

Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile

Claudia Fedora Rojas Mira
Universidad de Santiago de Chile

RESUMEN. Este trabajo se refiere a los factores externos e internos que participaron en la implementación de la política de planificación familiar en Chile, en el contexto de la Guerra Fría y sobre todo de la Alianza para el Progreso. Se pone énfasis en el lapso 1964-1973, pero también en sus antecedentes y en los actores fundamentales del fenómeno, tales como el sector salud, las mujeres, el gobierno, los partidos políticos y la Iglesia Católica.

PALABRAS CLAVE. Planificación familiar, sector salud, mujeres.

ABSTRACT. The following study embodies the local and foreign factors involved in the enforcement of family planning policies in Chile, within the context of the Cold War and, above all, as according to the Alliance for Progress. Main focus is placed on the period of 1964-1973, but also in the main stakeholders and precedents of this phenomenon; the health sector; the partaking of women and of the ruling government, political parties and the Catholic Church.

KEYWORDS. Family planning policies, health sector, women.

La Alianza para el Progreso fue concebida por el gobierno de los Estados Unidos como un plan cooperativo de diez años, entre éste y los gobiernos latinoamericanos democráticos, con el fin de brindar apoyo económico y técnico hacia los países de América Latina. En los documentos públicos de la época, revisados hasta ahora, acerca de la Alianza para el Progreso, entiéndase fuentes primarias, poco y nada se dice acerca del crecimiento de la población y el desarrollo económico, menos aún sobre políticas demográficas, control de la natalidad o planificación familiar vinculadas a los países latinoamericanos. Sin embargo, las fuentes secundarias y la bibliografía al respecto reportan el interés del gobierno de los Estados Unidos y de agencias y fundaciones norteamericanas por el tema del crecimiento de la población.

A continuación revisaremos el caso de Chile, es decir, la implementación de una política de planificación familiar, en el contexto de la Alianza Para el Progreso. Consideramos que sí hubo coincidencia entre factores externos y elementos internos que coadyuvaron a su ejecución.

El control de la natalidad y, después, la planificación familiar tuvieron sus raíces en el siglo XVIII, cuando Malthus postuló su teoría de que los alimentos crecerían en progresión aritmética y la población en progresión geométrica, lo cual llevó a los países industrializados a preocuparse de la llamada «explosión demográfica». En este ámbito, también se construyeron dos visiones contrapuestas del tema: por una parte, los opositores a las políticas de control de la natalidad postulaban que la manera de equilibrar el crecimiento de la población era a través de:

un proceso armónico y acelerado de desarrollo económico y social que elevara los niveles de vida de las grandes masas de la población y redujera las distancias sociales (...) En definitiva es el sistema económico el que genera la pobreza y por eso se mantienen los niveles de fecundidad y la población crece; y no al revés: que porque la población crece la gente es pobre (De Barbieri, 1983: 295).

Por otra, los defensores del control de la natalidad reivindicaban que:

la reducción del crecimiento poblacional permitiría incrementar la inversión en los sectores productivos de la economía y desviar el financiamiento de los servicios demandados por sectores de población cada vez más numerosos en educación, salud, infraestructura básica, vivienda, etcétera... (De Barbieri, 1983: 295).

Tales visiones fueron sustentadas, respectivamente, por economistas marxistas y economistas clásicos de la teoría del desarrollo, tales como Rostow. Estas mismas visiones se pusieron en juego y se enfrentaron en el contexto político e ideológico de la Guerra Fría.

Ya en los años treinta del siglo pasado, el planteamiento antinatalista ganó apoyo en la opinión pública norteamericana, lo que derivó en la constitución de la Birth Control Federation of America en 1939, que en 1942 cambió su nombre por el de Planned Parenthood Federation of America, IPPF, la cual propagó controles de la natalidad con el ideal protestante y liberal de la familia planificada. Después de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), la política de control de la natalidad se convirtió en parte central de la política de seguridad de los intereses norteamericanos. Hacia fines de los años cincuenta, el gobierno norteamericano y las agencias mundiales de financiamiento instaron a los países de África, Asia y América Latina a tomar medidas de control del crecimiento de la población (Ravenholt, 1968: 561-73).

En 1965, una Oficina de Población fue formalmente establecida como parte de la Alianza para el Progreso y fue considerada como la principal innovación en materia de asistencia extranjera. Teodoro Moscoso, director de la Alianza, había estado involucrado profundamente en la planificación de la población de Puerto Rico en los años cincuenta. Moscoso nombró a Edgard Berman para encabezar la nueva Oficina de Población y desarrollar estrategias con el propósito de convencer a otros gobiernos latinoamericanos para adoptar políticas de control de la población. La experiencia de Moscoso y el éxito del experimento en Puerto Rico, pudo persuadir a la Comisión de Relaciones Exteriores del Senado de los Estados Unidos y así sancionar la primera subvención del Departamento de Estado en Latinoamérica, dirigida a la Organización Panamericana de Salud (OPS) y al CELADE, centro de investigación demográfica patrocinado por las Naciones Unidas con sede en Chile, con fondos de las fundaciones Rockefeller y Ford, así como la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) (Ravenholt, 1968: 568).

Finalizando la década del sesenta, en 1969, se fundó la United Nations Fund for Population Activities (UNFPA) y la ONU declaró al año 1974 el año demográfico mundial.

Estas iniciativas y muchas otras, que no son posibles de mencionar ahora, tuvieron su impacto en Chile, donde en mayo de 1962 y por iniciativa de un grupo de médicos, se fundó la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa), afiliada a la IPPF, institución privada y con personalidad jurídica que impulsó y apoyó al Ministerio de Salud para que se implantaran los programas de planificación familiar a partir de la década de los sesenta (Viel, 1967: 284-91).

Recapitulando, las motivaciones externas por las cuales se materializó la planificación familiar en Chile, fueron: el esfuerzo conjunto de federaciones de grandes industriales norteamericanos —Rockefeller, Ford—; la presión de organismos internacionales como la IPPF y del gobierno de Estados Unidos, que estableció programas de desarrollo para la pacificación de América Latina, como la Alianza para el Progreso, un gran programa de ayuda para todos los países latinoamericanos con excepción de Cuba. Dicha alianza adoptó en los hechos una política de población que aseguraba los intereses norteamericanos en la región. El Departamento de Estado señaló a Chile como uno de los países que debía ser cabeza en el desarrollo de la anticoncepción. Los niveles que había alcanzado en medicina, y particularmente en medicina pública, eran superiores a los de otros países de América Latina.

Si bien estos factores fueron fundamentales en la implantación de una política pública de planificación familiar en Chile, no fueron exclusivos. Hubo otros de carácter interno, que facilitaron dicha influencia foránea, que pueden ser vistos dentro del llamado proceso de modernización que trajo consigo el desarrollo de la educación, de la prensa, la difusión de la radio y la televisión. Con todos estos factores contaba Chile al implementarse dicha

política. De igual manera, fue esencial el grado de desarrollo alcanzado por la medicina pública y sobre todo por un grupo de médicos formados en la Universidad de Chile y en los hospitales estatales, como, por ejemplo, el Hospital Barros Luco y el Hospital José Joaquín Aguirre, quienes alarmados por la epidemia de abortos comenzaron primero, en forma aislada y parcial, a entregar anticonceptivos como un medio para disminuir el número de embarazos no deseados que desembocaban en abortos inducidos. En los años cincuenta, más de 30.000 abortos fueron registrados anualmente sólo en los hospitales, pero las reales cifras de embarazos interrumpidos por aborto fueron mayores. Estudios especiales mostraron que la gran mayoría de estos abortos fueron inducidos (Cabello, 1956: 245). El Population Council estimaba, en un estudio de 1966, que en Chile ocurría un aborto por cada dos nacimientos y que dos tercios de los aproximadamente 130.000 abortos realizados cada año eran inducidos (Ross, 1966: 3). Por su parte, el doctor Benjamín Viel en un trabajo de 1967 reportaba, con base en encuestas realizadas entre diversos grupos sociales en varias ciudades de Chile, que por cada aborto hospitalizado había dos no hospitalizados y los casos hospitalizados eran, principalmente, aquellos con complicaciones. Asimismo, afirmaba que los casos de morbilidad asociados con abortos inducidos ocuparon un tercio de las camas en los pabellones de maternidad de los hospitales estatales y representaron casi el 50% de la mortalidad materna. En 1960, los abortos ilegales costaban al Servicio Nacional de Salud sobre un millón de dólares. Según el doctor Viel, el aborto inducido ilegalmente¹ era el método prevaleciente de control de la natalidad en Chile (Viel, 1967: 286-7).

Probablemente, el inicio de la política de planificación familiar estuvo marcado por esta necesidad imperiosa; más tarde también se planteó reducir la multiparidad y fomentar el espaciamiento de los hijos, por razones de carácter económico, para disminuir el número de pobres y de niños abandonados. En aquella época no fue explicitado el deseo de liberar a las mujeres de la carga que significaba la crianza de un gran número de niños para que éstas pudieran desarrollarse como personas.

El comienzo de la planificación familiar no se dio en el vacío sino que en contextos políticos bien definidos donde la correlación de fuerzas fue positiva para la implantación de dicho programa. Seguiremos sus principales rasgos a través de los dos gobiernos democráticos en los cuales se desarrolló y mantuvo con sus principios iniciales. Presentaremos sus antecedentes, sin los cuales es imposible comprender su evolución posterior.

1. En Chile, entre los años 1930 y 1989 se autorizó la interrupción del embarazo con fines terapéuticos. El artículo 119 del Código Sanitario permitía el aborto para resguardar la vida, la integridad y la salud de la madre, y exigía para ello la opinión documentada de dos médicos cirujanos. Esta excepción fue eliminada por la Ley 18.826 del 15 de septiembre de 1989 (Pozo, 1991: 31-2).

Antecedentes de la política de planificación familiar: periodo (1935-1964)

A partir de 1930, Chile vivió un proceso acelerado de industrialización (sustitución de importaciones) y urbanización, que trajo consigo el crecimiento de las ciudades y de los sectores populares y medios, los cuales iban en ascenso. Estos sectores expresaron sus demandas a través de movilizaciones sociales y de su participación en los partidos políticos laicos. Con ellos se abrió la posibilidad de expresión política a los asalariados (empleados y obreros) y también a las mujeres, quienes plantearon sus demandas de educación, salud y vivienda.

Hay que considerar que, a comienzos de siglo xx, se había conformado un movimiento de mujeres que participaban en diversas organizaciones con el fin de exigir mejoras en su situación y conseguir el derecho a voto (Gaviola y otros, 1986). Una de las organizaciones más importantes, el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (Memch), se fundó en 1935 y desde sus inicios participó activamente en la campaña electoral del Frente Popular.² El Memch estuvo unido a las demandas del momento a través de su preocupación por las mujeres; le inquietaba la salud, la educación y en general las condiciones de vida de las mujeres más desfavorecidas de la sociedad, las de sectores obreros.

En octubre de 1938 fue elegido Pedro Aguirre Cerda (1938-1941),³ quien comenzó con su gobierno una etapa de mayor intervención del Estado en los asuntos públicos. Así, la educación y la salud pasaron a ser un tema importante.

Fue el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (Memch) la primera institución en Chile que rompió el silencio hipócrita, al poner en el tapete de la discusión temas como el aborto y la anticoncepción. Al fundarse en 1935, en su seno se discutía acerca de cuáles eran los problemas fundamentales que afectaban a las mujeres; entre ellos estuvo el aborto y los repetidos embarazos. Estos asuntos fueron, entonces, incluidos en sus estatutos cuando el Memch estableció que lucharía por la emancipación jurídica, social y biológica de las mujeres (Vergara, 1961).

Las *memchistas* no se quedaron en el discurso y, a poco andar, enviaron una carta al Director de Sanidad a fin de proteger la salud de la madre, y del hijo, de los continuos embarazos que originaban niños débiles e inmaduros. Le solicitó que organizara en consultorios y hospitales una oficina que diese instrucciones sobre el control de la natalidad. Solicitaban también que, en vista de los daños provocados por el aborto realizado por personas inexpertas,

2. Alianza de centro-izquierda fundada en mayo de 1936, que congregó a los partidos Radical, Comunista, Socialista, Democrático y Radical Socialista, además de la Confederación de Trabajadores de Chile (CTCH) para llevar a la Presidencia de la República al militante radical Pedro Aguirre Cerda.

3. Falleció el 25 de noviembre de 1941.

se permitiera, en algunos casos —cuando se establecía que era necesario por razones de salud o por causas económicas—, su práctica por parte de médicos idóneos y en los hospitales. Esta carta, enviada en octubre de 1935 nunca fue respondida, pero las integrantes del movimiento siguieron adelante.⁴ Fueron escuchadas por una convención médica realizada en Valparaíso en 1936, en la que se postuló que el excesivo porcentaje de muertes y enfermedades producidas por abortos clandestinos, hechos por matronas inexpertas, planteaba la necesidad de legislar en este sentido y de establecer el aborto legal; o sea, la atención gratuita de las mujeres que desearan interrumpir el embarazo ya fuere por enfermedad, miseria o excesiva familia. Y para evitar los males del aborto, acordaron pedir la difusión de los preservativos anticoncepcionales. Tal convención, que recibió críticas negativas de variados sectores nacionales, contó, sin embargo, con el apoyo del Memch, que sostuvo que:

La sociedad no le puede pedir a la mujer el tributo de los hijos si no le proporciona los medios para alimentarlos —y agregaban—: así, mientras no lleguen días mejores en que se le pueda proporcionar a la madre obrera todos los cuidados dignos (...) mientras no se le asegure el pan, el techo, y el abrigo para ella y su hijo, mientras la maternidad constituya una maldición para la mujer y para la sociedad, un desfile de pequeñas criaturas desde el vientre materno al cementerio, nosotras vamos a propiciar el aborto legal y vamos a secundar ampliamente la labor de los médicos en tal sentido.⁵

Estaban muy lejos de lo que por aquel entonces pensaba la Iglesia Católica: «gran defensora de la vida» y «extremadamente preocupada por el feto», pero no así de las miles de mujeres que morían por abortos autoprovocados, ni de los niños que sufrían tuberculosis, raquitismo, trastornos nutricionales y todas las enfermedades parasitarias conocidas hasta entonces. En 1937, con motivo del Primer Congreso Nacional del Memch, se insistió sobre el problema denominado «la maternidad obligada y sus consecuencias para la salud de la mujer y del niño», y se concluyó que el Memch emprendería campañas por la creación de cursos de educación sexual, especialmente de higiene sexual en todos los sectores, de preferencia en los obreros, a cargo de médicos competentes. Además, el Memch se manifestó a favor de la amplia divulgación de los métodos anticonceptivos y la reglamentación del aborto.⁶

Con anterioridad a 1937, el Memch había enviado a las centrales sindicales una nota donde planteaba la necesidad de realizar un congreso de mujeres trabajadoras, con el objeto de lograr que se extendieran los beneficios de

4. Entrevista a Elena Caffarena.

5. *La Mujer Nueva*, boletín del Memch, febrero de 1936, año I, núm 4, Santiago de Chile.

6. Conclusiones del Primer Congreso Nacional del Memch, octubre-noviembre de 1937. Documento archivado en la biblioteca privada de Elena Caffarena.

maternidad a todas las mujeres que laboraban. En dicha carta se proponía además que fuera la Caja de Seguro Obrero y demás cajas de previsión las que pagaran a la mujer embarazada su salario íntegro durante el periodo anterior y posterior al parto, indemnizándose las cajas con un impuesto al patrón por cada uno de los trabajadores de su establecimiento. Planteaba, también, ampliar el fuero maternal (la mujer trabajadora que había parido no podía ser despedida de su puesto de trabajo por el lapso de un año) y el pago del permiso pre y posnatal a las empleadas domésticas y de hospitales, trabajadoras a domicilio y trabajadoras agrícolas, ya que hasta entonces dicho fuero sólo lo poseían las mujeres obreras y empleadas de la industria. En iguales condiciones se encontraban las disposiciones sobre salas-cuna y el derecho a dos periodos destinados a amamantar al hijo(a) en el mismo lugar de trabajo; estaban excluidas de estos beneficios las profesoras y empleadas de la administración pública. Por todo ello, las memchistas instaban a las trabajadoras a participar en un congreso que les permitiera familiarizarse, al menos, con las leyes relacionadas con el trabajo que ellas efectuaban.⁷ Tales temas volvieron a tratarse como primer punto en el congreso del Memch.

Por otra parte, en 1961, la FIPF había solicitado al Servicio Nacional de Salud de Chile información acerca de actividades de regulación de la natalidad. De este informe —del SNS— se desprendió que a partir de la década del treinta, específicamente en 1938, por iniciativa personal, la doctora Amalia Ernst, de la Clínica Universitaria de Ginecología del Hospital J.J. Aguirre, estaba recomendando diafragmas vaginales a pacientes seleccionadas (Romero, 1977) y que la doctora María Figueroa, aparte de dar educación sexual, recomendaba el mismo método en consultorios maternos de la ex Dirección de Protección de la Infancia (Protinfa) (Avendaño, 1975: 10).

La restringida acción médica continuó y entre 1946 y 1953 funcionó un pequeño centro anticonceptivo en la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, en donde el doctor Onofre Avendaño proporcionó prescripciones para el control de la fecundidad. Otro servicio importante fue el del profesor Puga del Hospital J. J. Aguirre, junto al doctor Zañartu, Gómez Roger y otros, quienes desarrollaron, especialmente, los anticonceptivos hormonales (Avendaño, 1975: 10-1). A partir de 1959, los doctores Jaime Zipper y Hernán Sanhueza reeditaron el anillo de Graefenberg, bajo la forma de un aro de nylon.⁸ Además, se reconoció que aproximadamente entre 1930 y 1950 muchos médicos en forma privada recomendaban métodos anticonceptivos a sus pacientes.

Entre 1920 y 1960 la labor de los ginecólogos fue muy dura debido a la gran cantidad de prejuicios y temores que pesaban sobre la sociedad. La doc-

7. *La Mujer Nueva*, año I, núm. 16, mayo de 1936, Santiago de Chile.

8. Ese mismo año, el doctor Jaime Zipper asistió a la Primera Conferencia Internacional de Anticoncepción Intrauterina en Nueva York (Avendaño, 1975).

tora Juana Díaz Muñoz, directora del Centro contra el Cáncer de la Mujer, que desde 1956 funcionaba en el Hospital San Borja, y una de las gestoras de la llegada de los primeros anticonceptivos a Chile, relató que entre 1920 y 1930:

las mujeres que iban a hacerse exámenes ginecológicos usaban unos calzones especiales con una ranura para mostrar nada más la parte pertinente. Costaba un mundo desnudar a las mujeres, de cualquier clase social que fueran. Además las mujeres preferían consultar con los ginecólogos varones, pues no tenían confianza en las profesionales de su mismo sexo (...) —por otra parte— se mentía siempre en lo sexual. Nunca iban por su propia voluntad al acto y a veces creían que estaban menopáusicas cuando en realidad estaban embarazadas.⁹

Protagonistas del movimiento feminista de la primera mitad del siglo pasado opinaron que en su época no había un control eficiente de la natalidad y que allí residía un gran problema, especialmente para las mujeres de estratos socioeconómicos bajos que, de acuerdo con sus patrones culturales, se llenaban de hijos o recurrían con mucho sentimiento de culpa al aborto, porque sentían que estaban ofendiendo a Dios.¹⁰

A juicio de los médicos, el aborto inducido fue practicado hasta 1968, por al menos un tercio de la población femenil, con altos índices de mortalidad materna, por lo que llegó a tener un carácter epidemiológico. Con posterioridad a la aparición de métodos anticonceptivos orales y pese al mayor grado de desarrollo, se siguió practicando; y si las tasas de fecundidad bajaron fue, en gran medida, a expensas del aborto. Era difícil desarraigarse en tan breve lapso y sin una adecuada política de educación sexual, una práctica a la que habían recurrido por años las mujeres de todos los estratos sociales y muy especialmente las de sectores medios bajos (Weisner, 1982).

Había un número importante de médicos dispuestos a iniciar en forma más amplia y permanente la planificación familiar; sin embargo, el impulso que faltaba vino desde fuera. En 1962 visitó Chile la doctora Ofelia Mendoza, Directora Técnica de la FIFE, quien impactó fuertemente a la Agrupación Médica Femenina. Esta última promovió la discusión pública sobre regulación de la natalidad, con lo cual propició que el doctor Gustavo Fricke invitara a profesionales de las universidades de Chile y Católica para crear un comité asesor de la Dirección General del SNS, destinado a organizar la prevención del aborto inducido, que estaba convirtiéndose en epidemia en el país. Fricke pensó que las mujeres que no deseaban embarazarse y que tenían relaciones sexuales, debían tener derecho a protegerse para evitar dos grandes

9. Revista *Eva* N° 997, 8 de mayo 1964, p. 20 y «Medio siglo de medicina y feminismo», Revista *Paula* N° 83, marzo de 1971.

10. Entrevistas realizadas a Elena Caffarena y Olga Poblete.

males: el aborto y los hijos no deseados. Estimó también que la penalización del aborto era inaplicable, pues en 1964 se hospitalizaron 70.000 mujeres por aborto infectado, sin que existiera cárcel alguna que pudiera albergarlas a todas. Por ello planteó que la actitud no debía ser punitiva sino preventiva, y sugirió que si eran evitados los embarazos no deseados no habría deseo de provocarse un aborto (Aprofa, 1987: 4). Durante la presidencia de la doctora Luisa Pfau se constituyó el Comité de Protección de la Familia, que luchó por reducir las tasas de natalidad y de mortalidad materna. Desde su fundación, contó con el apoyo y financiamiento de la IPPF —institución de la que es filial— y con las donaciones de diversas instituciones y personas, y dirigió sus esfuerzos hacia las áreas de extrema pobreza, atendiendo gratuitamente a la población femenina a través del SNS (Avendaño, 1975: 11).

A fines de 1965, el gobierno de Eduardo Frei otorgó personalidad jurídica al Comité, que pasó a llamarse Asociación Chilena de Protección de la Familia. Por parte del gobierno demócratacristiano ya se evidenciaba interés en que el Estado, a través del SNS, asumiera la responsabilidad de la planificación familiar a nivel nacional y fueran creados programas para ello. Consecuente con esto, el nuevo Director General de Salud designado por el presidente Frei, doctor Francisco Mardones Restat, expresó:

El SNS no podía por más tiempo eludir una definición de sus acciones frente al problema del aborto y del crecimiento de la población; que contaba con el respaldo del Ministerio de Salud y con la ayuda de asesores técnicos en el Ministerio y en el Servicio para iniciar ciertas acciones de regulación de fertilidad y que era conveniente precisar las formas de cooperación con entidades privadas (Avendaño, 1975: 19).

Finalmente, a modo de síntesis de esta primera etapa, las actividades anti-conceptivas en Chile se reconocieron a partir de la década de 1930, pero sólo comenzaron a sistematizarse en 1962. Tuvieron carácter privado y extensión local y fueron promovidas por un grupo de profesionales dedicados a la procreación humana, en instalaciones del SNS. Si bien el Ministerio de Salud no se pronunció en ese entonces sobre estas actividades, las observó y las toleró, pero no fueron incluidas en los programas de salud.

Durante este periodo se realizaron diversos proyectos de investigación en este campo, entre los cuales cabe destacar los trabajos de Tegualda Monreal, R. Armijo y sus colaboradores (Avendaño, 1975: 23). Bajo el alero del Director de Salud, Gustavo Fricke, se creó el Comité Chileno de Protección de la Familia, al cual se incorporaron, con carácter privado, profesionales de la salud que establecieron relaciones con la FIPF, con el fin de combatir la alta tasa de hospitalizaciones y muertes por aborto. Múltiples acciones de difusión y educación fueron emprendidas en esta etapa: foros, publicaciones, seminarios, cursillos, que se publicitaron a través de la prensa, la radio y la televisión.

Otro ejemplo fue el de la película *Aborto*, realizada con el apoyo de la Aprofá, de la Cátedra de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Chile y del cine experimental de la misma. Además de ser exhibida en Chile, fue distribuida en el resto de América Latina (Avendaño, 1975: 23).

Todas estas iniciativas generaron un ambiente positivo en la opinión pública, incluso en sectores católicos que vieron con buenos ojos la decisión del Ministerio de Salud de hacerse responsable de los programas de planificación familiar a través del SNS. Probablemente algunos católicos adoptaron la planificación familiar y otros la toleraron por considerarla un mal menor frente al problema del aborto (Hume, 1993: 23, 24, 25 y 38). En ese lapso había conciencia sobre la realidad de las mujeres que abortaban, tanto por la cantidad como por las condiciones en que eran realizados los legrados.

La política de planificación familiar en el gobierno del Partido Demócrata Cristiano: 1964-1970

Coincidió con el advenimiento del gobierno demócratacristiano y su «revolución en libertad», que impulsó y facilitó varias reformas (universitaria, agraria, leyes de promoción popular, chilenización del cobre) dentro de un proyecto de desarrollo global. Con ese sentido fue aceptada la introducción de métodos anticonceptivos, aunque sin que apareciera directamente el apoyo oficial, debido principalmente a la influencia de la Iglesia Católica y a las reservas que pudiera poner la oposición al gobierno (en el sentido de que éste estuviera propiciando políticas de control natal, pues, el sólo concepto de «control» producía rechazo y desconfianza).

Esta iniciativa fue contemplada por la Alianza para el Progreso que, así como apoyó la reforma agraria, incentivó también los programas de planificación familiar.

En 1965, el SNS adoptó el primer acuerdo sobre política de regulación de natalidad (Avendaño, 1975: 27). Los programas de planificación familiar por parte del SNS constituyeron un beneficio para la población y se realizaron, desde entonces, sistemáticamente en sus dependencias. La responsabilidad, tanto en la aplicación como en la eficacia técnica de los métodos, recayó exclusivamente en dicho organismo estatal. El gobierno de entonces consideró que el SNS tenía la misión ineludible de asumir la ejecución de tales acciones como una forma de proteger a la población femenina de cualquier tipo de acciones inescrupulosas. Esta posición adoptada por el SNS, hacia fines de 1965, marcó un hito en la historia de la planificación familiar pues fue el inicio de una política de carácter público.¹¹ Se integraron las actividades de

11. «En una reunión de jefes zonales, en abril de 1966, el Director General de Salud, doctor Francisco Mardones, formuló el anuncio oficial, oficio circular N° 988 de fecha 14 de enero de 1966, acordado el 8 de noviembre de 1965» (Avendaño, 1975: 35).

regulación de la natalidad dentro de los programas de salud materno-infantil, con los propósitos de:

reducir la mortalidad materna, condicionada por el aborto inducido, reducir la mortalidad infantil determinada por el deterioro del nivel de vida, promover el bienestar de la familia y favorecer la paternidad responsable (Avendaño, 1975: 25).

Se pretendió cubrir:

el 100% de las mujeres atendidas por aborto en los servicios hospitalarios, el 40% de las mujeres atendidas por partos, otorgar asistencia preferente a las grandes multíparas con problemas socioeconómicos y patologías graves (tuberculosis, cardiopatías, nefropatías, etcétera), y al 10% de las mujeres en edad fértil que se controlan en consultorios, todas ellas en forma urgente y prioritaria (Avendaño, 1975: 64).

Al menos en los gobiernos demócratacristiano y de la Unidad Popular, se mantuvo lo esencial de dicho acuerdo, es decir, la responsabilidad del Estado en la salud de la población femenina y en la planificación familiar. Ya por esos años, Chile se distinguía por su posición de avanzada en el movimiento mundial de regulación de la fecundidad y así lo demostró entre diciembre de 1965 y principios de 1966, al provocar una expansión pública del tema a través de diversas acciones que se informaron por los medios de comunicación.¹² Fue el inicio de una época de numerosos e interesantes acontecimientos relacionados con la regulación de la fecundidad.

Otro hito en la historia de la planificación familiar en Chile fue la realización, en Santiago, en abril de 1967, de la Octava Conferencia Internacional de la FIPF patrocinada por Aprofa, la Universidad de Chile, el Colegio Médico y el SNS. Lo más destacable de esta conferencia fue el compromiso asumido por el gobierno demócratacristiano. La sesión inaugural contó con un discurso de apertura del doctor R. Valdivieso, Ministro de Salud Pública, y las intervenciones del señor M. Fernández, Alcalde de Santiago, y del Presidente de la República, Eduardo Frei, quien expresó:

Yo quisiera manifestarles el profundo interés con que el Gobierno se-

12. Conferencia en la Biblioteca Nacional por el doctor Benjamín Viel; disertación del doctor Onofre Avendaño a la Sociedad Médica de Ñuble y Hospital Regional de Chillán; conferencia de prensa del director general de salud, doctor Francisco Mardones, para explicar los métodos de regulación de la natalidad; escuelas de verano en las Universidades de Chile y Santa María de Valparaíso; conferencia del doctor Hernán Romero en la Universidad de Concepción. Además, hubo programas, foros y polémicas en las radios Magallanes, Cooperativa Vitalicia y Diego Portales (Avendaño, 1975: 35).

guirá 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... (Avendaño, 1975: 50-1).

A fines de 1968, en una conferencia internacional convocada por la ONU, en Teherán (Irán), con motivo de celebrar los veinte años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reiteró:

que la pareja humana posee el derecho básico de decidir en forma libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y el derecho de obtener información y educación adecuada sobre este problema (Avendaño, 1975: 68).

Dicha conferencia fue importante puesto que se analizó la situación de las mujeres y se discutió sobre el derecho que éstas tenían de reducir el número de hijos, con el fin de no constituir un obstáculo para su desarrollo y, dentro de este contexto, del papel fundamental que le cabía a la planificación familiar.

Por otra parte, durante este periodo hubo una estrecha relación entre el SNS y la Aprofa, que fue uno de los pilares con que contó el Servicio. Otorgó medios técnicos y financiamiento para apoyar diversas iniciativas; realizando también una vasta labor en forma independiente.¹³ La Aprofa estuvo dirigida por un brillante grupo de médicos chilenos de reconocida trayectoria, que formaban parte del SNS. En marzo de 1964, comenzó un amplio programa de acción que cubrió el área urbana de Santiago y hacia fines de 1965 se extendió a algunas ciudades en provincia (Viel, 1967: 287-8).

A fines de la década de 1960, fue firmado un convenio entre el gobierno norteamericano (a través de la AID) y el gobierno de Chile (por medio del SNS) para construir, en el terreno del Hospital Barros Luco, un gran recinto que daría albergue a las actividades del Programa Latinoamericano de Adiestramiento en Planificación Familiar. Su objetivo era servir como medio de extensión y crecimiento del programa de planificación familiar en Chile, iniciado en 1965. El gobierno decidió financiar la construcción y, en marzo de 1970, la obra estaba concluida y proporcionaba atención prenatal, ginecológica, posnatal y regulación de la natalidad, es decir, un servicio de atención integral para las mujeres (Avendaño, 1975: 71-2).

Pese a que, teóricamente, se planteó una atención integral, es preciso clarificar que, hasta 1970, los programas de planificación familiar financiados en

13. «Patrocino y organizó con la ayuda del *Population Reference Bureau*, un seminario nacional para dirigentes sindicales, sobre regulación de la natalidad, que se efectuó en Jahuel en agosto de 1969» (Avendaño, 1975: 71).

su mayor parte por fundaciones norteamericanas, organizaciones financieras y agencias internacionales, que habían establecido convenios con algunos centros de salud del SNS, entregaban de un modo privilegiado recursos a aquellos hospitales y servicios públicos, en general muy pobres, donde se promovía la anticoncepción. Por lo tanto, dichos centros fueron provistos de equipo e instrumental moderno (espéculos limpios), matronas y médicos bien pagados (aparte del sueldo médico se otorgaba una bonificación por cada anticonceptivo que recetaban). En un servicio de salud que tenía un régimen de recursos materiales y humanos global, todo esto generó una distorsión, puesto que en los mismos recintos donde se daba una excelente atención anticonceptiva, se otorgaba una deficiente atención al embarazo, con médicos mal pagados, sin suficientes sabanillas, con escasas horas asignadas a las matronas, etcétera. Es decir, hubo un gran apoyo a todas las actividades relativas a la anticoncepción, pero no hubo una atención integral eficiente a las mujeres.¹⁴

En resumen, el Comité cambió su nombre por el de Asociación y obtuvo personalidad jurídica. Por otra parte, el Estado adoptó la regulación de la fecundidad; la incorporó al programa de atención materna, fiscalizando todas estas acciones a través del SNS, el cual benefició a un gran número de mujeres que se atendían en los consultorios y unidades de ginecología y obstetricia. Se planteó regular la natalidad dentro de un programa global de atención a la madre, sin embargo, uno de sus principales logros fue la distribución masiva de anticonceptivos.

También fue realizada una amplia campaña de educación y difusión sobre el tema de la anticoncepción y se inició un extenso programa de adiestramiento para médicos, matronas, enfermeras y otros profesionales afines, que no sólo benefició al personal chileno, sino que también se extendió, a través de un sistema de becas, a otras naciones latinoamericanas.

La política de planificación familiar en el gobierno de la Unidad Popular: 1970-1973

Casi recién inaugurado el gobierno de la Unidad Popular (UP), el nuevo Director de Salud, doctor Sergio Infante, en un seminario para los directores de programas en planificación familiar al cual asistió en calidad de invitado (Bogotá, Colombia), en mayo de 1971, presentó las bases de la política de salud materno-infantil del gobierno. Dicho encuentro fue patrocinado por la FIPF la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana y la Universidad de Chicago (Avendaño, 1975: 72).

Dentro de las primeras medidas en materia de salud materno-infantil el

14. Entrevista a Carlos Molina.

gobierno de la Unidad Popular introdujo, en relación con las mujeres, la frase «atención integral» para referirse a la atención ginecológica de las mujeres durante su edad fértil, desde la adolescencia hasta los 45 años, incluyendo planificación familiar, control del embarazo, parto, puerperio, prevención del cáncer y problemas de esterilidad (Avendaño, 1975: 73). La pretensión fue terminar con programas privilegiados de planificación familiar, como había ocurrido en el periodo anterior, e integrar como un servicio más, dentro del programa de atención de las mujeres, el uso masivo de los anticonceptivos a toda la población en edad fértil.

Al referirse a la planificación familiar el director expresó que:

no compartía el concepto de que la reducción en el número de hijos es factor fundamental y necesario para el bienestar de la familia y el desarrollo económico y social, —agregó— que no aceptaría en nuestro país la aplicación de drogas no aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los 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 (Avendaño, 1975: 73).

Además, planteó como uno de los objetivos básicos de la planificación familiar, el logro de la salud de madres y niños, el desarrollo del grupo familiar, su estabilidad económica y laboral, viviendas en sitios adecuados y condiciones sanitarias, la procreación consciente y responsable, la armonía psicosocial de sus miembros y su incorporación a las actividades organizadas de la comunidad. Finalmente, expresó que el SNS proporcionaría la información y facilitaría los servicios para que todas las mujeres que lo solicitaran pudieran planificar el número y la oportunidad en que quisieran tener sus hijos, con el fin de reducir los riesgos obstétricos y contribuir a eliminar el aborto provocado. Se puso énfasis en mejorar las condiciones y el bienestar familiar por sobre la reducción del número de hijos.

Con este objetivo se realizó, en 1970, una entrevista entre el Presidente de la República Salvador Allende y el director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Posteriormente, en 1972, quedó redactado un convenio entre el Gobierno de Chile y el Fondo de Naciones Unidas para actividades de población, tendiente a disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal, así como la morbi-mortalidad del niño en el primer año de vida, educación en salud y promoción del deber y el derecho de la paternidad responsable.¹⁵

Carmen Gloria Aguayo de la Consejería Nacional de Desarrollo Social

15. Violeta Guiraldes, «Una esperanza para los niños chilenos: programa de extensión de servicio materno-infantil», en *Paula* núm. 109, marzo de 1972, pp. 21-22.

sugirió en el seminario «La condición de la mujer y la Planificación Familiar» realizado en Estambul:

el derecho soberano de los países para determinar su política demográfica, derecho de la pareja, especialmente de la mujer, a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos; implicancia social de la planificación familiar, y la responsabilidad de los gobiernos y los países en cuanto a crear servicios y ayuda dirigidos a la protección de la madre y el niño...¹⁶

La promoción popular prosiguió y, dentro de ella, la promoción de las mujeres, puesto que en este plan hubo acceso fácil a los anticonceptivos sin que el estado civil de las mujeres fuera un inconveniente. Los hospitales estatales continuaron con sus labores de asistencia, investigación y adiestramiento. El Hospital Barros Luco, pionero en materia de anticoncepción (tenía actividades desde 1959), inauguró un programa de regulación menstrual, inducción del aborto por Rivanol y raspado para pacientes usuarias de anticonceptivos que habían fracasado (Faundes, 1968: 836).

A partir de 1972 se desarrolló desde el sector público —por medio del SNS— y del sector privado —a través de Aprofa— con todo el apoyo del gobierno, una intensa labor comunitaria centrada en la planificación familiar, la paternidad responsable y la educación sexual.¹⁷ Dicha labor se vio facilitada gracias a que la comunidad presentaba por aquella época un alto grado de organización, que alcanzaba a un gran número de pobladores agrupados en juntas de vecinos, centros de madres, gremios, clubes deportivos, centros de padres y apoderados. Sobre esta base se formuló el proyecto de líderes de paternidad responsable, que entendía que la procreación debía ser deseada y planeada en un acuerdo mutuo y completo de la pareja. Innovador fue plantear que cada pareja tenía el derecho de separar el aspecto reproductivo del ejercicio de su vida sexual. El propósito general de este proyecto —en términos cuantitativos— fue capacitar a 30.000 líderes de la comunidad, entre el 1 de abril de 1972 y el 31 de diciembre de 1974, para que éstos promovieran e influyeran en la adopción de la paternidad responsable.

Por último, en esta etapa, el carácter fundamental de la planificación familiar estuvo dado por la responsabilidad creciente del Estado en la regulación de la fecundidad a través de los servicios públicos. Se rechazaron los programas verticales de planificación de la familia, y se propició en su lugar la regulación de nacimientos dentro del programa de asistencia de las mujeres en edad reproductiva.

16. Ximena Solís, «En Estambul debatieron la condición de la mujer», en *Paula* núm. 127, noviembre de 1972.

17. «Recomendaciones sobre paternidad responsable», en *El Mercurio*, 21 de marzo 1972 y *El Mercurio*, 9 de septiembre 1972, p. 25.

El golpe militar de 1973, y el régimen instaurado por éste, produjeron hondas transformaciones al interior de la sociedad chilena y en la relación que ésta había establecido con el Estado. Así, su acción repercutió en el programa de planificación familiar debido a la formulación de una política de población pronatalista.

En conclusión, la planificación familiar se introdujo en Chile debido a la existencia de factores de carácter externo e interno que facilitaron su desarrollo. Por una parte tenemos el factor ideológico que sobredimensionó la cuestión de la explosión demográfica, en tanto que las agencias internacionales presionaron para que se implantaran en América Latina los programas de planificación familiar, siendo Chile uno de los países escogidos para este plan piloto. Esta presión fue muy importante pues era, realmente, extraño hablar de explosión demográfica en un país como el nuestro.¹⁸ En el caso particular de los Programas de Planificación Familiar, hay considerable evidencia que sugiere el papel dominante de sectores externos, tales como el Banco Mundial, los Departamentos de Estado, Comercio y Defensa del gobierno de los Estados Unidos y los directores de un centenar de Corporaciones Multinacionales (Weaver, 1978: 423). No sólo hubo apoyo financiero de parte de estos organismos externos, sino también lobby con funcionarios locales, con el propósito de influir en los Programas de Planificación Familiar (Weaver, 1978: 424).

El contexto sociopolítico en el cual se puso en práctica la planificación familiar fue favorable, ya que el gobierno liderado por el Partido Demócrata Cristiano —que sustentaba una posición de centro, moderada, reformista y socialcristiana—, tuvo el apoyo del gobierno de Estados Unidos, el cual fomentó dicha política.

Por otra parte, en Chile existía un diagnóstico de la realidad médico social y particularmente del problema del aborto, desde la década de los treinta. El país contaba también con un eficiente Servicio Nacional de Salud de cobertura nacional, con una orientación de salud integral principalmente hacia los sectores populares y con un cuerpo médico especializado, salido de las aulas de la Universidad de Chile, comprometido con el tema, profesional y políticamente. Además, la población a la cual fue aplicado el programa, es decir las mujeres, poseía un alto nivel de escolaridad y muchas de ellas estaban organizadas en los centros de madres, a través de los cuales establecieron contacto directo con el Estado y las políticas impulsadas por este.¹⁹

18. La población de Chile en 1952 era de 5.932.995; en 1960, 7.341.115; y en 1970 de 8.884.768 (*Geografía Económica de Chile*, Gémines, 1982). Según estimaciones de la ONU en 1983 era de 11.720.000, en 1990 13.170.000 y en 1992 13.600.000 (Fuente: United Nations, *Monthly Bulletin of Statistics*, Vol. XLVII, núm. 6, junio 1993).

19. En 1973 existían a lo largo del país alrededor de 20.000 centros de madres con cerca de 1.000.000 de socias (Gaviola, Lopresti y Rojas, 1988: 86). Otras autoras dan una cifra de 30.000 centros de madres para fines de 1973. Pensamos que efectivamente superaron

Hay que remarcar que en la gestación y en la puesta en práctica de la planificación familiar participaron más actores sociales, a diferencia de otras iniciativas públicas. Estuvieron presentes el sector salud, las mujeres, el gobierno, los partidos políticos y la Iglesia Católica, entre otros. Respecto a esta última, en ambos gobiernos, la relación Iglesia-Estado se caracterizó por el respeto y la colaboración. Así, la implantación de dicha política fue tomada por la Iglesia Católica chilena como un mal menor frente a la problemática del aborto. Hubo consenso producto de la necesidad concreta de las mujeres y de la presión de los distintos sectores. Algunos autores sugieren (Weaver, 1978: 433) que la iniciación e implementación de Programas de Planificación Familiar ha sido más exitosa en los casos en donde se han justificado en términos de los beneficios de una «paternidad responsable», de remediar problemas de salud y bienestar, particularmente el bienestar de la familia, como sucedió en Chile. La distinción clave es que la principal justificación de dichos programas no está construida con base en argumentos relacionados con el desarrollo político y económico.

Una de las principales diferencias de la aplicación de las políticas en los respectivos gobiernos fue que en el de Frei Montalva, por la presión internacional, priorizó dentro del programa de salud de las mujeres la entrega de métodos anticonceptivos; en contraste, el de la UP se centró en la atención integral a las mujeres en un contexto de salud materno-infantil, aunque se siguieron proporcionando métodos anticonceptivos pero no con la urgencia de la administración anterior.²⁰ Si bien, dicha política benefició a las mujeres en aspectos puntuales, relacionados con su capacidad reproductiva,²¹ reforzó su papel tradicional pues no apuntó a la raíz de la desigualdad genérica. El tema de interés para estas políticas fue tener menos hijos, pero no se cuestionaron los papeles estereotipados de padre y madre.

En efecto, el programa les entregó a las mujeres las modernas tecnologías anticonceptivas (la píldora y el DIU) pero no se orientó al logro de una redistribución de los papeles al interior de la familia. No consiguió que los hombres controlaran su fecundidad, tomaran conciencia de la paternidad como un acto responsable y participaran en el cuidado de los hijos y la solución de los problemas domésticos relacionados con la crianza y la formación de ellos.

los 20.000 por cuanto en 1974, tras la represión y persecución de organizaciones y dirigentes, aún quedaban 20.000 centros afiliados a Cema-Chile (Valdés, Weinstein, Toledo y Letelier, 1989: 28).

20. La planificación familiar era mal mirada por los partidos de izquierda pues la consideraban una política del imperialismo norteamericano, que pretendía la disminución de los pobres del mundo y que no resolvería los problemas de fondo de los países subdesarrollados.

21. Evolución de la Fecundidad. Tasa Global de Fecundidad (Años 1950-1995): 1950-55: 5,1 - 1960-65: 5,3 - 1970-75: 3,6 - 1975-80: 2,9 - 1980-85: 2,8 - 1985-90: 2,7 - 1990-95: 2,7 (Fuente: Valdés y Gomariz, coords., 1992: 26).

Las mujeres siguieron siendo las encargadas de la planificación de los hijos, así como de su cuidado físico y afectivo.

entre 1960 y 1970, se produce un descenso de la fecundidad junto con la elevación de la escolaridad media de las mujeres, pero que no fue acompañado ni por el retraso en la edad del matrimonio ni por el aumento de la ocupación de las mismas (...) la edad al matrimonio se mantuvo estable y la tasa de participación femenina en la actividad económica descendió en 5,0% entre 1952 y 1960 y en 1,7% en la década de 1960 (De Barbieri, 1983: 301).

Pese a estos importantes cambios para la vida de las mujeres, quienes pudieron controlar su capacidad reproductora y, finalmente, disponer de su sexualidad, no se produjo un cuestionamiento a sus papeles tradicionales de esposas, madres y amas de casa.

Estos programas se centraron en la etapa marital excluyendo a los jóvenes y a otros sectores de la población con distintas vivencias sexuales y reproductivas. Además, en estos no hubo un tratamiento especial a la sexualidad como algo valioso e íntimamente relacionado con la reproducción. Tampoco se hicieron cargo de los abusos y el maltrato en los servicios de salud que se manifestó, por ejemplo, en dar o colocar métodos anticonceptivos sin suficiente información y en experimentación.

El programa de planificación familiar, que incluyó en su definición el concepto de familia, en los hechos se orientó a las mujeres y éstas fueron las únicas responsables de la planificación de los hijos. En el gobierno de la UP hubo un intento de cambio en esta concepción, a través de los líderes de paternidad responsable, pero fue muy breve el lapso en que se ejecutó.

Referencias

- Allende, Salvador. (s/f). *La realidad médico-social chilena*. México: Casa de Chile en México.
- Avendaño, Onofre. (1975). *Desarrollo histórico de la planificación de la familia en Chile y en el mundo*. Santiago: Aprofá.
- Cabello, Octavio. (1956). «The Demography of Chile». *Population Studies*, 9 (3): 237-50.
- Casas, Lidia B. (2003). «Women and Reproduction: from Control to Autonomy? The Case of Chile». *Simposio Re/Dis/Un Covering Reproductive Rights in the Americas*, American University Washington College of Law.
- Claro, Amparo. (1986). «Mujer, derechos reproductivos y políticas de población en Chile». Santiago: ISIS Internacional. Mimeo.
- De Barbieri, Teresita. (1983). «Políticas de población y la mujer. Antecedentes para su estudio». *Revista Mexicana de Sociología*, 45 (1): 293-308.

- Faundes, Aníbal, Germán Rodríguez-Galant y Onofre Avendaño. (1968). «The San Gregorio Experimental Family Planning Program: Changes Observed in Fertility and Abortion Rates». *Demography*, 5, (2): 836-45.
- Gaviola, Edda, Ximena Jiles, Lorella Lopresti y Claudia Rojas. (1986). «Queremos votar en las próximas elecciones»: *Historia del movimiento femenino chileno (1913-1952)*. Santiago de Chile: cem, Fempress, isis-Internacional, Librería Lila, La Morada.
- Gaviola, Edda, Lorella Lopresti y Claudia Rojas. (1988). «Centros de Madres: ¿la mujer popular en movimiento?». En *Nuestra memoria, nuestro futuro*. Santiago de Chile: isis Internacional.
- Gomensoro, Arnoldo y E. Lutz. (1982). «Anticoncepción: aportes para una polémica constructiva». Documento de trabajo, mimeo.
- Hume, Maggie. (1993). *La evolución de un código terrenal. La anticoncepción en la doctrina católica*. Montevideo: Edición Católicas por el Derecho a Decidir.
- Jiles Moreno, Ximena. (1992). *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*. Santiago: Edición Corporación de Salud y Políticas Sociales.
- Mass, Bonnie. (1977). «Puerto Rico: A Case Study of Population Control». *Latin American Perspectives*, 4 (4): 66-81.
- Population Council. (1979). «Chile Adopts Pronatalist Policy». *Population and Development Review*, 5 (3): 563-71.
- Pozo, Hernán. (1991). *Mujeres Latinoamericanas en cifras. Avances de investigación vi. Situación Jurídica de la Mujer*. Documento de trabajo, serie Estudios Sociales, núm. 16. Flacso: Santiago.
- Ravenholt, R.T. (1968). «The A.I.D. Population and Family Planning Program. Goals, Scope, and Progress». *Demography*, 5 (2): 561-73.
- Romero, Hernán. (1977). «25 años de la salud pública en Chile, 1952-1977». *Revista Médica de Chile*, 105 (10).
- Ross, John A. (1966). «Recent Events in Population Control». *Studies in Family Planning*, 1 (9): 1-5.
- Smetherman, Robert M. y B. Bobbie. (1972). «The Alliance for Progress: Promises Unfulfilled». *American Journal of Economics and Sociology*, 31 (1): 79-85.
- Sulbrandt, José y María Alicia Ferrera. (1974). «Ley y crecimiento poblacional: el caso chileno». Santiago: Celade. Mimeo.
- Valdés, Teresa, M. Weinstein, M. I. Toledo y L. Letelier. (1989). *Centros de madres 1973-1989. ¿Sólo disciplinamiento?* Documento de trabajo, núm. 416. Santiago: Flacso.
- Valdés, Teresa y Enrique Gomariz (coord.) (1992-1995). *Mujeres latinoamericanas en cifras. Catorce volúmenes (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Uruguay, Venezuela)*. Santiago: Edic. Instituto de la Mujer, Mi-

- nisterio de Asuntos Sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Vergara, Marta. (1961). *Memorias de una mujer irreverente*. Santiago: Zig-Zag.
- Viel, Benjamín. (1967). «Family Planning in Chile». *The Journal of Sex Research*, 3 (4): 284-91.
- Weaver, Jerry L. (1978). «The politics of Latin American Family-Planning Policy». *The Journal of Developing Areas*, 12 (4): 415-37.
- Weisner, Mónica. (1982). *Aborto inducido. Estudio antropológico en mujeres urbanas de bajo nivel socio-económico*. Tesis de Licenciatura, Santiago, Universidad de Chile.

Otras fuentes

- Documentos básicos Alianza para el Progreso, disponibles en el sitio Memoria Chilena <www.memoriachilena.cl>.
- Declaración del Embajador Charles W. Cole (4 de julio de 1962).
- Discurso del Presidente Kennedy sobre América Latina (13 de marzo de 1961).
- Declaración a los pueblos de América.
- Carta de Punta del Este.
- Extractos del discurso de Teodoro Moscoso (15 de febrero de 1962).
- Discurso del Presidente Kennedy con motivo del primer aniversario de la Alianza para el Progreso.
- Discurso de Raúl Sáez, miembro del Comité de nueve expertos de la Alianza Para el Progreso (28 de julio de 1962).
- Obtención de fondos para la ayuda exterior de los Estados Unidos.

Entrevistas

Realizadas por Ximena Jiles Moreno y Claudia Rojas Mira, en Santiago de Chile, mayo-junio de 1989, a las siguientes personas:

ELENA CAFFARENA. Abogada. Militante feminista de vasta trayectoria. Fundadora y vicepresidenta de la Asociación de Mujeres Universitarias, 1931; fundadora y primera Secretaria General del Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (Memch), 1935; fundadora y Vice Presidenta de la Federación Chilena de Instituciones Femeninas (FECHIF), 1944. Autora de varios títulos jurídicos sobre la discriminación de las mujeres ante la ley.

CARLOS MOLINA. Médico Cirujano. Gineco-Obstetra, con 25 años de profesión y estudios de posgrado. Funcionario del Servicio Nacional de Salud (SNS) y Sub Secretario de Salud Pública en el Gobierno de la Unidad Popular (1970-1973).

OLGA POBLETE. Educadora y profesora de Historia y Geografía de amplia y destacada trayectoria. Directora de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Chile. Militante feminista, integrante del Memch a partir de 1940 y Secretaria General del Memch.

BENJAMÍN VIEL. Médico Cirujano, especialista en medicina preventiva y social. Profesor de la Universidad de Chile, Director de la Escuela de Medicina entre los años 1952-1961. Socio fundador y Presidente de la Junta Directiva de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa). Autor de varios trabajos sobre Planificación Familiar.

RECIBIDO 7/03/09 • ACEPTADO 25/5/09

CLAUDIA FEDORA ROJAS MIRA. Es Magister en Historia (Universidad Autónoma Metropolitana de México) y estudiante de doctorado en Estudios Americanos, Universidad de Santiago de Chile. Correo electrónico: claudiafedora@gmail.com.