



Facultad de Filosofía y Humanidades

Departamento de Historia

**Rescate de las memorias colectivas de las beneficiarias en torno a las Políticas de
Planificación Familiar en Chile (1965-1973)**

Tesina para optar al grado de Licenciado en Historia

Nombre Alumno: Luis Felipe Caneo M.

Curso: Seminario de Grado

Profesora Guía: María Soledad Zárate C.

Carrera: Licenciatura en Historia

Fecha: 16-05-2013

Índice Tesis

Agradecimientos.....	1
Introducción.....	3
Metodología de la Investigación.....	12
Tipos de fuentes.....	12
Caracterización entrevistados.....	14
Capítulo I: Las Políticas de Planificación Familiar en Chile durante los años 60 y 70.....	20
Los comienzos del Control de Natalidad en el mundo.....	21
La recepción de las ideas de Planificación Familiar en Latinoamérica.....	27
La Salud Chilena en el siglo XX.....	34
La implementación de las Políticas de Planificación Familiar en Chile	40
La Octava Conferencia Internacional de la FIPF.....	46
La Planificación Familiar bajo la Unidad Popular	49
Una mirada a las mujeres beneficiarias de las políticas de Planificación Familiar.....	51
Conclusiones Capítulo.....	52
Capítulo II: Las Voces de las Mujeres en torno a las Políticas de Planificación Familiar.....	54
Definición Concepto Memoria Colectiva y Habitus Social.....	55
Muestreo Teórico Entrevistadas.....	59
La percepción de la infancia y maternidad.....	46
La vida en pareja o matrimonial.....	63
Las percepciones del embarazo y maternidad.....	68
Trayectoria Laboral de las beneficiarias entrevistadas.....	77

Formas de sociabilización y conocimiento de las políticas de planificación familiar.....	80
El aborto, una realidad conocida por todos.....	87
La posición de la Iglesia Católica frente a la Planificación Familiar.....	89
La percepción de las usuarias en torno a la Unidad Popular.....	91
El impacto de la Planificación Familiar en la vida de las mujeres.....	93
Conclusiones Capítulo.....	94
Capítulo III: La comunidad médica frente a la implementación de las Políticas de Planificación Familiar.....	97
El debate en torno al aborto y los anticonceptivos durante la década de 1930...	101
La mujer y la natalidad en la década de los años 50.....	106
La Natalidad y las Mujeres en las décadas de los años 50 en El Teniente.....	110
Los inicios de las Políticas de Planificación Familiar: el esbozo de una política.....	113
Las dudas e interrogantes en los inicios de las políticas de Planificación Familiar.....	118
¿Cuáles eran los motivos para que una mujer se incorporara al programa de Planificación Familiar?.....	120
Las usuarias y su nivel de información sobre la planificación familiar.....	123
Las Acciones Educativas del programa de Planificación Familiar.....	125
La relación entre las usuarias y las Matronas, un pacto de confianza.....	129
Las dificultades en la implementación de las Políticas de Planificación Familiar en Chile.....	134
Conclusiones Capítulo.....	137
Conclusiones Generales.....	139
Anexos Tesis.....	146
Cuadros estadísticos.....	146

Cronología Historia de la Planificación Familiar en Chile y en el mundo.....	149
Bibliografía.....	155

Agradecimientos

Tenemos la convicción de que es importante reconocer aquellas personas que ayudaron de algún u otro modo a la concreción de esta tesis, pues sin su aporte no se hubiese podido realizar lo presupuestado. En este sentido, quisiera agradecer a mis papás por la posibilidad que me dieron de estudiar esta apasionante carrera de Licenciatura en Historia y a mis hermanos por entender y apoyar en este proceso de redacción de la tesis, cada uno a su manera.

También me gustaría agradecer a amistades que apoyaron en la redacción y corrección de la presente investigación. Gracias a José Quezada por su gran disposición a dar en todo momento consejos prácticos y metodológicos los cuales muchas veces los olvidamos, complicándonos más de la cuenta al momento de investigar; gracias, asimismo, a Franco López por ayudar a contactar a un familiar beneficiaria de las políticas de planificación familiar y acompañar en la entrevista que le realizamos en Paine. En ese sentido, queremos agradecer la disposición de María Paz Reveco a ayudarnos en la búsqueda de informantes para la investigación, contactándonos con su abuela y quien, a la larga, fue la primera usuaria en ser entrevistada.

Quisiera destacar, además, la ayuda de Don Octavio, un activo adulto mayor de 90 años, quien no solamente ayudó a contactar a beneficiarias de estas políticas sino también revisó y planteó correcciones a los borradores de los capítulos. Asimismo, deseo agradecer la ayuda de Camila Azocar y de Paula Barriga, jefa programática de Aprofa, por el apoyo y ayuda prestada cuando fuimos a las dependencias de la organización a revisar fuentes primarias.

Igualmente, deseo agradecer la orientación y apoyo constante, desde el inicio de esta investigación, de la profesora María Soledad Zárate, junto a ella fuimos creando y precisando los objetivos de esta tesis a lo largo del tiempo. Además, quisiera dar las gracias a la profesora

Lorena Godoy Catalán, por su disposición constante a ayudar en el planteamiento de la pauta de entrevista a las beneficiarias como también en la metodología ocupada en la investigación.

Gracias totales, también, a cada una de las beneficiarias y profesionales de salud entrevistados en el marco de esta tesis. Gracias por tener la disposición de contestar nuestras preguntas y muchas veces compartir momentos dolorosos de su vida, pero también alegres como el nacimiento de sus hijos. Gracias al Colegio de Matronas de Chile y a su presidenta, Anita Román, quien nos ayudó a contactar a la matrona Ariadna para que fuera informante de la presente investigación.

Finalmente, queremos agradecer a la ex secretaria de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Alberto Hurtado, Lorena Godoy, por su disposición a ayudar en el proceso de revisión de fuentes primarias coordinando y facilitando el acceso al lugar donde estaban todas ellas. En este contexto, gracias totales a la actual secretaria de la Facultad, Pía Molina, quien en muchas ocasiones recibió las primeras versiones de los capítulos para su corrección por parte del profesor guía o nos ayudó de diversas otras formas en la etapa de la elaboración de la tesis.

Introducción

La presente investigación tiene como propósito estudiar la recepción de las usuarias de las políticas de planificación familiar desde el año 1965 hasta 1973 en Chile, esto con el afán de analizar las memorias individuales y colectivas de las madres atendidas respecto a las políticas reseñadas. Las políticas de planificación familiar como concepto fueron planteadas por primera vez en la década de 1940, donde además de la esterilidad conyugal se apuntaba a la educación sexual para las parejas, marcando una diferencia así con el control de natalidad: pues éste centraba su actuar solamente en la idea de la esterilidad y control de hijos, no en la educación. La planificación familiar fue parte de las medidas implementadas en Latinoamérica desde la década de los años 60 para hacer frente a dilemas como explosión demográfica, aborto, mortalidad materna etc.

En el caso de Chile, los programas de Planificación Familiar, institucionalizados por el Estado desde el año 1965, nacieron a partir de la necesidad estatal de no sólo controlar la tasa de crecimiento poblacional de aquellos años, sino también llevar a cabo acciones concretas que permitieran mejorar los servicios hospitalarios como las condiciones de salubridad de la población en su conjunto, poniendo énfasis en disminuir las tasas de aborto de la época. Bajo este contexto se insertan los trabajos pioneros de los médicos Hernán Romero, Tegualda Monreal, Rolando Armijo, Mariano Requena, Benjamín Viel, Onofre Avendaño, Carlos Montoya, Guillermo Adriasola, por mencionar algunos. Durante la década de los años 60 la Planificación Familiar era vista como el “conjunto de valores y acciones que permiten a la pareja humana tener el número de hijos que desee, cuándo y cómo lo desee, libremente en

conciencia”¹, según lo explicó en una presentación llevada a cabo por el Vicepresidente de la Asociación de Protección de la Familia, Guillermo Adriasola, ante la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Ecuador, en el año 1966, referente a políticas de planificación familiar.

En este ámbito, uno de los rasgos que sobresalen cuando hablamos de Planificación Familiar en Chile durante el marco temporal mencionado, en términos historiográficos, es un análisis macro de dicha temática, centrándose en los aspectos políticos, demográficos y económicos omitiendo las percepciones de las madres atendidas. Lo anterior fue una de las causas motivantes que origino esta tesis, pues creemos que en el análisis de algún proceso histórico determinado es necesario realizar un relato multi-causal y dimensional donde no solamente se hagan presente los aspectos socio-políticos sino también los culturales e identitarios. De ésta manera, se puede realizar una historia que nos da cuenta del nivel macro y micro a la vez, con lo cual claramente se enriquece el trabajo de nuestra disciplina en su conjunto.

Es por eso que en esta tesis, nos planteamos el desafío de responder la interrogante de ¿cómo las mujeres veían las políticas de planificación familiar entre 1965 y 1973?, una pregunta que para poder responderla se optó por llevar a cabo entrevistas a beneficiarias de las políticas y también a profesionales de la salud involucrados en las mismas. La importancia de las fuentes orales es que no sólo se tiene acceso a información de carácter descriptivo, sino también los testimonios de los informantes dan cuenta de las experiencias de los sujetos involucrados en estas políticas, permitiéndonos acceder al nivel vivencial de de las políticas citadas.

¹ Adriasola Guillermo, “Planificación Familiar” en Boletín del Comité Chileno de Protección de la Familia, boletín número 4, Abril 1966, Santiago, p 3.

Con el propósito de poder cumplir lo anterior, la segunda interrogante que guió ésta investigación fue ¿qué contenidos se hacen presente en la memoria colectiva de las beneficiarias?, ¿cuáles son los contenidos minoritarios y transversales en las memorias colectivas de las madres atendidas?: al responder esta pregunta estamos caracterizando y analizando las memorias colectivas de las madres atendidas. Una vez planteado lo anterior, la tercera interrogante de la tesis dice relación con ¿de qué forma la comunidad médica caracterizaba a las usuarias de las políticas de planificación familiar?, donde el propósito es establecer un paralelo entre las miradas de los distintos actores del sistema sobre la temática.

Las políticas de planificación familiar ha sido una temática abordada por la bibliografía secundaria en múltiples ocasiones y por distintos autores, tanto a nivel internacional como nacional, donde el enfoque principal es analizar a estas políticas desde una perspectiva sociopolítica y económica, omitiendo en la gran mayoría de los casos la recepción de las usuarias. En este sentido, coincidimos con la visión de la historiadora Camila Azocar, quien comenta respecto a éste último punto:

"puede parecer que la planificación familiar es sólo un tema cerrado que trabaja con cifras precisas de natalidad y mortalidad (...), pero eso no es más que una mirada simple respecto al tema, ya que la planificación familiar ayuda a observar una parte de la vida de las personas que también se ve afectada en el contexto histórico en el que se encuentra, por lo que su estudio podría revelar algo más que tan solo cifras de nacimientos y defunciones"².

Haciendo un balance de la bibliografía secundaria consultada en la investigación, podemos señalar que en ella encontramos una combinación de escritos académicos relativo a las políticas de planificación familiar, políticas de salud pública, medicina social, manuales históricos y de

² Azocar Camila, *Aprofa y la Planificación Familiar en Chile durante la década de 1980*, Tesis para optar al Grado de Licenciada en Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile, 2012, p 5

metodología investigativa cualitativa, por mencionar algunas temáticas. Todos estos temas se unen a través de las memorias individuales, colectivas y planificación familiar.

En lo concerniente a las políticas de planificación familiar, uno de los autores claves para poder comprender la historia de los anticonceptivos y fecundidad a lo largo de la historia de la humanidad en el concierto internacional, es Angus McLaren, quien da cuenta³ en torno a la evolución de los métodos anticonceptivos desde la Antigua Grecia hasta la actualidad, trayectoria histórica donde se evidencian los avances de la humanidad en los distintos ámbitos de la sociedad. La utilidad de la obra de McLaren radica en el hecho de dar cuenta de todo el debate generado en torno a los comienzos de la idea de control de natalidad en países como Inglaterra y Estados Unidos, que nos permiten indagar la fecundidad y su control en las primeras décadas del siglo XX.

Por su parte, la historiadora norteamericana Pieper Jadwiga⁴, en sus textos da cuenta del contexto en el cual se insertaron las políticas de planificación familiar, donde la autora distingue al debate anticonceptivo generado en la época y la alta tasa de abortos, lo cual tenía como consecuencia una gran mortalidad materna, como los factores gatillantes en la decisión del gobierno de Frei de implementar las políticas indicadas. Asimismo, la historiadora indica que estos programas también apuntaban a la modernización de la familia chilena y en donde el fin era hacer comprender a las mujeres la necesidad de limitar el número de hijos como vía de bienestar e instrumento para evitar la miseria. La utilidad de los planteamientos de Jadwiga en

³ En su libro *Historia de los Anticonceptivos*, Minerva Ediciones, Madrid, 1993

⁴ Tanto en su libro *The politics of motherhood: maternity and womens rights in twentieth- century* , Chile, Pittsburgh, University o Pittsburgh Press, 2009 como en el artículo “Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile” en María Soledad Zárate (Compiladora), *Por la salud de cuerpo*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008.

la investigación dicen relación con que da cuenta sobre el contexto y el enfoque que tuvieron las políticas de planificación familiar en el lapso temporal de la investigación.

Otra autora abordada en la investigación fue la historiadora María Soledad Zárate, quien⁵ en sus trabajos si bien no aluden directamente a las políticas de planificación familiar dan cuenta del contexto en el cual se insertaron éstas políticas, centrando su análisis en la supervisión médica del embarazo de las mujeres en la década de los años 30 y también sobre el papel que jugó el Programa de Salud Materno Infantil (PSMI) en los primeros años del Servicio Nacional de Salud, una temática trabajada junto a la historiadora Lorena Godoy Catalán. Una de las hipótesis señaladas en el artículo comentado, apunta a que el PSMI representó una continuidad de los múltiples programas referentes a la protección materno infantil aplicados en Chile desde la década de 1920. La importancia de los planteamientos anteriores radican en que proporcionan a la investigación el contexto en el cual se fundó el Servicio Nacional de Salud y se implementó el PSMI, instancia donde se desarrollaron las políticas de planificación familiar en la década de los 60. Comprender lo anterior es clave, para poder hacer referencia a como el Estado fue poco a poco sistematizando y racionalizando la atención de salud a la población, teniendo como base a la denominada medicina social.

Claudia Rojas⁶ es otra de las historiadoras consultadas, quien en sus escritos académicos explora los elementos locales e internacionales que repercutieron en la implementación de las

⁵ Las obras consultadas fueron Zárate Campos María Soledad, "Parto, crianza y pobreza en Chile" en Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri (editores), Historia de la Vida Privada en Chile, Taurus, Santiago de Chile, 2005.; Zárate Campos María Soledad y Godoy Lorena, "Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)" en História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.131-151.

⁶ Los artículos referentes a las políticas de planificación familiar de su autoría son: "Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático", Revista Debate Feminista, Año 5, Volumen N° 10, Septiembre 1994. Disponible en el sitio web

políticas de planificación familiar, siendo un ejemplo de los segundos la Fundación Ford o la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés). En los artículos mencionados también plantea la tesis de que las políticas reseñadas fueron el resultado de un proceso de modernización de la prensa, los medios de comunicación y la educación, que sumado al desarrollo alcanzado por la medicina pública a través de la conjunción de la acción del SNS y de la Universidad de Chile, permitieron la implementación de las políticas en la década de los años 60. El aporte de los trabajos de Rojas a la investigación se relacionan con el dar cuenta de las influencias internacionales y nacionales en las políticas de planificación.

Cabe indicar que con el fin de comprender y caracterizar las políticas de planificación familiar a nivel latinoamericano, se revisaron las obras de los historiadores Marcos Cueto, Raúl Necochea⁷, Carlos Contreras y Karina Felitti⁸. Los tres primeros aluden en sus escritos a la planificación familiar en Perú y Felitti, por su parte, se refiere al contexto latinoamericano y argentino de las políticas reseñadas.

En cuanto a metodología de la investigación, se abordó a Uwe Flick, quien plantea la idea de la relevancia de los casos como elemento clave para poder definir una muestra en una investigación cualitativa, como la realizada en la tesis. Es decir, a diferencia de una investigación cuantitativa⁹, lo que debemos preguntarnos es el aporte potencial de ese

http://www.debatefeminista.com/descargas.php?archivo=histor1201.pdf&id_articulo=1201; *Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile*, Estudios Avanzados, Chile, 2009.

⁷ Necochea Raúl, "19 parroquias: planificación familiar en el Perú, 1967-1976" en Cueto Marcos, Jorge Lossio y Carol Pasco, *El Rastro de la Salud en el Perú*, Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2009

⁸ FELITTI, Karina. La "explosión demográfica" y la planificación familiar a debate: Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia. *Rev. Esc. Hist.*[online]. 2008, vol.7, n.2 [citado 2012-09-08]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-90412008000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1669-9041.

⁹ Cabe señalar que las investigaciones cuantitativas tienen como elemento clave de la muestra a la representatividad.

informante para la investigación. Precisamente, el aporte de las hipótesis de Flick a nuestro trabajo fue ser el sustento teórico para la construcción de la muestra de las beneficiarias de las políticas entrevistadas.

También fueron relevantes los autores SJ Taylor y R Bogdan, quienes en su libro¹⁰ no sólo hacen referencia a los rasgos principales de una investigación cualitativa, sino también aluden al modo de entrevista en profundidad o autobiografía sociológica, instancia en la cual el entrevistado va dando cuenta de episodios significativos de su vida en determinadas temáticas definidas con anterioridad. Lo interesante de lo expuesto por Taylor y Bogdan se refieren a su análisis de los métodos cualitativos y modos de entrevistas, dos tópicos claves en la metodología del trabajo y donde radica el aporte a la investigación de estos autores.

Una bibliografía secundaria abundante complementada con la revisión de fuentes primarias, entre las cuales podemos mencionar la Revista Cuadernos Médicos Sociales, Boletín Aprofa, Revista Paula, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Revista Médica de Chile etc.

Analizando los testimonios de las madres atendidas entrevistadas, resalta la auto-percepción de ellas de una infancia y adolescencia sufrida, pero grata porque los papás, a su juicio, dejaron que vivieran su niñez de forma inocente; no tomando conciencia de los dilemas de la adultez como la precariedad económica, machismo o aceptación de la mujer en la sociedad de aquellos años. Todo esto dio como resultado un desconocimiento de las mujeres referentes a métodos para limitar el número de hijos e incluso, en algunos casos, no saber cómo nacían las guaguas. En este contexto, la hipótesis planteada en este trabajo alude a que producto de las primeras experiencias de vida en las usuarias estuvo marcada por la invisibilización de las temáticas de

¹⁰ Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados, Paidós, Buenos Aires, 1986.

sexualidad relegadas al ámbito de lo privado, por lo cual desconocían temáticas como la reproducción humana y los cambios inherentes a la mujer en un embarazo: esto provocó un desconocimiento de las usuarias en torno a la forma de evitar los embarazos no deseados y, al mismo tiempo, un proceso de aceptación - asimilación de los métodos anticonceptivos tanto en las beneficiarias como de sus parejas. Un cambio en el actuar de los individuos, sin lugar a dudas.

En tanto, el enfoque historiográfico de la tesis está centrado en lo que el historiador Diego Armus llama la historia sociocultural de la enfermedad, caracterizadas por

"ser narrativas que reconocen en las enfermedades no solo la existencia de algún tipo de sustrato biomédico -aquello de que una enfermedad es algo más que un virus o una bacteria- sino también (...) una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, facilitar y justificar la creación y el uso de ciertas tecnologías y desarrollos institucionales, canalizar ansiedades sociales de todo tipo, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención a la salud"¹¹, señala Armus.

La mirada de Armus refleja el propósito de este trabajo, pues al abordar la recepción de las beneficiarias en torno a las políticas, estamos refiriéndonos a las consecuencias socioculturales que conllevo las políticas de planificación en la población de las décadas de los 60 y 70.

Es importante mencionar que la existencia de una enfermedad, mal o dolencia se hace visible en el espacio público, de acuerdo a la perspectiva de este enfoque historiográfico, una vez que se acuerda sobre su existencia y se determina diversas medidas para tratar de contrarrestar los efectos perjudiciales de la problemática en cuestión. El propósito reseñado coincide con los objetivos de nuestra investigación, esto porque al indagar en las percepciones de las

¹¹ Armus Diego, Historia/ Historia de la enfermedad/ Historia de la Salud Pública, Revista Chilena de Salud Pública, Revista Chilena de Salud Pública, Vol 16 (3): 264 -271, 2012, p 266.

beneficiarias de las políticas de planificación familiar se está haciendo referencia a los procesos de reconocimiento de graves problemáticas como el aborto o las altas tasas de mortalidad materno- infantil y lo cual dio como resultado el planteamiento y desarrollo de políticas como la ya mencionada. La utilidad de este enfoque historiográfico para la investigación dice relación con un reconocimiento a la etapa de conformación y asimilación de las enfermedades y problemas de salud en el espacio público, por parte de los individuos, donde un elemento clave son las percepciones de los sujetos potencialmente beneficiarios de éstas políticas. Una mirada historiográfica que involucra las implicancias socio-culturales de las enfermedades y los problemas de la salud, temática en la cual se inserta nuestro trabajo.

Al final de cuentas, el aporte de esta investigación es la reconstrucción, caracterización y análisis de las memorias individuales y colectivas de las mujeres beneficiarias de las políticas de planificación familiar. Un proceso logrado tanto a través de entrevistas realizadas a las madres atendidas como producto de la revisión de fuentes primarias y bibliografía secundaria del objeto de estudio. La confluencia de fuentes escritas y orales en este trabajo es, sin lugar a dudas, el principal aporte de la investigación a nuestra disciplina.

Metodología de la Investigación

Como indicábamos en la introducción, la metodología utilizada en esta investigación fue una combinación de fuentes primarias escritas o documentales y orales, además de bibliografía secundaria referente a las políticas de planificación familiar. En los siguientes apartados reseñaremos la metodología de la investigación ocupada.

1. Tipos de fuentes

Las fuentes utilizadas en la investigación corresponden a las documentales y a las orales, las cuales analizaremos a continuación:

- a. **F. Documentales:** Haciendo un balance de las fuentes documentales revisadas en la investigación, podemos destacar que se tratan de revistas médicas, boletines, libros y artículos académicos relativos a las temáticas de planificación familiar, salud pública y el Programa de Salud Materno Infantil. (PSMI)

Las revistas revisadas fueron Cuadernos Médicos Sociales, Médica de Chile, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Revista Medicina Preventiva y Social y finalmente Revista Paula. La primera de ellas fue una de las publicaciones más significativas para la investigación, pues en ella pudimos localizar múltiples artículos escritos por profesionales de la salud involucrados en las políticas concernientes al PSMI, proporcionando a la investigación todo lo concerniente a los debates, dificultades y logros en relación a éstas políticas estatales. Cabe señalar que la Revista Cuadernos Médicos Sociales fue creada a instancias del Colegio Médico a fines de la década de los años 50.

Otra publicación interesante de mencionar es la Revista Paula, medio que a raíz de una presentación, en el año 1969, de un proyecto de ley tendiente a legalizar el aborto, entrevistó a los distintos actores involucrados en estas materias e incluso les dio el espacio a sus lectores para que opinarán del tema. Fueron 4 ediciones en las cuales se generó un interesante debate en las páginas de Paula y el cual es importante, en términos investigativos, para poder comprender la problemática del aborto en el marco temporal del estudio y su impacto en la sociedad.

Asimismo, fueron utilizados los boletines de la Asociación de Protección de la Familia (APROFA) y de la Oficina Sanitaria Panamericana. La importancia de los boletines de las organizaciones mencionadas radica en que mientras el primero da cuenta de la posición de Aprofa, una de las organizaciones precursoras en la implementación de las políticas de planificación familiar, el segundo alude a la visión de los organismos internacionales relativo a las políticas ya señaladas.

B.F. Orales: Cabe señalar que las entrevistas tanto a las beneficiarias de las políticas como a los profesionales de la salud involucrados, fueron realizadas a través del modo de entrevista en profundidad o autobiografía sociológica. Este modo de entrevista contempla indagar en torno a las experiencias de vida del informante y cuál es el significado dado a las mismas por el entrevistado. Así se puede comprender la vida interior de los entrevistados, o sea, el significado que ellos le dan a las múltiples experiencias de su propia vida.

En consonancia con lo anterior, la pauta de entrevistas contempló seguir la trayectoria de vida o profesional, según eran madres atendidas o profesionales de la salud los entrevistados, de los informantes y el total de las preguntas se englobó en las siguientes categorías: aspectos

personales, situación socioeconómica, acceso a atención de salud, vida en pareja o matrimonial, percepciones del embarazo y maternidad, trayectoria laboral, formas de sociabilización y conocimiento de las políticas de planificación, el factor religioso en las políticas de planificación, la percepción de las políticas en el contexto de la Unidad Popular y su vida en el presente.

Cuando se entrevistó a profesionales y técnicos de la salud, el enfoque de las preguntas se centraba en la experiencia profesional de ellos en las políticas de planificación y la caracterización de las beneficiarias, desde la perspectiva de la comunidad médica en su conjunto.

Cabe señalar que en cuanto al procedimiento de las entrevistas¹², éstas contemplaron una duración de una hora aproximadamente¹³ y las cuales fueron transcritas en su totalidad. La forma de contactar a los informantes fue a través de instituciones, como es el caso del Colegio de Matronas de Chile, o de amistades que nos comunicaron con familiares beneficiarias de las políticas de planificación familiar en el marco temporal de la investigación. En cada una de las entrevistas, se solicitó a los informantes firmar un consentimiento informado.

2. Caracterización entrevistados

Como indicábamos en los párrafos anteriores, los informantes de la investigación corresponden tanto a madres atendidas como a profesionales de la salud (médicos, matronas y enfermeras). En los próximos párrafos reseñaremos una caracterización de los entrevistados.

¹² La metodología utilizada en el análisis de las entrevistas es explicada en el segundo capítulo de la tesis.

¹³ En algunos casos, la entrevista se extendió más de una hora.

a. **Beneficiarias:**

Se realizaron 10 entrevistas a madres atendidas y en donde, al hacer una caracterización de las usuarias entrevistadas, podemos señalar que sus edades fluctúan entre los 60 y 81 años de edad (un 60% de las informantes están en el rango de edad de 60-70 años, un 30% está entre los 70 y 80 años de edad y un 10% tiene 80 o más años).

Confirmando los rasgos esbozados en publicaciones médicas de la década de los años 60, el nivel educacional de las entrevistadas es bajo: 5 entrevistadas cuentan solamente con educación básica y las otras 5 informantes, sus estudios son en moda, peluquería y costuras. En algunos casos no terminaron su formación, por diversas circunstancias, predominando el matrimonio o un embarazo no planificado como las razones mayoritarias. En cuanto al número de hijos, éstos fluctúan entre los 1 y los 7 hijos, observándose que en un 40% de los casos las informantes tuvieron 4 hijos. El lapso temporal en que las entrevistadas tuvieron a sus hijos fue entre las décadas de los años 50 y 80, por tanto vivieron toda la experiencia relativa a la maternidad en el marco temporal de la investigación.

En todos los casos, los métodos anticonceptivos fueron utilizados por las beneficiarias una vez que tuvieron uno o más hijos e incluso cuando ya habían nacido la totalidad de sus hijos. Los métodos anticonceptivos más utilizadas por las madres atendidas entrevistadas fueron: lipped, multi-love, diu, anillo, t de cobre y pastillas anticonceptivas. En cuanto a las pérdidas de hijos, la mitad de las madres atendidas entrevistadas sufrieron pérdidas y de este grupo un 40% fueron muertes intrauterinas y un 10% su hija falleció al año de vida. En el siguiente cuadro están reseñadas las características de las usuarias entrevistadas:

Cuadro caracterización beneficiarias entrevistadas políticas de Planificación Familiar

Nombre	Edad	Residencia	Hijos	N° de pérdidas	Estudios	Anticonceptivos
Elvira	65	Rancagua	2	-	Estudios de moda	Lipped/ Multi-love
Emilse	60	Providencia	3	-	Relacionadora Pública	No fue usuaria de ellos, estaba a favor de la abstinencia
Karen	72	Rancagua	2	-	Dos años de colegio/ Cursos de moda	Esponja en el útero/ Diu
María	81	Cerro Navia	4	-	Educación básica	Anillo, una vez que tuvo a su último hijo
Paz	76	Cerro Navia	7	Hija fallecida al año de edad	Estudios de Peluquería	Anillo, una vez que tuvo a su último hijo
Natalia	68	Maipú	4	Una pérdida	Dos años de colegio	Lipped por 12 años/ Operación por ombligo
Lidia	79	Rancagua	2	-	Cuatro años de colegio	Ligamiento de trompas, sin consentimiento de ella
Beatriz	65	Maipú	4	Dos pérdidas por aborto espontáneo	Estudios incompletos de costuras	Lipped
Dasmac	69	Paine	1	Una pérdida intrauterina	Educación Básica	Usuaria de T de cobre y del espiral.
Olga	67	Maipú	4	Una pérdida.	Estudió moda en Instituto Profesional	T de cobre, pastillas anticonceptivas y Lipped.

b. Profesionales de la Salud entrevistados

En el contexto de esta investigación se entrevistó a los siguientes profesionales y técnicos de la salud: enfermera, dos matronas, médico y un practicante médico. Todos ellos tienen

trayectoria profesional en provincias, lo cual es de importancia para la investigación pues en sus testimonios dan cuenta de las particularidades de la zona en donde ejercieron. En el siguiente cuadro se presentan las características de los profesionales y técnicos de la salud entrevistados:

Cuadro caracterización profesionales y técnicos de la salud entrevistados

Nombre	Edad	Especialidad	Formación	Trayectoria Profesional
Eugenio	Entre 68 y 70 años	Médico	U. de Chile. Especialidad Gineco Obstetra (1960- 1967)	. Desde 1972 ha realizado docencia universitaria en temas de planificación familiar. En 1987 fue parte de la Junta Directiva de APROFA, y desde 1990 participó como miembro de la junta directiva de la IPPF. Actualmente trabaja en su consulta privada
Ariadna	64	Matrona	1966-1970 U.de Chile Escuela de Obstetricia	-Matrona Jefe Chiloé (1970-1976).Matrona Jefe y Clínica Cesfam Santa Julia, Macul. Este lugar es un centro familiar.- Activo miembro del Colegio de Matronas. -Docente de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Mayor.
Elisa	80	Matrona	1950-1953 Escuela de Obstetricia de la U. Chile, en el Hospital San Borja.	Hospital San Borja; Casa de Socorro de Peñaflor; Consultivo de Peñalolén. Hospital El Salvador, Escuela de Obs. y Puericultura del SNS; trabajo voluntario en APROFA, Fundación Santa Ana durante periodo activo y después de jubilación
Adita	72	Enfermera	1961-1965 Escuela de Obstetricia Carlos Van Buren,	-Ejerció durante tres años en el Hospital de La Serena, luego se dedicó a la crianza de sus hijos.
Octavio	90	Practicante Médico	(1938-1939) Asistencia Pública	Practicante médico en la Asistencia Pública y en El Teniente. Se jubiló en 1977. A pesar de esto último, siguió ejerciendo en forma particular hasta el año 2004.

Haciendo un balance de la información consignada en la tabla de caracterización de los entrevistados, destaca que todos los profesionales de la salud estudiaron en la Universidad de Chile y su gran mayoría en Santiago, salvo Adita que estudió en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile en la ciudad de Valparaíso. El período de formación de los informantes se inicia en el año 1938 y concluye en 1970, por lo cual abarca tanto el período previo a la fundación del Servicio Nacional de Salud como el lapso de la implementación del SNS y, por cierto, de las políticas de planificación familiar. En el caso de Octavio, practicante médico, se formó en la Asistencia Pública a fines de la década de los años 30. Es importante mencionar, asimismo, que las dos matronas entrevistadas estudiaron en la misma escuela de obstetricia, perteneciente a la Universidad de Chile, pero en épocas distintas.

De los informantes observados, se observa que el médico Eugenio ha sido el profesional, en cuanto a su trayectoria profesional, el más ligado a temáticas de planificación familiar a través de Aprofa y la Federación Internacional de Planificación Familiar. Asimismo, una de las matronas entrevistadas, Ariadna, también estuvo relacionado con las políticas cuando ejerció en Chiloé: allí debió hacer educación a las mujeres en torno a métodos anticonceptivos y la necesidad de planificar el número de integrantes de las familias.

Cabe consignar que ambas matronas entrevistadas tienen hasta nuestros días una activa participación en el Colegio de Matronas: en el caso de Elisa fue una de las fundadoras de la institución y, además, ganó en el año 1981 el Premio Lorenzo Sazié de la organización que ayudó a formar. Por su parte, Ariadna ha participado en múltiples comisiones y operativos relacionados con su campo profesional, ejemplo de lo anterior es que fue integrante de la Comisión de Climaterio en representación del Colegio de Matronas.

Las entrevistas al médico Eugenio y la matrona Elisa fueron realizadas en el marco del Proyecto Fondecyt “Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materna infantil. Chile 1952-1973”, las cuales fueron facilitadas para ésta investigación.

Finalmente cabe consignar que los informantes en esta investigación serán identificados bajo seudónimos, con el fin de proteger sus identidades dado a los recuerdos personales que aparecen en sus testimonios.

Capítulo I: Las Políticas de Planificación Familiar en Chile durante los años 60 y 70

Al hacer un balance del Siglo XX en su conjunto, claramente resaltan las características de un período de grandes avances de índole científico-tecnológico en distintas áreas del saber lo cual trajo como consecuencia una mejora en la calidad de vida de los individuos de comienzos de siglo, al evidenciarse avances en el tratamiento de enfermedades y también hubo un protagonismo de la idea de prevenirlas. Todo lo anterior permitió que, en una primera instancia, durante el “Período de Entre Guerras” y posteriormente luego del fin de la “Segunda Guerra Mundial” se genera un crecimiento poblacional, lo cual se explica por un doble proceso: por un lado descendió la mortalidad y por el otro hubo un aumento de la esperanza de vida cuyo resultado final fue un alza en la cantidad de población en la tierra, surgiendo inquietud en la sociedad de aquellos años por un miedo a la sobrepoblación¹⁴. Fue en este contexto en el cual se planteó la idea de controlar la natalidad¹⁵, postulado en el cual confluyeron no sólo un interés de limitar la cantidad de nacimientos en un escenario de recursos limitados sino implementar políticas eugenésicas cuyo fin último era impedir la existencia de las familias numerosas en los grupos obreros y otros sectores de la sociedad pues, señalaban los teóricos, éstas al no poder satisfacer las necesidades básicas provocaban infelicidad en sus integrantes, lo cual repercutía en el posterior crecimiento del niño.

¹⁴ Se temía una escasez de espacios, recursos y bienes disponibles. Las raíces de estos planteamientos se relacionaban con las premisas de Malthus en el Siglo XVIII, quien señalaba que el crecimiento poblacional no era equivalente al aumento de la cantidad de los alimentos

¹⁵ Es interesante analizar ver los métodos que se utilizaban en el Siglo XIX con el objetivo de prevenir los embarazos, entre los cuales podemos mencionar: coitus interruptus, coitus reservatus (evitar la eyaculación), penetración no vaginal, abstinencia periódica etc. Claramente en todos estos casos vemos como la ciencia en general no se ha involucrado todavía en aspectos de la vida privada, el oikos de los seres humanos, como las relaciones sexuales.

En este capítulo analizaremos la trayectoria de las ideas referidas al control de la natalidad, maternidad, relaciones de género, métodos anticonceptivos, planificación familiar, entre otros temas, a lo largo del siglo XX a nivel mundial y, en una segunda parte, nos centraremos en el desarrollo de las “Políticas de Planificación Familiar” en el contexto latinoamericano y chileno de la década de los años 60 y 70. La idea es poder comprender tanto el escenario internacional como nacional de aquella época que, al final de cuentas, dio como resultado la implementación de las políticas de planificación familiar desde fines del año 1965, bajo el gobierno demócrata cristiano de Eduardo Frei Montalva.

Es importante señalar las diferencias entre los términos de Control de Natalidad y Planificación Familiar, pues si bien ambos conceptos están relacionados entre sí su propósito final marca la semejanza. En el caso del primero, se refiere a una limitación del número de hijos por cada matrimonio, a través del uso de métodos anticonceptivos y, por su parte, la planificación familiar hace alusión a un conjunto de políticas¹⁶, cuyo fin es enseñarles a concebir hijos a las parejas de forma planificada: así se está evitando la llegada de embarazos no deseados. A lo largo de este capítulo, profundizaremos en ambas palabras.

Los comienzos del Control de Natalidad en el mundo

En el transcurso del año 1910 la anarquista estadounidense Emma Goldman comenzó a defender en distintos lugares de su país la necesidad de controlar la natalidad dado que mediante lo anterior se podía dar mayor espacio de acción, a juicio de Goldman, a la mujer en el plano de sus relaciones sociales como de pareja. Si bien Goldman no creó un movimiento de

¹⁶ Entre ellas se puede mencionar: proporcionarles a la población métodos anticonceptivos, implementación de charlas para las mujeres referente al tema, desarrollo de programas de Paternidad Responsable etc.

masas que permitiera masificar los puntos ya reseñados, Margaret Sanger¹⁷ pudo concretar aquello. Sanger¹⁸ fue la creadora de la frase “control de natalidad”, la cual describía la limitación de la familia de una manera positiva que, claramente, no visibilizaba el discurso político-social¹⁹ que sustentaba este tipo de acciones. Marie Stopes²⁰, proveniente de una familia culta de clase media alta de Gran Bretaña, realizó una labor parecida a la de Sanger en su país natal: promovía la idea de que la mujer casada tenía el mismo derecho a sentir placer sexual que su esposo. Es importante señalar que si bien todas las acciones de las mujeres ya mencionadas apuntan a promover el deseo y placer femenino, se sigue insistiendo en la literatura de la época los roles tradicionales de género lo cual queda en evidencia en la obra de Theodore van de Velde, “Matrimonio Ideal”, publicado a fines de la década de 1910, donde, por ejemplo, el médico juega el rol de guía, el esposo de iniciador y finalmente la esposa como alumna.

Es importante indicar que la esterilización de las mujeres como una manera de controlar el número de nacimientos fue poco utilizado como método de control, por su asociación a prácticas eugenésicas: aunque, por citar un ejemplo, en Estados Unidos se aprobaron leyes que autorizaba la esterilización de los débiles mentales, como la del Estado de Indiana promulgada

¹⁷ Es interesante mencionar que en el transcurso del año 1916 Sanger funda en Brooklyn una clínica de control de natalidad, constituyendo así el primer centro dedicado al tema en Estados Unidos. Por este hecho fue detenida y juzgada, sin embargo continuaría con acciones tendientes a difundir la temática reseñada; en 1921 crea American Birth Control League.

¹⁸ En uno de sus libros, llamado “Family Limitation”, Sanger sugería a las mujeres el uso de irrigaciones vaginales, preservativos y pesarios en sus relaciones sexuales como medios de impedir embarazos no deseados.

¹⁹ En el sentido de la necesidad de limitar el número de hijos de aquellas familias no deseables, es decir, aquellos niños que más tarde iban a tener que ser mantenidos por el Estado dado a la imposibilidad de sus padres para satisfacer sus necesidades básicas.

²⁰ Stopes es la primera mujer inglesa que obtiene un doctorado en Paleobotánica. En 1918 publica su libro “El Amor Conyugal”, en el resalta la idea de que la mujer casada tiene derecho a sentir placer sexual, sin embargo en el no hace mención alguna a alguna política de control de natalidad. En respuesta a lo anterior, publica el libro titulado “Sabiduría Parental”, escrito donde aborda lo ya mencionado.

en 1907. Incluso, en muchos países comenzó a imperar la tendencia de solicitar un certificado médico matrimonial con el fin de impedir el nacimiento de una descendencia enferma.

Los métodos anticonceptivos más recomendados durante las primeras décadas del Siglo XX eran el capuchón cervical y el diafragma, esto porque las mujeres podían utilizarlos por su cuenta dando como resultado que pudiesen disfrutar de una relación sexual de carácter placentera. Asimismo, había un rechazo, por parte de Sanger y Stopes, de la utilización del coitus interruptus, porque representaba un daño físico y psicológico para el matrimonio dado que no permitía una comunicación fluida entre los esposos. Una de las formas de control era el aborto, actividad en donde pese a una mejora importante en cuanto a las técnicas, igual presentaba una alta tasa de mortalidad materna, como lo revela las estadísticas²¹: en Inglaterra se registró un aumento de 3,91 por cada mil partos en 1921²² a 4,41 en 1934, por citar un caso. Esto pasó porque en aquellos años se estaban creando los anticonceptivos y no había certeza de la efectividad de ellos, lo cual generó en las mujeres una desconfianza respecto a ellos y lo cual las obligó a seguir recurriendo al aborto como vía para controlar los embarazos no deseados.

Ya en la década de 1930, la esterilización era utilizada con fines eugenésicos por los gobiernos de la época, observándose, además, un nuevo impulso en relación al método ritmo: Ogino y Knaus difundieron una forma en donde se podía identificar de manera más exacta los días fértiles de las mujeres, comprobándose al poco tiempo el fracaso de este sistema. Otro de los métodos en los cuales se trabajó desde antes de la Primera Guerra Mundial eran los dispositivos intrauterinos, los cuales no pudieron ser masificados por lo complicado de su uso;

²¹ Citadas en el libro de Angus McLaren “Historia de los Anticonceptivos”

²² Cabe señalar que el período de la década de los años 20 se caracteriza por la irrupción de la sociedad de masas, producto de la difusión y masificación de los medios de comunicación masiva, como es el caso de la radio, prensa y cine.

las cremas, geles espermicidas y las distintas cremas para las irrigaciones experimentaron una gran demanda, pero no pudieron consolidarse por tener una baja eficacia. El preservativo, en tanto, no logró una aceptación social importante, pues continuó asociándose a las enfermedades de transmisión sexual.

Cabe señalar que uno de los hitos en la historia de los anticonceptivos aconteció en 1937 cuando el Doctor Robert Latou Dickinson logró, luego de múltiples gestiones, que la American Medical Association aprobara una resolución donde se establecía la importancia de la anticoncepción y, al mismo tiempo, se solicitaba su enseñanza en las escuelas de medicina. Otro de los fenómenos que se generó en aquellos años fue un aumento de la tasa de natalidad europea, luego del Fin de la Segunda Guerra Mundial, lo cual se conoció como baby boom. Las causas que explicaron dicha realidad, a juicio de Jay Winter, se debe a una reacción ante los efectos adversos que produjo la guerra lo cual dio como resultado “una intensificación de las medidas para asegurar la estabilidad económica y política internacional que consistían en una serie de políticas explícitamente encaminadas al apoyo de la vida familiar. (...). Los años posteriores a 1945 fueron la etapa en que la vida familiar alcanzó su cénit”²³, señala Winter.

El baby boom que tuvo lugar en Europa y en otras partes del mundo, durante las décadas de los años 40 y 50, fue bien recibido por los distintos gobiernos, sin embargo la ocurrencia del mismo fenómeno en el Tercer Mundo provocó preocupación en las clases políticas. “El paralelo y rápido aumento de población en el Tercer Mundo, producido por un descenso de la tasa de mortalidad, fue percibido como una amenaza al orden social global”²⁴, indica Angus McLaren, esto generó la acción de organismos estatales y privados con el fin de evitar que las zonas más

²³ Winter Jay, La Familia Europea y las dos guerras mundiales en David I. Kertzer y Mario Barbagli comp., *Historia de la familia europea*, Vol. 3, Barcelona, Paidós, 2004, p 252.

²⁴ McLaren Angus, *Historia de los Anti-Conceptivos*, Minerva Ediciones, Madrid, 1993, p 278.

pobladas del mundo cayeran bajo la influencia de la Unión Soviética. Recordemos que estamos hablando de las décadas de los años 40 y 50 en el contexto de la denominada “Guerra Fría”, donde cada área del mundo era disputada por la URSS y Estados Unidos en cuanto a la capacidad de influir en el escenario local.

Lo anterior explica el hecho de que organismos como la Fundación Rockefeller comenzará a financiar diversas investigaciones científicas con el fin de poder hallar los medios que permitiesen limitar el crecimiento poblacional. Rockefeller temía por una posible caída de Asia, África y Latinoamérica en manos del Comunismo. Junto con esto, los social-conservadores levantaron el discurso de que una familia pequeña era sinónimo de una paternidad responsable. Cabe señalar que en el año 1952, luego de la Tercera Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar, realizada en Bombay (La India), se funda la Federación Internacional de Planificación Familiar, conocida a nivel internacional por su sigla en inglés, IPPF. El objetivo de este organismo, en el cual se reunía una serie de asociaciones nacionales autónomas, era promover la implementación de diversos programas de planificación familiar y también brindar asistencia sanitaria y educativa en cada uno de los países.

En 1951 Gregory Pincus descubrió que la progesterona permitía inhibir la ovulación, paso necesario para iniciar indagaciones en torno a producir hormonas sintéticas con la idea de comercializarlos. La nueva droga empezó a probarse en mujeres de Boston y Puerto Rico en extensos experimentos clínicos a fines de la década de los años 50. Un hito dentro de este proceso ocurrió en 1960 cuando la Food and Drug Administration de Estados Unidos aceptó la venta de un anovulatorio sintético de Searle como píldora anticonceptiva. Lo interesante de la aparición de la píldora fue que con ello la comunidad médica respaldó el desarrollo de las

Políticas de Planificación Familiar, las cuales fueron definidas en 1971 por un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud de la siguiente manera:

“La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a alcanzar determinados objetivos: evitar los nacimientos no deseados, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirán la familia. Para esos fines se necesita diversos servicios: educación y asesoramiento en materia de planificación de la familia, distribución de medios contraceptivos, tratamiento de la infecundidad y educación sexual y familiar; además, hay que desarrollar otras actividades afines, como asesoramiento genético, consultas matrimoniales, detección de tumores malignos y servicios de adopción”²⁵

Es importante señalar que la década de 1960 se caracterizó por ser años de cambios socio-políticos y culturales en todo el mundo, lo cual queda en evidencia con un auge de la urbanización²⁶, crecimiento explosivo de las necesidades del mercado de contar con las llamadas “profesiones liberales”²⁷ ligadas al ámbito de la administración y también se presenta la irrupción de la cultura juvenil. Ésta tuvo como rasgos principales un clima de relajación sexual²⁸, cambios en las actitudes y relaciones de pareja²⁹, internacionalización de la cultura juvenil que explica fenómenos como la Nueva Ola en Chile y finalmente apuntaba a un cambio en las relaciones con las generaciones del ayer, en el sentido de que lo joven se consideró como un grupo etario independiente respecto a los mayores con poderes de decisión y capacidad

²⁵ OMS, Serie de Informes Técnicos, número 476, 1971, p 8

²⁶ La agricultura ya no era rentable como actividad económica, por lo cual hubo una gran migración a las ciudades.

²⁷ De acuerdo a lo explicado por Hobswabm, la necesidad del mercado de contar con las profesionales liberales nos hablan también de un crecimiento de la enseñanza superior y una mayor alfabetización de las masas. Las personas, producto de la política llevado a cabo de Estado de Bienestar, pudieron satisfacer sus necesidades básicas e invertir en la educación de los hijos. Niños y jóvenes dedicados a tiempo completo al estudio constituyó, sin lugar a dudas, un factor nuevo para la época.

²⁸ Es importante no caricaturizar la sexualidad de la cultura juvenil, en el sentido de pensar que todo el día se dedicaban a tener relaciones sexuales y vivir una vida de amor y paz. Lo que se generó en la época fue una visibilización de sentimientos que antes eran privados.

²⁹ Se pone en cuestión el modelo tradicional de familia, decidiendo llevar una sexualidad no destinada a la procreación.

adquisitiva, que la convirtieron en un grupo de gran importancia para el mercado de las economías desarrolladas.

Durante la década de los años 60 la Iglesia Católica también jugó un rol importante en cuanto a la implementación de políticas de natalidad, con la publicación de la Encíclica Papal “*Humanae Vitae*”, durante el año 1968, donde el Papa Paulo VI detalla la postura de la institución que encabeza respecto al control de natalidad y planificación familiar. En el documento se indica que toda relación sexual debe tener como resultado la procreación humana, ir en contra de ello, explican, significa no practicar las leyes morales cristianas: es por ello que recomiendan la práctica de la abstinencia sexual en los matrimonios, así se evitan la ocurrencia de embarazos no deseados. El documento papal fue rechazado por diversos grupos al interior de la Iglesia, acusando al Vaticano de involucrarse en asuntos de índole personal de cada uno de los individuos y también de no considerar la realidad demográfica de los países sub-desarrollados.

La recepción de las ideas de Planificación Familiar en Latinoamérica

En este escenario de transformaciones en los distintos ámbitos de la sociedad latinoamericana, surge, luego del fin de la Segunda Guerra Mundial, una preocupación por el aumento de la tasa de natalidad en el continente, donde la problemática no pasaba necesariamente por la cantidad de individuos sino por qué grupo social se producía más, en un contexto de Guerra Fría: donde había preocupación por las posibles demandas de nuevos actores que tensionarán el sistema en su conjunto. Así, se generó un clima de incertidumbre por las consecuencias que lo anterior podía traer: el aumento de la natalidad en esta zona fue asociado con las ideas de pobreza, desnutrición, analfabetismo e inestabilidad política y

económica. La solución propuesta fue apostar a las políticas de planificación familiar, señala en su análisis Karina Felitti³⁰, pues era la alternativa más rápida y efectiva para lograr los fines propuestos, es por eso que se apostó al desarrollo de la tecnología anticonceptiva y al establecimiento de diversas instituciones relacionadas con las temáticas de natalidad.

Un ejemplo de lo anterior fue la inauguración, por parte del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, del Centro Latinoamericano de Demografía³¹ (Celade) en la ciudad de Santiago de Chile en el transcurso del año 1957. Los objetivos de este centro eran: la organización de cursos y estudios referente a los problemas demográficos y proporcionar asesoría a los gobiernos de la región respecto de asuntos demográficos.

A principios de la década de los 60, el Presidente de Estados Unidos, John F. Kennedy, anuncia el proyecto de “Alianza para el Progreso”, la cual tenía como fin proporcionar a América Latina 20.000 millones de dólares destinados a inversiones públicas y privadas:

“Esta alianza se funda en el principio de que al amparo de la libertad y mediante las instituciones de la democracia representativa, es como mejor se satisfacen, entre otros anhelos, los de trabajo, techo y tierra, escuela y salud. No hay ni puede haber sistema que garantice verdadero progreso si no proporciona las oportunidades para que se afirme la dignidad de la persona que es fundamento de nuestra civilización”³², se indicaba en la época.

Producto de que esta alianza se inserta en un contexto de Guerra Fría, con una realidad marcada por el enfrentamiento ideológico entre Estados Unidos y la Unión Soviética, comenzó a imperar la idea de que un contexto marcado por un crecimiento poblacional con una

³⁰ En el artículo La "explosión demográfica" y la planificación familiar a debate: Instituciones, discusiones y propuestas del centro y la periferia. *Rev. Esc. Hist.*[online]. 2008, vol.7, n.2

³¹ Es importante comentar que la inauguración de la Celade se inserta en el marco de una política global del Consejo Económico y Social de la ONU, la cual contemplaba la inauguración de tres centros de estudios regionales de la población en Santiago, Bombay (India) y El Cairo (Egipto).

³² Reunión de Punta del Este (Uruguay), Boletín de la Oficina Sanitaria Americana, Bolos P, número 4, Volumen LI, Noviembre 1961, p 475

economía sub-desarrollada podía significar una radicalización social y política de la población que pusiera en riesgo la estabilidad del sistema socio-político de la época.

Haciendo un balance de la realidad latinoamericana en general, de acuerdo a lo planteado por Felitti, imperaba en el continente la idea de que los programas de planificación familiar no eran la clave para poder solucionar los múltiples problemas sociales y económicos que estaban presentes en esta zona del mundo.

En 1968 un grupo de profesionales del mundo de las ciencias y de los negocios, convocados por el industrial Aurelio Peccei, formaron el Club de Roma que discutía las problemáticas mundiales de aquellos años. Ellos solicitaron una investigación³³ al Instituto Tecnológico de Massachussets (MIT) respecto al crecimiento poblacional, la cual fue publicada en el año 1972 con el nombre de “Los límites al crecimiento” (The limits to Growth). Las conclusiones del estudio fue que la realidad anterior iba a generar un aniquilamiento de los recursos no renovables, severo deterioro ambiental y finalmente se regresaría a un equilibrio poblacional producto de un decrecimiento de la población, producto de una mortalidad masiva. La respuesta a esta investigación provino del sociólogo brasileño Helio Jaguaribe³⁴, quien criticó al informe por carecer de una dimensión histórica, señalando que a su juicio eran tres las catástrofes que afectarían supuestamente al mundo: el holocausto atómico, producto de la Guerra Fría; ruina ecológica y la desintegración socio-cultural de la sociedad dado a una distribución desigual de los recursos.

³³ Meadows Donella, Randers Jorgen at al, Los límites al crecimiento, Universe Books, Nueva York, 1972. El libro fue publicado también por el Fondo de Cultura Económica en México, en 1972.

³⁴ Sus ideas las desarrolla en su siguiente obra: El Equilibrio Ecológico Mundial y los Países Sub-desarrollados (Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Argentina, 1971).

En 1967 distintos organismos internacionales- como la Organización de Estados Americanos (OEA), Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Población y el Aspen Institute for Institute for Humanistic Studies- se reunieron en Caracas, Venezuela, para confirmar y debatir en torno a la preocupación por los altos índices de abortos, la desnutrición infantil, la ruptura de los vínculos familiares y finalmente el alza de la delincuencia infantil, protagonizada por niños sin posibilidad de acceder a la educación formal por lo numeroso de sus familias. En la ocasión, si bien se aceptó los programas de planificación familiar, se puntualizó en esta decisión la necesidad de no sólo vincular la variable demográfica con otras realidades sino también respetar siempre la soberanía de cada uno de los países.

Otro hito de la recepción de las políticas de planificación familiar en América Latina fue el estreno de la película “Sangre de Cóndores” (Yawar Malku) el año 1969 en Bolivia: el film del director boliviano Jorge Sanjinés denunciaba las esterilizaciones a mujeres, pertenecientes a comunidades indígenas cercanas a la Paz, sin el consentimiento de ellas por parte de médicos norteamericanos y con el apoyo de las autoridades locales. La película nos habla de un nuevo cine comprometido socialmente con las problemáticas que afectaban al continente en aquellos años.

Ese mismo año, en Argentina, el Instituto Torcuato Di Tella (ITDT), situado en San Miguel de Tucumán, organizó un Simposio sobre políticas de población para Argentina, con el fin de proporcionar miradas y colaborar respecto a la redacción de una política demográfica para el país: la mayoría de las ponencias presentadas apuntaban a la defensa de la soberanía nacional y la promoción del desarrollo económico por lo cual era necesaria incentivar el crecimiento poblacional de los países. En este escenario, el énfasis de la discusión no estuvo puesto en la

protección de los derechos individuales ni tampoco en la libertad de decidir, por parte de las parejas, la cantidad de hijos a tener, sino el miedo de las autoridades de la época era tener un país despoblado que estuviera a merced de las políticas imperialistas practicadas por Estados Unidos.

Por su parte, en el caso de Perú³⁵, durante la segunda mitad del Siglo XX, la población comenzó a crecer a un ritmo acelerado y, al mismo tiempo, se observó un interés de agencias bilaterales y multilaterales en ser parte de las políticas de población que se crearan en el contexto de países en vías de desarrollo: como por ejemplo la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el Population Council, organismos con los cuales la comunidad médica peruana comenzó a interactuar con el fin de interiorizarse sobre sus programas de planificación familiar, motivando la creación de organismos y políticas similares en el contexto nacional. En 1965 se fundó el Centro de Estudios Avanzados de Población y Desarrollo (CEPD)³⁶, el Instituto Marcelino también fue protagonista de iniciativas de planificación familiar y desde el año 1966 la Asociación Peruana de Paternidad Responsable ofrecía a la población información y métodos anticonceptivos con el objeto de poder regular el número de hijos. El Primer Seminario Nacional de Población y Desarrollo, llevado a cabo en Paracas durante el transcurso del año 1965 con el auspicio de el CEPD, se transformó en el evento que permitió legitimar los primeros estudios realizados en torno a la planificación

³⁵ Algunas de las obras que se refieren a la realidad de las políticas de planificación familiar en Perú son las siguientes: Necochea Raúl, “19 parroquias: planificación familiar en el Perú, 1967-1976” en Cueto Marcos, Jorge Lossio y Carol Pasco, El Rastro de la Salud en el Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2009; Ponce Ana, José María García, Marcela Chueca et al, Hogar y Familia en el Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 1985; Cueto Marcos, Salud, cultura y sociedad en América Latina, IEP / Organización Panamericana de la Salud, Lima, 1996 y Cueto Marcos y Contreras Carlos, Historia del Perú Contemporáneo: desde la Independencia hasta nuestros días, Universidad Católica del Perú, Lima, 2000.

³⁶ La misión de este centro era realizar investigaciones relacionadas con la población y participar en programas de salud materno-infantil con el Ministerio de Salud Peruano. Tuvo, asimismo, una estrecha relación con el IPPF.

familiar: en la ocasión, se discutió la elaboración de políticas gubernamentales cuya misión era regular el incremento poblacional generado en el país en las décadas de los años 50 y 60.

Luego de una crisis social, económica y política durante el año 1968 hubo un Golpe de Estado en Perú, asumiendo una Junta Militar³⁷ encabezada por el General Juan Velasco Alvarado, una de las primeras medidas fue establecer el modelo de Industrialización por sustitución de importaciones, lo cual fue una respuesta de un Gobierno de carácter reformista que pretendía reformar la atrasada estructura económica del país. Antes la economía peruana se sustentaba en un carácter primario exportador de materias primas como petróleo, cobre, azúcar, harina de pescado etc. El Septenato de Velasco (1968-1975) impulsó una serie de reformas: se estableció un masivo traspaso de la propiedad de los principales recursos productivos hacia el Estado mediante la vía de las estatizaciones y expropiaciones de yacimientos mineros³⁸, pesca y producción de cemento y fertilizante.

Bajo el mandato de Velasco se implementaron políticas proto-natalistas: al prohibir el desarrollo de las actividades de planificación familiar por las conexiones de éstas con las diversas organizaciones filantrópicas norteamericanas. Primaba en su gobierno un discurso nacionalista, anti-imperialista e izquierdista, ellos veían detrás de la ayuda foránea una conspiración de las grandes potencias mundiales de impedir el nacimiento de más pobres en el llamado Tercer Mundo: lo central del asunto, explicaban en sus discursos, era ver los verdaderos problemas estructurales, como por ejemplo la explotación económica. La propuesta del gobierno de Velasco reconocía la alta tasa de natalidad imperante aquellos años en el país, pero, de acuerdo al gobierno, la reducción de la misma se logra a través de la decisión libre y

³⁷ Durante los 12 años de duración de la Dictadura no hubo Congreso ni tampoco poder electoral. El Consejo Nacional de Justicia fue el ente que remplazó a la Corte Suprema.

³⁸ Siendo un ejemplo de ello el caso del Cerro de Pasco Corporation.

responsable de las poblaciones, todo esto en un contexto que presente un importante grado de desarrollo y un escenario de justicia social. Engloban la temática demográfica dentro de una problemática mayor, relacionada con las desigualdades sociales existentes en el mundo en las décadas de los años 60 y 70, con lo cual la identidad peruana se construye a partir de lo nacional siendo lo internacional una otredad negativa, responsable de los dilemas sociales enfrentados por el país.

Por su parte, el desarrollo de las políticas de planificación familiar en Argentina se planteó como una forma de poder prevenir la alta tasa de aborto y, al mismo tiempo, disminuir la mortalidad materna producto de lo anterior. Las políticas reseñadas, a diferencia de países como Chile, no contaron con el apoyo estatal para su realización: el Estado argentino a lo largo del período de las décadas de los años 60 y 70 centró su discurso en la necesidad de evitar un país vacío, en un contexto de un mundo poblado en exceso.

Lo anterior provocó que en el tercer gobierno peronista (1973-1976) se dictará un decreto que prohibía cualquier actividad concerniente a la planificación familiar en dependencias públicas y también se obstaculizó la entrega de los métodos anticonceptivos. La normativa se manifestó en el decreto número 659 del año 1974 y estuvo vigente hasta los primeros años del retorno a la democracia argentina, siendo derogada el año 1986.

La medida anunciaba de prohibición de las políticas de planificación en espacios públicos contó con el apoyo, de acuerdo a lo planteado por Karina Felitti³⁹, tanto de la derecha como de la izquierda. A juicio de la derecha, "el decreto defendía la soberanía nacional en cuestiones demográficas y presentaba a la familia numerosa como la única que se correspondía con la idea

³⁹ En su artículo "Derechos Reproductivos y políticas demográficas en América Latina", Revista Íconos, Quito, Septiembre 2009.

de una Argentina católica"⁴⁰. En tanto, la izquierda creía que la normativa tenía como efecto establecer un límite a las políticas imperialistas y también a la revolución sexual, la cual era considerada una desviación cultural burguesa, asimismo señalaban que las políticas de planificación familiar no permitía focalizarse en el objetivo de la lucha contra el modelo.

De ésta manera la Planificación Familiar se convirtió en una realidad latinoamericana, la cual jugó un rol importante en la constitución de las sociedades en la segunda mitad del siglo XX, donde Chile no es la excepción con el desarrollo de éstas políticas desde 1966 como política de Estado, cuyo objetivo era combatir el aborto y, al mismo tiempo, reducir la alta tasa de mortalidad materno- infantil.

La Salud Chilena en el siglo XX

Si bien las “Políticas de Planificación Familiar en Chile” fueron institucionalizadas en el año 1966, la problemática del crecimiento poblacional en expansión y de la insalubridad en su día a día de los grupos más desposeídos de la sociedad, estuvo presente desde principios del Siglo XX en el contexto nacional: todo esto acompañado de una alta tasa de mortalidad materno-infantil por las precarias condiciones en que los niños llegaban al mundo, lo cual hacía urgente la intervención de las autoridades para cambiar las tendencias antes descritas.

Las acciones estatales en el ámbito de las políticas de salud pública durante el transcurso del Siglo XX se puede resumir de la siguiente manera: desde 1900 hasta 1924 se ve un Estado que no tiene gran intervención en las políticas sociales; desarrollo de un Estado de Bienestar⁴¹ desde

⁴⁰ Felitti Karina, "Derechos Reproductivos y políticas demográficas en América Latina", Revista Íconos, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales- Sede Académica de Ecuador, Quito, Septiembre 2009, p 61.

⁴¹ Es importante indicar que el Estado de Bienestar, de acuerdo a lo expresado por Correa, impero en Chile desde 1925 hasta el Golpe Militar de Chile, siendo sus características principales las acciones tendientes a superar los efectos de la crisis económica de la Gran Depresión de 1929. En este sentido, se apostó por la industrialización y

1924 hasta 1973; Estado Subsidiario durante la Dictadura de Pinochet y en el retorno a la Democracia, impera un Estado Regulador. Nuestra investigación se centra en el período del Estado de Bienestar.

El Siglo XX es recibido por Chile en un contexto de un régimen Parlamentarista, caracterizado por su rotativa ministerial, donde la gran demanda de la población era legislar en torno a múltiples problemáticas sociales, como la habitacional, todas ellas serán englobadas en la denominada “Cuestión Social”. Frente a ella, se llevaron acciones individuales y aisladas de caridad por parte de la élite de la época, acompañada de algunas iniciativas legislativas como la “Ley de la Silla”, por mencionar alguna; bajo este ámbito, vale destacar, la creación del Patronato Nacional⁴² el 3 de Agosto de 1901, luego de grandes inundaciones que afectaron a la ciudad de Santiago. Vecinos ilustres de la capital se reunieron para dar vida a ésta institución, cuya misión era proteger y cuidar a los menores indigentes, a lo cual se sumaba el estudio de las causas de la mortalidad infantil que se hacía presente en la época.

Durante la década de 1910 hubo preocupación por la salud de la madre y el niño en Chile , reflejado en la gran cantidad de congresos realizados de la temática: Primer Congreso de Protección de la Infancia (1912), Primer Congreso de Beneficencia Pública (1917) y Primer Congreso Nacional de Gotas de Leche (1919). En todos estos encuentros se analizaba “el fenómeno de la proletarización urbana femenina, sus negativos efectos en el ciclo maternal e

un aumento del gasto social: se deseaba lograr una mayor integración social y política de los individuos. Hay, en el contexto de las décadas de los años 50 y 60, una fuerte polarización del sistema político nacional.

⁴² Una de las iniciativas de esta institución consistía en la creación de las Gotas de Leches en distintos puntos de los barrios populares de la capital, ésta eran encargadas de educar, fomentar y aconsejar la lactancia materna.

incluso su relación con la mortalidad infantil”⁴³. El centro de las políticas que se establecía era el binomio madre-niño, éste apelaba al lazo que une a toda madre con su hijo, dando como resultado afianzar el rol de la maternidad como una función social.

Ya en la década de 1920, se creó la Caja de Seguro Obrero Obligatorio en 1924, con lo cual se inauguraba la idea de la llamada medicina estatal y también el de la medicalización de la maternidad obrera. La ley que dio vida a este organismo establecía la afiliación obligatoria de toda la población obrera, menor a 65 años, a un seguro de enfermedad e invalidez. A ello debemos sumar las reformas al Código del Trabajo en 1931, las que establecían el descanso obligatorio de las madres obreras, lo cual a la larga permitió la institucionalización de la protección de la maternidad en este grupo de la sociedad. Por su parte, la Dirección General de Sanidad, fundada en 1918, creó centros de carácter preventivo, destinado a la protección de la madre y el niño.

Pese a todo lo anterior, persistía la problemática del aborto como la vía de regular la cantidad de hijos en la edad reproductiva de la mujer: según las estadísticas del Servicio de Salud de la Universidad de Chile, se atendieron 1566 partos y 663 abortos en el año 1931, mientras en el año siguiente, 1932, se vieron 1481 partos y 591 casos de aborto. En la década de los años 30, el aborto irrumpió como una de las temáticas en el debate médico y de salud pública, donde se hacía presente la visión de parte de la comunidad médica de rasgos progresistas que apoyaban el aborto provocado para así permitirles a las mujeres alivianar la carga tanto económica como social de las madres obreras.

⁴³ Zárate Campos, María Soledad; Godoy Catalán, Lorena. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p 133

A pesar de que en las décadas de los años 40 y 50 hubo una mejora en los niveles de salud y de calidad de vida de los individuos, todavía persistían algunas problemáticas: “Si bien las tasas de mortalidad materna e infantil habían experimentado un importante descenso desde la década de 1930, seguían siendo motivo de preocupación para las autoridades nacionales veinte años más tarde. En 1950, la mortalidad infantil alcanzaba los 132.2‰ y la mortalidad materna los 3.3‰”⁴⁴, señalan las historiadoras María Soledad Zárate Campos y Lorena Godoy⁴⁵, cifras que nos hablaba de la necesidad de tomar medidas para reformar el sistema y ofrecer una atención de salud de mayor calidad. Sólo algunos médicos, durante las décadas de los años 30 y 40, como Amalia Ernst y Onofre Avendaño por mencionar algunos ejemplos, les ofrecían a sus pacientes diafragma, espermicidas y condones. Todo esto se realizaba en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, en Santiago. Esfuerzos individuales que ayudaba a evitar a las mujeres llegar a otro de los métodos de control de nacimientos, el aborto criminal.

La realidad del aborto marcaba la vida de las mujeres, pues dado que las convenciones sociales de los años 30 y 40 en Chile apuntaban al silencio con respecto a la sexualidad y a los controles de reproducción, debían apostar a la clandestinidad en busca del aborto como vía de solución para un embarazo no deseado. En 1940⁴⁶ se llevó a cabo un estudio⁴⁷ respecto a la materia, el cual tomando en cuenta que en ese año Chile poseía una población de

⁴⁴Ibid, p 131.

⁴⁵ En el artículo Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964).

⁴⁶ Es interesante mencionar que en el contexto político, la década de 1940 se caracteriza por ser la Era de los Gobiernos Radicales, quienes desarrollaron el denominado “Estado de Compromiso”. Siguiendo con el predominio de la negociación para llegar a consensos que le den gobernabilidad al país como una de las características del sistema político chileno entre las décadas de los 30 y los 60, el Partido Radical apostó por alianzas políticas con los diversos partidos, para así poder desarrollar sus proyectos de gobierno. Ejemplo de ello fue que la derecha, quienes tenían como modelo económico el apoyo al sector privado, votó a favor de la creación de la Corfo, intervención estatal en la economía, a cambio de que el Radicalismo excluyera al campesinado de toda movilización política.

⁴⁷ La investigación es citada por Pieper Jadwiga, “Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile” en María Soledad Zárate (Compiladora), Por la salud del cuerpo, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008 tomando como referencia la siguiente obra: Mariano Requena, El aborto inducido en Chile, Santiago, Sociedad Chilena de Salud Pública.

aproximadamente 1,2 millones de mujeres en edad de procrear, reveló que los hospitales públicos atendieron un total de 16.560 casos de aborto, lo cual representa un 13,9% del grupo de las mujeres. 25 años después, es decir, en 1965 experimentó el aborto un alza de un 104,4%, pues se presentaron 56.130 atenciones en la materia, representando una proporción de 29,1 por 1000 mujeres.

La necesidad de coordinar los múltiples servicios relacionados con la salud que administraba el Estado para de ésta manera optimizar la atención a los pacientes, motivó la fundación en el año 1952 del Servicio Nacional de Salud⁴⁸ (en adelante SNS), el cual no solamente consideraba los aspectos de salud de la persona sino también factores socio-culturales de los individuos, esto iba en concordancia con lo que en la época comenzó a llamarse “Medicina Social”.

Los objetivos de la creación del SNS era la protección de la salud de los ciudadanos mediante diversas acciones de carácter sanitario, asistencial-social, atenciones médicas, preventivas y curativas. Las tres funciones principales del organismo del Estado mencionado eran la protección, fundamento y reparación de la salud. Se apuntaba a una atención médico integral, ésta debía ser de carácter racional, económica y humana, es decir, se debía intentar lograr la comprensión del paciente y el entorno en el cual residía. Una de las ideas de la fundación del SNS, también, fue fusionar⁴⁹ las distintas organizaciones de salud existentes en el país, con el objetivo de optimizar la atención de salud y el uso de los recursos.

⁴⁸ Con la fundación del Servicio Nacional de Salud se consagra por primera vez la salud de todos los habitantes, los cuales habían sido establecidos en la Constitución de 1925.

⁴⁹ Algunas de las instituciones eran: Servicio Nacional de Salubridad, Junta Central de Beneficencia y de Asistencia Social, Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección del Trabajo, Instituto Bacteriológico y Servicios Médicos Sanitarios de las Municipalidades.

El fundamento doctrinario del SNS⁵⁰ era la medicina social, apuntaba a considerar la multi-causalidad de los elementos generadores de enfermedades. Estos postulados inspiraron también la creación del Programa de Salud Materno Infantil (en adelante PSMI), el cual tenía como objetivo: “brindar una atención más integral, planificada y racional que en el caso de las mujeres, idealmente, debía comenzar en una etapa temprano del embarazo y continuar durante todo el período de amamantamiento; y que, en el caso de los niños debía extenderse desde la vida intrauterina hasta los 15 años de edad”⁵¹, lo cual nos hace referencia a la concepción de un nuevo paradigma que ve la salud como una realidad que interactúa con los diferentes aspectos de la vida del hombre.

El PSMI contemplaba⁵² cinco líneas de acción: la atención profesional del parto; incremento del control pre-natal; implementación de programas de alimentación complementaria destinados madres, nodrizas y lactantes; desarrollo del plan de planificación familiar y finalmente la asistencia médica al lactante, pre-escolar y escolar.

Cabe señalar que el concepto de Medicina Social es planteado en 1848⁵³ por Jules Guerin, con el cual se pretendía reseñar la relación entre las enfermedades de las personas y los problemas sociales del Siglo XIX. Todo lo anterior en un contexto de desarrollo de la Revolución Industrial donde, desde la perspectiva de las autoridades nacionales, se planteaba la escasa higiene personal de los grupos de los trabajadores como el elemento principal

⁵⁰ Uno de los principales logros del Servicio Nacional de Salud, de acuerdo a Zárate y Godoy, fue la introducción de la planificación en las acciones de la salud. Esto nos habla, también, de la concepción del enfermo como ser social.

⁵¹ Zárate y Godoy, op cit, p 132

⁵² De acuerdo a Zárate y Godoy

⁵³ Este antecedente es señalado por Juan César García, uno de los precursores de la medicina social en Latinoamérica, en una de sus obras: García JC. Juan César García entrevista a Juan César García (1984). En: Nunes E. Las ciencias sociales en salud en América Latina: tendencias y perspectivas. Montevideo: OPS-CIESU; 1986

generador de enfermedades y, por su parte, los trabajadores denunciaban las malas condiciones en su día a día de trabajo, lo cual generaba graves problemas de salud en cada uno de ellos. El nacimiento de este término hace alusión a la irrupción de la vida social del sujeto como un elemento importante en el nacimiento de las enfermedades.

La idea de la medicina social se consolidó en el escenario latinoamericano en la década de los años 60, donde, al igual que en Europa, enfatizaba la necesidad de poner atención en los determinantes sociales de las enfermedades como también en la distribución desigual entre las personas de los servicios de atención de salud, uno de los tópicos que fue abordado en las múltiples reuniones latinoamericanas realizadas referente a la materia. Es importante mencionar que uno de los factores que explicó el desarrollo y consolidación de la medicina social fue el creciente diálogo entre la medicina y las ciencias sociales, en especial la sociología y la historia, generado en esos años.

La implementación de las Políticas de Planificación Familiar en Chile

Los factores que contribuyeron en la implementación de estas políticas, de acuerdo al análisis de Claudia Rojas⁵⁴, se pueden distinguir entre las externas (aquí encontramos el esfuerzo de las federaciones de los industriales norteamericanos como también la presión de organismos internacionales) y los internos (en ellos hay una confluencia de un proceso de modernización⁵⁵ en Chile con el desarrollo de la medicina, siendo un ejemplo de ello las investigaciones realizadas en la Universidad de Chile o la fabricación y difusión de métodos

⁵⁴ Rojas Claudia, “Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático”, Revista Debate Feminista, Año 5, Volumen N° 10, Septiembre 1994. Disponible en el sitio web http://www.debatefeminista.com/descargas.php?archivo=histor1201.pdf&id_articulo=1201

⁵⁵ El proceso de modernización significó en la práctica un desarrollo en la educación, prensa y, al mismo tiempo, difusión de la radio y la televisión.

anticonceptivos como el método Zipper). Desde su origen, las Políticas de Planificación Familiar puso énfasis en la idea de paternidad responsable, es decir, la clave para decidir la cantidad de hijos por parte de la pareja debía residir en la disponibilidad de los medios para su crianza.

Si bien desde la década de los años 30 se realizaron esfuerzos individuales, de parte de médicos como Onofre Avendaño, de proporcionarles a las mujeres métodos anticonceptivos con el fin de controlar los embarazos no deseados, en la década de los 60 hay una acción sistemática de dichas prácticas con la creación del Comité de Protección de la Familia en el año 1962: su misión era ser el equipo asesor del Director del SNS, médico Gustavo Fricke, en la redacción y adopción de políticas de natalidad por parte del organismo estatal. En 1965 el Comité deja su rol de asesor directo del Director del SNS, transformándose en la Asociación de Protección de la Familia (en adelante APROFA), pues el nuevo director del SNS, doctor Francisco Mardones, si bien decide seguir con la asesoría de organizaciones privadas opta por implementar las políticas de natalidad con técnicos del Estado.

El Consejo Técnico del SNS en el mes de Noviembre del año 1965 aprobó un informe preparado por el Sub-Departamento de Fomento de la institución referente a recomendaciones para la adopción de una política de natalidad. Lo anterior constituyó el primer acuerdo del SNS referente a políticas de natalidad, cuyos puntos principales eran: el reconocimiento de la problemática del crecimiento acelerado en el concierto internacional y la necesidad de que los gobiernos de cada uno de los países estudien la implementación de políticas al respecto, se hace mención a la existencia de acciones individuales de facultativos respecto a proporcionarles métodos anticonceptivos a las mujeres para controlar embarazos no deseados y se puntualiza la

necesidad de que el SNS se hiciera cargo de este tipo de programas pues contaba con el equipo y la técnica para tales fines. Por lo anterior, el informe reseñado recomendó “la incorporación de las actividades de regulación de natalidad en cuanto se refieren a beneficiarios del Servicio Nacional de Salud y se ejecutan en sus dependencias a los programas reguladores de asistencia materno-infantil”⁵⁶.

La importancia de este acuerdo es que por primera vez el Estado se pronunció en la temática de la natalidad, lo cual nos habla de la intención del SNS de efectuar una política de salud que abarcara las problemáticas de ese tiempo, como el caso del crecimiento poblacional. La decisión anterior es comunicada por el médico Mardones en el oficio circular número 988, con fecha 14 de Enero de 1966, a las distintas instancias del SNS.⁵⁷ Fue en el mes de Abril de 1966, en el marco de una reunión de jefes zonales del SNS, donde Mardones anunció la integración de la política de planificación familiar en el programa materno-infantil. En la ocasión, se mencionó que el plan puso el foco de acción en la prevención del aborto inducido y las consecuencias que traía consigo, como la mortalidad materna, por lo cual el programa contemplaba un componente educativo en el cual se les enseñará a las mujeres la paternidad responsable y que adquirieran la capacidad de poder elegir por ella el método anticonceptivo que se adaptara a sus necesidades.

Cabe señalar que el desarrollo de las Políticas de Planificación Familiar consideraba dos fases de acción: una educativa y otra de distribución e implementación de métodos anticonceptivos. En el caso de la primera involucraba acciones educativas a las beneficiarias en torno a la necesidad de esperar un tiempo entre cada embarazo, la conveniencia de realizar un

⁵⁶ Avendaño Onofre, Desarrollo Histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Aprofa, Santiago, 1975, p 29.

⁵⁷ Lo anterior de acuerdo a lo reseñado por Avendaño en el libro Desarrollo Histórico de la Planificación de la Familia en Chile y el mundo

control médico durante el transcurso del embarazo y concientizarlas respecto a los peligros del aborto provocado. Por su parte, la segunda etapa contemplaba ofrecer, explicar y, por cierto, facilitar a las mujeres los métodos anticonceptivos necesarios de acuerdo a los criterios de la comunidad médica, quienes consideraban el aro Zipper, el DIU y las pastillas como los medios claves para poder lograr el éxito de las políticas.

Según establece Rojas, en la implementación de las políticas antes citada jugaron un rol importante las diversas organizaciones sociales de base que se convirtieron en el espacio donde las mujeres conversaban sobre la planificación familiar, pero sin existir un cuestionamiento a los roles tradicionales de cada género. Lo anterior se refleja en el testimonio de Elvira: “Si, yo creo que si se conversaba en esa época en los centros de madre. Yo no participaba en ese tiempo todavía, pero tengo la impresión que sí (...).Hacíamos todo tipo de cosas manuales: pinturas, tejidos, palillo, tejido a crochet, bordado, pinturas al óleo. En esos años CEMA CHILE enviaba monitores, para que nos enseñaran”, (Elvira, 65 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Se confirma de ésta manera la idea de los centros de madre como instancia de participación de la comunidad y de transmisión de las ideas concernientes a la planificación familiar.

Asimismo, Rojas indica que las políticas de planificación responden a un proceso de modernización generado a partir del desarrollo de la educación, la prensa y la amplia difusión de los medios de comunicación de la televisión y la radio; a esto debemos sumar los logros alcanzados por la medicina pública. Una concordancia en los puntos planteados por Claudia

Rojas se observa con respecto a la historiadora estadounidense Jadwiga E. Pieper Mooney⁵⁸, quien ve a los procesos modernizadores como uno de los factores que explica la irrupción de las Políticas de Planificación Familiar.

Las razones que motivaron la adopción de éstas políticas por parte del Gobierno Demócrata Cristiano, de acuerdo a lo establecido por Pieper, se debe, por un lado, a un interés en proteger la vida de las madres y, por otro, apunta a la promoción de un plan de desarrollo nacional que a través de la regulación de la fertilidad lograra la modernización nacional. Los deseos de modernización señalados por La Moneda en la década de los 60 se debían a una conexión entre el escenario local e internacional que los unían los proyectos modernizadores desarrollados por las élites con el objetivo de preservar el sistema patriarcal que, en definitiva, era el sustento de la permanencia de la élite como grupo dominador de la realidad nacional. Se levantó el discurso de que las mujeres al limitar sus embarazos se convertían en las “salvadoras de la nación” al permitirle a Chile progresar, destacando la imagen de una familia nuclear donde las mujeres debían subordinarse a la autoridad del marido y, en términos macros, a la del país. Todas las demandas de las mujeres eran canalizadas a través de los Centros de Madres, insertos en la política de “Promoción Popular”, en los cuales si bien se les daba espacio a las mujeres no se ponía en cuestión las relaciones de género.

Rojas señala que una de las consecuencias de la aplicación de las políticas de planificación familiar, fue la posibilidad de la mujer de disponer de su propio cuerpo y de su propia capacidad reproductiva. Sin embargo, discrepamos de este punto dado a que si bien se les proporcionó a las mujeres beneficiarias métodos anticonceptivos con el objeto de prevenir embarazos

⁵⁸ Según lo establece en su libro *The Politics of Motherhood: maternity and womens rights in twentieth-century Chile*

indeseados, no se generó un cambio en las relaciones de género: lo cual conllevaba una sumisión de las mujeres en temas de sexualidad. Además, tal como lo indica Pieper, se quería conservar el sistema patriarcal y detrás del discurso humanitario presente en la retórica de éstas políticas, se hacía presente un fin ideológico relacionado con el avance de los procesos de modernización en Chile. Un elemento interesante respecto a los puntos anteriores, es que nuestras informantes asocian las políticas reseñadas como una instancia de bienestar para la mujer en su rol de madre y esposa como lo revela el testimonio de Elvira, cuyo caso ya lo citábamos: “No, no creo, ¿por qué tendría que haber habido un cambio? No creo, nunca lo vi así, que la mujer adquiriera más poder con esto.”, (Elvira, 65 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Bajo este contexto modernizador, señala la autora norteamericana, durante el Gobierno de la Democracia Cristiana, mediante la Promoción Popular, se estimuló a todos los chilenos a llevar a cabo una vida comunitaria, con lo cual no solamente apoyaban su propio desarrollo y el de su entorno más cercano sino el del país. La democracia participativa permitiría a todos colaborar con el progreso nacional: este es el contexto en el cual se encuentra insertos los Centros de Madres, de influencia católica, los cuales pretenden canalizar las demandas de las mujeres reforzando la idea de la mujer doméstica, lo que queda de manifiesto con los cursos de habilidades manuales, costura y liderazgo. Se establecía la participación de la mujer en el espacio público de forma limitada y controlada, siempre en conexión con el ámbito privado.

El deseo de una mayor inclusión de los distintos sectores de la sociedad como uno de los objetivos del Programa de Planificación Familiar, es una temática destacada por la historiadora Paula Lara. “Constituía un esfuerzo por consolidar un proyecto político más incluyente, que

permitió integrar a los sectores excluidos de la política histórica chilena como son las mujeres y los niños. (...). Observamos que existe la responsabilidad médica que traspasa lo político por preservar la vida, pero por sobre todo mantener un alto nivel de vida entre los chilenos”⁵⁹, señala Lara.

El objetivo que había detrás de la implementación de las políticas de planificación familiar era lograr el desarrollo de los individuos en los diversos ámbitos de la vida, pues la idea que imperaba en la época era que el desarrollo y progreso del individuo no dependía exclusivamente de él sino también de la acción del Estado. Esa temática fue abordada en la sesión inaugural de la Octava Conferencia Internacional de la FIPF, en el discurso del ministro de Salud de la época, R.Valdivieso.

La Octava Conferencia Internacional de la FIPF

Un hito en la historia e implementación de las políticas de planificación familiar en Chile, fue la realización de la Octava Conferencia Internacional de Planificación Familiar de la IPPF, en el transcurso del mes de Abril del año 1967. La Conferencia contó con el patrocinio de Aprofa, Universidad de Chile, Universidad Católica, Universidad de Concepción, el Colegio Médico y el SNS. El lema que se escogió para la ocasión fue "Paternidad Responsable: deber y derechos humanos", donde se abordó cuatro temas principales: la revolución de las expectativas, el crecimiento de la población, la expansión anormal de las ciudades y el papel de la medicina y la ciencia. La Conferencia fue inaugurada el domingo 9 de Abril de 1967. En la sesión inaugural

⁵⁹ Lara Paula, “Usted y su esposo pueden tener los hijos que deseen”. Planificación Familiar en Chile 1965-1973, Tesis para optar al Grado de Licenciada en Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile, 2009, p 56.

habló el Ministro de Salud de la época, médico R.Valdivieso, quien en su discurso rechazó la idea de aplicar en Chile un control de natalidad, pues

"la disminución de la natalidad modifica efectivamente las características en cuanto a su distribución por edad y aligera, al principio, la carga de los pasivos; pero, en una fase ulterior, la fuerza de trabajo se verá debilitada y, eventualmente, esto podría representar un obstáculo. Debe preverse por fin un incremento relativo de la población pasiva de edad avanzada. Aún quienes aceptan sin reservas que dicho crecimiento excesivo opone el mayor obstáculo han tenido que reconocer que el remedio, al parecer específico, tendría escasa significación como instrumento de desarrollo"⁶⁰, comentó Valdivieso

Y luego agregó:

"La realización personal de los miembros de una comunidad no es tarea indiferente a la autoridad o al Estado como responsable máximo. Una autoridad consciente debe mantener, por ejemplo, una política de salubridad pública para lograr un pleno desarrollo físico de sus miembros, desarraigando enfermedades y vicios que inciden específicamente en la fecundidad y natalidad. En el plano psicológico y cultural debe orientar ordenadamente a los jóvenes hacia una fecundidad responsable"⁶¹.

En las palabras de Valdivieso es posible ver una crítica implícita en torno a la idea de desarrollar en Chile un control de natalidad por las consecuencias negativas que aquella decisión conlleva y, al mismo tiempo, fija la responsabilidad del Estado en lo referente al crecimiento socioeconómico de la calidad de los individuos del país. Una tarea donde los individuos y el Estado, explica Valdivieso, debían trabajar juntos para lograr los objetivos ya señalados.

Por su parte, en la sesión de clausura de la conferencia citada Eduardo Frei Montalva, en aquel entonces Presidente de Chile, manifestó el interés que tenía su gobierno en la conferencia y en saber las distintas posiciones que existían en relación a las políticas de planificación familiar. Al respecto, Frei señaló: "Yo quisiera manifestarles el profundo interés con que el

⁶⁰ Federación Internacional de Planificación de la Familia, Actas de la Octava Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Planificación Familiar en Santiago de Chile, Inglaterra, año 1968. Sesión inaugural, p 2, Discurso de Apertura de R.Valdivieso, ministro de Salud.

⁶¹ *Ibíd.*, p 5

Gobierno seguirá sus deliberaciones... tenemos la mente muy abierta para considerar el problema, no tenemos frente a él ningún prejuicio (...) en esta época la explosión demográfica es un problema que no se puede eludir y que es necesario no sólo estudiar sino que resolver y afrontar con valor"⁶². En el discurso de Frei, hace mención a una de las preocupaciones que estuvo presente en la época en algunos políticos y profesionales de la salud, la llamada explosión demográfica.

Como comentábamos en los párrafos anteriores, una de las problemáticas presentes en la década de 1960 fue el crecimiento continuo de la población, lo que queda de manifiesto en una proyección⁶³ y análisis estadístico realizado por el Ine y Celade, donde se demuestra las variaciones quinquenales entre 1950 y 1975 de la población total en Chile. Lo interesante de estas cifras es que estadísticamente nos revela un aumento de la tasa poblacional por cada 1000 habitantes, la cual presenta una tendencia a la baja en la década de los años 60, reflejada en las cifras de los años 1965 y 1970.

Sin embargo, para algunos especialistas la idea de la explosión demográfica constituyó un recurso retórico más que un reflejo de la realidad latinoamericana de aquellos años, como lo expresó el médico Arnulfo Hueso: "El problema demográfico no debe ser el punto de mayor preocupación; lo que debe hacerse es canalizar esfuerzos hacia una distribución equitativa de las riquezas, hacia el incremento de la producción y los mejoramientos de niveles de vida (...). América Latina no debe enfrascarse en costosos programas de control de la natalidad pues necesita de potencial humano para salir de su subdesarrollo; los esfuerzos de los estadistas, si es

⁶² Avendaño, op cit , pp. 50 y 51.

⁶³ Ver cuadro número 1 en Anexos.

que los hay, deberán inclinarse hacia el mejoramiento del nivel educativo, de salud, de producción y de todo lo que implique mejoramiento colectivo."⁶⁴.

La Planificación Familiar bajo la Unidad Popular

En las elecciones del año 1970 gana la presidencia el abanderado socialista Salvador Allende, dando inicio al proyecto de la “Vía Chilena al Socialismo expresado en la Unidad Popular: ésta tenía como propósito que la atención médica debía considerar al hombre, su salud y, sin lugar a dudas, su bienestar. Por su parte, la atención médica a las mujeres⁶⁵ tenía como fin lograr una protección médico-social de la familia en su conjunto, esto se traducía en una integración de los planes del área de la atención obstétrica, ginecológica y de planificación familiar en un solo programa conocido como Programa de Salud Integral a la Mujer (PAIM), según establece en su análisis Claudia Rojas. Cabe señalar que las ideas en torno al programa de salud materno infantil de la Unidad Popular, fueron presentadas en un seminario para directores de planificación de la familia realizado en Bogotá, durante el mes de Mayo del año 1971, por el médico Sergio Infante.

En la ocasión, respecto a las políticas de planificación familiar el médico Infante indicó:

"Que no compartía el concepto de que la reducción en el número de hijos es el factor fundamental y necesario para el bienestar de la familia y el desarrollo económico y social. (...). No aceptaría en nuestro país la aplicación de drogas no aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos... reconocemos el derecho que asiste a toda nuestra población a conocer y a tener acceso a los medios más modernos, científicos y eficaces para regular la fecundidad"⁶⁶.

⁶⁴ Hueso Arnuljo, “La Explosión Demográfica y el Control de Natalidad: La Planificación Familiar como solución científica del problema”, Revista Médica de Honduras, volumen 39, 1971, p 25

⁶⁵ Es importante señalar que bajo el Gobierno de la Unidad Popular se consideraba que cada mujer debía decidir el número de hijos que deseara tener, pues de ésta manera se combatía el aborto provocado.

⁶⁶ Op Cit, Avendaño, p 73.

Además, explicó Infante, las acciones relativas a la planificación familiar fueron incluidas dentro del programa de atención integral de la mujer. Para lograr los fines antes señalados, se creó el Ministerio de Protección de la Familia, cuya misión fue garantizar el desarrollo de toda la sociedad procurando humanizar al sujeto y, al mismo, satisfacer sus necesidades en el ámbito de la salud. La Unidad Popular veía las políticas de planificación familiar como “un derecho inalienable de la mujer y la pareja”⁶⁷ y en “donde ofrecía un programa liberador a través de un mayor conocimiento y acceso a los anticonceptivos que contrarrestaría la hipocresía sexual y la coerción del capitalismo burgués”⁶⁸. Lo que quiso lograr el Gobierno de Salvador Allende, de acuerdo a Tinsman, era asociar la idea de natalidad con autoconocimiento y satisfacción sexual de los individuos.

Ariadna fue matrona durante los tres años del Gobierno de Allende en Chiloé y no percibió un cambio significativo en relación a las políticas señaladas.

"Yo no lo percibí (algún cambio), para mí la planificación familiar fue un continuo, ahí me pillaste. Puedo haber sido que haya habido una política pública, el gobierno de Frei fue hasta el año 70 ahí me recibí, por lo tanto ya entré con la otra postura. Las políticas de planificación familiar empezó el año 1964, en el gobierno de Frei Montalva, un gobierno de 6 años católico, pudo ser que durante el gobierno de Allende – como era un gobierno no católico – haya habido un mayor impulso. No debemos olvidar la influencia de la Iglesia Católica, al principio hubo bastante rechazo de parte de la Iglesia de los métodos anticonceptivos, ahora no. Cuando hay campañas del sida, por ejemplo, si son demasiado fuertes hay rechazo, eso está bien. La Iglesia tiene derecho a expresar su postura, porque no es necesario que la Iglesia esté acorde del tiempo, ellos plantean lo que creen, es respetable eso. Pudiera ser que se hizo más masivo, pero yo estando en el sur no percibí un cambio alguno.", (Ariadna, 64 años, matrona).

Lo que se percibe es una continuidad de las políticas de planificación familiar en cuanto a sus rasgos generales, donde el cambio observado es la asociación de éstas políticas a la idea de

⁶⁷ “Doctrina de Salud: pre-informe de la Comisión Central de Salud”, Comité Sectorial de Salud, Unidad Popular, reimpreso en Boletín APROFA, diciembre, 1970, p 4.

⁶⁸ Tinsman Heidi, La tierra para el que la trabaja: género, sexualidad y movimientos campesinos en la Reforma Agraria Chilena, Lom Ediciones-Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, Santiago, 2009, p 232.

bienestar familiar y en donde la clave no es el número de hijos, sino la calidad de vida del grupo familiar en su conjunto. Esto nos permite entender el predominio de la idea de paternidad responsable imperante en aquellos años, donde la cada pareja debía decidir libremente la cantidad de hijos de acuerdo a las capacidades económicas con que contaban.

Una mirada a las mujeres beneficiarias de las políticas de Planificación Familiar

A fines de la década de 1960, el parlamentario y médico socialista Héctor Campos presentó en el Congreso un proyecto de ley con el fin de legalizar el aborto, lo cual provocó una polémica en los distintos actores de la época referente a la conveniencia o no de la medida propuesta. En la ocasión, la Revista Paula, en 4 ediciones seguidas, publicó una serie de artículos donde se les consultaba la opinión a distintos especialistas con el objeto de reflejar en la publicación las distintas miradas frente a la temática reseñada. Lo interesante de todo ello es que es posible ver en sus análisis, una visión en torno a las mujeres beneficiarias de las políticas de planificación familiar, como la de la doctora Julia González, especialista en ginecología y obstetricia.

“La planificación de la familia es responsabilidad de una pareja constituida por un hombre y una mujer, pero debemos aceptar que en nuestro medio y casi a todo nivel este concepto de pareja se hace sinónimo de mujer y es la mujer la que vive y sufre la angustia del embarazo no deseado: es la mujer la que carga con la carga”⁶⁹, señala González, evidenciando en sus palabras una de las características de las mujeres beneficiarias: los esposos o parejas, según sea el caso, no tenían un rol protagónico en las temáticas relacionadas con la planificación familiar y la

⁶⁹ González Julia, “Una obrera de la Planificación Familiar: Doctora Julia González”, Revista Paula, número 53, Santiago de Chile, Enero 1970, p 83

sexualidad de la mujer en general. Una realidad que es reflejada también en las usuarias entrevistadas en la investigación, siendo un ejemplo el testimonio de Paz: “Sentía apoyo de mi mamá, el apoyo de ella. Mi marido no se metía nunca, él hacía los bebés no más”, (Paz, 76 años, 7 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Las usuarias que asistían a los sistemas de salud, ya sea en consultorios o policlínicos, carecían, de acuerdo a la comunidad médica de la época, de información adecuada que le permitiera conocer en detalle el programa de planificación familiar. Frente a la consulta del tipo de información que tienen las pacientes sobre el tema, un 46% de los médicos responde que vaga, señala los resultados de una encuesta aplicada en 1967 a obstetras y ginecólogos, la cual es reseñada por Guido Solari en su libro⁷⁰.

Estos son sólo alguno de los rasgos que la comunidad médica destaca en torno a las mujeres beneficiarias de estas políticas, sin embargo el desafío, desde un punto de vista historiográfico, está en poder indagar no sólo lo planteado por ellos sino también analizar la recepción en las usuarias de las políticas de Planificación Familiar. Esa es la temática que abordaremos en el siguiente capítulo de la investigación, a partir del testimonio de 10 beneficiarias entrevistadas tanto de Santiago como de la Región de O’Higgins.

Conclusiones Capítulo

A lo largo de este capítulo hemos reseñado y analizado el contexto en el cual se inserta la institucionalización de las Políticas de Planificación Familiar en Chile durante el mes de Abril del año 1966, donde vemos como lentamente en la sociedad de nuestro país se va visibilizando la sexualidad femenina y su necesidad de regularla: para así no solamente disminuir la

⁷⁰ Solari Guido, Los Médicos y el Control de Natalidad: encuesta sobre la opinión de obstetras y ginecólogos, Desal, Santiago, 1969.

mortalidad materna sino también lograr la modernización en la nación, a través del enseñar y practicar una sexualidad capaz de poder evitar el nacimiento de hijos no deseados que, al final de cuentas, provocan en ellos un perjuicio en su desarrollo al no contar con los medios económicos de sus padres para su formación educacional.

Haciendo un balance de las Políticas de Planificación Familiar desde 1965 hasta 1973 podemos ver que si bien se logró implementar un programa de salud tendiente a lograr una disminución de la mortalidad materno-infantil como también la práctica de la concepción de la paternidad responsable, no se logró hacer de esta política una responsabilidad tanto del hombre como de la mujer concentrándose en ella toda la responsabilidad. Asimismo, otra de las problemáticas que presentó el programa alude a la cobertura de sus servicios y la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, los cuales muchas se agotaban y no eran repuestos a la brevedad, obligando a las mujeres a trasladarse a otras zonas e incluso mentir respecto a su dirección con el fin de que les dieran el método en otro consultorio.

En definitiva, entender el contexto en el cual se insertan las “Políticas de Planificación Familiar” es la clave para comprender su irrupción en los 60’ en nuestro país, bajo un gobierno reformista que pretendía llevar a cabo la “Revolución en Libertad”. Un aumento en las expectativas y demandas de la gente al sistema político que al final éste no fue capaz de satisfacer, provocando la crisis del sistema que devino en un Golpe de Estado ocurrido el 11 de Septiembre de 1973 en la Moneda, derrocando al Presidente Socialista Salvador Allende.

Capítulo II: Las Voces de las Mujeres en torno a las Políticas de Planificación Familiar

Uno de los grandes desafíos del trabajo del historiador es encontrar otros tipos de fuentes primarias, las cuales complementen a las escritas, permitiendo así indagar los nuevos campos temáticos que está abarcando la historia como disciplina, siendo un ejemplo de ello la historia del cuerpo, la de las mujeres o de las políticas sanitarias en distintas épocas. En este desafío disciplinario, las entrevistas constituyen un interesante tipo de fuentes cuya función es aportar con las dimensiones subjetivas del proceso histórico que se está investigando, proporcionando no sólo información prescriptiva sino también la recepción o impacto en los sujetos de la época respecto de nuestro objeto de estudio.

En este contexto, uno de los rasgos que sobresalen cuando hablamos de “Planificación Familiar en Chile” durante los años 60 y 70, en términos historiográficos, es un análisis macro de dicha temática, centrándose en los aspectos políticos, demográficos y económicos omitiendo las percepciones personales de las beneficiarias de las acciones mencionadas. Una temática que, como ya comentábamos en la introducción, indagamos en la presente tesis.

Bajo este contexto, a lo largo de este capítulo analizaremos la memoria colectiva de las mujeres beneficiarias, a partir del testimonio de 10 usuarias entrevistadas en el marco del estudio tanto de la Región Metropolitana como de la Región de O’Higgins. La entrevista tiene como objetivo lograr, en el transcurso de la conversación, una historia de vida o autobiografía sociológica, según establece el sociólogo Steve Taylor⁷¹, es decir, se pretende mediante la acción reseñada poder indagar en torno a las distintas experiencias de vida de nuestro informante en cuanto a los significados dados por el mismo. La importancia de este tipo de

⁷¹ El planteamiento el autor lo desarrolla en el libro “Introducción a los Métodos Cualitativos” (Editorial Paidós, Buenos Aires, 1987)

entrevistas alude al hecho de poder indagar en torno a la vida interior⁷² de la persona, con lo cual se generará un relato más significativo de su pasado lo cual, sin lugar a dudas, beneficia a la investigación que estamos desarrollando.

Definición Conceptos de Memoria Colectiva y Habitus Social

Como señalábamos en la introducción de la tesis, uno de los conceptos que guía la investigación es el de Memoria Colectiva, cuyo creador es el sociólogo francés Maurice Halbwachs, quien la interpreta⁷³ como un proceso de reconstrucción social del pasado vivido y experimentado por un grupo determinado mediante un proceso comunicativo de reafirmación de la identidad del grupo en cuestión, donde juega un papel importante los denominados “Marcos Sociales” en los cuales se construye la memoria a través de los soportes materiales como libros o lugares de recuerdos de la memoria. El trasfondo de la memoria colectiva, es una búsqueda de la sociedad de conocerse a si misma y de ésta manera poder encontrar los elementos de continuidad entre el pasado y presente con el fin de construir una ficción que genere cohesión social como también de sentirse parte de un grupo social en concreto.

Lo interesante de la memoria colectiva se refiere a su interacción con la memoria individual⁷⁴, pues, como indica Halbwachs, la primera se apoya en un grupo determinado de individuos que la recuerdan al pertenecer a esa comunidad lo que da como resultado que la memoria individual de los sujetos sean, al final de cuentas, puntos de vista respecto a la memoria colectiva. Un elemento importante de indicar es que, en muchas ocasiones, el acto de rememorar

⁷² Se alude a los significados que le da la persona a determinados momentos de su vida.

⁷³ Halbwachs Maurice, La memoria colectiva, una categoría innovadora de la sociología actual, Prensas Universitarias, Zaragoza, España, 2004.

⁷⁴ Cabe señalar que Maurice Halbwach indica que es posible la existencia de recuerdos individuales, denominados intuición sensible. Lo anterior se relaciona con el carácter mismo del pasado, el cual involucra dos tipos de recuerdos: los colectivos (se hallan en un ámbito común) y los individuales (tienen éste rasgo pues fueron reconocidos solamente por el sujeto).

de un sujeto puede ser modificado por la influencia de grupos social determinado o del entorno. Las imágenes de nuestro entorno son un factor de transformación de los pensamientos y recuerdos, ya que no se debe olvidar el lugar donde se generan lo antes indicado: nacen en circunstancias y entornos claramente definidos; en otras palabras, la construcción de la memoria está constituida por un componente social de interacción con los demás.

Así, “para que nuestra memoria se ayude de la de los demás, no basta con que éstos nos aporten sus testimonios: además, hace falta que no haya dejado de coincidir con sus memorias (la de otras personas) y que haya bastantes puntos en común entre una y otra para que el recuerdo que nos traen puedan reconstruirse sobre una base común”⁷⁵, indica Halbwachs. De ésta forma, en la memoria hallamos dos planos: en el primero se encuentran los recuerdos respecto a los diversos acontecimientos y experiencias del conjunto de integrantes en un grupo en concreto y, en un segundo plano, se localiza la memoria individual de cada persona. El hecho individual está entre el sujeto y los pensamientos sociales que han participado en la elaboración del mismo, donde cada memoria individual pasa a ser una mirada respecto a la memoria colectiva.

El concepto de Memoria Colectiva nos proporciona el marco en el cual es posible entender la interacción entre los recuerdos individuales de las mujeres en relación a las Políticas de Planificación Familiar y el contexto global en el cual se encuentra inserta dichas acciones.

Por su parte, el segundo término que nos permitió analizar teóricamente las entrevistas corresponde al de *habitus* social. Este concepto fue planteado por el sociólogo francés Pierre Bordieu, cuyo pensamiento se inserta dentro de la llamada tradición constructivista que, entre otras ideas, establece la necesidad de estudiar las realidades sociales como entes objetivos e

⁷⁵ Halbwachs Maurice, La memoria colectiva, una categoría innovadora de la sociología actual, Prensas Universitaria, Zaragoza, España, 2004, p 34

interiorizados. En otras palabras, la realidad social involucra a los mundos objetivados (son exteriores a los agentes como reglas e instituciones) y, por otra parte, a los mundos interiorizados (alude a distintas formas de sensibilidad, percepción, representación y conocimiento).

Bajo este contexto, nace el denominado habitus social que es descrito, en una primera instancia por Bordieu, como disposición y esquema. El primero se refiere a una acción organizadora asociada a una manera de ser; mientras que el segundo alude a una connotación de carácter cognitivista referente a un conjunto de esquemas interiorizados y cuyo fin es poder expresar tanto los pensamientos como las percepciones y las acciones características de una cultura.

Entendiendo el habitus social bajo la perspectiva de disposición y esquema, podemos ver al habitus en un carácter multi- dimensional: pues es al mismo tiempo eidos (sistema de esquemas lógicos o estructuras cognitivas), ethos (disposiciones morales), hexis (registro de posturas y gestos) y, finalmente, aisthesis (gusto, disposición estética).

Un elemento interesante de destacar del habitus, en cuanto a sus características, dice relación con que es sistemático y transponible: el primero alude a una cierta concordancia en las diferentes prácticas del individuo y lo segundo, por su parte, está asociado a que la práctica es transportable de un campo a otro y lo cual, al final de cuentas, permite intuir la actuación de un determinado sujeto respecto a una situación en concreto.

El habitus social, explica Bordieu, nace a partir de un proceso de inculcación de un arbitrario cultural y también de la incorporación en el sujeto de condiciones determinadas de su respectiva

inculcación. La inculcación es desarrollada en el contexto de un espacio institucional (familiar o escolar) y la incorporación alude a la idea de interiorización de los sujetos respecto a las reglas existentes en el ambiente en el cual se mueve en su día a día. Ambos entes de generación del habitus interactúan constantemente.

Lo interesante, al analizar el habitus como concepto, es indagar en torno a la relación existente entre la idea de habitus individual y de habitus de grupo. Al respecto, Bordieu señala que la interacción existente es:

“una relación de homología, es decir, de diversidad en la homogeneidad reflejando la diversidad en la homogeneidad característica de sus condiciones sociales de producción, la que une los habitus singulares de los diferentes miembros de una misma clase: cada sistema de disposiciones individual es una variante de la clase y de la trayectoria”⁷⁶

El elemento diferenciador, en este sentido, de los diferentes habitus individuales es la singularidad de cada una de las llamadas trayectorias sociales: cada habitus individual es estructurado a partir de las experiencias anteriores, donde las nuevas experiencias de los individuos son integradas al habitus y en el cual el dominante son las primeras experiencias de los sujetos. La importancia de las primeras experiencias, a juicio de Bordieu, radica a que “el habitus tiende a asegurar su propia constancia y su propia defensa contra el cambio (...). El habitus intenta favorecer las experiencias adecuadas para su refuerzo”⁷⁷.

El espacio social es el lugar donde el cual se expresa el habitus social, generándose así una relación indisociable entre ambos y lo cual lo explica Bourdieu del siguiente modo:

“El principio de la acción histórica – la del artista, la del científico o la del gobernante-, no radica en un sujeto que enfrentaría a la sociedad como a un objeto constituido en la exterioridad. Dicho principio (...) radica en la relación entre dos estados de lo social, es

⁷⁶ Bourdieu Pierre, El Sentido Práctico, Taurus Ediciones, Madrid, 1991, p 99

⁷⁷ Ibid, p 92

decir, la historia objetivada en las cosas bajo forma de instituciones, y la historia encarnada en los cuerpos bajo la forma del sistema de disposiciones duraderas que llamo *habitus*”⁷⁸

El espacio social corresponde a un sistema de posiciones sociales, donde se definen las interacciones de los distintos individuos a partir de criterios de autoridad, sub-ordinación, diferencia económica y distinguido/ popular etc. El espacio social es, parafraseando a Giménez, el resultado de la exteriorización de la interioridad, o sea, son las “distintas materializaciones institucionales de un sistema de *habitus* efectuadas en una fase precedente del proceso histórico-social”⁷⁹ y, por su parte, el *habitus* “sería el resultado de la incorporación de las estructuras sociales mediante la interiorización de la exterioridad”⁸⁰, señala Giménez.

La utilidad del concepto de *habitus* social en esta investigación se relaciono con permitir el análisis teórico de los impactos de las políticas de planificación familiar en la vida de las beneficiarias, al explicar el proceso de las interacciones sociales generadas entre los diversos individuos.

Muestreo Teórico Entrevistadas

Uno de los dilemas que se enfrenta al momento de realizar una investigación ocupando como metodología la cualitativa, alude a la constitución del muestreo teórico del grupo que se abarcará en el estudio, pues “el principio básico del muestreo teórico es seleccionar casos o grupos de casos según criterios concretos acerca de su contenido en lugar de utilizar criterios metodológicos abstractos. El muestreo procede según la relevancia de los casos, en lugar de

⁷⁸ Bourdieu Pierre, *lecon sur la lecon*, Editorial Minuit, París, 1982, pp 37 y 38.

⁷⁹ Giménez Gilberto, *La Sociología de Pierre Bourdieu*, Unam, Ciudad de México, 1997, p13. Disponible en <http://www.culturayrs.org/drupal/files/BOURDIEU.pdf>

⁸⁰ *Ibid*, p 13.

hacerlo según su representatividad.”⁸¹, señala Uwe Flick. Entonces, la clave está en determinar los criterios de selección de las informantes y, en una segunda instancia, ver las formas de análisis en el tratamiento de la información obtenida. Como lo expresa Flick: “Durante la interpretación de los datos, la cuestión (muestreo) se presenta de nuevo unida a la decisión sobre las partes de un texto que deben seleccionarse para la interpretación en general y para interpretaciones detalladas particulares (el muestreo dentro del material)”⁸².

Una de las temáticas claves en la definición del muestreo es el criterio a aplicar, es decir, la relevancia de los casos o la representatividad. Al respecto, Flick analiza las lógicas que están detrás del muestreo estadístico, asociado a la representatividad, y del muestreo teórico, centrado en la relevancia de los casos. En el caso del primero, los criterios planteados son abstractos⁸³, pues “se han desarrollado con independencia del material concreto analizado y antes de su recogida y análisis”⁸⁴; mientras, como señalábamos, el método teórico apunta a definir los casos a considerar de acuerdo a la relevancia de cada uno de ellos, es decir, que nuevos antecedentes pueden aportar. Comparando ambas formas de muestreo, la diferencia principal que resalta es que mientras en uno (estadístico) el tamaño de la muestra está definido antes, en la segunda se va construyendo a lo largo de la investigación.

Los criterios para la selección de las informantes fueron los siguientes: haber sido beneficiaria de las políticas de Planificación Familiar en el período estudiado, atendida en el servicio público de salud (hospitales o consultorios), haber utilizado algún método anticonceptivo y trabajado en forma remunerada (continuado o en forma periódica). En cuanto

⁸¹ Flick Uwe, *Introducción a la Investigación Cualitativa*, Morata, España, 2007, pp. 80 y 81.

⁸² *Ibid*, p75

⁸³ Siendo un ejemplo de ello los criterios demográficos.

⁸⁴ *Ibid*, p 76.

al planteamiento de las preguntas que guiaron la conversación con las entrevistadas, se establecieron seis dimensiones que abarcan tanto aspectos personales de la vida de las personas como también temáticas del programa de Planificación Familiar y las cuales fueron: aspectos personales, vida en pareja, percepciones del embarazo y la maternidad, situación socio-económica, trayectoria laboral, formas de sociabilización y conocimiento de las Políticas de Planificación Familiar, aborto, el factor religioso en las políticas y las políticas bajo la Unidad Popular.

El tratamiento y análisis de la información obtenida de las entrevistas se hizo a partir de la Teoría Fundamentada, creada en el año 1967 por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss y cuyo objetivo final es poder explicar las relaciones subyacentes que se hacen presente en una realidad determinada a través de un proceso de continua interacción de recopilación de datos y análisis de los mismos. Su base epistemológica se halla en el Interaccionismo Simbólico⁸⁵ de Blumer y en las corrientes pragmáticas que imperaban en la Escuela de Chicago, durante las primeras décadas del Siglo XX, en Estados Unidos con la aparición de la opinión pública moderna como un elemento clave de la sociedad de aquellos años.

La utilidad de la Teoría Fundamentada es que nos permitirá establecer categorías de análisis de las memorias individuales y colectivas de las mujeres beneficiarias, pues en el proceso de codificación de la información se categorizará los recuerdos de las informantes de la investigación. Cabe señalar que en lo anteriormente reseñado se desarrollan tres procesos de codificación: codificación abierta (corresponde al primer paso de análisis de dato, donde se

⁸⁵ De acuerdo a los postulados de Blumer que dieron origen al Interaccionismo Simbólico, los humanos en su día a día interactúan a través de símbolos que a la larga permiten construir ideas y obtener informaciones: esto da como resultado que el propio individuo puede comprender su propia experiencia y también la de los demás, al lograr compartir los sentimientos con sus semejantes.

identifica los conceptos y también se descubre sus propiedades y dimensiones. Se definen las categorías iniciales), Codificación Axial (el objetivo es reunir datos de forma sistemática, con el fin de relacionar estructura con proceso. Se deben establecer categorías mayores de la información, como por ejemplo: condiciones, acción e interacción, consecuencias y contexto) y finalmente la Codificación Selectiva (ésta alude a integrar y refinar teorías).

El proceso de codificación y establecimiento de categorías se llevó a cabo utilizando el programa AtlasTi, un software desarrollado a fines de la década de 1980 en la Universidad Técnica de Berlín y cuyo fin es ser una herramienta de apoyo para el análisis en las investigaciones cualitativas referente a la información textual, gráfica y audio-visual. Fue en el AtlasTi donde se analizaron cada una de las entrevistas a las beneficiarias de las políticas de planificación familiar, llevando a cabo los procesos de codificación antes reseñado lo cual dio como resultado el establecimiento de las categorías, a partir de la información revelada por las entrevistas⁸⁶, que son analizadas en el presente capítulo. Cabe señalar que el software Atlas Ti es uno de los programas más utilizados⁸⁷ en las investigaciones cualitativas en curso, donde también podemos mencionar el uso de otros programas en América Latina tales como: Ethnograph, Textbase Alpha y Anthropac. Es importante reseñar que todos los programas citados se conocen con el nombre genérico de CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software).

Las categorías planteadas en este capítulo se hicieron, en base a la autobiografía sociológica o entrevista en profundidad, con el propósito de construir una historia de vida del conjunto de las

⁸⁶ El cuadro de caracterización de las entrevistadas en ese estudio se encuentra en Metodología de la Investigación.

⁸⁷ De acuerdo a lo planteado por Hernández José Gregorio, Herrera Larry et al, Seminario: Generación de Teoría Fundamentada, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad de Zulia, Venezuela, 2011.

entrevistadas para así poder indagar en torno a las formas en que las informantes enfrentaron el embarazo y parto, como también el contexto en el cual fueron usuarias de los diversos métodos anticonceptivos insertos en el programa de las políticas de planificación familiar.

La percepción de la infancia y maternidad

Una de las vías para poder comprender las actitudes y percepciones de las mujeres frente a la maternidad y las políticas de planificación familiar, es indagar en torno a las vivencias de infancia y adolescencia de las informantes pues, como explicábamos en las páginas anteriores, dichas etapas de la vida constituyen los elementos originarios del habitus social que trata de preservar para así reforzarse como ente expresivo de prácticas sociales.

Analizando los testimonios de las entrevistadas, resalta la auto-percepción de ellas de una infancia y adolescencia sufrida, pero grata porque los papás, a su juicio, dejaron que vivieran su niñez de forma inocente; no tomando conciencia de los dilemas de la adultez como la precariedad económica, machismo o aceptación de la mujer en la sociedad de aquellos años lo cual dio como resultado un desconocimiento de las mujeres referentes a métodos para limitar el número de hijos e incluso, en algunos casos, no saber cómo nacían los bebés.

Al respecto, Beatriz comenta:

“Es que la niñez es linda, se ve bien, nos dejaron vivir la niñez. Ayudábamos bastante, trabajábamos muchos, a mí me gustaba andar detrás de mi papá ayudándolo, porque veía que trabajaba tanto e incluso de noche para que le alcanzara para todo el mes. Mi mamá era lavandera. Mi papá era apatronado, trabajaba en un fundo, fundo La Granja de Peumo. El dueño del fundo era Don Segundo Ortega y la señora Olga Hurtado, todavía está ese fundo están los hijos ahora y todavía está ahí mi hermano, sigue trabajando ahí.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

El casamiento de las informantes trajo consigo cambios importantes en la vida de las informantes, como lo comenta Beatriz: “Mucho⁸⁸, porque a nosotros nos criaron muy inocentes, no había esa conversación de padre a hijo, no había eso. Debido a eso, son los fracasos de no solamente mío sino de muchas personas.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). La inocencia a la cual aludía el testimonio de Beatriz, es una temática recurrente en las memorias individuales de las usuarias, la cual incluso provocaba un desconocimiento de parte de ella de la forma del nacimiento de los hijos, como lo grafica las palabras de Karen:

“Era sana (la relación con los hombres), yo no tenía amigas y no sabía que me podían haber contado las amigas, fui descubriendo sola yo. Imagínese que el día que nos casamos, yo me acosté con mi viejo, iba a nacer mi guagua, mi niña y le preguntaba a la señora Elena de Cofre por donde iba a nacer la guagua, yo no sabía. No me atrevía a preguntarle a mi viejo, Claudio, ella me contó porque ya había tenido dos niñas (...). Era una inocencia total.”, (Karen, 72 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Un rasgo interesante del testimonio de Beatriz, dentro de este tema, era su creencia, hasta que tuvo a su primer hijo, del alumbramiento de los hijos mediante vómitos de la embarazada:

“Yo estaba feliz, feliz, pero quizás no me va a creer: con el primer hijo yo no sabía nada de nada de cómo nacían los niños, decía y la cabecita como salía. Veía a las señoras gorditas que iban a conversar con mi mamá y después las veía flacas, pensé que se tenía a los bebés vomitando. Le tengo un terror a los vómitos, prefiero cualquier cosa hasta que me metan cuchillas incluso, pero no vomitar”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Se observa, asimismo, en los testimonios de las entrevistadas un miedo a la realidad actual de nuestra sociedad, donde destacan los peligros presentes como la delincuencia, por citar un ejemplo. Hay una comparación entre lo que les tocó vivir durante su infancia y el mundo de hoy, las palabras de Lidia así lo grafican:

⁸⁸ Se refiere a los cambios que significó para ella casarse a los 15 años, dejando Peumo y trasladándose a Santiago a vivir con su nuevo esposo.

“Nos tocó una vida muy dura, pero linda. Fue linda, porque no es como ahora: eran tiempos sanos. No había peligro, nosotros pasamos tantas cosas inocentemente: había soledad, nos podría haber pasado algo malo, nunca sucedió eso. Me da escalofríos como está la gente ahora. Estoy orgullosa de lo que hice, toda la familia estaba unida, habían tíos, abuelitas, cada familia tenía en promedio 12 hijos. La familia era muy larga, por parte de mi mamá y papá.”, (Lidia, 79 años, 2 hijos, no usuaria).

En cuanto a la situación socio-económica de la infancia de las entrevistadas, se puede caracterizar ésta como precaria, en la mayoría de los casos, obligándolas muchas veces a trabajar desde temprana edad en distintos oficios, siendo el más recurrente el de niñera. Un punto interesante de mencionar es que en muchas ocasiones, las informantes comenzaron su vida laboral como una vía de poder satisfacer sus necesidades básicas porque el padre no lo hacía o simplemente buscar un nuevo espacio donde vivir porque en su hogar, por diversos motivos, no podían estar más allí. Un ejemplo de lo anterior es el testimonio de Karen:

“Si, porque en la casa no podía estar: mi mamá se casó de nuevo y tuvo otra guagua, me mandaba a cuidarlo. Pero no me mandaban a estudiar, sin embargo trabajando en tantas partes aprendí a defenderme, valorarme y todo eso. Después, conocí a mi viejito, ahí aprendí más. La niña entró al colegio y me enseñó a multiplicar, sumar, dividir, me enseñaba también mi marido. Teníamos casita, solos con mi marido, vivíamos los tres solitos hasta que... en el Mundial de 1962, me pidieron que cosiera para la delegación de Inglaterra que estaba en Coya. Que hiciera sábanas, le hiciera las colchonetas, yo no tenía idea de costuras.”, (Karen, 72 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En las palabras de Karen queda de manifiesto la trayectoria de vida antes descrita: salida temprana del hogar y construcción de una vida independiente. En solo un caso, la informante no trabajó como niñera durante su infancia, sino haciendo distintos labores en el campo, como recolección de leña, por mencionar alguno.

El factor formación y estudios de nuestras informantes es otro de los puntos interesantes, pues hay una relación entre el nivel de los mismos y la maternidad: ésta significó la interrupción de los estudios, aunque en otros casos razones económicas o matrimoniales fueron los motivos para

no seguir estudiando. Los testimonios de Elvira y Lidia son representativos de lo anterior, respectivamente.

En el caso de Elvira, ella termino sus estudios de moda en un colegio de la comuna de Rancagua y estaba estudiando en la Escuela Normalista de Santiago para ser profesora, cuando quedó embarazada y debió suspender sus estudios:

“Termine ahí (de estudiar moda), estudie mucho y tuve la oportunidad de dar unos exámenes. No sé porque conducto elegían, pero la directora seleccionó a las mejores y fuimos a dar unos exámenes a la Escuela Normalista en Santiago para profesor. Era la Normal 1, quedaba en Compañía al llegar a Matucana: allí estuve un par de años. No (terminó), porque se me ocurrió pololear, quedó la escoba y me casé. Quedó la grande, con mi marido fue un flechazo, quedó la escoba, me casé y fui mamá.”, (Elvira, 65 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Por su parte, Lidia no pudo seguir estudiando porque su escuela rural llegaba hasta cuarto básico no más y, también, no había recursos económicos para mandarla a la ciudad⁸⁹ a seguir estudiando: “Era muy buena alumna, allá había hasta cuarto básico, yo sabía todo y la profesora me decía que tenía que ir a otro colegio donde pudiera aprender nuevas cosas, pero mi mamá no tenía los medios para eso, o si no otro gallo cantaría. Lindos recuerdos, ahí empecé a escribir, desde chiquita.”, (Lidia, 79 años, 2 hijos, no usuaria). Pese a que Lidia no pudo completar sus estudios, no ha perdido su pasión por escribir en torno a diversas temáticas:

“Desde chiquitita que me gustaba escribir, cuando empezamos a escribir ahora en la Literatura, gracias a que Don José me integró (alude al club de literatura rancagüino Chochas por la Literatura, fundado por José Horacio Flores), descubrí que desde chiquitita me gustaba escribir. Me gustaba una poesía que hice cuando era chica en el colegio, me encantaba escribir, pero más no se pudo hacer: mi mamá no tenía los medios para hacerlo, había que educar a 8, yo era la penúltima.”, (Lidia, 79 años, 2 hijos, no usuaria).

⁸⁹ Lidia vivía en la comuna de Coltauco, una comuna rural en aquellos años de la Provincia de O'Higgins y la ciudad era Rancagua.

El caso de Rosita es interesante, pues con 79 años ya ha participado, en el marco del grupo comentado, como autora de dos libros con textos escritos por individuos de la tercera edad, éstos se llaman: “En Rucamábhida” y “Letras y Letritas para abuelos y abuelitas”.

Otro de los temas recurrentes en las memorias colectivas de las informantes es la relación con los hombres en su época de infancia y adolescencia, calificándola a ésta como distante y donde solamente primaban unas miradas furtivas y saludos a lo lejos, incluso una de las entrevistadas fue golpeada por su padre por estar conversando con un compañero de colegio en la calle. El testimonio de Dasmac refleja lo anterior:

“Yo miraba a los chiquillos no más, de lejos. Ellos nos hacían guiños y así con la manito (las saludaban). Una vez estaba conversando con un chico del colegio en el centro de San Bernardo, me pilló justo mi padre y me saca la cresta y media. Me correteó por todo el centro, yo arranqué y cuando llegué a la casa me dijo que no quería verme nunca más. Parece que el hecho de conversar con un joven, nos iba a dejar preñadas a uno, ahora pienso eso.”, (Dasmac, 69 años, 1 hija, usuaria de métodos anticonceptivos).

En este ámbito, había un desconocimiento de procesos como la menstruación, al respecto Dasmac da cuenta de su experiencia:

“Yo no sabía que me iba a indisponer. Yo tenía 14 años y no sabía qué me iba a indisponer, cuando me llegó casi me morí: esas cosas eran tabú en aquellos años. Cuando llegó, dije uuuuuuuu y apreté las piernas, les digo a mi mamá y abuelita que parece que me caí, estoy sangrando. Mi abuela me llevó a un lado y me explicó que era un proceso normal, me dijo que de aquí para adelante me iba a cuidar, ya eres mujer, si tienes contacto con un chico vas a quedar embarazada. Yo creía que si un chico me abrazaba y me daba un beso, iba a tener una guagüita. Comparo con mi nieta y nieto hoy en día, son unos libertinos. Yo me casé a los 24 años, iba a cumplir 25 y recién desperté a la vida.”, (Dasmac, 69 años, 1 hija, usuaria de métodos anticonceptivos).

Analizando el testimonio anterior, podemos deducir nuevamente la presencia de un despertar sexual tarde y, al mismo tiempo, un desconocimiento de procesos biológicos claves para el humano, como es la reproducción.

La vida en pareja o matrimonial

Otro de los factores que nos permiten entender las memorias de las mujeres entrevistadas en relación a su actuar frente a las políticas de planificación familiar, alude a la vida en pareja o matrimonial del grupo. Esta instancia de la vida es asociada como una experiencia de amargura y tristeza, porque fueron víctimas de la denominada violencia intrafamiliar, o de alegría y lindos recuerdos, pese a las penurias económicas vividas durante los primeros años de casado. Lo interesante de este punto es que nos permite analizar la interacción entre género, relaciones, matrimonio y maternidad en el sentido de ver, por ejemplo, el rol de los esposos en lo concerniente a la paternidad y la práctica de la sexualidad.

En cuanto a la forma de conocer a su futuro esposo, la mayoría de las entrevistadas lo hizo a través de un encuentro fortuito o porque coincidían en los mismos lugares en forma frecuente, tal como lo comenta Karen en su testimonio:

“Como te dije, lo conocí en la Residencia⁹⁰, yo limpiaba las mesas y él era pensionista del lugar. En cada una de las mesas se ponía una flor, como era todo familiar, él cada mañana llegaba a poner flores en cada mesa y todos se reían porque no me daba cuenta que se fijaba en mí. Era chiquito y flaquito, menos me iba a fijar en él, o sea, yo no me había fijado en nadie antes, menos en él. Entonces, los compañeros en la mesa, que eran 4, le hacían risa y se burlaban de él porque no lo miraba”, (Karen, 72 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Por su parte, Elvira vio por primera vez a su marido en un viaje a su natal Sewell, realizado junto a una amiga: “Lo conocí en un viaje que hice a Sewell con una amiga, mis papás todavía vivían allá y tenía que hacer un trámite. Mi papá, por mucha cosa, me da permiso. En Sewell había un gimnasio muy bonito, con piscina temperada y todo eso. Mi amiga me dice que

⁹⁰ Esto en El Teniente, yacimiento minero situado en Coya, en la antigua Provincia de O'Higgins y actual Región de O'Higgins.

vayamos a la piscina a pasar un rato. Partimos a la piscina, allí veo a mi buen esposo. Ahí lo conocí”, (Elvira, 65 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Otra de las interrogantes surgidas es la relación entre los esposos, en especial la actitud de él hacia ella. En algunos casos, primó la cordialidad entre ellos, aunque no estuvo ausente el discurso de parte de él de la necesidad de que la mujer se quedará en la casa con el afán de preocuparse de los hijos porque no era necesario que ella trabajara, como lo refleja las palabras de Elvira: “Fui dueña de casa, podría haber trabajado pero con un marido machista eso no era posible. Me dijo que no era necesario, que me preocupara de los niños: no se si lo hice bien o mal. Igual yo quería trabajar (...). Buena fue la relación, yo soy viuda pues hace 10 años que él falleció. Era de su casa, un hombre trabajador, trabajaba en El Teniente. Fue buena.”, (Elvira, 65 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Se observa en las palabras de Elvira una dicotomía en la construcción de su memoria colectiva: pues por un lado destaca las cualidades humanas de su difunto marido, pero critica al mismo tiempo el machismo de su actuar cuando estaban casados y ella quería instalar un taller de costuras.

Una realidad similar a la anterior es posible deducir del testimonio de Natalia:

"Al principio fue muy buena (la relación), después el marido se puso alcohólico, pase muchas necesidades cuando casada, me daba pena porque mi hija cuando chica me pedía pan y yo no tenía nada para darle. Había pan duro, se lo llevaban y se lo comían en la noche. A medida que yo podía, se lo daba. Tenía una patrona que me decía cuando tenga una amiga, que tenga un poquito más que tú ni tampoco mires a menos, entonces yo tenía amigas que no eran grandes millonarias pero tenían. Yo les decía que si iba a barrer, planchar o cocinar me diera algo, lo hicieron y eso se los llevaba a mis hijos. No era malo con sus hijos ni tampoco conmigo, pero tenía sus falencias”, (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Otra de las temáticas que se planteaban los matrimonios en sus inicios era el tema de tener o no hijos y, en una segunda instancia, el número de ellos, decisiones donde claramente jugaba un

rol importante la situación socio-económica de la pareja en ese momento. “Si (querían tener hijos), porque a mí siempre me gustaron los niños. Incluso, antes de tener a mi primera hija, yo estuve cuidando a una niñita, una vecina, en mi casa, de una niña que era vedette. Me la pasaron de un mes, yo la cuide hasta que tuve a mi hija, ahí me la quitaron. Me la quitaron porque la vecina se caso, se llevó a la niñita para el matrimonio. No me pagaban, para mí era como una hija.”, (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Y en otros, como el de Karen, el embarazo los pilló por sorpresa:

"No pensamos en eso, (risas), pero empeño le hacíamos. Mi niño, cuando estaba en primero medio en el Instituto O'Higgins le enseñaron sobre reproducción, sacó las cuentas y le dijo a mi hija: ¿cuándo naciste tú?, el 25 de junio y ¿cuándo se casaron los papás? Un 6 de Octubre. Aaaa, le dijo, llegaste en una cigüeña chorro (carcajadas). Quedé embarazada altiro, me empecé a sentir tan mal, mi esposo me lleva al hospital, estaba el doctor Lederma⁹¹, le dice ¿qué te pasó? Y mi esposo responde que la señora se siente mal, con vómitos. El doctor me examina y le dice a Claudio, ¿qué hiciste acá?, ¿qué maldad hiciste con esta niñita?, nada doctor le respondió, es que vas a ser papá le dice el doctor. El doctor era amigo de todos sus pacientes. Que alegría de mi viejo, yo con 16 años, imaginase, pero gracias a Dios salí adelante”, (Karen, 72 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Respecto a lo anterior, lo interesante es poder enlazar con la idea de cómo las entrevistadas percibían la maternidad antes de ser madres propiamente tal, un ejercicio donde se ve como la maternidad en muchos casos de las informantes fue inesperada y sin una mayor reflexión de lo que significaba esta experiencia. Esto confirma lo planteado por Pierre Bourdieu en su concepto de Habitus Social, en el sentido de que la formación recibida durante la niñez y adolescencia marcada por una omisión de aprendizaje de sexualidad al interior de los hogares dificultó desarrollar en ellas un conocimiento de los procesos reproductivos inherentes a la mujer. Al respecto Natalia señala: “No me proyectaba, lo único que quería era tener mis hijos. Como era tan chica, a lo mejor encontraba a los hijos como una muñeca, pues tuve a mi hija a los 17 años.

⁹¹ El nombre del médico era Luis de Lerma López.

Antes había perdido un bebé por aborto espontáneo, de 7 meses, era un monito así de chiquito", (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En este sentido, en una de las informantes, Olga, se observa un temor al hecho de sostener, por primera vez, relaciones sexuales con su marido una vez que se casaron, como nos cuenta en su testimonio:

“Te cuento, nosotros nos casamos el día 23 de Diciembre a las 4 de la tarde, nos fuimos al día siguiente a Quinteros, mi primera relación fue el día 24 como a las 3 de la tarde, después que almorzamos y nos fuimos a dormir siesta, lo que yo me acuerdo es que yo tomé... a mí me daba pánico, porque no sabía de qué se trataba, entonces yo tomé vino, me tomé un gin con gin. En esa época todos los temas de matrimonio, de luna de miel, todas esas cosas eran tabú. Mi mamá con su experiencia no me dijo nada, hija cuídate, anda al ginecólogo o haz esto no, nada. quedé embarazada al otro día y mi hijo nació el 21 de septiembre a la madrugada ¡imagínate, qué rapidez para embarazarse!”, (Olga, 67 años, 4 hijos, usuaria métodos anticonceptivos).

Las percepciones del embarazo y maternidad

Como señalábamos en el capítulo anterior, uno de los objetivos principales de la implementación de los programas de atención materno infantil, por parte del Servicio Nacional de Salud, era proporcionarle al binomio madre-hijo una “atención más integral, planificada y racional que, en el caso de las mujeres, idealmente, debía comenzar en una etapa temprana del embarazo y continuar durante todo el período de amamantamiento”⁹², indican las investigadoras Zárate y Godoy. Bajo este contexto, el embarazo y los controles periódicos y sistemáticos se convirtió en una realidad que poco a poco ganó espacio en el sistema de salud de las décadas de los años 50 y 60. Las percepciones de las mujeres entrevistadas frente a la realidad anteriormente descrita es lo que abordaremos en los próximos párrafos, considerando como palabras claves

⁹² Zárate y Godoy, op cit, p 132.

embarazo, maternidad y control. Una de las temáticas que se hará referencia, también, es el acceso a los sistemas de salud que tenían las informantes en la época.

La experiencia de los embarazos de las entrevistadas, en algunos casos, fue positiva, sin mayores complicaciones de salud pero en otros no, esto por factores físicos como por ejemplo pérdidas. Lo anterior queda graficado en el testimonio de Natalia:

“De mi niña mayor mal, porque estuve toda la vida con pérdidas, pasaba en puros hospitales, en el San Borja que antes estaba en la Alameda, me ponían inyecciones y me mandaban a reposo, con ella pase muy mal el embarazo. Con mi hijo hombre y mi niña chica, lo pase muy bien, fueron embarazos normales. Porque como perdí mi primera guagua, mi cuerpo, creo yo, se acostumbró a no tener una persona, una guagüita dentro. Siempre estaba con principio de pérdida, con mi niña mayor. Me ponían inyecciones y me mandaban a reposo, pase casi 9 meses en reposo”, (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En tanto, Elvira vivió en los embarazos de sus hijos los opuestos:

“El primer niño, ningún problema. Al principio fue todo complicado, pero se arregló después y nació bien. Peso 3 kilos y 100 gramos, nació por parto normal. Pero, después de 10 años, ahí fue terrible: pues era un niño muy grande, nació por cesárea, pesaba más de 4 kilos, no podía nacer⁹³. Fue terrible, pero se arregló todo al final.”, ((Elvira, 65 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos)

Lidia, una de nuestras informantes, señala haber sido sometida a ligadura de trompas en el Hospital Regional de Rancagua a mediados de la década de los años 60, luego de dos embarazos que presentaron complicaciones, sin su consentimiento y sólo con la autorización de su marido, impidiendo cumplir su sueño de tener más hijos, como ella anhelaba:

“Cuando tuve al niño⁹⁴, me preguntaron cómo había sido el embarazo de la niña⁹⁵, yo le conté todo lo que había pasado. Entonces, el doctor mando a pedir el expediente a Coínco y cuando me mejore de mi hijo, nunca más quede embarazada, quería tener un hijo, por lo menos, un hijo más. Entonces, mandaron a llamar a mi esposo, sin que yo supiera, tuvo que bajar desde Teniente, ir al Hospital de Rancagua: yo creo que fue para pedirle

⁹³ Esto porque se había enredado dentro del útero con el cordón umbilical, provocando principios de asfixia.

⁹⁴ En 1964

⁹⁵ Tuvo problemas de disípela durante el amamantamiento de su primera hija, nacida en 1960.

autorización para no tener nunca más un hijo, mi esposo nunca me lo dijo. Yo siempre le decía dos hijos tan pocos, vamos a estar solos... no po, decía mi esposo, pocos pero buenos, hay que educarlos bien, nunca me quería dar a entender... hasta que un día, lo pille un poco mal genio, me dijo ¿para qué?, para que se mueran. Ahí dije yo, ahí ate todos los cabos.”, (Lidia, 79 años, 2 hijos, no usuaria).

Una de las principales metas del programa de salud materno infantil era lograr el desarrollo de controles sistemáticos y en forma periódica de las madres atendidas, un propósito del Servicio Nacional de Salud que enfrentó el dilema de la imposibilidad de las beneficiarias de asistir a los controles por razones laborales o porque no estaba el hábito de ser constantes en cuanto a la asistencia a controles. Al respecto María dice: “Si, en los dos últimos (embarazos) tuve problemas, no de pérdida ni de nada. Estaba trabajando en esos años, no era como ahora que hay permiso en cada embarazo. Si el patrón daba permiso, uno podía ir a los controles sino no se podía ir. Me controle dos veces durante el embarazo.”, (María, 81 años, 4 hijos, usuaria métodos anticonceptivos), las palabras de María hacen mención también a la carencia de una fiscalización por parte de las autoridades para el cumplimiento de la legislación laboral destinada a proteger a las mujeres durante los meses de embarazo. Por su parte, Natalia señala que empezó a controlar su embarazo “desde los tres meses, no fue antes porque no iba nunca”, (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Cabe señalar que el descanso maternal de las madres en Chile, tal como se conoce hoy en día, fue adoptado a nivel mundial en el transcurso del año 1919, en el Convenio sobre Protección de la Maternidad y que fue convocado por la Organización Internacional del Trabajo, entró en vigencia el año 1921. Fue suscrito por Chile en 1925. El Decreto Ley 442 del 6 de Abril de 1925 derogó la ley 3186 y, al mismo tiempo, incorporó en la legislación laboral el descanso pre y pos-

natal como también el fuero o inamovilidad durante el mencionado descanso⁹⁶. Ya en la década de los años 30, de acuerdo al artículo 309 del Código del Trabajo, DFL 178, el descanso maternal se expande a seis semanas antes y después del parto. El pos-natal de 6 semanas se mantuvo vigente, sin alteración alguna, desde 1925 hasta el año 1966, cuando se promulgó el 26 de Febrero de ese año la ley 16434⁹⁷

A veces sucedió que el embarazo era inesperado, por lo cual comenzaron a ir a los controles una vez que se enteraron de que esperaban a un hijo, tal como nos cuenta Elvira en su testimonio: “Nunca iba al control en el caso del primer hijo, una vez que supe empecé a ir, supe a los 4 meses que estaba embarazada. Fui a este consultorio que está cerca, el Consultorio número dos, después me mejoré en el hospital”, (Elvira, 65 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Beatriz, por su parte, proporciona mayores antecedentes de la práctica de los controles: “Comenzaba desde los dos meses, todos los meses. Desde los 7 meses, citaban en forma más seguida al control, dos veces al mes, y al llegar a los nueve un poquito más. Tuve problemas de presión, estuve en alto riesgo por la presión. Ahora igual, soy hipertensa, tengo diabetes, artrosis... las tengo todas, estoy premiada. Tengo problemas de tiroides.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).En el testimonio de Beatriz, queda en evidencia la preocupación en la época por lograr el desarrollo de controles pre-natales sistemáticos y periódicos, lo que fue, como se indicaba en el anterior capítulo, una de las líneas de acción del programa de atención materno-infantil del SNS.

⁹⁶ Se consagró un descanso de 40 días antes y de 20 días luego del parto.

⁹⁷ Esa ley estableció la posibilidad de extender el posnatal de las madres hasta 12 semanas, si el médico así lo estimaba necesario. Esto se mantuvo vigente hasta el año 1972, cuando fue promulgada la ley 17928, que extendió el posnatal a 18 semanas para todas las mujeres.

La percepción de la experiencia de la maternidad es otro de los factores que se hace presente en las memorias colectivas de las mujeres beneficiarias entrevistadas en la investigación, todas ellas hacen mención a las dificultades que debieron enfrentar durante los primeros años de la maternidad, pero están felices por lo vivido. Lo anterior se puede ver en los recuerdos de María:

“Lo que más me costó a mí fue que tuve que entrar a trabajar, porque mi primer esposo salió malo: salía a trabajar el día lunes hasta el viernes, pero no llegaba hasta el lunes. No llevaba plata para la casa, así que tuve que trabajar, mi madrastra me cuidaba los niños, estaban chicos. Fue duro, porque tenía que llegar del trabajo a lavarles los pañales y dejar todo listo para el día siguiente: salía en la mañana y llegaba en la noche cansada. Ahora mis hijos me están devolviendo la mano, han salido buenos. Estoy orgullosa de ellos, todos trabajaban.”, (María, 81 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En cuanto al rol del marido en las actividades del día a día una constante, salvo excepciones, era la pasividad de éste en el hogar durante la década de los años 60. Así lo vivió María:

“No (no se sintió apoyada), porque tenía a mi papá y la señora de mi papá era madrastra, ella me exigía que si quería trabajar debía dejar todo listo para la guagua, ella lo único que hacía era cambiarle la ropa y darle la papa. Así que fue duro para mí los dos primeros embarazos, de mi primer marido no tuve ayuda alguna de él. Me salió tan bueno (segundo marido), que me crió los dos primeros. Me sentía apoyada por él y por mi papá. Pero, un papá no es una mamá, eche de menos a mi mamá, falleció cuando tenía tres años, eche de menos a mi mamá, me hizo falta. He pasado hartas cosas, pero ahora soy feliz.”, (María, 81 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En el testimonio de Dasmac podemos ver una dicotomía en cuanto al rol del marido en el día a día, pues si bien ella comenta que no la ayudaba en las diversas tareas de la casa si participaba en la crianza de su hija, en especial durante el fin de semana:

“No (ayudaba), él salía en la mañana temprano y llegaba en la noche, yo me preocupaba todo el día de mi niña, del aseo, de todo. Tenía la mala costumbre de tomar sí, pero malo no fue, una vez que quiso levantarme la mano no me la levantó nunca más porque yo pesqué una cafetera y se la tiré por la cabeza, al contrario yo le pegué. Si, cuando estaba sábados y domingos le decía: ve a esa cabra pesada que es fundida tuya ... él se preocupaba de vestirla, la lavaba, le decía ahí está toda la ropa yo le alistaba todo y él la vestía, salían el día sábado iban a ver a la abuelita, a veces los días domingos o los días

sábados nos veníamos de San Miguel a San Bernardo donde mi mamá, tengo fotos de esos años también.", (Dasmac, 69 años, usuaria de métodos anticonceptivos).

El acceso que tuvieron a los sistemas de salud en las décadas de los años 60 y 70 es otra de las temáticas que se debe tener en cuenta en el análisis, pues lo anterior nos habla del nivel de cobertura que alcanzaron las políticas implementadas por el Servicio Nacional de Salud. Un punto interesante a destacar alude al hecho de que en las reflexiones de las usuarias entrevistadas surge una crítica al sistema de salud actual, en especial a las largas esperas que deben experimentar para poder sacar una hora al médico o realizarse un procedimiento clínico en el sistema público. Una realidad que le ha tocado vivir a Dasmac en la actualidad, como nos cuenta en su testimonio:

"Voy al poli porque estoy diabética hipertensa, el problema a la rodilla que tengo, 10 años esperando, tenía 59 años cuando empecé con el problema a la rodilla, hace 10 años que estoy esperando que me llamen, ahora me llaman para el 17, no voy a ir porque ya me tienen aburrida, hace 2 años que me están haciendo ir que me dicen que me van a operar voy con los exámenes, ahh es un examen a destiempo, vuelvo otra vez sácate todos los exámenes, entonces hace 2 años que me están haciendo el mismo cuento, y este año me lo volvieron a hacer porque fui el 11 de septiembre me citaron a las 9 de la mañana, fui y ahh pero los exámenes están fuera de foco, me dieron otro papel para hacerme todos los exámenes de nuevo y no me los he hecho, me citaron para el 17⁹⁸ no voy a ir porque me aburrí.", (Dasmac, 69 años, 1 hija, usuaria de métodos anticonceptivos).

En todos los casos de las entrevistadas, ellas fueron a inscribirse por iniciativa propia al consultorio más cercano de su domicilio de aquellos años, una vez llevado a cabo lo anterior les informaban que podían optar a ser beneficiarias de las políticas de planificación familiar. Por ejemplo, Natalia llegó al consultorio de Maipú después de averiguar en distintos lugares en busca de información, un camino iniciado en la Universidad Católica:

“Empecé a averiguar, llegue a la Católica, porque en ese tiempo atendían a las personas de bajos recursos. Había un sector que ellos tenían, donde ninguna cosa te podía hacer efecto,

⁹⁸ Se refiere al 17 de Octubre 2012, la entrevista se llevó a cabo el 4 de Octubre.

ellos te averiguaban todo. De ahí me mandaron una visitadora, me hizo todos los papeles y me mando al Hospital que está en Independencia, el J.J Aguirre, ahora se llama San José. Ahí yo les explique que mi marido era alcohólico, que no tenía una situación de vida muy holgada y ahí la visitadora me dio hora y todo para que operaran. Fue el 78, mi hija cumplía 15 años y yo me operé en Enero, ella estaba de cumpleaños el día 15 y yo me fui a operar el día 18, eran operaciones por el día. Eran operaciones experimentales, era una nueva técnica, estaban operando por el ombligo, por la guatita.”, (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

También Olga tiene una percepción similar en cuanto a la atención en el sistema de salud entregada en aquellos años y la ofrecida en la actualidad:

"Mira yo siempre encontraba buena la atención, las atenciones públicas y privadas. Me da la impresión que antes los profesionales eran más de vocación, más preocupados, o había menos gente la atención ahora se ha echado mucho a perder. Ahora yo he estado días enteros en el policlínico porque voy temprano a pedir hora, me dan para el día siguiente o llego pasadito la hora y ya no hay oportunidad hay que volver al otro día, hoy día se ha echado mucho a perder, pero esto viene sucediendo hace como unos 15 años. Maipú creció mucho, hay mucho paciente, mucho diabético, yo soy diabética, y se complica mucho la atención porque hay mucha gente y muy poco profesional.", (Olga, 67 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos)

Por su parte, Beatriz entrega detalles respecto a la forma de actuar de los consultorios, en relación a las visitas domiciliarias “Me fui a inscribir, iban a verificar domicilio, iban al domicilio y ahí dejaban la citación. Así empecé mi largo camino. Una vez que quedé embarazada, ahí me fui a inscribir. Fue el año 64”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Trayectoria Laboral de las beneficiarias entrevistadas

Una de las características de la sociedad son las dificultades que deben enfrentar las mujeres para ingresar al mercado laboral, pues está el dilema de compatibilizar los horarios entre el trabajo, casa y familia resultando para la mayoría de ellas una experiencia difícil donde muchas veces se les juzga más que tratar de ayudarla en sus tareas. Una realidad similar, aunque en un

contexto histórico diferente, vivieron las informantes cuando sus hijos eran menores: si deseaban laborar en forma remunerada, debían, en la mayoría de los casos, vencer las negativas del esposo de que ellas pudieran trabajar. El principal argumento, de parte de los esposos para mostrar su oposición al trabajo femenino, era la necesidad de que los hijos estuvieran acompañados por su mamá y también que alguien tenía que preocuparse de la casa, en cuanto a aseo, cocina etc. Sucedió en ocasiones, asimismo, que otro de los motivos para la imposibilidad del trabajo femenino radicaba en la carencia de una red de apoyo que ayudará en la crianza y cuidado de los hijos.

Un caso que grafica lo anterior es el de Dasmac, quien comenzó a trabajar desde su adolescencia y cuando se casó, pese a sus deseos de seguir laborando, su esposo no la dejó continuar. Ella, una vez que deja de asistir al colegio, empezó a trabajar como niñera y luego, al momento de casarse, en una fábrica de ropas para bebés:

"No, él no me dejó (seguir trabajando), yo trabajaba en Opaline, en una fábrica de ropa de guagua, y cuando nos íbamos a casar le dije: oye ¿qué va a pasar después que me case? bueno sigues trabajando, y yo di aviso a la jefa cuando le pedí permiso para casarme que mi marido me había dicho que si que yo iba a seguir trabajando en Opaline en la fábrica de ropa de guagua, pero cuando me casé me dijo él así, no, no vas a trabajar, te vas a dedicar a tu casa y vamos a tener guagua, machista total. (...).mi mamá y mi hermana me decían: ¡tú soy tonta quédate sin trabajar si él te va a mantener!! me quedé pos.", (Dasmac, 69 años, 1 hija, usuaria de métodos anticonceptivos).

Frente a la interrogante de la actitud del esposo o pareja en cuanto al trabajo de la mujer, Natalia contesta:

"Él no me dejaba (trabajar) y otra (razón era) para cuidar a los niños, estaban chicos, nacieron en escalerita: Jeannette, nació el 62, Mauricio el 63 y la más chica el 65. Que los niños estaban chicos, que tenía que estar en la casa, ¿dónde dejaría a los niños, ¿ con quién los dejaría? Eso es lo que siempre dijo, porque primero eran los hijos y luego la casa. Pero, igual trabajé: porque hacía ponchos, chalecos, tejía, los vendía. No mucho, pero se vendía.", (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Lo interesante del testimonio de Natalia es que hace mención al trabajo esporádico o informal llevado a cabo por muchas mujeres en aquellos años, el cual generalmente se realizó desde la casa y no era valorado por las ejecutantes.

Cabe señalar que en algunos casos la mujer no pudo trabajar por ser víctima de la llamada violencia intrafamiliar. Eso le sucedió a Beatriz:

“Cuando me separé comencé a trabajar, hasta hace tres, dos años. Mi marido no me dejaba trabajar, no me dejaba, no podía dar porque me maltrataba por todo. Era muy agresivo, muy violento sin motivos. Fue mucho sufrimiento.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Luego de la separación de su marido empezó a trabajar: “De nana, en algunas partes bien y en otras mal. Andaba por varias partes, pues trabajaba por días, abusan mucho. Porque uno va un día lunes, tiene que dejar cocinado para martes y miércoles, miércoles-jueves, después el día viernes había que dejar cocinado para viernes-sábado y domingo; a todo esto debemos sumar el hecho de planchar y hacer aseo, era bien sacrificado e incluso lo sigue siendo hasta ahora.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Una de las inquietudes respecto a la situación familiar anterior alude a que si la afectada pidió ayuda a familiares o amistades, al respecto Beatriz comenta en su testimonio:

“No, una vez ya tenía los tres hijos y estaba esperando al cuarto, lo demande, estábamos viviendo juntos. Nunca se me puede olvidar, lo demande y estaba de ministra, la señorita Mónica Madariaga, ella era la ministra de Justicia, me toco un comparendo con él y me dijeron que si él me daba un pan, yo no podía pedir más. Así, nunca más se me puede olvidar, siempre cuando veo noticias y veo como es ahora la justicia ahora, encuentro a la justicia mucho mejor. Fue tan terrible, llegué con la cara rota y así una guata (hace el gesto con sus manos), me pego porque lo había demandado.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

El ejercicio reflexivo llevado a cabo por Beatriz es interesante pues lamenta su realidad pero compara, al mismo tiempo, la justicia de ayer y hoy en lo que a violencia hacia las mujeres se refiere.

A diferencia de los anteriores casos reseñados, Olga señala que siempre contó con el apoyo de su esposo y familia para trabajar en costuras, en su casa desde los primeros años de matrimonio.

"Sí, me ha ayudado mucho (haber estudiado moda), porque gracias a esa profesión mía he podido ayudar a mi marido con los gastos del hogar y hemos podido educar a nuestros hijos, tengo cuatro hijos, los cuatro profesionales, tres son ingenieros y una es educadora diferencial y además es psicóloga, yo estoy muy orgullosa de mis hijos, estudiaron todos en las universidades estatales, yo siempre les hice ver a ellos que la situación era difícil y que la mejor forma de salir adelante era estudiando, entonces ellos tenían que estudiar y quedar en Santiago porque si hubieran ido a provincia yo no hubiera podido costear esos gastos, gracias a Dios fueron muy inteligentes y quedaron todos en Santiago y todos están recibidos. Mis hijos siempre orgullosos, siempre, mis hijas siempre vamos preparando los trajes de las fiestas del colegio, del curso, tenía muchas clientas que eran compañeras de mis hijas, de mis hijos también siempre se han sentido orgullosos. También mi esposo estaba orgulloso, porque fue una gran ayuda para el hogar, porque siempre trabajé bastante pero todo para la casa.", (Olga, 67 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Nuevamente en este caso vemos la presencia de un trabajo realizado desde la casa, donde el foco, tal como lo señala la informante, era poder generar más recursos económicos para hacer frente a la gran cantidad de gastos que involucra en el ayer y hoy una familia en general. Lo interesante en este caso es que se observa una valoración de la labor realizada, al reconocer los beneficios que aquello conllevó, haber permitido costear la educación superior de sus hijos en universidad. Una mirada no observada en las otras beneficiarias, donde no se ve una valoración de lo realizado.

Formas de sociabilización y conocimiento de las políticas de planificación familiar

Uno de los principales desafíos que debieron enfrentar los encargados de la implementación de las Políticas de Planificación Familiar en Chile desde 1966, fue lograr un mayor conocimiento en las potenciales usuarias respecto de los beneficios para ellas de éstas políticas. Además de otras problemáticas⁹⁹, los métodos folclóricos¹⁰⁰ populares de control de los embarazos no deseados usados por la gente fue uno de los dilemas a enfrentar en la consolidación de las

⁹⁹ Algunos de los problemas durante la implementación de éstas políticas fueron relacionados con el stock de los productos anticonceptivos ofrecidos, infraestructura, cobertura y financiamiento.

¹⁰⁰ Oraciones, exóticas medicinas hechas en base de raíces vegetales, semillas, amuletos etc son algunos de los métodos folclóricos que ocupaba la gente.

medidas pues gozaba de mayor legitimidad en el contexto social de la época. Sin lugar a dudas, la concreción de las políticas de planificación familiar en el país conllevó un cambio en las mentalidades de los sujetos, lo que va en consonancia con el actuar del Estado de ir poco a poco profesionalizando todo lo concerniente al embarazo, alumbramiento y crianza de los niños. Un actuar que involucró una revolución silenciosa, por decirlo de alguna manera, donde la clave para comprender el proceso es la recepción de los beneficiarios del fenómeno. Esa será la temática de este apartado del capítulo, aquí los términos claves son sociabilización, conocimiento y anticonceptivos.

Las informantes, cuando conocieron la existencia de estas políticas, su reacción fue positiva por los beneficios que conllevaba, asociados éstos fundamentalmente a su bienestar como personas y la posibilidad de vivir una sexualidad con sus esposos sin la preocupación de quedar embarazadas, tópicos de los cuales da cuenta Natalia en su testimonio:

“Cuando yo vine a saber, como era tan cabra chica no le tome el peso a eso. Cuando tuve a mi hija la menor, le tome: ahí fue cuando yo a ver cómo se podía, a pesar de que queríamos tener hartos hijos era nuestra meta. Pero, después viendo la situación, que hay que criar tres niños, que la situación es difícil, hay empecé a ver la opción para no tener más bebés.”, (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En sus palabras, Natalia hace hincapié en el factor socio-económico como un elemento clave en la decisión de cuántos hijos tener. En ocasiones, el interés por limitar el número de hijos, provenía de la mujer exclusivamente como lo grafica el testimonio de Beatriz: “Escuchaba hablar de las pastillas, en el mismo consultorio y las mamás lo que conversábamos. La doctora dijo que no me convenía eso, porque siempre me andaba cuidando él, vigilándome de que si me indisponía o no, porque lo único que él quería era que yo tuviera guaguas. Era maldadoso él, lo

que hacía porque no se portaba bien para ser papá.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Una de las vías de sociabilización utilizadas para dar a conocer las políticas de planificación familiar en los años 60 fue la realización de charlas en los consultorios, donde les enseñaron a las mujeres, entre otras cosas, la necesidad de controlar los embarazos para evitar la llegada de hijos no deseados, los distintos anticonceptivos que podían utilizar para tales fines y, por cierto, les inculcaron la idea de que debían asistir en forma periódica a los controles pre y pos-natales. Las charlas eran desarrolladas por una matrona en una sala del consultorio.

“Que se debía hacer, como había que cuidar a la guagua, la higiene, todo nos enseñaban... ahora no se ve mucho eso, no sé si siguen haciéndolas. Si, pasábamos el carnet (en el consultorio), nos pesaban y antes del control nos llevaban a todas a una sala a la charla, después nos atendía una matrona. A mí me gustaba para poder aprender, así que no me perdí ninguna charla.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Las otras informantes cuentan experiencias similares respecto a las charlas en los consultorios, destacando el rol de la matrona como la realizadora de la actividad y que gracias a ella conocieron los métodos anticonceptivos de la época, como el Diu, lipped o la T de cobre.

María, al recordar las charlas a las cuales asistió, revela un interesante detalle:

“La profesora (colegio de su hija) nos decía, el médico jamás me dijo yo te puedo dar estas cosas para que no tengas más familia, yo visite varios médicos. Nos enseñaban a nosotros de que como no habíamos tenido formación para no tener familia les enseñáramos a las niñas y niños, porque el hombre debe saber lo mismo que las niñas. La idea era que no le pasara lo de uno, porque yo tengo cuatro, pero hay gente que tiene 10, 11 niños. De las mismas mamás que estábamos en las reuniones, contaban, jamás el doctor me habló de eso.”, (María, 81 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Las otras informantes, al comentarles sobre la experiencia de María, señalan que no les paso algo similar, siendo un ejemplo de ello lo que nos cuenta Beatriz:

“No, fíjese, pero a ellos si le hacían clases. A mí me decían que tenía que conversar del tema a los hijos, una vez al mayor yo le iba a conversar de esto, de cómo se debía cuidar, cómo debían ser las cosas, a mí me daba vergüenza atroz. Le voy a empezar a conversar y me dice: mami, si yo sé todo, en el colegio nos han enseñado todo. Nunca me comentaron nada, yo les preguntaba y me decían no, si esto es para nosotros.”, (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En las palabras de Beatriz se reitera como contenido transversal el rasgo de que todos los temas de sexualidad en esos años eran tópicos que no se hablaban mayormente en la sociedad e incluso dentro del propio espacio familiar, no eran temas de conversación.

Un rasgo posible de inferir a partir del análisis de la información obtenida de las entrevistadas, es que en la decisión de colocarse un anticonceptivo jugó un rol importante la matrona y no el médico, a quien por lo general califican su actitud frente al tema como pasiva e indiferente. Entre los métodos anticonceptivos utilizados se pueden mencionar los siguientes: lipped, multi-love, anillo, t de cobre y el uso de una esponja en el útero que la entrevistada no recuerda el nombre dado a ese método.

María recuerda su experiencia cuando le colocaron por primera vez el anticonceptivo del anillo: “Bien, pero cuando me enteré de ellos ya no me servían, porque ya había tenido los cuatro. Me pusieron el anillo después que nació la niña, en 1969. En esa fecha, empezaron a salir en esa fecha, más menos, los anticonceptivos. Me lo colocaron en el consultorio, porque para esa fecha ya estábamos viviendo aquí (su actual residencia, Cerro Navia)”, (María, 81 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). El diu fue una buena experiencia para Karen, hasta que una matrona se lo tiró fuerte obligando a sacárselo, como ella indica en su testimonio:

“Entré al hospital, (luego del nacimiento de su segundo hijo. Era el Hospital de Coya) comencé a utilizar el DIU, lo use por hartos años, desde el 62 hasta el 79. De ahí, en el 79 la matrona me lo tiró muy fuerte, era cada 6 meses el control: primero era cada 1 mes, después 3 meses y finalmente 6 meses. Ahí la matrona me hirió, ahí me hicieron

histerectomía a los 38 años. Ahí quedé mejor aún, sin problemas, sin nada.”, (Karen, 72 años, usuaria de métodos anticonceptivos).

Olga, por su parte, indica que la decisión de colocarse un método anticonceptivo no fue conversada con su marido:

"Es que yo le consultaba ré poco a él, yo hacía y decidía y como él nunca se metió en esas cosas, yo creo que a la larga fue un alivio para él, nunca lo hemos conversado, porque se pudieron controlar porque yo hubiera tenido muchos niños si no me hubiera controlado, y la situación no daba para tener tantos, a veces me hubiera gustado no estaría tan sola ahora.", (Olga, 67 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

El uso del anticonceptivo multi-love significó para Elvira una mejor calidad de vida, donde ya no era preocupación un posible embarazo no deseado cada mes:

“En ese tiempo estaba, como te decía, el tema del control de natalidad. Se hablaba mucho de la T de cobre y el lipped, así se empezó. En ese lapso de tiempo, yo empecé a cuidarme con lipped y después pasé a otro tratamiento, se llamaba multi-love. Me dio resultado positivo, hasta que me lo saqué y quedé embarazada de este niño -segundo hijo-.”, (Elvira, 65 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Si bien en la decisión de colocarse un anticonceptivo el esposo de Elvira dejó que ella viera las alternativas que habían, igual le expresó sus temores: “Al principio no estaba muy convencido. Pero era lo mejor, pues recién nos estábamos formando y había que tener casas y otras cosas. Me dejaba a mí que tomara la decisión, yo tomé la decisión. Se preocupaba de que si los anticonceptivos me podían hacer mal.”, (Elvira, 65 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Cabe señalar, en relación a la posición de los hombres frente a la temática de las políticas de planificación familiar, un estudio realizado por la Universidad de Chile a lo largo del año 1968 y el cual involucró encuestar a 720 hombres entre los 18 y 54 años de edad de la ciudad de Santiago y la localidad rural de María Pinto. Los datos fueron analizados por el Centro de

Estudios Matemáticos de la mencionada casa de estudios, los cuales del total de las encuestas extrajeron una muestra.

Los resultados que destacaba la doctora Hall dice relación con que “La actitud hacia la planificación familiar fue por lo general muy favorable: en sus propias relaciones personales, una gran mayoría de los encuestados estaban dispuestos a hacer uso de la anticoncepción y, aún más, estaban conformes en que la información se pusiera a disposición de por lo menos algunos adultos de la población”¹⁰¹. Otro de los resultados citados por Hall se refiere a la auto-percepción de los hombres como “candidatos apropiados para recibir información sobre control de natalidad, aún más que las mujeres, implica que ellos se estiman directamente comprometidos en la decisión acerca de la anticoncepción. El sexo es todavía considerado como su prerrogativa, y su cooperación y apoyo parecen esenciales si los abortos van a ser remplazados por el uso de los anticonceptivos”¹⁰², comenta Hall.

Frente a la afirmación de Hall respecto al compromiso de los hombres en lo que se refiere a la anticoncepción, discrepamos de dicho punto de vista. Analizando lo expresado por las distintas informantes de esta investigación, se percibe un proceso de auto-decisión por parte de ellas en dicha temática y, luego de lo cual, se les comunicaba a sus respectivas parejas la determinación tomada. Un ejemplo de lo anterior es el testimonio de Olga, quien señala:

“Es que yo le consultaba ré poco a él (respecto a la anticoncepción), yo hacía y decidía y como él nunca se metió en esas cosas, yo creo que a la larga fue un alivio para él, nunca lo hemos conversado, porque se pudieron controlar porque yo hubiera tenido muchos niños si no me hubiera controlado, y la situación no daba para tener tantos, a veces me hubiera gustado no estaría tan sola ahora.”, (Olga, 67 años, usuaria de métodos anticonceptivos).

¹⁰¹ Hall M-Francoise, Los Hombres y la Educación en planificación de la familia, Revista Cuadernos Médicos Sociales, Colegio Médico de Chile, Santiago de Chile, 1968, p 9

¹⁰² Ibid, p 9

Es interesante, asimismo, indagar en torno a que si las temáticas asociadas a las políticas de planificación familiar eran temas de conversación entre las beneficiarias y amistades y/o familiares. Al respecto, si bien las usuarias reconocen que la sexualidad era un tópico asociado en aquellos años a la intimidad de los sujetos, poco a poco fue visibilizándose en la sociedad y en las mujeres como temas de conversación generándose así la denominada cultura de la vecina. Aunque, reconocen nuestras informantes, en muchos casos simplemente ellas no hablaban estos temas, por carencia de amistades o no sentirse capaz, dado a la formación valórica recibida a lo largo de su infancia.

Olga, en este sentido, recuerda su experiencia frente al tema: " Siempre he tenido muy pocas amigas y generalmente las que tú ves estaban igual que yo, en el mismo estilo que iban al policlínico y se ponían en control, en esos años parece que fue algo muy fuerte, porque fue en los inicios me da la impresión, del control de la natalidad. En esa época empezó a ser común en las mujeres jóvenes, las recién casadas", (Olga, 67 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Por su parte, Dasmac señala que les recomendó a sus amigas ser usuarias de los métodos anticonceptivos, tal como explica en su testimonio:

"Si, a mis amigas les decía yo ¡¡oye ponete algún método anticonceptivo no tengas más guaguas¡¡, porque en esos años se tenían, 6, 4, 8, 10, de hecho nosotros éramos 8, y si no se hubieran muerto otros antes habríamos sido 10 ó 12. Entonces por eso yo decía: no, yo no voy a tener tantos, porque nosotros éramos tantos, dormíamos todos arrumbados, siempre miré yo un poco más de comodidad. De hecho cuando me casé yo le dije altiro a mi marido una cama para nosotros y una cama para la niña, nada de que la niña duerma con nosotros, está bueno ya. (...). En esos años usted sabe que eran de esas casas grandes, dormitorios grandes que cabían 4, 6 camas y todos arrumbados, no arrumbados en una cama, cada uno tenía su cama, pero no todos rejuntados si parecía hospital. Algunas me ponían atención y otras eran más cerradas de mente, porque mi juventud fui criada con la mente cerrada digo yo, porque ahora que estoy vieja me doy cuenta que nos tenían cerrada la mente a nosotros", (Dasmac, 69 años, 1 hija, usuaria de métodos anticonceptivos).

Analizando los testimonios anteriores, podemos ver como las políticas de planificación se convirtieron en temas de conversación entre las mujeres, quienes al ver los beneficios que conllevaban se apropiaron de ellas y, acto seguido, se generó en la época la llamada cultura de la vecina. Una interacción donde "lo que conversábamos era que te pusieron, como te sentí, te sientes mal, como lo aceptaba el cuerpo", (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

El aborto, una realidad conocida por todos

Otro contenido transversal que se hace presente en las memorias colectivas de las mujeres entrevistadas es el aborto, delito percibido como una realidad del día a día en la vida de los años 60, esto en la ciudad y también en las zonas rurales. Ejemplo de esto último es el testimonio de Lidia, que nos habla de la situación en Coinco, en la Región de O'Higgins, respecto a aquellos años:

"Si, en el campo, donde yo vivía, había una niña soltera que tenía hartos hijos, cuentan una vez, a mí no me consta, que tuvo a una guagua, estaba viva, fue al baño y se le cayó al pozo. Le tiro una piedra para que se hundiera más, yo lloraba de pena por lo sucedido. Yo conocía a la señora, nunca los tuvo, siempre actuaba así: la niña tenía pareja, como se le dice ahora, antes se le decía el lacho: ya se la llevó el lacho. Era tan linda la señora, era tan bien hablada, yo la tenía tan en alto, pero lo que hacía me daba pena, yo no podía hacer ni decirle nada. Un viejito que era bien amigo de ella, porque le vendía gallinas y huevos, veía y después me contaba: sabe señora Lidia, paso esto, lo que hizo esta niña, yo lamentaba lo que pasaba. Nunca contaba, era sorda, ciega y muda, no conviene meterse en esos temas: ni a la misma señora de las casas, yo era amiga de ella, le contaba", (Lidia, 79 años, 2 hijos, no usuaria de métodos anticonceptivos).

La tendencia observada en las beneficiarias entrevistadas es un conocimiento de casos de mujeres que optaron por el aborto en aquellos años pero, al mismo tiempo, aclaran que ellas jamás optaron por esa vía. Un ejemplo de esto es el testimonio de Natalia, quien dice al respecto: "Si, muchas veces se hacían remedios, abortaban porque no podían tenerlos porque la plata no

les alcanzaba. Casi siempre, se sabía por otra persona, no encontraba que fuera justo: porque era una cosa que Dios lo mandaba, yo tuve a mis dos hijos juntos – se llevaban por poquito- pero jamás se me pasó por la cabeza hacer eso.", (Natalia, 68 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Elvira, por su parte, al recordar la realidad del aborto en los años 60, señala:

"Siempre uno escuchaba eso, como por ejemplo en la misma madre de uno: varias veces escuche que ella tuvo que acudir a eso. Yo no, no tuve que ir felizmente. Si, a veces (conversaba con sus amigas o familiares), habían algunas aporreadas con eso. No sé cómo lo harían. Se trataba en los periódicos, la radio: ¿Cuántas niñas murieron por eso?. Supe de otros casos de aborto, pero no de gente cercana. ", (Elvira, 65 años, 2 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Una solución que se debería haber aplicado en la época en relación al aborto, de acuerdo a Laura, era que los médicos le hubiesen mostrado a las mujeres los métodos anticonceptivos disponibles en la época: "Los mismos doctores tendrían que haberlo explicado a las mujeres como hacerlo, porque muchas mujeres lo hacían sin saber, por las circunstancias de mantener a los hijos, alimentarlos. Los médicos nos revisaban y te decían listos. ", (Laura, 81 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En tanto, Emilse cree que una mayor educación sexual y valórica hubiese sido el factor que habría provocado la disminución de la tasa de aborto en esos años: "Educación, educación y educación, ya sea educación sexual, moral. ¡Educación! conozco y tengo amigos de todos los ámbitos, si ellos tienen moral le dan educación a sus hijos. No es necesario que vayan a misa todos los días o sean católicos, la moral lo da todo. Educación, respeto hacia la pareja, de los hijos a los padres, de los padres a los hijos. Todo eso, educación y moral.", (Emilse, 60 años, tres hijos, no usuaria de métodos).

La posición de la Iglesia Católica frente a la Planificación Familiar

La Iglesia Católica, en el transcurso de la década de los años 60, jugó un rol importante en lo referente a la implementación de las políticas de Planificación Familiar. Esto porque, considerando la influencia de la institución en los distintos ámbitos de la sociedad, la posición de ella era clave para que las políticas fueran validadas. La publicación de la Encíclica Papal *Humanae Vitae*, en el año 1968, expresó el rechazo a éstas políticas indicando que toda relación sexual debía apuntar a la procreación humana como fin último de las personas.

Frente a lo anterior, la interrogante surgida dice relación con que si influyó la determinación de la Iglesia en la decisión de las usuarias de ocupar algún método anticonceptivo. Haciendo un balance de las beneficiarias entrevistadas, se puede concluir que no hay una mayor incidencia de lo anterior en la decisión de las beneficiarias. Sólo una de las informantes, Emilse, decidió no utilizar algún método anticonceptivo, dado a la posición de la Iglesia en la materia.

Emilse es una mujer de 60 años, cuyo primer embarazo fue cuando ella tenía 21 años de edad, una niña nacida en el mes de Marzo del año 1973. Las ideas relacionadas con la planificación familiar se hicieron presentes en la vida de Emilse por primera vez cuando estaba en los últimos años de colegio:

"De las políticas de planificación, ya en el colegio me hablaban de eso, se tocaba el tema. Yo me salí del colegio a los 18 años, ahí tuve un curso de relaciones públicas y se tocaba el tema, dentro del círculo familiar también se tocaba el tema y lo conocía. El tema de control de natalidad no me gustaba hasta el día de hoy, porque siento que la gente debe tener una responsabilidad, una maternidad responsable y para eso hay hartos métodos naturales que se pueden seguir.", (Emilse, 60 años, tres hijos, no usuaria).

El planteamiento anterior se sustentaba en razones religiosas, tal como señala Emilse en su testimonio: "La verdad es que es un tema más religioso, creo ser bien católica y creo que la

Iglesia Católica no me permite tener una natalidad controlada, solamente de modo natural. Así lo entendí yo y mi marido lo respeto, aceptó en su momento.", (Emilse, 60 años, tres hijos, no usuaria). La decisión de no utilizar métodos anticonceptivos fue respaldada por el médico que la atendió durante su primer embarazo en la Clínica Santa María: "Mi doctor no estaba de acuerdo con el control de natalidad, encontraba que el control de natalidad se debía hacer de forma natural: yo también estaba de acuerdo con eso. Por eso, no tuve control de natalidad con preservativo, intrauterino ni píldora... sólo de forma natural.", (Emilse, 60 años, 3 hijos, no usuaria de métodos).

En este contexto, Emilse critica la labor desarrollada por el Estado en relación a las políticas de planificación, pues considera que se centró en haber proporcionado solamente diversos métodos anticonceptivos a las mujeres y no educarlas en lo que a sexualidad se refiere. Al respecto, señala en su testimonio:

"Yo creo que, más bien, no ha sido un tema de Estado, el Estado no ha sabido tomarlo bien, abordarlo: el Estado se ha metido en un tema de más bien mostrar cuáles son los métodos anticonceptivos, en vez de decirle a la gente cómo deben tener sus relaciones, por ahí va el error. Yo creo que hay que enseñarles a la gente mayor educación sexual y no incentivar a la gente a tener relaciones y usar los anticonceptivos, ya sea antes, después de las relaciones (...). A la mujer se le debe educar, al hombre también de tener una Paternidad Responsable. Yo no estoy de acuerdo que la gente tenga niños a diestra y siniestra, pero creo que se necesita una educación. Eso es una política de Estado, dejando afuera el aspecto de la religión. Vuelvo a lo mismo: yo creo que a la gente hay que educarla y no entregarle los métodos, hay que enseñarles a pescar para que se coman el pescado y no darles el pescado para que se lo coman directamente.", (Emilse, 60 años, tres hijos, no usuaria).

Una visión totalmente contraria a la de Emilse es la de Elvira, quien señala: "No me sentí presionada por la religión, no pensé en eso. Consideré el bienestar de uno, de la pareja: era tan lola en ese tiempo. Yo no estaba de acuerdo con la posición de la Iglesia.", (Elvira, 65 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Olga cree que detrás del rechazo de la Iglesia a los métodos anticonceptivos y la planificación familiar hubo una actitud machista, de parte de la institución, razón por la cual no se sintió presionada en su decisión:

"Yo siempre he pensado desde muy niña que la biblia y las leyes católicas y todo eso las ha hecho el hombre a su gusto y a su aprovechamiento, entonces los curas no excomulgan, los curas no me confiesan, yo creo en Jesucristo, creo en Dios y yo con él me confieso, y a él le pido perdón, yo creo que así se vive más tranquila, de repente voy a misa, voy a la iglesia como cualquier católico pero no soy tan creyente de la porque yo creo que el hombre ha puesto muy ... es que tú te pones a leer la Biblia te das cuenta que es totalmente machista, y para que sea totalmente machista tiene que haberla hecho un hombre, y dios no es tan machista.", (Olga, 67 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Privilegiar el bienestar de la pareja y familiar, esas son las razones esgrimidas por las informantes para explicar su desacuerdo frente al rechazo de la Iglesia a los métodos anticonceptivos.

La percepción de las usuarias en torno a la Unidad Popular

Otro de los contenidos recurrentes en la memoria colectiva de las beneficiarias entrevistadas se refiere a la asociación de la Unidad Popular como un período de escasez en todos los ámbitos de la vida, tanto en la Región Metropolitana como en O'Higgins. Una mirada crítica en torno al gobierno de Allende, donde las informantes no perciben cambios en torno a las políticas de planificación familiar en su conjunto.

Emilse, como comentábamos en los párrafos anteriores, tuvo a su hija en el mes de Marzo de 1973, instancia en la cual pese a tener su parto en una clínica privada escaseaba todo el material necesario para recibir su parto, como menciona en su testimonio:

"Las primeras dificultades (en relación a la maternidad)es que el año en que nació mi hija fue un año muy difícil, no encontraba nada de nada. Pese a que no fue una experiencia

traumática, por ejemplo para llegar a tener a mi primera hija, pese a que era una clínica privada, tuve que llevar todos los enseres desde los algodones hasta las vendas, jeringas. Esto porque no había muchas cosas, el período que se vivió ese año fue difícil, todo era bastante escaso. Era medio complejo.", (Emilse, 60 años, 3 hijos, no usuaria de métodos anticonceptivos).

En tanto, Olga también experimentó carencias durante la atención a su parto en el Hospital San Juan de Dios, pocos días antes del Golpe Militar de 1973, una experiencia de la cual da cuenta en su testimonio:

" Cuando nació Caroline que fue en el año 73, en el hospital no había nada, pero nada de nada, ni algodón ni nada pero nada, ella nació el 7 de septiembre me atendió el doctor y la matrona, el doctor se estaba comiendo un sándwich y tenía un termo con café y me decía: ya pos chiquilla, la Biblia dice parirás con dolor, empieza a gritar ... de eso me acuerdo, después me dijo te vamos a tener que coser a sangre pato porque no hay nada de nada en este hospital, igual no sentí nada, yo no sé si se me duermen esas partes o qué pasa. Ligerito pedí el alta porque ni siquiera tenían comida en el San Juan de Dios, nos daban una cebolla con cochayuyo y unas aguas ahí flotando, y vi muchos bebés llegar que no tenían ni que ponerle, yo regalé pañales, tenía muchos pañales, tenía bastantes cosas yo, y había gente que llegaba y no tenía en qué envolver a su bebé, era terrible, terrible", (Olga, 67 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Una visión similar es la que tiene Karen respecto al período de la Unidad Popular, en su testimonio hace alusión a lo acaecido en el yacimiento minero El Teniente en esos años:

"En la Unidad Popular no había médicos, todos salían del país, el hospital se fue achicando, cancelaban gente, no había leche para los niños, era un caos total. En ese tiempo, los míos estaban grandecitos, tanta leche no necesitaba, pero igual necesitaban leche pero no había. Yo tenía una niña que me ayudaba a coser, yo tenía que hacer fila, porque ella era más adulta, me vendían un tarro de leche para la guagua de la niña que me ayudaba, en los hospitales no había insumos, nada de nada (...). Fue triste la vida esos tres años que duro el Gobierno, no había nada y teníamos una tarjeta que nos daba un kilo de posta, un pollito y eso una vez al mes para 4 personas, no había prácticamente que comer. Habían ollas comunes, porque habían huelgas hasta por 40 días: a las señoras que les cosía, porque tenían almacenes o estaban relacionadas con la JAP, me daban cositas para mí y la señora que me ayudaba.", (Karen, 72 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Dasmac, por su parte, señala que ella percibió un cambio en la atención de salud proporcionada por el SNS, bajo el Gobierno de Allende, en su conjunto, donde se priorizó la

atención a la mujer, a su juicio. "Se priorizaba más a la mujer, mucha más atención, tenía más fuero, más fuero en el hospital, en los consultorios, se preocupaban más de la mujer y de los niños, que era prioridad, en ese poco tiempo que estuvo Allende. ", (Dasmac, 69 años, 1 hijo, usuaria de métodos anticonceptivos). Salvo el testimonio anterior, en todas las informantes se ve una asociación de la Unidad Popular como años de escasez y en donde no se producen cambios en el enfoque de las políticas de planificación familiar.

El impacto de la Planificación Familiar en la vida de las mujeres

Haciendo un balance del aporte de las políticas de planificación familiar en la vida de las mujeres, las informantes asocian éstas a la posibilidad de disfrutar de un mayor bienestar en su vida, esto porque gracias a los métodos anticonceptivos podían evitar la llegada de embarazos no deseados por la pareja. Las palabras de Karen demuestran lo anterior: "Si mucho (alude a cambios en la vida de las mujeres), se podía trabajar, había más felicidad con el marido, no estaba ese miedo de que no podía acostarse con el marido porque podía quedar embarazada. Era un relajo total para uno, uno vivía bien, feliz preocupada de otras cosas, como los niños, no estaba viendo lo interno mío. Iba a control todos los meses, para que le viera como estaba eso adentro, era la vida más tranquilo con ese dispositivo.", (Karen, 72 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

Al leer este testimonio entre líneas es posible ver la percepción de las mujeres de una mayor posibilidad de hacer cosas en la vida, pero no se observa una transformación en las relaciones de género. Lo anterior se evidencia, también, en el testimonio de Elvira: "Pienso que fue muy bueno, fue una tranquilidad para la mujer. Organizarse en poder tener sus hijos, decir voy a tener

tantos niños, es una tranquilidad para la mujer.", (Elvira, 65 años, dos hijos, usuaria de métodos anticonceptivos).

En tanto, Dasmac hace alusión a que las políticas de planificación familiar significaron una importante ayuda económica para las familias, porque evitaban la llegada de embarazos no deseados. "Que es bueno (planificación familiar) porque no se tenían tantos niños, además que la economía en esos años era escasa, los trabajos.... si tú tenías un trabajo y no te ponías a otra cosa estabas sonado, porque mi marido trabajaba y nosotros vendíamos (ropa) sábado y domingo íbamos a cobrar y a vender, nos hacíamos otro sueldo.", (Dasmac, 69 años, una hija, usuaria métodos anticonceptivos). Por su parte, Beatriz comenta: "Buena (refiriéndose a la política), porque así no había tantas guaguas. Por la misma pobreza de uno, era complicado tener tantos hijos, ¿se imagina cuántos hijos hubiese tenido yo?, porque los tres primeros sufrieron.", (Beatriz, 65 años, 4 hijos, usuaria de métodos anticonceptivos). Como en otros testimonios, se puede percibir en las palabras de Beatriz una asociación entre las políticas de planificación familiar y bienestar de la mujer.

Conclusiones Capítulo

A lo largo de este capítulo, hemos querido analizar la construcción de las memorias individuales y colectivas de las mujeres beneficiarias de las políticas de planificación familiar, con el fin de hallar los contenidos transversales y minoritarios dentro de los recuerdos de las entrevistadas. En este sentido, una característica que resalta es que sus testimonios son contruidos en base a lo vivencial, no identificándose en ellos especificaciones a rasgos específicos de las políticas. Un rasgo identificador del tema para las informantes son los

anticonceptivos, a partir de ellos construyen sus vivencias de maternidad y planificación familiar.

Las políticas de planificación familiar son asociadas como acciones cuyo fin es lograr el bienestar de las mujeres, esa es la percepción de las entrevistadas, en el sentido de permitirles desarrollar una vida más libre en cuanto al temor de la llegada de embarazos no deseados por la pareja. Coincidente con el discurso de algunos médicos, como el de Juana González, cuyo caso lo citábamos en el primer capítulo, ellas señalan que toda la responsabilidad de la planificación recaía en ellas ante la pasividad o indiferencia del marido.

Un elemento que merece la pena ser destacado se refiere a que, pese a la posición asumida por la Iglesia Católica a fines de los años 60 con la publicación de la Encíclica *Vida Humana* a favor de la abstinencia como método de planificación, no se observa una mayor incidencia de lo anterior en la toma de las decisiones de las mujeres en el uso de anticonceptivos. Señalan que lo principal es el bienestar de ella. La interrogante del impacto de la posición de la Iglesia en la decisión de las usuarias fue abordada en las entrevistas realizada a las informantes en las entrevistas. Otro elemento interesante de consignar es la llamada cultura de la vecina, donde las políticas de planificación familiar se convierten en temas de conversación entre las madres atendidas e incluso, como recuerdan algunas de las entrevistadas, entre ellas se motivaban para ser parte de las beneficiarias de estas políticas. Un lento proceso de apropiación de las políticas, el cual profundizaremos en el siguiente capítulo.

En definitiva, se observa una recepción positiva en las usuarias de las políticas de planificación familiar, por el bienestar que significa a juicio de ellas, sin embargo en la reconstrucción de las memorias de ellas hay un desconocimiento de que conllevaba estas políticas.

Un punto al cual, también, hacían alusión los médicos en sus publicaciones de la época y que tiene directa relación con el desconocimiento sobre los procesos de reproducción femenino de las usuarias, lo que repercutió en un no entendimiento de dichas temáticas. Una carencia que se explica por el habitus social del entorno en donde nacieron, es decir, en la época en que ellas nacieron los temas de sexualidad no se hablaban mayormente.

Una vez comprendidas y analizadas las memorias colectivas e individuales de las madres atendidas, las interrogantes que nos surgen se refiere a ¿de qué forma enfrentó la comunidad médica la política de planificación familiar en Chile? y ¿cómo veían a las beneficiarias? Esas dos preguntas serán las que se abordarán en el siguiente capítulo de la tesis, con el propósito de establecer un paralelo entre las miradas de los distintos actores del sistema.

Capítulo III: La comunidad médica frente a la implementación de las Políticas de Planificación Familiar.

Uno de los elementos interesantes, al investigar el desarrollo e implementación de las Políticas de Planificación Familiar, es analizar a la comunidad médica frente a dichas políticas respecto a las siguientes temáticas: significado de las medidas que involucraba , los dilemas surgidos al interior de ella, visión respecto a las beneficiarias y los métodos anticonceptivos preferidos por las usuarias y los médicos, la relación de los médicos con otros profesionales de la salud (matronas y enfermeras) como el rol de ellas, etc. De ésta manera, se puede conocer no sólo el propósito de estas políticas sino también comprender el significado de las mismas para la comunidad médica en su conjunto.

Es así como en este tercer capítulo de la presente tesis indagaremos en torno a la comunidad médica frente a las políticas de Planificación Familiar respecto a las temáticas ya reseñadas, con énfasis en la visión de este grupo respecto a las mujeres beneficiarias en lo que se refiere a las características de ellas y su recepción de las políticas insertas en el PSMI. El estudio y análisis de las usuarias no se lleva a cabo con la perspectiva de comparar y contrarrestar visiones entre los actores del sistema, sino simplemente poder construir paralelos entre ellos: de ésta manera, podemos indagar en todas las miradas que se hicieron presentes en las décadas de los años 60 y principios de los 70 en relación a estas políticas.

Las fuentes utilizadas en este capítulo contemplan tanto fuentes documentales - como la revista Médica de Chile, boletines de APROFA y una encuesta realizada a obstetras y

ginecólogos¹⁰³, por mencionar algunas- y orales - se realizaron y emplearon 4 entrevistas¹⁰⁴ a profesionales de la salud, dos matronas, una enfermera y un médico, con el propósito de que proporcionarán a la investigación sus experiencias y miradas referentes a la planificación familiar en Chile-.

Ese es uno de los aportes de nuestra investigación, proporcionar nuevas miradas frente a estas políticas donde se hagan presentes no solamente las indicaciones contenidas en los documentos oficiales o escritos de la comunidad médica sino también las experiencias de los profesionales de la salud que participaron en el desarrollo de las políticas indicadas, complementado con la visión de las usuarias respecto a la temática. Con esto se genera como resultado un trabajo historiográfico capaz de reflejar en el no sólo los aspectos institucionales de las políticas investigadas sino también la percepción y recepción de las mismas en beneficiarias y comunidad médica.

La organización del capítulo contempla, como eje narrativo, hacer un análisis cronológico en torno a los debates surgidos en la comunidad médica en las décadas de los años 30 y 40 en torno a problemáticas como el aborto y anticonceptivos , comprendiendo en lo anterior las miradas divergentes respecto a las características de las mujeres que optaban por esa vía como un medio para controlar su embarazo; pasando por cómo se vivía en Santiago y El Teniente lo referente a la mujer y sus embarazos durante la década de los años 50, para luego finalizar el capítulo refiriéndose a la comunidad médica en tiempos de las Políticas de Planificación Familiar. Todo esto se hará con el propósito de ver como los objetivos por los cuales se implementaron las

¹⁰³ Los resultados finales de la encuesta se reflejaron en la siguiente obra: Solari Canessa Guido, Los Médicos y el Control de Natalidad: encuesta sobre la opinión de obstetras y ginecólogos, Desal, Santiago, 1969.

¹⁰⁴ Ver cuadro de muestra entrevistados en metodología de la investigación.

políticas antes mencionada, disminuir la mortalidad materno- infantil a causa de los abortos clandestinos e inculcar la idea de planificación del nacimiento de los hijos, se expresaron en la escena pública. Lo anterior causó una gran controversia entre los distintos actores sociales como médicos, Iglesia y autoridades gubernamentales. Un debate donde la visión de los médicos respecto a las usuarias no estuvo ausente.

Cabe señalar que uno de los grandes objetivos que se planteó la comunidad médica a fines de la década de los años 20 y comienzos de los años 30 era poder, en el caso de las embarazadas, llevar a cabo un cuidado prenatal de la madre. Un anhelo médico difícil de concretar, indica Zárate¹⁰⁵, porque se practicaba en forma rudimentaria y contaba con una escasa cobertura. Al respecto, el médico Arturo Baeza Goñi señalaba en la época que los servicios prenatales estaban poco desarrollados " en parte por la falta de organización y en parte también por falta de educación maternal y de puericultura en nuestra población femenina"¹⁰⁶.

Fue en el trabajo de la Maternidad y Dispensario Madre e Hijo, creado el año 1923 por la Unión Evangélica de Chile, donde encontró un espacio y acogida la idea de asistencia prenatal. En los inicios, este lugar era un dispensario para poder albergar a las madres desamparadas y sus hijos, inaugurando el año 1927 un servicio de maternidad que contaba con siete camas y al año siguiente entra en funcionamiento una clínica prenatal. Esa era la singularidad de la institución mencionada, en la cual se apuntaba a reducir las complicaciones de las mujeres en sus embarazos: hasta el séptimo mes de gestación debían asistir una vez al mes a control prenatal, luego de ese período cada quince días tenían que hacer lo anterior. La asistencia a

¹⁰⁵ Zárate Campos María Soledad, "Parto, crianza y pobreza en Chile" en Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri (editores), Historia de la Vida Privada en Chile, Taurus, Santiago de Chile, 2005.

¹⁰⁶ Baeza Goñi Arturo, "Labor que desempeña a favor del niño la Maternidad Madre e Hijo", en VVAA: "La Asistencia Privada en Chile", Servicio Social, 1932, año VI, números 2-3, p 218. Citada por Zárate

controles pre y pos natales en forma periódica inculcaba en las madres los cuidados que debían tener con sus hijos y con ellas mismas, comentaban en aquellos años la comunidad médica, una idea que es reflejada en los escritos del médico Baeza ya citados. Es importante mencionar que el control posnatal, llevado a cabo en el recinto, era hasta los 2 años de edad en la sección de puericultura¹⁰⁷.

La idea de los controles¹⁰⁸ también¹⁰⁹ era enseñada en la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Chile, Maternidad San Borja y en los distintos centros preventivos del Servicio Nacional de Salubridad Pública. Uno de los principales desafíos que debieron hacer frente en aquellos años los médicos fue lograr inculcar en las madres la necesidad del control periódico tanto en el embarazo como después del alumbramiento, pues " lo que usualmente ocurría era que las mujeres no acudían a los consultorios antes del quinto mes del embarazo"¹¹⁰. Lo que se deseaba lograr no era sólo generar en la madre el hábito de asistir regularmente a los distintos controles y que llevará a la práctica lo enseñado en ellos sino, también, que las mujeres percibieran a los médicos, matronas y enfermeras como amigos confiables durante el nacimiento y crecimiento del niño los cuales siempre las podían aconsejar.

Haciendo un balance de la supervisión y control médico en torno al embarazo y parto durante las décadas de 1930 y 1940, lo interesante de destacar es que bajo el fin de proporcionarles a las madres nuevas habilidades y contenidos que le permitiesen llevar a efecto de mejor manera su labor, se desarrolló “ una silenciosa pero significativa transición: el ciclo

¹⁰⁷ Lo que se pretendía a través de la puericultura era lograr una masificación de los conocimientos científicos relacionados con los cuidados que necesitaban tanto la madre como el recién nacido. El fin era pasar de la teorización a los consejos prácticos. Una materia clave fue la alimentación adecuada tanto para los niños como a sus madres.

¹⁰⁸ La supervisión médica del embarazo involucraba, asimismo, el crecimiento y desarrollo del niño

¹⁰⁹ De acuerdo a María Soledad Zárate.

¹¹⁰ Zárate, op cit, p 33.

maternal dejaba de ser un proceso exclusivo de la intimidad femenina, para transformarse en un problema social, sanitario y estadístico”¹¹¹. En este proceso, se generó un interesante debate público entre los actores sociales respecto a las condiciones socioeconómicas de las clases trabajadoras y, especialmente, de las mujeres en la perspectiva de su capacidad reproductiva y nutricional. Es así como en la década de los años 30 se produjo un debate en la comunidad médica relacionado con el aborto y los anticonceptivos en el contexto de la Convención Médica de Valparaíso en el año 1936, el cual analizaremos en el siguiente apartado.

El debate en torno al aborto y los anticonceptivos durante la década de 1930

Si bien durante las primeras décadas del siglo XX distintos actores sociales se refirieron al llamado aborto criminal, fueron los médicos que

“tuvieron a principal influencia mediática y política para mostrarlo ante la sociedad. El contacto profesional con las mujeres y, en gran medida, la progresiva participación y autoridad que asumían en los asuntos públicos contribuyeron a convertirlos en cruciales forjadores de la noción que el aborto era un flagelo nacional, objeto de imperativa atención estatal”¹¹².

Fue en la Convención Médica de Valparaíso, efectuada en el año 1936, cuando un grupo de médicos se manifestó en la instancia a favor de la legalización del aborto y la divulgación de los métodos anticonceptivos en la población, hecho que provocó un interesante debate¹¹³ donde podemos ver la “dimensión temporal que tienen las políticas reproductivas: los distintos

¹¹¹ Zárate, op cit, p 42.

¹¹² Campo Peirano Andrea, “Una Historia Desconocida: Los albores remotos de una política de salud para regular la fecundidad en Chile 1915-1938” en María Soledad Zárate (Compiladora), Por la Salud del Cuerpo, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008, p 134.

¹¹³ Lo interesante es ver como el propósito de difusión de los anticonceptivos en los años 30 genera controversia en la comunidad médica respecto a las consecuencias que ello puede tener en la vida de las mujeres, no logrando establecerse un consenso que se concreta en los años 60 en el contexto del PSMI. Un proceso donde la clave para comprenderlo, es analizar el contexto de ambos períodos.

escenarios históricos van modificando su formulación y pueden conjugar cambios en su legitimidad y en la voluntad política de aplicarlas”¹¹⁴.

Los médicos, desde las primeras décadas del siglo XX, acusaban a las matronas de practicar el llamado "aborto criminal" en las casas de partos o maternidades, ante la indiferencia de las autoridades. La comunidad médica en la época denunciaba que la prensa, pese a sus constantes reclamos como gremio, seguía publicando avisos donde las matronas ofrecían sus servicios a las mujeres; asimismo, otro elemento que dificultaba en la época el control y erradicación del aborto, indicaban los médicos, era la participación de algunos facultativos en asesorar a las matronas ante problemas que pudieran surgir y el amparo de la policía a algunas clínicas¹¹⁵. Junto con lo anterior, también la idea que primaba en las investigaciones¹¹⁶ médicas era el aborto como medio de control de la reproducción empleado por las mujeres y el cual se había masificado durante las primeras décadas del siglo XX, esto reflejaba un cambio en la conducta sexual y reproductiva de las familias: un ejemplo de un trabajo donde se reflejan estas ideas es el de Mamerto Cádiz, titulado Consideraciones sobre la higiene sexual. Cádiz comentaba en aquellos años que el aborto o restricción voluntaria del número de hijos era una tendencia presente en los países civilizados en la época, que conllevaba graves problemas demográficos. Es por esto que Chile, señala Cádiz, no puede dejar que esa realidad se haga presente pues necesitaba brazos jóvenes para poder progresar.

Hasta la década de los años 30 el discurso médico mayoritario, en relación al aborto, se centraba en la persecución policial y en una demanda de una mayor protección social a las

¹¹⁴ Ibid., p 135.

¹¹⁵ Doctor Lavín, Sesión del 7 de Agosto de 1914, Revista Médica de Chile, v43, número 1, 1915, p 25.

¹¹⁶ De acuerdo a lo indicado por Andrea del Campo Peirano en su artículo " El debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930".

madres desvalidas por parte del Estado. Sin embargo, a fines del año 1935 el Jefe de la Maternidad del Hospital San Borja, el médico Víctor Gacitúa, presentó su trabajo titulado "El problema del aborto en Chile": en el escrito, el facultativo planteaba la hipótesis de que "la única manera de evitar la encumbrada mortalidad materna del país por aborto provocado era legislar sobre la interrupción voluntaria del embarazo (...). Debía modificarse tanto el Código Penal como el de la ética médica, con el objetivo de que el aborto¹¹⁷ fuese realizado sólo por expertos y en instalaciones sanitarias que resguardarán la vida de las mujeres"¹¹⁸. Lo interesante del trabajo de Gacitúa es que no sólo apuntó a enfocar la discusión en la condena, sino en los cuerpos de las mujeres reconociéndolas a ellas como víctimas, por caer en manos de seres inescrupulosos e incapaces, lo cual marca un contraste con la visión mayoritaria en torno al aborto como una actividad criminal. El trabajo del médico fue respaldado por algunos facultativos, como Onofre Avendaño o Raúl García Valenzuela, nombres que en los años 60 se ligarían a las políticas de planificación familiar.

El escenario descrito en las líneas anteriores nos hablan del contexto previo de la Convención Médica de 1936, instancia donde la inclusión del aborto dentro de los temas a debatir provocó el desacuerdo de médicos como Carlos Monckeberg, quien acusaba que el tratamiento de esta temática no se realizaría bajo una perspectiva científica. La oposición de Monckeberg se debía, explica Andrea del Campo, al protagonismo de la izquierda política en la comunidad médica, a través de agrupaciones como Vanguardia Médica y el Sindicato de Médicos de Valparaíso, los cuales apostaban por la sociabilización de la medicina.

¹¹⁷ Gacitúa citaba, en su propuesta, razones por las cuales las mujeres podían optar por el aborto. Éstas son las siguientes: violación, incesto o estupro. Todas ellas convertían a las mujeres en víctimas, a juicio del facultativo.

¹¹⁸ Del Campo, op cit, p 147.

En la convención médica reseñada se concluyó lo siguiente¹¹⁹: para combatir el aborto es necesario una mejora sustancial de la calidad de vida de los individuos, lo cual implica no sólo el desarrollo de una protección al binomio madre-hijo y al hogar donde residen sino también la divulgación de los métodos anticonceptivos para lograr así una maternidad consciente. Asimismo, señala el establecimiento del aborto científico por causas sociales, intensificando la fiscalización y lucha contra el aborto criminal y, finalmente, solicita a las autoridades una reforma con el fin de poner fin a las desigualdades entre hijos legítimos e ilegítimos.

Junto con el aborto, los métodos anticonceptivos bajo la perspectiva de que evitara la interrupción del embarazo fue otro de los temas discutidos en la convención médica. El foco de la política debía estar en la población femenina más pobre y, en consecuencia, vulnerable al aborto, donde el norte no era cuestionar la identidad femenina basada en la maternidad sino establecer e inculcar la idea de maternidad consciente en la sociedad. Uno de los médicos que se refirió a esto último fue Gregorio Marañón, el cual indicó al respecto:

"Si bien es cierto que la limitación voluntaria, sistemática y arbitraria de la maternidad constituye un atentado contra la sociedad y, para los católicos, un pecado, la maternidad inconsciente, sin atenerse a normas de fisiología, de humanidad y de moral... es también inadmisibles, por perjudicial para la madre y para los hijos y por inútil para la organización humana"¹²⁰.

El objetivo que estaba presente detrás del anhelo de la difusión de los métodos anticonceptivos era poder lograr generar una raza chilena fuerte y sana, para lo cual los médicos chilenos sustentaban¹²¹ sus planteamientos en uno de los referentes de las ideas eugenésicas a nivel latinoamericano, el ginecólogo Augusto Turenne, cuya idea clave era "responsabilidad pro

¹¹⁹ Las conclusiones de la convención fue publicada en "Racionalización de los Servicios de Asistencia, Sanidad y Previsión Social", BMCh, año XII, número 396, 1936, pp 4 y 5.

¹²⁰ Marañón Gregorio, "El trabajo la maternidad consciente", Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio, volumen 2, número 21, 1936, p 62.

¹²¹ De acuerdo a lo expresado por Andrea del Campo.

creacional". En este sentido, el médico García Valenzuela, refiriéndose al control de natalidad, lo señalaba como otra vía " aparte del mejoramiento del standard económico, con que podemos contar para mejorar la semilla de este pueblo chileno"¹²², indicaba.

Los acuerdos logrados en la convención médica de Valparaíso generaron una fuerte oposición no sólo en un grupo de facultativos sino también en el Sindicato Profesional de Matronas de Chile, organización de madres en Los Andes y numerosos ciudadanos que expresaron su rechazo a través de la prensa los días posteriores. Un factor común en todos ellos era el reproche "a la ética profesional de los médicos de la convención, a quienes igualmente se les acusó de inmorales, deshonestos y antipatrióticos por las conclusiones alcanzadas"¹²³.

La oposición médica estaba centrada en un discurso nacionalista, donde acusaban que la legalización del aborto y la distribución de los métodos anticonceptivos en forma masiva hubiesen traído como consecuencia una disminución de la población en un momento de gran mortalidad infantil. Asimismo, acusaban que los métodos anticonceptivos representaban una obstrucción al curso natural de la naturaleza y también desvirtuaban el sentido procreador asociado a la sexualidad humana; otra de las razones para criticar lo señalado en la convención respondía a una posible relajación de las costumbres y una masculinización de la mujer.

Es interesante mencionar que, pese a la oposición al interior de la comunidad médica, desde fines de la década de los años 30, había esfuerzos particulares de médicos que le ofrecieron a las mujeres anticonceptivos como una forma de controlar los embarazos no deseados y evitar los abortos. El médico Onofre Avendaño indica al respecto:

¹²² García Valenzuela Raúl, "Hacia el amor racionalizado", BMCh, año XII, número 397, 1936, p 3.

¹²³ Del Campo, op cit, p 165.

“En la Clínica Ginecológica Universitaria, Hospital J.J Aguirre, se prescribían diafragmas vaginales en el consultorio de fertilidad, desde 1938; que la doctora María Figueroa hacía educación sexual y ordenaba diafragmas a mujeres de consultorios maternos de la ex Dirección de Protección de la Infancia; que durante algunos años, 1946-1953, funcionó en la Unidad Sanitaria Quinta Normal un pequeño centro anticonceptivo”¹²⁴, destaca el doctor Onofre Avendaño.

Los únicos planteamientos donde había consenso entre los médicos era la necesidad de estimular en las mujeres la misión maternal desde los primeros años de educación de las mujeres y la necesidad de proteger a las madres e hijos, por parte del Estado.

Lo interesante de la Convención Médica del año 1936 es que por primera vez hay un grupo de médicos que plantea públicamente su preocupación por la alta tasa de mortalidad materna, a causa del aborto, no proponiendo mayores sanciones contra el llamado aborto criminal sino solicitando protección y ayuda estatal para las madres desvalidas. Esto último con el fin de lograr el nacimiento de hijos sanos que pudieran aportar al desarrollo y progreso de la nación, poniendo énfasis en el rol de la mujer como madre y no en su condición de mujer. La discusión de las temáticas reseñadas en los anteriores párrafos estuvo presente también en los años 50.

La mujer y la natalidad en la década de los años 50.

Avanzando en el tiempo, llegamos a la década de los 50, época en la cual se crea el Servicio Nacional de Salud, el cual tiene como fin proporcionar programas de salud en forma periódica, sistemática y planificado a los sujetos, apostando a la prevención de las enfermedades. En este contexto, teniendo como fundamento la medicina social, se desarrolla el Programa de Salud Materno Infantil (PSMI). Es este el escenario donde Elisa egresó como matrona de la Escuela

¹²⁴ Avendaño Onofre, Desarrollo Histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo, Aprofa, Santiago, 1975, p 9.

de Obstetricia de la Universidad de Chile durante el transcurso del año 1953. En 1954, remplazando a la matrona titular, se va a Peñaflor a ejercer su profesión en la Casa de Socorro.

Si bien las funciones de Elisa era asistir partos y, por cierto, controlar los embarazos debía, en la práctica, hacer de todo ante la ausencia o descanso de otros profesionales del lugar, como señala Elisa en su testimonio:

“Si, hacía de todo. Pero era bien entretenido porque no tenía tiempo de aburrirme, y asistir partos a veces a domicilio. Me acuerdo tan bien un parto que asistí para un paro de micros que hubo, allá si que se paraba la micro, porque era la micro y quedábamos desconectados de Santiago. Me vienen a buscar, por suerte estaba el médico ese fin de semana, para ir a ver a una señora que estaba de parto en la plaza de Peñaflor que era la directora del Liceo de Hombres. Estaba con dolores de parto, y el doctor me dice ya vamos a verla no más a ver qué pasa. La camioneta del cura estaba mala, la ambulancia de nosotros también estaba mala, no había movilización, nada, y en ese tiempo la gente no tenía auto como ahora. Esta señora tenía pagada su estadía para tener el parto en la Clínica Rousseau, porque era de otro nivel, pero por el paro no se pudo ir, le vino el trabajo de parto y tuvo que quedarse en la casa y dios mío yo hago el examen de la señora con el médico al lado y le digo: doctor esta guagua no viene bien, yo no puedo atender este parto tiene que atenderlo usted, y el médico que estaba también estaba reemplazando porque el médico residente se había enfermado, era un interno que estaba haciendo su práctica en traumatología, ni idea de obstetricia, nada más que los seis partos que había asistido como obligación en la medicina. Me dice Elisa tenemos que hacer algo, ¿qué va a pasar? tengo que solucionar esto, entonces le digo yo si usted me autoriza por escrito y puedo hacer algo que usted tendría que hacer. La guagua venía atravesada, tenía que hacer cesárea, pero como yo había visto en la práctica tantas cosas y mi mano chiquitita afortunadamente, hice una inversión interna y saqué a la guagüita por las patitas.”¹²⁵, señala Elisa.

Una de las tareas que debió ejecutar Elisa en su estadía de Peñaflor, fue realizar control prenatal a las usuarias del sector, el cual consistía en:

“se toma a la mujer del tiempo que va a la consulta, generalmente va porque no le llega la regla, entonces va en el segundo mes de embarazo, uno hace el diagnóstico y empieza a seguir las normas de los controles. En la primera consulta se le hace una anamnesis total a la mujer se ve antecedentes familiares para ver que el bebé sea sano, en seguida se piden

¹²⁵ Entrevista a Elisa realizada en el marco del Proyecto Fondecyt N° 1100977, 2010-2012, “Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil. Chile, 1952-1973”. (31 de Agosto, 2011, Santiago).

todos los exámenes de rigor y en la segunda sección que se tiene en control con la mujer ahí se ven los resultados de los exámenes y se toman las precauciones respecto a los resultados que dan los exámenes: Examen de sangre para ver si hay anemia, examen de UDRL para ver si hay infección de sífilis, se pide examen de orina para ver el funcionamiento renal de ahí sale también el asunto si hay hipertensión. Se les pide ahora, que antes no se pedía, el examen de glucosa.”¹²⁶, indica Elisa.

En este control pre-natal también se contemplaba el desarrollo de clases de puericultura, las cuales se iniciaban desde el cuarto mes del embarazo involucrando enseñanzas en torno al cuidado del embarazo; la alimentación de las embarazadas; preparación de los pezones para lograr una buena lactancia materna; que la mujer comiera pescados, frutas y verduras etc.

Analizando el testimonio de Elisa, es posible ver como en la atención de salud se hace presente la idea de la medicina social, en el sentido de que hay una inclusión no sólo de los aspectos biológicos sino también el ámbito socio-cultural en los programas de salud. Un enfoque de salud, consolidado en nuestro país en la década de los años 60, que recibió una positiva recepción en las usuarias, con el pasar del tiempo: sin embargo, los comienzos no fueron fáciles, pues no estaba instalada la idea entre las mujeres de la idea del control pre-natal.

Al respecto Elisa señala:

“No, no estaba tan instalada (asistir a los controles), y era voluntario de parte de las mujeres, no era obligatorio. Ahora si es obligatorio porque si no se controlan, les decimos nosotros que no tienen derecho a la cama de la maternidad. En los controles prenatales ellas no asistían a los controles porque como que se amarraban para irse a la maternidad y eso les daba mucho susto de irse y dejar a su familia sola, ese era el temor que tenían ellas. Dejar su casa sola, por eso prefería tener la guagua en la casa.”¹²⁷, señala Elisa

En las palabras de Elisa se ve una caracterización de las madres atendidas de esos años en Peñaflor. Un dato interesante que nos revelan las palabras de nuestra informante alude al interés de las mujeres en tener a sus hijos en sus casas. Las razones de lo anterior se deben a que las

¹²⁶ Ibíd., entrevista a Elisa.

¹²⁷ Ibíd., entrevista a Elisa.

mujeres no deseaban dejar solas a sus familias y, también, a la idea de que teniendo el parto en el hogar no existía riesgo alguno para la embarazada, como lo explica Elisa:

“A veces se controlaban y se quedaban en la casa atendiéndose sus partos en la casa. No había ese temor que les iba a pasar algo cuando tuvieran la guagua, lo tomaban muy natural, incluso tenían sus técnicas. Cuando trabajé en Peñaflor yo me di cuenta que tenían sus técnicas para tener a la guagua, porque atendí gente que se había atendido 3 partos en su casa, y ahora que sabía que había una matrona joven ella venía a ver cómo era esa matrona para atenderse, a probar. Quedaban encantadas con la atención que les daban y volvían a tener a su guagüita acá. Y me tocó casos en que la mujer tenía su forma de tener la guagua, que era acucillada no acostada, me decía señorita yo acostada no voy a tener la guagua.... por favor déjeme tenerlo como yo he tenido a los otros. Entonces tenía que poner una sábana en el suelo y con mis auxiliares que la tomaran de los brazos y la mujer pujaba y yo ahí hincada para poder recibir a la guagua”¹²⁸, señala Elisa.

En el testimonio anterior queda de manifiesto uno de los dilemas a los cuales tuvieron que hacer frente los profesionales de la salud, la presencia de un saber popular que muchas veces provocaba resistencias en los individuos para el abandono de sus prácticas cotidianas en lo referente a temáticas de salud. Ejemplo de ello es la coexistencia de las matronas y parteras, incluso hasta mediados del siglo XX, en las ciudades del país, pese a los esfuerzos del Estado en profesionalizar la atención del parto. Al respecto, Elisa señala que entre las matronas y parteras, en Peñaflor, existía una relación cordial y de mutua colaboración:

“No, era muy cordial, ellas muy receptivas a lo que les enseñaba (iban a la Casa de Socorro a solicitarle consejos). Ellas me decían como lo hacían con la guagüita cuando cortaban el cordón. Me decían nosotros no tomamos el cordón después que sale la guagua porque se pega la placenta, y eso es cierto. Si uno saca la guagüita corta el cordón y empieza a tironearlo la placenta se pega, ellas decían que lo dejaban así. Yo les decía son inteligentes ustedes porque así se hace, dejarla tranquilita que salga sola, si la naturaleza lo hizo así y no tenían problemas porque al salir sola la placenta no quedaban restos adentro. Una buena atención si (de parte de la partera). Empíricos sus conocimientos, pero eran muy buenos”¹²⁹, dice Elisa.

¹²⁸ Ibíd., entrevista a Elisa.

¹²⁹ Ibíd., entrevista a Elisa.

Es interesante, en este sentido, indagar también en casos de servicios médicos privados presentes en los primeros años de funcionamiento del SNS, siendo un ejemplo de lo anterior el caso del yacimiento minero El Teniente que analizaremos en el próximo apartado.

La Natalidad y las Mujeres en las décadas de los años 50 en El Teniente.

No solamente en Santiago había programas relacionados con la mujer y la natalidad, sino también en los campamentos de los grandes yacimientos mineros, como es el caso de El Teniente en la actual Región de O'Higgins. Cabe señalar que El Teniente fue inaugurado el año 1905 en el declive occidental de la Cordillera de Los Andes, recibiendo la autorización para su funcionamiento en un decreto firmado por el Presidente Germán Riesco, el 29 de Abril de ese año. El Teniente, junto con Chuquicamata, Potrerillos y El Salvador conformaron lo que se conoce como la "Gran Minería del Cobre".

A ese lugar arribó Octavio, practicante médico, a mediados de la década de los años 40 en búsqueda de nuevas oportunidades laborales como también en un alza de sus remuneraciones: fue allí donde conoció el programa que se aplicaban a las mujeres embarazadas que vivía en los campamentos:

“Había un programa completo: la mujer que le faltaba una regla debía ir al Servicio de Maternidad, era obligatorio en El Teniente en los años 50. Le hacían un primer control, después la citaban para los 3 meses siguientes y eran controles sistematizados, revisaba la matrona y recomendaba una serie de exámenes médicos, los de ese tiempo: examen de hemograma, uremia, glicemia y orina. Se llamaba Hugo, pedían un Hugo por cada señora que estaba embarazada. No eran solamente señoras, también hay niñas, jóvenes solteras que tenían hijos, no pasaba mucho en todo caso: no era como ahora, recibe certificado de octavo básico y recibe automáticamente la autorización para quedar embarazada”, (Octavio, 90 años, practicante médico).

Una de las interrogantes que nos surgen es que si se aplicaba un programa de salud, el cual haya involucrado no solamente los aspectos biológicos sino también socio-culturales de la pareja en el campamento, respecto a lo cual nuestro informante indica:

“Toda la gente que vive en los campamentos mineros, depende del mineral. No hay problemas en el aspecto económico que deban tratarse, eso se trata en el sindicato y compañía. No, no había nada de eso de control de maternidad. A los gringos les daba lo mismo si el minero dormía solo o con la señora, les daba lo mismo: les importaba saber cuántos chiquillos había en cada sector, para tener las escuelas necesarias.”, (Octavio, 90 años, practicante médico).

Es importar comentar que en aquellos años, había un estricto control para que las mujeres embarazadas en el campamento minero asistieran a los controles, como señala Octavio:

“Era el control de las embarazadas lo que importaba y que se hacía, realmente se hacía. Si una mujer no asistía a sus controles, el marido era notificado que no podía ir a trabajar hasta que fuera al control. Le llamaban parar la tarjeta. Yo no supe que a nadie le pararan la tarjeta, porque la señora no había ido al hospital, siempre iban o explicaban porque no podían ir, era la otra alternativa. Llegaba el niño o niña corriendo, a explicar que su mamá no podía ir porque se había quedado en cama ese día por x razón, o mi mamá recibió unas visitas y no puede salir. Siempre había una explicación, ahí se le daba otra citación.” (Octavio, 90 años, practicante médico).

Nuestro informante, detalla también las otras razones por las cuales paraban las tarjetas de trabajo por parte de la empresa:

"Porque no habían ido a trabajar dos lunes seguidos, no asistía un lunes y el otro tampoco, llegaba el martes y se encontraba que estaba parada la tarjeta, a la oficina debían ir a explicar porque no había asistido. Así, por muchas razones: porque no había entregado una herramienta, porque no uso un explosivo que tenía que usarlo o no uso todo y no entrega lo restante. Había control de todas esas cosas, por asuntos de esa índole guardaban muy a menudo las tarjetas y por asuntos sociales o de convivencia, a veces." (Octavio, 90 años, practicante médico).

Un punto importante de indicar es que no solamente desde la compañía minera había un programa destinado al embarazo y parto de las mujeres, sino los propios sindicatos de los trabajadores tenían establecidos sistemas de ayudas frente a estos casos. Es así como el

Reglamento del Sindicato Sewell y Mina, aprobado y publicado el año 1950, en su apartado de Reglamento de ayuda maternal establecía que "El monto de auxilio maternal¹³⁰ será la cantidad de doscientos cincuenta pesos (\$250.-) por hijo, para las madres que tengan casa y se mejoren en el campamento y de quinientos pesos (\$500.-) para las madres que residan fuera del campamento por diversas razones"¹³¹, indicaba el documento. Para poder acceder a la ayuda, se debía ser cónyuge de algún socio del sindicato o la mujer ser socia y, al mismo tiempo, debían presentar el número de la libreta de matrimonio y el número de inscripción del nacimiento del hijo ante el Registro Civil. El Sindicato destaca que el reglamento de ayuda maternal estaba aprobado por la Dirección del Trabajo.

Al final de cuentas, lo interesante de aludir a la experiencia de las mujeres y la natalidad en El Teniente se refiere a considerar que si bien en sus comienzos toda política de social o de salud se implementa en Santiago, igual en provincias está presente una preocupación por los aspectos de la natalidad en las mujeres del lugar. Un factor clave a tener en consideración también, en el caso del yacimiento minero citado, es que los administradores y dueños eran la Braeden Company Cooper: firma norteamericana que se preocupaba constante de llevar hasta la Mina los productos más adelantados de la época, reflejando una preocupación por el bienestar del personal en las faenas, una mirada claramente centrada en fines productivos. Asimismo, lo acaecido en El Teniente aquellos años es un ejemplo de cómo se ejecutaban los servicios médicos privados en un escenario que predominaban el sector público a través del SNS.

¹³⁰ Es interesante consignar que la ayuda maternal también era válida para aquellas mujeres socias que habían sido despedidas, estando embarazada ya de varios meses, o aquellas que hubiesen sido obligadas a abandonar el campamento por una determinada razón. La ayuda maternal del sindicato expiraba a los 6 meses de nacido el hijo.

¹³¹ Sindicato Industrial Braeden Company Cooper Sewell y Mina, Reglamentos Internos, Imprenta Lagos y Vera, Santiago, 1951,p 26. Colección Biblioteca Nacional. Documento disponible en http://www.memoriachilena.cl/temas/documento_detalle.asp?id=MC0047748, consultado 28 de Enero 2013.

Los inicios de las Políticas de Planificación Familiar: el esbozo de una política.

En el mes de Noviembre del año 1959 el Centro Latinoamericano de Demografía y la Escuela de Periodismo realizaron una encuesta a 1970 mujeres del gran Santiago, sus edades fluctuaban entre los 20 y los 50 años de edad, con el fin de indagar en torno a los rasgos de la fecundidad en un área urbana de un país en América Latina. El 41, 5% de las encuestadas habían tenido 4 o más nacimientos, el 11% no registró ningún nacido vivo y en cuanto a la fecundidad se observó que " tiene una relación inversa con el nivel educacional alcanzado por la mujer. En los niveles más bajos, el promedio de hijos es de 4,4 hijos y desciende a medida que aumenta el grado de instrucción, llegando a 2.4 en mujeres que han seguido por lo menos 4 años de enseñanza superior"¹³².

Un dato importante de citar dice relación con que un 15% de las encuestadas en el estudio señalaron que las familias debían poseer la libertad para haber podido decidir el número de hijos, opinión argumentada por un tercio de ellos a partir de razones económicas; mientras que un 50% indicaba que eran los padres los únicos indicados para tomar alguna medida al respecto de acuerdo a su conveniencia. Asimismo, un 70% del total de las mujeres de la muestra se mostró de acuerdo que la comunidad médica les señalara sobre medios para poder evitar el embarazo.

Es en este escenario, descrito en los anteriores párrafos, donde comenzaron a plantearse los esbozos de la política de planificación familiar siendo el aborto, la mortalidad materna y la

¹³² Tabah León y Raúl Samuel, "Encuesta de fecundidad y de actitudes relativas a la formación de la familia: resultados preliminares", Cuadernos Médicos Sociales, Volumen V, número 2, Diciembre de 1961, p 20.

aparición en el mercado de las pastillas anticonceptivas los factores que posibilitaron el desarrollo e implementación de dichas políticas, esto a juicio del médico Eugenio:

"La cantidad de sangre que se usaba en los bancos de sangre por las hemorragias por aborto. Todo eso junto a que hacía pocos años había aparecido la píldora en el mercado del mundo y se había demostrado que era eficaz, efectiva, libre de riesgos con todo lo que significaba la píldora existió la posibilidad de que el país tuviera alcance gratuitamente a tener la píldora y los dispositivos estaban apareciendo como método anticonceptivo ético y eficaz que pudiera ser usado por la población. (...). La necesidad de usar métodos anticonceptivos porque había muchas mujeres que tenían más de 4 hijos y se demostró el deseo de las mujeres de tener menos hijos de los que estaban teniendo. Eso hizo que se creara una instancia que influyó en el gobierno de esa época, en el ministerio de salud de esa época para que se hiciera un programa de planificación familiar."¹³³, dice el médico Eugenio.

El médico Eugenio ha estado ligado desde los comienzos de su trayectoria profesional a temáticas de planificación familiar que lo ha llevado participar activamente en Aprofa. De acuerdo a Eugenio, una de las funciones de la organización reseñada era canalizar los aportes provenientes desde el extranjero para la implementación de las políticas, fundamentalmente de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF):

"Entonces para acceder a la ayuda extranjera que necesariamente era requerida para poder traer píldoras y dispositivos intrauterinos y para poder tener capacitaciones, y para poder tener informaciones en ese tiempo la ayuda internacional no hacía convenios con los gobiernos directamente, sino con una tercera parte que eran estas asociaciones de planificación familiar que nacieron instigadas por un organismo internacional que se llama la federación internacional de planificación familiar. Entonces la federación internacional buscó grandes donantes que fueron grandes países y grandes instituciones y grandes personas que tenían mucho dinero sobre todo americanos que daban plata compraban en el mercado internacional píldoras y dispositivos de buena calidad y los entregaba gratuitamente a las asociaciones de planificación familiar."¹³⁴, indica el facultativo.

¹³³ Entrevista a Eugenio, realizada en el marco del Proyecto Fondecyt N° 1100977, 2010-2012, "Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil. Chile, 1952-1973", (10 Noviembre, 2010, Santiago).

¹³⁴ Ibíd., entrevista a Eugenio.

Como comentábamos en las páginas anteriores, si bien desde la década de los años 30 se realizaron esfuerzos individuales, de proporcionarles a las mujeres métodos anticonceptivos con el fin de controlar los embarazos no deseados, no es hasta la década de los años 60 donde hay una acción sistemática de dichas prácticas con la creación del Comité de Protección de la Familia en el año 1962: su misión era ser el equipo asesor del Director del SNS, médico Gustavo Fricke, en la redacción y adopción de políticas de natalidad por parte del organismo estatal. En 1965 el Comité deja su rol de asesor directo del Director del SNS, transformándose en la Asociación de Protección de la Familia (en adelante APROFA), pues el nuevo director del SNS, el médico Francisco Mardones, si bien decide seguir con la asesoría de organizaciones privadas opta por implementar las políticas de natalidad con funcionarios del Estado.

En este contexto, el Consejo Técnico del SNS, en el transcurso del mes de noviembre de 1965, aprueba un informe elaborado por el Sub-Departamento de Fomento de la institución referente a recomendaciones para la adopción de una política de natalidad. Este es el primer acuerdo del SNS referente a políticas de natalidad, anunciándose al año siguiente su integración al programa materno –infantil.

Una vez planteada la institucionalización de la política de planificación familiar en el año 1966, el siguiente desafío era dar a conocer el significado de las medidas que contemplaba estas políticas. Así, en una presentación en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Ecuador, el doctor Guillermo Adriasola, especialista en Salubridad, se refirió al significado de planificación familiar: “Entendemos por planificación familiar o regulación de natalidad el conjunto de valores y acciones que permiten a la pareja humana tener el número de hijos que desee, cuándo

y cómo los deseé, libremente, en conciencia”¹³⁵, indicó el facultativo, asociando la necesidad de implementar la planificación por las problemáticas que enfrenta Chile, las cuales las engloba en los problemas de población. Las problemáticas identificadas por Adriasola eran:

“la revolución de expectativas crecientes (expectativas y exigencia de más altos niveles de salud, más allá de la expansión de nuestros recursos), desarrollo industrial y migración campesina a las ciudades (población no adaptable para compartir la vida metropolitana, y ciudad no capacitada recibir esta avalancha humana) (...), alto crecimiento vegetativo por disminución de la mortalidad (consecuencias: más gentes especialmente en las ciudades, más problemas de salud, mayor demanda de atención médica y sanitaria”¹³⁶.

Las soluciones propuestas por el profesional, alude a la fundación de servicios de salud con presencia nacional, desarrollar un plan nacional de salud que esté en directa relación con un programa de desarrollo para el país, una mejor utilización¹³⁷ de los recursos de salud, la incorporación de la comunidad y finalmente la expansión de las políticas de planificación familiar. Entre las razones para realizar planificaciones en la familia, Adriasola indica algunas causas:

“La gran multiparidad (más de cinco partos) significa mortalidad materna elevada; pérdida de vidas humanas por mayor mortalidad perinatal, aborto ilegal, mortalidad infantil (eliminación involuntaria e inconsciente de niños no deseados); mayor morbilidad materna, prematuros, niños con malformaciones congénitas; el abandono del niño”¹³⁸.

Había una demanda concreta de las mujeres y hombres, en menor medida, en cuanto a disponer de métodos anticonceptivos, eso lo evidenció Adita cuando era estudiante de Enfermería a mediados de la década de los años 60 en la Escuela de la Universidad de Chile Carlos Van Buren, de Valparaíso. Debió hacer una charla, junto con otras compañeras, en un jardín infantil de la capital de la V Región, como explica en su testimonio Adita:

¹³⁵ Adriasola Guillermo, “Planificación Familiar” en Boletín del Comité Chileno de Protección de la Familia, boletín número 4, Abril 1966, Santiago, p 3.

¹³⁶ *Ibíd.*, p 3.

¹³⁷ Se apunta a una racionalización.

¹³⁸ *Ibíd.*, p 3.

“Esas charlas la hicimos como alumnas, estudiantes de enfermería de tercer año de universidad. Como estábamos pasando por la unidad materno infantil, teníamos que ir a hacer prácticas a jardines, sala cunas, además del hospital. En eso, como... más bien como tarea en realidad, teníamos que darles una charlas a unos apoderados de un jardín infantil, éramos 4 alumnas y expusimos el tema de cuáles eran los métodos anticonceptivos, el método natural que era el de abstinencia, estaba en ese momento la T de cobre, dispositivo intrauterino que no permite que el huevo ya fecundado se anide y la pastilla que hace que no se fecunde el huevo. La charla fue el año 1964 y el diafragma en el cuello del útero, impide que entre a la trompa donde se produce la fecundación.”, (Adita, 72 años, enfermera).

Al describir la recepción de los apoderados en el establecimiento educacional, Adita comenta:

“Fue fantástica, muy buena porque nosotros íbamos como pollitos, asustadas porque era un tema complicado en ese tiempo y para mí en lo personal, yo no era partidaria de los métodos anticonceptivos, del dispositivo intrauterino. Es lo mismo que está pasando ahora con la píldora del día después. De que si es abortiva o no... para mí es abortiva, porque impide que llegue el huevo fecundado al útero, eso ya es una célula viva. Si no permite que se anide en el útero, es abortiva. A mí personalmente me toco toda la parte de introducción, no la parte de los métodos, estábamos preparados para todos. Las preguntas eran generales, nosotros habíamos pensado que íbamos a estar una hora, pero al final fueron muchas preguntas y estuvimos dos horas.”, (Adita, 72 años, enfermera).

Las principales dudas planteadas se relacionaban con la utilización de los métodos anticonceptivos: “Preguntaban sobre los métodos, ¿cómo se hacía esto y esto otro?, nosotros teníamos que derivar y decir que fueran a la consulta, al ginecólogo y esas cosas, que lo vea la matrona. Lo que significaba cada cosa, podíamos explicarlos bien como también el método de abstinencia, la temperatura etc.”, (Adita, 72 años, enfermera).

La idea del nacimiento de las políticas de planificación familiar como una respuesta a una demanda de las mujeres y hombres, también es compartida por Ariadna, matrona de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile en el Hospital San Borja:

“Si tu miras el trauma que significaba esta cantidad de muertes (a causa del aborto), tu decías esto no puede ser que la mujer no tenga ninguna alternativa, no puede ser. Las

mujeres que llegaban muriéndose no tenían otra alternativa, nunca desde que soy matrona, eso lo puedo afirmar, sentí rechazo porque me daban una pena enorme esas mujeres, sentí un rechazo enorme por la gente que lucra con eso, con las matronas, médicos y curiosos que lucran con estas instancias... la mujer que acude a estas instancias está desesperada. Nunca se me ocurrió cuestionar una mujer, me daba una angustia muy grande, nosotros conversábamos con ellas como alumnas, conocíamos su historia... detrás de cada aborto, había una tragedia porque señorita yo lavo (ajeno) para comer, no tengo donde tenerla, mis papás me van a matar -en esa época los papás mataban por esas cosas, ahora no. -. El miedo a los papás era un incentivo para que las adolescentes abortarán, porque tenían miedo.”, (Ariadna, 64 años, matrona).

La matrona Ariadna, asimismo, analiza las causas que, a su juicio, explican el surgimiento de las políticas de planificación:

“Empezó la planificación como respuesta a una realidad, una realidad demográfica con una alta tasa de mortalidad – la muerte por causa pre-natal era altísima, muchas mamás dejaban hijos huérfanos- y ahora estamos en el proceso contrario. Nosotros veíamos grandes multíparas, 4 o 5, mi mamá era multípara, cuando conversaba con las pacientes me decían pero si yo soy hija de una familia numerosa, si es tan lindo, pero que era difícil alimentar a todos”, (Ariadna, 64 años, matrona).

Las dudas e interrogantes en los inicios de las políticas de Planificación Familiar

Uno de los desafíos que debieron enfrentar los impulsores de la planificación familiar como política de Estado, fue responder las múltiples interrogantes que surgieron tanto en la comunidad médica como de otros actores de la sociedad, las cuales estaban relacionadas de algún modo con las beneficiarias potenciales de esta acción. El planteamiento de las inquietudes se realizó en la emisión del programa Negro en el Blanco, emitido el 22 de Julio de 1965 por las pantallas del Canal 9¹³⁹, fueron respondidas por el facultativo Onofre Avendaño. La entrevista fue publicada en los Boletines números 4 y 5 de APROFA, del año 1965.

La primera interrogante fue planteada por el médico Hugo Behm, en aquella época presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad, respecto a los objetivos que motivaron el

¹³⁹ Pertenecientes en aquellos años a la Universidad de Chile.

planteamiento de las políticas ya reseñadas: " ¿Cuáles serían los objetivos de tal campaña?, ¿Facilitar que las parejas tengan sus hijos cuando así lo deseen?, ¿ Prevenir el aborto provocado, ¿ Reducir la alta natalidad del país?"¹⁴⁰. La respuesta de Avendaño se centró en identificar los objetivos de la acción de planificación:

"Es incuestionable que, en nuestro país, el objetivo principal es la prevención del aborto provocado o criminal, que constituye un serio problema de salud pública por su frecuencia, por sus efectos sobre el individuo, el grupo familiar y la comunidad, incluso como pesada carga en los presupuestos públicos (Servicio Nacional de Salud) y la economía privada (...). El segundo objetivo sería ayudar a las parejas a tener el número de niños que deseen, de acuerdo con sus recursos y sus íntimos propósitos, substituyendo el aborto ilegal por el uso consciente de anticonceptivos aceptables. Eso contribuye a un ideal de procreación responsable y voluntaria."¹⁴¹, indica Avendaño.

Otra de las interrogantes, realizada por Behm, alude a la actitud de la población frente a la planificación familiar. Respecto a esto, Avendaño señaló:

"La experiencia en Chile, recogida a través de numerosas encuestas, es favorable. A modo de ejemplo, la investigación de la Cátedra de Epidemiología de la Escuela de Salubridad, hecha en Santiago, Concepción y Antofagasta, demuestra que 75% de las mujeres estaban dispuestas a aceptar o a solicitar consejos para utilizar anticonceptivos; pero sólo el 29% habían recurrido alguna vez a tales procedimientos, mientras que 26% acusaron antecedentes de aborto criminal (...). Cabe destacar, a propósito de las encuestas epidemiológicas, que la mujer chilena declara una disposición favorable a la limitación de su fertilidad, pero carece de la cultura y de la ayuda económica para cumplir tales deseos de una manera aceptable"¹⁴², comenta Avendaño.

Una de las dudas consultadas en el programa reseñado, por parte del profesor de Demografía de la Universidad de Chile Julio Morales, fue respecto a las implicancias de la planificación familiar en países de rasgos católicos, como es el caso de Chile:

"En general, el efecto sería de orden espiritual y significaría un alivio de conciencia para mucha gente que siente la necesidad de limitar el tamaño de la familia e hijos por

¹⁴⁰ Redacción Boletín, "Nuestro director es entrevistado en la Televisión: entrevista al doctor Onofre Avendaño", Boletín APROFA, número 4, septiembre 1965, p 2.

¹⁴¹ Ibíd., p 2.

¹⁴² Ibíd., p 3.

razones realmente imperiosas. En la práctica, en su inmensa mayoría las mujeres se declaran católicas y cumplen sus deberes con devoción y obediencia, pero tratándose de un problema tan vital como un nuevo embarazo no deseado, por razones de carácter económico, recurren al aborto. Ellas aceptan y adoptan los métodos anticonceptivos, a riesgo de crearse un conflicto de conciencia con su religión"¹⁴³, comenta Avendaño.

Haciendo un balance de las inquietudes planteadas en el programa, podemos destacar como éstas giraron en torno a los objetivos del programa, actitud de la población frente a la planificación, uso de anticonceptivos, repercusiones de las medidas de salud en países de carácter católico y el tema de la factibilidad y resultados de la legalización del aborto. En ninguno de los participantes del programa de televisión, se muestra contrario al desarrollo de la planificación familiar, sin embargo su aplicación les dejaba algunas interrogantes sin responder a cabalidad. Sin embargo, se puede intuir que había un consenso en cuanto a la necesidad urgente que el país se haga cargo de las problemáticas del aborto y los embarazos no deseados, mediante políticas de salud estatal.

¿Cuáles eran los motivos para que una mujer se incorporara al programa de Planificación Familiar?

Esa es la pregunta que se hacía la comunidad médica, desde los inicios de la implementación de las políticas de planificación familiar en Chile, una temática en la cual no hay consensos entre los profesionales de la salud, como es posible observar en la encuesta del año 1967 realizadas a ginecólogos y obstetras, cuyos resultados fueron analizados por Guido Solari¹⁴⁴. Cabe señalar que el muestreo estadístico¹⁴⁵ contempló la entrevista-encuesta a 162 médicos, del total 44 se autocalifican como obstetras, 44 también como ginecólogos y el resto, 74, declara ejercer ambas disciplinas a la vez en su ejercicio profesional.

¹⁴³ Redacción Boletín, "Nuestro director en la televisión", Boletín APROFA, número 5, Octubre 1965, p 4.

¹⁴⁴ En la obra Los Médicos y el Control de Natalidad: encuesta sobre la opinión de obstetras y ginecólogos.

¹⁴⁵ Ver anexo cuadro. número 2

En la encuesta citada, se les consultó a los obstetras y ginecólogos en torno a las razones que se esgrimían en la época para que una mujer debiera haber ingresado a los controles de planificación familiar, obteniéndose los siguientes resultados: un 37% de los médicos apuntaban a que si se deseaba espaciar o limitar el número de hijos, era una razón suficiente de por sí; un 42% consideraba que la salud de la madre era el factor clave para tomar la decisión y finalmente, un 56% de los médicos estimaban que la situación socio-económica de la pareja era un elemento fundamental en la decisión a tomar, en relación a la planificación familiar. Sólo un 15% de los médicos encuestados consideraba que las dificultades para educar debidamente a los hijos era un elemento en la adopción o no de ésta política.

Los resultados expuestos son interesantes, pues nos permiten conocer las razones que la comunidad médica consideraba relevantes para la práctica de la planificación familiar en las usuarias. Asimismo, otro de los puntos abordados en la encuesta eran los antecedentes de los pacientes¹⁴⁶ que los médicos consideraban relevantes de conocer para poder hablar de temáticas relacionadas con la planificación familiar: para 44 médicos, que representan el 27% de los profesionales encuestados, consideran que solamente ellos deberían haber sabido si la mujer deseaba controlarse; mientras que un 42% de los médicos consideraba a el historial ginecológico de la paciente como el antecedente clave para poder decidir y un 57% de los encuestados apuntaban al historial obstétrico como el elemento más importante de la paciente que debían considerar en una conversación relacionada con estas temáticas.

Uno de los puntos claves que nos permite comprender no sólo las razones de por qué una mujer debía ingresar a los programas de planificación familiar sino también la visión de la

¹⁴⁶ Ver anexo cuadro número 3

comunidad médica frente a dichas políticas, es analizar las razones que esgrimieron para la implementación¹⁴⁷ de una política de planificación familiar. Un 40%¹⁴⁸ de los encuestados consideraba que la política indicada era la herramienta para elevar el nivel social, cultural y económico tanto del país como de la familia; un 26% lo veía como una herramienta para poder resolver el problema demográfico existente¹⁴⁹ versus un 24% de los encuestados que consideraba como elemento clave para disminuir la alta tasa de abortos¹⁵⁰ presente en la época.

Haciendo un balance de los resultados del estudio comentados, vemos que hay un grupo mayoritario de médicos encuestados que consideraban a estas políticas como una herramienta que generaban un alza en el nivel de vida tanto a nivel país como familiar. Además, había un segundo grupo cuyos argumentos residían en que la utilidad de dichas políticas era para disminuir el aborto, representando al 24% de los entrevistados. Un porcentaje no menor de la muestra, 26% (40 médicos), señalaban a las políticas para resolver problemas demográficos: esto nos habla de las divergencias que se hicieron presentes al interior de la comunidad médica frente a las políticas de planificación familiar, pues una gran mayoría de sus integrantes las explicaban a partir del aborto y la alta tasa de mortalidad materna, complementado con el alto número de hijos que tenían las mujeres y la imposibilidad de mantener a todos ellos adecuadamente.

¹⁴⁷ Ver anexo cuadro número 4

¹⁴⁸ Dicho porcentaje es el resultado de la suma de las preferencias de aquellos médicos que apuntan a mejorar el nivel socio-económico del país (equivalente a un 24%) y de aquellos que ven un alza en el nivel socio-económico de las familias (16%).

¹⁴⁹ La controversia se relacionaba con los factores que, a juicio de los facultativos, fueron preponderantes para la implementación de las políticas. Mientras unos apuntan al dilema del aborto y la alta tasa de mortalidad materna a causa de lo anterior, otros se refieren al crecimiento poblacional como el elemento que gatilló la realización de la planificación familiar.

¹⁵⁰ Ver anexo cuadro número 5

Las usuarias y su nivel de información sobre la planificación familiar

Un punto transversal, en el cual coinciden la gran mayoría de visiones de la comunidad médica de la época, alude a una dicotomía en relación a la beneficiaria: por un lado, demandaban a las autoridades y organismos competentes¹⁵¹ la posibilidad de controlar los embarazos no deseados y así disminuir los abortos; pero, por otro, presentaban un desconocimiento total de los procesos biológicos inherentes a la reproducción humana y, en consecuencia, no saben de que se trata las políticas de planificación familiar. Una realidad que, en el anterior capítulo, pudimos observar en algunos de los testimonios de nuestras informantes, esto se genera por el Habitus Social¹⁵² de las beneficiarias: una infancia sana e inocente, como ellas mismas califican ese período de sus vidas, trajo como consecuencia el desconocimiento de temáticas de sexualidad,. Un punto que se hizo presente en el contexto de las políticas de planificación familiar.

Ariadna en su testimonio hace alusión a un perfil de las usuarias en los comienzos de las políticas de planificación familiar:

"Las usuarias tenían necesidades, pero no tenía nada de información, era unas usuarias que necesitaban (ayuda), se entregaban porque iba desesperada (dado a los embarazos no deseados). La primera que llegó era porque estaba desesperada, porque no quería tener hijos, le importaba eso y no que cosa le pusieran, era una gran respuesta a su problema y que partió tengo entendido, porque eso no lo viví, en el Hospital Barros Luco, en los hospitales base, porque ahí estaban los médicos que se habían ido a especializar, que habían estudiado, que se yo. Después empezó a diseminarse al resto de los hospitales, consultorios, postas, a todo el mundo. Luego se implementó como política gubernamental, donde se dispuso de todo lo necesario para que estuviera en todos los hospitales de Chile.", (Ariadna, 64 años, matrona).

¹⁵¹ Fundamentalmente, el SNS.

¹⁵² Concepto planteado por Bourdieu y abordado en profundidad en el segundo capítulo de la tesis.

Por su parte, Adita también coincide en los rasgos propuestos respecto a las usuarias por Ariadna:

"Había un desconocimiento, porque en aquellos años no había acceso a los medios de comunicación, ahora nadie está ajeno a ellos. Para empezar, no estaba la televisión que se ve mucho y ayuda a difundir informaciones. Allá ni siquiera mucha gente no tenía una radio, porque en muchos lugares no había electricidad. Por eso, cuando se programaban las salidas de la enfermera poco más que un cerro a otro se anunciaba su venida, diciendo y gritando vieneeeeeeeeeee la salud, para que se juntarán en una parte determinada. Era un poco rudimentario, artesanal.", (Adita, enfermera, 72 años).

En el testimonio anterior Adita, además, da cuenta de su experiencia como enfermera en la ciudad de La Serena: donde las dificultades de comunicación y traslado entre los pueblos chicos de la zona, obligaban a la creatividad para anunciar la llegada del equipo de salud al lugar.

Es interesante ver en este punto, de acuerdo a los resultados de la encuesta reseñada, como los médicos entrevistados observan una diferencia en cuanto al nivel de información de las beneficiarias¹⁵³, dependiendo si se trata en el policlínico o la consulta. Analizando los resultados, queda en evidencia, de acuerdo a la visión de los médicos entrevistados, la idea de la información parcial o no información en las usuarias del sector público. Un 2% de los médicos cree que este tipo de usuarias manejan un nivel de información adecuada, una cifra que sube al 20% en el caso de las usuarias de consultas privadas. Ariadna, en su experiencia de matrona, señala en su testimonio que la realidad reflejada en las cifras se debía a una carencia de educación sexual, en las mujeres:

"No, no sabían (nada), acuérdate que muchas mujeres nunca habían tenido educación en sexualidad, solamente algunas, las que eran más educadas. Si estamos hablando del ambiente público, en básica no se enseñaba ni anatomía, fisiología, no se enseñaba nada,

¹⁵³ Ver anexos cuadro número 6

de repente íbamos a lo sumo a hacer educación a los colegios con unos videos que hablaban de la menstruación, de todo eso explicaba cómo se producía la menstruación. Las matronas hacíamos educación en los colegios, a los niños.”(Ariadna, 64 años, matrona).

Como pudimos observar en el capítulo anterior a través del testimonio de las usuarias entrevistadas en la investigación, hay una auto-percepción de parte de ellas en relación a su desconocimiento de las acciones relacionadas con la reproducción humana y las acciones de las políticas reseñadas. Una de las acciones llevadas a cabo para lograr transformar la realidad anterior, fue el establecimiento de programas educacionales para enseñarles a las mujeres en que consistían éstas políticas como también que conocieran los procesos biológicos inherentes a la reproducción humana. Ésta será la temática del próximo apartado.

Las Acciones Educativas del programa de Planificación Familiar

No solamente proporcionarles a las mujeres métodos anticonceptivos era el objetivo de las políticas de planificación familiar sino también enseñarles a las mujeres aspectos relacionados con la idea de tener hijos de acuerdo a la realidad socioeconómica de la pareja, uso de anticonceptivos, relaciones familiares etc. En este contexto, tanto las beneficiarias¹⁵⁴ del programa como los profesionales de la salud involucrados, destacan la labor de las matronas como agentes educadores de las mujeres y también las charlas que éstas realizaban a las usuarias en los consultorios.

La educación en los colegios, tópico del cual se refería Ariadna en su testimonio anterior, involucraba a los padres:

“Si se hacía a los apoderados también, porque de alguna manera íbamos a la reunión... mira nosotros, hemos hecho todo tipo de educación. Nosotros trabajábamos con los

¹⁵⁴ Esto fue abordado en el segundo capítulo de esta tesis.

apoderados con el fin de engancharlos con el Papanicolaou, queríamos que la señora se lo hiciera. Nosotros íbamos y le contábamos a los apoderados qué estábamos haciendo, para que después no hubiera rechazo de parte de ellos en el sentido de que dijeran ¿qué le están enseñando a mi hija?, porque hay que pensar que la sociedad ha cambiado mucho en los últimos 30-40 años: ya hablarles de los órganos genitales, era poco más que le están enseñando degeneración. Había ese conflicto, entonces, te puedo contar desde la experiencia de mi grupo de trabajo, pedíamos ir a las reuniones de apoderados y hacíamos alianzas estratégicas con ellos, les contábamos que estábamos haciendo y les gustaba lo que estábamos haciendo: le quitamos el problema de contarles ellos como llegaba la menstruación a sus hijas, así fue como nunca tuvimos problemas.”, (Ariadna, 64 años, matrona).

Otro de los lugares donde se hacían charlas era en los centros de madres y en las salas de esperas de los hospitales, obteniendo como resultado una positiva recepción de parte de las usuarias. Una realidad abordada por Ariadna en su testimonio:

“Es que depende del tipo de charla, si llego a un centro de madres y me siento en una sala como ésta y conversamos en una charla de mujer a mujer, si uno está en una sala de espera –antes se podía hacer mucho eso, porque había un lugar que era la atención exclusiva para las mujeres, era como el club de la pequeña lulú Iban las mujeres embarazadas, las enfermas- , teníamos esos dos lugares que íbamos y por lo general la recepción fue buena., jamás me pasó que reaccionarán negativamente o me echarán por poco más ser pecaminosa. Por último, la mujer chilena es muy educada en general, pienso por ejemplo en Chiloé (lugar donde ejerció durante sus primeros años de vida profesional) si una mujer no lo consideraba necesario, lo escuchaba con mucha amabilidad y muy contenta que una matrona la fuera a ver. El hecho que la fuera a ver la matrona para ellas, piensa que mis primeros años trabajé en provincias, entonces decían que rico que vinieran, porque estaban acostumbradas a llevar a los niños a los técnicos que los midieran, los pesarán y les colocarán las vacunas. Decían que rico que vinieran, yo les decía que venía a conversar con ellas en donde charlábamos sobre los métodos anticonceptivos, veía si había alguna mujer embarazada que no estaba asistiendo a controles, ellas me contaban sus problemas. Así empezaron a planificarse las mujeres, cuando a una mujer o dos le iba bien, empezaban a llegar las demás mujeres: así se iba fomentando, iba creciendo el número de usuarias, de usuarias y de usuarias.”, (Ariadna, 64 años, matrona).

También en el ámbito de las acciones educativas del programa de planificación familiar, Elisa logró formar un club de embarazadas en el consultorio de Peñalolén, donde llegó a trabajar como matrona luego de dejar el Hospital San Borja:

“En Peñalolén había un consultorio estaba frente al regimiento militar, recibí ese consultorio con 6 señoras que se controlaban el embarazo, era semi- rural, yo trabajaba media jornada y tenía todo el día libre para mi para estar con mis hijas. Me iba a las 12 del día para tomar la micro de la 1, y a las 5 de la tarde me devolvía porque era la micro y nada más. Eso era lo que trabajaba ¡¡fabuloso!! Después de trabajar todas las noches. Empecé a trabajar con tan poca gente si no hacía nada, entonces a la María Mardino que era la enfermera jefe le dije: ¡oye sabes que yo voy a salir a buscar pacientes!. Pesco mi maletín de matrona y me voy por los cerros para arriba y para abajo, y donde veía un pañal entraba y hablaba con la señora si había tenido la guagüita, si había otra señora que estuviera esperando y les contaba que había una matrona nueva que atendía. Así junté a las señoras. Sabe me salían culebras en el camino, me seguían los gansos, los perros, era tremendo, si era campo. Junté gente y después que me vine de allá dejé 650 señoras en control.”¹⁵⁵, recuerda Elisa.

Elisa en su testimonio entrega mayores detalles del club de embarazo que logró formar en aquellos años:

“La enfermera le entregaba su partecita que le correspondía y yo entregaba mi partecita que me correspondía de obstetricia. Prepararlas para el parto, prepararlas para que atendieran a sus guagüitas, prepararlas para que recibieran a sus maridos en las casas cuando ellos venían de las chacras. De todas esas cosas nos preocupábamos. Había un alcalde... porque eso era de Ñuñoa, el señor Monckeberg me acuerdo y nos fuimos con mi colega enfermera a hablar con el señor Monckeberg a pedirle ayuda para esas señoras que estaban arriba y este señor nos dio plata que compramos chales, compramos pañales, compramos cunitas de mimbre y ese era nuestro incentivo para llevarlas a que fueran a estar con nosotros un ratito y tomábamos once, les dábamos galletitas. Los días jueves teníamos reuniones donde les enseñábamos todo lo que iba a pasar en el parto, como cuidar a las guagüitas, les dábamos once y a las que asistían les dábamos un regalo”¹⁵⁶.

Al hacer una comparación entre las usuarias de cuando estuvo en Peñaflor a mediados de la década de los años 50 y las beneficiarias de Peñalolén a fines de la década de los años 60, Elisa indica en su testimonio: “Eran más receptivas a ir a los establecimientos, ya no les daba miedo dejar la casa sola, al contrario se sentían contentas de ser bien atendidas, de estar sin preocuparse ellas de los menesteres de la casa”¹⁵⁷. Lo anterior nos permite intuir como la idea de la hospitalización del parto se fue consolidando a lo largo del tiempo entre las usuarias, lo

¹⁵⁵ Ibid., entrevista a Elisa.

¹⁵⁶ Ibid., entrevista a Elisa.

¹⁵⁷ Ibid., entrevista a Elisa.

que también nos habla de cómo la implementación de estas políticas de salud se puede considerar una revolución silenciosa, pues involucra un cambio en las mentalidades de las mujeres en lo referente a sexualidad y reproducción.

Una temática importante a considerar es el mensaje que en las charlas se entregaba a las usuarias, de parte de las matronas fundamentalmente. Al respecto, Ariadna indica:

"Le enseñaba los métodos anticonceptivos, entraba a preguntar de cómo se sentía teniendo tantos hijos –además había otra realidad, los hombres trabajaban por temporada en Argentina, venían dos meses, la dejaban embarazadas y se iban. Ellas tenían que afrontar el embarazo, el parto en lugares alejados, a veces teniendo otro hijo-. Yo pensaba, entonces, que había una película de Walt Disney que dábamos al comienzo, la usábamos mucho: era una película de dibujos animados, en la que sale el Pato Donald, los mexicanos porque parece que fue hecha en México que dice como la tierra se reparte, esa película entraba mucho porque era muy dinámica y era cortita. Fue una de las películas mejor logradas, porque tocaba siempre el tema económico, tomaban un mundo que lo empezaban a llenar, la tierra no alcanzaba. Ese mensaje era bastante claro, Aprofa trabajó mucho en el tema: fue una institución que nos enseñó, protegió, trajo material. Había un rotafolio que se conseguía, que era muy bueno, ese rotafolio sirve exactamente para el día de hoy: si tomo ese rotafolio, sirve si estoy con un grupo de 3 a 4 mujeres, son los mismos principios", (Ariadna, 64 años, matrona).

Si bien, tal como destaca nuestra informante, las políticas de planificación familiar tenían un carácter voluntario muchas veces era necesario persuadir a las mujeres, con el fin de que tomarán conciencia de la problemática de tener muchos hijos en un escenario de escasez de medios económicos para la crianza de los menores:

"Hablábamos también sobre si yo quiero tener un hijo, que quiero ser de ese hijo, ¿cómo lo protejo?, ¿cómo lo cuidó?, si tengo 5 hijos muchas veces no voy a tener el tiempo para cada hijo. ¿Qué siente el hombre? Cuando llega, si ve una casa ordenada, grata, ¿se siente acogido?, la mujer tiene tiempo para realizarse: trabajar en un centro de madres, trabajar algunas horas. Los hijos están contentos, son una familia responsable, porque se habla de paternidad responsable. Este mensaje fue muy bueno, muy acotado y que no ha perdido vigencia, fíjate. Aprofa creo que fue la institución que impulsó la planificación familiar en Chile, eso lo debes tener más que claro.", (Ariadna, 64 años, matrona).

Analizando el testimonio de Ariadna, podemos inferir que una de las formas de acercamiento de las matronas a las usuarias fue invitándolas a que hicieran una reflexión de su vida personal y así posteriormente se generaban en las mujeres, al descubrir las complicaciones de una familia con muchos hijos, la necesidad de ingresar a las políticas de planificación familiar. Ariadna, al evaluar el impacto y recepción de las usuarias en lo referente a las acciones educativas de éstas políticas en Chiloé¹⁵⁸, comenta:

"En Chiloé era muy bien aceptado el hijo de la hija soltera, se le llama endenao y se quedaba con los abuelos, quienes lo criaban. Ese hijo, nieto era criado por los abuelos y era socialmente aceptado. Entonces, la planificación familiar no era para evitar embarazos en las chicas solteras, no iban las chicas solteras a los controles, eso lo puedo confirmar. Las mujeres iban cuando ya estaban casadas y habían tenido su guagua, las chicas solteras no iban: no es como ahora que hay políticas específicas para las adolescentes. No teníamos esa demanda espontánea, piensa que no hacíamos educación en los colegios cuando estaba en Chiloé, hacíamos educación en salas de espera, centros de madres, en lugares de adulto. Pero te insisto las mujeres no se acercaban a los controles.", (Ariadna, 64 años, matrona),

El testimonio de la matrona Ariadna da cuenta de las particularidades de las políticas de planificación en provincias, como es el caso de Chiloé. El enfoque de las políticas en mujeres casadas, con uno o más embarazos y que consultaron por primera vez para ocupar un método, es un rasgo destacado también por otros médicos en relación al perfil de las usuarias en aquellos años.

La relación entre las usuarias y las Matronas, un pacto de confianza.

En el marco de las acciones educativas del programa de planificación familiar, una de las relaciones que destaca es la de las matronas con las usuarias, en la cual la atención profesional de la primera hacia la segunda motiva, de acuerdo a las informantes, la generación de un

¹⁵⁸ Lugar donde inició su trayectoria profesional.

espacio de intimidad y privacidad vital para lograr la aceptación y aplicación de las políticas en la vida de las mujeres. La matrona Ariadna alude a esta relación entre las madres atendidas y matronas en su testimonio:

“Si lo miramos de un punto de vista psicológico, la mujer con el profesional que tiene una mayor cercanía, de mujer a mujer, aunque ahora hay matrones hombres pero en esa época habían puras mujeres, la sentía como una igual, una mujer que como las antiguas matronas o parteras la sentían como la mujer con sabiduría del grupo que ayuda a otras a tener hijos. Yo creo que algo ancestral en ello, que se ha pasado en la memoria colectiva de generación en generación, pero después había un profesional que estaba capacitado, que se formó en la universidad pero que la sienten cercana, ¿por qué?: compartes tu intimidad física, cuando una mujer entrega, esto es casi animalesco, sus genitales para que otra la evalúe se está entregando entera, porque es lo más privado, de ahí surge que la mujer confió mucho en el otro para poder vivir este tipo de relación explicada. Por eso la mujer le cuenta toda su parte privada: su relación con su esposo, con los hijos, sus consultas, dudas y enojos porque siente que ya me conoce entera, ahora le cuento el resto que falta. Creo que es una relación de cercanía muy grande, al tener esa relación de cercanía cuando la matrona le contaba que existían estos métodos, que ella los necesitaba – porque esto no es porque la matrona lo haya enseñado, sino porque la mujer lo sintió como necesidad-. Estuvo buena la educación que dimos, porque asumimos el trabajo y lo hicimos todas simultáneamente, educamos hartos.”, (Ariadna, 64 años, matrona).

En su testimonio, Ariadna también se refiere a la recepción que tuvo las políticas comentadas:

“La mujer lo sintió como necesidad (la planificación familiar) que tuvo una respuesta y, al mismo tiempo, comenzó a existir la cultura de la otra, la vecina que tomaba pastillas o usaba el Dui, Lipped en un comienzo o la T de cobre y que no le pasaba nada, se sentía bien. Cuando iba a la matrona la controlaba, se transmitió la información de vecina a vecina.” (Ariadna, 64 años, matrona).

Es interesante en este caso ver un paralelo en las visiones tanto de la comunidad médica como de las usuarias, en el sentido de que ambos actores del sistema reconocen el traspaso oral de las experiencias en torno a las políticas reseñadas como forma de sociabilización de las mismas.

Al analizar este último punto, lo interesante de rescatar es como se produce una apropiación simbólica de las usuarias, en el sentido de que percibieron la planificación como una herramienta que les podía ayudar en sus vidas personales y familiares al prevenir los embarazos no deseados. Una vez asimilado lo anterior, se traspasaba la información a las personas más cercanas como familiares y amistades, lo cual nos habla de la presencia de un carácter horizontal que adquirió las políticas de planificación familiar con el pasar del tiempo y del cual habla Eugenio en su testimonio:

"Esto partió como un programa vertical que de a poco fue orientalizándose, partió como un programa vertical que era el programa de orientación familiar, y que después en algún minuto se incluyó en el programa materno infantil, en la etapa materna del programa materno infantil entonces quedó como una rama de ese programa. Después empezó como una parte del programa la salud de la mujer, y la salud de la mujer tenía menopausia tenía cáncer y tenía mamas entonces cada vez se fue orientalizando más y quedó el programa donde se llegaron a incluir en el último tiempo estas disfunciones de transmisión sexual, en este minuto es una cosa transversal a todo lo que tiene que ver con salud de la mujer"¹⁵⁹.

Un punto importante a tener en cuenta es que, de acuerdo a lo manifestado por Ariadna, desde el primer año de su carrera¹⁶⁰, en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile, abordaron las políticas de planificación familiar en la malla curricular:

“Yo entre el año 1966, a nosotros ya nos incluyeron la planificación familiar (en la malla curricular de la universidad), nos enseñaban anticonceptivos, lo hacía la matrona que hacía el policlínico de planificación familiar. Solamente veíamos Lipped, no se veía T de cobre.”, (Ariadna, 64 años, matrona).

En el segundo año de carrera, vivió la Reforma Universitaria de 1967, un hecho significativo en su formación, como explica Ariadna:

“Nos tocó vivir todo ese proceso, nos tomamos la escuela de Obstetricia, era algo inédito pues era una escuela exclusivamente de mujeres, cuyo director era médico, el doctor García

¹⁵⁹ Ibíd., entrevista a Eugenio.

¹⁶⁰ Ella empezó a estudiar en el año 1966.

Valenzuela y las docentes que habían eran todas matronas. Eran matronas, muy buenas docentes pero lo que significa al alero de un jefe de servicio o del Servicio Nacional de Salud. Al sumarnos a la huelga, lo que queríamos nosotros era una directora de carrera matrona, estuvimos dos meses en huelga, hubo varios cambios. Se creó un consejo consultivo, el cual por esas cosas de la vida me pusieron como dirigente y participábamos en reuniones con el Decanato en la Facultad de Medicina, con el Doctor Jadresic. Fue una gran cosa que hubo acá en la universidad. (...) Para nosotros estar en huelga fue algo impresionante: tomarnos la escuela fue algo impresionante, estábamos en un hospital, donde eran dormitorios se había convertido en nuestra sala de clases, era el segundo piso del Hospital San Borja por lo que no era un aula como ésta (se refiere a las existentes en el Campus Huechuraba de la Universidad Mayor, donde ella es docente). Como resultado de la reforma, se logró que por primera vez una matrona fuera la directora de la escuela, fue la Matrona Olga Julio. Así fue” (Ariadna, 64 años, matrona).

Cabe señalar que la historia de las matronas¹⁶¹ como actividad se remonta a la Colonia, donde la atención del parto era llevada a cabo por mujeres que ayudaban en ese momento llamadas parteras. Ellas eran mujeres pertenecientes a los grupos bajos de la sociedad y sus conocimientos eran empíricos, atendían en las casas a las parturientas. Pese a los esfuerzos de las autoridades coloniales, en especial del protomédico, de controlar y examinar a las parturientas no se llevó a cabo por el alto costo del examen. Ya en la época republicana, en el siglo XIX, la medicina en su conjunto experimentó un proceso de profesionalización y en el cual la obstetricia no fue la excepción. Se puso énfasis en los estudios anatómicos del cuerpo femenino y también tratar de comprender la fisiología reproductiva-sexual de las mujeres. Comenzó la denominada medicalización del parto.

En 1833 se crea el primer curso de estudios médicos con 4 áreas de estudio (Medicina, Anatomía, Farmacia y Cirugía- Obstetricia). El 16 de Julio de 1934 fue inaugurada la Escuela de Matronas, era conocida denominada como Colegio de Obstetricia, siendo controlada por la Facultad de Medicina fundada el año anterior y que a partir de 1842, con la fundación de la

¹⁶¹ Lattus José y Sanhueza María Carolina, "La Matrona y la Obstetricia en Chile: una reseña histórica", Revista de Obstetricia y Ginecología, Volumen 2, número 3, 2007, páginas 271-276.

Universidad de Chile, queda la escuela bajo tutela de un cuerpo médico universitario. Asimismo, junto con la idea de conformar un grupo de médicos profesionales se inició un plan para mejorar la infraestructura institucional de los recintos que estaban destinados a la práctica de la obstetricia, ejemplo de lo anterior fue la construcción de la Maternidad del Hospital San Borja en 1873 y su inauguración en 1875. La fundación de la Casa de Maternidad en la ciudad de Santiago fue otro hito importante en la atención del parto, pues fue un lugar caritativo y asistencial cuyo norte eran las madres de escasos recursos de la época del siglo decimonónico. A principios del siglo XX se crea el Instituto de Puericultura en 1906, el cual el año 1913 se fusiona con el Colegio de Obstetricia, dando origen a la Escuela de Obstetricia y Puericultura para matronas de la Universidad de Chile.

El Colegio de Matronas de Chile nació a partir de la ley 14895, promulgada el 31 de Agosto de 1962. La enseñanza de la planificación familiar dentro de las mallas curriculares de las matronas fue aceptada por el Comité Mixto de UNICEF/OMS, pudiendo desarrollar las matronas prácticas relacionadas con planificación tanto en el sistema público como privado, de acuerdo a la autorización emanada desde el Ministerio de Salud en aquellos años. Desde 1969 se incluye en la malla curricular de las matronas en todas las escuelas, una formación básica de planificación donde se incluía "práctica de exámenes ginecológicos, prescripción de métodos anticonceptivos y controles, tanto de Dispositivo Intra Uterino/DIU como de anticonceptivos orales."¹⁶².

Ese fue el contexto en el cual se insertó la relación entre las matronas y las usuarias, un pacto de confianza donde la clave para poder entenderlo reside en el hecho de que ambos actores eran

¹⁶² Lorenzetti Leticia, "La Matrona en la Atención de la Salud de la mujer en Chile en Cronología Histórica de la Organización", Colegio de Matronas de Chile, Enero 2005.

mujeres: había confianza, de parte de las usuarias, para mostrarles sus genitales a las matronas y contarles detalles de su vida personal, familiar y sexual. Un proceso de interacción donde no había espacio para los médicos, a quienes los veían como seres lejanos que se hacían presentes solamente en determinadas ocasiones durante el embarazo y parto, por lo cual no se generaba el proceso de confianza con ellos que si sucedió con las matronas.

Las dificultades en la implementación de las Políticas de Planificación Familiar en Chile

Durante la implementación de las políticas reseñadas, se presentaron diversas problemáticas, entre las cuales podemos mencionar: problemas en la disponibilidad de los anticonceptivos a nivel nacional, dificultades para la capacitación de los profesionales de salud en las provincias etc. Otro punto importante fue la presencia de un saber popular en torno a temas de sexualidad y reproducción, lo cual muchas veces complicaron la adopción de las acciones propuestas en el programa de planificación familiar por parte de las mujeres.

Ariadna, una de las informantes, a través de su testimonio y en base a su experiencia como matrona, nos da cuenta de alguna de las dificultades del programa en su desarrollo, pero al mismo tiempo destaca los aspectos positivos del programa:

“La capacitación de toda la gente, yo creo que las matronas cometieron este conocimiento con bastante capacidad, se capacitaron, estos procesos son largos. La capacitación parte en Santiago, tiene que haber una matrona en Chiloé que debe venirse a capacitarse acá en Santiago, yo recuerdo que se hicieron hartos cursos pero el problema era la implementación: no llegaban oportunamente los Lipped, los anticonceptivos orales: el Ministerio de Salud tenía una mirada nacional, los mandaba pero el transporte a veces fallaba.”, (Ariadna, 64 años, matrona).

Una de las temáticas que aborda en su testimonio Ariadna es la educación a la comunidad, un elemento clave en nuestra investigación pues podemos analizar la recepción de las usuarias en torno a estas políticas:

“Empezar a educar a la comunidad, yo educaba mucho a la comunidad porque se pasaron muchas historias. Es que yo soy católica, pero resulta que la Iglesia se oponía tenazmente, entre la excomunión y el cáncer que se le iba a producir dentro del útero por ponerse cosas extrañas: decían señorita me puse tal cosa y por eso se producía el cáncer, pero resulta que se sabían las causas del cáncer cervico uterino, el conocimiento popular es muy difícil de enfrentar: los temores, el conocimiento popular, unos con más educación que otros, cuesta enfrentar.”, (Ariadna, 64 años, matrona).

En sus palabras, queda en evidencia una de las complicaciones que debieron enfrentar los profesionales de la salud durante la implementación de las políticas: la dicotomía entre la medicina académica y las creencias populares en torno a la salud de parte de los individuos.

El factor educacional fue una de las interrogantes cuando se implementó en la década de los 60 estas políticas. “¿Cómo se enfrentó la educación?, nosotros hacíamos mucha educación en sala de espera, yo iba en Chiloé a los controles de niño sano: los técnicos iban a hacer el control de niño sano a postas o lugares alejados, yo partía con ellos a caballo y me sentaba a conversar con las señoras. Ese tipo de educación, de persona a persona.”, (Ariadna, 64 años, matrona). En este sentido, el desconocimiento que tenían las usuarias de los procesos biológicos internos de la mujer y la creencia en rumores sin sustento, como por ejemplo que producto del triunfo de Allende en 1970 Estados Unidos envió pastillas anticonceptivas contaminadas, minaban la aceptación del programa y obligaban a la comunidad médica a tomar medidas con el fin de contrarrestar lo antes expuesto.

Algunas de las medidas fue el establecimiento de campañas y de programas de líderes de paternidad responsable a principios de la década de los años 70, el cual se realizó en una

asociación entre Aprofa y el Gobierno. De acuerdo a Onofre Avendaño, el programa mencionado se formuló en el transcurso del año 1970 y el propósito final estaba en lograr conformar una red entre los profesionales relacionados con la planificación familiar y los líderes de las comunidades, con lo cual se facilitaba, explicaba Avendaño, la difusión de la información relativa a la planificación. Esto bajo el pretexto de que si los líderes aceptaban el programa, con ese acto lo legitimaban.

Otra de las dificultades que se hizo presente en la implementación fue la carencia en la formación profesional de los médicos, de acuerdo al testimonio del médico Eugenio, en cuanto a colocar métodos anticonceptivos en las beneficiarias. Ejerciendo como médico general en Magallanes, Eugenio debió pedirle a otro facultativo ayuda para que le diera las indicaciones al respecto como lo relata en su testimonio:

“Por lo menos al comienzo cuando me tocó a mi estar en Magallanes, yo nunca había puesto un dispositivo, entonces un amigo mío que estaba en Porvenir en ese tiempo me avisa a Tierra del Fuego me mandó una carta con un monito como se ponía un dispositivo intrauterino y yo así empecé a ponerlo. Entonces eso me marcó mucho cuando yo llegué porque aquí no se hacía práctica, había una clase en la escuela de medicina para los alumnos de medicina de 45 minutos donde se hablaba de anticoncepción, había una doctora que se sentaba y leía una cosa durante 45 minutos y esa era la clase, no había nada práctico, eso era lo que ocurría en el año 71 cuando yo volvía de Magallanes. Entonces como a mí nadie me había enseñado a poner dispositivos intrauterinos yo hablé con el profesor de la cátedra y le dije mire yo tengo libre las tardes, en ese tiempo no se hacía mucho, yo no tenía consulta, yo no quería tener consulta en ese tiempo, tengo libre las tardes puedo enseñarle a los internos a poner dispositivos intrauterinos por eso empecé a involucrarme en esto.”¹⁶³, comenta Eugenio relatando sus comienzos en las políticas de planificación familiar.

Analizando el testimonio anterior, queda en evidencia como la implementación de las políticas citadas significó un desafío en el ejercicio diario de su profesión a los médicos, pues debieron adquirir habilidades que no estaban presentes en la malla curricular de su formación.

¹⁶³ Ibíd., entrevista a Eugenio.

Conclusiones Capítulo

A lo largo de estas páginas hemos querido reseñar y analizar a la comunidad médica frente a las políticas de Planificación Familiar, abordando los debates que se generaron antes de la implementación de éstas políticas como también los que se hicieron presentes en el contexto del desarrollo de las políticas. Lo interesante de lo anterior es que es posible, al seguir debates como el del aborto y los métodos anticonceptivos durante los años 30 en el contexto de la Convención Médica de Valparaíso, la evolución y trayectoria histórica de ideas como métodos anticonceptivos, aborto o maternidad, por mencionar algunos.

En este sentido, se observa como los métodos anticonceptivos no eran aceptados por una mayoría al interior de la comunidad médica en la década de los años 30, argumentando por ello una interrupción de los procesos propios de la naturaleza o que se le estaba privando a Chile de mano de obra joven para progresar al pretender masificar estos métodos, cuya realidad cambió radicalmente 30 años después con la institucionalización de las políticas de planificación familiar por parte del Estado y con la aceptación de la comunidad médica en su mayoría. Lo anterior nos habla de que el establecimiento de toda política de salud está relacionada con un contexto determinado, produciéndose entre ambos una interacción constante.

Bajo este ámbito, lo importante de consignar es que las políticas de planificación familiar también se insertan en un propósito estatal de hacerse parte de procesos, como el embarazo y el parto, que antes estaban relacionados con el ámbito privado de los sujetos, proporcionándoles herramientas que le permitan afrontar estos momentos de la vida a las mujeres de una mejor forma. Ese, creemos, fue el factor que explica el porqué se generó en torno a las políticas una cultura de la vecina, difusión oral, de las medidas: las usuarias sintieron el programa como un

elemento importante de sus vidas y, en consecuencia, se los recomendaban a los familiares y amistades. Hubo una aceptación y asimilación de las usuarias en relación al programa.

Haciendo un balance de la perspectiva médica en torno a las usuarias, podemos destacar los siguientes rasgos: reconocen que la usuaria del sector público carece de mayores conocimientos de sexualidad y reproducción, lo cual provoca un desconocimiento de las acciones de éstas en las beneficiarias; hay un interés y una demanda de la sociedad para que el Estado se hiciera cargo de las problemáticas del embarazo no deseado y la gran cantidad de muertes a causa del aborto; vieron una respuesta positiva de parte de las potenciales usuarias, que se mostraron interesadas en ser partes de esas políticas y, finalmente, se reconoce la existencia de diversas problemáticas en la implementación de las políticas, como las dificultades para llegar a lugares apartados para los profesionales de salud. Se observa también que si bien las políticas apuntaban a la pareja en su conjunto, las acciones del plan se concentran en las mujeres como objetivo primordial.

En definitiva, vemos en la visión de la comunidad médica un interés real por llevar a cabo políticas que se hicieran cargo de las grandes problemáticas que se presentaban en el país, como es el caso de los abortos. Una demanda a los profesionales de la salud que recibió una respuesta sistemática de parte de ellos, producto de la institucionalización de las políticas de planificación familiar.

Conclusiones Generales

La presente tesis tuvo como propósito caracterizar las memorias colectivas e individuales de las mujeres beneficiarias de las políticas de planificación familiar desde el año 1965 a 1973, fundamentalmente a través de entrevistas a las madres atendidas, médicos, enfermeras y matronas. Lo anterior se complementó con la revisión de fuentes primarias y secundarias relacionadas con la temática.

En base a este proceso de rescate de las memorias individuales y colectivas de las madres atendidas, podemos concluir que el proceso de implementación de las políticas de planificación familiar fue gradual y en donde lo interesante de consignar es que desde las primeras décadas del siglo XX se debatía a nivel internacional en torno a la necesidad de controlar la natalidad y planificar la familia. En Chile se hizo un diagnóstico de la realidad local, no desconociendo todo el debate anterior.

Como explicábamos en el primer capítulo de la tesis, una de las precursoras del control de natalidad fue Margaret Sanger, quien en el año 1916 funda en Brooklyn una clínica de la temática y con lo cual este centro se transformó en el primero de ésta naturaleza en Estados Unidos. Fue el comienzo de un movimiento manifestado mayormente luego del fin de la Segunda Guerra Mundial, en un contexto de crecimiento poblacional y descenso de la mortalidad que dio como resultado una mayor esperanza y calidad de vida para los individuos. Durante la década de los años 40 se planteó por primera vez el concepto de planificación familiar, el cual comprende no sólo la esterilidad conyugal sino también la educación sexual de las parejas. Eso es lo que marca la diferencia con el término del Control de Natalidad.

En este contexto, diversos organismos internacionales, como la Fundación Ford o la IPPF, comenzaron a financiar investigaciones y programas que apuntaban a la planificación familiar en la década de los 50, con el propósito de evitar una explosión demográfica que pusiera en riesgo la estabilidad sociopolítica del llamado Tercer Mundo. Estamos hablando de un escenario internacional marcado por la Guerra Fría, en el cual tanto Estados Unidos como la Unión Soviética se disputaban la hegemonía mundial.

Es así con el objetivo de reafirmar la influencia estadounidense en Latinoamérica, un propósito que se hizo prioritario para Washington luego del triunfo de la Revolución Cubana en el año 1959, se estableció la Alianza para el Progreso. En ella, Estados Unidos se comprometió apoyar a nivel técnico, financiero y político el desarrollo y progreso del continente latinoamericano.

Bajo el ámbito de la Alianza para el Progreso, se implementaron las políticas de planificación familiar con el financiamiento de los organismos internacionales. Lo interesante en esta interacción, entre los gobiernos latinoamericanos y las instancias internacionales, es que mientras fundamentaban su acción en una supuesta explosión demográfica, los primeros apuntaban a disminuir la alta tasa de aborto imperante en sus naciones y la mortalidad materna asociada a ella. Incluso, en los partidos políticos, en el caso de Argentina y Perú, se observa una coincidencia tanto en la izquierda como en la derecha en cuanto a señalar a las políticas de planificación familiar como políticas de carácter imperialista que impedían lograr el ideal de una familia numerosa y acrecentaba el miedo a convertirse en un país vacío. Se generó en aquellos años un interesante diálogo entre centro y periferia.

Es así como a mediados de la década de los años 60 se formó la Asociación de Protección de la Familia (APROFA), organización que, a juicio de los informantes de la investigación y de la bibliografía secundaria citada en las páginas anteriores, fue la gran precursora de las políticas de planificación familiar en nuestro país. En una primera instancia fueron asesores directos del SNS en estas políticas y, posteriormente, no sólo canalizaron los aportes provenientes desde el extranjero para la implementación sino también capacitaron y difundieron información relativa a éstas temáticas. Es importante indicar que en la implementación de las políticas jugó un rol clave, también, el SNS, en cuanto a proporcionar toda la infraestructura hospitalaria y de centros con que contaba el servicio para la implementación de las políticas.

Cabe señalar que desde la década de los años 30 distintos médicos, como por ejemplo Onofre Avendaño, por iniciativa individual, recetaban métodos anticonceptivos en la ciudad de Santiago. Sin embargo, una gran mayoría de los miembros de la comunidad médica rechazaban este tipo de acciones, por considerar que se estaba privando a Chile de contar con mano de obra joven que le permitiera lograr un mayor desarrollo y también que los métodos anticonceptivos representaban una obstrucción al cuerpo de la naturaleza.

Lo interesante de esta discusión dice relación con la dimensión temporal de las políticas reproductivas, donde el contexto las va modificando y legitimando las medidas como también en la aplicación de las mismas. Eso nos permite comprender a la comunidad médica en su actuar y como cambió la mirada de la comunidad en un lapso de 30 años, pasando desde el rechazo a la aceptación de los anticonceptivos.

Haciendo un balance de las memorias individuales y colectivas de las beneficiarias entrevistadas, podemos destacar que sus testimonios están contruidos en base a lo vivencial, no

pudiendo identificarse en ellos menciones a rasgos específicos de las políticas de planificación analizadas. Asimismo, se percibe que un rasgo identificador de la temática para las usuarias son los métodos anticonceptivos, desde ellos se produce la construcción de sus vivencias en torno a la maternidad y planificación familiar. Otro elemento interesante, en este sentido, es que para la gran mayoría de las informantes de la investigación les fue, al momento de la realización de la entrevista, el término Control de Natalidad y no Planificación Familiar, lo cual nos da cuenta de la forma de cómo estas políticas fueron percibidas por ellas.

Todas las informantes coinciden en asociar las políticas de planificación familiar con el bienestar de ellas como mujeres, en el sentido de que les permitió tener una vida más libre en el plano sexual porque se podían evitar los embarazos no deseados por la pareja. A pesar de lo anterior, vemos que no hubo una transformación en las relaciones de género, en esos años siguió primando una sociedad patriarcal, esto se manifiesta en que toda la responsabilidad de la planificación familiar recaía sobre la mujer ante la pasividad o indiferencia del marido.

Bajo este contexto, tomando en cuenta los resultados de la encuesta citada por Hall y que fue llevada a cabo por la Universidad de Chile en la época de nuestra investigación, podemos ver una disociación en el actuar de los hombres en cuanto a su discurso y como éste se expresa en la práctica. Aunque ellos demuestran una actitud positiva hacia las políticas de planificación familiar y, al mismo tiempo, se consideran los individuos más indicados para recibir información relativa al tema: analizando los testimonios de las informantes, no se observa el protagonismo que concluye Hall en su estudio de parte de ellos, al contrario destacan las mujeres una actitud pasiva de parte de sus parejas o esposos. No había coincidencia, en otras palabras, entre lo expresado y lo practicado.

Si bien es posible percibir en las memorias colectivas de las madres atendidas una recepción positiva de las políticas de planificación familiar, hay un desconocimiento de lo que conllevaba éstas políticas. Lo anterior se expresaba en un desconocimiento de las usuarias en lo inherente a la reproducción humana y los cambios que experimenta la mujer en un embarazo, por ejemplo una de las entrevistadas creía que los hijos nacían mediante vómitos de la mujer.

Lo anterior es posible explicar a partir de las primeras experiencias de vida de las mujeres que constituyen la materia original¹⁶⁴ del habitus social, donde a juicio de las entrevistadas vivieron una niñez inocente y en la cual no tomaron conciencia de los dilemas de la adultez como la precariedad económica o el machismo, dando como resultado un desconocimiento de las madres atendidas en lo que respecta a métodos para poder limitar el número de hijos. Había una carencia de educación sexual en las beneficiarias, un carácter también señalado por la comunidad médica en sus publicaciones.

La trayectoria de vida de las entrevistadas se puede resumir como una salida temprana del hogar y la construcción de una vida independiente, caracterizada ésta por: el inicio de la vida matrimonial, el nacimiento de los hijos, una vida centrada en el hogar y la familia. En este escenario, el trabajo remunerado fuera de la casa no era una posibilidad por la negativa de los esposos a lo anterior. Los maridos argumentaban, según los testimonios de las informantes, la necesidad de que alguien se quedará cuidando a los hijos en la casa. Lo interesante del punto es la dicotomía producida en los testimonios de las madres atendidas respecto a sus esposos: por un lado destacan las cualidades de sus parejas, pero por otro critican la negativa para el trabajo remunerado de ellos.

¹⁶⁴ Es a partir de las primeras experiencias de vida, como explicábamos en el capítulo II, que el habitus constituye su materia originaria y a partir de la cual se va adaptando a las nuevas experiencias que debe enfrentar el sujeto en su día a día.

Otro contenido transversal de las memorias colectivas de las beneficiarias entrevistadas alude a las formas de conocimiento y sociabilización de las políticas de planificación familiar, en el que destacan la denominada cultura de la vecina o de la otra. Una de las principales vías de conocimiento de las políticas fueron las charlas realizadas por las matronas en los consultorios, en este sentido se puede observar que fue las matronas el principal factor motivante en la decisión de colocarse un método anticonceptivo.

Lo que se produce es un proceso de apropiación simbólica de las políticas de planificación, por parte de las usuarias, esto porque las percibieron como una herramienta que les ayudaba en su vida diaria al poder prevenir los embarazos no deseados. Al generarse lo anterior, las madres atendidas empezaron a comentar sobre las políticas y sus beneficios a su círculo cercano, incentivando el uso de los métodos anticonceptivos. Eso es la cultura de la vecina.

Lo interesante de esta idea de la cultura de la vecina dice relación con la transmisión oral de los beneficios que conllevaba las políticas de planificación familiar, mecanismo de comunicación que no sólo permitía darles la posibilidad a más mujeres de poder evitar la llegada de embarazos no deseados sino también provocar en la sociedad un paulatino proceso de visibilización de temas como la sexualidad y reproducción en el espacio público, los cuales antes estaban relegados al ámbito de lo privado.

Otro rasgo importante de mencionar alude a que no se observa una mayor incidencia de la pertenencia al catolicismo de las usuarias, en la decisión de ocupar algún método anticonceptivo, esto considerando la posición contraria a la anticoncepción de la Iglesia manifestada en la Encíclica Papal *Humanae Vitae*. En relación al papel de la Iglesia en Chile, sobresale la aceptación implícita de la institución a las políticas y lo cual se transformó en uno

de los factores políticos gatillantes para que el Gobierno de Frei Montalva impulsara la implementación de las políticas.

Una de las grandes interrogantes que surge cuando nos referimos a las políticas de planificación familiar es que si durante el contexto de la Unidad Popular hubo o no una transformación de éstas políticas. A la luz de los antecedentes expuestos, podemos concluir que las políticas fueron un continuo desde su implementación en el año 1965, donde la única modificación en el Gobierno de Allende fue la inclusión de las políticas en el programa de bienestar familiar y por lo cual el enfoque estuvo centrado en el bienestar familiar y no en el número de hijos. De allí se puede comprender el predominio de la paternidad responsable en aquellos años.

Las políticas de planificación familiar, al final de cuentas, fue una revolución silenciosa en la vida de los individuos, pues permitió la disociación entre sexualidad y reproducción, dando como resultado una transformación paulatina de la mujer en cuanto a poder contar con más tiempo para su desarrollo personal y profesional. Asimismo, significó, desde la perspectiva de los hombres, un proceso de aceptación y asimilación de los métodos anticonceptivos, donde la idea de que no dejar a sus esposas embarazadas no era sinónimo de ser poco hombre sino de simplemente planificación de la familia.

Un proceso de aceptación y asimilación que también debieron vivir las mujeres beneficiarias, pues tuvieron que adquirir la costumbre de asistir a controles, seguir indicaciones médicas y contarle a un otro, generalmente una matrona, sobre su deseo de limitar el número de hijos. Un limitar que ya no debía ser a través del aborto sino mediante la planificación y los anticonceptivos. Un cambio de mentalidad, al fin y al cabo.

Anexos Tesis

Cuadros estadísticos

Capítulo I

Cuadro 1. Población Natalidad y Mortalidad en Chile 1936-1975

Año	Población Total Miles	Tasa Natalidad por 1000 habitantes	Razón mujeres menores de 5 años con la Población Total
1950	6.073	34.3	7.36
1955	6.761	36.0	7.09
1960	7.628	37.0	7.59
1965	8.484	36.3	7.39
1970	9.368	27.9	6.30
1975	10.253	25.0	6.05

Fuente: Ine, Proyección de Población INE-CELADE.

Capítulo III

Cuadro 2. Muestreo estadístico entrevistas a obstetras y ginecólogos, 1969.

Total Encuestado	Números de médicos	Especialidades médicos encuestados
162 médicos	44	Obstetras
	44	Ginecólogos
	74	Ejerce ambas disciplinas al mismo tiempo.

Fuente: Cuadro de elaboración propia a partir de la información del estudio.

Cuadro 3. Antecedentes de la paciente claves para hablar de natalidad y planificación

	Cantidad de médicos.	%
Sólo saber si desea controlar	44	27%
Las condiciones de salud, expediente ginecológico	72	42%
Historia obstétrica: hijos nacidos, abortos	93	57%
Condiciones económicas y sociales	88	54%
Condiciones de estabilidad y ajuste conyugal	28	15%
Principios filosóficos o religiosos	20	12%
Enfermedades transmisibles por herencia	6	3%
Antecedentes psicológicos o psicopatológicos	12	7%
Deseo de planificar por parte de la pareja	24	15%
Otros	16	10%

Fuente: Solari Canessa Guido, Los médicos y el control de la natalidad: encuesta sobre la opinión de ginecólogos y obstetras, Desal, Santiago, 1969, p 51.

Cuadro 4.
Mortalidad infantil y número de abortos hospitalizados en 1951, 1965 y 1987

Año	Mortalidad Infantil	Abortos Hospitalizados	Número de mujeres 15- 44 años (en miles)	Abortos Hospitalizados por mil mujeres entre 15- 44 años
1951	150,2	31.045	1.357	22,8
1965	91,6	56.130	1928	29,1
1987	19,5	31.966	3.049	10,5

Fuente: Benjamín Viel, *Principales índices biodemográficos y de salud en Chile entre 1950 y 1987*, Aprofa.

Cuadro 5. ¿Por qué considera que debe existir una política de planificación familiar?, Encuesta a Ginecólogos y Obstetras, 1969.

	F (Cantidad de médicos)	%
Para resolver problemas demográficos	40	26
Para elevar el nivel social, económico y cultural del país	37	24
Para elevar el nivel social, económico y cultural de la familia	25	16
Para disminuir el aborto criminal	36	24
Por razones de salud	12	8
Por razones administrativas: problemas hospitalarios.	3	2
Por razones de eficiencia: coordinar esfuerzos.	17	11
Para evitar abusos del método	6	4
Para lograr una paternidad responsable.	8	5

Fuente: Solari Canessa Guido, *Los médicos y el control de la natalidad: encuesta sobre la opinión de ginecólogos y obstetras*, Desal, Santiago, 1969, p 67.

Cuadro 6. Tipo de información que tienen las pacientes sobre control de natalidad¹⁶⁵, en policlínico y consulta privada

Tipo de Información	Policlínico	Policlínico	Consulta	Consulta
	F (Cantidad)	%	F	%
Adecuada	4	2	33	20
Parcial	32	20	68	42
Prejuiciada	34	21	29	18
Vaga	74	46	40	25
Ninguna	26	16	0	-
No contesta	18	11	21	13

Fuente: Solari Guido, Los médicos y el control de natalidad: encuesta sobre la opinión de ginecólogos y obstetras, Desal, Santiago, 1969.

¹⁶⁵ El término es ocupado por el autor, Guido Solari, para referirse a las políticas de planificación familiar.

Cronología Historia de la Planificación Familiar en Chile y en el mundo

El propósito de este anexo es reseñar los principales hitos y procesos presentes a lo largo del Siglo XX en el mundo y en nuestro país, respecto a las ideas de control de natalidad y planificación familiar.

1912: Inicialmente, tal como lo explica Onofre Avendaño¹⁶⁶, el control de natalidad era la idea por la cual diversas personalidades comenzaron a luchar para su implementación. En este contexto, 1912 fue el año en el cual Margaret Sanger, una enfermera de la ciudad de Nueva York, comenzó a plantear la necesidad de implementar un control de natalidad y así evitar la mortalidad materna, producto del aborto. Ese mismo año, Sanger y partidarias de sus ideas, inauguraron la Liga Norteamericana de Control de Natalidad, la cual décadas más tarde se convertiría en la Federación Internacional de Planificación de la Familia.

1923: Se inauguró el primer centro de planificación familiar en Nueva York. Hoy en día, el lugar es conocido como Centro de Investigación Margaret Sanger.

1927: Se celebró una Conferencia Mundial de la Población, en la ciudad de Ginebra, Suiza, a partir de este encuentro se conforma un grupo médico relativo a la Planificación Familiar.

1930: Se realizó en la ciudad de Zurich, Suiza, la Séptima Conferencia Internacional de Control de Natalidad. Producto de lo anterior, se fundó en Londres, Inglaterra, el Centro Internacional de Información sobre control de natalidad, centro que en 1938 se transforma en la Asociación Británica de Planificación de la Familia. Una de las principales consecuencias de la conferencia citada fue la incorporación del control de natalidad en los planes de salud pública y medicina preventiva.

¹⁶⁶ En su libro Desarrollo histórico de la planificación de la Familia en Chile y en el mundo

1946: Ese año en Estocolmo, Suecia, se celebró la Primera Conferencia Internacional de Planificación de la Familia. En la cita, los presentes resolvieron el abandono del término de control de natalidad y su remplazo por el concepto de Planificación de la Familia.

1948: Se realizó la Segunda Conferencia Internacional de Planificación de la Familia en Cheltenham, Gran Bretaña, siendo el tema fundamental de la conferencia “Población y Recursos Mundiales en relación con la familia”. En la ocasión, asimismo, se resolvió crear un comité internacional de la planificación familiar y el cual fue conformado por delegados de distintos países como Gran Bretaña, Holanda, Suecia y Estados Unidos.

1952: En el año en que el General Carlos Ibáñez asume la Presidencia en nuestro país, se realizó la Tercera Conferencia Internacional de Planificación de la Familia en Bombay, India. En esta conferencia, el comité creado en el año 1948 se convirtió en la Federación Internacional de Planificación de la Familia, FIPF y cuyos miembros fundadores fueron Alemania Occidental, Estados Unidos, Gran Bretaña, Holanda, Hongkong, India, Singapore y Suecia. Cabe señalar, asimismo, que ese mismo año se creó el Consejo de Población (Population Council) por iniciativa de John Rockefeller. En Chile se crea el Servicio Nacional de Salud.

1953: En la ciudad de Estocolmo se realizó la Cuarta Conferencia Internacional de Planificación Familiar y en donde la Federación Internacional de Planificación Familiar adopta una constitución, con el fin de definir y establecer su funcionamiento.

1954: Se realizó la Primera Conferencia Mundial sobre Población, en la ciudad de Roma

1955: Se llevó a cabo la Quinta Conferencia Internacional de Planificación Familiar, en la ciudad de Tokio. Ese mismo año la ONU organizó un seminario sobre población en la ciudad de

Rio de Janeiro, Brasil, con el propósito de que los distintos actores de la región de América Latina pudieran discutir en relación a los problemas demográficos presentes en sus territorios y en la región latinoamericana.

1958: Se inauguró en Santiago de Chile el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)

1959: Se realizó la VI Conferencia Internacional de Planificación de la Familia en Delhi, India. Lo interesante de destacar de este encuentro es que los representantes de quince naciones asiáticas, por primera vez en la historia, solicitaban a los demás países ponerse de acuerdo para iniciar una política de limitación de los nacimientos, dado a que una mayor población impedía un desarrollo económico importante. Un planteamiento recibido por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Asia y el Lejano Oriente.

1960: La Food and Drug Administration de Estados Unidos aceptó la venta de un anovulatorio sintético de Searle como píldora anticonceptiva. Lo interesante de la aparición de la píldora fue que con ello la comunidad médica respaldó el desarrollo de las Políticas de Planificación Familiar.

1962: En el mes de Mayo de ese año la Doctora Ofelia Mendoza, directora técnica de la región hemisferio occidental de la IPPF, visitó Chile y se reunió con la agrupación Médica Femenina. Allí, Mendoza promovió la discusión pública en lo referente a la regulación y planificación de la familia. Ese mismo mes, se crea el Comité de Protección de la Familia y cuya función era asesorar al Servicio Nacional de Salud en temáticas de natalidad. Ese mismo año, el médico Jaime Zipper asistió a la Primera Conferencia Internacional sobre Anticoncepción Intrauterina, en la ciudad de Nueva York, ocasión en la cual mostró el resultado de sus investigaciones.

1963: Se llevó a efecto la VII Conferencia Internacional de Planificación Familiar en Singapur. Por primera vez en la historia de las conferencias asistían representantes de países de América Latina como Argentina, Chile, Honduras y Puerto Rico, por citar algunos ejemplos.

1965: Cabe señalar que la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) fue aceptada como miembro titular de la IPPF, Región del Hemisferio Occidental, a fines del año 1965. El 5 de Septiembre de ese año el Gobierno de Chile le otorgó la personería jurídica a la asociación a través del Decreto 2194. En tanto, ese mismo año se llevó a efecto la Segunda Conferencia Mundial sobre Población en Belgrado, Yugoslavia.

Noviembre de 1965: El Servicio Nacional de Salud adopta el primer acuerdo en torno a una política de planificación familiar. En la ocasión, se recomendó la incorporación de las actividades de planificación familiar dentro de las líneas de acción del PSMI, pues se señalaba la necesidad y obligación del Estado de realizar medidas de fomento y protección de la salud del conjunto de la población. Los acuerdos alcanzados fueron comunicados en el Oficio Circular número 988 del 14 de Enero de 1966

Abril 1966: El SNS, en una reunión de jefes zonales con el director general del servicio, anunció en Abril del año 1966 la integración de las políticas de planificación familiar en el PSMI.

1967: Durante el mes de Abril del año 1967 se realizó la Octava Conferencia Internacional de Planificación Familiar en Chile.

1968: Publicación de la Encíclica Papal *Humanae Vitae*, donde la Iglesia rechaza el uso de los métodos anticonceptivos artificiales. Gran controversia al interior de la Iglesia y en el mundo entero, donde Chile no es la excepción.

1969: Se crea el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA). Ese mismo año, el Instituto Torcuato Di Tella (ITDT), situado en San Miguel de Tucumán de Argentina, organizó un Simposio sobre políticas de población para Argentina, con el fin de proporcionar miradas y colaborar respecto a la redacción de una política demográfica para el país: la mayoría de las ponencias presentadas apuntaban a la defensa de la soberanía nacional y la promoción del desarrollo económico por lo cual era necesaria incentivar el crecimiento poblacional de los países.

1970: Se inauguró el proyecto de “Líderes de Paternidad Responsable”, organizado por Aprofa y el Gobierno de Allende.

1971: Las ideas en torno al programa de salud materno infantil de la Unidad Popular, fueron presentadas en un seminario para directores de planificación de la familia realizado en Bogotá, durante el mes de Mayo del año 1971, por el médico Sergio Infante. En la ocasión, Infante explicó que las políticas de planificación iban a estar insertas en el programa de bienestar familiar.

1972: Se realizó en Viña del Mar un seminario en torno a la Paternidad Responsable, organizado y patrocinado por Aprofa. Publicación del libro “Los límites al crecimiento”, publicación que da cuenta del resultado de la investigación encargada por el Club de Roma al Instituto Tecnológico de Massachussets (MIT) respecto al crecimiento poblacional

1973: Es derrocado el Gobierno de Allende por un Golpe Militar, encabezado por el General Augusto Pinochet. Se da inicio a 17 años de Dictadura Militar.

1974: La ONU lo establece como el año mundial de la población.

Bibliografía

Bibliografía Secundaria:

Libros:

- Bourdieu Pierre, La Distinción, Taurus, Madrid, 1988.
- Bourdieu, El Sentido Práctico, Taurus, Madrid, 1991.
- Botella José y Salustiano del Campo, La explosión demográfica y la regulación de la natalidad, Editorial Síntesis, Madrid, 1997.
- Canales Manuel (coordinador-editor), Metodologías de la Investigación Social: introducción a los oficios, Lom Ediciones, Santiago de Chile, 2006.
- Correa Sofía et al, Historia del Siglo XX Chileno: balance paradójico, Editorial Sudamericana, Santiago, 2001.
- Cosse Isabella, Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2010
- Cueto Marcos, Salud, cultura y sociedad en América Latina, IEP / Organización Panamericana de la Salud, Lima, 1996.
- Flick Uwe, Introducción a la Investigación Cualitativa, Morata, España, 2007.
- Hobsbawm Eric, Historia del Siglo XX, Editorial Crítica, Buenos Aires, 1998.
- McLaren Angus, Historia de los Anti-Conceptivos, Minerva Ediciones, Madrid, 1993.

- Pieper Jadwiga, The politics of motherhood: maternity and womens rights in twentieth-century Chile, Pittsburgh, University o Pittsburgh Press, 2009.
- Salazar Gabriel y Pinto Julio, Historia Contemporánea de Chile (Tomo IV): Hombría y Feminidad, Lom Ediciones, Santiago, 2002.
- Sotelo Ignacio, El Estado Social. Origen, desarrollo y declive, Editorial Trotta, Madrid, 2010.
- Strauss Anselm y Corbin Juliet, Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada, Editorial Universidad de Antioquía, Medellín, 2002.
- Taylor S.J y Bogdan R, Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados, Paidós, Buenos Aires, 1986.

Artículos

- Alvarado Nelly y Herrera Tania, “Políticas Públicas de Salud desarrolladas en Chile durante el último siglo” en Ansoleaga Elisa (investigadora responsable) Mujer, Trabajo, Maternidad y Salud: tensiones no resueltas del siglo XX y propuestas para el Bicentenario, Fondos de Investigación Bicentenario / Vicerrectoría Académica / Universidad Diego Portales, Santiago, 2011. Disponible en http://www.udp.cl/investigacion/repo_listado.asp

- Armus Diego, Historia/ Historia de la enfermedad/ Historia de la Salud Pública, Revista Chilena de Salud Pública, Revista Chilena de Salud Pública, Vol 16 (3): 264 -271, 2012

- Arvelo Leslie, “Maternidad, Paternidad y Género”, Revista Otras Miradas, Diciembre 2004, número / volumen 2, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela, páginas 92-98.

- Casas Lidia y Valenzuela Ester, “De la protección de la primera infancia a la protección de la familia” en Ansoleaga Elisa (investigadora responsable) Mujer, Trabajo, Maternidad y Salud: tensiones no resueltas del siglo XX y propuestas para el Bicentenario, Fondos de Investigación Bicentenario / Vicerrectoría Académica / Universidad Diego Portales, Santiago, 2011. Disponible en http://www.udp.cl/investigacion/repo_listado.asp

- Campo Peirano Andrea, “Una Historia Desconocida: Los albores remotos de una política de salud para regular la fecundidad en Chile 1915-1938” en María Soledad Zárata (Compiladora), Por la Salud del Cuerpo, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008.

- Galán Guillermo, “50 años de la Píldora Anticonceptiva en Chile”, Revista de Obstetricia y Ginecología- Hospital Santiago Oriente Doctor Luis Tisne Brousse, volumen 5, número 2, 2010.

- Donoso Enrique, “Descenso de la natalidad: un problema país”, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago, volumen 72, 2007, página 73-75.

- Errázuriz Ana María, “Análisis espacial de la natalidad en Chile 1952-1989” en Revista de Geografía Norte Grande, año 1992, número 19, páginas 15-21.

- Faúndes Latham Aníbal, Germán Rodríguez y Onofre Avendaño, “Efectos de un programa de planificación familiar sobre la fecundidad de una comunidad obrera marginal en Santiago” en Investigación operativa en planificación familiar, The Population Council, 1999.

- Felitti, Karina A, “La explosión demográfica y la planificación familiar en la segunda posguerra: consideraciones y propuestas del centro a la periferia”, *Revista Digital Escuela de Historia*, 2008, vol. 1, no 7, p. 7.

- Felitti, Karina, “Natalidad, soberanía y desarrollo: las medidas restrictivas a la planificación familiar en el tercer gobierno peronista (Argentina, 1973-1976)”, *Revista Estudios Feministas*, 2008, no 2, p. 517-537.

- Felitti, Karina A, “Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina”. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, 2009, no 35, p. 55-66.

- GALEANO, Diego; TROTTA, Lucía y SPINELLI, Hugo, “Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida” *Salud colectiva* [online]. 2011, vol.7, n.3 [citado 2012-08-30], pp. 285-315 . Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000400002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1851-8265.

- Giménez Gilberto, *La Sociología de Pierre Bourdieu*, Unam, Ciudad de México, 1997, p13.
Disponible en <http://www.culturayrs.org/drupal/files/BOURDIEU.pdf>

- Hernández José Gregorio, Herrera Larry et al, Seminario: Generación de Teoría Fundamentada, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad de Zulia, Puerto Ordaz, Venezuela, 2011.

- Ignaciuk Agata, “Anticoncepción y aborto: una propuesta de análisis desde los estudios de género”, Revista De Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. , Volumen 1, número 2, Diciembre 2009.

- Iriat Celia, Estrada Alfredo, Merhy Emerson Elías et al, “Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos”, Revista Panamericana de Salud, año 2002, disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf>

- Krause Mariane, “La Investigación Cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos”, Revista Temas de Educación número 7, 1995, páginas 19-39.

- Necochea Raúl, “19 parroquias: planificación familiar en el Perú, 1967-1976” en Cueto Marcos, Jorge Lossio y Carol Pasco, El Rastro de la Salud en el Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2009.

- Pieper Jadwiga, “Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile” en María Soledad Zárate (Compiladora), Por la salud de cuerpo, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008.

- Rojas Claudia, “Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático”, Revista Debate Feminista, Año 5, Volumen N° 10, Septiembre 1994.Disponible en el sitio web

http://www.debatefeminista.com/descargas.php?archivo=histor1201.pdf&id_articulo=1201

- Rojas, Claudia *Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile*, Estudios Avanzados, Chile, 2009.
- Szot Meza Jorge, Reseña de la Salud Materno- Infantil Chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000, Revista de Obstetricia y Ginecología, Santiago, volumen 67, pp. 129-135.
- Winter Jay, “La Familia europea y las dos guerras mundiales” en David I. Kertzer y Mario Barbagli (compiladores), *Historia de la familia europea*, Vol. 3, Barcelona, Paidós, 2004.
- Zárata Campos María Soledad, "Parto, crianza y pobreza en Chile" en Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri (editores), *Historia de la Vida Privada en Chile*, Taurus, Santiago de Chile, 2005.
- Zárata Campos María Soledad y Godoy Lorena, “Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)” en *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.131-151.

Tesis

- Araya Fuentes, “Epidemia de graves consecuencias: Debate médico social especializado sobre aborto provocado, en Santiago de Chile (1960-1970), Tesis para optar al Grado de Licenciada en Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile, 2011.

- Azocar Camila, *Aprofa y la Planificación Familiar en Chile durante la década de 1980*, Tesis para optar al Grado de Licenciada en Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile, 2012
- Lara Paula, “Usted y su esposo pueden tener los hijos que deseen”. Planificación Familiar en Chile 1965-1973, Tesis para optar al Grado de Licenciada en Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile, 2008.
- Merino Tania, “Aprofa: Programa de Planificación Familiar y Paternidad Responsable en Chile: 1965-1970”, Tesina de Grado para optar al Grado de Licenciado en Historia, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, 2011.

Fuentes Primarias:

Entrevistas

Beneficiarias

- Entrevista a Elvira, 65 años, realizada el 19 de Agosto 2012 en Rancagua.
- Entrevista a Emilse, 60 años, realizada el 22 de Junio 2012 en Providencia, Santiago.
- Entrevista a Karen, 72 años, llevada a cabo el 7 de Octubre 2012 en Rancagua.
- Entrevista a María, 81 años, efectuada el 23 de Mayo en Cerro Navia, Santiago.
- Entrevista a Paz, 76 años, realizada el 23 de Mayo 2012 en Cerro Navia, Santiago
- Entrevista a Lidia, 79 años, llevada a cabo el 7 de Octubre en Rancagua.

- Entrevista a Natalia, 68 años, efectuada el 24 de Septiembre 2012 en Maipú, Santiago.
- Entrevista a Beatriz, 65 años, efectuada el 21 de Septiembre en Maipú, Santiago.
- Entrevista a Dasmac, 69 años, realizada el 4 de Octubre 2012 en Paine, Región Metropolitana.
- Entrevista a Olga, 67 años, llevada a cabo el 27 de Septiembre 2012 en Maipú, Santiago.

Profesionales de la salud

- Entrevista a Ariadna, matrona, realizada el 30 de Octubre 2012 en Huechuraba, Santiago.
- Entrevista a Octavio, practicante médico, realizada el 27 de Junio 2012 en Rancagua.
- Entrevista a Elisa, matrona, realizada en el marco del Proyecto Fondecyt N° 1100977, 2010-2012, “Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil. Chile, 1952-1973”. (31 de Agosto, 2011, Santiago).
- Entrevista a Eugenio, realizada en el marco del Proyecto Fondecyt N° 1100977, 2010-2012, “Salud, Mujeres y Estado: transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil. Chile, 1952-1973”. (10. Noviembre.2010).

Libros

- Avendaño Onofre, “Desarrollo Histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el mundo”, Aprofa, Santiago, 1975.

- Octava Conferencia Internacional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Paternidad consciente: deber y derechos humanos, International Planned Parenthood Federation, Santiago, 1968.
- Pincus Gregory, El control de la fecundidad, Pax México, México, 1968.
- Romero Hernán, El Control de Natalidad, Editorial Universitaria, Santiago, 1964.
- Solari Canessa Guido, Los médicos y el control de la natalidad: encuesta sobre la opinión de ginecólogos y obstetras, Desal, Santiago, 1969.

Artículos

- Adriasola Guillermo, “Planificación Familiar” en Boletín del Comité Chileno de Protección de la Familia, boletín número 4, Abril 1966, Santiago, p 3.
- Cádiz Mamerto, Consideraciones sobre la higiene social, Revista Médica de Chile, v 49, número 4, 1929, pp. 265-282.
- Chaves Mario, “Necesidad de una conciencia sanitaria y preventiva en el profesional” en Bolos P, Volumen XLVIII, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 39, número 4, Abril 1961, pp. 303-315.
- Díaz Salvador, “Medicina Pública y Privada: las críticas al SNS”, Revista Cuadernos Médicos Sociales, volumen III, número 2, Septiembre 1962, pp. 5-9
- “Doctrina de Salud: pre-informe de la Comisión Central de Salud”, Comité Sectorial de Salud, Unidad Popular, reimpresso en Boletín APROFA, diciembre, 1970.

- “Editorial: La Educación Sanitaria como parte de un programa general de mejoramiento social” en Bolos P, Volumen XXX, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 30, número 6, Diciembre 1951, pp. 565-577.

- Gillon J.J, “La enseñanza de la medicina social”, Revista Cuadernos Médicos Sociales, volumen I, número 3, Octubre 1959, Santiago, pp. 30-32.

- González Julia, “Una obrera de la Planificación Familiar: Doctora Julia González”, Revista Paula, número 53, Santiago de Chile, Enero 1970.

- Herrera Moore Mario, “Aborto y Planificación Familiar”, Cuadernos Médicos Sociales, número 2, Volumen XIV, Junio 1973, pp. 9-19.

- Horwitz Abraham, “Programas de Salud como componentes del Desarrollo Económico en las Américas” en Bolos P, Volumen XLIX, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 39, número 5, Noviembre 1960, pp. 403-409.

- Horwitz Abraham, “Programas de salud como componentes del Desarrollo Económico en las Américas” en Bolos P, año 39, volumen XLIX, número 5, noviembre 1960, pp. 403-409.

- Horwitz Abraham, “Planificación del Desarrollo Económico y Social en la América Latina” en Bolos P, año 40, volumen LI, número 4, noviembre 1961, pp. 379-386

- Horwitz Abraham, “El Desarrollo Económico y el Bienestar Social” en Bolos P, año 40, volumen LI, número 4, noviembre 1961, pp. 387-389.

- Hueso Arnuljo, “La Explosión Demográfica y el Control de Natalidad: La Planificación Familiar como solución científica del problema”, Revista Médica de Honduras, volumen 39, 1971

- Jiménez Pinochet Oscar, “¿Cuáles son los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud?”, Volumen III, número 2, Septiembre 1962, Santiago, pp. 5-9

- Mena Patricio, “Análisis Crítico de la Anticoncepción Moderna en Chile”, Cuadernos Médicos Sociales, Volumen XVIII, número 4, Diciembre 1977, pp. 20-33

- Puga Juan, “Enfrentamiento de la Obstetricia a la Revolución Demográfica”, Revista Médica de Chile, número 11, Noviembre 1966, año 94, pp. 722-727.

- Redacción Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, “Información General: Organización Panamericana de la Salud.” En Bolos P, Año 40, Volumen 1 L1, número 1, julio 1961, pp. 166-174.

- Tabah León y Raúl Samuel, "Encuesta de fecundidad y de actitudes relativas a la formación de la familia: resultados preliminares", Cuadernos Médicos Sociales, Volumen V, número 2, Diciembre de 1961, p 20.

- Thonet Carlos, “Observaciones sobre la personalidad de la madre”, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Volumen XXXV, año 1970, número 3, pp. 89-95.

- Winslow C EA, “El Costo de la Enfermedad y el Precio de la Salud” en Winslow Cea. Publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington DC. Citado en Bolos P, año 32, volumen XXXIV, número 4, abril 1953, pp. 399-401.

-Zañartu Juan, “El Control de la Natalidad y su impacto en la familia” en Revista Médica de Chile, número 12, Diciembre 1965, año 93, pp. 787-792.