



DISCURSOS MÉDICOS ACERCA DEL ABORTO PROVOCADO EN CHILE (1960-1970)*

*Liliana Mabel Reyes Rocha***

RESUMEN: El presente artículo identifica, describe y analiza los discursos médicos de la década de 1960 en Chile que versan sobre el aborto provocado ilegal, sus consecuencias en la salud de la mujer y en el sistema hospitalario. Se resaltan los elementos presentes en las representaciones acerca de la mujer que aborta y se enfatiza en la descripción que hace la comunidad médica sobre el contexto nacional para implementar programas de planificación familiar con cooperación internacional.

PALABRAS CLAVE: aborto provocado, planificación familiar, comunidad médica.

MEDICAL DISCOURSES ABOUT INDUCED ABORTION IN CHILE (1960-1970)

ABSTRACT: The present article, identifies, describes and analyzes the medical discourse of the decade of 1960 in Chile, and the subject of illegally induced abortions, the consequences for women's health and the hospital system. These elements are highlighted in the representation of the woman who aborts and is emphasized in the description that the

* Este trabajo de investigación ha sido realizado para el Seminario de Grado en Género y Sexualidad, Departamento de Sociología, Universidad Alberto Hurtado, parte del proyecto de investigación Fondecyt Regular 1131144/2013-2016 a cargo del profesor Jorge Pavés.

** Socióloga. Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile. Email: lireyesrocha@gmail.com

medical community make about the national context to implement family planning programs with international cooperation.

KEY WORDS: induced abortion-family planning-medical community.

Recibido: abril, 2015

Aceptado: enero 2017

Introducción

En Chile de los años 60 el discurso médico convirtió al aborto provocado en objeto de estudio e intervención. La presente investigación busca identificar, describir y analizar los discursos que expusieron profesionales de la salud respecto al *aborto provocado* en Chile entre 1960 y 1970¹ destacando los elementos presentes en la descripción y modo de intervención del aborto. Para ello fueron revisados artículos correspondientes al período mencionado disponibles en la *Revista Médica de Chile* y en la *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*².

¹ Se extiende la revisión de fuentes hasta el año 1973, debido a que hasta ese año se publicaron artículos relacionados con el aborto provocado en el período de la década de los 60.

² Los estudios que problematizan los discursos médicos y el aborto en la segunda mitad del siglo XX en Chile son escasos. Actualmente, las investigaciones vienen de la mano de la historiografía y la historia de las políticas sanitarias; los trabajos más relevantes son los realizados por Ximena Jiles y Claudia Rojas, *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, Santiago, Corsaps, 1992 y “Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile”, Santiago, Estudios Avanzados, 2009 respectivamente; y muy especialmente los trabajos dedicados desde la segunda mitad del siglo XIX hasta fines del siglo XX acerca de la aplicación de políticas sociales de María Angélica Illanes, *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia Social de la salud pública*, Santiago, Editado por el Colectivo de Atención Primaria, 1993 y *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*, Santiago, LOM Ediciones, 2006. También el trabajo de Jadwiga Pieper, “Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile”, En María Soledad Zárate, *Por la Salud del Cuerpo*, Santiago, Editorial Universidad Alberto Hurtado, 2012 donde también es posible encontrar la investigación realizada por Andrea del Campo Peirano sobre el discurso médico y el aborto, titulado “La nación en peligro: el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930”. Finalmente se encuentran las tesis de Paula Lara y Tamara Araya: *Usted y su esposo ahora pueden tener los hijos que deseen: Planificación Familiar en Chile 1965-1973*, Santiago, Editorial Universidad Alberto Hurtado, 2008 y *Epidemia de graves consecuencias. Debate médico-social especializado sobre aborto provocado en Santiago de Chile (1960-1970)*, Santiago, Editorial Universidad Alberto Hurtado, 2012, respectivamente. Mención al aborto en la década de 1960 en términos más generales y no tan dirigida hacia la opinión médica se puede encontrar en estudios como el de Lidia Casas, *Mujeres y reproducción. ¿Del control a la autonomía?*, Santiago, Centro de

Según Andrea del Campo, el aborto provocado en Chile se volvió un foco de atención médica desde 1930 a partir de un paulatino estudio de los ingresos hospitalarios por aborto en algunos hospitales de Santiago³. La autora relata cómo el debate médico se posicionó respecto al aborto tanto a favor como en contra y para ello se sirvió de una progresiva minuciosidad en el registro estadístico hospitalario. El momento culminante del período fue en una convención médica (1936) realizada en Valparaíso, donde un grupo de médicos recomendaron “legalizar el aborto y difundir métodos anticoncepcionales como política pública para afrontar el problema del ‘aborto criminal’”⁴. Dicha iniciativa no tendría efectiva aplicación sino hasta 1960⁵, cuando el cuerpo médico no solo comenzó a “sistematizar la información existente en la materia” de la anticoncepción, sino también cuando las ideas antinatalistas norteamericanas apoyaron económicamente la planificación familiar.

Durante la década de 1960, la comunidad médica chilena fue parte de la construcción, difusión e intervención en lo que se llamó la Alianza para el Progreso en América Latina; “dicha alianza adoptó en los hechos una política de población que aseguraba los intereses norteamericanos en la región”⁶, constituyéndose como un programa de desarrollo para la pacificación del continente que proporcionaba apoyo económico y técnico. La participación de la medicina fue decisiva para la producción de un conocimiento científico que legitimara la aplicación de políticas de regulación demográfica en el país. Uno de los objetos principales de estudio e intervención de la medicina en este contexto, fue el *aborto provocado*. El aborto se configuró en el discurso médico como una “epidemia nacional”⁷, como una enfermedad que debía ser

Investigaciones Jurídicas, Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales, 2004; el de Asunción Lavrín, *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940*, Santiago, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2005; en los estudios de Eugenio Tironi, Samuel Valenzuela y Timothy Scully en el libro *El eslabón perdido. Familia, modernización y bienestar en Chile*, Santiago, Editores Taurus, 2006; por último, una visión entre el aborto y el Estado en el trabajo de Mala Htun, *Sexo y Estado. Aborto, divorcio y familia bajo dictaduras y democracias en América Latina*, Santiago, Editorial Universidad Alberto Hurtado, 2010.

³ Del Campo Peirano, Andrea, “La nación en peligro: el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930”, En María Soledad Zárate, *Por la Salud del Cuerpo*, Santiago, Editorial Universidad Alberto Hurtado, 2012, pp. 131-188, p. 135.

⁴ *Ibidem*, p. 150.

⁵ Rojas Mira, Claudia, “Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile”, *Estudios Avanzados*, Santiago, 2009, pp. 7-27, p. 15.

⁶ Rojas Mira, 2009, op. cit., p. 9.

⁷ Araya Fuentes, Tamara, “*Epidemia de graves consecuencias*”. *Debate médico-social especializado sobre el aborto provocado*, en Santiago, Tesina para optar al grado de Licenciatura en Historia, Santiago, Universidad Alberto Hurtado, 2012.

curada, visión que la convirtió en el foco de aplicación de los programas de planificación familiar.

El diagnóstico

La magnitud del aborto

Entre 1960 y 1964, del total de mujeres que recurrían al aborto como medio de control de natalidad en el país, solo se tenía registro de aquellas que asistían a los servicios de salud por infección. El doctor Bejamín Viel, Director de la Escuela de Medicina en 1961 y profesor de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de Chile, comentó que

la estadística hospitalaria chilena, especialmente la de las grandes ciudades, ha evidenciado en los últimos 20 años un aumento progresivo de las hospitalizaciones por abortos incompletos cuya iniciación había sido provocada por la introducción de una sonda, un tallo de perejil o una ducha a presión, así como casos de abortos ejecutados con mala técnica en “clínicas” clandestinas que llegaban al hospital víctimas de severas infecciones⁸.

El aumento de los ingresos por abortos se volvió problemático en la medida en que aumentaban los recursos necesarios para la salud de la paciente. El aborto era responsable del 8,1% del total de ingresos a los hospitales, “determinaba el 35% de las intervenciones quirúrgicas; el 17,7% de las transfusiones y el 26,7% del total del volumen de sangre en los servicios de emergencia en Santiago”⁹. En 1961 se constataba que los abortos “tienen una enorme importancia social y condicionan un serio problema económico al Servicio Nacional de Salud por el elevado costo de la terapéutica y el número de días-cama que cada una de estas enfermas significa”¹⁰.

⁸ Viel, Benjamín, “Resultados del Programa de Planificación Familiar que se efectúa en el sector urbano del Área Occidente de la ciudad de Santiago”, *Rev Med Chile*, N° 9, Vol. 95, septiembre de 1967, pp. 542-550, p. 542. Véase también: Armijo, Ronaldo y Tagualda Monreal, “Evaluación del programa de prevención del aborto provocado en Santiago”, *Rev Med Chile*, N° 9, Vol. 96, septiembre de 1968, pp. 605-621, p. 605.

⁹ Armijo, Ronaldo y Tagualda Monreal, “El problema del aborto provocado en Chile”, *Rev Med Chile*, N° 6, Vol. 93, junio de 1965, pp. 357-362, p. 357.

¹⁰ Gazmuri, Oscar; Ventura Ubilla; Alejandro Ried y Adolfo Vivanco, “Septicemias estafilocócicas postaborto”, *Rev Med Chile*, N° 4, Vol. 89, abril de 1961, pp. 251-257, p. 251.

Los costos por días-cama equivalían al total de elementos que se utilizan en

una larga hospitalización [es decir], el uso de medicamentos, sueros, antibióticos, transfusiones, etc., que a la postre se traduce en un costo total no inferior a E° 500 o E° 600 por enferma. Agréguese a ello que muchas fallecen y fácilmente se comprenderá la magnitud de este problema que trasciende las fronteras de la medicina clínica para convertirse también en un problema social, educacional, etc.¹¹.

Inquietos por la temática, los doctores Sylvia Plaza y Humberto Briones, médicos colaboradores de la cátedra de Higiene Materna e Infantil de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile comentaron que

Chile cuenta con recursos asistenciales insuficientes y gran demanda de problemas básicos como la atención del parto, la atención de urgencia y, en general, una alta morbilidad, especialmente del niño. El aborto compite en forma creciente con estas necesidades, consumiendo una importante proporción de recursos¹².

Frente a esta situación, los doctores Armijo y Monreal ilustran: “en Chile, el aborto representa un problema de primera magnitud en Salud Pública, que merece prioridad para los propósitos de estudio y control”¹³. La preocupación médica se manifestó en numerosos artículos publicados mensualmente en revistas médicas, conferencias nacionales e internacionales, actos conmemorativos, cátedras universitarias, etc., que se convirtieron en un *observatorio* científico del aborto¹⁴.

¹¹ Alvo, Mordo; Rodolfo Armas; Alejandro Kuzmanic; Mario Melfi; Felipe Gonzáles; Adolfo Faivovich; Humberto Briones; Elías Sunnah y Silvia Villanueva, “Insuficiencia renal aguda en la septicotemia a perfringens”, *Rev Med Chile*, N° 4, Vol. 89, abril de 1961, pp. 271-281, p. 277.

¹² Plaza, Sylvia y Humberto Briones, “El aborto como problema asistencial”, *Rev Med Chile*, N° 4, Vol. 91, abril de 1963, pp. 294-297, p. 297.

¹³ Armijo, Ronaldo y Tagualda Monreal, “Epidemiología del aborto provocado en Santiago”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 1, Vol. 29, enero-febrero de 1964, pp. 33-42, p. 34.

¹⁴ Véase Armijo, Ronaldo y Tagualda Monreal, “Factores asociados a las complicaciones del aborto provocado”. *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 3, Vol. 29, mayo-junio de 1964, pp. 175-178. Avendaño, Onofre, “Asistencia obstétrica en áreas urbanas de Santiago”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 5, Vol. 26, septiembre-octubre de 1961, pp. 337-338. Avendaño, Onofre, “Programas de atención maternal”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 3, Vol. 26, mayo-junio de 1961, pp. 173-174. Avendaño, Onofre, “Servicios de ginecología y obstetricia”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 2, Vol. 26, marzo-abril de 1961, p. 93. Alvo, Mordo; Rodolfo Armas Cruz; Alejandro Kuzmanic; Adolfo Faivovich; Isidoro Colodro y Mario Melfi, “Insuficiencia renal aguda post aborto”, *Rev Med Chile*, N° 10, Vol. 96, noviembre de 1968, pp. 657-660.

El elemento presente en la problematización del aborto provocado fue la distinción entre métodos de control natal adecuados e inadecuados (o ineficientes). El creador y director de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, profesor de Higiene y Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina y Presidente del Colegio Médico de Chile en 1963, Hernán Romero, comentó que los abortos se habían establecido como

una forma de control de natalidad para quienes no conocen otra o fracasaron con los procedimientos, ordinariamente ineficientes y aún absurdos, que estuvieran utilizando. Lo prueban la verificación reiterada de que recurre a este procedimiento cruento proporción considerablemente mayor –aún doble– de casadas que de solteras y las declaraciones expresas de centenares de mujeres. Nadie podrá detener ya esa demanda social, que es urgente y angustiosa y está extendiéndose como un reguero de pólvora¹⁵.

Al respecto, los doctores Armijo y Monreal agregan en un estudio realizado en la ciudad de Santiago que, de un total de 1.501 mujeres encuestadas, “menos de la tercera parte usaban algún tipo de contraceptivo, la mayoría de dudosa efectividad”¹⁶ y que una de “las causas últimas de aborto provocado, es el desconocimiento respecto a medidas de prevención por parte de una masa enorme de mujeres constantemente expuestas”¹⁷.

La sociedad médica especializada en obstetricia y ginecología, los consultorios y hospitales con maternidades en Santiago, junto con las facultades de medicina se convirtieron en un dispositivo de poder donde el aumento del aborto pudo ser problematizado gracias al uso de la estadística como un acontecimiento objetivable “dándole una realidad analítica, visible y permanente”¹⁸; y, en suma, haciéndola objeto de estudio.

La mujer que aborta

El doctor Mariano Requena había iniciado trabajos sobre la epidemiología del aborto desde 1962 en Santiago, era médico investigador de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile y del Centro Latinoamericano de Demografía y fue,

¹⁵ Romero, Hernán, “Hacia una política de población”, *Rev Med Chile*, N° 10, Vol. 93, octubre de 1965, pp. 669-677, p. 671.

¹⁶ Armijo y Monreal, 1964, op. cit., p. 39.

¹⁷ Ídem.

¹⁸ Foucault, Michel, *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores, 2014, p. 46.

junto con Armijo y Monreal, uno de los pioneros en la caracterización de las mujeres según su comportamiento con el aborto y la anticoncepción.

Las mujeres fecundas de una población, pueden ser clasificadas en tres grupos: a) **Mujeres que no practican control de natalidad**. Se trata del grupo de mujeres que no realizan ninguna acción voluntaria para controlar su fecundidad. b) **Mujeres que utilizan el aborto inducido**. Está constituido por aquellas mujeres que recurren al aborto inducido para limitar su fecundidad. No usan anticonceptivos, y si lo hacen, éstos son de eficacia nula. c) **Mujeres que utilizan anticonceptivos**. Integran este grupo las mujeres que usan principalmente anticonceptivos eficaces para regular su natalidad. Cuando recurren al aborto inducido, éste tiene un significado diferente que en el grupo anterior, porque es la expresión de una reparación de la falla de los anticonceptivos y no es el método de control de la natalidad que usan corrientemente (...). Cada nivel socio-económico-cultural tendrá preferencia por un método de controlar la natalidad, prefiriendo no usar, si es de nivel muy bajo; recurriendo al aborto, si se trata de nivel intermedio, y utilizando los anticonceptivos, si alcanza a los superiores¹⁹.

Asimismo, se hicieron estudios para identificar a las mujeres propensas a él: “se reconoce la existencia de grupos vulnerables; en el grupo de edad de 20-34 años (...), se observa una concentración de abortos provocados en mujeres casadas, en aquellas que tienen hasta 3 niños vivos y en los grupos de bajos ingresos”²⁰. Fue recurrente asociar a mujeres de escasos recursos y madres de numerosos hijos con la práctica del aborto provocado. Por ejemplo, el doctor Juan Puga, profesor de la cátedra de Obstetricia de la Universidad de Chile, menciona:

[E]n el aborto aséptico o espontáneo son factores importantes y determinantes las condiciones de vida de nuestras madres, que están sometidas a trabajos excesivos, en su hogar o fuera de él, ante la necesidad de obtener mayores medios de subsistencia que aportar a su grupo familiar. La creciente incidencia del aborto séptico [infectado] es pavorosa, y en nuestra estadística mucho mayor en madres con varios hijos. Ellas sin duda recurren al aborto inducido como a una medida desesperada y extrema para limitar su familia²¹.

Igualmente, el aborto se asociaba a mujeres que vivían en zonas urbanas. Un estudio realizado por la Dra. Monreal respecto al comportamiento reproductivo

¹⁹ Requena, Mariano, “Condiciones determinantes del aborto inducido”, *Rev Med Chile*, N° 11, Vol. 94, agosto de 1966, pp. 714-722, p. 715 y 719.

²⁰ Armijo y Monreal, 1964, op. cit., p. 40.

²¹ Puga, Juan; Juan Zañartu y David Rosenberg, “Programa de investigación y enseñanza de fisiología de la reproducción y control de la fertilidad humana”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 4, Vol. 29, julio-agosto de 1964, pp. 211-220, p. 212.

de las mujeres mapuches, destaca que ellas no recurren al aborto como sí lo hacen las mujeres que migran a la ciudad:

[L]lama la atención (...) la baja tasa de abortos provocados de las mujeres mapuches que viven en sus comunidades ancestrales. La encuesta hecha en 1962, a indígenas emigrados a Santiago, reveló, por el contrario, elevadas tasas de aborto provocado en el período posterior a la llegada de los mapuches a la ciudad²².

En los hechos, más de la mitad de las mujeres encuestadas “estaban en favor de la limitación de la familia. Entre las razones invocadas, predominaron fuertemente las económicas. Las restantes se oponían, basadas en argumentos religiosos. Sin embargo, un análisis más cuidadoso reveló que la proporción real que se opone a todo método de limitación no excede de un 15%. Una proporción similar de mujeres (71,3%) estaban decididamente en favor de la legalización del aborto”²³. Según el criterio del doctor Viel, “si la mujer no recurre con mayor frecuencia a métodos contraceptivos que no requieran intervención médica, ello puede explicarse por su bajo nivel de educación y su escaso nivel económico, pero tal hecho no refleja una falta de motivación”²⁴. Por tanto, las mujeres sentían interés por la anticoncepción aun cuando no conocieran métodos inocuos.

La situación demográfica y el desarrollo nacional

En 1966 el Jefe de Área Hospitalaria Norte del Servicio Nacional de Salud y profesor de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Chile, Ernesto Medina, comentó:

En el mundo, no hay discusión que hay explosión demográfica (...). Si uno piensa que desde 1962 se ha agregado casi 1 millón de chilenos; que desde 1956, es decir, en el último decenio, se han agregado casi 2 millones de chilenos; que desde 1950 se han agregado 3 millones de chilenos, es evidente que estamos en una situación de crecimiento extraordinariamente importante y que repercute en todo orden de actividades, inclusive en las médicas²⁵.

²² Monreal, Tagualda, “Fecundidad, aborto y nivel de vida en mujeres mapuches”, *Rev Med Chile*, N° 10, Vol. 100, octubre de 1972, pp. 1273-1286, p. 1283.

²³ Armijo y Monreal, 1964, op. cit., p. 39.

²⁴ Viel, Benjamín y Sonia Lucero, “Experiencia con un plan anticonceptivo en Chile”, *Rev Med Chile*, N° 9, Vol. 101, septiembre de 1973, pp. 730-735, p. 735.

²⁵ Plaza, Mario; Héctor Croxatto; Ricardo Cruz-Coke; Ernesto Medina; Juan Manuel Orellana y Armando Roa, “Mesa Redonda: El problema médico del uso de drogas anovulatorias en el control de la natalidad”, *Rev Med Chile*, N° 8, Vol. 94, agosto de 1966, pp. 461-469, p. 465.

Las razones principales del aumento poblacional se debieron al “crecimiento vegetativo y migratorio de la población, la extensión del programa de protección de la embarazada y de la madre; y la mejor y mayor educación proporcionada por el control del embarazo”²⁶. De este modo, “al descender las tasas de mortalidad infantil, así como la de pre-escolares y adolescentes jóvenes, el hogar proletario comenzó a sufrir las consecuencias de la congestión humana, la carencia de vestuario y alimento apropiado para los hijos y por último la falta de escuelas en número adecuado a la demanda creciente”²⁷. Frente a este contexto, “la mujer proletaria busca la defensa en el aborto inducido de naturaleza ilegal”²⁸, porque

la sociedad moderna es enemiga de la prole numerosa (...) la diferencia de bienestar material entre dos familias suele depender de su volumen. Ninguna clase de consideraciones de orden general puede aminorar la tragedia que significa para una madre que tiene ya varios hijos, el terror de un nuevo embarazo²⁹.

La *prole numerosa* no solo afecta a la familia, también es un inconveniente nacional, pues

el crecimiento veloz de población impone penalidades de dos órdenes: influye desfavorablemente la distribución según grupos de edad y el consumo corriente absorbe recursos que podrían destinarse a la formación de capital, que promueva el desarrollo económico. Al nacer todos los niños son bocas para hoy y sólo algunos, brazos para mañana, que, por lo demás, no se pueden aprovechar siempre. Es obvio que, de ordinario, las familias numerosas tienen menos posibilidades de ahorro y el estado obtiene de ellas un monto menor de impuestos³⁰.

Definitivamente, *la prole numerosa* “conspira abiertamente contra las posibilidades de desarrollo del país”³¹, porque su subsistencia “exige ampliar los recursos de educación y alimentación y el mercado de trabajo en proporciones que nuestros ingresos no están en condiciones de subvenir. Buena parte de los esfuerzos que se despliegan con fines de fomento se consumen en alimentar nuevas bocas”³².

²⁶ Puga, Zañartu y Rosenberg, 1964, op. cit., p. 212.

²⁷ Viel, 1967, op. cit., p. 542.

²⁸ Ídem.

²⁹ “El problema demográfico y el control de la natalidad”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 1, Vol. 29, enero-febrero de 1964, p. 43.

³⁰ Romero, 1965, op. cit., p. 673.

³¹ Plaza, et al., op. cit., 1966 p. 463.

³² *Rev Chil Obstet Ginecol*, 1964, op. cit., p. 43.

La revista citada comenta en una de sus crónicas que: “para atenuar esa celeridad no hay más medios que elevar la mortalidad –lo que es inaceptable– o rebajar la natalidad”³³.

Iniciar actividades para *rebajar la natalidad* no solo fue compartida por ciertos sectores de la medicina, sino que,

la Iglesia Católica también ha ido cambiando su actitud, al punto de que el sector liberal dentro del clero admite que existe el problema de población y cree que debe atacarse directamente, así como busca nuevas soluciones aprobadas por la Iglesia y la más amplia utilización de la ya permitida³⁴.

La intervención

A la par con las investigaciones que buscaban identificar la magnitud del aborto y las características de las mujeres propensas a él en los 60, algunos miembros de la comunidad médica de Santiago ya habían iniciado actividades aisladas de contracepción y de investigación en métodos de regulación de la fertilidad humana a modo de disminuir la incidencia del aborto provocado. Al respecto, el Dr. Romero menciona: “varios servicios estaban realizando silenciosamente regulación de natalidad en escala discreta. Entre ellos el que dirige la doctora Amalia Ernst, en la Clínica Universitaria de Ginecología del Profesor Juan Wood, ha atendido ininterrumpidamente, con rigor científico y espíritu práctico, desde 1939”³⁵. En ese lugar, Ernst recomendaba diafragmas vaginales a determinadas pacientes.

La investigación realizada por Jiles y Rojas, agrega, además, otras iniciativas particulares como antecedentes. Por ejemplo, la iniciada por la doctora María Figueroa en consultorios maternos de la Dirección de Protección de la Infancia³⁶ y la experiencia del doctor Onofre Avendaño en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal³⁷.

Todas estas personalidades resultaron claves en la gestión de la cooperación internacional interesada en las iniciativas antinatalistas como también, jugaron

³³ Ídem.

³⁴ Stycos, Mayone, “Población: Perspectivas de control en América Latina”. *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 5, Vol. 29, septiembre-octubre de 1964, pp. 371-376, p. 372.

³⁵ Romero, Hernán, “La conferencia internacional de planificación de la familia”, *Rev Med Chile*, N° 11, Vol. 94, agosto de 1966, pp. 758-762, p. 761.

³⁶ Jiles, Ximena y Claudia Rojas, *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, Santiago, Corsaps, 1992, p. 109.

³⁷ *Ibidem*, p. 110.

un rol protagónico en la docencia, investigación e intervención relativas al uso de los contraceptivos.

La Asociación Chilena de Protección de la Familia y la cooperación internacional

Para Jiles y Rojas, todas las experiencias aisladas de intervención médica encontraron su sino en 1962 con la conformación del Comité Chileno de Protección de la Familia gracias al arribo a nuestro país de Ofelia Mendoza, directora técnica de la International Planned Parenthood Federation (IPPF). Ella propuso una discusión pública sobre la regulación de la natalidad, con lo cual el doctor Gustavo Fricke, Director del Servicio de Salud, “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”³⁸.

La conformación de un comité dedicado a la regulación de la natalidad no era un tema sencillo; el Dr. Puga relata que para 1962 “el control de los nacimientos era tema “tabú” que debía tratarse “sotto voce”. La mayoría de la opinión pública, las autoridades de Gobierno y religiosas, la prensa, el Cuerpo Médico General, aún entre mis colaboradores o colegas de Facultad, lo condenaban unos, otros los desaprobaban, otros o la mayoría permanecía indiferente”³⁹. No obstante, para ciertos profesionales,

alarmados por la plaga arrolladora de los abortos y de las demás repercusiones que, en el seno de la familia, acarrea la fertilidad excesiva, resolvieron organizarse en un Comité que (...), se ha convertido en la Asociación Chilena de Protección de la Familia [APROFA]⁴⁰.

La APROFA, se propuso principalmente

combinar y aunar los esfuerzos, a fin de acrecentar su rendimiento y establecer cuáles son los procedimientos que la clientela acepta con mayor facilidad y con mejores resultados. Se le ofrecen los distintos sistemas que han probado su eficiencia y su inocuidad y se les permite elegir libremente⁴¹.

³⁸ Jiles y Rojas, 1992, op. cit., p. 111.

³⁹ Puga, Juan, “Enfrentamiento de la obstetricia a la revolución demográfica”, *Rev Med Chile*, N° 11, Vol. 94, agosto de 1966, pp. 722-727, p. 725.

⁴⁰ Romero, 1966, op. cit., p. 761.

⁴¹ Ídem.

Y tuvo como directivos principales a los médicos Avendaño, Ernst, Romero, Viel y otros profesores de medicina social y preventiva, de obstetricia y ginecología de las Universidades de Chile, Católica y Concepción⁴². La estrecha relación que tenían estos médicos con la docencia y con los servicios hospitalarios universitarios posibilitó que la implementación de programas de regulación de la fertilidad humana se llevara a cabo en las dependencias del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Cabe destacar que el SNS, creado en 1952, fue una “instancia estatal por medio de la cual la Salud Pública” se entendió “como un servicio unificado y central que buscaba proteger, fomentar y recuperar la salud de la población”⁴³. Estaba constituido por los hospitales estatales y universitarios, consultorios y maternidades del país, apoyado académica y asistencialmente por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Su financiamiento era público, pero también recibía colaboración económica y técnica de privados gracias a las gestiones de la Facultad. En efecto,

entre las instituciones que más colaboración han prestado al desarrollo de la Escuela cabe destacar muy principalmente 2 organizaciones privadas que comprometen fuertemente la gratitud de nuestra Universidad: la Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg (...). La Fundación Rockefeller inició su plan de ayuda a Chile en el año 1939 a través de lo que entonces constituía la Dirección General de Sanidad. A su generosa contribución y apoyo técnico se debe la fundación de la Escuela de Salubridad que abrió sus puertas en 1944 y que desde esa época imparte enseñanza especializada en Salud Pública (...). [Su contribución ha sido] valiosa no sólo por la cantidad de dólares que ha significado, sino también por el apoyo moral y técnico con que en todo momento la prestigiosa institución ha estado ayudando a las directivas de nuestra educación médica⁴⁴.

Si bien la Asociación fue una instancia que permitió sistematizar las labores anteriores de contracepción, también se dedicó “a canalizar la ayuda internacional, que es ingente y progresiva. Este año la Federación [IPPF] le ha destinado alrededor de 130.000 dólares y algunos programas individuales están

⁴² Ídem.

⁴³ Brockington, Fraser, “Informe sobre la salud pública de Chile”, *Rev Med Chile*, N° 3, Vol. 90, marzo de 1962, pp. 290-294, p. 292.

⁴⁴ Viel, Benjamín, “Ayuda extranjera al desarrollo de la enseñanza médica en la Universidad de Chile”, *Rev Med Chile*, N° 8, Vol. 89, agosto de 1961, pp- 571-575, p. 573. Véase también “SNS recibió donación de equipos médicos”, *Rev Med Chile*, N° 3, Vol. 96, marzo de 1968.

sostenidos por el Consejo de Población, las Fundaciones Ford, Rockefeller y otras agencias⁷⁴⁵.

El financiamiento en la década de los 60 no era aislado. El temor norteamericano de la penetración de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) en Latinoamérica, latente por la revolución cubana, propició por parte del gobierno de John F. Kennedy la generación de un programa (la Alianza para el Progreso) que contemplaba invertir 2.000 millones de dólares anuales por 10 años para incrementar la tasa de crecimiento bruto per cápita del 2,5% en América Latina, entre otras medidas de bienestar social que buscaran una “revolución social pacífica”⁴⁶. La muerte de Kennedy (1963) implicó una perspectiva dirigida hacia el control de la natalidad como una empresa más rentable⁴⁷.

Las ideas antinatalistas tuvieron popularidad luego de que Malthus postulara que la proporción en la que crecía la población no era similar a la proporción en la que crecían los alimentos⁴⁸, en este sentido, debían existir medidas que ayudaran a nivelar los estándares de vida de las poblaciones más pobres. Tanto el nacimiento de la IPPF como el financiamiento de diversas organizaciones tendientes a la regulación de la natalidad fueron realizadas bajo este propósito ideológico⁴⁹.

El Programa de Planificación Familiar

La primera experiencia registrada en planificación familiar fue la llevada a cabo por el Dr. Puga en 1962 a cargo del Hospital Universitario José Joaquín Aguirre en la Zona Norte de Santiago⁵⁰. Siguió al anterior, el programa llevado a cabo por el Dr. Viel en abril de 1964 en la Zona Oeste de la ciudad en los Hospitales Felix Bulnes y San Juan de Dios⁵¹. Y para 1965 se inició otro gran proyecto a cargo del Consultorio Materno-Infantil de San Gregorio en la Zona Sur, a cargo del doctor Aníbal Faúndez⁵², profesor auxiliar de Obstetricia a cargo del profesor Dr. Avendaño de la Universidad de Chile.

⁴⁵ Romero, 1966, op. cit., p. 761.

⁴⁶ Jiles y Rojas, 1992, op. cit., p. 126.

⁴⁷ “Comenzó a pesar sobre nuestro continente esa famosa frase del Presidente del Banco Mundial, Robert McNamara, quien expresó “más vale gastar un dólar en planificación familiar que diez en desarrollo en el Tercer Mundo”. En Jiles y Rojas, 1992, op. cit., p. 126.

⁴⁸ Rojas Mira, 2009, op. cit., p. 8.

⁴⁹ Jiles y Rojas, 1992, op. cit., p. 126.

⁵⁰ Puga, Zañartu y Rosenberg, 1964, op. cit., pp. 211-220.

⁵¹ Viel, 1967, op. cit., p. 543.

⁵² Faúndez, Aníbal; Germán Rodríguez; Jaime Zipper; Nieves España y Onofre Avendaño, “Programa de prevención del aborto inducido en una población suburbana de Santiago (proyecto

Las directrices del primer proyecto de planificación familiar, dirigida por el doctor Puga, sintetizan las razones que justifican su implementación. Dichas razones giran en torno a las problemáticas sociales que llevan a la mujer a abortar y a la explosión demográfica, discutidas ampliamente por la comunidad galena. Así, el primer proyecto buscó:

- a) La protección de la familia “para la defensa de los **derechos de la madre** a engendrar el número de hijos que desee tener y que realmente pueda cuidar, alimentar, vestir y educar hasta la edad adulta. Defensa también de los **derechos de los hijos** a recibir el necesario cuidado de parte de los padres, alimentación, vivienda, y educación adecuada que les permita ser ciudadanos útiles al progreso necesario de la nación”⁵³; b) la prevención de las “medidas anticonceptivas desesperadas, de alta morbilidad y mortalidad”, referidas al aborto inducido⁵⁴; y c) la “contribución a paliar la explosión demográfica”⁵⁵.

Con todo, el Programa de Planificación Familiar llevado a cabo en Chile fue administrado por la comunidad médica al interior del Sub-Departamento Materno-Infantil del SNS, en términos oficiales, a partir de agosto de 1965⁵⁶. Éste consistió en expandir a otras zonas el espíritu de los fundamentos generados por el primer programa del Dr. Puga y continuar la lógica de funcionamiento de los programas ya iniciados.

Es menester recalcar que en Chile no existió una ley de control de la natalidad ni tampoco existió una política de población. Lo que hubo en Chile fue más bien una “**política pública**”⁵⁷ redactada por el Consejo Técnico del SNS bajo la dirección del Jefe de Salud Materno Infantil, doctor Jorge Rosselot, “la que fue posteriormente publicada en la Revista Médica de Chile y dada a conocer en 1966, mediante oficio circular por el Director de Servicio, doctor Mardones, a los Directores zonales”⁵⁸; lo anterior indica, primero: el fuerte protagonismo de la comunidad médica sobre el tema. Y segundo: las labores se aunaron a las actividades realizadas por APROFA, por lo cual los programas recibieron financiamiento tanto público como privado.

San Gregorio). Primeros Resultados”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 4, Vol. 32, julio-agosto de 1967, pp. 191-200.

⁵³ Puga, Zañartu y Rosenberg, 1964, op. cit., p. 214.

⁵⁴ Ídem.

⁵⁵ Ibídem, p. 215.

⁵⁶ Mardones, Francisco, “Normas básicas para regular la natalidad”, *Rev Med Chile*, N° 11, Vol. 94, noviembre de 1966, pp. 665-666, p. 665.

⁵⁷ Jiles y Rojas, 1992, op. cit., p. 131.

⁵⁸ Ídem.

En 1965, el gobierno de Eduardo Frei Montalva había designado como Director General del SNS al Dr. Francisco Mardones, médico que sostenía la convicción de que el Estado debía adquirir responsabilidad con la aplicación de los programas de planificación⁵⁹. Para Jiles, la gestión del Dr. Mardones fue primordial para que el Servicio decidiera atender en sus dependencias, pues la política “no provino, por tanto, del ámbito gubernamental sino de las esferas médicas y el rol del presidente en dicho contexto no fue más que el de depositar toda su confianza en el médico”⁶⁰. Asimismo, Mardones fue fundamental para que el gobierno acogiera en 1967, la realización de la Conferencia Internacional de Planificación Familiar realizada por la IPPF por primera vez en Chile. Dicha instancia fue inaugurada por el propio Eduardo Frei Montalva⁶¹, recalcando que su gobierno atendería con “la mente muy abierta” las deliberaciones del encuentro⁶².

El plan de acción del programa se centró especialmente en la educación y la entrega gratuita de los anticonceptivos, ya fueran métodos hormonales o dispositivos intrauterinos (DIU), siendo los principales educadores, médicos, matronas y asistentes sociales de los propios servicios médicos⁶³.

Los DIU eran insertados posparto o posaborto después de que las mujeres recibieran la educación pertinente y eran citadas para concurrir 40 días después del alta al consultorio. Su participación significaba que ellas estaban dispuestas a asistir a los controles “a los 7 días, luego a los 35 días y luego cada seis meses”⁶⁴.

Prontamente, se incorporó otro paso en la inserción del DIU, previo al alta de la mujer y siempre que ella hubiera aceptado ser parte del programa, la que se dividía en dos tipos: introducción del DIU en forma

inmediata, aquella que se efectúa tan pronto haya terminado el raspado intrauterino y cuando la mujer está aún bajo el efecto de la anestesia; [o] precoz, aquella que se efectúa antes del alta del servicio hospitalario. Mientras el total de las inserciones inmediatas se ha efectuado solamente en caso de aborto, la inserción post-parto ha sido siempre de tipo precoz⁶⁵.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 129.

⁶⁰ *Ídem*.

⁶¹ Romero, 1966, *op. cit.*, p. 758.

⁶² Jiles y Rojas, 1992, *op. cit.*, p. 134.

⁶³ Viel, 1967, *op. cit.*, p. 543.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 544.

⁶⁵ *Ídem*.

Esta medida se hacía inmediatamente luego del raspaje porque las mujeres que abortaban no concurrían a la citación luego de los 40 días después de ser tratadas por complicaciones y regresaban “más tarde al Hospital con un nuevo embarazo o aborto”⁶⁶.

El procedimiento se aplicó también en la experiencia del consultorio de San Gregorio, incorporándose, además, una encuesta de fecundidad “para conocer las prácticas sexuales, las características sociodemográficas de la población, su comportamiento frente al aborto y su actitud hacia los anticonceptivos”⁶⁷; luego lo acompañaba un intenso trabajo de educación a la población “referidos esencialmente a los riesgos del aborto y a las posibilidades de la anticoncepción”⁶⁸.

La campaña de educación contemplaba al aborto como elemento ilustrativo⁶⁹:

[El] mensaje educacional pone especial énfasis en los riesgos físicos que corre la mujer que se somete a un aborto inducido, llegándose incluso a mencionar la posibilidad de muerte (...). [Incluso] aquellas pacientes que asisten a una primera atención prenatal y que faltan a los controles posteriores son visitadas en su casa por un auxiliar de terreno con el fin de prevenir un posible aborto. Si el aborto ya ha ocurrido, se acuerda de inmediato una fecha para la prescripción de un anticonceptivo⁷⁰.

Una vez identificado el foco de intervención, los programas de planificación familiar se adecuaron para facilitar la mayor *docilidad* de las mujeres en la participación del control natal: 1) se instalaron en localidades próximas a las viviendas de sectores propensos a la práctica del aborto; 2) los anticonceptivos fueron distribuidos gratuitamente; 3) se aplicaba inmediatamente después del parto o del aborto, con el fin de que la mujer no “escapara” del programa; 4) se seleccionaban los contraceptivos más adecuados según la clase social de la

⁶⁶ Gostin, Luis, “Nueva modalidad de anticoncepción mediante dispositivo intrauterino. Inserción precoz post-aborto”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 5, Vol. 31, septiembre-octubre de 1966, pp. 256-265, p. 256.

⁶⁷ Faúndez et al., op. cit., 1967 p. 191.

⁶⁸ Ídem.

⁶⁹ En el año 1965, con el apoyo de la IPPF, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la Comisión Nacional de Protección de la Familia, patrocinaron un documental titulado “Aborto”. El film muestra los peligros del aborto en la época y el modo seguro para evitarlos. Véase: Chaskel, Pedro, “Aborto”, en *Cine Chileno*, sitio web: <http://www.cinechile.cl/pelicula-738> [Revisado: 31/08/2016].

⁷⁰ Faúndez, Aníbal; Onofre Avendaño; Mario Medel; Antonio Torres; Nieves España; Gloria Talciani y Germán Rodríguez, “Cambios en algunos índices de salud materna observados después de un programa de planificación familiar”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 2, Vol. 34, marzo y abril de 1969, pp. 67-76, p. 69.

mujer y su proximidad con la práctica del aborto: DIU para mujeres pobres y píldoras para mujeres de clase media y acomodada⁷¹ e inserciones inmediatas a mujeres que abortaban versus inserciones posteriores a mujeres que parían⁷².

Los programas de planificación le permitieron a la comunidad médica hacer del cuerpo femenino un cuerpo obediente y útil. Para ello, se sirvió de la repetición tanto de las instrucciones prescritas por el médico⁷³, como de la amenaza de la enfermedad que sobrevendría si la mujer no seguía las instrucciones. Esta enfermedad era el aborto, que podía terminar en la muerte.

Con todo, la aplicación de los programas de planificación no tuvo unanimidad en la comunidad médica y aquellos detractores de la contracepción hacían en la práctica que los programas no fueran aplicados a más del 15% de mujeres fértiles, medida arbitraria según el juicio del Dr. Viel, pues disminuía la efectividad de erradicar el aborto en las clases más necesitadas. De este modo, para 1969 la cifra de mujeres aceptantes del programa había descendido a la mitad “no porque hubiera disminuido la demanda, sino porque los jefes responsables del Servicio consideraron que ya eran muchas las mujeres atendidas y en vista de ello se cerraron dos clínicas que estaban encargadas de otorgar dicha atención”⁷⁴.

Otro elemento presente en la normalización de las conductas reproductivas fue la *confesión* por parte de la mujer hacia el personal médico; ella debía informar cuándo tenía relaciones, cuándo había tomado o no contraceptivos, si había abortado o no y cuántas veces, si era casada o soltera, si tenía hijos o trabajaba, etc. La mujer era la protagonista de los programas de planificación en la medida en que ella era un elemento de información del modo en el que se propagaba la epidemia del aborto y del modo en el que el control de la natalidad se llevaba a cabo. También era la *colaboradora*, representada por las matronas, enfermeras y visitadoras sociales⁷⁵. La relación que se estableció entre la comunidad médica y la mujer, por tanto, fue jerárquica. También lo

⁷¹ Zañartu, Juan et al., op. cit., 1966 p. 686-694. Armijo y Monreal, 1968, op. cit., p. 615.

⁷² Viel, 1967, op. cit., p. 544.

⁷³ “Todas nuestras pacientes tenían una intensa motivación inducida por su alta fertilidad. A todas se les preparó, explicándoles la conveniencia de seguir exactamente las instrucciones (...). De gran interés fue para nosotros analizar lo que ocurrió en las 46 mujeres con intensa motivación pero con un nivel educacional bajo o analfabetas. A todas se les explicó verbalmente repetidas veces cómo seguir la fórmula utilizada en ellas valiéndonos además de esquemas y escritos”. En Zañartu y Puga, 1964, op. cit., p. 429.

⁷⁴ Viel, Benjamín, “Los dispositivos intrauterinos en el control de la fertilidad humana”, *Rev Med Chile*, N° 3, Vol. 99, marzo de 1971, pp. 237-244, p. 244.

⁷⁵ Illanes, María Angélica, *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*, Santiago, LOM Ediciones, 2006.

fue la relación que se daba entre las propias mujeres; por un lado, las usuarias de los servicios y por otro, las profesionales.

Los contraceptivos

Los discursos médicos también se refirieron a las mujeres que podían acceder y hacer uso de los contraceptivos sin supervisión médica. La situación se constituyó en un *problema* para la comunidad galena porque no estaba bajo su *control*, quedando su aplicación en *manos inexpertas*,

debemos preocuparnos del problema por dos hechos: en primer lugar, la enorme afluencia que se registra en todo tipo de clínicas que ofrecen algún sistema de control de natalidad, y en segundo lugar porque de acuerdo a los datos proporcionados por la industria farmacéutica hay alrededor de 120 mil mujeres que están consumiendo gestágenos [anticonceptivos] (...). Una cierta proporción de gestágenos se está dando en otras clínicas, pero la inmensa mayoría está absolutamente fuera del manejo médico (...). Es decir, este es un problema que se nos ha escapado del control de los médicos por el sistema actual de venta relativamente libre en las farmacias⁷⁶.

La preocupación médica por controlar el uso de los contraceptivos radicó en su capacidad de *observar* los efectos que ellos podían tener en las mujeres. Durante todo el período se publicaron artículos que entregaban información sobre grupos de mujeres que habían sido intervenidas con el uso de contraceptivos; identificando, tipificando y recomendando el uso de determinadas dosis y procedimientos de implementación. Algunos de los médicos destacados en esta labor investigativa fueron los doctores Juan Zañartu y Juan Puga, quienes desde 1962 iniciaron estudios con contraceptivos y anillos uterinos de Zipper en mujeres usuarias de los servicios del SNS que cumplieran con ser *grandes multíparas* (6 o más partos) o haber estado hospitalizadas por abortos provocados complicados.

Los procedimientos consistían en iniciar alguno de los métodos de control de natalidad en las pacientes seleccionadas y posteriormente se les realizaba un seguimiento constante, incluyendo estudios de sus órganos sexuales, la sintomatología que pudieran presentar, las características de sus períodos menstruales, la composición de sus fluidos días antes y días después del coito, etc. Junto con los aspectos propiamente *médicos*, se hacía una caracterización socioeconómica de las pacientes, con especial énfasis en su nivel educacional. Un bajo nivel educacional significaba que el médico proporcionara contraceptivos *simples* que no implicara un cuidado constante por parte de la usuaria. Del

⁷⁶ Plaza et al., op. cit., 1966, p. 463.

mismo modo, un alto nivel educacional indicaba que el médico podía *confiar* en que la paciente seguiría las indicaciones del uso de contraceptivos más *complejos*⁷⁷. Así, el equipo médico se aseguraba de no perder casos de estudio, por tanto, este criterio de selección era estratégico para los fines científicos y no significaba un cuestionamiento por parte del cuerpo médico. La *educación* de la mujer en materia anticonceptiva respondía a intereses investigativos y no estaba enfocada hacia un *sujeto* de derecho a la información.

Cabe mencionar que todas las investigaciones del equipo del Dr. Zañartu fueron financiadas por un grant de la Fundación Ford y los contraceptivos donados por farmacéuticas europeas como *Schering A. G.*, Berlín (Alemania) o estadounidenses como *Eli Lilly y Co.*, Indianapolis, y *Syntex Laboratories Inc.*, California⁷⁸, lo cual indica las relaciones que se establecían con otros centros médicos que en el extranjero estaban atentos de conocer los *efectos* de los gestágenos.

El procedimiento *experimental* de los contraceptivos era parte de programas aislados de planificación familiar que se consideraban como la solución al problema del aborto provocado y a la explosión demográfica. Aun cuando éstos fueran apoyados e impulsados por reconocidos profesionales como

⁷⁷ Véase: Zañartu, Juan y Juan Puga, “Control de la fertilidad humana con estrógenos y diversas combinaciones de estrógenos y progestágenos”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 6, Vol. 29, noviembre-diciembre de 1964, pp. 423-432, p. 429. Zañartu, Juan; Miguel Gajardo; Jaime Garrido; Enrique Guiloff; Carlos Millán; Carlos Navarro; Marcos Pupkin; Guillermo Rodríguez-Moore; Sergio Stone; Rodolfo Wild; Cora Toscanini; Glafira Ogaz; Clara González; Silvia Milesi; Elva Morales y Cecilia Pozo, “Control de la fertilidad humana con una combinación de estrógenos y progestágenos. Experiencia de tres años en 3.300 mujeres”, *Rev Med Chile*, N° 11, Vol. 94, agosto de 1966, pp. 675-684, pp.676-677. Zañartu, Juan; Cora Toscanini y Glafira Ogaz, “Estudio clínico del anillo de nylon intrauterino usado para el control de la fertilidad humana”, *Rev Med Chile*, N° 11, Vol. 94, agosto de 1966, pp. 686-694. Rosenberg, David y Juan Zañartu, “Modificaciones histológicas del endometrio causadas por algunos esteroides sexuales naturales”, *Rev Med Chile*, N° 9, Vol. 95, septiembre de 1967, pp. 501-507. Zañartu, Juan; Miguel Gajardo; Carlos Millán; Carlos Navarro; Marcos Pupkin; Guillermo Rodríguez-Moore; Sergio Stone; Juan Lolas; Cora Toscanini; Glafira Ogaz; Clara González; Silvia Milesi; Eva Morales y Cecilia Pozo, “Tratamiento ‘secuencial’ con estrógenos y progestágenos en el control de la fertilidad humana”, *Rev Med Chile*, N° 11, Vol. 95, agosto de 1966 pp. 696-709. Juan Puga; Ernesto Medina; Ana María Kaempffer; Hernán Mujica y Juan Zañartu, “Efectos de la aplicación y difusión de sistemas de control de la natalidad en el área hospitalaria norte de Santiago de Chile y en mujeres tratadas en la clínica obstétrica de la Universidad de Chile”, *Rev Chil Obstet Ginecol*, N° 4, Vol. 32, julio-agosto de 1967, pp. 220-227. Viel, Benjamín y Sonia Lucero, “Análisis de 3 años de seguimiento de mujeres con dispositivo intrauterino en Santiago”, *Rev Med Chile*, N° 7, Vol. 97, julio de 1969, pp. 473-481.

⁷⁸ Zañartu et al., op. cit., 1966 p. 684 y p. 709.

Puga y Viel, también fueron cuestionados por aquellos médicos detractores de la anticoncepción en Chile. Un ejemplo, es la opinión denunciante del doctor Ricardo Cruz-Coke, redactor de la *Revista Médica de Chile* y miembro del Comité de Dinámica de Poblaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile de ese entonces, quien se sirvió de la cuestionable ética médica tras la faceta experimental de los usos de los contraceptivos como una estrategia para reforzar argumentos natalistas en sus artículos:

[L]a doctrina de la Contracepción usa instrumentos específicamente condenados por los Códigos Médicos de Nuremberg (1947) y de Helsinki (1964) sobre las normas éticas que deben respetarse para experimentar en seres humanos. Productos de alto poder farmacológico con elevado riesgo de complicaciones que solamente deben ser indicados por médicos, son distribuidos gratuitamente a grandes masas de mujeres analfabetas para librarlas del “riesgo” de un evento natural de la especie. Una fuerte presión psicológica, por no decir terror, es ejercida sobre las púerparas a fin de obligarlas a decidir “libremente” sobre el uso de anillos intrauterinos⁷⁹.

Según sus cálculos, “los instrumentos contraceptivos, al disminuir el promedio de la progenie dislocan la naturaleza misma de los complejos equilibrios poblacionales de la especie humana. Es difícil concebir la existencia de otro proceso artificial más terriblemente maligno para la vida misma”⁸⁰ y por tanto “la doctrina de la contracepción” constituía un riesgo disgénico^{81. 82}.

El rol de los profesionales de la salud

La práctica médica significó la educación respecto a la contracepción y las reglas que debía seguir la mujer para que dichos contraceptivos surtieran efecto. “Intentar controlar el fenómeno [del aborto] significaba en último término educar y ofrecer métodos anticonceptivos de eficacia probada”⁸³. Más allá de esto, el

⁷⁹ Cruz-Coke, Ricardo, “Contracepción”, *Rev Med Chile*, N° 9, Vol. 95, septiembre de 1967, pp. 550-552, p. 552.

⁸⁰ Ídem.

⁸¹ Cruz-Coke, Ricardo, “Riesgos disgénicos por disminución de la progenie”, *Rev Med Chile*, N° 11, Vol. 94, agosto de 1966, pp. 667-675. Cruz-Coke, 1967, op. cit., p. 550-552. Véase también, Cruz-Coke, Ricardo, “Consecuencias genéticas de la anticoncepción en Santiago”, *Rev Med Chile*, N° 2, Vol. 99, febrero de 1971, pp. 190-194.

⁸² La *disgenesia* “implica un deterioro o agresión contra las generaciones futuras, es decir, contra el patrimonio de la especie”, causada por la “relajación” en la selección natural de la especie. Para el médico, la contracepción resulta ser una amenaza para la ley de la selección natural de la especie”. En Cruz-Coke, 1966, op. cit., p. 667.

⁸³ Viel, 1967, op. cit., p. 543.

médico en la indicación de contraceptivos y otros métodos “no está llamado a ejercer un juicio condenatorio, que solo revelaría una actitud intransigente o prejuiciosa, sino que más bien a enriquecer su tarea ayudando a la pareja humana para realizar sin riesgos su noble misión de paternidad responsable”⁸⁴.

Efectivamente, para el doctor Zañartu, la virtud de una planificación familiar recaía en la capacidad de los padres de poder ejercer con conciencia una paternidad que significara el cuidado adecuado de los hijos. Frente a este panorama, la mujer puede sentir temor o incertidumbre respecto a los contraceptivos, y el deber del médico es reducir sus temores con

una actitud más humana, comprensiva y razonable de aquellos que se unen en matrimonio y deciden espaciar sus embarazos con un intervalo tal que les permita dar generosamente su afecto y cuidado a los hijos. En esta circunstancia, el uso de contraceptivos será por un tiempo relativamente breve, tal vez sólo algunos años entre una gestación y la siguiente⁸⁵.

Una actitud *comprensiva* del médico es una virtud deseada en varios doctores y en general, en toda la práctica médica, no solo en la planificación familiar, sino también, en el puerperio. El médico colaborador de la unidad docente de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Chile, Carlos Thonet, mencionó que “el obstetra tiene presente que el significado de la maternidad es diferente para cada una de estas mujeres y mediante una conducta acertada irá conquistando su confianza hasta lograr su colaboración, lo que redundará en mayor eficacia terapéutica”⁸⁶.

Una actitud comprensiva, empática, del médico hacia la paciente es una estrategia para conseguir *colaboración* de la mujer, que le permita seguir las instrucciones dadas por el médico. Por tanto, el carácter del médico no es homogéneo con todas sus pacientes, existiría una clasificación entre los enfermos que producen comportamientos diferenciados del profesional.

El doctor Viel señala que en la historia de la medicina

Hipócrates hablaba de dos tipos de atención médica; la de la palabra para los hombres libres; la instrumental para los esclavos. Careciendo de alma ellos sólo podían ser atendidos con el criterio con que se repara un motor en el día de hoy. Han transcurrido siglos y los médicos de los países subdesarrollados continúan

⁸⁴ Zañartu, Juan, “La regulación de la natalidad en la práctica médica”, *Rev Med Chile*, N° 9, Vol. 95, septiembre de 1967, pp. 529-532, p. 531.

⁸⁵ Ídem.

⁸⁶ Thonet, 1970, op. cit., p. 91.

esta trágica división. Sin duda ellos hacen educación completa en sus clientes privados, el equivalente del hombre libre, y educación incompleta o nula en los pacientes del servicio hospitalario de tipo gratuito⁸⁷.

La diferenciación impedía una óptima aplicabilidad del programa de planificación, por lo cual, el médico debe no solo comprender a la paciente modesta, sino también educarla:

el personal de la Clínica debe desplegar todo su esfuerzo por educar a la paciente, pero aceptar finalmente sus limitaciones culturales. Cualquier imposición de mantener el uso de un método en una paciente que desea interrumpirlo, por razones personales o por molestias reales o imaginarias, aunque puede permitir prolongar el uso de un anticonceptivo en algunas mujeres, hará surgir focos de contrapropaganda con una pérdida considerable de prestigio del programa⁸⁸.

Lo anterior quiere decir que la mujer *menos educada* será tratada estratégicamente en forma comprensiva esperando que su colaboración permita una positiva aceptación del programa en la comunidad y su interés por ningún motivo es la educación de la mujer para que ella pueda deliberar en forma autónoma. Del mismo modo, la *paternidad responsable* se enfocó hacia la mujer-madre y la participación del hombre en los programas de planificación se limitó a conocer si estaba de acuerdo o no en que su cónyuge participara de ella.

Efectos de las políticas de planificación

Los médicos Viel y Faúndez concordaban en que las experiencias en el control de los nacimientos habían sido exitosas, aun cuando existieran situaciones que debían mejorarse: “el caso de Chile es especialmente interesante por cuanto constituye una demostración clara de lo que es posible lograr con un programa médico basado en educación y servicios contraceptivos otorgados en los servicios generales de salud”⁸⁹.

Luego de la implementación del programa se muestra que “en seis años obtuvo un éxito espectacular a juzgar por la reducción de la natalidad y la presumible reducción del aborto. De haber continuado con igual programa sus cifras de natalidad hubieran llegado a 20 por mil en plazos relativamente cortos”⁹⁰.

⁸⁷ Viel, 1967, op. cit., p. 549.

⁸⁸ Faúndez et al., op. cit., 1969, p. 70.

⁸⁹ Viel y Lucero, 1973, op. cit., p. 734.

⁹⁰ Ídem.

Aun cuando el SNS trabajó a lo largo de todo el territorio nacional, “la mortalidad por aborto ha disminuido en el país y muy especialmente en las provincias de Santiago, Valparaíso y Concepción”⁹¹. Esto se explica principalmente porque eran las grandes urbes las que concentraban mayor número de ingresos hospitalarios por aborto, razón que movilizó una gran intervención en las principales ciudades del país en desmedro de otras zonas.

Para Dr. Viel, la experiencia en los hospitales Feliz Bulnes y San Juan de Dios había logrado superar las expectativas de éxito:

[A] pesar de que la literatura médica indica que el aborto hospitalizado no desciende más que la natalidad con los programas de natalidad, lo que ha ocurrido es que el descenso proporcional del aborto hospitalizado ha sido mayor que el descenso de natalidad en los sectores urbanos⁹².

Y para el Dr. Faúndez la experiencia en San Gregorio había logrado

una notable reducción de la fecundidad de la población en el período 1964 a 1966. Sin embargo, la reducción es más notable en la tasa de aborto que en la tasa de natalidad (...) [y] se desprendería de estos resultados que por primera vez ha sido posible demostrar que un programa de Planificación de Familia es capaz de reducir la fecundidad de una población. Desde nuestro punto de vista, es sin embargo, más importante que este programa tuvo un efecto mucho mayor sobre el aborto (principalmente aborto provocado), que sobre los nacidos vivos⁹³.

Contrarios a las experiencias de Viel y Faúndez, los doctores Armijo y Monreal sostuvieron que los programas no habían logrado una real disminución de la tasa de abortos a nivel global, sino solo en términos locales⁹⁴. En efecto,

las estadísticas por una parte nos muestran que los abortos hospitalizados no han experimentado descenso alguno y que por el contrario puede apreciarse aún un cierto aumento con respecto a 1963 (...).[Y concluye que] el aumento del aborto registrado no debería considerarse como un fracaso del programa; él revela sólo que las acciones de regulación de la natalidad son todavía insuficientes y no han logrado los niveles útiles deseados (...) esto significa que la lucha contra el aborto provocado debe plantearse con una nueva mentalidad que

⁹¹ Rodríguez, Fernando; Lucía López y Margarita Notari, “Mortalidad Materna en Chile”, *Rev Med Chile*, N° 12, Vol. 98, diciembre de 1970, pp. 858-863, p. 863.

⁹² Viel, Benjamín y Sonia Lucero, “Análisis del programa anticonceptivo y de control del aborto en Chile (1964-1969)”, *Rev Med de Chile*, N° 9, Vol. 99, noviembre de 1971, pp. 486-494, p. 492.

⁹³ Faúndez et al., op. cit., 1967, pp. 195-196.

⁹⁴ Armijo y Monreal, 1968, op. cit., p. 620.

considere su incorporación en los programas de prevención (...) [privilegiando] la conveniencia de proceder, por lo menos en aquellos casos de fracasos de anticonceptivos que han sido recomendados por los servicios de salud, a la inducción del aborto por los mismos servicios lo que sin duda disminuiría sus riesgos y respondería a una necesidad muy sentida en estos momentos por la mujer chilena⁹⁵.

En 1970 se presentó una moción a la Cámara de Diputados para modificar el Código Penal en lo relativo al delito de aborto basado en los estudios de Armijo y Monreal. Lo cierto es que para el advenimiento del gobierno de Salvador Allende, la opinión pública⁹⁶ ya estaba informada sobre el tema y la opinión institucional había planteado una “eventual legalización del aborto”⁹⁷. La experiencia de interrumpir voluntariamente embarazos en condiciones seguras en dependencias del Servicio se llevó a cabo en 1971 en el Hospital Barros Luco⁹⁸. Según Jiles, la única diferencia “estaba en que mientras el gobierno se proponía someter la legalización del aborto a consulta popular, el equipo médico (...), en los hechos, lo estaba practicando”⁹⁹.

Cabe destacar que, para la misma fecha, la cooperación estadounidense había sido frenada por el gobierno, pues

en el caso particular de Chile, el financiamiento extranjero, con que se paga a algunos médicos y matronas, por su participación en programas de control de natalidad, incluyendo, en algunos casos, el pago directo por dispositivo intrauterino colocado o contracepción realizada habrían hecho posible que disminuyan los recursos humanos destinados a otras atenciones ginecológicas¹⁰⁰.

La importancia del financiamiento extranjero residía en que con ellos se cancelaba el sueldo del “37% de los médicos especialistas, el 46% de los médicos generales, el 38% de las matronas, el 52% del personal auxiliar y el 50% del personal administrativo y de estadística del total de quienes tenían responsabilidad en labores anticonceptivas. Dicha evaluación establece además

⁹⁵ *Ibidem*, p. 621.

⁹⁶ “Además hay que considerar que en los últimos años el tema de control de natalidad en Chile ha sido ampliamente discutido por la prensa, la radio y la televisión” En Viel y Lucero, 1971, *op. cit.*, p. 490.

⁹⁷ Salvador Allende citado en Faúndez, Aníbal y Barzelatto, José, *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Santiago, LOM Ediciones, 2007, p. 184.

⁹⁸ *Ibidem*, p. 185.

⁹⁹ Jiles y Rojas, 1992, *op. cit.*, p. 160.

¹⁰⁰ Jiménez, Oscar, “Salud y población”, *Rev Med Chile*, N° 6, Vol. 99, junio 1971, pp. 442-443, p. 443.

que el 44% de los Dispositivos Intrauterinos usados hasta esa fecha en el país fueron proporcionados [por dicha cooperación]¹⁰¹.

Las cooperaciones monetarias habían generado una “distorsión”¹⁰² en la atención obstétrica, priorizando la contracepción en desmedro de otras actividades ginecológicas, como el parto. Con la cancelación de dicha cooperación se esperaba reestablecer la atención materno-infantil, por lo cual las únicas acciones contraceptivas pagadas en forma privada fueron las realizadas por APROFA y la Cruz Roja¹⁰³.

Consideraciones finales

1) Indagar acerca del *aborto* desde la voz de los médicos de la época de los 60 implica referirse a uno de los componentes que justificaron el despliegue de los programas de planificación familiar en Chile. Los fundamentos para llevar a cabo dichos programas no solo fueron *sanitarios*, sino también *demográficos*, *financieros*, *científicos e ideológicos*. En este sentido, los programas sirvieron a un triple propósito; a) Al control demográfico del país en cifras que fueran beneficiosas para el desarrollo económico de la nación. b) Para disminuir los niveles de abortos provocados que, al realizarse en condiciones inseguras, devenían en hospitalización por infección y consumían recursos hospitalarios necesarios para otras patologías, y c) Los programas de *Paternidad Responsable* fueron una instancia de experimentación y producción científica de los efectos/ usos de los contraceptivos en la época, donde el cuerpo médico contó, no solo con financiamiento, sino con autonomía en la toma de decisiones.

2) Los programas de planificación familiar fueron ideados, administrados y ejecutados por la comunidad médica gracias al apoyo técnico y económico de instituciones internacionales y gracias a la confianza que el gobierno de Eduardo Frei Montalva depositó en ella, y en particular, en el Director del Ministerio de Salud, el Dr. Mardones. Con esto se destacan las relaciones existentes entre la clase profesional chilena y la política internacional promovida por la Alianza para el Progreso. No obstante, esa autonomía no significó consenso o ausencia de opositores al interior de la comunidad médica. Por el contrario, tanto los programas de planificación familiar, como los procedimientos técnicos, éticos e ideológicos que significaron, tuvieron fuertes opositores como los Dres.

¹⁰¹ Viel y Lucero, 1971, op. cit., p. 486.

¹⁰² Jiles y Rojas, 1992, op. cit., p. 156.

¹⁰³ Viel y Lucero, 1971, op. cit., p. 486.

Thonet y Cruz-Coke, que usaron sus distintas posiciones para oponerse, desde una perspectiva religiosa el primero, como desde una perspectiva genetista el segundo. Aun cuando estuvieran de acuerdo con el diagnóstico respecto a la magnitud del aborto y sus consecuencias, mantuvieron una postura conservadora respecto de los programas de planificación familiar y contrarios a la idea de legislar a favor del aborto.

Incluso, dentro del grupo de médicos que apoyaron y desarrollaron los programas de planificación familiar, existió discrepancia respecto al éxito de los mismos; este es el caso de los equipos médicos de los Dres. Puga – Viel – Faúndez versus el equipo de los Dres. Armijo y Monreal. Mientras que, para el primer grupo (Puga – Viel – Faúndez) los resultados habían sido exitosos, el aborto había disminuido y las tasas de natalidad habían descendido a los niveles esperados, para el segundo grupo (Armijo – Monreal) los programas no habían disminuido las tasas de abortos provocados. Esta deficiencia de los programas los llevó a sostener que solo era posible erradicar las consecuencias negativas del *aborto* permitiendo su legalización, de tal modo que fuese realizado bajo el control médico y en condiciones seguras.

3) Aun cuando los preceptos que dirigieron la regulación de la fertilidad humana fueron los *derechos de la madre* y el *de los hijos*¹⁰⁴, ellos inteligían a la mujer como un *objeto* de política más que como un *sujeto* de derecho a la educación sexual y reproductiva, y, por tanto, la paciente no fue válida interlocutora en la toma de decisiones. Este aspecto es clave para cuestionar la nombrada *libertad sexual y reproductiva* que implicó la píldora anticonceptiva en los 60 para el movimiento feminista. Su consolidación como fármaco adecuado se valió del uso reiterado en cuerpos de mujeres *populares, grandes múltiparas y sin educación* que no necesariamente devino en la autonomía sexual y reproductiva de éstas. En efecto, las intervenciones médicas no se ocuparon de cualquier cuerpo femenino, sino de aquellos cuerpos de mujeres pobres que, bajo determinados procedimientos clínicos, operaron en función de la ciencia como herramienta de *progreso nacional*¹⁰⁵, lo que permitió reforzar esas características en la práctica. Así, el enfoque educativo detrás giró en torno al *riesgo del aborto*, en desmedro de una educación para el ejercicio de derechos reproductivos.

¹⁰⁴ Puga, Zañartu y Rosenberg, 1964, op. cit., p. 214.

¹⁰⁵ Véase: Illanes, María Angélica, *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*, Santiago, LOM Ediciones, 2006, p. 14.