cautin	0,22	0,67
Valdivia	2,07	0,9
Osorno	1,58	1,72
Llanquihue	1,93	1,88
Chiloe	0,35	-0,51
Aysen	4,13	4,14
Magallanes	1,46	3,29

Rosselot, Jorge. “Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol VII, Junio 1966, N° 2, p. 17. Con ref. Dirección de Estadística y Censos Santiago. Chile 1964.

Tabla 4 “Natalidad, Mortalidad Materna e Infantil por provincias. Chile 1964”

Natalidad mortalidad materna e infantil por provincias Chile 1964			
Provincia	Natalidad	M. Materna	M. Infantil
Chile	32,9	3,1	105,3
Tarapacá	27,7	2,6	80,3
Antofagasta	32,2	2,6	106,1
Atacama	38,5	3,0	128,6
Coquimbo	37,9	3,5	119,6
Aconcagua	32,8	3,0	101,5
Valparaíso	30,8	3,1	88,4
Santiago	32,8	2,9	80,4
O'Higgins	34,6	2,2	116,1
Colchagua	35,0	3,5	99,7
Curicó	33,0	1,5	145,3
Talca	34,7	3,0	116,5
Maule	29,3	2,4	103,7
Linares	32,5	3,1	117,2
Nuble	35,1	3,1	149,6
Concepción	36,2	2,3	140,6
Arauco	39,5	3,9	165,2
Bio-Bio	33,7	4,2	166,5
Malleco	30,7	4,6	156,7
Cautín	26,7	3,9	150,3
Valdivia	33,3	5,1	141,5
Osorno	30,5	4,5	169,9
Llanquihue	34,3	2,7	155,0
Chiloé	29,1	3,5	158,4
Aysén	31,7	7,0	119,9
Magallanes	23,8	1,4	62,3

Rosselot, Jorge. “Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol VII, Junio 1966, N° 2, p. 17. Ref. de Anuarios 1964 “Nacimientos” y “Defunciones y Causas de Muerte” SNS.

Tabla 5 “Hospitalización por aborto en Servicio Nacional de Salud, Chile, 1937-1958”

Año	Aborto	Nacidos vivos	Abortos por cien nacimientos
1937	12.963	153.354	8
1938	13.982	154.927	9
1939	14.730	163.589	9
1940	16.254	166.593	10
1941	18.265	165.044	11
1942	19.342	170.222	11
1943	20.009	172.095	12
1944	19.449	174.864	11
1945	21.581	178.292	12
1946	23.619	175.686	13
1947	24.535	186.784	13
1948	26.448	189.236	14
1949	28.514	189.719	15
1950	29.512	188.323	16
1951	30.571	191.332	16
1952	32.862	195.470	17
1953	33.862	211.808	16
1954	35.748	209.920	17
1955	39.340	225.352	17
1956	41.829	237.268	17
1957	44.945	262.746	17
1958	49.041	262.759	19

Monreal, Tegualda. “El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol II, Diciembre 1961 N°2. p. 22

Tabla 6 “Cuadro resumen de 1890 mujeres según antecedentes de aborto. Santiago 1962”

Descripción	Total Abortos	Abortos provocados
Nº de mujeres con antecedentes de aborto	875	496
Por ciento	46,3	26,2
Número total de abortos admitidos	2.212	1.394
Promedio de abortos por mujer	2,5	2,8

Monreal, Tegualda y Armijo, Rolando. “Epidemiología del aborto provocado en Santiago” En: **Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia**, Vol. XXIX, N°1, Año 1964, p. 36.

Tabla 7 “Número de mujeres en edad fértil y hospitalizaciones por aborto. Chile 1964 – 1981”

Año	Mujeres en edad fértil	Hospitalizaciones por aborto
1964	1.883.474	56.391
1965	1.928.284	56.130
1966	1.974.224	54.127
1967	2.021.334	54.213
1968	2.069.779	47.430
1969	2.119.331	44.895
1970	2.172.511	44.771
1971	2.216.852	44.163
1972	2.662.233	43.329
1973	2.308.537	42.667
1974	2.355.892	42.160
1974	2.323.236	42.155
1976	2.387.811	38.943
1977	2.452.589	37.814
1978	2.518.192	38.293
1979	2.584.416	38.178
1980	2.651.262	38.199
1981	2.709.530	37.790

APROFA. Redactado por Benjamín Viel “El aborto: un problema social”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XVIII, N° 1-12, Santiago, Enero-Diciembre 1982, p. 10.

Tabla 8 “Mortalidad Materna Total y por aborto. Chile 1964 – 1981”

Años	Defunciones maternas totales	Tasa	Defunciones por aborto	Tasa
1964	866	28,3	360	11,8
1965	860	27,9	306	9,9
1966	771	26,1	296	10,0
1967	734	26,5	276	10,0
1968	579	21,2	230	8,4
1969	488	18,2	171	6,4
1970	439	16,8	172	6,6
1971	389	14,2	143	5,2
1972	454	13,3	138	5,0
1973	365	13,3	119	4,3
1974	326	12,2	114	4,2
1974	336	13,1	122	4,8
1976	284	11,6	111	4,5
1977	246	10,1	93	3,8
1978	218	9,2	98	4,2
1979	176	7,3	58	2,4
1980	185	7,3	71	2,8
1981	173	6,6	65	2,5
1982	142	5,4	47	1,8

APROFA. Redactado por Benjamín Viel “El aborto: un problema social”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XVIII, N° 1-12, Santiago, Enero-Diciembre 1982, p. 11.

Tabla 9 “Métodos anticonceptivos utilizados durante el período de investigación”

Métodos Anticonceptivos Utilizados durante el período de investigación.
Dispositivos Intrauterinos
Graefenberg
SAF -T - COIL
Marguilez

Lippes
Diafragma
Dalkon Shield
Tatum (Majzlin y M-211)
Zipper
Gestágenos
Gestágenos de depósito
Gestágenos de ingestión diaria
Anovulatorios
Ritmo
Coitus Interruptus
Preservativo
Elástico Constrictor del pene
Aspirina Intravaginal
Goma Cervical
Jalea espermicida
Espuma
Tabletas Vaginales
Supositorios Vaginales
Ducha
Esponja Vaginal

Elaboración propia a partir de: Viel, Benjamín “Los dispositivos intrauterinos en el control de la fertilidad humana” En: Revista Médica de Chile, Vol. 99, N° 1-12, 1971. Thonet, Carlos. “Psicología de la anticoncepción”. En: Revista Médica de Chile, Vol. 99, N° 1-12, 1971. s/a “Uso de gestágenos en el control de la fertilidad”, Vol. 93, N° 1-12, 1965.

Tabla 10: “Población fértil por establecimientos, comprendido: Distrito Portales y comunas de Barrancas y Quinta Normal, Área Poniente – 1965”

Establecimientos	Total población fértil	Población fértil menos partos y abortos
Total	102.278	83.426
Portales	29.835	25.405
Andes	13.820	10.521
Lo Franco	15.371	11.676
Las Mercedes	5.065	3.859
Garín	13.551	10.988

Roosevelt	6.689	5.444
Barrancas	17.947	15.533

Keymer, Eduardo. "Programa educativo asistencial de protección materna en el área Occidental de Santiago". En: Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. Vol XXX. N°6 Noviembre – diciembre 1965, p. 405.

Tabla 11 "Características de los encuestados, Chile, 1968"

Distribución porcentual según características específicas	Nivel Socioeconómico			
	Área rural	Santiago bajo	Santiago medio	Santiago alto
Número de hombres encuestados (N=801)	217	205	209	170
Edad				
18-24	17	22	19	9
25-34	25	28	30	27
35-44	43	30	33	39
45-54	14	20	19	25
Estado Civil				
Actualmente en Unión	70	74	74	81
Soltero	30	23	23	17
Otro	-	3	2	3
Escolaridad				
Ninguna, 1-3 primaria	44	26	6	-
4-6 primaria	50	51	27	3
1-3 secundaria o equivalente	4	18	33	9
4-8 secundaria o equivalente o universidad	2	5	35	88
Ocupación*				
Sin empleo (total o parcialmente), jornalero, obrero	74	54	21	1
Trabajador por cuenta propia, no profesional	19	24	24	12
Empleado	7	18	43	49
Estudiante, trabajador por cuenta propia, profesional, empleador, patrón (con dependencia a su cargo)	1	4	12	38

*Los porcentajes excluyen a 3 hombres para quienes la información era desconocida

Hall, Ma. Françoise, "Los hombres, la anticoncepción y el aborto". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol X, Septiembre 1969, N° 3, p

Tabla 12 “Protección marital contra el embarazo”

Proteccion marital contra el embarazo				
Porcentaje de uso o no uso	Area rural	Nivel socioeconomico		
		Inferior	Medio	Superior
Número de maridos encuestados	151	150	156	137
Porcentaje (a)	100	100	100	100
Que usa anticonceptivos	31	40	46	62
Que no usa anticonceptivos				
Esterilizado (el y/o ella)	13	10	15	15
No puede tener hijos (otra razon) (b)	10	11	13	9
Desea un hijo, esposa embarazada	14	13	12	9
Sin información o con mala información (c)	23	14	9	2
Razones religiosas	3	3	1	0
Otras razones o razon desconocida	7	9	5	3
(a) los porcentajes excluyen un hombre del nivel socio-economico medio para quien la información era desconocida.				
(b) en la mayoría de estas parejas, la esposa tenía 45 años o mas y no tenía menstruaciones				
(c) ver el texto para la definición de mala información.				

Hall, Ma. Francoise, “Los hombres, la anticoncepción y el aborto”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol X, Septiembre 1969, N° 3

Tabla 13 “Uso extramarital de anticonceptivos según estado civil”

Uso actual	Área Rural	Santiago		
		Nivel socio económico		
		Inferior	Medio	Superior
Número de hombres casados				
Encuestados (N= 594)	151	150	156	137
Declaran relaciones extra maritales (N=290) (a)	38	74	95	83
Usan anti conceptivos extra maritalmente (N=147)	15	30	55	47
Numero de hombre no casados				
Encuestados (N=207)	66	55	53	33
Declaran relaciones sexuales (N=184) (a)	54	50	52	28
Usan Anticonceptivos (N=85)	21	19	33	12
Hombres casados				
Porcentaje de relaciones que declara relaciones extra maritales	25	49	61	61
De los que declaran relaciones extra maritales , porcentaje que usa anticonceptivos extra maritalmente (b)	39	41	58	57
Hombres no casados				
Porcentajes que declara tener relaciones (c)	84	93	98	88
De los que declaran relaciones, porcentaje que usa anticonceptivo	39	38	63	43
(a) Durante los tres meses anteriores a la entrevista				
(b) Los porcentajes excluyen un hombre de nivel socio económico medio para quien la información era desconocida				
(c) Los porcentajes excluyen cuatro hombres para quien la información era desconocida (2,1,0 y 1), en los cuatro niveles socio económicos respectivamente.				

Tabla 14 “Actitud de los hombres hacia el aborto en situaciones específicas”

Distribución porcentual de las respuestas		Área rural	Nivel socio económico		
			Inferior	Medio	Superior
Numero de hombres encuestados (N=801) (a)		217	205	209	170
A. Si la madre estuviera muy enferma	Si	78	77	85	88
	No	18	20	13	9
	No sabe	3	3	2	3
B.Si es probable que el hijo nazca deforme	Si	62	64	73	64
	No	34	29	24	31
	No sabe	7	7	3	5
C.Si es una joven que ha sido violada	Si	55	58	59	68
	No	37	31	33	25
	No sabe	7	11	7	7
D.Si la pareja ya tiene muchos hijos y no puede mantener otro	Si	50	53	64	63
	No	47	42	34	37
	No sabe	3	5	2	1
E.Si la pareja no desea tener otro hijo	Si	33	39	38	34
	No	63	53	56	63
	No sabe	5	8	7	3
F.Si la pareja estaba usando un método para prevenir el embarazo, pero esté fallo.	Si	33	40	33	26
	No	61	53	61	70
	No sabe	6	7	7	4
G.Si ella es soltera	Si	25	31	30	30
	No	69	60	62	59
	No sabe	6	10	8	12

(a) Los porcentajes excluyen hombres para quienes la información era desconocida. El número de estos de estos fue: 1,3,2,1,4,3 y 3 para las situaciones A,B,C,D,E,F y G, respectivamente.

Tabla 15: “Edades de los encuestados, Comuna de La Florida (sur), Concepción 1967”

	Edades de los encuestados	
	Hombres (años)	Mujeres (años)
Edad Mínima	20	15
Edad Máxima	50	45
Promedio	33,8	28,7

Schulz, Ronald. “Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967”. En: Revista Médica de Chile, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 694.

Tabla 16 “escolaridad de los encuestados, Comuna de La Florida (sur), Concepción 1967”

Escolaridad de los encuestados				
Nivel	Hombres		Mujeres	
	N°	%	N°	%
Analfabetos	13	15	24	20
1°-3° prep	16	19	22	16
4°-6° prep	34	40	57	47
1°-3° hdes	8	9	9	7
4°-6° hdes	14	16	8	7
Con estudios universitarios	1	1	1	1
Totales	86	100	121	100

Schulz, Ronald. “Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967”. En: Revista Médica de Chile, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 695.

Tabla 17: “relación entre conocimiento y uso de anticonceptivos Comuna de La Florida (sur), Concepción 1967”

	Hombres		Mujeres	
	N°	%	N°	%

Conocen Método AC	65	76% del total	31	67% del total
Usan método AC	16	21% del total	25	21% del total
Tiempo de uso	3,3 años		2,1 años	

Schulz, Ronald. "Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967". En: Revista Médica de Chile, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 696.

Tabla 18: Mujeres casadas y la utilización de anticonceptivos según nivel educacional. Zonas rurales de Chile,

Nivel educación	Píldora	Anillo	Ritmo	Esterilización	Otros	Total Usuarias	Total mujeres unidas (-3)
-3	24 4,00%	44 7,30%	11 1,80%	46 7,70%	22 3,60%	147 24,50%	599 32,70%
3-5	30 4,50%	63 9,50%	25 3,80%	48 7,20%	27 4,10%	193 29,10%	664 36,30%
6-8	66 16,00%	32 7,70%	18 4,40%	31 7,50%	21 5,10%	168 40,70%	413 22,60%
9 +	41 27,20%	14 9,30%	16 10,60%	13 8,60%	4 2,60%	88 58,30%	151 8,40%
Total	161	153	70	138	74	596	1827
% sobre total mujeres unidas	8,80%	8,40%	3,80%	7,50%	4,10%	32,60%	100,00%

Plank, Stephen y Milanese, Maria Lucila. "Características demográficas y planificación familiar en áreas rurales de Chile". En: Cuadernos Médicos Sociales, Vol XI, Septiembre 1972, N°2, p.42

Tabla 19: Conocimiento de los métodos eficaces, por edad, mujeres casadas y convivientes, comparación de los años 1964, 1965 y 1967, San Gregorio, Chile.

Edad	Año 1964				Año 1965				Año 1967			
	M	Conocían Anticonceptivo	%	e.s	M	Conocían Anticonceptivo	%	e.s	M	Conocían Anticonceptivo	%	e.s
15-19	94	26	27,7	4,2	72	41	56,9	5,3	84	55	65,5	4,7
20-24	119	48	40,3	4	118	71	60,2	4,1	114	105	92,1	2,3
25-29	122	69	56,6	4	124	97	78,2	3,3	120	111	92,5	2,2
30-34	190	138	72,6	2,9	171	146	85,4	2,4	134	128	95,5	1,6
35-39	173	89	51,4	3,4	189	130	68,8	3	187	178	95,2	1,4
40-44	108	60	55,6	4,3	115	71	67	3,9	129	120	93	2
TOTAL	806	430	53,3	1,6	789	562	71,2	1,5	768	697	90,8	0,9

Anibal Faúndez, Rodríguez, Germán, Hardy, Ellen y Mozo, Rafael. "Evaluación de los efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad en una población marginal de Santiago, Chile". En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol XII, Marzo de 1971, N°1, p. 7

Tabla 20: Uso de métodos eficaces por edad, mujeres casadas y convivientes, comparación de los años 1964, 1965 y 1967, San Gregorio, Chile.

edad	Uso de métodos eficaces por edad											
	1964				1965				1967			
	M	usuarias	%	e.s	M	usuarias	%	e.s	M	usuarias	%	e.s
15-19	94	4	4,3	2,2	72	11	15,3	3,8	84	17	20,2	3,9
20-24	119	12	10,1	2,5	118	26	22	3,4	114	47	41,2	4,1
25-29	122	22	18	3,1	124	51	41,4	4	120	78	65	3,9
30-34	190	50	26,3	2,8	171	73	42,7	3,4	134	77	37,5	3,8
35-39	173	33	19,1	2,7	189	60	21,7	2,6	187	99	52,9	3,3
40-44	108	22	20,4	3,5	115	30	26,1	3,7	129	62	48,1	4
TOTAL	806	143	17,7	1,2	789	251	31,8	1,5	768	380	49,5	1,6

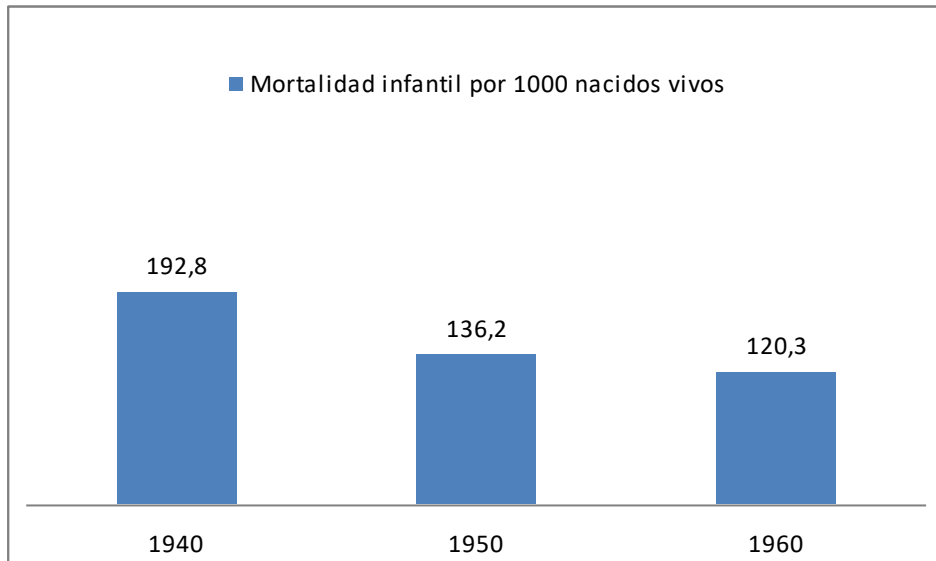
Tabla 21 “Número estimado de mujeres en edad fértil y número de hospitalizaciones por aborto en Chile y en Santiago (1964 – 1978)

CHILE				Santiago		
años	mujeres en edad fértil	Abortos hospitalizados	Tasa	Mujeres en edad fértil	Abortos Hospitalizados	Tasa
1964	1883	56391	30,2	480	24427	50,9
1965	1928	56130	29,1	522	23358	44,7
1966	1974	54127	27,4	564	22344	39,6
1967	2021	54213	26,8	606	21685	35,8
1968	2070	47430	22,9	648	18932	29,2
1969	2119	44895	21,2	690	17958	26
1970	2172	44771	20,6	732	17991	24,6
1971	2217	44163	19,9	757	17792	23,5
1972	2262	43329	19,2	782	17213	22
1973	2309	42667	18,5	806	17419	21,6
1974	2355	42160	17,9	831	17286	20,8
1975	2402	42155	17,5	856	17124	20
1976	2448	38943	15,6	884	15329	17,3
1977	2493	37791	15,2	912	14925	16,4
1978	2537	37922	14,9	940	15510	16,5

Viel, Benjamín. “La población de Chile” En: Revista Médica de Chile, Vol 108, N°3 Marzo 1980, p. 264.

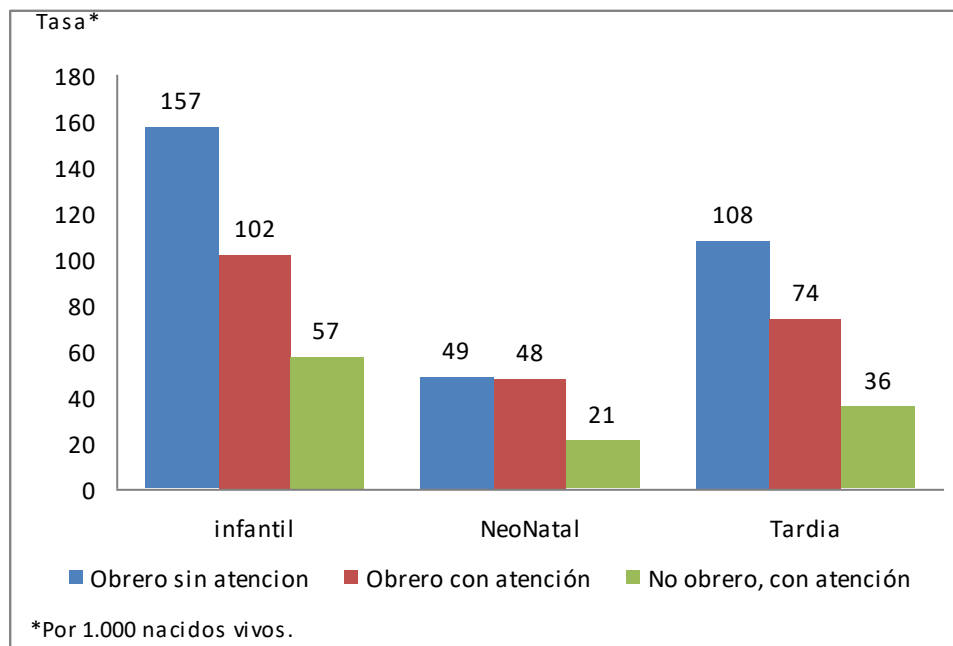
ANEXO GRÁFICOS

Grafico 1 “Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos”



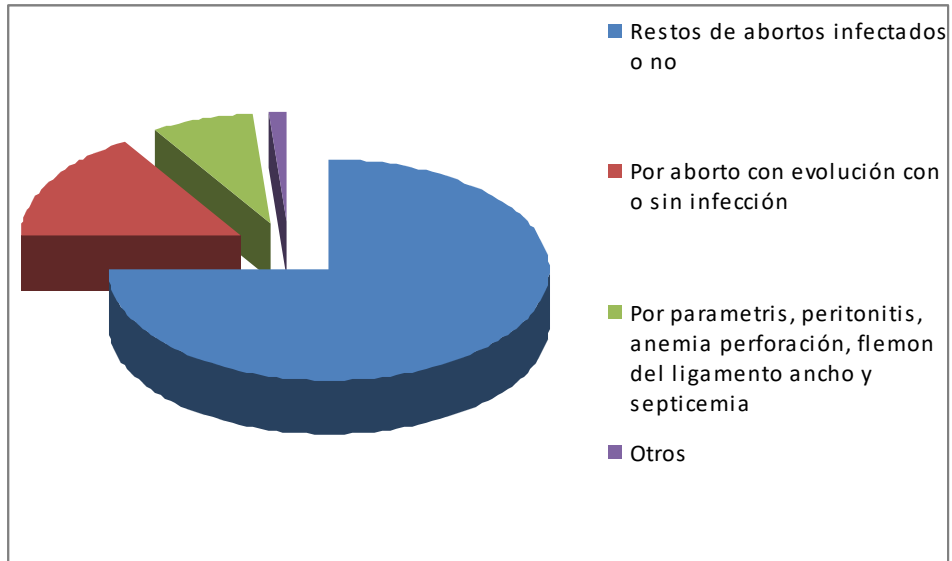
APROFA. “Índices de Salud”. En: **Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia**, Año XXIV, N° 7-12
Santiago, Julio-Diciembre 1988, s/p.

Grafico 2 “Mortalidad Infantil, Neonatal y 1-11 meses según clase social y atención médica, Chile, 1957”



Elaboración propia. Ref. Behm, Hugo y colaboradores. “Tendencias recientes de la mortalidad en Chile” En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol IV. Marzo-Junio 1963, N° 1-2, p. 21

Gráfico 3 “Causas de hospitalización en las maternidades”



Elaboración propia. Ref. Romero, Hernán y Vildósola, Jerjes. “Introducción al problema de los abortos”. En: **Revista Chilena de Higiene y medicina preventiva**, Tomo XIV, año 1952, pp. 197 – 211.

Gráfico 4 “Uso de la anticoncepción en el matrimonio”

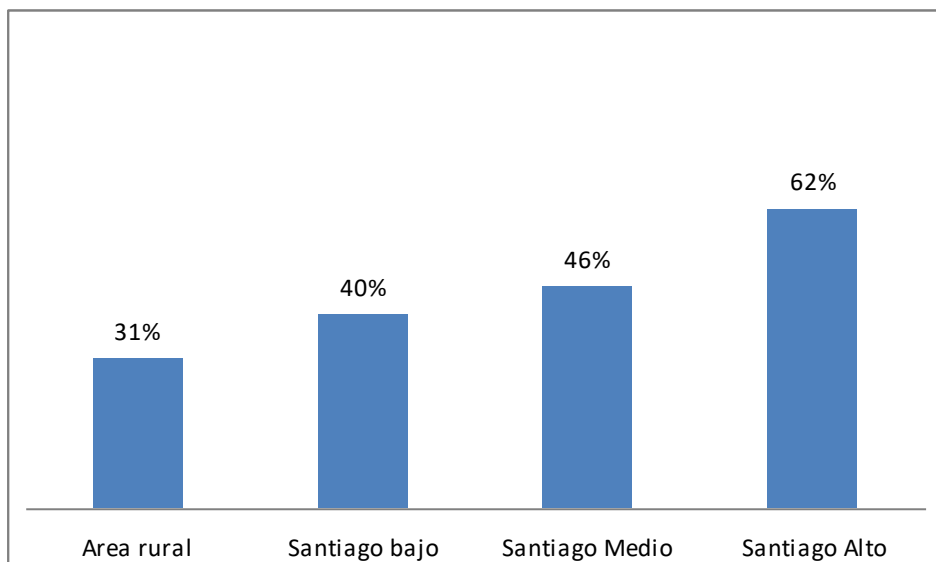


Grafico 5 “Porcentaje de hombres que invocaron falta de información anticonceptiva o información errónea”

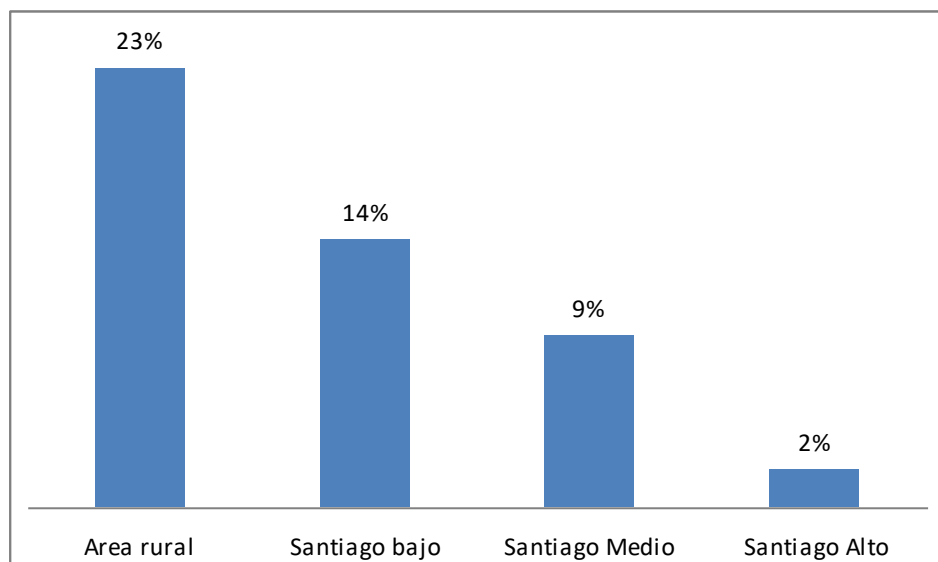


Grafico 6 “Porcentaje de hombres que declaran relación extra marital y porcentaje que usa protección anticonceptiva dentro de esa relación”

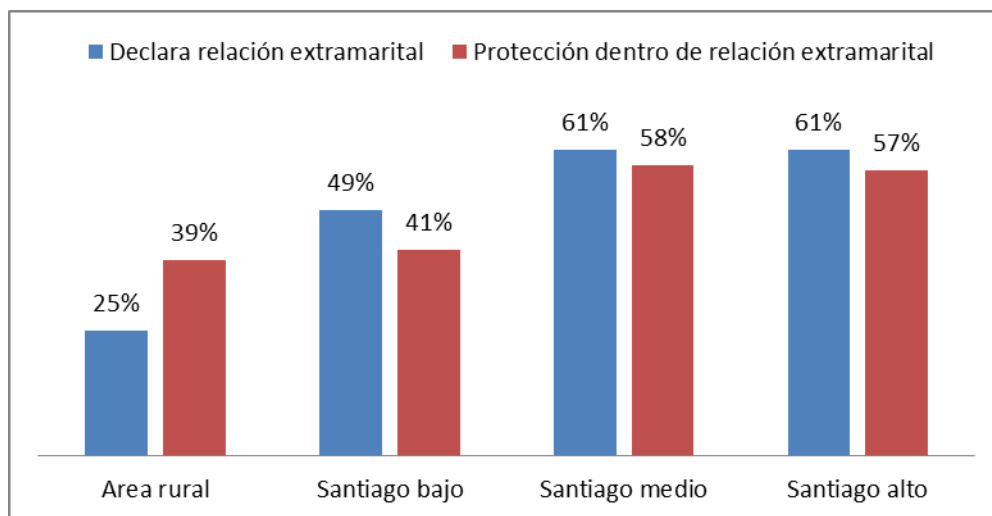


Gráfico 7 “Porcentaje de hombres no casados que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses y porcentaje de hombres que uso protección durante esa relación”.

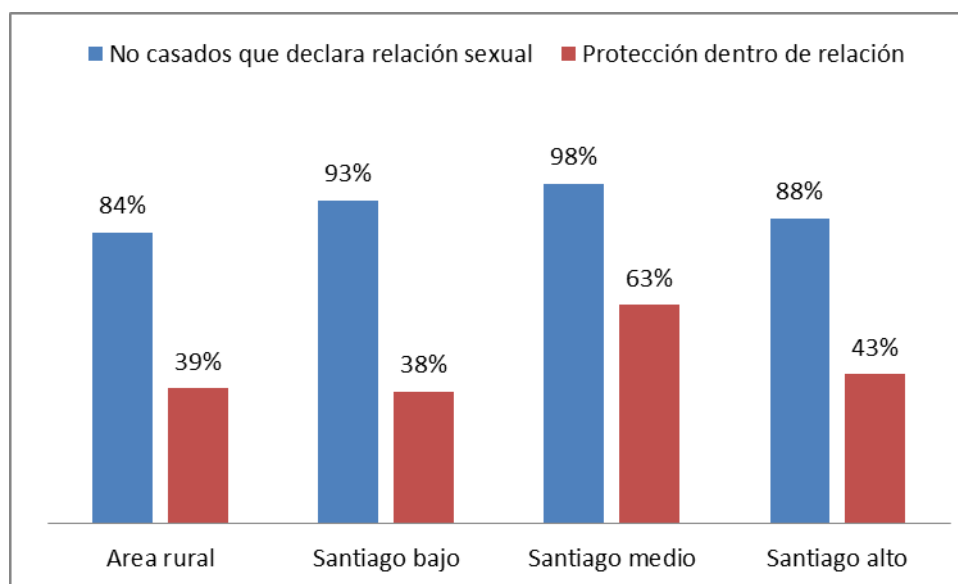
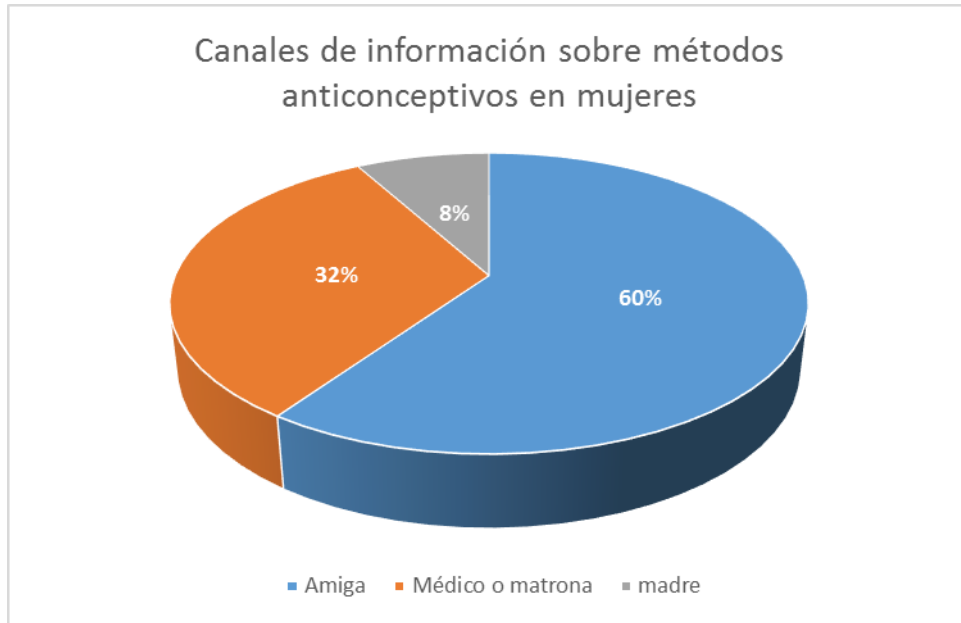
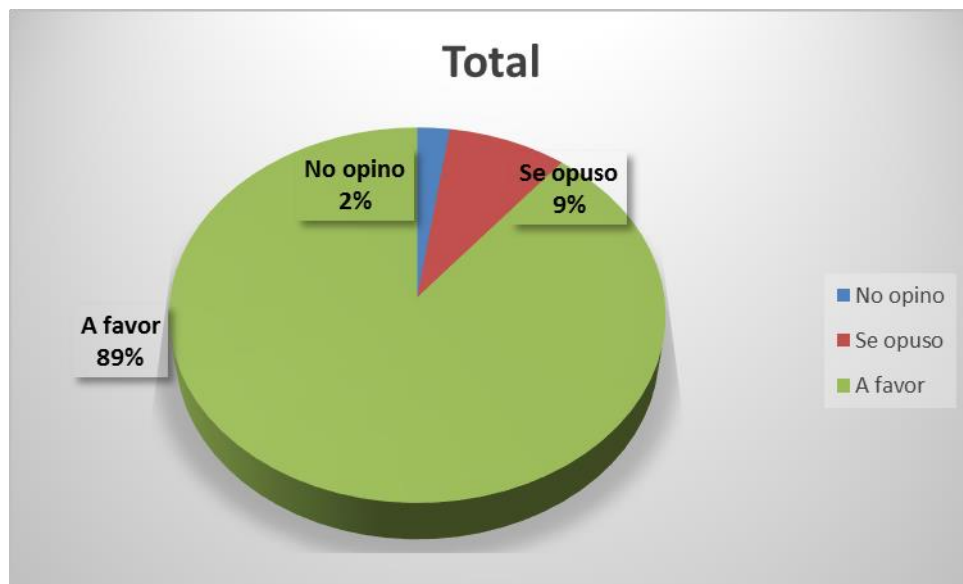


Grafico 8: Canales de información sobre métodos anticonceptivos en mujeres de la Comuna de La Florida (sur), Concepción 1967



Elaboración propia a partir de Schulz, Ronald. "Población rural y planificación familiar. Encuesta hecha en la comuna de La Florida (sur) año 1967". En: Revista Médica de Chile, Vol. 96, N°1-12, Enero-Diciembre 1968, p. 696

Grafico 9 “Opinión de las mujeres con respecto a la implementación de programas de planificación familiar en la comunidad San Gregorio”



Elaboración propia a partir de Plank, Stephen y Milanesi, Maria Lucila. “Características demográficas y planificación familiar en áreas rurales de Chile”. En: **Cuadernos Médicos Sociales**, Vol XI, Septiembre 1972, N°2, p.47

OTROS ANEXOS

N °1 Contenidos del programa de planificación familiar en el area occidente de Santiago de las comunas de Las Barrancas, Quinta Normal y Distrito Portales. – Síntesis de contenidos.

Obstetricia: plataforma mínima para ayudante de auxiliar

1. El sigilo y buen trato
2. El lavado de las manos
3. El aseo de la chata
4. La cama del enfermo
5. El transporte de carros
6. La instalación en mesa ginecológica
7. La presentación del paquete de guantes
8. El rasurado de genitales y abdomen
9. La aplicación de soluciones antisépticas
10. La medición de temperatura axilar y rectal
11. El trazado de las curvas de temperatura y pulso
12. La auscultación de latidos cardiacos
13. La determinación del pulso
14. La determinación de la presión arterial
15. La esterilización de jeringas y agujas
16. La carga de la jeringa
17. La inyección intramuscular
18. La inyección intravenosa
19. Los apósitos
20. La curación
21. Sacando ganchos
22. Sacando puntos
23. La acción como filtro de reconocimiento
24. La acción como filtro de resolución

Obstetricia: Plataforma mínima para mediadores.

Grupo I: anatomía y fisiología de la reproducción

1. Órganos sexuales masculinos y femeninos
2. Pubertad
3. Menstruación
4. Ovulación
5. Fecundación
6. Anatomía y fisiología del sistema endocrino

Grupo II: el Embarazo

7. Implantación
8. Síntomas
9. La placenta
10. El feto
11. La presentación
12. Los movimientos y los latidos
13. El líquido amniótico

Grupo III: El parto

14. El feto, la pelvis y el parto
15. Los síntomas del parto
16. La contracción uterina
17. La expulsión del tapón mucoso
18. La rotura de las membranas
19. El líquido verde
20. El mecanismo de expulsión
21. La ligadura y sección del cordón
22. El alumbramiento
23. La placenta (mostrarla)
24. Las hemorragias (qué hacer)

Grupo IV: Recién nacido

25. Aspiración de mucosidades

26. Los latidos
27. La respiración boca a boca
28. El aseo
29. Como vestirlo

Grupo V: El puerperio

30. El reposo y los ejercicios de las piernas
31. El cuidado de los senos
32. El aseo de los genitales
33. Los ejercicios musculares

Grupo VI: el control del embarazo

1. Las pruebas
2. El registro de peso
3. El registro de presión
4. Los exámenes de laboratorio
5. La higiene de vida
6. La higiene de alimentación

Grupo VII: los peligros del embarazo

7. Los vómitos
8. El aumento excesivo de peso
9. Los dolores de cabeza
10. Los edemas o las hinchazones
11. Las varices
12. Los trastornos visuales
13. Las hemorragias
14. Las pérdidas de líquido
15. Los ahogos
16. Las picazones y la ictericia

Grupo VIII: El aborto

17. Las causas del aborto espontaneo
18. Los abortos provocados
19. Los síntomas habituales del aborto
20. Los síntomas de mucho alarmarse
21. Los métodos anticonceptivos

Nº2 “Localidades donde hubo acción anticonceptiva por el SNS Y APROFA - 1969” Elaboración propia a partir de Viel, Benjamín y Lucero, Sonia. “Análisis de programa anticonceptivo y de control del aborto en Chile 1964 – 1969”. En: Revista médica de Chile, Vol. 99, Nº 1-12 Enero – Diciembre 1971, p. 487.

Huasco y Freirina	Chimbarongo	Cañete
Vallenar*	Teno	Yumbel
Serena*	Santa cruz	Laja
Coquimbo*	Marchugüe	Los Angeles
Ovalle*	Molina*	Collipulli
Calera	Talca*	S.J. Mariquina
Santiago área occidente	Constitucion	Panguipulli
Peñaflor	Cauquenes	Valdivia*
Talagante	Linares	Los lagos
El monte	Chillan	Paillaco
Isla de maipo	Concepción*	Rio Bueno
Melipilla	Talcahuano*	Lanco
Rancagua*	Lota	Osorno*
Coinco – Doñihue	Coronel	Purranque
Nancagua	Lirquén	Puerto Montt*
San Fernando	Tomé	Castro

*En estos sitios actuó además la Asociación de Protección de la Familia.