

UNIVERSIDAD DE CHILE. FACULTAD DE DERECHO
DEPARTAMENTO DE DERECHO PRIVADO

“POLÍTICAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y EL ABORTO EN CHILE”

Profesor Guía: Verónica Undurraga

Alumno: Ricardo Vásquez Urra.

Santiago, Agosto 2004

INTRODUCCIÓN .	1
LOS INICIOS .	3
LA DÉCADA DE LOS 60` .	9
LA DÉCADA DE LOS 70 Y SU ABRUPTA INTERRUPCIÓN . .	21
EL GOBIERNO MILITAR . .	29
LA DÉCADA DE LOS 90 Y LOS NUEVOS TIEMPOS .	41
UNA PROPUESTA .	45
CONCLUSIONES . .	53
BIBLIOGRAFÍA .	61

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida.¹ La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad, de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y, el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura a sus hijos.

La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva.² También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales y, no sólo, ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

La planificación familiar ayuda a las parejas a espaciar el nacimiento de sus hijos, a

¹ Organización Mundial de la Salud [En línea] < <http://www.who.int/es/> > [Consulta: 30 de Abril de 2004]

² Organización Mundial de la Salud [En línea] < <http://www.who.int/es/> > [Consulta: 30 de Abril de 2004]

prevenir embarazos no deseados y a evitar las infecciones de transmisión sexual.

El principal interés, buscado por los gobiernos, ha sido el cómo lograr que la población de menores recursos tenga acceso a servicios de planificación familiar de buena calidad mejorando la administración de los programas implementados por éstos.

En los últimos años, a nivel mundial, los programas de planificación familiar han logrado un gran progreso, tanto en mejorar la calidad de su atención, como en superar las barreras para un buen acceso.³

Los avances en el diseño y la provisión de servicios de planificación familiar han contribuido a aumentar el uso de métodos anticonceptivos en las últimas décadas.

Los administradores de salud han analizado su propia experiencia, adoptado técnicas del mundo de los negocios y han llevado a cabo investigaciones operativas con el fin de mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios de planificación familiar en comunidades de escasos recursos. No obstante, se enfrentan al desafío de alcanzar objetivos múltiples, a veces en conflicto, con recursos muy limitados.

Es así que, por una parte, los programas de planificación familiar deben tratar de satisfacer las necesidades de cada usuario ofreciendo de manera sistemática una atención de buena calidad y, por otra parte, los programas deben aspirar a llegar a tantas personas como sea posible, idealmente permitiendo que los servicios de salud estén disponibles para toda la población, incluidos los grupos de riesgo, los sectores de menores recursos y quienes viven en áreas más aisladas.⁴

Este trabajo recoge las políticas de planificación familiar adoptadas por los distintos gobiernos chilenos en los últimos 40 años y como éstos han abordado, durante la aplicación y desarrollo de dichas políticas, el tema del aborto y sus efectos en la sociedad chilena.

En su segunda parte, se proponen ciertos criterios de análisis para tener en cuenta por el legislador en la estructuración de futuras políticas públicas respecto al tema.

Finalmente se esboza una conclusión de lo señalado en el cuerpo de este trabajo.

³ Reproductive Health Outlook (RHO) [En línea] < http://www.rhoespanol.org/html/fp_program_issues.html > [Consulta: 30 de Abril de 2004]

⁴ Reproductive Health Outlook (RHO) [En línea] < http://www.rhoespanol.org/html/fpp_overview.html > [Consulta: 30 de Abril de 2004]

LOS INICIOS

Desde tiempos inmemoriales las mujeres han regulado su fecundidad utilizando métodos anticonceptivos racionales, mágicos o empíricos.

Sin embargo, la historia de Chile no registra ni a personas ni a grupos organizados, en pro de la regulación de la fecundidad, hasta la aparición en la vida pública del Movimiento Pro Emancipación de las Mujeres, MEMCH.

MEMCH es una organización no gubernamental que busca contribuir a la igualdad de derechos de las mujeres en la sociedad, al fortalecimiento y articulación del movimiento de mujeres chilenas, como asimismo, al impulso del ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Sus raíces se remontan a los años 30 cuando un grupo de chilenas se organizan para luchar por la igualdad de los derechos de la mujeres.

Con el paso del tiempo muchas de las dirigentes del MEMCH se fueron integrando a otros espacios políticos y esta importante organización se fue paulatinamente extinguiendo.

En julio de 1983 renace el MEMCH como instancia de Coordinación de Organizaciones de Mujeres. Participan en su refundación dos importantes dirigentes y fundadoras del antiguo MEMCH, Elena Caffarena y Olga Poblete.

Actualmente su énfasis principal está enfocado al trabajo con mujeres de sectores populares y al impulso de un proceso de desarrollo personal y de conciencia de ser éstas sujetos de derechos, contribuir a la articulación de organizaciones de mujeres y al

fortalecimiento de las redes temáticas, a la entrega de instrumentos a las mujeres para fortalecer sus liderazgos y al logro de su autonomía social y económica.⁵

El MEMCH tuvo el mérito de haber constituido una organización feminista militante, integrada por mujeres de todas las clases sociales y con una considerable trayectoria en el tiempo, haciendo suya la preocupación por la regulación de la fecundidad, dentro de un programa más amplio, que tuvo como norte a la mujer y al niño.

Probablemente esa inquietud se manifestó entonces y no anteriormente, ya que, al igual que en muchas otras situaciones, Chile, fue impactado por un movimiento de opinión organizado, para promover la planificación familiar, que por esos años se estaba produciendo en los Estados Unidos.

Pudo influir también la crisis económica mundial de 1930 y sus desastrosos efectos sobre la calidad de vida de la población, así como, la constatación de que se vivía en una sociedad tremendamente hipócrita, en la que problemas tales como el aborto y la prostitución se multiplicaban día a día, sin que se les encarara racionalmente.

Remontándonos hacia la década del 30, Chile sufría las consecuencias de una de las más grandes recesiones mundiales que haya conocido la historia moderna, así “...el cierre de las faenas mineras en el norte, los albergues para los desempleados, las ollas comunes que proporcionaban algo de alimento, el tifus exantemático hasta entonces compañero inseparable de la miseria extrema, configuraba el dramático espectáculo en el cual los niños pasaban a ser víctimas mayoritarias. El 20% de los nacidos moría antes de cumplir un año de edad.

Entre los pre-escolares no era mejor el trágico panorama de muerte y desnutrición”.⁶

MEMCH, institución profundamente revolucionaria en su época, fue a la vanguardia social siendo la primera en Chile en romper ese silencio hipócrita, al poner en el tapete de la discusión temas tales como el aborto y la anticoncepción, ya desde su fundación, en 1935, cuando fijó en sus estatutos la necesidad de luchar por la emancipación jurídica, social y biológica de la mujer⁷.

Dichas mujeres no guardaron silencio al pasar del tiempo, y sin quedar en el solo discurso y, a poco andar, envían una carta al Director de Sanidad de la época, cuyo texto reproducimos:⁸

SANTIAGO, Octubre de 1935.

Al Señor

⁵ Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena [En línea] < http://www.memch.cl/marcos/guia_memch.html > [Consulta 26 de Abril de 2004]

⁶ Viel, Benjamín, 1990. Boletín APROFA, Santiago, Chile. APROFA. pp 1-2

⁷ Caffarena, Elena 1992. Un capítulo en la historia del feminismo. Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena [En línea] <http://www.memch.cl/marcos/guia_memch.html> [Consulta 26 de Abril de 2004]

⁸ Se reproduce íntegramente el texto dada la trascendencia que tuvo para la historia de la anticoncepción en nuestro país.

Director de Sanidad

PRESENTE

Señor Director:

Las que nos encontramos reunidas en el “Movimiento pro emancipación de las mujeres de Chile” y que nos preocupamos desde hace largo tiempo en estudiar las condiciones de vida de la clase obrera, hemos llegado al convencimiento que una de las causas de la mortalidad infantil y del agotamiento físico de las mujeres de nuestro pueblo son los embarazos repetidos.

La maternidad continua constituye para la mujer del pueblo una verdadera tragedia; el organismo se debilita, disminuye su capacidad de trabajo en perjuicio propio y de sus demás hijos, su vida peligró con abortos naturales o provocados, y, en el mejor de los casos, cada año aparece una nueva boca que reclama alimento.

Pero este esfuerzo, este trabajo impuesto a la mujer no beneficia a nadie. Sus organismos debilitados dan a un número considerable de mortinatos, de prematuros, de débiles que no juegan en la vida otro papel que engrosar las cifras de mortalidad infantil.

Y cuando esto no ocurre, los niños alimentados deficientemente y viviendo en casas húmedas, antihigiénicas y malsanas son víctimas de las diarreas, enteritis, bronconeumonías y pulmonías.

Por estas razones, las que integramos la organización citada estamos de acuerdo sobre la imperiosa necesidad de que las autoridades sanitarias intervengan en beneficio de la madre y el niño proletario. Una de las formas más efectiva sería, la divulgación de los métodos de control de los nacimientos y el reparto gratuito de los medicamentos indicados en Policlínicos que ese departamento mantiene en los distintos barrios de la ciudad. Esta medida contribuirá a disminuir el número de los niños que nacen destinados a la muerte y a darle a la mujer la posibilidad de vivir como un ser humano.

Finalmente, pedimos que bajo ciertas condiciones y en determinadas circunstancias, como son los casos de familia numerosa, enfermedad o falta de medios económicos, se permita a la mujer abortar en los establecimientos hospitalarios del Estado. En otras palabras, pedimos el reconocimiento y reglamentación del aborto a fin de que pueda ser practicado científicamente y evitar así los estragos que causa en la salud y en la vida de la mujer practicado en forma clandestina.

Esperamos que esta aspiración nuestra tenga acogida en esa repartición y para tal caso ofrecemos nuestro concurso.

Secretaría General del MEMCH⁹

Esta carta, claramente inspirada en el deseo de dichas mujeres, de que fuesen considerados a la mujer-persona sus derechos reproductivos, jamás fue respondida.

Sin embargo fueron escuchadas por una convención Médica realizada en Valparaíso en 1936¹⁰, en la que se postuló que el excesivo porcentaje de muertes y enfermedades producidas por abortos clandestinos, hechos por personas inexpertas, planteaba la

⁹ MEMCH. 1983. Antología del MEMCH. Santiago, Chile. MEMCH. 31p

necesidad de legislar en este sentido y de establecer el aborto legal, de atención gratuita a las mujeres que desearan interrumpir el embarazo, ya fuere por enfermedad, miseria o excesiva familia.

Para evitar los males del aborto, se acuerda pedir, ante todo, la difusión de los preservativos anticoncepcionales.

Tal convención, que recibió ácidas críticas de variados sectores nacionales, contó, sin embargo, con el apoyo del MEMCH al sostenerse que “...la sociedad no le puede pedir a la mujer el tributo de los hijos si no le proporciona los medios para alimentarlos”¹¹ y agregaba, “así, mientras no lleguen días mejores en que se le pueda proporcionar a la madre obrera todos los cuidados dignos,...nosotras vamos a propiciar el aborto legal y vamos a secundar ampliamente la labor de los médicos en tal sentido...”. Estaban muy lejanas de lo que por aquel entonces planteaba la Iglesia Católica, gran defensora de la vida y extremadamente preocupada del feto¹², pero no así de las miles de mujeres que morían por abortos provocados.

Como respuesta a las demandas de las mujeres de MEMCH, y advirtiendo el grave problema provocado por la realización de abortos clandestinos, un distinguido profesor universitario, el doctor Mario Gacitúa B.¹³, presentó un Proyecto de ley, en el año 1937, para la legalización del aborto, el cual no prosperó.

Ese mismo año, con motivo del primer Congreso Nacional del MEMCH, se insistió sobre el problema denominado la maternidad obligada y sus consecuencias para la salud de la mujer y del niño y se concluyó que el MEMCH emprendería campañas, a cargo de médicos competentes, pro creación de cursos de educación sexual y especialmente de higiene sexual en todos los sectores, de preferencia, en los sectores obreros, con el objeto de divulgar métodos anticonceptivos y reglamentar el aborto¹⁴

Con anterioridad al año 1937, el MEMCH envió a las centrales sindicales, una nota planteando la necesidad de realizar un congreso de mujeres trabajadoras solicitando que fuera la Caja de Seguro Obrero, y demás Cajas de Previsión, las que pagaran a la mujer embarazada su salario íntegro durante el período anterior y posterior al parto, indemnizándose las Cajas con un impuesto al patrón, por cada uno de los trabajadores de su establecimiento.

Plantearon, además, ampliar el fuero maternal y el pago del permiso pre y post natal a las empleadas domésticas y de hospitales, trabajadoras a domicilio y trabajadoras agrícolas, ya que, hasta entonces, sólo lo poseían las mujeres obreras y empleadas de la industria¹⁵

¹⁰ MEMCH. 1983 . Antología del MEMCH. Santiago, Chile. MEMCH. 31p

¹¹ MEMCH. 1983 . Antología del MEMCH. Santiago, Chile. MEMCH. 31p

¹² Santa Cruz, Adriana. 1989. A 25 años de la píldora. Revista Visa. (19). pp 26-31

¹³ MEMCH. 1983 . Antología del MEMCH. Santiago, Chile. MEMCH. 31p

¹⁴ Conclusiones del Ier Congreso Nacional del MEMCH, Octubre-Noviembre 1937, Santiago , Chile. MEMCH. 31p

Otros antecedentes, esta vez en el ámbito médico, los encontramos en 1938 en la clínica de ginecología del Hospital José Joaquín Aguirre, donde la doctora Amalia Ernst, por iniciativa personal, estaba recomendando diafragmas vaginales a clientes cuidadosamente seleccionadas¹⁶, al tiempo que la doctora María Figueroa, aparte de entregar educación sexual, propiciaba el mismo método en consultorios maternos de la Dirección de Protección de la Infancia (PROTINFA).¹⁷

Entre los años 20 y 60, la labor de los ginecólogos fue muy dura debido a la enorme cantidad de prejuicios y temores que pesaban sobre la sociedad.

Se vivenciaba en la época una marcada desorientación sexual, la que fue responsable de numerosos embarazos terminados en abortos infectados y finalmente en la muerte. En ese tiempo no había antibióticos, ni bancos de sangre, ni suficiente capacidad en los hospitales para atender a las mujeres que, en forma clandestina, habían provocado sus abortos, los que al complicarse, ocasionaban graves lesiones en la madre o terminaban en el deceso de la paciente.

En las décadas 40 y 50 hubo acciones médicas de efectos restringidos, pero altamente significativas.¹⁸

Es así que entre 1946 y 1953 funcionó un pequeño centro anticonceptivo en la Unidad Sanitaria de la Quinta Normal, donde el doctor Onofre Avendaño proporcionaba prescripciones para el control de la fecundidad.

Asimismo, importante servicio fue el del profesor Puga, del Hospital José Joaquín Aguirre, quien junto a los doctores Zañartu, Gómez-Rogers y otros, desarrollaron anticonceptivos hormonales¹⁹

A partir de 1959 los doctores Jaime Zipper y Hernán Sanhueza, reeditaron el antiguo anillo de Gräfenberg, bajo la forma de aro de Nylon²⁰. Ese mismo año, el doctor Zipper asistió a la Primera Conferencia Internacional de Anticoncepción Intrauterina, realizada en Nueva York.

De modo que, entre 1930 y 1960, cierto número de médicos, en forma privada, estaban recomendando anticonceptivos a sus pacientes, preparando el camino de lo que ulteriormente se traduciría en una política de paternidad responsable de amplia cobertura a nivel nacional.

Sin embargo, hasta el año 1968 el aborto provocado ilegal se practicó en nuestro

¹⁵ MEMCH. 1983. Antología del MEMCH. Santiago, Chile. MEMCH. 31p

¹⁶ Viel, Benjamín. 1977. 25 años de Salud Pública en Chile. Revista Médica de Chile. (1952-1977) 105 (10).

¹⁷ Viel, Benjamín. 1977. 25 años de Salud Pública en Chile. Revista Médica de Chile. (1952-1977) 105 (10).

¹⁸ Viel, Benjamín. 1977. 25 años de Salud Pública en Chile. Revista Médica de Chile. (1952-1977) 105 (10).

¹⁹ Viel, Benjamín. 1977. 25 años de Salud Pública en Chile. Revista Médica de Chile. (1952-1977) 105 (10).

²⁰ Viel, Benjamín. 1977. 25 años de Salud Pública en Chile. Revista Médica de Chile. (1952-1977) 105 (10).

país por parte de 1/3 de la población femenina, con altos índices de mortalidad materna y con carácter epidémico.²¹

El impulso que faltaba, ya que había un número importante de médicos que estaban dispuestos a iniciar en forma más amplia y permanente la planificación familiar, vino desde afuera.

²¹ Entrevista realizada por tesista al Dr. Ricardo Aníbal Vásquez Meriot, Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sub-jefe de Servicio del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau S.S.M.S, con fecha 19 de Junio de 2002

LA DÉCADA DE LOS 60`

En el año 1962 visitó nuestro país la asistente social y magíster en sociología Ofelia Mendoza, directora de la “International Planned Parenthood Federation” I.P.P.F. quien produjo un impacto muy fuerte en el grupo médico femenino, al promover una discusión pública sobre la regulación de la natalidad, propiciando con esto que el doctor Gustavo Fricke, Director del Servicio de Salud de la época, invitara a profesionales de las Universidades de Chile y Católica para crear un Comité Asesor a la Dirección General del Servicio Nacional de Salud, destinado a organizar la prevención del aborto inducido, que se estaba convirtiendo en epidemia en Chile.

Fricke, pensó que una mujer que no deseaba embarazarse y que tenía relaciones sexuales, debía tener derecho a protegerse para evitar dos males, a saber:

-El aborto

-Los hijos no deseados

Estimó también que la penalización del aborto era inaplicable, pues en 1964 se hospitalizaban 70.000 mujeres por aborto infectado, no existiendo ninguna cárcel que pudiera albergarlas a todas, motivo por el cual planteó que la actitud no debía ser punitiva, sino preventiva, sugiriendo que si se evitaban los embarazos no deseados, no habría intención de provocarse un aborto.²²

Cabe destacar que por esos días “..los hospitales del país no estaban en condiciones

²² Memoria APROFA. 1987. Historia de la Asociación. APROFA. 4p

de atender este creciente número de casos...contemplábamos dos mujeres por cama y a muchas atendidas sobre colchones en el piso”.²³

Dados estos antecedentes, se constituyó, teniendo como primera presidenta a la doctora Luisa Pfau, el Comité de Protección a la Familia, que luchó por reducir las elevadas tasas de natalidad, la mortalidad materna, esto es la muerte de una mujer que ocurre en el período comprendido por el embarazo, el parto y el puerperio²⁴ y la letalidad por aborto.

Desde su fundación contó con el apoyo y financiamiento de la IPPF, institución de la que fue filial, y con donaciones de otras instituciones y personas.

El Comité dirigió sus esfuerzos hacia áreas de extrema pobreza, atendiendo gratuitamente a la población femenina a través del Servicio Nacional de Salud.²⁵

Cabe destacar que con motivo de la VII Conferencia de la IPPF, realizada en Singapur en 1963, asistieron por primera vez en la historia de la Federación, algunos países latinoamericanos, entre los que estuvo Chile.

Lo interesante de esta reunión fue la noticia, dada por el delegado chileno, doctor Onofre Avendaño, quien además de anunciar la creación del Comité Chileno de Protección a la Familia, se refirió a la llegada, al mercado nacional, de métodos eficaces en el control de la fecundidad: los gestágenos y los dispositivos intrauterinos.²⁶

Hacia 1963 los centros anticonceptivos existentes alcanzaron un mayor auge y la IPPF realizó aportes financieros para su mayor desarrollo. A fines de ese año, el nuevo Director de Salud, doctor Alfredo Leonardo Bravo, propuso que el Comité dejara de ser un organismo asesor oficial y se convirtiera en una institución de carácter privado, manteniendo el auspicio, la cooperación y buenas relaciones con el Servicio Nacional de Salud.

En Enero de 1964 se legalizó la existencia del Comité ante Notario.

Ese mismo año se crearon 9 grupos de trabajo, asistenciales y científicos, con el apoyo del Servicio Nacional de Salud, y de las Universidades de Chile y Católica. Se localizaron:

Área Sur : -Hospital Barros Luco Trudeau.

Área Oriente : -Hospital del Salvador.

Área Norte :-Hospital José Joaquín Aguirre, servicio de ginecología y consultorios

²³ Viel, Benjamín, 1990. Boletín APROFA. APROFA. 2p

²⁴ Período que ocurre entre el parto y 45 días luego de éste.

²⁵ Viel, Benjamín. 1977. 25 años de Salud Pública en Chile. Revista Médica de Chile. (1952-1977) 105 (10) .

²⁶ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 47-48

Área Central :-Hospital San Francisco de Borja y consultorios.

Área Occidente :-Hospital Félix Bulnes y consultorios.

Área Puente Alto : -Hospital El Peral y el Hospital Clínico de la Universidad Católica.

Fuera de Santiago se estaban creando paralelamente 17 centros de planificación familiar

En esos años la I.P.P.F. se había convertido en el organismo internacional más grande y significativo en materia de planificación familiar. Visualizó a ésta como un derecho básico de las personas, derecho que no sólo incluía a matrimonios o parejas estables, sino también, a mujeres solas. Aspiró al mejoramiento de la posición de la mujer y de las condiciones de salud.²⁷

A fines de 1965, el Gobierno de Eduardo Frei Montalva otorgó personalidad jurídica al Comité, que pasó a denominarse Asociación Chilena de Protección a la Familia , APROFA.²⁸

APROFA, fue, desde su fundación, una corporación de derecho privado, sin fines de lucro, de carácter filantrópico, voluntario, apolítico y respetuosa de todos los credos religiosos, de enorme trascendencia en al historia de la anticoncepción en Chile.²⁹ que desde su creación ha estado está orientada a mejorar el nivel de salud sexual y reproductiva de la población, mediante la defensa, promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y la implementación de los medios para ejercerlos, dentro del concepto que se ha denominado nacer para una vida digna.³⁰

Realizó múltiples acciones de difusión y educación tales como foros, publicaciones, seminarios, etc., que se publicaron a través de prensa, radio y televisión.

Otro ejemplo fue la película "Aborto", que se realizó con el apoyo de APROFA, de la cátedra de medicina preventiva y social de la Universidad de Chile y del cine experimental de la misma, la que no sólo fue vista en nuestro país, sino también, distribuida al resto de América Latina.³¹

Este cúmulo de acciones fue creando un interés, en el gobierno demócrata cristiano, favorable a que el Estado asumiera, a través del Servicio Nacional de Salud, la responsabilidad de la planificación familiar a nivel nacional, creando programas para satisfacer tal propósito.

²⁷ Dietz, Tiena y Heide Bechter, 1984 .Trasfondos político de los programas de planificación familiar en América Latina. Santiago. Chile. Biblioteca ISIS. 109p

²⁸ Viel, Benjamín, 1990.Boletín APROFA. APROFA. 2p

²⁹ Memoria APROFA. 1987. APROFA. 4p

³⁰ Asociación Chilena de Protección a la Familia [En línea] < <http://www.aprofa.cl/default.htm> > [consulta: 27 de Abril de 2004]

³¹ Viel, Benjamín. 1990.Boletín APROFA. APROFA. 2p

Las palabras del nuevo Director de Salud, nombrado por el Presidente Eduardo Frei M., doctor Francisco Mardones Restat, han quedado resonando en la memoria histórica.

El citado doctor, al asumir su cargo, expresó que “...el Servicio Nacional de Salud no podía por más tiempo eludir una definición de sus acciones frente al problema del aborto y del crecimiento de la población, que contaba con el respaldo del Ministerio de Salud y con la ayuda de asesores técnicos en el Ministerio y en el Servicio para iniciar ciertas acciones de regulación de fertilidad y que era conveniente precisar las formas de cooperación con entidades privadas.³²

Ahora bien, pensamos que no hubo una sola causa para adoptar en Chile la política pública de planificación familiar, puesta en marcha en la década del 60. Fueron, más bien, un conjunto de factores, internos y externos, los que generaron tal iniciativa.

En el ámbito interno, es necesario puntualizar el efecto inesperado que produjo la promulgación de leyes destinadas a disminuir la alta mortalidad que mostraban nuestros índices demográficos.

Debe destacarse la labor realizada por el entonces Ministro de Salud conservador, profesor Eduardo Cruz-Coke, quien obtuvo del Parlamento la aprobación de dos importantes leyes:

a) La de alimentación complementaria, que posteriormente pasó a ser subsidiada por el Estado, concebida para incrementar los niveles nutricionales de los niños de escasos recursos, evitando con ello muertes ocasionadas por diarreas o bronconeumonías

b) La de medicina preventiva, destinada a buscar en el presunto sano la existencia de enfermedades, aún asintomáticas, que en tales etapas eran recuperables y que abandonadas a su evolución terminaban en la irrecuperabilidad y la muerte³³,

Comprobaremos que ya en 1951, como lo observara el doctor Benjamín Viel, la mortalidad infantil había descendido a 150 por mil nacidos vivos y en 1965 a sólo 91 por mil. De modo que tras 27 años de aplicación de la Ley de alimentación complementaria al lactante, la mortalidad infantil había descendido a menos de la mitad de lo que el Ministro Cruz-Coke afrontara al asumir el cargo.³⁴

Las citadas leyes, incidieron en la disminución de las muertes infantiles, de modo que aumentó el tamaño de las familias, sin que se vieran incrementados los recursos económicos de éstas.

Este efecto inesperado de las leyes señaladas produjo un aumento de la tasa de natalidad, lo que redundó en el incremento del aborto ilegal, como lo demuestran las siguientes cifras:

“En 1951, los Hospitales del Servicio de Salud atendieron 31.000 casos con el diagnóstico de aborto.

³² Viel, Benjamín. 1977. 25 años de Salud Pública en Chile. Revista Médica de Chile. (1952-1977) 105 (10) . .

³³ Viel, Benjamín. 1990. Boletín APROFA. APROFA. 2p

³⁴ Asociación Chilena de Protección a la Familia [En línea] < <http://www.aprofa.cl/default.htm> > [consulta: 27 de Abril de 2004]

En 1965, tal número alcanzó 56.000 (30 por cada 1000 mujeres en edad fértil que existían en Chile)”³⁵

De modo que hacia 1964, Chile estaba apremiado por problemas de salud pública de distintos órdenes:

En primer término, el aborto alcanzaba proporciones epidémicas. Causaba la mitad de todas las muertes maternas y su costo de atención para el Servicio de Salud se estimaba en el equivalente a un millón de dólares anuales, puesto que había que invertir gruesas sumas de dinero en antibióticos y transfusiones de sangre, para salvar la vida de las mujeres infectadas.

Vale la pena recordar que la mitad de toda la sangre disponible en los servicios de salud se destinaba a atender las complicaciones de los abortos sépticos³⁶ y que la hospitalización por aborto incidía en la disminución de las camas destinadas a atender los partos de las mujeres más pobres.³⁷

En segundo término, era preocupante la desnutrición que afectaba al organismo femenino, debido a los embarazos sucesivos. La mujer no alcanzaba a recuperarse ni física ni emocionalmente de su anterior embarazo, cuando se enteraba que estaba esperando un hijo nuevamente. Ello se tornaba aún más grave en los casos de las mujeres afectadas por tuberculosis, cardiopatías, enfermedades renales, etc., que convertían al embarazo en un acontecimiento de alto riesgo.

En tercer término, puesto que la mujer que paría se quedaba en el hospital un día, a lo sumo dos, y se iba a su casa en micro, donde por lo común nadie la cuidaba y donde ella misma, profundamente debilitada por los repetidos embarazos, no podía brindarle los cuidados necesarios al recién nacido. Había que lidiar además con la mortalidad neonatal.³⁸

En el ámbito internacional, durante el mandato de Eduardo Frei M., Chile, así como el resto de Latinoamérica, estuvo fuertemente influido por las consecuencias de la revolución cubana y el peso de la política exterior norteamericana.

En efecto, por ese entonces, los cubanos pusieron en jaque la hegemonía de los Estados Unidos, al mostrar un camino inédito y realizarlo, aún, sin contar con el beneplácito norteamericano.

A raíz de ello y de como se reformuló la lucha política de cada país, los Estados Unidos entendieron que los desequilibrios sociales y económicos podrían tener grandes consecuencias políticas.

³⁵ Viel, Benjamín. 1990. Boletín APROFA. APROFA. 2p

³⁶ Aborto en que el huevo o la cavidad uterina está infectada.

³⁷ Entrevista realizada por tesista al Dr. Ricardo Aníbal Vásquez Meriot, Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sub-jefe de Servicio del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau S.S.M.S, con fecha 19 de Junio de 2002

³⁸ Que afecta a los recién nacidos hasta los 28 días de vida.

Es por esto, que, fruto de esa nueva perspectiva, nació la Alianza para el progreso, llevada a cabo por el Presidente de la época John F. Kennedy, quien se propuso realizar en 10 años una “revolución” social pacífica en Latinoamérica.

El programa contemplaba inversiones del orden de los 2.000 millones de dólares anuales, por 10 años, a fin de conseguir una tasa de crecimiento bruto per cápita del 2.5% anual en todo el subcontinente.

En el ámbito demográfico se planteó elevar en 5 años la esperanza de vida al nacer, lo que suponía disminuir la mortalidad infantil y dejaba insinuado el camino de la paternidad responsable. A cambio de ello, los gobiernos latinoamericanos se comprometían a realizar cambios estructurales, que en el caso de Chile se tradujo en la Reforma Agraria.³⁹

Fue cuando se produjo el asesinato del Presidente Kennedy y el hasta entonces Vice-presidente L.B. Johnson electo en 1964 subió al poder, que comenzó a pesar sobre nuestro continente la famosa frase del Presidente del Banco Mundial, Robert MacNamara, quien expresó “más vale gastar un dólar en planificación familiar, que diez en desarrollo en el Tercer Mundo”⁴⁰

Se sumaron a este propósito, en el sentido de financiar campañas que propendieran hacia el control de los nacimientos, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial, e importantes agencias de financiamiento internacional, tales como la Fundación Ford, Rockefeller y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), además de la ya mencionada IPPF.

También en el orden externo y en algunas esferas de opinión del espectro interno, entre las que cabe mencionarse a APROFA, se esgrimiría asimismo el argumento demográfico, esto es el control del crecimiento de la población, defendido, entre otros, por el doctor Benjamín Viel, sin que tal factor haya llegado a ser consensual por esa época, constituyendo materia de controversia en esos días.

Ahora bien, siguiendo a José Sulbrandt y María Alicia Ferrera, una política de población implica contemplar problemas de fecundidad, mortalidad y migraciones, dentro de un contexto de desarrollo total, donde se hace referencia a los recursos humanos, su estándar de vida, su educación y trabajo, vida urbana y rural, recursos naturales, medio físico, estructura social e institucional.⁴¹

De este modo, lo que hubo en Chile, a partir del año 1964, no fue propiamente una política de población, sino que una política pública, que inicialmente se denominó de Salud Familiar y Regulación de los Nacimientos, para pasar después a denominarse de paternidad responsable, donde se puso énfasis en el derecho de la pareja a decidir sin presiones cuantos niños deseaba procrear.

No hubo tampoco control de natalidad en esos días, ya que jamás el gobierno adoptó

³⁹ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

⁴⁰ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

⁴¹ Sulbrandt, J. y Ferrero M. 1974 Ley y crecimiento poblacional :El caso chileno. Santiago. Chile CELADE. 141p

medidas para influir sobre el número de nacimientos.

Los programas de asistencia abarcaron los ámbitos de investigación y de entrenamiento del personal de salud.

Es así que a través de dicha planificación se pretendió cubrir el 100% de las mujeres atendidas por aborto en los servicios hospitalarios, el 40 % de las mujeres atendidas por parto y otorgar asistencia preferente a las grandes multíparas⁴² con problemas socioeconómicos y patologías graves (tuberculosis, cardiopatías, neuropatías, etc).

Para tal efecto, el Consejo Técnico del Servicio Nacional de Salud, en el año 1964, comenzó la redacción de una nueva política pública de planificación, bajo la dirección del doctor Jorge Rosselot Vicuña, la que posteriormente fue publicada en la Revista Médica de Chile y dada a conocer en 1966 mediante oficio circular por el Director de Servicio a los diferentes directores zonales.

Para dar cumplimiento al componente instruccional del programa, se insistió en la necesidad de capacitar a las matronas, que atendían el 80 % de las consultas de planificación familiar, para que estas pudieran llevar el programa a feliz término.

Esta es la gestación de numerosas escuelas universitarias de obstetricia en Santiago, Talca, Concepción, Temuco y Valdivia.

Así, en los primeros meses de 1965, se registraron 15.094 pacientes en establecimientos del Servicio Nacional de Salud, a quienes se otorgó 45.882 consultas con fines anticonceptivos. El 56,5% de las pacientes adoptó el dispositivo intrauterino (DIU), el 28,4% se les recetó gestágenos orales⁴³, constituyendo, ambos, los métodos artificiales más usados en el país hasta nuestros días.

Al resto de las pacientes se les indicó el método del ritmo y otros.⁴⁴

Con todo, resulta bastante difícil de comprender que frente a las alarmantes cifras de mortalidad materna por aborto, que tenían su génesis en embarazos no deseados, los que apremiaban a grandes multíparas de sectores de bajos recursos, el Servicio Nacional de Salud convirtiera la esterilización en un acto médico, excesivamente reglamentado, sujetándolo no sólo a una determinada edad y número de hijos, sino también, imponiendo una normativa interna en dicho Servicio, para practicar la esterilización femenina; la necesidad de contar con el consentimiento escrito de su pareja estable, hecho que incidía en que, aquella mujer de escasos recursos, acababa por recurrir al aborto o por tener un nuevo hijo no deseado, mientras se decidía su situación.⁴⁵

⁴² Término médico para designar a las mujeres que han tenido más de un parto. No debe confundirse con multigestas, esto es, aquellas que han tenido más de una gestación

⁴³ Píldora anticonceptiva

⁴⁴ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 47-48

⁴⁵ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 47-48

Parece curioso que a la luz del proceso de modernización por el que atravesaba Chile, se esgrimiera un tipo de normativa anacrónica, que sujetara una decisión basada en la autonomía de la mujer sobre su propio cuerpo, en la opinión de otra persona.

Debe agregarse el dato que, desde ese entonces e inclusive hasta la fecha, la esterilización masculina (vasectomía) ha resultado bastante desconocida e impopular en la sociedad chilena.

La política de planificación familiar encaminada por el Estado de Chile, inició su etapa de difusión al público en 1966 cuando, entre otras actividades cubiertas por los medios de comunicación, relativas a la anticoncepción, el doctor Benjamín Viel dictó una conferencia en la Biblioteca Nacional. El doctor Onofre Avendaño disertó ante la Sociedad Médica de Ñuble y el Hospital Regional de Chillán. Se realizaron escuelas de verano organizadas por la Universidad de Chile y de Concepción y hubo programas, foros y polémicas radiales difundidas por Radio Cooperativa, Magallanes y Portales.⁴⁶

Tales eventos tuvieron como principales destinatarios al personal de la salud.

Debe señalarse que la política no tuvo mayor difusión debido a la decisión del gobierno de no ventilar demasiado sus propósitos a fin de evitar reacciones adversas entre los sectores más conservadores y católicos.

En 1967 APROFA suscribió un acuerdo con el gobierno de Chile, gracias al cual la anticoncepción voluntaria fue gratuita en los Servicios de Salud.⁴⁷ Dicha institución constituyó uno de los pilares fundamentales con que contó el Servicio Nacional de Salud, manteniendo con éste una relación estrecha, otorgando medios técnicos y financiamiento para apoyar diversas iniciativas, al tiempo que realizaba sus propias labores independientemente.

Sin embargo, la aplicación del programa de regulación de la fecundidad provocó reacciones, tanto en el orden externo como en el nacional.

Así, algunos Jefes de Servicio, por su excesivo catolicismo, se negaron a ponerlo en práctica y otros recomendaron exclusivamente métodos naturales a sus pacientes.

El doctor Gustavo Monckeberg, gineco-obstetra, militante del partido nacional, y gran detractor de la planificación familiar, acusó al Director del Servicio Nacional de Salud, doctor Francisco Mardones, ante la organización de Médicos Católicos por su responsabilidad frente a la temática de los nacimientos.

A raíz de ello, y por invitación del Cardenal Raúl Silva Henríquez, el Director del Servicio asistió a una Asamblea de Obispos, en Mayo del mismo año, ante quienes argumentó las razones médicas del proyecto. En dicha reunión señaló, además, que no brindar atención anticoncepcional a la pareja era tan grave como negarle información disponible, dejando a su criterio la elección del mecanismo que resultara más apropiado.

48

⁴⁶ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 47-48

⁴⁷ Viel, Benjamín. 1990. Boletín APROFA. APROFA. 2p

Sin embargo cuando el Papa Pablo VI publicó en el año 1968 la Encíclica *Humanae Vitae*⁴⁹, que trató sobre anticoncepción y aún cuando siguió reconociéndose el derecho de los esposos a decidir, con pleno conocimiento de causa, el número de hijos "...aceptando sus responsabilidades ante Dios, ante ellos mismos, ante los hijos que han nacido y ante la comunidad a la que pertenecen, siguiendo las exigencias de su conciencia, instruida por la Ley de Dios, automáticamente interpretada y sostenida por la confianza en él"⁵⁰, se planteó que "...dar medios anticonceptivos, aunque no sean abortivos, con el fin directo de impedir la generación, o cooperar dando información o facilitando esos medios, viola el orden esencial de la naturaleza, luego, es algo gravemente ilícito e inmoral, que de suyo va contra el bien común"⁵¹

La pregunta, entonces, vino a ser, como resolver la aparente contradicción entre el derecho de los esposos a controlar su fecundidad y la imposibilidad de utilizar métodos anticonceptivos, esterilización, o aborto.

La respuesta de la Iglesia Católica estuvo dada por los ritmos naturales, inmanentes a las funciones generadoras para usar al matrimonio sólo en los períodos infecundos y así regular la natalidad sin ofender los principios morales⁵².

La Iglesia pretendió controlar la capacidad reproductiva de las mujeres y su propia sexualidad negándole todo derecho a las solteras y restringiendo las prácticas sexuales sólo a algunos días del mes, práctica rotulada por algunos como medio natural de control de la fecundidad.

Sin embargo, las cifras revelan otra cosa.

Hacia 1968, en Santiago de Chile "...el 96% de las mujeres conocía algún método anticonceptivo y casi la totalidad conocía algún método de alta efectividad, como se deduce de los porcentajes muy altos de mujeres que conocían el Dispositivo Intrauterino 86%, los gestágenos 78%, y la esterilización 80%"⁵³

En el mismo año, un alto porcentaje de mujeres consideraba que era el personal de salud quien debía entregarle información anticonceptiva y porcentajes muy bajos le asignaban esa responsabilidad al párroco.

Asimismo, un 76% de la población femenina, de los estratos marginales de Santiago, consideraba, además, conveniente dar información anticonceptiva a la mujer soltera⁵⁴.

⁴⁸ Viel, Benjamín. 1990. Boletín APROFA. APROFA. 2p

⁴⁹ De la Vida Humana

⁵⁰ Carta Encíclica *Popolarum Progressio*, 1967 Revista Católica. 9p

⁵¹ Carta Encíclica *Popolarum Progressio*, 1967 Revista Católica. 9p

⁵² Pablo VI, Encíclica *Humanae Vitae*. 1968 Revista Católica. 12p

⁵³ DESAL. 1970 Mujeres en edad fértil (15-50 años) que vivían en poblaciones marginales en el gran Santiago en el año 1967. Encuesta de fecundidad y Anticoncepción en Poblaciones Marginales. Buenos Aires. Argentina. Troquel. pp 81-82

Por otra parte, entre los años 1965 y 1970 subió de 4,2 % a 13,3 % la cobertura de usuarias de anticonceptivos atendidas por el Servicio Nacional de Salud y de 10,2 % a 14,5 % el número de usuarias atendidas fuera de éste.⁵⁵

Tales cifras podrían ser mucho más altas si pensamos en el gran número de mujeres que pudo adquirir anticonceptivos directamente en farmacias, puesto que éstos se expenden, hasta el día de hoy, sin necesidad de presentar receta médica, acreditar edad o un estado civil determinados.

El programa de planificación familiar en Chile fue a tal punto masivo y eficiente que las variables representadas por la edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, situación campo-ciudad y actividad de las mujeres, prácticamente no influyeron en el comportamiento de ellas como usuarias de anticonceptivos, la mayor parte de las cuales recurrió a los dispositivos intrauterinos, gestágenos y esterilización, obedeciendo la sugerencia del Servicio Nacional de Salud, por sobre los dictámenes de la Iglesia.

Por lo que respecta a la tasa global de fecundidad, cabe señalar que ésta también sufrió un significativo impacto durante la década 60-70, especialmente en los sectores urbanos, de mayor escolaridad y niveles socioeconómicos medios y altos.

De acuerdo a la edad de la mujer, la tasa de fecundidad descendió en todos los grupos de edad, siendo más notoria esta disminución entre los 24 y 34 años, pero alcanzando también a los grupos extremos, lo que no hace sino comprobar el grado de cobertura alcanzado por el programa.⁵⁶

En lo relativo a la situación campo/ciudad, si bien durante el período descendieron las tasas globales de fecundidad, tanto en el ámbito urbano como el rural, demostrando con ello la extensión del programa, la tendencia fue a una fecundidad alta en el campo y baja en la ciudad.⁵⁷

Pero el impacto de los anticonceptivos fue decisivo también respecto a la problemática del aborto. La mortalidad materna por aborto, que en 1964 alcanzaba una tasa de 11,8 por diez mil nacidos vivos, descendió en 1970 a 6,6; en 1975 a 4,2 y en 1980 a 2,8⁵⁸

Ahora bien, no sólo descendió la mortalidad materna por aborto sino también las hospitalizaciones obstétricas producto de abortos inducidos⁵⁹

De este modo, si se analizan las cifras y se comparan los números, es fácil

⁵⁴ E. Parker, G. Farías, G. Leal y E. Aguilera, 1980. Fecundidad y Planificación Familiar, Anales VIII Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología. Editado por Hospital San José. 107p

⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística. Boletines Demográficos, años 1960-1989. Cobertura: Usuarias activas en regulación/mujeres en edad fértil. [En línea] < www.ine.cl > [Consulta: 23 de Abril de 2004]

⁵⁶ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

⁵⁷ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

⁵⁸ Memoria APROFA, 1987. APROFA. 30p

percatarse que aquella política de sermón, impulsada por la Iglesia Católica, consiguió escasos logros.

En materia anticoncepcional alrededor de un 6 % de la población estaba controlando su fecundidad hacia 1970 mediante el método del ritmo. El resto recurría en un 20,6 % al dispositivo intrauterino, un 15,9 % a los gestágenos y un 14,2 % a la esterilización, restando, asimismo, importancia a los métodos de barrera (preservativo, diafragma, etc.), de uso frecuente en épocas precedentes.⁶⁰

Frente a la prédica religiosa anacrónica y desconectada con las necesidades de la población, los chilenos prefirieron escuchar los lineamientos trazados por las políticas del Servicio Nacional de Salud y ello, de ninguna manera, fue asumido sólo por la población atea, sino también por aquellos que profesaban el catolicismo.

El proceso de modernización por el que atravesaba el mundo, proceso dentro del cual el gobierno de Eduardo Frei M., el Servicio Nacional de Salud y organismos colaboradores, como APROFA, quisieron estar presentes, provocó, en definitiva, una pugna más o menos solapada entre los poderes que tradicionalmente habían controlado la capacidad reproductiva de las mujeres.

En esta lucha salió vencedor, claramente, el poder representado por el conocimiento científico que, apoyado por el gobierno de Frei Montalva, pudo ofrecer soluciones eficientes que fueron adoptadas masivamente por la población.

⁵⁹ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

⁶⁰ Memoria APROFA, 1987. APROFA. 30p

LA DÉCADA DE LOS 70 Y SU ABRUPTA INTERRUPCIÓN

Hacia 1970, Chile se encontraba polarizado en tres diversas propuestas políticas, puestas a prueba en las elecciones presidenciales realizadas en septiembre del mismo año.

En la derecha, el Partido Nacional, con un programa de corte económico liberal, representado por el ex Presidente de la República Jorge Alessandri Rodríguez ⁶¹., en el centro político la candidatura de don Radomiro Tomic, militante demócrata cristiano y la propuesta popular de la izquierda encabezada por Salvador Allende.

Como es sabido, fue la propuesta de la Unidad Popular, integrada por los Partidos Radical, Comunista, Socialista, Social Demócrata, Mapu y Acción Popular Independiente, la que resultó ganadora en dichas elecciones de 1970, siendo su representante el militante socialista Doctor Salvador Allende G.

Durante el gobierno de la Unidad Popular se creó la Secretaría Nacional de la Mujer, anticipo del futuro Ministerio de la Familia.

Dicho organismo iba a estar encargado de asegurarle, a la mujer y al niño, alimentación, atención médica, seguridad, educación, salas cunas, jardines infantiles, lavanderías al alcance del trabajador y comedores populares. Organizaría cooperativas

⁶¹ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

de producción, se encargaría de la capacitación profesional, la creación de nuevas fuentes de trabajo, escuelas especiales para empleadas domésticas, líneas de crédito popular, prevención y reeducación de la prostitución, media jornada laboral para las mujeres, planificación familiar al alcance de quienes la solicitaran, adecuada legislación para regularizar la familia, jubilación, defensa de los intereses económicos de la familia y satisfacción a las necesidades básicas del ser humano.⁶²

No obstante, tan ambicioso proyecto no se concretó debido a la demora en los trámites legislativos y al advenimiento del golpe militar, así que muchos de tales proyectos quedaron solo en el papel.

Sin embargo, lo más importante en relación a la temática que nos preocupa, fue la gestación de una nueva política de salud que, bajo la denominación de “Atención Integral a la Mujer”, contribuyó a la difusión masiva de anticonceptivos, dentro de un programa que se propuso también la prevención del cáncer cérvico uterino y la educación sexual de la pareja.

Tal como ocurrió en el gobierno de Frei, las mujeres no tuvieron ninguna participación en la elaboración de la política de salud del gobierno popular y no vieron en ella una temática capaz de cohesionarlas en torno a nuevas reivindicaciones.

Con todo, contrastada con el período anterior, fue esta una etapa más abierta, en la que se plantearon problemas aún sin solución y de gran trascendencia en la esfera privada de las personas, tales como el divorcio y el aborto.

El golpe militar hundiría más tarde a la sociedad chilena en una grave crisis social, política y económica, mostrando abierto rechazo frente al cuestionamiento de la condición de la mujer y guardando un silencio cómplice en temáticas altamente preocupantes para un alto porcentaje de la población.

Recordemos que a fines de la década del 60 y gracias a la gestión del doctor Onofre Avendaño, se firmó un convenio entre los gobiernos de EEUU y Chile, que a través de la agencia para el desarrollo internacional (AID) otorgó recursos al Servicio Nacional de Salud para construir junto al Hospital Barros Luco, un gran recinto para el Programa Latinoamericano de Adiestramiento en Planificación Familiar, edificio que para Marzo de 1970 se encontraba terminado y estaba proporcionando atención prenatal, ginecológica, postnatal y de paternidad responsable.

Se dispuso, para poner en práctica tales programas, de equipos e instrumental moderno, matronas y médicos bien pagados, en número suficiente, a quienes, a parte de su sueldo, se otorgaron bonificaciones por cada anticonceptivo que se ponía.

Ello generó una distorsión, puesto que, en los mismos recintos donde se daba una excelente atención anticonceptiva, se otorgaba una deficiente atención al embarazo, con médicos mal pagados, donde faltaban sabanillas y con escasas horas asignadas a las matronas.⁶³

⁶² Boletín APROFA Diciembre 1970. APROFA. 3p

⁶³ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 47-48

Es decir, hubo un gran apoyo a todas las actividades relativas a la anticoncepción, pero no se hizo realmente atención integral a la mujer.

Con todo, el desarrollo de los programas fue abriendo nuevos caminos, al tiempo que se conseguían logros parciales, uno de los cuales consistió en la extensión progresiva del programa de salud integral para la mujer hasta el 90 % de la población femenina mayor de 15 años⁶⁴

El gobierno de la Unidad Popular consideró que una sociedad de clases determinaba una salud de clases. Que los grupos de altos ingresos, en Chile, tenían índices de nutrición, desarrollo físico y mental, tipos de patologías, etc., comparables a los de las clases acomodadas de los países más desarrollados y que la gran mayoría de los trabajadores, al contrario, tenían niveles de salud bajísimos. Por lo tanto, estimó que la salud era, en primer término, un problema de estructura económica y social, de cultura y de niveles de vida. Como tal, era un problema integral y sólo una sociedad socialista, planificada, podía solucionarlo, ello, debido a que en una sociedad socialista, la salud era una necesidad de la población, uno de los bienes esenciales del hombre, motivo por el cual todas las personas tenían derecho a ella, por encima de cualquier limitación imaginable.

Dentro de este contexto, el gobierno de la Unidad Popular consideró a la planificación familiar como un derecho inalienable de la mujer, como persona, y como pareja, derecho que aseguraba su libertad y la de la familia⁶⁵

Los programas de planificación familiar dejaron de tener un carácter privilegiado y se constituyeron en un servicio más dentro del programa de atención integral a la mujer.

Se estimó que las técnicas de planificación de la familia constituían un recurso que debía ser proporcionado a toda mujer que lo requiriera, sin distinción social, económica ni legal, pero que su uso debía ir precedido de educación y que sus objetivos no eran la reducción de la natalidad o el despegue económico del país, sino, asegurar, a cada mujer, el número de hijos que deseara y el momento oportuno para concebirlos, a fin de mejorar la calidad de vida de su familia, disminuir algunos riesgos biológico del niño menor, de la madre, y limitar la práctica del aborto inducido en precarias condiciones. Ello incluía el funcionamiento de consultorios de esterilidad y no excluía la legalización del aborto en caso que ello apareciera como necesario y deseado por la población.

El gobierno del Presidente Salvador Allende, responsable de la salud de su pueblo, se propuso también permitir el acceso, a toda la población, a los medios anticonceptivos más modernos, científicos y eficaces de que se disponía en ese entonces.⁶⁶

El nuevo énfasis estuvo, entonces, en mejorar las condiciones y el bienestar familiar por sobre la reducción del número de hijos. Ello implicaba, además de trabajar en pro de la salud de la madre y el niño, el desarrollo del grupo familiar satisfactoriamente

⁶⁴ Infante, Sergio, 1971 "Bases de la Política de salud materno infantil del gobierno de Chile", Boletín APROFA. APROFA. 2p

⁶⁵ Boletín APROFA Diciembre 1970. APROFA. 3p

⁶⁶ Infante, Sergio, 1971 "Bases de la Política de salud materno infantil del gobierno de Chile", Boletín APROFA. APROFA. 2p

estructurado, su estabilidad económica y laboral, viviendas adecuadas, en sitios y condiciones sanitarias apropiadas, la procreación consciente y responsable, la armonía psico-social de sus miembros y su incorporación a las actividades organizadas de la comunidad.⁶⁷

Posteriormente, en 1972, quedó establecido un convenio entre el Gobierno de Chile y el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población, tendiente a disminuir la morbilidad⁶⁸ materna y perinatal, así como la morbilidad del niño en el primer año de vida, educación en salud y promoción del deber y derecho de la paternidad responsable.

El convenio aportó más de tres millones de dólares, para ser distribuidos en 4 años en los siguientes rubros:

-Asistencia técnica: Que se tradujo en consultorios, habilitación y equipamiento de servicios.

-Escuelas profesionales en el campo de la salud: Dotadas de material educativo y transporte.

-Becas en el exterior y adiestramiento en el país: Especialmente en el área de la investigación.⁶⁹

Los hospitales estatales continuaron con sus labores de asistencia, investigación y adiestramiento.

En ese contexto, las matronas adquirieron responsabilidades crecientes:

-Adiestraron al personal paramédico auxiliar.

-Ejercieron funciones docentes a nivel universitario.

-Realizaron Investigación.

En esta última área debe destacarse el interés del gobierno, evacuado a través del Ministerio de Salud, por indagar en los efectos fisiológicos de los anticonceptivos, integrando equipos interdisciplinarios en el Área Sur de Santiago (San Gregorio, Barros Luco, San Borja) y otras áreas hospitalarias.⁷⁰

Pero además, el Hospital Barros Luco, pionero en materia de anticoncepción, inauguró un programa de regulación menstrual e inducción del aborto por Rivanol y raspado, para pacientes usuarias de anticonceptivos cuyos métodos habían fracasado.⁷¹

Por decisión de la mayor parte de los profesionales que trabajaban en contacto con

⁶⁷ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 47-48

⁶⁸ Relación entre el número de muertos respecto del número de habitantes de una población o de un país en un tiempo dado. Diccionario Manual Sopena, Enciclopédico e Ilustrado, . 2002 Barcelona, España. Editorial Ramón Sopena S.A.

⁶⁹ Boletín APROFA, Julio 1972. APROFA. 2p

⁷⁰ Boletín APROFA, Febrero 1972. APROFA. 1p

las mujeres en dicho hospital y con el propósito de evitar los abortos provocados, hechos por personas inescrupulosas, que muchas veces ocasionaban la muerte de la paciente, se interrumpió el embarazo, a solicitud de la mujer, exigiendo, como requisito, residir en el área atendida por dicho servicio y tener un máximo de 18 semanas de embarazo.

De modo que entre los años 1972 y 1973 se practicó el aborto inducido, en dicho servicio, sin que el gobierno pretendiera oponerse a tal iniciativa.

El equipo médico entendió que como esas mujeres no gozaban del bienestar familiar, estabilidad económica o laboral, vivienda propia, etc. y dado que los métodos anticonceptivos por ellas utilizados habían fracasado, era aceptable interrumpir el embarazo, lo que de ningún modo se oponía a los lineamientos del propio gobierno, quien no excluía la legalización del aborto si ésta aparecía como necesaria.

La diferencia estaba en que, mientras el gobierno se proponía someter la legalización del aborto a consulta popular, el equipo médico del Hospital Barros Luco, en los hechos, lo estaba practicando.

Recordemos, ahora, la legislación vigente en Chile. Hasta 1989 rigió el artículo 119 del Código Sanitario que señalaba lo siguiente: "sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos cirujanos".⁷² Con el advenimiento del Régimen Militar la política que en la práctica era realizada por los profesionales del Hospital Barros Luco, fue perseguida, disolviéndose el centro y exonerando a los médicos involucrados.

Sin embargo, más allá de esta puntual situación, interesa resaltar que el énfasis del gobierno de la Unidad Popular estuvo puesto siempre en la paternidad responsable, la prevención y la información.

La iniciativa de enfrentar los desafíos planteados por la educación sexual contó con la experiencia del Presidente de la República, Salvador Allende G., quien tenía una nutrida trayectoria como médico, Ministro de Salud, Presidente del Colegio Médico y político, preocupado de la salud de su pueblo.

En las siguientes palabras se expresa el deseo del Presidente, pretensiones y expectativas:

"Quiero señalar que es fundamental que la educación en salud se proyecte integralmente sobre todo en los procesos educativos del país, en todos los niveles.

Que la educación en salud debe ser preocupación del Ministerio de Educación Pública, desde la formación de los maestros hasta la entrega de esos conocimientos en educación básica, media y superior.

Quiero señalar que ya es tiempo que, rompiendo con una moral absurda y canija, se

⁷¹ Entrevista realizada por tesista al Dr. Ricardo Aníbal Vásquez Meriot, Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sub-jefe de Servicio del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau S.S.M.S, con fecha 19 de Junio de 2002

⁷² Luego en 1989, la ley 18.826 en su artículo único reemplazó el texto del citado artículo 119 por el siguiente: "No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar el aborto"

tenga la entereza de hablarle a nuestras juventudes de problemas que viven y lamentablemente desconocen: los problemas de educación sexual.

El drama de la mujer que tiene que sufrir las consecuencias de su ignorancia y que la lleva al aborto no puede callarse.

Y la necesidad de una planificación de la familia debe ser la base de una concientización que eleve el nivel moral de la gente nuestra”⁷³

En Octubre de 1971 hubo un intento masivo de revolucionar la educación sexual con las Segundas Jornadas Chilenas de Sexología, organizadas por el Ministerio de Educación, la Sociedad Chilena de Antropología y la Universidad de Chile.

Se pretendía, entre otras cosas, “...promover los cambios necesarios que permitiera a millones de niños y adolescentes de esta tierra entrar en una sociedad en la cual el sexo fuera un hecho natural, situado en un contexto cultural libre de falsedades, supersticiones, temores y explotación comercial”⁷⁴

En el curso de la reunión hubo consenso sobre la enorme responsabilidad que, como agentes socializadores, correspondía a la familia, el sistema escolar y los medios de comunicación, en la formación sexual de las nuevas generaciones.

El proceso histórico que vivía Chile estaba intentando la destrucción de viejas estructuras y la creación continua y permanente de nuevas formas de interacción social.

Se planteó que frente a la sexualidad represiva, autoritaria y dogmática propuesta por el capitalismo, que por sus relaciones de producción parecía amar a tan pocos y despreciar la vida de tantos, no pudiendo enseñar la capacidad de amar, el gobierno popular dejaría en manos de orientadores la misión de educar la sexualidad de los jóvenes para enseñarles a amar, a crear en común, a abrirse, relacionarse y comprometerse.⁷⁵

Tales orientadores diseñaron un programa que, en la modalidad de seminarios, abarcaría, en una primera etapa, 14 sedes a lo largo de todo el país y más de 20.000 profesores, 500.000 alumnos y 80.000 padres de familia.⁷⁶

Por otra parte el sector público desarrolló a partir de 1972 y a través del Servicio Nacional de Salud una labor, apoyada por APROFA, de intensa actividad comunitaria, centrada en la planificación familiar y la paternidad responsable.

Sobre esta base se formuló el proyecto de líderes de paternidad responsable, que entendía que la procreación debía ser deseada y planeada, en un acuerdo mutuo y completo de pareja.

⁷³ Allende, Salvador, Discurso en acto inaugural de la Semana del Corazón, Septiembre, 1971. Citado en Boletín APROFA. Septiembre 1971. APROFA. 2p

⁷⁴ Boletín APROFA, Noviembre 1971. APROFA. 2p

⁷⁵ Boletín APROFA, Noviembre 1971. APROFA. 2p

⁷⁶ .Boletín APROFA, Enero-Febrero 1977. APROFA. pp 4-5

Se innovó además en que cada pareja tenía el derecho a separar el aspecto reproductivo del ejercicio de su vida sexual.

El proyecto se propuso, en términos cualitativos, capacitar a 30.000 líderes de la comunidad, entre el 1° de Abril de 1972 y el 31 de Diciembre de 1974, con el propósito que éstos difundieran los contenidos de la paternidad responsable a la población.⁷⁷

⁷⁷ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 47-48

EL GOBIERNO MILITAR

El golpe militar de 1973 y el régimen autoritario instaurado por éste, produjeron hondas transformaciones al interior de la sociedad chilena, especialmente en lo que se refiere a las relaciones que ésta había establecido con el Estado.

En épocas precedentes existió consenso respecto a que el Estado debía asumir un rol fundamental en áreas tales como la educación y la salud. Pero la dictadura transformó radicalmente dicha concepción, asumiendo el Estado un rol subsidiario, y la salud de los chilenos se mostró visiblemente afectada al reducirse, a su mínima expresión, la cobertura de usuarios atendidos por el Servicio Nacional de Salud y bajar el porcentaje asignado a salud de un 7% a sólo un 3%.⁷⁸

Respecto a la planificación familiar las políticas del gobierno militar fueron variando en el transcurso del tiempo.

En un primer momento, dada la fuerza de las políticas de salud, emprendidas por los gobiernos precedentes, que prendieron en la población, al enseñarles que si regulaban su familia podrían aspirar a un futuro mejor, y a la necesidad de facto de buscar apoyo en dicha población, el Ministerio de Salud declaró su interés por las actividades de regulación de la fecundidad, dentro del programa de atención materna y perinatal.

Paralelamente, autorizó a las matronas, funcionarias del Servicio Nacional de Salud, para prescribir anovulatorios y colocar dispositivos intrauterinos, en virtud del

⁷⁸ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 88-89

considerable número de muertes provocadas por abortos sépticos que aún se daban y los altos índices de mortalidad neonatal.⁷⁹

De acuerdo a los criterios planteados por el Ministro de Salud de la época, coronel de aviación (S) doctor Alberto Spoerer C., en un documento denominado “Doctrina y Política Nacional de Salud” se planteó, además de extender los servicios de planificación de la familia, realizar una efectiva educación sobre problemas de fertilidad, especialmente en los grupos más deprivados, otorgando servicios que contribuyeran al bienestar de la familia.⁸⁰

Consecuentemente, en 1974, con motivo del Congreso Mundial de Población, realizado en Bucarest, el gobierno militar reconoció lo siguiente:

“Chile enfrenta un problema demográfico sectorial, en la medida en que los índices de natalidad adquieren su mayor nivel en el sector de menores recursos.....se ven nítidamente las consecuencias inmediatas...Elevadas tasas de mortalidad infantil, de abortos, de mortalidad materna, de desnutrición, con factores educacionales que tienden a perpetuar el subdesarrollo, por lo cual, las acciones de regulación de la natalidad deben ser extendidas a todo el país, con el objeto de permitir a la pareja humana decidir libre y razonablemente sobre el tamaño de la familia, el espaciamiento de los nacimientos y tener fácil acceso (gratuito) a los consultorios de esterilidad para los casos que tengan dificultades para conseguir los embarazos deseados”

Por último se afirmó:

“Es obligación del Estado crear las condiciones apropiadas para el ejercicio consciente de la paternidad responsable, respetando la libre decisión de la pareja para planificar su familia por medio de una regulación de la fertilidad”.⁸¹

En la línea de esta política, APROFA y el Ministerio de Salud firmaron en 1977 un Convenio de colaboración para el desarrollo de actividades en salud de la madre y bienestar familiar, por el cual APROFA se comprometió a entregar materiales, equipos, transportes, anticonceptivos, formularios, adiestramiento y programas de educación familiar al Ministerio de Salud, los que, debidamente controlados y evaluados por profesionales del sector, pasaron a integrar los programas regulares del Servicio.

Paulatinamente el Estado estaba renunciando a desempeñar un rol directivo y orientador, destinando sus energías y recursos a la paternidad responsable, mientras APROFA ampliaba los vacíos de esa posición estatal.⁸²

⁷⁹ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 88-89

⁸⁰ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 88-89

⁸¹ Avendaño, Onofre. 1975. Desarrollo histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Santiago. Chile. APROFA. pp 88-89

⁸² Boletín APROFA, Enero-Febrero 1977. APROFA. pp 4-5

Cabe señalar que en 1975 la autoridad de salud había impuesto restricciones en materia de esterilización, dejando su aplicación sometida a la autorización de la pareja o conviviente y de una comisión médica, además de exigir el cumplimiento de ciertos requisitos relativos a la edad y número de hijos.⁸³

Resulta necesario realizar un breve paréntesis en la cronología de esta investigación para proporcionar una breve reseña respecto al tema de la esterilización y a su tratamiento legal, tanto en el caso masculino como femenino.

La esterilización, en general, constituye una intervención quirúrgica sencilla y pese a ello, el Código Sanitario la cataloga como un operación mutilatoria y la normativa vigente, nada dice en relación a los casos en que sea aconsejable realizarla, quedando su práctica condicionada a la particular decisión del médico.

Existen una serie de procedimientos médicos de esterilización en virtud de los cuales, por regla general, se impide irreversiblemente la procreación.

Las diversas técnicas utilizadas consisten, comúnmente, en ligaduras, cauterización tubaria, histerectomía, el anillo de Yoon, tratándose de la mujer, en tanto ligadura y sección de los conductos deferentes en el hombre.

De particular importancia resultan la siguientes resoluciones:

Situación de la Esterilización regida por Resolución Exenta N°003 de 1/09/75 Ministerio de Salud (MINSAL):

Hasta principios del año 2001, regía la Resolución Exenta N°003 del Ministerio de Salud, de fecha 1 de septiembre del año 1975, en cuya virtud cualquier acción de esterilización "no será considerada como actividad de regulación de fecundidad". En dicho orden de ideas, la esterilización de un hombre o una mujer, en la legislación anterior, sólo resultaba procedente por "causas médicas", de manera tal que necesariamente debía existir la decisión de un profesional como puerta de entrada a cualquier acción de esterilización. Pero, aún más, el médico se encontraba obligado a observar un catálogo taxativo de causas para esterilizar a su paciente, que la normativa respectiva agrupó en a) Causas médicas puras, tales como enfermedades psiquiátricas o neurológicas v.g. miastenia gravis resistente al tratamiento médico, cardiopatías con antecedentes de fibrilación auricular, episodios previos de insuficiencia cardiaca b) Enfermedades o problemas obstétricos ginecológicos tales como prolapso, cáncer cérvico uterino, rotura uterina grave, múltipara con riesgo obstétrico potencial que se inicia después del cuarto hijo vivo, mayor de treinta años, etc. C) Por decisión médica en laparotomía⁸⁴ frente a casos graves.

Otras causas, siempre de naturaleza exclusivamente médica, debían ser aceptadas, en cada caso en particular, por una Comisión especialmente formada al efecto en el respectivo Servicio de Obstetricia y Ginecología, compuesta de tres integrantes y presidida por el Jefe o Subjefe del Servicio.⁸⁵

⁸³ Ministerio de Salud, Resolución número 003, 1975.

⁸⁴ Intervención quirúrgica que implica entrar a la cavidad abdominal, por lo tanto abrir membrana peritoneal

Este cuerpo normativo no hace más referencia a algún derecho del paciente que a tomar noticia de las consecuencias de la esterilización quirúrgica, la que deberá, según el texto comentado, ser puesta en conocimiento de la pareja. Conforme a ello, en estos casos debían aplicarse las reglas generales que el derecho contempla sobre consentimiento⁸⁶

Resolución Exenta N°2.326 de 30/11/2000 Ministerio de Salud:

Con fecha 9 de diciembre del año 2000 se publicó en el Diario Oficial la Resolución Exenta N° 2.326 del MINSAL, que entrega las directrices que regulan el ejercicio de las acciones de esterilización, tanto masculina como femenina, en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

Para la dictación de este cuerpo reglamentario se tomaron, según su texto, en consideración los siguientes aspectos: a) Criterios técnicos actuales; b) Derechos reproductivos de las personas; y c) Acceso igualitario a estas acciones para los beneficiarios del sector público en relación a los del sector privado de salud. La principal novedad y característica de estas normas es que se admite la posibilidad de que una persona pueda, voluntariamente, someterse a un acto de esterilización. En efecto, junto a la posibilidad de que exista una recomendación profesional basada en causas médicas para que una persona se someta a una esterilización, existe también la facultad, de toda persona capaz, para solicitar ser sometida a esterilización. Este derecho, entonces, puede ser libremente ejercido por una persona mayor de edad, en plena posesión de facultades mentales y que manifieste inequívocamente su voluntad en tal sentido.

De lo anterior es posible observar que el texto comentado indica que "se podrá acceder a la esterilización", desprendiéndose de esa afirmación que podría ser facultativa dicha decisión por parte del médico tratante. Así, en este sentido, se contempla la obligación de que el profesional tratante respectivo (médico o matrona) entregue consejería en salud sexual y reproductiva al solicitante, expresándole acerca de otros métodos anticonceptivos alternativos a la esterilización y de los porcentajes de reversibilidad de ésta. Sin embargo, el propio cuerpo normativo indica que el solicitante tiene el derecho de persistir en su decisión, debiendo, en este caso, limitarse el profesional respectivo a consignarlo en un documento especialmente elaborado al efecto, el que se agregará a la ficha clínica.⁸⁷

Continuando con la cronología de esta investigación, es así como el cuerpo de la mujer continuó siendo manejado por otros, justificándose tal decisión en las más variadas razones humanitarias, pero desconociendo que dicho mecanismo era altamente

⁸⁵ Entrevista realizada por tesista al Dr. Ricardo Aníbal Vásquez Meriot, Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sub-jefe de Servicio del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau S.S.M.S, con fecha 19 de Junio de 2002

⁸⁶ El conjunto reglamentario precedentemente mencionado fue expresamente derogado por la Resolución Exenta N°23 de 10/01/2001 del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial de 20/02/2001, resolución que complementa el nuevo texto normativo en la materia que es el que a continuación se indica.

⁸⁷ Alfredo Silva Villarroel, 2003[En línea] < <http://www.agog.cl/juridica.htm> > [Consulta: 26 de Abril de 2004]

demandado por las mujeres, especialmente por aquellas de los sectores populares, de modo que prescindir de él podría incrementar la práctica del aborto.

No obstante, la política del gobierno militar cambiaría drásticamente su orientación en el año 1979, con motivo de los nuevos lineamientos de la Oficina de Planificación Nacional, ODEPLAN⁸⁸, surgidos de la necesidad de resguardar los intereses de la economía neoliberal y velar por la doctrina de la seguridad nacional, lineamientos de planificación que más adelante se detallarán.

Al gobierno militar le interesó también conquistar la simpatía de la Iglesia Católica, contraria a la anticoncepción moderna, pero enemistada con el régimen militar por sus abiertas violaciones a los derechos humanos.

Se estimó adecuada la tasa de natalidad que alcanzaba 2 por mil, decidiéndose, en consecuencia, suspender las actividades de información y educación sobre anticonceptivos en consultorios y medios de comunicación.⁸⁹

Sin embargo, y revisando los resultados de una encuesta realizada entre los santiaguinos en el año 1976 por la empresa GALLUP, se puede desprender que el gobierno militar, en razón de las cifras que esta encuesta arrojó, estuvo más cerca de las necesidades de la población con su primera política que con la segunda. En la oportunidad el 91 % de los habitantes del Gran Santiago se pronunció a favor de la Planificación Familiar, privilegiando el uso de métodos artificiales por sobre los naturales; y en un 74 % a favor de la legalización del aborto, o, al menos, de una actitud de tolerancia, en casos justificados de situación médica comprometida, tales como embarazos perjudiciales para la salud de la madre, problemas económicos, o, simplemente, para evitar un hijo no deseado, en el caso de la mujer soltera.⁹⁰

Cabe destacar que un 15 % de los encuestados declaró ser católico observante; el 27 % se declaró no observante; el 15 % perteneciente a otro credo religioso, y el 14 % no religioso,⁹¹ hecho que confirma el grado de masificación de la política impulsada por el gobierno del Presidente Eduardo Frei M. y optimizada por el gobierno del Presidente Allende.

A diferencia de ellas, la política diseñada por ODEPLAN planteó, entre otros temas, los siguientes:

1) Es deseable un aumento significativo de la población, sin embargo, no es incumbencia del Estado tomar medidas para lograr disminución o aumento de la tasa de natalidad, más allá de la libre decisión familiar.

2) Se mantendrá una infraestructura de servicio e información en regulación de la fecundidad, sin alcanzar un carácter de imposición o presión sobre los usuarios, que

⁸⁸ Actualmente dicha oficina se conoce como Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN)

⁸⁹ FLACSO-CORSAPS. Situación de la Mujer en Chile. 1991. Santiago. Chile. CORSAPS. 20p

⁹⁰ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

⁹¹ Boletín APROFA, Junio 1976. APROFA. pp 4-5

pueda restringir su derecho a la libre decisión.

3) Se reafirmará, por todos los medios posibles, el derecho inalienable a la vida.

4) El Estado no considera, como parte del concepto de Planificación Familiar, las medidas de tipo abortivo.

5) La esterilización no formará parte de los métodos de prevención de embarazo.

10) El Gobierno deberá estar oportuna y permanentemente informado sobre la acción que organismos nacionales, sean instituciones privadas, universidades, o del Sector Público, estén desarrollando en materia de Planificación Familiar, especialmente si trabajan en convenio con organismos o instituciones internacionales.⁹²

Aduciendo razones de seguridad nacional, el régimen militar, dignificó y sobre dimensionó a la mujer, por su condición de madre.

A objeto de fomentar la natalidad, puso la sexualidad al servicio de la procreación, sin detenerse a examinar los derechos reproductivos de las mujeres, ni comprender que una familia numerosa ocasionaba gastos difíciles de solventar.

Se estableció que los programas de educación sexual debían poner el énfasis en la paternidad responsable y no en la “irresponsable solución que significa regular la fecundidad con métodos abortivos”.

Esa concepción, retrógrada y bastante singular, del rol de la mujer en la sociedad, podemos observarla en las siguientes líneas:

“A la mujer corresponde en la vida, por valores que son propios de su naturaleza, desde la primera misión y la más humilde, al lado del recién nacido, servir en misiones humildísimas, porque son misiones físicas.

Al hombre, a su vez, le corresponde ser la serenidad de la familia, y asumir la responsabilidad sobre su mujer e hijos.

...el hogar es como un Chile pequeño...La patria nace en la familia...Se debe unir los conceptos de hogar y patria, identificando a la mujer dentro de su hogar, en su servicio a Chile, y de esa manera dignificar las funciones femeninas...la espiritualidad de esa misión está en el hecho de servir, en la humilde función de la cocina, de la mujer que muda los pañales del niño”⁹³

En los hechos, no se hizo nunca educación sexual y cuando se entregó información reproductiva, se entendió además que tales prácticas debían realizarse dentro de los márgenes del matrimonio.

Frente a los desafíos del desarrollo económico y social, el gobierno militar priorizó a la economía por sobre la ampliación de la infraestructura de apoyo comunitario y social.

Hizo numerosos intentos por terminar con los programas de paternidad responsable,

⁹² Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

⁹³ Pinochet, Augusto, citado en: “La Mujer y el gobierno militar”, Mujer/Fempress, N° especial: La maternidad.1991. Santiago de Chile. 16p

sin lograr suprimirlos, dado el grado de concientización, acerca de la necesidad de los mismos, por parte de la población.

Con este fin, el régimen militar desestimó el uso de anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos, al tiempo que prohibió la esterilización por influencia demócrata cristiana y de la Iglesia Católica.⁹⁴

Se propuso barrer precisamente con aquellos métodos recomendados por el Servicio Nacional de Salud en épocas precedentes, dado su comprobado grado de eficacia.

Como no fue logrado dicho propósito, el gobierno militar se planteó entonces como objetivo, poner trabas, cada vez mayores, para impedir el acceso de la población a los métodos anticonceptivos.

Así, por ejemplo, la falta de recursos destinados a la causa de la paternidad responsable determinaron un déficit de médicos y matronas, junto a la reducción de la jornada laboral de los mismos.⁹⁵

A ello se sumó la tesis del 2 por 1, creada por el Ministro Hernán Büchi, que se tradujo en que cuando renunciaba un profesional de los servicios estatales de salud su cargo se eliminaba, sin que fuera reemplazado.⁹⁶

Por otra parte, si bien no hubo disposición alguna que prohibiera la entrega de anticonceptivos a mujeres adolescentes, en los hechos, el modelo cultural prevaleciente dificultó a las nulíparas⁹⁷ la exigencia de los mismos.

Pocas mujeres se atrevieron a demandar la entrega de anticonceptivos como un derecho legítimo, dado que, para tal propósito, debían subir el tono de sus voces en los consultorios públicos, con las consecuencias que dicha actitud significaba en los tiempos del régimen militar⁹⁸.

La mayoría optó, entonces, por comprarlos en farmacias, o, por falta de orientación, recursos y asistencialidad, recurrir al aborto como método de control o planificación.

Al mismo tiempo, la miseria extrema a que condujo el régimen militar produjo un hecho extraordinariamente negativo, esto fue, que la alimentación complementaria, entregada por ley, se constituyera en el único alimento consumido por el niño pequeño, al tiempo que se incrementaban los niveles de desnutrición, incluso en adultos.

De esta forma y tal como claramente se expresa en esta frase, el gobierno militar del Presidente Pinochet “.....además de quitar a la población la libertad de elegir a sus gobernantes.....pretendió quitar a las parejas, en función de necesidades de la patria, la

⁹⁴ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 126p

⁹⁵ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 128p

⁹⁶ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 128p

⁹⁷ Mujer que no a parido anteriormente.

⁹⁸ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 130p

libertad de planificar su familia”⁹⁹

Así, en la práctica, el régimen militar, con la política impulsada, dejó sola a la mujer:

Se despreocupó del problema del aborto, que según las cifras más discretas ascendería a 150.000¹⁰⁰ casos por año, constituyendo la principal causa de mortalidad materna en nuestro país.

Elo lo transformaba en uno de los problemas más graves de la salud en Chile, lo que afectó principalmente a las mujeres de sectores populares. Diversos profesionales de la salud y especialistas en ciencias sociales reconocen desde hace muchos años las consecuencias adversas de los abortos clandestinos hechos en condiciones inseguras, tanto para las mujeres como para la sociedad en general.¹⁰¹ Entre tales consecuencias figuran la muerte de la mujer por el uso de procedimientos peligrosos, graves secuelas físicas a largo plazo para la salud de la mujer, como frecuentes problemas ginecológicos e infertilidad, asociado a los costos que implica para la comunidad el uso de escasos recursos médicos en el tratamiento de mujeres hospitalizadas por complicaciones ocasionadas por abortos.

Distinto fue el caso de las mujeres de clase acomodada, quienes estuvieron en condiciones de pagar un aborto con garantía de higiene y anonimato. Así:

-Durante el gobierno militar, se autorizó el retiro de dispositivos intrauterinos, sin consulta previa a las usuarias.

-Se ordenó el retiro, desde los Servicios de Salud, de los afiches que informaban sobre materias anticonceptivas,.

-Se desorientó a la juventud con un discurso que, en materia sexual, fue hipócrita y anacrónico.

-Se desestimó la investigación sobre anticonceptivos.

-Obligó a los organismos de salud a autofinanciarse, resintiendo la cantidad y calidad de las atenciones brindadas a la población.

No conforme con ello, el gobierno fiscalizó a instituciones de derecho privado de reconocido prestigio tales como APROFA, asociación a la cual la Ministra de Justicia de la época, Sra. Mónica Madariaga, amenazó con quitar su personalidad jurídica en virtud de las acciones emprendidas en pro de la paternidad responsable.¹⁰² Sin embargo, tal situación no llegó a concretarse y la institución continuó prestando servicios durante todo el gobierno militar.

Otro singular dato que puede aportarse es que resulta verdaderamente paradójico

⁹⁹ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 130p

¹⁰⁰ The Alan Guttmacher Institute. 1994. Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana. Nueva York. The Alan Guttmacher Institute. 24p

¹⁰¹ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 131p

¹⁰² Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 131p

que esta nueva política, impulsada por dicho gobierno, se haya impuesto precisamente el año 1979, año internacional del niño.

Que mientras casi todos los gobiernos del mundo se comprometían a brindar atención preferente a la infancia, dentro de sus planes de desarrollo económico y social, el Estado chileno destinara cada vez menos recursos a la atención de la madre y el niño, trayendo consigo un aumento de la muertes por abortos sépticos, y una disminución en la oferta de anticonceptivos, concebidos precisamente, para evitar que vinieran al mundo hijos no deseados.

Tal situación se tornó doblemente cruel si pensamos que la política afectó a los sectores de escasos recursos, usuarios del Servicio Nacional de Salud y no a la población de mayores ingresos, con mejores posibilidades de obtener los medios, la información y los cuidados para regular su fecundidad.

Se pretendió, en definitiva, crecer hacia abajo, privilegiando la cantidad de habitantes por sobre la calidad de vida de la población.

Se perdió de vista la necesidad de contar con educación, alimento, salud y vivienda para todos esos nuevos niños, desconociendo que aumentar la natalidad en Chile traería como consecuencia el nacimiento de más chilenos en precarias condiciones de vida y salud y, a la luz de los principios que cruzaban la política de ODEPLAN, difícilmente éstos podrían contribuir a velar por la seguridad nacional o a aumentar el desarrollo económico de la nación.

En plena vigencia del año internacional del niño, el gobierno militar olvidó que el niño no deseado, era un niño infeliz, corrientemente sometido a condiciones de pobreza, hambre, privación afectiva y falta de cuidados, todo lo cual conspiraba contra sus derechos más esenciales.

En los hechos, ni el autoritarismo del gobierno militar, ni la prédica moral de la Iglesia Católica, cada vez más distante de los problemas reales de la población, pudieron impedir la práctica del aborto clandestino, ni su carácter de lucrativo negocio puesto al servicio de las mujeres acomodadas principalmente. Ello motivó que la probabilidad de sobrevida y las complicaciones relacionadas con el aborto no fueran la misma para todas las mujeres.

En el caso del embarazo de alto riesgo ¹⁰³, las mujeres de mayores recursos tuvieron acceso a atención médica especializada y a un aborto terapéutico aséptico, con garantía de anonimato y practicado en clínicas privadas o en el extranjero donde en muchos lugares es legal.

En el caso de las mujeres de escasos recursos, la realidad era muy distinta, ya que éstas se exponían a la muerte o a sufrir graves deterioros en su salud física y psíquica, sin contar, con que si asistían a algún Hospital Público o Consultorio dependiente del Servicio Nacional de Salud, los profesionales de dichos establecimientos se veían en la obligación legal de denunciar a aquellas mujeres por el delito de aborto, como lo contempla nuestro actual Código Penal Título VII, párrafo I artículos 342 y siguientes.

¹⁰³ Aquellos embarazos con mayores posibilidades de muerte o enfermedad durante la gestación o al momento del parto.

Lejos estaban los días en que la salud era considerada uno de los bienes esenciales del hombre, motivo por el cual todas las personas tenían derecho a su acceso, por encima de cualquier limitación imaginable.

Durante el gobierno militar y organizada en departamentos de actividades médicas y clínicas, de adiestramiento, educación e información, APROFA continuó desarrollando la fructífera labor de años anteriores, manteniendo relaciones con las universidades formadoras de profesionales de la salud y con organizaciones comunitarias de diverso tipo.

El departamento de actividades médicas y clínicas, se propuso asegurar el acceso de los sectores medios y bajos a los servicios de salud materna y perinatal normados por el Ministerio de Salud. Pero no sólo le preocupó extender tales servicios a los sectores que aún no tenían acceso a ellos, sino, además, garantizar la calidad, eficiencia y continuidad de los mismos. Tal departamento, además de suministrar el 100 % de los anticonceptivos a la usuarias atendidas por el Servicio Nacional de Salud, suscribió convenios con las universidades para que en sus consultorios se atendiera a las pacientes adolescentes que lo requiriesen, al tiempo que brindó apoyo a más de 76 instituciones, tanto públicas como privadas.¹⁰⁴

El departamento de adiestramiento, por su parte, estuvo orientado al propósito de mejorar la calidad de la atención en salud de la mujer y la Planificación Familiar, mediante el adiestramiento de las profesionales que trabajaban en dichos programas, a través de cursos de reconocido prestigio.

Tal departamento se propuso, asimismo, como tarea, la de incluir a la planificación familiar en la formación de pre-grado de los profesionales de la salud, misión que el departamento de educación e información intentó hacer extensiva a las carreras de educación.

Por otra parte, el traspaso de consultorios de atención primaria de salud desde el Ministerio del ramo a las Municipalidades en muchas regiones del país, produjo una nueva demanda de adiestramiento y educación para poder mantener y ampliar las acciones de Planificación Familiar que se realizaban en ellas.¹⁰⁵

De enorme trascendencia fue la labor desarrollada por el departamento de Educación e Información, encargado de formar en el niño y el adolescente un comportamiento deseable en relación a la vida familiar y a la sexualidad, dirigiendo sus acciones a los profesionales del sector educación, a la familia chilena, a organizaciones comunitarias y laborales, entre las que se cuentan CONIN, Cruz Roja, CEMA y el Colegio de Profesores.

Llama la atención que este departamento no suscribiera convenios con el Ministerio de Educación, como lo hicieron los otros con el Ministerio de Salud, hecho que,

¹⁰⁴ Jiles Moreno Ximena 1992 De la Miel a los Implantes Santiago de Chile. CORSAPS 131p

¹⁰⁵ Entrevista realizada por tesista al Dr. Ricardo Aníbal Vásquez Meriot, Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sub-jefe de Servicio del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau S.S.M.S, con fecha 19 de Junio de 2002

posiblemente, habría contribuido a diversificar sus logros a nivel nacional.

APROFA elaboró material adicional como rotafolios, diapositivas y folletos, relativos a la planificación familiar, el embarazo adolescente y la fisiología de la reproducción humana, entre otros muchos temas de interés.

Así, como lo señala Erica Taucher:

“El gran descenso que experimentó la fecundidad desde que se dio acceso oficial a la anticoncepción de mujeres que antes no tenían otro recurso que el aborto inducido para limitar el número de hijos, o tenerlos con el espaciamiento deseado, indica que la población estaba preparada y ansiosa de disponer de los medios para evitar embarazos no deseados. Esto se relaciona, entre otros factores, con el alto nivel de instrucción de las mujeres y con la gran proporción de población residente en áreas urbanas en Chile, si se le compara con otros países en vías de desarrollo.

La reducción de las hospitalizaciones por aborto inducido, de 28,7 por mil mujeres en edad fértil en 1964, a 11,3 por mil en 1984, de la mortalidad por esa misma causa de 4,4 por 10.000 mujeres en edad fértil a 0,3 por mil, entre los mismos años, y de la mortalidad materna en general, de 28,6 por 10.000 nacidos vivos a 3,6 por 10.000 en igual lapso, permiten corroborar el éxito del programa pese a los deseos del régimen militar.

Por otra parte,...el hecho de que en mujeres con alta paridez de edades de 35 o más años y en mujeres de bajo nivel de instrucción disminuyera la proporción de nacimientos, implica que hay una mayor proporción de mujeres que tienen sus hijos en condiciones más favorables a su salud.....los mismos cambios de estructura de los nacidos vivos, representan una disminución de nacimientos más expuestos al riesgo de mortalidad infantil. La contribución de tales cambios a la reducción de la tasa de mortalidad infantil entre 1972 y 1982, se estimó en 30 por ciento.

También hay indicios de una adaptación de la conducta reproductiva a las contingencias económicas, dado que se encontró una lata correlación entre la evolución de los indicadores de fecundidad y la de los indicadores económicos. Esto revelaría además que se está practicando una paternidad responsable, lo que sólo es posible cuando la población ha alcanzado un nivel cultural suficiente y cuando tiene libre acceso a métodos anticonceptivos.”¹⁰⁶

Sin embargo, es necesario aclarar que el programa de planificación familiar en Chile iniciado en loa años 60 fue a tal punto masivo y eficiente que las variables representadas por la edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, situación campo-ciudad y actividad de las mujeres, como se ha señalado, prácticamente no influyeron en el comportamiento de la población como usuarias de anticonceptivos, la mayor parte de las cuales continuó recurriendo a los dispositivos intrauterinos, gestágenos y esterilización, obedeciendo las directrices señaladas en periodos anteriores por los distintos Servicio de Salud, por sobre los dictámenes del gobierno militar e inclusive de la iglesia.

Los efectos cuantificables de esta situación, fueron, curiosamente entre otros, la disminución de la tasa de crecimiento de la población. Tal cifra descendió de 2,5 % en

¹⁰⁶ Taucher, Erica. 1986. Fecundidad y Salud materno-infantil, Boletín APROFA. Santiago.Chile. APROFA. pp 41-42

1965, a 1,7 % en 1987. De ello resultó que la población chilena, que en 1965 requería de sólo 28 años para autoduplicarse, en 1987 requiriera de 41 para llevar a término igual tarea.

De este fenómeno fue principal responsable el descenso de natalidad que varió de 36,3 por mil, en 1965, a 22,3 por mil, en 1987, indicador en el cual el programa de paternidad responsable y sus anticonceptivos de alta eficacia jugaron un rol decisivo.¹⁰⁷

En cuanto a la variable educación, existe una relación muy estrecha entre los años de escolaridad de la madre y la fecundidad, especialmente en los primeros años de aplicación de los programas de planificación. No obstante, a partir de 1975 y especialmente en 1980, se aprecia una tendencia a la homogeneidad en las cifras, que le resta importancia a dicha variable, para atribuírsele los logros del programa, orientado preferentemente a las mujeres de estratos socioculturales bajos.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Viel, Benjamín y Campos, Waldo: Principales Índices Biodemográficos de Chile entre 1965 y 1987, Santiago, Chile. APROFA. 75p

¹⁰⁸ Ruedi, Nora, 1989. La transición de la fecundidad en Chile, 1950-1985, Agencia Canadiense para el desarrollo Internacional, Santiago., INE.CELADE. pp102-103

LA DÉCADA DE LOS 90 Y LOS NUEVOS TIEMPOS

El gobierno del Presidente Patricio Aylwin A. a través del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) y por medio del plan nacional de la infancia se propuso, para el lapso comprendido entre los años 1990-1998 los siguientes hitos:

-Reducir la mortalidad materna de 3,8 por diez mil nacidos vivos a 2,5 hacia fines del decenio

-Reducir la mortalidad infantil en un 25% en el decenio alcanzando en el 2000 una tasa de 11,5 por mil nacidos vivos

-Reducir el porcentaje de hospitalizaciones por aborto de 14,3 0/00n.v en 1990 a 11,2 0/00 para el año 2000

-Aumentar el porcentaje de cobertura profesional del parto a nivel nacional de 98,9 en 1990 a 99.5 en el año 2000

-Aumentar el número de embarazadas captadas por los servicio nacional de salud de 80% en 1990 a 90 % en el año 2000 ¹⁰⁹

Es así que Chile, en el período 1990-2000, redujo la mortalidad materna en 53,1%, con una tasa para el año 2000 de 18,7/100.000 nacidos vivos. Los factores más importantes fueron la atención profesional de casi la totalidad de los partos (99%), el

¹⁰⁹ MIDEPLAN [En línea] <http://www.mideplan.cl/estudios/estinf06.pdf> [Consulta: 01 de Mayo de 2004]

descenso de la natalidad (-14,8%) y de la mortalidad materna por aborto (-40%), hipertensión arterial (-42,3%) y sepsis puerperal (-91,8%). Sin embargo, no hubo reducción de la mortalidad materna por enfermedades pregestacionales.¹¹⁰

De los resultados obtenidos, se aprecia que el control del embarazo no deseado se cumplió plenamente en este período, ya que se registra una significativa reducción de las muertes maternas por aborto. Es así que en la actualidad esta causa de muerte tiene un peso marginal en la tasa global de mortalidad materna¹¹¹. Esto significa que actualmente las principales causas de muerte materna son las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y las enfermedades maternas pregestacionales, por lo tanto, la reducción del indicador radica en mejorar la calidad del control prenatal, de la atención del parto y del puerperio, y la planificación familiar en las mujeres con enfermedades crónicas.

Ahora bien, con respecto a la frecuencia de aborto provocado en Chile, sea en épocas anteriores o durante este período de tiempo, la cifra evidentemente se desconoce, pero una primera aproximación puede desprenderse de lo señalado por el doctor Mariano Requena, que en base a un cálculo estadístico estima 175 mil abortos procurados en 1997. Una visión más directa del problema es el análisis de la muerte materna por aborto en Chile, que demuestra una caída en los últimos nueve años de un 65,2%, llegando al año 1998 a una tasa de 2.9 por 100.000 nacidos vivos. Esta caída es el resultado de múltiples factores, entre los cuales puede señalarse la consulta precoz de las mujeres ante la presencia de complicaciones médicas, mejor tratamiento de éstas en los centros hospitalarios, la disminución de la tasa global de natalidad y la realización del aborto por métodos más inocuos¹¹²

Con todo, de vital importancia en el desarrollo de las políticas de planificación de la región y particularmente para Chile y su integración internacional, resulta la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, (CIPD), realizada en El Cairo en el año 1994.

Dicha conferencia rompió los esquemas imperantes sobre población y desarrollo de épocas pasadas.

En oposición a enfoques demográficos anteriores, abordó el tema en estrecha vinculación con el desarrollo humano, con la condición de las mujeres y su participación social en la sociedad, con la salud integral de las personas y el bienestar individual y colectivo y, sobre la base del respeto de los derechos humanos, en especial los derechos reproductivos. Esbozó el concepto de derechos sexuales, que se plasmaría en la Conferencia Mundial de la Mujer la que fue llevada a cabo en el año 1995 en la ciudad de Beijing.

¹¹⁰ Scientific Electronic Library on line [en línea] <http://www.scielo.cl/scielo.php> ? [consulta: 28 de Abril de 2004]

¹¹¹ Entrevista realizada por tesista al Dr. Ricardo Aníbal Vásquez Meriot, Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sub-jefe de Servicio del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau S.S.M.S, con fecha 19 de Junio de 2002

¹¹² Revista de Estudios Médico Humanísticos [en línea] < <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica6/Art07.html> > [consulta: 27 de Abril de 2004]

Allí se adoptaron acuerdos que, aunque no obligatorios para los 179 países que se sumaron al consenso, dentro de los cuales se encontró nuestro país, constituyeron un compromiso ético adoptado ante la comunidad internacional. Sin embargo, no todos las delegaciones fueron contestes con su contenido, encontrando oposición al desarrollo de este programa de acción (aprobado para 20 años), por parte de la delegación de la Santa Sede, e inclusive naciones musulmanas.

En la región, la CEPAL realizó una reunión en noviembre de 2003 en Trinidad Tobago para revisar el progreso de la implementación de la CIPD en el Caribe, de donde emanó una declaración oficial reafirmando el compromiso de los gobiernos de la región a los acuerdos adoptados en las reuniones señaladas.

En el año 2004, se analizará, una vez más, si el potencial de los acuerdos de la CIPD se ha transformado, en esta década, en una realidad favorable para la vida de las personas, tanto en lo que se refiere a su salud, como a las condiciones generales de vida, trabajo, educación, participación social y política, o si, por el contrario, dicho potencial no se ha concretado en avances sustantivos. Para ello, Naciones Unidas, a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), ha iniciado un análisis práctico de cada país en relación a las lecciones de la implementación, a través de una encuesta de campo.

Esta reflexión se vinculará con las metas de desarrollo del milenio, adoptadas por Naciones Unidas en el cambio de siglo, las que, sin embargo, no incluyeron cabalmente la salud y los derechos sexuales y reproductivos del grupo de riesgo.

Paralelamente a la revisión de los contextos nacionales y sus políticas públicas de planificación por parte de los gobiernos, la sociedad civil organizada también se ha hecho cargo de ejercer vigilancia ciudadana. La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, con apoyo del FNUAP, comenzó en 1996 un Proyecto de Monitoreo de la Implementación del Programa de Acción de la CIPD por parte de los gobiernos de siete países de la región, a través de indicadores elaborados con perspectiva de género, a partir de los cuales se examinaron ejes temáticos prioritarios.

En general, las experiencias evaluativas de los países y en el ámbito internacional permiten apreciar que los embates fundamentalistas continúan siendo fuertes en la mayor parte de las regiones, y se oponen a temas que son cruciales en el Programa de Acción de El Cairo, principalmente sobre los derechos sexuales y reproductivos.

De allí que diversas ONG nacionales e internacionales han programado reuniones relativas a este proceso, intentando construir una agenda conjunta para responder a estas fuerzas fundamentalistas y regresivas, e influir asimismo en las intervenciones de los gobiernos en las políticas a seguir en el futuro. Se destaca, por una parte, la convocatoria de Family Care International (FCI), IPPF, y Population Action International,(PAI).

Por su parte, las redes de mujeres de la región latinoamericana y caribeña se reunieron en el mes de agosto de 2003, en La Paz, Bolivia, con ocasión de los 20 años del Centro de Información y Derechos de la Mujer (CIDEM), donde se analizó la situación internacional de los derechos sexuales y reproductivos. Las redes participantes fueron, entre otras: Articulación Feminista Marcosur, Comité de América Latina y el Caribe para

la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM, Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, Campaña por la Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, Campaña contra los Fundamentalismos, Development Alternatives with Women for a New Era, DAWN, Red de Católicas por el Derecho a Decidir en América Latina, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.¹¹³

Es así que, a modo de resumen, puede señalarse que nuestro país ha reducido significativamente la tasa global de mortalidad materna en la década de los 90. Sin embargo, hubo un importante deterioro de la mortalidad materna en el año 1999. Este deterioro podría explicarse por un aumento de los nacimientos en mujeres de edad reproductiva de mayor riesgo obstétrico.

Con todo, las tendencias demográficas han dificultado el cumplimiento del compromiso internacional adquirido por Chile de bajar la tasa de mortalidad materna a menos de 20/100.000 nacidos vivos en el año 2000.

Es por ello que las estrategias futuras deberían estar orientadas a considerar a las mujeres de 40 o más años como un grupo de muy alto riesgo obstétrico, manteniendo una vigilancia epidemiológica permanente de las muertes maternas.

¹¹³ Revista de Estudios Médico Humanísticos [En línea] < <http://www.reddesalud.org/espanol/sitio/info.asp?Ob=1&Id=33> > [consulta: 28 de Abril de 2004]

UNA PROPUESTA

Ahora bien, tal como lo sugiere la descripción del desarrollo histórico de la planificación familiar en Chile, una meta de improbable alcance, sería la de lograr un acuerdo universal sobre las directrices de la planificación familiar en Chile, los métodos utilizados para su práctica y principalmente la despenalización del aborto en la legislación vigente en nuestro país, temas que generarán, en todo tipo de sociedades, sean desarrolladas o del tercer mundo, un alto grado de controversia, no sólo por la pluralidad de ideas que existen en torno a ellas, políticas o religiosas, sino también, porque algunos temas son profundamente difíciles de analizar, ya sea desde una perspectiva netamente científica, desde el análisis económico, o desde la ciencias sociales, dado el profundo contenido moral y ético que dichos temas conllevan.

Esta situación crea dilemas que dificultan las decisiones que deberán ser tomadas, tanto por los constructores de las políticas sociales que afectarán el desarrollo de una nación, como por los agentes de la salud.

Sin ir más lejos, aún personas que comparten un mismo bagaje cultural o cierto credo religioso se encuentran, muchas veces, en serias dificultades para contextualizar sus opiniones y llegar a algún grado de acuerdo sobre el tema en debate.

Tales desacuerdos pueden provenir de innumerables fuentes, por ejemplo:

1.- A partir del hecho que los estados privilegian distintas prioridades o principios que compiten entre sí, como sería el principio paternalista en contraposición al principio de la libertad individual.

Tal situación podría darse cuando el legislador, al disponer una determinada política social, decidiera restringir la variedad de métodos contraceptivos en base a la eficiencia, con la consecuente limitación en la libertad de elección de los usuarios de esos métodos.

De esa forma al contar con un mercado restringido de opciones, los usuarios, con el objeto de satisfacer esas necesidades, podrían buscar alternativas fuera del sistema generando, en el mediano plazo, infracciones a la norma en busca de opciones que le permitiesen autodeterminarse en forma libre.

2.- Si el Estado debe decidir entre intereses a corto o mediano plazo, en base a recursos económicos limitados, que podrían obligarlo a desarrollar un modelo de programa que será probablemente efectivo tan solo en el corto plazo, en lo concerniente a la reducción de embarazos no deseados, pero que en el mediano plazo afecten otras variables dentro de la sociedad civil, que en su conjunto alteren el programa global de ese gobierno y de su política de expansión o restricción de población en determinado tiempo.

3.- La primacía de cierto derecho por sobre otro, como por ejemplo, el derecho a la vida del que está por nacer, en contraposición a la autodeterminación de la mujer y su derecho a disponer de su cuerpo.

Es así, que el derecho a la vida, consagrado constitucionalmente, puede verse enfrentado al derecho de la mujer a su autodeterminación personal, bajo la premisa de negar un derecho fundamental e inherente a la persona de la mujer, como lo es la decisión de embarazarse, la cantidad de hijos que desee concebir, el lapso de tiempo entre el nacimiento de cada uno de ellos, o simplemente la decisión de no tenerlos.

4.- Las efectividad de los métodos en contraposición a criterios éticos de decisión.

De esta forma, establecer el éxito de un programa puede depender si éste es juzgado por su efectividad, como si se evalúa por su observancia a los criterios éticos coyunturales de un determinado país o región, tales como la satisfacción de los usuarios o la libertad de elección de éstos.

Por otro lado, la existencia de posiciones extremas, sin una visión que busque el beneficio de la sociedad civil como un todo, sesgada por ideologías apartadas de toda razonabilidad, podría causar problemas a la población de escasos recursos al anteponer criterios morales por sobre factores inherentes a un problema global presente o futuro de salud pública.

5.- Asimetrías en cuanto al acceso a los métodos de control, información y elección de éstos.

Esto, en razón que una política de planificación que prohíba cierto método de contracepción, pero que no otorgue alternativa a la usuaria de éste, la inducirá a buscar aquella solución que le signifique la satisfacción de su necesidad primaria, y siendo ésta la variable no embarazarse, aquellas que se encuentren en los grupos privilegiados de ingreso podrán “comprar” aquella solución que les sea más ventajosa, en contraposición a aquellas usuarias que por carencia de recursos buscarán no el método contraceptivo efectivo, sino el más barato o de más fácil acceso. Es así que la falta de servicios y personal médico, o el comportamiento de los profesionales de la salud y de sus agentes,

podrían recortar el acceso a métodos de control, especialmente para las mujeres de menores ingresos o socialmente privadas.

6.- Al tomar en cuenta, preferencialmente, la efectividad de los métodos.

Muy a menudo se establecen riesgos y beneficios cuando se evalúan programas y métodos de planificación familiar. Ello es posible de explorar examinando lo bueno y lo malo de cada método contraceptivo, ya sea para el usuario(a), como para el compañero(a) sexual.

La aplicación de un principio utilitarista resulta interesante. Su aplicación siempre implicará calcular las consecuencias benéficas y las perjudiciales de una acción o una práctica, y ese cálculo puede ser un desafío particular, en el caso de opciones para impedir nacimientos no deseados.

Para establecer tales variables, debe emplearse precisión e información actualizada sobre la materia como, asimismo, dicha información debe ser cuantificada y cualificada en forma correcta, focalizada al método contraceptivo a usar.

La aceptabilidad de cada método contraceptivo dependerá, entonces, de diversas variables, como serían, las consecuencias de su aplicación, su tasa de riesgo y beneficio aplicada a cada usuario en forma individual o, la aceptación que cada usuario logre respecto del método.

Sin embargo, es importante reconocer que casi todos los riesgos de la contracepción recaen sobre la mujer, y no así sobre su compañero, por lo cual resultaría interesante para políticas de planificación futura otorgarle a la mujer la prioridad en la decisión en cuanto a cual o qué tipo de método contraceptivo se ocupará o de que manera controlará su fertilidad.

Así, aplicando el principio de utilidad señalado a una situación particular, será necesario determinar cual acción o que política traerá aparejado el mayor bienestar para el mayor número de personas, en términos del óptimo de Pareto¹¹⁴. De esta forma es posible plantearse la siguiente pregunta:

¿Qué tipo de programa obtendrá una tasa de beneficio óptimo para el conjunto de la población?

Una primera posibilidad resultaría de la implementación de un programa que ofreciese sólo métodos modernos de contracepción, esto es, solo se ofrecería a la población aquellos que se tiene la certeza que son altamente efectivos, pero que presentan carencias con respecto a los efectos colaterales que dichos métodos producen.¹¹⁵

Una segunda posibilidad se presentaría al ofrecer una amplia gama de métodos contraceptivos, incluso aquellos que se creen menos efectivos, pero a

¹¹⁴ *Óptimo de Pareto*: señala que una situación es óptima cuando no se puede superar a alguien sin desmejorar a otro, el cual funciona en una realidad de mercado perfecto. El Óptimo de Pareto, es una situación de equilibrio que consiste en el mayor grado de eficacia alcanzado por un mercado. En tales condiciones los bienes y factores productivos tienden a gravitar en torno a su mejor y más eficiente uso posible.

su vez, ofrecer servicios complementarios de calidad.

Enfocando la atención en el primer caso, argumentaremos de la siguiente forma.

Como la meta es impedir los embarazos no deseados, el programa que ofrezca los medios más efectivos para la consecución de ese fin, será el mejor y el más deseable, desde una perspectiva utilitarista, sin importar los efectos colaterales negativos que dichos mecanismos produzcan, o, en estricto rigor, estando concientes que dichos métodos producirán en mayor o menor medida un efecto no deseado.

Siguiendo esta premisa, sería imposible, en países carentes de recursos, el proporcionar un amplio rango de opciones contraceptivas, sin que dichos efectos colaterales aparezcan en determinado porcentaje de casos, por muy extenso que este sea; Por lo tanto, el proporcionar los métodos más efectivos para el control de la natalidad al mayor número de mujeres posibles, sería el programa claramente más deseable .

Por otra parte, si quisiésemos argumentar a favor de la segunda opción planteada, esto es, ofrecer una amplia gama de métodos contraceptivos, incluso aquellos que se creen menos efectivos, diríamos que el hecho de dar mayor amplitud de opciones a las mujeres, adosando programas complementarios de apoyo de calidad, llevaría a aumentar la satisfacción del usuario y, como resultado, a un uso más efectivo de cualquiera que haya sido el método seleccionado.

Por lo tanto, al ofrecer más oportunidades de contracepción a las mujeres o las parejas, sumado a la posibilidad de cambiar de método a voluntad, reduciría el número de embarazos no deseados y consecuentemente promovería un beneficio superior a la comunidad de usuarios, reduciendo los efectos colaterales a niveles aceptables.

Plantear estas posibilidades como una hipotética estrategia a seguir a futuro nos lleva a reflexionar. Ambas aceptan en su seno el principio de utilidad, sin embargo, difieren acerca de las reales consecuencias que podrían derivarse de cada programa de planificación familiar, observando la variable “efectos colaterales o no deseados”

Así, al inclinarnos por el primer programa, decíamos, que el mayor bien se proporcionará si se ponen a disposición sólo los métodos contraceptivos altamente efectivos.

Inclinándose por el segundo programa, ahora, en ausencia de libertad de elección o de oportunidades para cambiarse de método, la promoción del método más efectivo, no tendrá la deseada consecuencia de reducción del embarazo no deseado y por otra parte podría tener efectos colaterales altos para un cierto porcentaje de mujeres.

Se plantea de esta manera una controversia entre la efectividad y una tercera variable a agregar, la ética de los programas de planificación familiar y sin duda, la viabilidad de tratar el tema del aborto dentro de las políticas de planificación familiar.

De esta manera, podría afirmarse que hipotéticamente el programa óptimo de planificación familiar sería aquel que es más efectivo en lo que apunta a conseguir, esto

¹¹⁵ Al referirnos a efectos colaterales no necesariamente se piensa en contraindicaciones médicas, sino, al grado de descontento o disconformidad que un determinado plan puede producir en ciertos sectores de la sociedad civil, sea por barreras culturales, religiosas o, por otro lado, simplemente respecto a redes de apoyo al o los métodos seleccionados

es, la reducción del mayor número de embarazos no deseados posibles.

Surgirá, ahora, un debate de difícil alcance, entorno a descifrar si el programa más óptimo es aquel que es más efectivo, llevándonos a pensar sobre la existencia de un potencial conflicto entre la utilidad y un principio de incalculable valor, la libertad individual. Este debate es necesario clarificarlo para continuar con el análisis sostenido.

Primero, debe distinguirse entre la efectividad de un método contraceptivo determinado y la efectividad de un programa de planificación familiar, en el cual aquel método es el único disponible, (o entre unos pocos métodos).

No es desafío demostrar que un método contraceptivo es eficaz. Sin embargo, dicha eficacia podría ser inaceptable para la sociedad civil por sus efectos colaterales o no deseados.

Un programa que sólo ofrezca ese método fallará en su efectividad, dada la tasa de incumplimiento derivada del efecto no deseado.

Es por esto que un programa de planificación familiar sólo será efectivo si logra ganar aceptabilidad entre los potenciales usuarios quienes en forma libre opten por dicho(s) método(s).

Es fácil también demostrar que lo que es más efectivo puede no ser consistente con lo que es éticamente correcto.

Es así que, casi siempre, es más efectivo coaccionar a un individuo con el objeto que realice una determinada acción, que convencerlo para que la realice. Pero existe una prohibición moral muy grande acerca de la coercitividad, sobre la base de que ella viola el principio de la libertad individual, ataca el derecho humano fundamental de la libertad y por supuesto, de la autodeterminación personal. Por lo tanto, aquello que es más efectivo, al menos, a veces, se opone a lo que es éticamente aceptable.

Es por esto que si solamente se juzga un programa de planificación familiar por su efectividad, sólo se podrá realizar un juicio acerca de su aceptabilidad ética. Sin embargo, si se juzga la aceptabilidad ética en términos más amplios, usando criterios adicionales, tales como, la contribución de un programa de beneficio de toda la nación o a una región determinada, su integración a programas de desarrollo económico y social y el respeto otorgado a los derechos y preferencias de la mujer, claramente resultará una evaluación diferente.

Debido a ello y en nuestra opinión, restringir la disponibilidad de métodos particulares de planificación familiar, impone limitaciones a la libertad de elección y así se compromete el principio de la libertad individual y la autodeterminación personal.

A su turno, las opciones tomadas para una determinada política, podrían enfatizar la efectividad del método o su eficacia, por sobre otros factores de interés. Pensemos en un ejemplo para graficar aquello: Una droga que impida el embarazo por tres meses.

Estudios la consideran 100% efectiva. La autoridad decide que a raíz de su conveniencia y, a su criterio, con efectos colaterales menores, se considera una alternativa para la anticoncepción y el control de la natalidad. Sin embargo, ciertos grupos de presión, sostienen que dicha droga podría provocar efectos colaterales significativos,

que traerían aparejados costos de transacción altos y pérdida de bienestar para los usuarios.

Este ejemplo, con todo, nos introduce en el problema de la relatividad implicada en los riesgos y beneficios establecidos.

Dependiendo de las características de quienes los administran, del sistema de nacimientos, de los rasgos culturales y demográficos de la nación o de una región particular, algunas políticas que fomenten, por ejemplo, la entrega de píldoras anticonceptivas, tendrán mejor tasa de riesgo-beneficio que otras. Los riesgos incluyen no solo riesgos psicológicos y médicos, sino también, el riesgo de no tener métodos efectivos a disposición. Por tanto, el uso de un principio ético-utilitario, probablemente lleve a distintos resultados, en distintos momentos y en distintos lugares.

Otra consideración que demuestra esta variabilidad en las consecuencias, es el hecho de que no hay un solo método contraceptivo apropiado para todos los usuarios. Hay que tener en cuenta los momentos reproductivos en que se encuentre la mujer. Así, consideramos de importancia tres fases diferentes en la vida reproductiva de la mujer, en orden a seleccionar el método más apropiado para evitar el embarazo no deseado:

- a) Cuando desea tener a sus hijos
- b) Cuando está interesada en espaciar los nacimientos de éstos y
- c) Cuando ha alcanzado el tamaño familiar deseado.¹¹⁶

Distintos métodos contraceptivos tendrán tasas de riesgo-beneficio variables dependiendo de la etapa en que se encuentren las usuarias de su vida reproductiva.

Ahora bien, se plantean las siguiente interrogantes ¿cómo determinar que método usar teniendo en cuenta el mayor bien para el mayor número de personas? ¿Debe juzgarse el bien para la sociedad como un todo, usando como escalas las que consideren objetivas las esferas de poder o los grupos económicos más influyentes? ¿El mayor bien debe ser juzgado por naciones donantes de recursos y por organizaciones que producen programas de planificación familiar? ¿La escala para medir el mayor bien debería ser subjetiva, esto es, la felicidad y el bienestar de las personas como ellas mismas lo perciban u objetiva enfocándose solamente en la efectividad del método?

Como ejemplo de gobernantes que decidieron lo que es mejor para la nación

como un todo, consideremos dos propuestas implementadas en las pasadas décadas.

Primera situación, la preocupación acerca de las bajas tasas de nacimiento en algunos países de Europa del Este, llevó a establecer una legislación más restrictiva sobre el aborto.¹¹⁷

En otro caso, la legislación establecida en 1979 por la República Popular China, alentaba el acceso al aborto como medio para implementar una política de un niño por

¹¹⁶ Las mujeres o parejas que han decidido que no desean tener hijos, caen en la tercera categoría.

¹¹⁷ Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia 1989. Santiago de Chile. 3. 7p

pareja.

En ambas instancias, es posible que las personas de esos países hubiesen llegado a distintas conclusiones, basados en lo que ellos creyesen que contribuiría mejor a su felicidad y bienestar.

Ahora bien, si se juzga el mayor bien para el mayor número de personas mirando las preferencias subjetivas de los individuos de una sociedad, el resultado puede ser bastante diferente a lo que establece un gobernante o un grupo influyente, como interés para la sociedad toda.

Sin duda, es una idea absoluta, que todas las personas, dentro de nuestra sociedad, merecen igual acceso a los bienes y servicios que llenan las necesidades humanas básicas. Así, un país puede tener leyes liberales en torno a sus métodos de planificación familiar y control de la natalidad, pero si el gobierno no proporciona asistencia financiera a aquellas mujeres de escasos recursos que busquen, por ejemplo, abortar, el derecho fundamental, legalmente garantizado en este caso, a optar por este servicio, se vacía de contenido.

Este ejemplo puede servir de recordatorio, en el sentido de que los derechos presuponen obligaciones por parte de los gobiernos; Obligación de actuar por caminos que permitan que aquellos derechos puedan ser llevados a la práctica.

En este caso, cuando los servicios de salud están disponibles sólo para aquellos que pueden costear la intervención referida, se estaría violando un principio de justicia.

Aún más problemático, desde esta perspectiva, serían aquellas posturas parlamentarias que denegaran asistencia gubernamental a aquellos programas que fomenten la divulgación pública, como política de estado, de información acerca de cualesquier método de contracepción.

Si solo algunas mujeres tienen acceso a esta necesaria información, dejando a la gran masa desinformada, entonces este gran segmento de la población seguramente carecerá de acceso a servicios que están a disposición de aquellas mujeres que han sido mejor educadas o están financieramente en una situación de privilegio frente a aquellas.

Por las razones citadas es que nos parece de vital importancia que el planificador tenga la capacidad de abstraerse de sus variables internas y aplique un criterio basado exclusivamente en el grupo de riesgo al cual se aplicará una cierta política, con el objeto que tenga en cuenta, al momento de decidir el sistema a aplicar, aquel que sustente el mayor beneficio al mayor número de usuarios que se vean directamente afectados por la política implementada.

CONCLUSIONES

Los programas de planificación familiar y los anticonceptivos modernos permiten a millones de parejas y personas en todo el mundo planificar el número de sus hijos, el espaciamiento entre sus nacimientos o, directamente, evitar embarazos. Hoy en día casi el 60 por ciento de las parejas utiliza algún tipo de anticoncepción y más del 50 por ciento utiliza métodos modernos, acercándose al uso por parte del 70 por ciento que los demógrafos denominan una sociedad con buen uso anticonceptivo.

Avances en el diseño y la provisión de servicios de planificación familiar han contribuido a aumentar el uso de métodos anticonceptivos. Los administradores de salud han analizado su propia experiencia y han llevado a cabo una investigación operativa con el fin de mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de planificación familiar especialmente teniendo en cuenta a la comunidad de menores recursos. No obstante, se enfrentan al desafío de alcanzar objetivos múltiples, a veces en conflicto, con recursos muy limitados.

Por una parte, los programas de planificación familiar deben tratar de satisfacer las necesidades de cada usuario ofreciendo de manera sistemática una atención de buena calidad.

Por otra parte, los programas aspiran a llegar a tantas personas como sea posible, idealmente haciendo que los servicios estén disponibles para toda la población, tanto geográfica como económicamente, incluidos los más pobres y quienes viven en áreas más aisladas.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (CIPD) transformó la agenda de iniciativas internacionales sobre planificación familiar. El consenso alcanzado en el Cairo dio énfasis a los derechos humanos por sobre las metas nacionales de desarrollo y población, redefinió la planificación familiar como un elemento de servicios de salud reproductiva integral, contempló la salud dentro de un contexto social más amplio y reconoció la importancia de la equidad y del “empoderamiento” de las mujeres.

Desde la conferencia del Cairo, los programas de planificación familiar han establecido nuevas metas, como por ejemplo:

Ofrecer una atención centrada en los usuarios.

Mejorar la calidad de la atención.

Integrar los servicios de planificación familiar con otros servicios de salud reproductiva y ;

Satisfacer las necesidades de los grupos especiales.

La puesta en práctica del ambicioso Programa de Acción de la CIPD ha significado un enorme desafío. El proceso de revisión CIPD descubrió que se había logrado un mayor progreso reformulando las políticas nacionales que transformando servicios durante los primeros cinco años siguientes a la conferencia del Cairo. Un problema es que los gobiernos y donantes no han cumplido sus compromisos financieros para apoyar la reforma. A veces, hace falta un mayor apoyo político para lograr el cambio. Además, los administradores han tenido dificultades para traducir las metas de la CIPD en programas de trabajo, especialmente debido a la falta de personal capacitado, las restricciones a nivel institucional y dificultades en coordinación. No obstante, los programas de planificación familiar en todo el mundo han comenzado a avanzar hacia el cumplimiento de las metas establecidas en el Cairo.

Los programas de planificación familiar han desarrollado innovadores enfoques para la provisión de servicios, a fin de que las mujeres y hombres que estén interesados en usar algún método de anticoncepción puedan encontrar fácilmente una fuente de información, asistencia sobre qué método adoptar, apoyo permanente para el uso de anticonceptivos y una fuente de reabastecimiento.

No obstante, un verdadero acceso requiere más que servicios en una buena ubicación. Los posibles usuarios de sistemas de planificación familiar podrían encontrar distintas barreras. Por ejemplo, el costo de transporte, servicios e insumos podría ser demasiado alto; podrían no saber dónde buscar servicios; o su temor a los efectos secundarios podría impedirles actuar. En algunos entornos, las condiciones del punto de provisión de servicios podrían provocar que esos usuarios desistan de acudir a los servicio.

Las barreras médicas innecesarias, tales como contraindicaciones obsoletas o requisitos de paridad, también pueden evitar que los clientes reciban el método anticonceptivo de su preferencia.

Otros obstáculos para los servicios de planificación familiar se encuentran arraigados en el contexto cultural y social. El temor a la desaprobación social podría desincentivar a

posibles usuarios a ocupar o no determinado método.

La baja condición educacional y económica de los usuarios suele constituir un problema. Si bien más de las dos terceras partes de los usuarios de planificación familiar en todo el mundo son mujeres ¹¹⁸, en muchas sociedades las mujeres no cuentan con la capacidad de tomar sus propias decisiones sobre que o cuales métodos ocupar.

El desempeño de los proveedores resultará fundamental para la calidad de la prestación de servicios que ofrecen los programas de planificación familiar. Su conocimiento y destrezas técnicas garantizan la seguridad de los usuarios al detectar contraindicaciones y al realizar procedimientos clínicos, mientras que sus habilidades en comunicación interpersonal ayudan a los usuarios a hacer elecciones informadas al elegir un método. No obstante, los proveedores no operan de manera independiente. Ellos se basan en una serie de sistemas de administración de insumos esenciales, equipamientos y apoyo. Por lo tanto, los esfuerzos por mejorar la calidad de atención ofrecida a clientes de planificación familiar deben ir más allá del proveedor y abarcar los siguientes sistemas de administración.

Sistemas logísticos que entreguen productos básicos anticonceptivos y otros insumos cuando y donde sean necesarios, y asegurarse que estén en buenas condiciones. Para los usuarios, esto se traducirá en una amplia variedad de insumos anticonceptivos disponibles para cuando ellos busquen servicios.

Sistemas de registro que entreguen registros médicos a los proveedores de modo que tengan acceso a su historia médica y puedan asegurar la continuidad en la atención.

Sistemas de capacitación que enseñen a los proveedores y a otros miembros del personal nuevas destrezas y fortalezca las existentes. La capacitación asegura que los conocimientos de los proveedores estén completos y sean exactos, y que sus prácticas sean seguras y actualizadas.

Sistemas de información, educación y comunicación que expediten el flujo de información a los usuarios produciendo material auxiliar para el trabajo, materiales educativos, campañas de comunicación masiva y actividades para movilizar a la comunidad.

Sistemas de supervisión que evalúen el desempeño de los miembros del personal e identifiquen las áreas que requieren atención

Sistemas de control y acreditación que permitan a los administradores e inspectores determinar qué proveedores e instalaciones cumplen con los estándares mínimos de atención.

Sistemas de gestión de información que recojan información precisa y confiable sobre la provisión de servicios para que los administradores puedan tomar decisiones basadas en datos y no en la intuición o en supuestos.

Sistemas de derivación que ofrezcan a los usuarios acceso a servicios que estén más allá de la capacidad de las instalaciones locales, como por ejemplo la esterilización.

¹¹⁸ Reproductive Health Outlook (RHO) [En línea] < http://www.rhoespanol.org/html/fpp_overview.html > [Consulta: 11 de Julio de 2004]

Sistemas de gestión financiera que ayuden a los administradores a tomar decisiones, desde una perspectiva económica, en forma óptima y eficiente, sobre cantidad de personal, estrategias para la provisión de servicios, variedad de servicios, prácticas de servicio, adquisiciones y otros.

Resulta fundamental para mejorar la calidad de la atención revisar y modificar las pautas de los programas implementados para reflejar la información científica más reciente y las mejores prácticas de gestión. Con el fin de actualizar los sistemas de gestión y la provisión de servicios sería interesante la adopción de enfoques de resolución de problemas por equipos asociados a la implementación de los programas.

Ayudar a los usuarios a realizar elecciones informadas debiese ser una de las metas importantes de cualquier programa de planificación familiar implementado. Los nuevos usuarios deben escoger el método anticonceptivo más adecuado entre una serie de opciones, mientras que los usuarios antiguos deben decidir si continúan usando su método actual, cambian de método o dejan de usar algún método de planificación familiar.

Con todo, el concepto de decisión informada tiene dos esferas. En primer lugar, los usuarios tienen derecho a tomar sus propias decisiones y, en segundo lugar, requieren información y consejos por parte de expertos con el fin de tomar una buena decisión.

Las elecciones informadas suponen grandes exigencias a las destrezas de comunicación interpersonal de los proveedores. Los proveedores deben explicar las opciones disponibles a los usuarios y ayudarles a sopesar las ventajas y las desventajas sin tomar las decisiones por ellos. Idealmente, los proveedores ayudan a un determinado usuario a sentirse bien informado, tranquilo y cómodo con su decisión, de modo que éstos puedan sobrellevar los efectos secundarios u otros contratiempos gozando un mayor éxito en sus métodos de control.

No obstante, el proceso de decisión informada no se limita a un consejo por parte de quien entrega algún sistema de control. Antes de ver a un proveedor, la mayoría de los usuarios, por regla general, han recibido información de otras fuentes, incluidos parientes, amigos, programas de radio y televisión, afiches e informativos. De hecho, muchos de ellos ya han decidido qué método quieren usar antes de llegar al centro de atención.

Una adecuada implementación de una política de planificación familiar debe contribuir a las elecciones informadas al estimular la discusión de los beneficios de la planificación familiar, difundiendo información precisa sobre los métodos anticonceptivos al público en general, fomentando que las parejas discutan sus intenciones reproductivas y proveyendo material de ayuda para el trabajo y materiales educativos para complementar las explicaciones de los proveedores.

¿ EL ABORTO COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN SÍ MISMO?

La vida humana es un valor que goza indiscutiblemente de protección constitucional y legal en forma universal. Sin embargo, las personas que se oponen a la liberalización de las leyes de aborto generalmente argumentan que no se requiere ser persona humana, con la connotación jurídica que ello implica, para tener derecho a la protección de la vida, vida que se encuentra asegurada por nuestra Carta Fundamental, en el

artículo 19 N° 1 inciso 1° , como asimismo la vida del que está por nacer, protegida en el inciso 2° del mismo artículo, olvidando, éstos, que hoy en día, se habla del derecho fundamental a la vida y por lo tanto, sólo sería titular del derecho la persona humana nacida, es decir, aquel sujeto susceptible de ejercer derechos y contraer obligaciones.

Bajo esa premisa no se pueden atribuir derechos fundamentales a quien no ostenta titularidad jurídica para su goce y ejercicio.

El reconocimiento de la titularidad de derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la vida, al *nasciturus*, presupone que el Estado puede restringir o limitar los derechos fundamentales de las personas mediante la creación de nuevos sujetos de derecho.

Ahora bien, la Constitución Política de la República de 1980 en el artículo 19 N°1 no alude de ninguna manera a la concepción o la protección constitucional de la vida desde la concepción. La historia fidedigna de la redacción de este numeral demuestra que los comisionados no desearon definir la concepción o establecer el inicio de la protección constitucional. Al efecto, el presidente de la Comisión don Enrique Ortúzar se preguntó si era posible garantizar el derecho a la vida del que está por nacer, “□ porque ¿en qué momento comienza el derecho a la vida del hijo que está por nacer? ¿Al día siguiente de la relación sexual, al día subsiguiente, a los diez días?, se pregunta el señor Ortúzar. Desde luego, entonces, se trata, por lo menos en cuanto a la determinación de su inicio, de un derecho relativo. Probablemente después de un mes, cuando haya un germen o un feto, pues es probable que a los pocos días aún no exista”¹¹⁹

Igualmente los Comisionados no establecieron, en nuestra Carta Fundamental, un derecho constitucional al “que está por nacer”, entregando su protección a la ley, repitiendo la norma del artículo 75 del Código Civil. La Constitución asegura el derecho a la vida de todas las personas, y se entiende que hay existencia legal de la persona desde cuando se nace, independiente de los derechos eventuales. El propósito de la Comisión Ortúzar fue dejar al legislador márgenes de acción discrecionales sobre las formas de protección del *nasciturus*, y en particular de la regulación del aborto en Chile.¹²⁰

De ello se desprenden dos importantes consecuencias: a) La Constitución no establece la concepción como el inicio de la vida humana, y b) no concede un derecho subjetivo a la vida del que está por nacer.

No existe una equivalencia semántica entre el verbo rector proteger y prohibir. A modo de símil, la protección de un bien, como la propiedad, no significa que ésta sea intocable. El mandato de protección al que está llamada la ley implica gradualidad, pudiendo existir algunas formas de protección más extensas o más o menos eficaces que otras.

A su turno la Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica, en su artículo 4 N° 1 estipula una protección en general al derecho a la vida y prohíbe su privación arbitraria.

¹¹⁹ Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, Vol. 3, Garantías Constitucionales, Sesión 87ª del 14 de noviembre de 1974, Santiago de Chile.

¹²⁰ Recurso de Protección intentado por APROFA, Rol de Ingreso N° 850-2001 de la Ilustrísima Corte de Apelaciones de Santiago.

Una correcta interpretación de la norma lleva a concluir que, en principio, el derecho internacional protege la vida desde la concepción, pero permite, frente a determinadas circunstancias especiales, la no penalización de la conducta, en atención, también, a la vida de la madre y su dignidad.

Quienes se oponen incondicionalmente al aborto estiman que la vida humana es intrínsecamente valiosa y por lo tanto para ellos resulta inaceptable, moral y jurídicamente, poner término a una vida ya iniciada.

Aunque algunas vertientes del pensamiento comparten la idea de que la vida es un bien sagrado, no existe unanimidad en lo que atañe a su protección frente a ciertas circunstancias. No extienden su protección hasta el grado de exigir el sacrificio de otros valores igualmente esenciales, como pueden ser la vida, la salud, la autodeterminación personal de la mujer, la libertad o la dignidad de la mujer embarazada.

El Estado está constitucionalmente legitimado para proteger el valor intrínseco de la vida humana, pero de ello no se desprende necesariamente que todas las personas deban aceptar restricciones desproporcionadas a sus derechos fundamentales.

Es indiscutible que el Estado puede exigir a sus integrantes que sean conscientes de la importancia moral de las decisiones sobre la vida y la muerte. Lo que no se puede es forzar a una persona a tomar una decisión determinada. Un Estado respetuoso de la libertad, en especial de las libertades de conciencia y de religión, no debe intervenir en defensa de una especial concepción de la vida, de forma que restrinja el derecho de las personas a adoptar sus propias decisiones morales

El derecho a la autonomía procreativa se desprende directamente del derecho de los padres a determinar el número de hijos que desean tener y el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Es por esto que la obligación de tener un hijo, mediante la penalización del aborto, impone una carga desproporcionada a la mujer. La intromisión estatal en la esfera de su personalidad, no sólo comporta el deber de soportar durante nueve meses un embarazo, muchas veces indeseado, sino, además, afecta la salud física y psíquica de la mujer, al imponerle la responsabilidad de criar y proteger al niño en condiciones económicas adversas o sin el estado psicológico apropiado.

Por otra parte, el embarazo y la maternidad inciden profundamente en la identidad de la mujer.¹²¹

Existe una poderosa creencia de que ser madre es natural y deseado y el renunciar a serlo supone una egoísta negación del instinto. No obstante, los estereotipos culturales han cambiado diametralmente, por lo que igualmente debe aceptarse que ella goza de un derecho de autodeterminación procreativa.

El Estado debe proteger la autonomía procreativa de la mujer embarazada y tomar las medidas necesarias para que sea efectiva, brindando apoyo a aquella que desee procrear, o poniendo al alcance de la reticente los medios científicos para impedir el

¹²¹ Entrevista realizada por tesista al Dr. Ricardo Aníbal Vásquez Meriot, Profesor adjunto del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sub-jefe de Servicio del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau S.S.M.S, con fecha 19 de Junio de 2002

riesgo que la práctica clandestina del aborto representa.

En un Estado respetuoso de los derechos fundamentales, la función del derecho debe ser acorde con el principio de la mínima injerencia en la vida de los asociados. A la luz de esta concepción, el derecho penal debe ser un código de requisitos mínimos y básicos, ultima ratio, necesarios para la convivencia social y no debe pretender agotar los criterios de lo que es moral y lo que carece de esa connotación.

Ahora bien, es sabido que la sociedad y el Estado obran con una doble moral, al ser complacientes y aceptar la impunidad del aborto, pero, a la vez, encubren esa actitud con una drástica y absoluta penalización formal de dicha conducta, a sabiendas de que en muchas oportunidades las mujeres se ven forzadas, por circunstancias insuperables, como, violaciones, incesto, malformaciones congénitas del feto o el peligro para la salud o la vida de la madre, a adoptar una determinada decisión.

Sin lugar a dudas, no es menos cierto que en el desarrollo de la planificación familiar ha influido notoriamente la coyuntura política expresada en el gobierno de turno de la época, pero, al mismo tiempo, es indudable que una de las variables que se han mantenido constante es la necesidad de prescindir del aborto como método de planificación familiar en sí mismo.

Para ello, hoy en día, se cuenta con la información necesaria, científica y tecnológica, como para brindar a la mujer, soltera o en pareja, los métodos adecuados para planificar responsablemente el nacimiento de sus hijos, sin la necesidad de recurrir al aborto como un método de control de la natalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Allende, Salvador. Discurso en acto inaugural de la Semana del Corazón, septiembre, 1971.
- Avendaño, Onofre. Desarrollo histórico de la Planificación Familiar en Chile y en el mundo. Editorial APROFA. Santiago. Chile. 1975.
- Boletín APROFA. Diciembre 1970, Noviembre 1971, Febrero; Julio 1972, Junio 1976, Enero-Febrero 1977.
- Caffarena, Elena. Un capítulo en la historia del feminismo. Editado por MEMCH. Santiago. Chile. 1992.
- Carta Encíclica Popolarun Progressio. Revista Católica. Santiago. Chile. Enero-Abril 1967.
- Conclusiones del Primer Congreso Nacional del MEMCH. Octubre-Noviembre 1937.
- DESAL. Mujeres en edad fértil (15-50 años) que vivían en poblaciones marginales en el gran Santiago en el año 1967. Encuesta de Fecundidad y Anticoncepción en Poblaciones marginales. Editorial Troquel. Buenos Aires. Argentina. 1970.
- Diccionario Manual Sopena, Enciclopédico e Ilustrado. Editorial Ramón Sopena S.A. Barcelona. España.
- Dietz, Tiena y Bechter Heidi. Trasfondos políticos de los programas de planificación familiar en América Latina. Biblioteca ISIS. Santiago. Chile. 1984.
- Entrevista realizada por el tesista al Dr. Ricardo Vásquez Meriot, Profesor Adjunto del

- Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Sub-jefe de Servicio del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau S.S.M.S. con fecha 19 de Junio de 2002
- E. Parker, G. Farías, G. Leal y E. Aguilera. Fecundidad y Planificación Familiar. Anales VIII Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología. Tomo II. 1980.
- FLACSO-CORSAPS. Situación de la Mujer en Chile. Santiago. Chile. Mayo.1991.
- INE. Boletines Demográficos años 1960-1989. Estimaciones APROFA. Cobertura: Usuaris activas en regulación/mujeres en edad fértil.
- Infante, Sergio. Bases de la Política de salud materno infantil del gobierno de Chile. Boletín APROFA. Julio. 1971.
- Macklin, Ruth. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia, 1989. Suplemento N° 3.
- Memoria APROFA. Historia de la Asociación 1987. Página 30.
- Ministerio de Salud. Resolución número 003. 1975.
- ODEPLAN. Política de población. 1978.
- Pinochet, Augusto. Citado en: La Mujer y el gobierno militar”, Mujer/Fempres, N° especial: La maternidad.
- Revista Médica de Chile. “25 años de Salud Pública en Chile” (1952-1977), Vol. 105 N°10. Santiago. Chile. Octubre de 1977.
- Revista Católica. Santiago. Chile. Enero-Abril 1967. 1968.
- Ruedi, Nora. La transición de la fecundidad en Chile. 1950-1985. INE, CELADE. Agencia Canadiense para el desarrollo Internacional. Santiago.
- Santa Cruz, Adriana. “A 25 años de la píldora”. Revista Visa, N°19 año II. Mayo 1989.
- Sulbrandt, J. y Ferrero, M. Ley y crecimiento poblacional: el caso chileno, CELADE, Santiago, Chile, 1974. Memoria APROFA. 1987.
- Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. XVI Congreso de Obstetricia y Ginecología, 1975. “Evaluación de 10 años de Planificación Familiar en Chile”.
- The Alan Guttmacher Institute. 1994 New York and Washington. Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana.
- Taucher, Erica. Fecundidad y Salud materno-infantil. Boletín APROFA. Santiago, Chile, Julio-Diciembre, 1986.
- Vargas, Sergio y otros. Encuesta de Fecundidad en Santiago. Universidad de Chile, Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Santiago. Chile. 1974.
- Viel, Benjamín. Boletín APROFA, 1990.
- Organización Mundial de la Salud < <http://www.who.int/es/> >
- Reproductive Health Outlook (RHO)
< http://www.rhoespanol.org/html/fp_program_issues.html >
- Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena
<http://www.memch.cl/marcos/guia_memch.html>
- Alfredo Silva Villarroel, 2003 < <http://www.agog.cl/juridica.htm> >

Revista de Estudios Médico Humanísticos

< <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica6/Art07.html> >

Revista de Estudios Médico Humanísticos

< <http://www.reddesalud.org/espanol/sitio/info.asp?Ob=1&Id=33> >

MIDEPLAN <<http://www.mideplan.cl/estudios/estinf06.pdf>>