UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA

TESIS DOCTORAL

Madres en la ruralidad

Las políticas de salud materno-infantil en la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile en las dictaduras de Franco (1939-1975) y Pinochet (1973-1989)

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María José Leiva Vargas

DIRIGIDA POR

Gabriela de Lima Grecco

Madrid

© María José Leiva Vargas, 2025

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA

TESIS DOCTORAL

MADRES EN LA RURALIDAD.
LAS POLÍTICAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN LA SECCIÓN FEMENINA Y LA SECRETARÍA NACIONAL DE LA MUJER Y CEMA-CHILE EN LAS DICTADURAS DE FRANCO (1939-1975) Y PINOCHET (1973-1989)

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

María José Leiva Vargas

DIRECTORA

Dra. Gabriela de Lima Grecco

Universidad Complutense de Madrid

FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA

Doctorado en Historia y Arqueología

UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

TESIS DOCTORAL

MADRES EN LA RURALIDAD.

LAS POLÍTICAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL EN LA SECCIÓN FEMENINA Y LA SECRETARÍA NACIONAL DE LA MUJER Y CEMA-CHILE EN LAS DICTADURAS DE FRANCO (1939-1975) Y PINOCHET (1973-1989)

PRESENTADA POR

María José Leiva Vargas

DIRECTORA

Dra. Gabriela de Lima Grecco

Dedico este trabajo *in memoriam* a mi abuela materna, Yolanda Schönherr Püschel.
Sé que observa con cariño, orgullo y su infinita bondad y fortaleza
el largo camino que he transitado.

“Dame, Señor, la fuerza de las olas del mar,
que hacen de cada retroceso un nuevo punto de partida”.

Gabriela Mistral

AGRADECIMIENTOS

Las páginas que a continuación se presentan son el resultado de una investigación de cinco años. El tiempo de su elaboración y redacción ha sido extenso y muchas personas e instituciones han dejado su huella en este proceso. Aprovecho estas líneas para expresar mi gratitud a todas ellas.

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora de tesis, Gabriela de Lima Grecco, quien me ha entregado la confianza que necesitaba para finalizar este proceso. Agradezco su compromiso con mi investigación, sus palabras de apoyo, sus orientaciones y correcciones precisas. También destaco su calidez y su empatía. Ella es una excelente investigadora, pero, además, una muy buena pedagoga y ha comprendido que la labor universitaria debe ir de la mano con la dedicación que entregas al alumnado en las clases. Ha sido un ejemplo inspirador para reconocer que la academia igualmente puede ser un lugar amable.

Agradezco enormente el apoyo que desde Chile me enviaron mi madre María Cristina y mi hermana Cristina Alejandra. Sus palabras y amor transmitidos a través de mensajes y videollamadas han sido esenciales en todos los años que llevo viviendo en España y en los momentos difíciles de esta investigación. De igual manera, quisiera dar las gracias a mi padre José Francisco y a Pit, tanto por todo el cariño y las sabias palabras que me han entregado a lo largo de este proceso como por las anheladas fotos de la Cordillera de los Andes que me enviaban cada vez que tenían la oportunidad de cruzarse con ella.

De manera especial, quiero agradecer a Mathieu Joumier, mi compañero de alma, de corazón y de vida. Su amor, su apoyo, sus palabras de aliento y su consistencia han sido fundamentales a lo largo de estos años de investigación. Sin el espacio seguro y reconfortante que emocionalmente juntos hemos construido, hubiera sido muy difícil encontrar siempre la fortaleza para continuar, sobre todo, la escritura de las páginas aquí presentadas. Espero que siempre mantengamos las conversaciones sobre Historia que sostenemos y sigamos recorriendo museos y sitios arqueológicos juntos.

Igualmente, es muy importante mi agradecimiento al apoyo económico sin el que la realización de esta tesis doctoral no hubiese sido posible: gracias al programa de Becas Chile–Doctorado en el Extranjero de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID), perteneciente al Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, durante cuatro años y medio de investigación.

No quiero dejar de expresar mi gratitud a todas mis amigas, amigos y familiares que me han acompañado a lo largo de estos años y sin quienes la vida no sería la misma. Agradezco profundamente a David Gatica, Gonzalo Raddatz, Miriam Vargas, Harriet Vargas, Foteini Gkotsi, Laura Llamas, Álvaro Castilla, Despina Kalogianni, Ginevra Gentile, Mirzana Bexheti, Macarena Gamaza, Mari Carmen Lobato, Alberto Velasco, Francisco Martínez, Miriam Castillo, Roberto Uribe, Matías Sansone, Julio García, María Belén Leiva, Karina Miranda, Viviana Fuentes, Jocelyn Barría, Camila Flores, Sindy Milling, Arelys Aro, Camila Zúñiga, Carol Eckhardt, Constanza Amaya, Pamela Rebolledo, Daniela Bermúdez, Paola González, Paulina Torres, Carolina Montes,

Tamara Muñoz, Daniela Casanova, Yessenia Norambuena, Regla Hermosín, Laura Guerrero, Rebecca Lane, Cloé Sady Lewen y Vitória Machado.

Finalmente, quiero dar las gracias a las mujeres que han aportado de distintas maneras a esta investigación. Entre ellas, a Francisca Rivas por llevarme hasta su madre Marcela Espinoza Navarro, quien me nutrió con su conocimiento sobre la crianza no occidentalizada y sobre la historia reciente de Chile. Y, por supuesto, a todas las mujeres que he entrevistado con el propósito de esta tesis doctoral. Este trabajo me ha permitido recorrer lugares de Chile y España que jamás hubiera visitado de no ser por estas circunstancias y he descubierto los tesoros que se enconden en los caminos de las provincias. Estas mujeres, que me abrieron desinteresadamente las puertas de sus casas y de su existencia, me han enseñado mucho al narrarme sus historias de vida. A ellas, que me recordaron siempre que les hubiera encantado tener un poco de la libertad que veían en mí durante su juventud para poder viajar solas porque "en aquellos años, no podíamos hacer lo que tú, por el marido, los hijos…".

ÍNDICE

Abreviaturas……..12

Índice de Tablas…….....13

Resumen…….15

Summary……17

PRIMERA PARTE: ¿POR QUÉ ESTUDIAR LA MATERNIDAD RURAL DURANTE LOS REGÍMENES DE FRANCO Y PINOCHET? LAS BASES DE UNA INVESTIGACIÓN……..…….19

1.1 Introducción: objetivos, preguntas de investigación e hipótesis de partida……...20

1.2 Reflexiones metodológicas: fuentes utilizadas y obstáculos encontrados…….25

1.3 El abordaje teórico: Historia social, Historia Transnacional, Historia Comparada, género y fascismo……..30

1.4 Caminos recorridos por otras investigadoras…….37

1.5 El orden de las ideas: estructura del trabajo……..41

SEGUNDA PARTE: LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EUROPA OCCIDENTAL Y EL CONO SUR LATINOAMERICANO: EL CASO DE ESPAÑA (1890-1939) Y CHILE (1900-1973)……....44

CAPÍTULO II: Eugenesia y puericultura en la Europa Occidental y el Cono Sur latinoamericano a fines del siglo XIX y principios del siglo XX……45

2.1 El problema de la "degeneración de la raza" en Occidente……...45

2.2 El surgimiento de nuevos saberes: la eugenesia……49

2.3 La aparición de la puericultura y las políticas de maternidad en Europa Occidental……55

2.4 La eugenesia y puericultura latinoamericana: progreso, "raza" e infancia…59

2.5 Características de la eugenesia española y chilena……65

2.6 El «Ángel del Hogar» y el surgimiento de la «Mujer Moderna»……..68

2.7 El feminismo maternal y la maternidad como experiencia universal……73

2.7.1 El feminismo en Europa Central: Francia, Alemania, Gran Bretaña y España……...74

2.7.2 El feminismo en el Cono Sur latinoamericano: Chile, Argentina y Uruguay……78

CAPÍTULO III: La salud materno-infantil en España y Chile entre finales del siglo XIX y 1939…….81

3.1 El proceso de modernización en España y Chile a fines del siglo XIX…….81

3.2 La batalla entre la Iglesia católica y los médicos por la cuestión social……88

3.3 La problemática materno-infantil en el mundo urbano y rural……..90

3.4 La transformación de la maternidad en una función social……....94

3.5 La maternidad en los sectores populares……...97

3.6 Instituciones y legislación para la protección de la maternidad……99

3.6.1 Institutos, Escuelas y Patronatos: divulgación de la puericultura...99

3.6.2 Las Gotas de Leche……...105

3.6.3 El Seguro de Maternidad……...108

3.7 La Fundación Rockefeller y su papel en la sanidad española y chilena…..112

3.8 La llegada de la salud materno-infantil al mundo rural……...116

3.8.1 La salud materno-infantil rural durante la Segunda República….117

3.8.2 La intervención de la salud materno-infantil en el Chile rural….120

3.9 La maternidad consciente……123

CAPÍTULO IV: La problemática sanitaria materno-infantil durante el Frente Popular (1939-1941) y el Chile de los Tres Tercios (1952-1973)……..131

4.1 El gobierno del Frente Popular y la nueva institucionalidad para las madres y la infancia……...132

4.2 El Servicio Nacional de Salud…….135

4.3 La «explosión demográfica» y el control de la natalidad en las zonas rurales……139

4.4 La Planificación Familiar de la Democracia Cristiana (1964-1970)……...142

4.5 La Unidad Popular, las madres y la infancia (1970-1973)…….....145

4.6 El impacto de la Reforma Agraria en la maternidad rural (1964-1973)…..149

4.7 La Secretaría Nacional de la Mujer y las políticas del aborto…….151

<u>TERCERA PARTE</u>: EL INSTITUTO CHILENO DE CULTURA HISPÁNICA, LA SECCIÓN FEMENINA Y LA SECRETARÍA NACIONAL DE LA MUJER (1945-1977)…….155

CAPÍTULO V: Del Franquismo al Pinochetismo: La hispanidad y el Instituto Chileno de Cultura Hispánica……156

5.1 La Hispanidad y la unidad de destino en lo universal…….157

5.2 La creación del Instituto Chileno de Cultura Hispánica……..158

5.3 Los vínculos entre el Instituto Chileno de Cultura Hispánica y el Ejército de Chile……...161

5.4 El Instituto Chileno de Cultura Hispánico como patrimonio de la derecha política chilena……...163

5.5 La trayectoria del Instituto de Cultura Hispánica en el régimen de Pinochet……...166

5.6 La trayectoria histórica del hispanismo nacionalcatólico en Chile……..168

5.7 Elementos del hispanismo nacionalcatólico para la legitimación de la Refundación Nacional de Pinochet……176

CAPÍTULO VI: Las mujeres de Franco y Pinochet: la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer……179

6.1 La Sección Femenina en Chile: los Coros y Danzas……...180

6.2 El ideal de mujer hispánica: el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano……182

6.3 Los Círculos Culturales Femeninos Hispanoamericanos……191

6.4 El Servicio Social para las mujeres chilenas……...198

6.5 Los Círculos Culturales Femeninos Chilenos frente a la Unidad Popular..200

6.6 La Secretaría Nacional de la Mujer y la Sección Femenina……204

<u>CUARTA PARTE</u>: LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL MEDIO RURAL POR LOS REGÍMENES DE FRANCO (1939-1975) Y PINOCHET (1973-1989)……217

CAPÍTULO VII: Las políticas de población durante las dictaduras de Franco y Pinochet……218

7.1 La política demográfica: el aumento de la natalidad……...218

7.2 Regeneración moral: catolicismo, educación y familia……...224

7.3 Seguridad nacional, geopolítica y eugenesia……...229

CAPÍTULO VIII: Las madres que salvan la patria. Actuaciones sobre la salud materno-infantil en las dictaduras de Franco y Pinochet……244

8.1 La salud materno-infantil en el medio rural en la España franquista…....244

8.1.1 El Seguro de Maternidad en el Seguro Obligatorio de Enfermedad……...244

8.1.2 La Ley de Sanidad Infantil y Maternal de 1941 y la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944……..248

8.1.3 La labor materno-infantil de Auxilio Social…….251

8.1.4 Organización de la sanidad maternal e infantil en la ruralidad española…….255

8.1.5 Asistencia sanitaria rural durante el desarrollismo franquista…..262

8.2 La salud materno-infantil en el ámbito rural durante la dictadura de Pinochet……266

8.2.1 El sistema de salud chileno como una de las "Siete Modernizaciones"……..266

8.2.2 Organización de la sanidad materno-infantil en la ruralidad chilena…….270

8.2.3 Actividades de salud materno-infantil desarrolladas en el mundo rural……...272

8.3 Regulación de la fertilidad de las mujeres rurales bajo el régimen de Franco y el de Pinochet…….284

8.4 Los partos en el mundo rural chileno y español durante sus últimas dictaduras……...296

CAPÍTULO IX: La salud materno-infantil en el mundo rural a través de la Sección Femenina, la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile…….310

9.1 El discurso hacia las madres en las revistas de la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer…….310

9.2 Las contradicciones en el ideal de madre en el régimen de Franco y en el de Pinochet……318

9.3 Las mujeres del mundo rural para la Sección Femenina, la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile……322

9.4 Acciones sanitarias de la Sección Femenina dirigidas a las madres y la infancia en el medio rural……..330

9.4.1 Las divulgadoras sanitarias rurales……...330

9.4.2 Campañas de Vacunación, Campañas de Higiene y Campañas de Alimentación Infantil…….336

9.4.3 La labor sanitaria de las Cátedras Ambulantes…….345

9.5 Acciones sanitarias de la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile dirigidas a las madres y la infancia en el ámbito rural……..349

9.5.1 Las actividades sanitarias de la Secretaría Nacional de la Mujer……350

9.5.1.1 Capacitaciones y cursos de formación para las madres……...351

9.5.1.2 Lucha contra la desnutrición infantil……..352

9.5.1.3 Atención sanitaria en centros de salud rurales……...354

9.5.1.4 Campañas sanitarias especiales……..355

9.5.2 CEMA-Chile y la atención rural de la salud materno-infantil…..355

9.5.2.1 Policlínicos…….356

9.5.2.2 Hogares de la Madre Campesina……356

9.5.3 Colaboración entre la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA- Chile…….358

QUINTA PARTE: CONCLUSIONES…….…….361

Anexos……..370

Archivos y Fuentes……..377

Bibliografía……..392

ABREVIATURAS

AGA: Archivo General de la Administración

AHPA: Archivo Histórico Provincial de Ávila

AHPP: Archivo Histórico Provincial de Palencia

AHPG: Archivo Histórico Provincial de Guadalajara

AHPHU: Archivo Histórico Provincial de Huesca

AHPTE: Archivo Histórico Provincial de Teruel

ICH: Instituto de Cultura Hispánica

IChCH: Instituto Chileno de Cultura Hispánica

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1: Tasa de mortalidad infantil urbana y rural en España 1915-1932……91

Tabla Nº 2: Tasa de mortalidad infantil por provincias en España en 1904, 1920 y 1932……....119

Tabla Nº 3: Tasas de natalidad, mortalidad infantil, mortalidad neonatal, atención profesional del parto, embarazadas y niños atendidos por el Servicio Nacional de Salud en 1961……..141

Tabla Nº 4: Tasas de mortalidad materna e infantil por provincias de Chile en 1964……..142

Tabla Nº 5: Tasa global de fecundidad según áreas de residencia urbana y rural…….149

Tabla Nº 6: Índice de fertilidad y total de población de países europeos en 1939……233

Tabla Nº 7: Índice coyuntural de fecundidad de países de América Latina en 1979…237

Tabla Nº 8: Total de niños asistidos en los Centros de Alimentación Infantil de Auxilio Social en 1941…….252

Tabla Nº 9: Resumen de las actividades de salud materno-infantil desarrolladas por instituciones dependientes del Servicio Exterior de los Servicios Centrales de Higiene Infantil en 1950……...256

Tabla Nº 10: Centros de sanidad provinciales, comarcales y rurales entre 1950 y 1960……..258

Tabla Nº 11: Servicios prestados en los dispensarios de higiene infantil según ubicación urbana o rural en 1950 y 1960……259

Tabla Nº 12: Visitas domiciliarias efectuadas por Instructoras Sanitarias en los Centros Rurales en 1950 y 1960…….261

Tabla Nº 13: Número de Postas de Salud Rural, Consultorios Generales Urbanos y Rurales y Hospitales según las Zonas Geográficas de Chile en 1984……..271

Tabla Nº 14: Consultas de Atención en Salud Maternal y de Atención en Salud Infantil realizadas en Chile entre 1974 y 1983……275

Tabla Nº 15: Consultas prenatales, postnatales y Controles de Niño Sano según las Zonas Geográficas de Chile realizadas entre 1974 y 1978……276

Tabla Nº 16: Visitas domiciliares realizadas por enfermeras, matronas y auxiliares según las Zonas Geográficas de Chile entre 1974 y 1978…….278

Tabla Nº 17: Síntesis de los servicios prestados por las Divulgadoras Sanitarias Rurales y las Enfermeras Visitadoras de Sección Femenina entre 1940 y agosto de 1945……...335

Tabla Nº 18: Estadística de la Campaña de Vacunación Antidiftérica entre 1941 y 1945……..337

Tabla Nº 19: Campaña de Higiene de 1945 (enero a agosto)…….339

Tabla Nº 20: Labor Sanitaria de la Regiduría de Divulgación en Pueblos de la provincia de Teruel en el año 1961-1962……...342

Tabla Nº 21: Labor sanitaria de las Cátedras Ambulantes en pueblos de las provincias de Guadalajara (1946-1948), Ávila (1948-1950) y Teruel (1951-1952)….348

Tabla Nº 22: Relación entre pueblos con Centros de Atención Diurna y el número de niños que atendían hasta 1982……..353

Tabla Nº 23: Número de Hogares de la Madre Campesina y el número de atenciones realizadas entre 1979 y 1988……...357

RESUMEN

"Madres en la ruralidad. Las políticas de salud materno-infantil en la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile en las dictaduras de Franco (1939-1975) y Pinochet (1973-1989)".

Durante las dictaduras de Franco y Pinochet se implementaron políticas demográficas pronatalistas que tuvieron un impacto en la manera en que ambos regímenes concibieron la maternidad. Para conseguir su objetivo, Sección Femenina en el caso español y la Secretaría Nacional de la Mujer y la Fundación CEMA-Chile para el caso chileno fueron las instituciones femeninas que desplegaron actuaciones para controlar a las mujeres españolas y chilenas, respectivamente. Sin embargo, las falangistas y las mujeres integrantes de la Secretaría habían mantenido una importante relación que antecedía por décadas el inicio del régimen de Pinochet.

El principal objetivo de esta investigación es analizar la influencia de los discursos y las políticas de salud materno-infantil en la construcción de la maternidad de las mujeres de los sectores rurales de España y de Chile durante la dictadura de Franco y Pinochet. Para ello, es necesario comprender el ideal de madre que ambos regímenes promovían a través de sus políticas de salud materno-infantil y conocer el mandato familiar hegemónico que se aceptaba. Asimismo, es necesario reconocer los discursos y las políticas de salud materno-infantil ejecutadas durante el franquismo y el pinochetismo y la manera en que se implementaron en las mujeres del mundo rural de ambos países. De este modo, se busca profundizar en los discursos médicos e institucionales sobre la maternidad, no sólo durante ambas dictaduras, sino igualmente en las décadas previas del siglo XX.

Por otro lado, para indagar en la relación entre la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer, es necesario conocer las actuaciones de las falangistas a través de su política exterior y evaluar si existió una influencia directa que evidencie similitudes entre las acciones desarrolladas por las falangistas y las mujeres chilenas respecto al intervencionismo a las familias rurales a través de la salud materno-infantil durante la dictadura de Pinochet. Específicamente, se analizan las estrategias empleadas para educar a las mujeres rurales sobre el modelo de mujer y madre promovido por ambos regímenes. Asimismo, se buscará vincular la aplicación de estas políticas con las experiencias de vida de las mujeres que ejercieron su maternidad durante dichos períodos en ambos contextos. Esto facilitará el reconocimiento de elementos de asimilación y resistencia en torno al ideal de maternidad impulsado por el franquismo y el pinochetismo.

A través de la investigación, se reconoce que tanto en el régimen de Franco como en el de Pinochet se promovió un ideal de madre y esposa capaz de educar a su familia en los valores propios defendidos por las autoridades. Este modelo fue difundido desde las instituciones femeninas de estos regímenes y sostenido internacionalmente por la Sección Femenina a través del rescate de un "ideal de mujer hispánica". Este modelo

de género fue útil para estas dictaduras toda vez que buscaban el incremento de su población desde una perspectiva eugenésica y geopolítica. Ambos regímenes requerían una población sana y abundante para ocupar territorios deshabitados en sus países, aprovechar así los recursos naturales disponibles y asegurar la permanencia de la población en el mundo rural y evitar su migración hacia los centros urbanos. Además, la dictadura chilena quería rescatar el legado de la tradición cristiana e hispánica de Chile luego de verse amenazada su identidad nacional durante el gobierno de la Unidad Popular. En sintonía con este propósito, la Secretaría Nacional de la Mujer adaptó algunas de las estrategias respecto a la salud materno-infantil que la Sección Femenina utilizó en el medio rural español, las que fueron transmitidas a las chilenas a través de diversos viajes que éstas realizaron a España. Las actuaciones desplegadas hacia las madres rurales no sólo atendieron su salud y la de la infancia, sino que sirvieron como mecanismos de control y vigilancia sobre el cumplimiento de la maternidad prolífica, la legitimidad de los hijos y su adhesión al régimen. Por su parte, a partir de las políticas de salud materno-infantil, las mujeres del mundo rural tuvieron experiencias diversas en relación con su maternidad, lo que hizo que manifestaran elementos de asimilación y resistencia en torno al ideal de madre impulsado por el franquismo y el pinochetismo.

Por lo tanto, la relación existente entre la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer fue funcional para el régimen de Pinochet ya que otorgó un proyecto destinado a las mujeres chilenas que servía a los intereses de la Junta Militar. Sin replicar con total exactitud el modelo de género difundido por la Sección Femenina, la Secretaría logró conservar el ideal de mujer hispánica y transformarlo en uno de los pilares valóricos del régimen de Pinochet. Si este último rescataba la tradición hispánica y cristiana que caracterizaba la historia de Chile, el ideal de mujer y madre del franquismo –adaptado a las exigencias neoliberales– fue fácil de incorporar al proyecto social, cultural y educacional que las autoridades chilenas buscaban construir. Actuaciones como las cátedras ambulantes y sus clínicas en los pueblos españoles y la participación de la Secretaría en los operativos cívico-militares en las zonas rurales chilenas, sumada a la instalación de policlínicos en los pueblos por parte de CEMA-Chile, permitieron acercar la vigilancia autoritaria a sectores aislados geográficamente de la población. Así, detrás de este propósito estaba la búsqueda de la modernización de estos Estados, al mismo tiempo que se inmunizaba a la población de las influencias de ideologías de izquierda poco cristianas.

Palabras clave: salud materno-infantil, maternidad, Sección Femenina, Secretaría Nacional de la Mujer, CEMA-Chile, franquismo, pinochetismo, eugenesia, mujeres rurales.

SUMMARY

"Mothers in rurality. Maternal and child health policies in the Sección Femenina and the Secretaría Nacional de la Mujer and CEMA-Chile during the dictatorships of Franco (1939-1975) and Pinochet (1973-1989)".

During the Franco and Pinochet dictatorships, pro-natalist demographic policies were implemented, shaping how both regimes conceptualized motherhood. To achieve their objectives, women's institutions such as Sección Femenina in Spain and the Secretaría Nacional de la Mujer alongside the Fundación CEMA-Chile in Chile undertook actions aimed at controlling Spanish and Chilean woman, respectively. However, the Falangist women and members of the Secretaría had maintained a significant relationship that dated back decades before the start of the Pinochet regime.

The main objective of this research is to analyse the influence of maternal and child health discourses and policies on the construction of the motherhood among women in rural Spain and Chile during the Franco and Pinochet dictatorships. To achieve this, it is essential to examine the ideal of motherhood promoted by both regimes through their maternal and child health policies, as well as the hegemonic family model they sought to impose. Additionally, this study seeks to identify the discourses and policies on maternal and child health implemented during the Franco and Pinochet regimes and how these were specifically applied to rural women in both countries. By doing so, the research aims to explore the medical and institutional discourses on motherhood, not only during these dictatorships but also in the preceding decades of the 20th century.

On the other hand, investigating the relationship between the Sección Femenina and the Secretaría Nacional de la Mujer requires examining the actions of the Falangists within their foreign policy and assesing wheter there was a direct influence that highlights similarities between the initiatives of the Falangists and Chilean women in relation to the their intervention in rural families through maternal and child health during the Pinochet dictatorship. Specifically, this study will analyse the strategies employed to educate rural women on the model of womanhood and motherhood promoted by both regimes. Furthermore, it aims to connect the implementation of these policies with the lived experiencies of women who became mothers during these periods in both contexts.

This research acknowledges that both Franco's and Pinochet's regimes promoted an ideal of motherhood and wifehood aligned with the values upheld by their authorities. This model was disseminated through the women's institutions of these regimes and internationally supported by the Sección Femenina, which championed the concept of an "ideal Hispanic woman". This gender model served a strategic purpose for both dictatorships, as it aligned with their eugenic and geopolitical goals of increasing the population. A healthy and abundant population was deemed essential to occupy uninhabited territories, exploit natural resources, and ensure that people

remained in rural areas rather than migrating to urban centres. Furthermore, the Chilean dictatorship sought to reclaim Chile's Christian and Hispanic heritage, presenting it as part of the national identity that had been undermined during the Unidad Popular government. In line with this objective, the Secretaría Nacional de la Mujer adapted certain maternal and child health strategies originally implemented by the Sección Femenina in rural Spain. These strategies were transmitted to Chilean women through various visits to Spain. The measures directed at rural mothers not only focused on improving their health and that of their children but also acted as mechanisms of control and surveillance to enforce prolific motherhood, ensure the legitimacy of children, and promote adherence to the regime's values. Nevertheless, rural women's experiences of motherhood under these maternal and child health policies were varied, revealing both elements of assimilation and resistance to the ideal of motherhood promoted by Francoism and Pinochetism.

The relationship between the Sección Femenina and the Secretaría Nacional de la Mujer proved functional for the Pinochet regime, as it provided a framework for Chilean women that aligned with the interests of the Junta Militar. Although it did not replicate the gender model promoted by the Sección Femenina in exact terms, the Secretaría succeeded in preserving the ideal of the Hispanic woman and adapting it as a foundational value of the Chilean military dictatorship. By reclaiming Chile's Hispanic and Christian traditions, which were seen as central to its history, the Francoist ideal of womanhood and motherhood –modified to meet neoliberal demands– was seamlessly integrated into the social, cultural, and educational Project envisioned by the Chilean authorities. Initiatives such as the Cátedras Ambulantes and clinics in Spanish villages, along with the Secretaría's participation in operaciones cívico-militares in rural Chile, and the establishment of polyclinics by CEMA-Chile, extended authoritarian oversight to geographically isolated populations. These efforts sought not only to modernise the state but also to "immunise" the population against the influence of un-Christian, leftist ideologies.

Key Words: maternal and child healthcare, motherhood, Sección Femenina, Secretaría Nacional de la Mujer, CEMA-Chile, Francoism, Pinochetism, eugenics, rural women.

PRIMERA PARTE:

¿POR QUÉ ESTUDIAR LA MATERNIDAD RURAL DURANTE LOS REGÍMENES DE FRANCO Y PINOCHET? LAS BASES DE UNA INVESTIGACIÓN

1.1 Introducción: objetivos, preguntas de investigación e hipótesis de partida

En 2003, Pedro Lemebel –un reconocido escritor, dramaturgo y activista LGTB chileno– publicó su libro *Zanjón de la Aguada*. En una de las crónicas que relata en sus páginas, entra en el recuerdo de muchas mujeres de los sectores populares de la Región Metropolitana para narrar el momento en que Lucía Hiriart, esposa de Augusto Pinochet, dio instrucciones a modo de consejos a estas mujeres para que pudieran alimentar a sus familias en los difíciles momentos que atravesaba el país a raíz de la crisis económica de 1982. Rememora Lemebel:

> "En el gimnasio municipal, se reunía la señora del dictador con las mujeres (…) las abuelas, madres, tías y sobrinas que la escuchaban con rabia y pena. La oían en silencio dando sus conferencias para sobrevivir en estos tiempos difíciles. Saquen papel y lápiz, les ordenaba una secretaria, para que anoten las ricas recetas de comida barata que ustedes pueden hacer con desperdicios (…). Juntando cáscaras de papas, bien lavadas, pueden hacerse una sabrosa sopa que reemplazará la cazuela agregándole una coronta de choclo. No boten las cáscaras de manzana porque pueden hacer un lindo kuchen para la once, decorado con granos de uva que se recogen en la feria. Ustedes no saben lo que puede hacer la imaginación en estos tiempos de crisis. Sobre todo en la cocina popular (…). No boten las sobras ni los cuescos, ni los huesos que es pura vitamina si los muelen (…)" (2003: 95).

El régimen chileno no mostró interés en abordar la histórica desigualdad socioeconómica que había sido exacerbada por la implementación del modelo neoliberal. Su enfoque se limitó a mitigar los "efectos colaterales" de estas desigualdades, como el hambre y la pobreza en las familias más vulnerables, sin recurrir a una intervención estatal significativa. Sin embargo, las autoridades civiles y militares sí priorizaron la regulación de la reproducción de la población chilena. En la investigación de máster que antecede al presente trabajo, se ha evidenciado que la legislación chilena de 1989, que criminalizó completamente el aborto mediante un decreto promulgado en el último año de la dictadura de Augusto Pinochet, fue influenciada por el hispanismo franquista. Este vínculo se explica en parte por la figura de Jaime Guzmán, abogado católico y principal ideólogo de dicha legislación, quien era admirador declarado de Francisco Franco (Leiva-Vargas, 2023a). Además, Guzmán había expresado su absoluto rechazo a la interrupción voluntaria del embarazo durante las sesiones de la Comisión Constituyente de 1974:

> "(…) pero en el caso del aborto se trata de un homicidio y, a su juicio, por trágica que sea la situación en que se vea envuelta la madre (…) ella está obligada siempre a tener el hijo, en toda circunstancia, como parte (…) de la cruz que Dios puede colocar al ser humano"[1].

[1] Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, sesión 87ª, Ejemplar nº 16, República de Chile, 14 de noviembre de 1974, Biblioteca Digital del Congreso Nacional de la República de Chile, p. 14.

Estas declaraciones apelaban a una defensa irrestricta de la vida desde el momento de la concepción, lo que implicaba atribuir un alto valor a la infancia dentro del discurso oficial del régimen. No obstante, esta supuesta importancia resultaba contradictoria frente a las afirmaciones previamente emitidas por la esposa de Pinochet, dirigidas a las madres chilenas que experimentaban la frustración de no poder alimentar adecuadamente a sus hijos debido a la precariedad de sus condiciones de vida. Frustración que crecía cuando conocían los lujos con los que vivía la familia Pinochet Hiriart.

Por otro lado, diferentes historiadoras chilenas han demostrado la existencia de una productiva y estrecha relación entre la Sección Femenina del régimen franquista y una de las principales instituciones femeninas de la dictadura cívico-militar de Pinochet: la Secretaría Nacional de la Mujer (Grez Cook, 2015; Tessada, 2017a), presidida por Lucía Hiriart. Ante estas conexiones, surge una interrogante central: si las leyes que prohibieron el aborto en Chile tenían sus raíces en el franquismo y las instituciones femeninas del régimen pinochetista estaban influenciadas ideológicamente por el falangismo femenino español, ¿podría entonces haber tenido el régimen franquista un impacto significativo en la manera en que la dictadura chilena conceptualizaba la maternidad? Sumado a ello, y considerando la postura de Jaime Guzmán en defensa de los derechos de los niños no nacidos, resulta pertinente cuestionarse si las políticas relacionadas con la protección de la infancia, en particular aquellas dirigidas a la salud materno-infantil implementadas durante el período, también estuvieron influenciadas por dicho modelo franquista. También es sabido que la Sección Femenina centró muchas de sus actuaciones en el mundo rural español, ¿qué sucedió en el caso chileno?

El principal objetivo de esta investigación es analizar la influencia de los discursos y las políticas de salud materno-infantil en la construcción de la maternidad de las mujeres de los sectores rurales de España y de Chile durante la dictadura de Franco y Pinochet. A partir de este propósito, se plantean dos preguntas: ¿cuál es la construcción social que se tiene de las mujeres desde el diseño y la implementación de las políticas destinadas a la maternidad en las dictaduras franquista y pinochetista? y ¿cuáles eran y cómo se construyeron los mandatos familiares en estos períodos? Para ello, en primer lugar y como objetivos específicos, es necesario identificar los mandatos familiares que se construyeron en la sociedad española y chilena en el período de sus últimas dictaduras cívico-militares como también reconocer los discursos y las políticas de salud materno-infantil ejecutadas durante el franquismo y el pinochetismo y la manera en que se implementaron en las mujeres del mundo rural de ambos países. En este sentido, será necesario indagar en la labor de instituciones como el Cuerpo de Divulgadoras Rurales de Asistencia Social y Sanitaria de Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile[2] para el caso chileno.

[2] CEMA-Chile, cuya sigla significa Centros de Madres Chile, fue una fundación de financiamiento privado que otorgaba asistencia social a las mujeres vulnerables socioeconómicamente del mundo urbano y rural. Si bien esta institución tuvo su origen en democracia durante las décadas previas a la dictadura

De este modo, se busca profundizar en los discursos médicos e institucionales sobre la maternidad, no sólo durante ambas dictaduras, sino igualmente en las décadas previas del siglo XX. Este enfoque permitirá identificar las continuidades y diferencias en las concepciones y políticas relacionadas con la maternidad a lo largo de distintos momentos históricos.

Frente a estas cuestiones, se plantean dos hipótesis. La primera es que las dictaduras de Franco y Pinochet tenían por propósito aumentar la natalidad y disminuir la mortalidad infantil a través del fortalecimiento del rol de género tradicional en las mujeres como madres abnegadas del cuidado y crianza de sus hijas e hijos. Por esta razón, no implementaron políticas de regulación de la fecundidad para disminuir las muertes maternas o infantiles, sino que fortalecieron la salud materno-infantil a través de prácticas paternalistas y asistencialistas. A partir de esta orientación, se responsabilizó a las mujeres directamente de la protección, cuidado y supervivencia de la infancia sin considerar factores importantes como la desigualdad socioeconómica de las mujeres y sus familias.

La segunda, en relación con la maternidad, establece que estas dictaduras se caracterizaron por su lógica "salvacionista" al considerar que las mujeres habitantes de los territorios rurales eran incapaces de ser buenas madres a raíz de su pobreza y de su apego a costumbres y saberes alejados de la razón científica, por lo que necesitaban una guía apropiada para criar a sus hijas e hijos y así evitar que su negligencia desencadenara problemas de salud o la muerte de los niños. Al mismo tiempo, se temía que la falta de educación de las madres rurales desviara a sus hijos del camino a convertirse en ciudadanos de bien. De este modo, el control social ejercido a través de instituciones como Sección Femenina, la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile tenía como objetivo salvar a la infancia tanto de la muerte como de las ideologías de comunistas, socialistas y anarquistas.

Estas mismas hipótesis permiten la generación de nuevas preguntas a resolver: ¿existió una influencia directa que evidencie similitudes con España en el intervencionismo a las mujeres y familias rurales a través de las políticas de salud materno-infantil implementadas en Chile bajo el pinochetismo? Y si fue así, ¿cómo influyó la implementación de estas políticas en las experiencias de las madres del medio rural en los períodos históricos mencionados? Así, por último y como objetivos específicos, para responder estas dudas es importante conocer la labor de Sección Femenina en la construcción del rol de género y la maternidad durante la duración del régimen español y su vínculo con la Secretaría Nacional de la Mujer en Chile. Por este motivo, es importante la indagación en el ideal de madre que se promovió durante ambas dictaduras y el vínculo entre las mujeres españolas y chilenas a través de estas instituciones femeninas.

---

cívico-militar, fue privatizada e instrumentalizada por el régimen para construir una base de apoyo al mismo mediante la cooptación de mujeres voluntarias que quisieran colaborar con lo que se denominó la Refundación Nacional (Valdés y Weinstein, 1993).

Considerando lo anterior, se propone que la Secretaría Nacional de la Mujer importó algunas de las políticas asistenciales y sanitarias implementadas por la Sección Femenina durante el régimen franquista y las adaptó a la realidad chilena, a partir de las relaciones ya existentes entre mujeres integrantes de esta institución femenina chilena y las falangistas. Esto parece haber sido muy útil para que la dictadura de Pinochet desarrollara su política demográfica, la que demandaba el aumento de la población mediante el control del cuerpo de las mujeres para así poblar los territorios más deshabitados de Chile con el objetivo de garantizar la seguridad nacional, todo desde una perspectiva biopolítica y geopolítica.

Además, resulta impresindible comparar la intervención estatal dirigida a las mujeres y familias rurales en España y Chile a través de las políticas materno-infantiles implementadas durante estas dictaduras. Específicamente, se analizarán las estrategias empleadas para difundir y educar a las mujeres rurales sobre el modelo de mujer y madre promovido por ambos regímenes. Asimismo, se buscará vincular la aplicación de estas políticas con las experiencias de vida de las mujeres que ejercieron su maternidad durante dichos períodos en ambos contextos.

Inicialmente, esta investigación propone como cuarta hipótesis que, a pesar de los esfuerzos del franquismo y el pinochetismo por promover un ideal homogéneo de mujer y madre, con el propósito de revertir las transformaciones en los roles de género ocurridas en los gobiernos previos a las dictaduras, y de difundir políticas de salud materno-infantil alineadas con dicho ideal, la maternidad no fue vivida de manera uniforme por las mujeres españolas y chilenas. En otras palabras, quiere decir que las diversas experiencias maternas, que no se ajustaban a la norma ni al mandato familiar hegemónico de estos regímenes, implicaron diferentes formas de asimilación y resistencia. Esto se explica porque las experiencias de las mujeres deben ser entendidas como diversas y contextuales, en lugar de universales.

Todo lo anterior está orientado a centrar el diálogo entre las políticas materno-infantiles implementadas por el Estado y las instituciones femeninas de estos regímenes, las mujeres rurales y la construcción de los mandatos familiares y los roles de género, entendidos estos últimos como una construcción social e histórica donde confluyen distintos aspectos que forman la identidad de las personas (Scott, 1996). Por lo tanto, estos lineamientos facilitarán el reconocimiento de elementos de asimilación y resistencia en torno al ideal de maternidad impulsado por el franquismo y el pinochetismo.

Llegados a este punto, es momento de explicar las cuatro importantes razones que convierten esta tesis doctoral en una investigación de gran relevancia.

En primer lugar, la centralidad en la maternidad rural como objeto de estudio. Si bien la maternidad ha sido estudiada en diferentes aspectos, la mayoría de los trabajos históricos que la estudian durante el siglo XX tanto en España como en Chile la han abordado desde una perspectiva netamente urbana o bien, han mencionado la ruralidad

de manera puntual, sin desarrollarla en profundidad. No obstante, la maternidad rural de forma concreta durante los períodos históricos que recoge esta investigación se ha estudiado escasamente, al menos desde la Historia como disciplina, por lo que esta investigación ahonda en una dimensión específicamente poco trabajada.

Como segundo punto, se destaca el rescate de las experiencias de las mujeres como sujetas históricas. La mayoría de las investigaciones que reconocen a la maternidad como objeto de estudio histórico en España y Chile lo hacen a través de los discursos científicos, morales y religiosos que la conciernen o analizan las normas, leyes y costumbres que rigen la vida de las madres y su relación con la comunidad y la autoridad, pero es menos común la incorporación de las experiencias y la subjetividad de las mujeres y de sus propias vidas (Bolufer, 2010). Por esta razón, esta tesis doctoral incorpora las fuentes orales como elemento crucial de análisis respecto a las políticas que emanaban desde estos regímenes. Los testimonios y circunstancias vitales de las mujeres como fuentes para el análisis histórico han permitido visibilizar una pluralidad de maternidades que no siempre se han ajustado a los mandatos sociales y familiares hegemónicos y que aún es necesario de rescatar, sobre todo desde el último tercio del siglo XX, momento en que la maternidad dejó de comprenderse desde la Historia como una experiencia homogénea.

En el caso de esta investigación y desde la disciplina histórica, se busca la aproximación a la maternidad como experiencia de vida y a través de ella, comprender que ha sido y continúa siendo "objeto de intervención ajena, por lo general pública, aunque en muchas ocasiones sujeta a 'intermediarios', tales como médicos, filántropos o educadores" (Palacio Lis, 2003a: 27), y no únicamente durante los regímenes de Franco y Pinochet.

Tercero, este trabajo profundiza en la relación entre España y Chile durante el franquismo y la influencia de este régimen en los pilares ideológicos de la dictadura de Augusto Pinochet. Es un aspecto histórico aún muy poco estudiado y las escasas publicaciones existentes frente al tema pertenecen a historiadoras chilenas. Además, aunque se hayan hecho algunas investigaciones respecto a la relación entre Sección Femenina de la Falange Española y la Secretaría Nacional de la Mujer o algunos aspectos institucionales entre ambos Estados, no se ha abordado su aplicación concreta en Chile respecto a ámbitos específicos, como es la asistencia sanitaria.

Y, en cuarto lugar, el elemento rural. En Chile, la maternidad rural en la dictadura pinochetista ha sido un tema de investigación relativamente reciente, donde se ha abordado pocas veces en territorios específicos. En el caso de España, la maternidad se ha estudiado de la misma manera, pero dentro del análisis de las actividades realizadas por Sección Femenina en el campo español y no a partir de testimonios de mujeres que hayan sido destinatarias de dichas políticas. En este sentido, esta tesis doctoral tiene como novedad el análisis de la maternidad rural en dos países aparentemente distintos, pero conectados por el hecho de que España y el franquismo

sirvieron como base ideológica para un proyecto de género en la dictadura cívico-militar chilena.

1.2 Reflexiones metodológicas: fuentes utilizadas y obstáculos encontrados

Para llevar a cabo esta investigación se necesita del uso de la metodología cualitativa toda vez que utiliza el testimonio como uno de los elementos centrales para abordar la problemática, lo que la vincula estrechamente a la Historia Oral. El rescate de las experiencias de las mujeres de los sectores rurales de España y Chile que vivieron sus maternidades durante el franquismo y el pinochetismo, significa un acto de reparación sobre su exclusión de la voz del relato de ambas dictaduras, la que "sería siempre masculina, mientras que las experiencias de los otros sujetos ocuparían un espacio excéntrico y excepcional" (Faure, 2018: 6). Además, este discurso excluye elementos como la clase, la etnicidad y el territorio. En el caso de los regímenes militares represivos, la memoria se articula como un espacio en disputa al enfrentarse una memoria oficial de la dictadura y una memoria popular contestataria que, si bien no ha logrado imponerse, ha salido de las sombras en las que permanecía. De esta manera, la representación de las mujeres en la memoria histórica surgiría desde la ciudadanía pasiva bajo victimización, fragilidad y experiencias de vida limitadas únicamente al espacio doméstico y privado (Casas, 2008).

Para seleccionar los territorios en los que encontrar los testimonios de mujeres con estas características, se han considerado aquellas provincias de ambos países que, por un lado, tuvieran un menor nivel de desarrollo socioeconómico y sanitario y/o mayor nivel de pobreza extrema y, por el otro, presentaran mayores índices de mortalidad infantil al comienzo de ambas dictaduras. Luego, con las provincias seleccionadas, se ha considerado la cantidad de población que habitaba en ellas, escogiendo las que tuvieran menor población en la totalidad de su territorio y, además, mayor población rural según la información los Censos Poblacionales entre 1940 y 1970 para el caso español y los Censos de 1972 y 1982 para el caso chileno.

En el caso de España, y utilizando los datos estadísticos presentados por el trabajo realizado por Josep Bernabeu-Mestre, Pablo Caballero Pérez, María Eugenia Galiana-Sánchez y Andreu Nolasco Bonmatí (2006) sobre los niveles de vida y salud en la España del primer franquismo y su relación con la mortalidad infantil, se han seleccionado las siguientes provincias: Ávila, Guadalajara, Huesca, Logroño (actual La Rioja), Ourense, Palencia, Segovia y Teruel. Del mismo modo, para el caso de Chile, se han considerado estadísticas correspondientes a las 28 provincias administrativas de Chile existentes entre 1968 y 1975 encontradas en el trabajo de María de la Fuente, Julia González, Hugo Muñoz, Fernando Muñoz y Gladys Yentzen, publicado en 1976, en el que se analizan los niveles de vida y salud y el concepto de pobreza extrema en la población chilena de la época por regiones. La elección de utilizar esta división política-administrativa responde a que era la que se encontraba vigente cuando las Fuerzas Armadas impusieron el golpe de Estado en 1973. De estas provincias, se han elegido aquellas que relacionan un mayor nivel de mortalidad infantil con un porcentaje de

población que viviera en extrema pobreza mayor al 25%. Posteriormente, se han excluido las provincias con mayor cantidad de habitantes. De este modo, las provincias seleccionadas fueron Arauco, Atacama, Linares, Malleco, Maule y Aysén.

Los testimonios de mujeres de estos territorios corresponden a entrevistas realizadas con preguntas semi-estructuradas por medio de las cuales se indaga –principal, pero no exclusivamente– en sus infancias, su relación con el medio rural, las actividades sanitarias del régimen franquista y pinochetista respectivamente y sus experiencias con la maternidad. Considerando que el régimen franquista finalizó en 1975 y la dictadura pinochetista se inició en 1973, se entrevista a mujeres que hubieran sido madres rurales en España durante el tardofranquismo para garantizar la proximidad temporal y etaria entre las entrevistadas de un país y el otro.

¿Qué se entiende por ruralidad en esta investigación? En España, durante los años cincuenta, se consideraba como ámbito rural a aquellos poblados con una población inferior a 10.000 habitantes (Collantes Gutiérrez, 2007). Sin embargo, en numerosas ocasiones, las localidades con un número de habitantes comprendido entre 2.000 y 10.000 no eran categorizadas ni como urbanas ni como rurales, lo que generaba cierta ambigüedad en su clasificación (Santillana, 1964: 73). Además, en gran parte de la documentación consultada, la presentación de diversos datos se expresaba incluyendo o excluyendo la capital de la provincia. En otras ocasiones, la información se organizaba simplemente en dos categorías: "capital de provincia" y "pueblos". Ante esta falta de consenso en la definición del mundo rural, la selección de las entrevistadas se llevó a cabo mediante dos estrategias. En primer lugar, se aplicó el método de muestreo en cadena o «bola de nieve», que consistió en solicitar a diferentes personas de las provincias seleccionadas que recomendaran a mujeres que cumplieran con los criterios establecidos para la investigación. Posteriormente, si las mujeres sugeridas habían residido o aún residían en localidades con una población inferior a 2.000 habitantes durante el período franquista, eran escogidas. Este método fue particularmente eficaz en las provincias de Ourense, Zamora y Ávila. No obstante, las entrevistas restantes se realizaron tras identificar localidades previamente documentadas en los archivos de las delegaciones provinciales de la Sección Femenina. De esta manera, se priorizaron aquellos pueblos que habían sido visitados por las Cátedras Ambulantes o en los que existía evidencia de la presencia de una Divulgadora Rural de Asistencia Social y Sanitaria de la organización falangista femenina.

Por otro lado, y según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Chile cambió su definición de «población rural» entre el Censo de Población de 1970 y 1982. Para el primero, realizado en democracia, la población urbana era definida como aquella que vivía en un área que presentaba un mínimo de cuarenta viviendas continuas o agrupadas, con definición preestablecida de calles, y que contaba con carabineros, servicio de correos, luz eléctrica, agua potable, alcantarillado, comercio establecido y/o escuelas. En ese sentido, la población rural consistía en aquella "que vive en áreas que no cumplen con los requisitos mínimos de las áreas

urbanas"[3]. Posteriormente, para el segundo censo en 1982, bajo el régimen de Pinochet, el concepto cambió. Sus principales características se resumían en que los lugares donde habitara la población presentara rasgos de urbanización al menos incipiente y contaran con un mínimo de sesenta viviendas agrupadas y contiguas, siempre que tuviera una cifra inferior a 301 habitantes[4]. Al mismo tiempo, la población rural fue descrita como "aquella que habita en lugares donde predomina el paisaje natural"[5]. Por lo tanto, para seleccionar a las entrevistadas se recurrió también al método «bola de nieve» y luego se comprobó que estas mujeres hubieran vivido o todavía vivieran en localidades pequeñas, relativamente aisladas, cuyas características no cumplieran los requisitos para ser clasificadas como urbanas. Se escogió a mujeres que habitaran comunidades campesinas o en parcelas alejadas de otros habitantes. Para el caso de la provincia de Aysén, y a pesar de estar considerada como urbanización por contar con 438 habitantes por el Censo de 1982[6], se eligió la localidad de La Junta por dos factores importantes: ser uno de los pueblos que sufrió mayor aislamiento en toda la Patagonia al no ser un pueblo fronterizo (con Argentina) ni costero, y porque ha sido posible contactar con una de las mujeres campesinas fundadoras de la localidad que, además, había sido socia clave en el centro de madres local perteneciente a CEMA-Chile.

Respecto a la documentación y archivos que respaldan esta investigación, se han elegido diversas fuentes documentales, hemerográficas y audiovisuales.

Entre ellas se cuentan las revistas de circulación nacional de la Sección Femenina para el caso español (Revista *Teresa*; *Y, revista de la mujer Nacional Sindicalista* y Revista *Consigna*) y de la Secretaría Nacional de la Mujer (Revista *Amiga*) y CEMA-Chile (Revista *CEMA-Chile*), ubicadas en la Biblioteca Nacional de España y en la Biblioteca Nacional de Chile, respectivamente. En adición a esto, se contempla la revisión de los discursos oficiales del Estado dirigidos a las mujeres tanto de Francisco Franco como de Augusto Pinochet, y también memorias y discursos de Pilar Primo de Rivera y Lucía Hiriart de Pinochet (Biblioteca Nacional de España y Biblioteca Nacional de Chile), Boletines Oficiales del Estado y la legislación de ambos países durante sus regímenes que concierne a la regulación de la fertilidad y la contracepción.

No menos importante es el análisis de archivos audiovisuales como el documental de Sección Femenina titulado "Nuestra Misión" (1940), grabación con fines propagandísticos sobre la labor de las Divulgadoras Rurales de Asistencia Social y Sanitaria en los pueblos de España (Filmoteca Española). Asimismo, se contempla la documentación que detalla las actividades sociosanitarias canalizadas a través de Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile. Documentación

[3] *Definición de población urbana y rural utilizadas en los censos de los países latinoamericanos*, CEPAL, 2013, p.3.
[4] Ibid.
[5] Op. Cit., p. 4.
[6] *Localidades pobladas, XV Censo Nacional de Población y IV de Vivienda de Chile, Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo*, Instituto Nacional de Estadísticas, abril de 1982, p. 18.

como fichas del registro de las diferentes actividades sanitarias desarrolladas por las Divulgadoras Rurales Sociales y Sanitarias de Sección Femenina (Archivo General de la Administración y los Archivos Históricos de cada provincia) y los Anuarios de Atenciones y Recursos del Servicio Nacional de Salud de Chile entre 1973 y 1983, donde se registraban las atenciones de salud a la infancia y a las madres (Biblioteca Nacional de Chile). Además de ellos, es interesante la revisión de prensa de las provincias seleccionadas tanto en España como en Chile en búsqueda de noticias que aludieran a la presencia y actividades desarrolladas tanto por Sección Femenina como por la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile (Archivos Históricos de cada provincia y Bibliotecas municipales, respectivamente). Por otro lado, y como consecuencia de la pandemia de COVID-19, las fronteras de la República de Chile permanecieron cerradas durante un extenso tiempo. Por este motivo, se ha visitado el Instituto Iberoamericano de Berlín, ya que se ha averiguado que entre sus documentos resguardaba memorias y reportajes exclusivos publicados por la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile, todo en formato microfilm.

En relación con los discursos médicos y del personal de salud, se analizan las publicaciones sobre la salud materno-infantil de la colección *Al servicio de España y el Niño Español* de la Dirección General de Sanidad (Depósito Digital de Documentos de la Universidad Autónoma de Barcelona) y de los *Cuadernos Médico-sociales* del Colegio Médico de Chile (Archivo Digital del Colegio Médico de Chile) durante el período de duración del régimen de Franco y de Pinochet respectivamente, a través de las cuales se busca identificar la promoción, el rechazo o la resistencia hacia un modelo específico de ser madre.

De la misma manera, se utiliza el documento de la *Política de Población* del régimen de Pinochet publicado por la Oficina de Población Nacional (ODEPLAN) (Biblioteca Nacional de Chile).

Esta investigación constituye un estudio comparativo a partir de dos países, España y Chile, con realidades aparentemente diferentes, pero que están estrechamente vinculadas a partir de una relación cultural y diplomática desde los inicios del franquismo. Este vínculo se vio reflejado en una cercana (y familiar) colaboración directa entre mujeres de la élite chilena que habían sido becarias de Sección Femenina y mujeres falangistas de esta organización. Estas becarias terminaron desempeñándose en el Círculo Cultural Femenino Isabel la Católica, cuyas sedes se encontraban en las ciudades de Santiago de Chile, Valparaíso y La Serena. Esta experiencia permitió que luego ocuparan cargos directivos y de ejecución en la Secretaría Nacional de la Mujer durante el régimen de Pinochet (Tessada, 2017a). De esta forma, se analizan documentos relativos al I Congreso Femenino Hispanoamericano y de las Filipinas (Archivo General de la Administración), correspondencia entre Sección Femenina y los Círculos Culturales Femeninos presentes en Chile (Archivo General de la Administración), entre otros que permitan evidenciar esta relación y profundizar en las influencias del hispanismo en Chile y en las mujeres chilenas.

Por último, estos archivos son analizados junto a la revisión de bibliografía especializada de las políticas de salud materno-infantil y maternidad en España y Chile en el siglo XX, poniendo énfasis en aquella que se centra durante el régimen de Franco y en el de Pinochet, además de aquella producción bibliográfica afín a la historia contemporánea de ambos países.

Durante el desarrollo de esta investigación, se han presentado tres obstáculos. El primero, la censura en el acceso a documentación provincial correspondiente a los años del régimen franquista que contiene datos personales, como rige la Ley 16/1985 de Patrimonio Histórico Español. El apartado c) del artículo 57.1 señala que "los documentos que contengan datos personales de carácter policial, procesal, clínico o de cualquier otra índole que puedan afectar a la seguridad de las personas, a su honor, a la intimidad de su vida privada y familiar y a su propia imagen, no podrán ser públicamente consultados sin que medie consentimiento expreso de los afectados o hasta que haya transcurrido un plazo de veinticinco años desde su muerte, si su fecha es conocida, o en otro caso, de cincuenta años, a partir de la fecha de los documentos" (Molinero, 2011: 288). Esta normativa ha impedido que se revisara documentación sobre las participantes de las diversas actividades desarrolladas por la Sección Femenina en los Archivos Históricos de las provincias españolas mencionadas previamente, sobre todo aquellos archivos correspondientes a los años setenta.

El segundo obstáculo ha determinado la exclusión de la provincia de Atacama. Durante los meses de abril y mayo de 2022, en el contexto de un viaje a Chile destinado a la realización de entrevistas y revisión de archivos, se encontraba vigente un Estado de Excepción en la Región de Atacama, que alberga la provincia homónima. Esta circunstancia imposibilitó el traslado al territorio, lo que obligó a su descarte en el marco de la investigación.

Finalmente, se enfrentaron múltiples dificultades en Guadalajara, España. Uno de ellos fue la negativa de los cónyuges de mujeres de algunos pueblos a que participaran en la entrevista, lo que limitó de manera significativa la posibilidad de recabar sus testimonios. Otro fue la dificultad para acceder a los testimonios de algunas mujeres por negativa propia. Un ejemplo de ello fue el caso de Isabel, residente del pueblo Pozo de Guadalajara y de 90 años de edad, quien declaró que "no quiero recordar tanto lo que me ha pasado". Junto con ello, durante el trabajo de campo en uno de los pueblos de la provincia, he vivido una situación de acoso sexual con un habitante del lugar, lo que generó un entorno hostil que comprometió mi seguridad personal y las condiciones esenciales para continuar con la investigación. Por lo tanto, estas circunstancias obligaron al abandono de Guadalajara como provincia en la que recolectar testimonios para este estudio.

1.3 El abordaje teórico: Historia social, Historia Transnacional, Historia Comparada, género y fascismo

Respecto al soporte teórico de esta tesis doctoral, este trabajo está construido desde la Historia Social, la perspectiva de género en la historia, la Historia Transnacional y la Historia Comparada.

Como afirma Sergio Grez (2004), la historia social se centra ya no sólo en la asociatividad y la política puesto que incorpora al análisis lo cultural y lo cotidiano, abriéndose a la subjetividad y participación de los propios sujetos históricos. En ese sentido, María Angélica Illanes afirma que, si bien la historia social no busca terminar con la historia oficial, sí busca "la emancipación de sus mitos, especialmente de aquellos que tienden a universalizar, homogeneizar y subsumir el conjunto de la sociedad real" (1990: 15).

De este modo, además de interesarse por los discursos en torno a la maternidad, la normativa tanto legislativa como social, las instituciones que pusieron en funcionamiento la implementación de las políticas materno-infantiles y el aparato estructural de las dictaduras de Franco y Pinochet, esta investigación indaga en las experiencias vitales de aquellas mujeres que vivieron su maternidad en dichos períodos, buscando sus testimonios y, por ende, interpretando su subjetividad frente a estos procesos históricos.

La historia de las mujeres y las relaciones de género como una de las aristas teóricas en la que se sustenta esta tesis doctoral parte de la base de la reconocida definición que Joan Scott hace al plantear el género como una categoría útil para el análisis histórico, siempre que se haga desde una perspectiva relacional (1996; 2011). El planteamiento de Scott es relevante para esta investigación toda vez que ella identifica el género como un elemento central en las relaciones basadas en la diferencia sexual y lo constituye como una primera relación de poder, reconociendo que el peso simbólico de esta diferencia sexual es el cimiento sobre el que se estructura y organiza toda la vida social (1996). De este modo, las dinámicas particulares y contextualmente específicas en diferentes momentos históricos y lugares que crea el género al legitimar y construir las relaciones sociales, determina que desde la Historia se analicen las maneras en que se ha concebido tanto el sexo como la diferencia sexual, considerando que esas experiencias varían según la clase, la cultura, la etnicidad, la religión y la geografía (Scott, 2011).

También es crucial la relación entre los conceptos de género y nación, planteamiento que deriva de Nira Yuval-Davis (1996), quien identifica a las mujeres como las reproductoras biológicas, culturales y políticas de la nación o la patria al ser el género funcional a la construcción cultural de las colectividades. Esto es lo que ha obligado a los Estados a controlar sus cuerpos porque nacer dentro de la nación es el mecanismo preferente por el cual se pertenece a ella. Por lo tanto, el cuerpo de las mujeres aparece como un instrumento mediante el que la nación persigue el aumento o

la disminución de la natalidad según las necesidades exclusivas de la misma, ya que las mujeres tienen "la función biológica real de parir hijos" para la patria.

En consecuencia, el género como categoría de análisis es fundamental en este trabajo para indagar y comprender la construcción del ideal de mujer y de madre en las dictaduras franquista y pinochetista. Asimismo, lo es para analizar las funciones que ambos regímenes atribuyeron a las mujeres en la construcción del Nuevo Estado y la Refundación Nacional en España y Chile respectivamente, la creación e implementación de sus políticas de salud materno-infantil, los motivos que explican su política natalista, la criminalización de toda acción que la impidiera o frustrara y el incentivo al predominio de la familia tradicional, entre otras de sus características.

Con relación a lo anterior, si las políticas de salud materno-infantil buscan incentivar la natalidad y al mismo tiempo, modificar el comportamiento de las mujeres en cuanto cuerpos reproductores, entonces la biopolítica es otro elemento teórico en el que se enmarca este trabajo. Foucault (2020) define la biopolítica como mecanismos o estrategias políticas ejercidas por un soberano sobre un medio/espacio/territorio para modificar el accionar de los sujetos, a través del control y "administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida". Específicamente, para la problemática analizada en esta investigación, Carol Arcos Herrera (2018) explica la «biopolítica de lo materno» como la estatización y nacionalización de la maternidad, por medio de la cual se regula y racionaliza la natalidad de la patria en pos de su beneficio, es decir, que los nacimientos –y, por lo tanto, también el cuerpo de las mujeres– ya no son sólo comprendidos en su dimensión biológica, sino que también política. Es a través de la maternidad que las mujeres cumplen su función ciudadana con la nación, con la patria. Y una de las maneras en que esta función es controlada es a través de la medicina, la que actuando como un saber/poder convertido en una técnica política de intervención, se aplica sobre el cuerpo, la población y sus procesos biológicos –en este caso los procesos biológicos de las mujeres– y genera efectos disciplinarios y organizadores (Foucault, 2000).

Siguiendo las relaciones establecidas entre la Sección Femenina y las mujeres de la élite chilena que llegaron a ocupar los cargos de la que se convertiría en la Secretaría Nacional de la Mujer durante el régimen de Pinochet, la perspectiva aportada sobre lo que Davide Rodogno denomina «la Esfera Transnacional» (2015) es una herramienta sustancial. Al indagar en la influencia que la organización femenina falangista ejerció en la configuración del proyecto de género que la Secretaría desplegó durante la vigencia de la dictadura chilena, es necesario considerar la formación de una nueva esfera transnacional basada en la creación de una comunidad hispanoamericana en la que Sección Femenina se presentaba como experta. Más allá de sus fronteras, y como se verá en la investigación, las falangistas compartían conocimiento y recursos sobre sus obras en España e incentivaban el intercambio de ideas a partir de eventos como el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano sobre lo que las mujeres herederas de la Hispanidad debían conseguir en sus respectivos países para preservar ese legado. Para

esta dimensión de los fascismos como el falangismo femenino español, Martin Kristoffer Hamre (2019) propone dos vías de trabajo. La primera es el estudio de las conexiones indirectas entre diferentes movimientos al centrarse en la transferencia, traducción, recepción y transmisión de las ideas fascistas, como la iniciativa de Sección Femenina respecto al congreso ya mencionado. Y la segunda se refiere a las conexiones directas entre las organizaciones y redes que fortalecieron el impacto de un movimiento fascista sobre el otro. En el caso de Chile, los Círculos Culturales Femeninos Hispanoamericanos fueron la institución desde donde las ex becarias chilenas de Sección Femenina se articularon para continuar cultivando sus aprendizajes con las falangistas en España.

Por otro lado, esta investigación revela el transcendental aporte que ofrece la Historia Comparada debido a que es sólo en el ejercicio de la comparación de una misma problemática, en este caso, entre las dictaduras de Franco y Pinochet, que se desvelan los matices que caracterizan las particularidades de un proceso en un lugar. El gran temor que acompaña a este método historiográfico es la supresión de elementos únicos de la historia nacional. No obstante, es imposible reconocer los rasgos distintivos o comunes de un país o nación sin compararle con otros (Allen, 2012: 112). Sumado a ello, es sabido que el golpe de Estado ejecutado contra Salvador Allende en Chile fue orquestado con la colaboración internacional de la CIA de Estados Unidos, pero es más desconocido el vínculo entre el franquismo y la dictadura pinochetista. Precisamente, la identificación de elementos comunes se presenta como una situación probable de concretar, sobre todo respecto a los discursos dirigidos a las mujeres y las posturas que ambos regímenes expresaban sobre su papel en la sociedad y la reproducción tanto biológica como doméstica. Frente a este punto, la opresión de las mujeres como sujetos históricos constituye una experiencia compartida por ellas a nivel mundial y es precisamente el estatus de las mujeres, como afirma Ann Taylor Allen, lo que generalmente simboliza las diferencias y las semejanzas entre las civilizaciones y los países, más que cualquier otro aspecto de la cultura (2012: 108).

Finalmente, y aunque la profundización en la definición de «fascismo» excede las pretensiones de esta investigación, es necesario desarrollar brevemente algunos aspectos clave en torno al concepto y sus implicaciones toda vez que se presenta como un dispositivo útil para comprender las dictaduras de Franco y Pinochet, aun cuando ninguna de éstas pudiera ser denominada como «fascista». La identificación de elementos propios del fascismo en ambos regímenes puede servir para aterrizar los objetivos que existieron detrás de la instalación de estas dictaduras en España y Chile respectivamente y la importancia de destacar la influencia de la primera sobre la segunda.

Roger Griffin (2010) afirma que el fascismo buscaba terminar con la decadencia de Occidente por medio de una revolución que resolviera la crisis espiritual de la modernidad y transformara la civilización desde su interior. El modernismo, explica el historiador, nació como respuesta a la modernidad, identificada como responsable de

quebrantar las convenciones tradicionales que sustentaban las creencias normativas y prácticas que otorgaban sentido y significado al lugar que el ser humano ocupaba en el mundo, arrastrándole a la decadencia y desencanto con la vida. En ese sentido, el fascismo se presentó como un intento de reconstruir la sociedad moderna a partir de un proceso de regeneración total de la civilización. Esta regeneración implicaba la formación de «nuevos seres humanos», sobre los que se aplicarían políticas modernistas que dieran a luz una nueva cultura arraigada en la propia historia de la nación, sana y ultramoderna. Bajo ese argumento, Griffin (2010) habla de la «destrucción creativa» que movilizaba a los regímenes fascistas, específicamente en relación al liberalismo y al socialismo o en sectores concretos de la población, como hizo el nazismo. Esta nueva cultura debía abarcar todas las áreas de la vida nacional e instalar en el imaginario colectivo, mediante iniciativas propagandísticas, la necesidad de una palingenesia total que llevara al renacimiento nacional. En otras palabras, el fascismo daría forma a una modernidad alternativa que regenerara y purificara a la comunidad nacional con una perspectiva de futuro, pero generalmente enraizada en la nostalgia de un pasado glorioso idealizado. Así, el fascismo mitificaba el pasado, pero creaba mecanismos para desarrollar dinámicas futuras radicales.

A partir de la comprensión de la nación en términos organicistas, el fascismo apuntaba como enemigos de la salud de la sociedad a tres aristas: primero, el individualismo y pluralismo cultural e institucional promovidos por el liberalismo; segundo, el afán de justicia social e igualdad entre los seres humanos que buscaba el socialismo y, tercero, la defensa de la tradición de los conservadores. Así, la regeneración se debía llevar a cabo por un movimiento nacionalista de masas guiado por un líder carismático y fuerzas paramilitares que construiría una nueva comunidad nacional en base a la violencia y la propaganda. Este líder aparece, entonces, como un profeta moderno que otorgaría a esta comunidad una nueva visión del mundo y la conduciría a una nueva era con un prometedor futuro, inspirado en un pasado mitificado. Para ello, debía poner en marcha la «destrucción creadora» –que a veces implicaba el exterminio de aquellos que se identificaran como enemigos raciales– que traería consigo la purificación, el renacimiento y la sacralización de esta comunidad nacional, además de la creación del «hombre y la mujer fascista sanos» bajo una cultura homogeneizada (Griffin, 2010: 256-257).

Según Robert Paxton (2005), el fascismo estaría caracterizado por la preocupación obsesiva por la decadencia de la comunidad y por cultos compensatorios de unidad, energía y pureza. A ello añade el liderazgo de un partido de masas con un fuerte compromiso nacionalista que trabaja, a pesar de las tensiones y diferencias, con las élites tradicionales y abandona las libertades democráticas. De este modo, el fascismo utilizaría la violencia como redención y sin limitaciones éticas o legales para perseguir objetivos de "limpieza interna" y expansión exterior. Sobre este último aspecto, Griffin (2010) pone mucho énfasis en las características regenerativas y palingenésicas del fascismo como un movimiento sociopolítico modernista y en la importancia que tenía la construcción del futuro en sus proyectos nacionales para

contrarrestar el análisis previo del mismo que la historiografía había catagorizado como un fenómeno irracional y retrógrado.

Es interesante la propuesta de Richard Griffin (2016: 35) de analizar el fascismo como un movimiento político del modernismo porque, tal como él lo explica, permite analizar regímenes políticos autoritarios de las derechas en Europa y en América Latina entre 1920 y 1975 desde la perspectiva de la regeneración nacional a escala internacional. Así, el historiador afirma que, a pesar de la predominancia antifascista y ultraconservadora que guió al franquismo como régimen, contenía un carácter lo suficientemente futurista para crear una modernidad alternativa para España. En ese sentido, Ferran Gallego (2016: 92) expresa que el aporte del fascismo a la movilización contrarrevolucionaria española dentro de un espacio políticamente cohesionado se vio reflejado en su dinamismo, su correspondencia con el conflicto armado y su destacable capacidad para congregar las diferentes aristas de la derecha radical. De esta forma, unificó elementos de continuidad y de cambio, de tradición y de revolución, de valores burgueses conservadores e ideas justicialistas, de combinar la jerarquía clasicista y el nacionalismo romántico, de violencia y de orden y de catolicismo y de anticlericalismo.

El debate sobre el carácter del régimen franquista en torno a si es posible catalogarlo como fascismo o no ha abierto una rica producción historiográfica. Richard Griffin descarta que la naturaleza del franquismo fuera fascista, ya que el rol de Falange Española –a pesar del culto dirigido a José Antonio Primo de Rivera– fue reducido a un papel casi completamente propagandístico, pero aun así no hay que olvidar el modernismo social de la visión nacionalsindicalista y la cualidad futurista de esta propaganda (2010: 495).

Raúl Moreno Almendral (2014: 26-27) define al franquismo como una dictadura en la que confluyeron el falangismo y el nacionalcatolicismo como los dos grandes proyectos nacionales que compartían una visión esencialista de España con un protagonismo espiritual católico, el corporativismo y la exaltación de Franco como salvador de la patria. Sin embargo, a su vez, tenían diferencias importantes. Entre ellos, los lineamientos fascistas y la comprensión de la nación y el pueblo español desde una perspectiva imperial y particularmente revolucionaria por parte de Falange Española, mientras que la arista nacionalcatólica enfatizaba el tradicionalismo católico, los valores cristianos de la nación y su perfil anti-revolucionario. Este autor plantea que ambos proyectos fueron fagocitados por el régimen –fascistizado en un comienzo y luego autoritario– con la fuerte influencia del catolicismo jerárquico y, posteriormente, el desarrollismo tecnocrático, evidenciando las diferentes mutaciones que el franquismo experimentó en sus cuarenta años de existencia. La misma línea sigue Ismael Saz Campos (2013) al afirmar que el franquismo era una dictadura fascistizada caracterizada por un nacionalismo reaccionario que sostenía un Estado fuerte y corporativo, cuya sociedad debía ser desmovilizada y despolitizada. Esto marcaría una diferencia importante con el fascismo italiano y el nazismo alemán. Según él, fue el nacionalismo reaccionario el que predominó en la cultura política hegemónica del franquismo, lo que

otorgó la naturaleza preponderante nacionalcatólica. Sin embargo, a finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta, "la cuestión nacional-nacionalista" se convirtió en un elemento amenazante para la estabilidad del régimen, por lo que el discurso de la nación poco a poco perdió centralidad.

Por su parte, Eduardo González Calleja (2011) plantea que, durante la Segunda República, el falangismo no tenía realmente una base electoral contundente, por lo que no se puede hablar de un crecimiento del fascismo, sino de una radicalización violenta de las conservadoras derechas españolas. Además, Joan María Thomàs (2001) opina que el régimen español se diferencia de manera importante de la experiencia italiana o alemana al no buscar integrar a la clase trabajadora al corporativismo fascista, si no someter a la población y ejercer una fuerte represión contra los sectores populares, sobre todo en la inmediata posguerra.

Para el caso de Chile, Robert Paxton (2005: 239) explica que el régimen de Pinochet no puede catalogarse legítimamente de fascista toda vez que no se basó en un apoyo popular ni tuvo libertad para emprender un expansionismo. Al mismo tiempo, afirma que, si la Junta Militar hubiese permitido la movilización de la opinión pública, existía el riesgo de que ésta se volviese en su contra. Otro historiador, Pedro Feria Vázquez (2018), en una comparación entre la dictadura portuguesa, española y chilena, reconoce la desfascistización del franquismo con la derrota del Eje durante la Segunda Guerra Mundial. Al mismo tiempo, puntualiza que tanto Franco como Pinochet no contaban con unanimidad ideológica, por lo que actuaron más bien por un "acuerdo de mínimos" en los que predominaba el anticomunismo y la defensa del orden económico y social tradicional (Feria Vázquez, 2018: 107). Como él mismo declaró en distintas ocasiones, Pinochet era un gran admirador de Franco y se autocomparaba con su figura y a su régimen con el franquista. Lo cierto es que, en sus inicios, la dictadura pinochetista compartía muchos elementos en común con su equivalente español, entre los que se contaban el militarismo, el nacionalismo y el corporativismo, aunque luego evolucionara hacia el neoliberalismo. De todas maneras, el dictador chileno equiparaba su política económica con la liberalización llevada a cabo por España desde 1960 con el desarrollismo. Y es que Pinochet encontró en la dictadura franquista un ejemplo "exitoso" y perdurable de gobierno militar cuando configuró su régimen autoritario, por lo que se inspiró en este último como modelo, tanto en lo político como en lo económico (Feria Vázquez, 2018: 108).

Otros investigadores han identificado el proceso de fascistización de la dictadura de Augusto Pinochet durante sus primeros diez años. Uno de los más importantes ha sido Yanko González Cangas (2020), quien ha investigado la adopción de estrategias inspiradas en modelos fascistas por parte del régimen pinochetista para el adoctrinamiento juvenil. El autor explica que la Secretaría Nacional de la Juventud –un organismo institucional del régimen creado en 1973– fue diseñada para desmovilizar y despolitizar a la juventud chilena haciendo uso de la narrativa de la derecha golpista. No obstante, una nueva entidad se encargaría de organizar y disciplinar a los jóvenes

chilenos en un fuerte deber patriótico y lealtad a la dictadura militar: el Frente Juvenil de Unidad Nacional (González Cangas, 2020: 101). Su objetivo era la formación de una juventud regeneradora, encargada de restaurar los valores tradicionales en el país y eliminar cualquier influencia de ideologías "subversivas" o contrarias al autoritarismo instaurado. Este Frente funcionaba como un verdadero partido de cuadros juvenil de cariz paraestatal, debido a que contaba con el apoyo directo de la Secretaría Nacional de la Juventud. Es más, muchos de sus integrantes participaban como funcionarios de esta secretaría, al punto de alternar sus dirigentes las direcciones de uno y otro organismo (González Cangas, 2020: 104).

De este modo, a través de la ritualización política, la militarización simbólica y el control educativo, el régimen se propuso erradicar la disidencia ideológica y crear una generación que guardara profunda fidelidad a Pinochet, cuya imagen fue exaltada como la de un líder providencial. En efecto, la dictadura chilena transformó el culto a la nación y a Pinochet en una suerte de fe cívica, una «religión política» que los jóvenes debían internalizar como parte de su identidad. Para ello, se realizaron eventos masivos en los que ceremonias como el Juramento a la Bandera fueron fundamentales para generar adhesión y experiencias de identificación y construcción del "nosotros" juvenil (González Cangas, 2020: 125). Estos actos, similares a los de la juventud hitleriana o incluso a los del Frente de Juventudes del franquismo, se hacían en campamentos de verano o en actos de masas en diversas ciudades y pueblos. Un claro ejemplo fue la congregación masiva de jóvenes en el cerro Chacarillas en Santiago de Chile el 10 de julio de 1975, una reunión organizada por la Secretaría Nacional de la Juventud y el Frente Juvenil de Unidad Nacional. Descrito como "una verdadera liturgia cívico-militar", cientos de hombres y mujeres jóvenes marcharon portando antorchas hasta dicho cerro al son de marchas militares, al más puro estilo de las marchas de antorchas teatralizadas de los regímenes fascistas europeos de los años treinta. Así, una vez allí, y con la finalidad de conmemorar a los soldados caídos en una de las batallas de la Guerra del Pacífico (1879-1883), se profirieron encendidos discursos contra los "enemigos" de la patria, el comunismo internacional y las democracias liberales.

A partir de esta investigación, Yanko González tiene la precaución de no categorizar a la dictadura de Pinochet como fascista, pero también de no reducirla a un régimen autoritario de cierto pluralismo ideológico o una simple dictadura. Su planteamiento defiende que, a pesar de elementos como la aniquiliación de la democracia, el control policial terrorista, el control de las Fuerzas Armadas, el monopolio de los medios de comunicación, su organización económica tensionada parcialmente por el corporativismo y la militarización de la sociedad, no es posible sostener que el régimen pinochetista fuera fascista, principalmente, por la ausencia de un partido único y de la movilización de las masas. Sin embargo, para este autor es innegable que sus políticas se inscribieron en un proceso de fascistización toda vez que implementó estrategias simbólicas de raíz fascista para legitimarse, las que se vieron reflejadas en el despliegue de una política de adoctrinamiento palingenésico que demandaba la fidelización y movilización de la juventud para asegurar su continuidad

(González Cangas, 2020: 107). En palabras de Aristotle Kallis (2003), hubo una tendencia entre los grupos de la élite para recurrir a la adopción de componentes fascistas sin suscribir en su totalidad a la visión ideológica del fascismo, es decir, apoyaron una fascistización controlada.

1.4 Caminos recorridos por otras investigadoras

Ahora bien, esta tesis doctoral se construye sobre la base de otras investigaciones realizadas con anterioridad, principalmente, por otras mujeres. Como se adelantaba, para el caso español, generalmente, los trabajos que se han realizado sobre la maternidad y políticas de salud materno-infantil abordan todo el siglo XX, previo a la dictadura de Francisco Franco e incluyendo la guerra civil. Mary Nash ha publicado diferentes trabajos en los que aborda tanto los discursos políticos y médicos como las políticas públicas desarrolladas a comienzos de la centuria, su desarrollo en la Segunda República y su evolución durante la guerra civil (1988; 1993; 1995). A partir de estas publicaciones, es posible comprender los antecedentes de la salud materno-infantil y las políticas dirigidas a las mujeres en relación a su rol de madres y comparar su situación con la instalación del franquismo, período histórico que también ha analizado respecto a las políticas pronatalistas del régimen.

Uno de los textos más importantes sobre las políticas de salud materno-infantil en España es *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX* de Irene Palacio Lis (2003a). En él la autora hace un recorrido desde los inicios del interés y la participación del Estado en instruir a las mujeres sobre cómo ejercer su maternidad hasta la implementación del aparato institucional que canalizaría el conocimiento científico hasta las madres para disminuir la mortalidad infantil. Para ello se centra en el análisis del discurso médico y en las estrategias de difusión y formación de las mujeres desde finales del siglo XIX hasta el primer franquismo. Asimismo, Teresa González Pérez (2008) examina la maternidad como misión suprema de las mujeres en Occidente y los discursos dirigidos a ellas desde el siglo XIX hasta el régimen franquista, aunque sin profundizar en la Segunda República. Por su parte, Carmen Colmenar Orzaes sí aborda el período republicano en cuanto a la maternología y la protección a la infancia en España, pero sus obras se concentran más en las primeras dos décadas del siglo XX (2005; 2007; 2008, 2009).

En relación al discurso religioso y el catolicismo español, Inmaculada Blasco Herranz aborda el vínculo entre género y religión y la organización de las mujeres católicas (2000; 2001a; 2001b; 2002a; 2002b; 2005a; 2005b; 2016). Aunque también tiene publicaciones referentes al período franquista, la mayoría de ellas se centra en el período que va desde finales del siglo XIX hasta mediados de siglo XX, lo que se presenta como antecedentes históricos para esta tesis doctoral de lo que sería la Sección Femenina de la Falange Española durante la guerra civil y el franquismo y el vínculo entre mujeres y nacionalcatolicismo.

En cuanto a las obras sobre el género en el franquismo y, por lo tanto, también sobre la labor de Sección Femenina en la educación de las mujeres destaca la obra de María Teresa Gallego, *Mujer, falange y franquismo* (1983). Esta se posiciona como uno de los primeros trabajos historiográficos sobre la temática, en el que la autora explica la relación de Sección Femenina con la educación de las niñas y mujeres y el funcionamiento de la organización a partir de la prensa de la Falange femenina, discursos de Pilar Primo de Rivera, la legislación que regía la vida de las mujeres, entre otros. Es interesante para la presente investigación por ahondar en la labor rural de la Sección Femenina y el Cuerpo de Divulgadoras Rurales de Asistencia Social y Sanitaria. En cuanto al rol de género que el franquismo fomentó en las mujeres, resalta *De la pureza a la maternidad: la construcción del género femenino en la postguerra española* de Jordi Roca i Girona (1996), obra en la que detalla los discursos dirigidos a las mujeres, el proceso de educación en la infancia, su preparación para el noviazgo, el matrimonio y la maternidad y las relaciones de género que debían existir en el hogar.

Raquel Osborne (2012) en *Mujeres bajo sospecha* nos plantea, desde una perspectiva multidisciplinar, una mirada hacia los distintos aspectos de la sexualidad y maternidad de las mujeres durante el franquismo. Así, destacan como relevantes en este compilado los trabajos de Dolores Juliano, Pura Sánchez, el de la propia compiladora de esta obra, de Beatriz Celaya y de María Victoria Martins. Del mismo modo, Gloria Nielfa (2003) crea un completo panorama en relación a los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales que involucraban a las mujeres durante el régimen franquista, la legislación y difusión del ideal de mujer a través de las revistas femeninas durante dicho período y las bases ideológicas de la dictadura. En aquella obra, sobresale el capítulo correspondiente a Giuliana di Febo (2003), en el que indaga en el nacionalcatolicismo y los principios cristianos en los que se fundamentaba el rol de las mujeres, toda vez que su maternidad las hacía dignas mujeres españolas y transmisoras del espíritu hispánico.

En relación con autores que desarrollan la relación entre Sección Femenina y la ruralidad, si bien en su mayoría exploran en su aspecto nacional, existen varios estudios que están centrados en alguna provincia específica. Algunos de estos trabajos son los de Pilar Rebollo Mesas (2001), quien profundiza en las características del Servicio Social de Sección Femenina en el medio rural español, aunque en cuanto a territorio, lo hace de manera generalizada. Del mismo modo lo realiza Carmen Colmenar Orzaes (2016) en su artículo sobre mujeres campesinas e instructoras rurales. Otro autor es Heliodoro Pérez Moreno (2011), quien analiza la relación entre la cátedra ambulante y la asistencia sanitaria en Huelva y, en el caso de algunas provincias en Aragón, Inmaculada Blasco (1999a) aborda la organización de la Sección Femenina durante la guerra civil y el primer franquismo. Por su parte, Ana Cebreiros Iglesias (2013) ahonda en las actividades de Sección Femenina durante la guerra civil en Galicia y la consecuente consolidación de la imagen de la mujer ideal para el régimen.

Por último, respecto a las actividades socio-sanitarias de Sección Femenina en España, se consideran los trabajos de María José Ruiz Somavilla e Isabel Jiménez Lucena (2001) sobre la labor del Servicio de Divulgación y Asistencia Sanitario-Social en el primer franquismo; tres artículos sobre estas actividades en Valencia –no sólo como política de salud, sino que también de control social– correspondientes a José Manuel Maceiras-Chans, María Eugenia Galiana-Sánchez y Josep Bernabeú-Mestre (2017a; 2017b; 2018). Este último autor en una publicación en solitario analiza la relación entre demografía y salud en la política pronatalista del régimen franquista (Bernabeu-Mestre, 2002) y también colabora en el trabajo de Modesta Salazar-Agulló sobre la colección *Al servicio de España y del niño español* (2020).

Para el caso de Chile, la historización de la salud materno-infantil, tanto en sus políticas como en sus discursos, abarca desde finales del siglo XIX y se extiende por todo el siglo XX, encontrando su mayor énfasis en las décadas previas a la dictadura de Augusto Pinochet. La investigación que analiza y hace un recorrido con bastante rigor de la historia de la salud pública chilena desde la historia social es *"En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...)". Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880-1973* de María Angélica Illanes (2010), el que termina en su desmantelamiento con la irrupción de la dictadura pinochetista.

En relación con los discursos médicos e higienistas de finales del siglo decimonónico y las primeras décadas del mil novecientos sobre la maternidad y el rol de las mujeres, se encuentran Claudia Moreno (2004) y su artículo que aborda la domesticación de la mujer chilena como madre y María Soledad Zárate, quien explica el origen del debate sobre la importancia de la protección y educación de las mujeres como una preocupación pública, planteando la "cuestión maternal" en paralelo a la cuestión social (1999). De este modo, Andrea Matus del Pino (2018) estudia los discursos paternalistas que se construyeron en torno a las mujeres a comienzos del siglo XX, los que las responsabilizaban, principalmente, por la mortalidad infantil, en sintonía con lo que ocurría al mismo tiempo en España, mientras que Andrea del Campo Peirano (2008) examina los discursos médicos sobre la interrupción voluntaria del embarazo como problema social en los años treinta, momento en que se despenalizó el aborto terapéutico en el país. Del Campo es relevante, además, por utilizar entre sus fuentes publicaciones del Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio de Chile que evidencian la conexión científica y académica con España, toda vez que dicho boletín publicaba, por ejemplo, artículos de Gregorio Marañón.

Para esa misma década, como antecedentes, se encuentra el artículo de Claudio Llanos Reyes y María Fernanda Lanfranco (2017), quienes se centran en el debate político sobre la alta mortalidad infantil en Chile y la urgente necesidad de incrementar el rol del Estado en la salud. Y al mismo tiempo, es significativo el trabajo de Claudia Montero (2013) respecto al discurso feminista de organizaciones de mujeres en esos años vinculado a la mortalidad materno-infantil, la maternidad y la puericultura.

Respecto a la asistencia social y sanitaria y las políticas materno-infantiles, son importantes tanto la obra de María Angélica Illanes (2007) sobre las visitadoras sociales en la primera mitad del siglo XX como la de Maricela González Moya y María Soledad Zárate (2019) que examina el rol de asistentes sociales, enfermeras y matronas a mediados de la misma centuria, resaltando el uso de testimonios de mujeres profesionales para profundizar en el impacto de la salud pública chilena. Por otra parte, sobresalen otros trabajos de María Soledad Zárate que se refieren, por un lado, a la labor del Servicio Nacional de Salud en la atención obstétrica, el control del embarazo y la institucionalización del parto y, por el otro, a los alcances de este organismo en la salud pública, junto al papel de las enfermeras en su lucha contra la mortalidad infantil y la educación de las mujeres (2011; 2018). Esta autora es una de las principales exponentes de la historización de los procesos biológicos y sociales de la maternidad en Chile, publicando estudios sobre el embarazo, parto, crianza, lactancia y alimentación materno-infantil (2009; 2010; 2016). Estos antecedentes la convierten en una historiadora fundamental para esta tesis doctoral, ya que aborda la maternidad como una construcción histórica y social, indagando también en los mandatos familiares durante el siglo XX.

Este es el enfoque que adopta Karin Rosemblatt (1996) en su artículo sobre los esfuerzos del Estado chileno por establecer una norma social hegemónica sobre la familia hacia fines de los años treinta y comienzos de los cuarenta. El objetivo detrás de las iniciativas estatales estaba guiado por la deseada transformación de la estructura familiar chilena por parte de las autoridades gubernamentales, buscando convertir, por una parte, a los hombres en trabajadores estables y proveedores de la familia y, por otra, a las mujeres en esposas y madres, incentivando al matrimonio para protegerlas de la vulnerabilidad que causaba la ilegitimidad de los hijos. Por su parte, Sonia Montecino (1996a) analiza el fenómeno de los hijos ilegítimos –denominados en Chile los *huachos*– como una de las características esenciales e históricas de la maternidad en América Latina, consecuencia de la colonización y el mestizaje.

Siguiendo con el período histórico en el que se centra este trabajo, en referencia al ideal de género que el pinochetismo buscó construir existen estudios relativamente recientes como la tesis de María Belén Leiva Olea (2013) sobre el papel de la Secretaría Nacional de la Mujer en el régimen chileno y el estudio de Roxana Navarrete (2018) sobre la construcción del modelo femenino promovido por las autoridades en el sur de Chile.

Sobre la maternidad rural y CEMA-Chile, Victoria Oxman (1983) hace un estudio sobre la participación de las mujeres campesinas en los Centros de Madres en los años previos a la dictadura de Pinochet, así como Heidi Tinsman (1995; 2008) analiza el proceso de reforma agraria en las mujeres hasta 1973. En él desentraña las relaciones de género en el campo chileno y el papel de las mujeres como esposas, madres y beneficiarias de las políticas modernizadoras del Estado y sus consecuencias, como la violencia conyugal. Asimismo, analiza las transformaciones en el mundo rural

a partir del enfoque neoliberal de mercado que se adoptó durante el régimen de Pinochet y la manera en que eso repercutió en las relaciones conyugales entre hombres y mujeres. Y para conocer experiencias de mujeres, Ximena Valdés junto a otras autoras recopilaron una serie de testimonios a lo largo de la zona central y sur de Chile durante la dictadura de agricultoras, trabajadoras en fundos y campesinas (1983). No obstante, la tesis de magíster de Marcela Vargas-Cárdenas (2019) es crucial para esta investigación porque, aunque sólo se centra en las madres de una región del sur de Chile, reconoce la existencia de la relación entre la política pronatalista y geopolítica de Pinochet, además de abordar el trabajo de CEMA-Chile e incorporar testimonios de mujeres.

Finalmente, para abordar la relación entre España y Chile durante la dictadura franquista respecto a las políticas de género de los regímenes analizados en esta investigación, destacan los trabajos de tres historiadoras chilenas, que corresponden a las pocas profesionales que historizan los vínculos entre el franquismo y el pinochetismo. Por una parte, Isabel Jara Hinojosa indaga en las relaciones existentes entre la ideología franquista y algunos intelectuales chilenos que, a través de la diplomacia cultural durante la segunda mitad del siglo XX, lograron "chilenizar" el hispanismo que fue utilizado para legitimar ideológicamente a la dictadura de Pinochet (2006; 2008). Segundo, Francesca Grez Cook (2015) estudia la influencia de Sección Femenina en la creación y accionar de la Secretaría Nacional de la Mujer. Su trabajo interesa porque explica los tipos de instituciones e iniciativas desarrolladas en Chile a partir de lo aprendido por las becarias chilenas durante su estadía en la España franquista. De esta manera, los estudios realizados por Vanessa Tessada profundizan tanto en la relación entre España y Chile a partir de la política exterior de Sección Femenina en América Latina (2013; 2017a) como en el análisis de las continuidades y diferencias en los pilares ideológicos que sustentaban cada dictadura y la construcción del ideal de mujer que promovían a partir de sus instituciones femeninas (2010; 2012).

1.5 El orden de las ideas: estructura del trabajo

Esta investigación se estructura en cuatro grandes apartados, siendo el primero de ellos la sección introductoria.

El segundo apartado, titulado "La construcción de la salud materno-infantil en Europa Occidental y el Cono Sur Latinoamericano: el caso de España (1890-1939) y Chile (1900-1973)", se compone de dos capítulos. El primero analiza los orígenes de la eugenesia y la puericultura en Europa Occidental y su implementación en Sudamérica, con especial atención a Chile, Argentina y Uruguay. A través del desarrollo de estas ciencias, se examina el impacto del discurso científico en la configuración de la «Mujer Moderna» y en la promoción del ideal del «Ángel del Hogar», estableciendo conexiones entre el fortalecimiento del movimiento feminista y la problemática materna como ejes de lucha.

Por su parte, el tercer capítulo establece una comparación entre los los inicios de las políticas de la salud materno-infantil en España y en Chile durante el primer tercio del siglo XX. Este análisis aborda el proceso de modernización en ambos países, las tensiones entre la Iglesia católica y los profesionales de la medicina en el contexto de la cuestión social, y la transformación de la maternidad en una función social. De la misma manera, se identifican las principales instituciones dedicadas al cuidado infantil, destacando el papel central de las Gotas de Leche. Hacia el final del capítulo, el enfoque se traslada del ámbito urbano al rural, explorando la extensión de la institucionalidad sanitaria y sus iniciativas en salud materno-infantil en las zonas rurales.

El cuarto capítulo se centra exclusivamente en el caso chileno, dada la interrupción del proceso de democratización en España provocada por el estallido de la guerra civil. En contraste, en Chile este proceso se profundizó. En ese sentido, el análisis comienza con el gobierno del Frente Popular chileno y examina la transformación de las relaciones de género, la creación del Servicio Nacional de Salud y las políticas de control de la natalidad durante los últimos gobiernos democráticos previos al golpe de Estado de 1973. Finalmente, el capítulo centra su atención en el impacto de la reforma agraria chilena en las mujeres rurales.

"El Instituto Chileno de Cultura Hispánica, la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer (1945-1977)" es el nombre del tercer apartado. Comprende dos capítulos –el quinto y el sexto–, en los que se transparentan las relaciones culturales y políticas entre España y Chile a partir de mediados del siglo XX, específicamente en el rol de las instituciones mencionadas para consolidar la influencia del hispanismo en el segundo país, cuyos efectos fueron indiscutibles durante la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet. Esto se ve claramente reflejado en los sólidos vínculos entre mujeres españolas y mujeres pertenecientes a la élite chilena, poniendo énfasis en las estrategias empleadas para incorporar el ideario de la Sección Femenina a las políticas de género del régimen pinochetista. De este modo, se evidencia cómo estas relaciones y acciones contribuyeron a la difusión y permanencia del proyecto ideológico hispánico en los lineamientos de género durante la dictadura chilena.

La siguiente sección de esta investigación lleva por nombre "La instrumentalización de la salud materno-infantil en el medio rural por los regímenes de Franco (1939-1975) y Pinochet (1973-1989)". Involucra los últimos tres capítulos de este trabajo. El primero de ellos (capítulo siete) explica las políticas demográficas de Franco y Pinochet y su relación con el aumento de la natalidad, la regeneración moral que se esperaba de la población y la eugenesia, la geopolítica y la seguridad nacional. El segundo (capítulo ocho) detalla la legislación instaurada durante estos períodos históricos respecto a la maternidad y los sistemas de salud y su aplicación en el medio rural, poniendo su atención en la organización de la sanidad materno-infantil y las actividades destinadas a esta área. Como últimos dos puntos, ahonda en las políticas de regulación de la fertilidad efectuadas en el franquismo y el pinochetismo y la evolución de los partos, apoyando ambas temáticas con testimonios de madres habitantes de los

pueblos y el campo español y chileno. Por último, el tercer capítulo (correspondiente al noveno de la investigación) aborda de lleno la labor de la Sección Femenina, la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile en el ámbito de la salud materno-infantil en el mundo rural español y chileno, respectivamente. Comienza discutiendo los discursos dirigidos a las madres en la prensa de estas instituciones femeninas y las contradicciones que al mismo tiempo presentaban. Luego continúa exponiendo el rol que las mujeres del medio rural tenían para las mismas y finaliza analizando las acciones e iniciativas concretas que las falangistas y las mujeres de la Secretaría Nacional y CEMA-Chile desplegaron en los lugares más apartados de los centros urbanos en sus respectivos países.

En último lugar, para terminar, el quinto apartado corresponde a las conclusiones finales de esta investigación.

Este enfoque otorga una perspectiva comparativa que, sin perder de vista el contexto histórico específico que facilitó la instauración y duración de cada régimen, permite la comprensión de las dinámicas históricas y sociales en torno a la salud materno-infantil. Del mismo modo, identifica las conexiones en el papel desempeñado por las instituciones femeninas que respaldaron a cada dictador y la extensión de su intervención hacia las madres del mundo rural español y chileno.

SEGUNDA PARTE:

LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EUROPA OCCIDENTAL Y EL CONO SUR LATINOAMERICANO: EL CASO DE ESPAÑA (1890-1939) Y CHILE (1900-1973)

CAPÍTULO II

EUGENESIA Y PUERICULTURA EN LA EUROPA OCCIDENTAL Y EL CONO SUR LATINOAMERICANO A FINES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL SIGLO XX

A grandes rasgos y a modo de introducción, este capítulo aborda dos temas principales. El primero, que abarca los tres primeros epígrafes, se ocupa del surgimiento del problema históricamente denominado de la "degeneración de la raza" y la aparición de los nuevos saberes y disciplinas de la eugenesia y la puericultura, así como del simultáneo desarrollo de la higiene y la medicina social en Occidente a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. El segundo, englobando desde el cuarto al sexto apartado, trata de la aplicación de estos nuevos saberes científicos en el ámbito más específico de América Latina, así como de los efectos que dichas innovaciones ejercieron sobre los feminismos europeos y del Cono Sur latinoamericano respecto a las madres y la infancia.

2.1 El problema de la "degeneración de la raza" en Occidente

Durante las últimas décadas del siglo XIX, los países occidentales se vieron enfrentados a diversas problemáticas que transformaron sus políticas demográficas y convirtieron a la infancia y a la maternidad en temas privilegiados de preocupación de la ciencia (Ehrenreich y English, 1990; Caine y Sluga, 2000; Knibiehler, 2001; Rollet, 2004; Anderson y Zinsser, 2009). Bien conocidas son esas problemáticas históricas: desde la progresiva migración de la población del campo a la ciudad, en el marco de la creciente industrialización de los sectores productivos, hasta el aumento de las tasas de urbanización y la consiguiente tensión en los servicios urbanos más esenciales. Algunos de dichos efectos fueron el surgimiento de graves problemas de morbilidad y mortalidad infantil relacionados con la precariedad de las viviendas y servicios a raíz del crecimiento descontrolado de los centros urbanos, así como la acelerada pauperización de las clases trabajadoras. El marco de este proceso fue doble: el de un capitalismo industrial desregulado y el escenario político de los nuevos sistemas liberales que presidieron el proceso de "modernización" de los diferentes Estados (Pick, 1989; Caine y Sluga, 2000; Perdiguero, 2004).

En el proceso de industrialización acelerada que vivieron los países que encabezaron esta dinámica, como Gran Bretaña, Francia o Alemania, el valor de la población fue resignificado como factor productivo. En ese sentido, los discursos económicos dominantes sostenían que, parafraseando a Adam Smith, "la riqueza de las naciones" dependía de la cantidad y calidad de sus habitantes, por lo que el tamaño, la salud y la naturaleza de la población se hicieron esenciales (Caine y Sluga 2000; Knibiehler, 2001; Mazower, 2001; Rodríguez Ocaña, 1992). Se afirmaba que cuanto mayor fuera la población, mayor sería la fuerza de trabajo y su grado de división, lo que derivaría en un incremento de la producción. En consecuencia, el progreso total de la cultura humana se vinculó directamente a una población en crecimiento (Freyer, 1950: 126).

Desmintiendo en la práctica, sin embargo, en algunos países de la Europa Occidental empezó a evidenciarse un descenso en los índices de natalidad. A finales de siglo, Francia fue el primer país que registró un descenso de su crecimiento vegetativo: en 1891 hubo más fallecimientos que nacimientos. Philipp Blom ha explicado que, durante la segunda mitad del siglo XIX, el crecimiento de la población francesa se había debido principalmente a la llegada de inmigrantes procedentes de Bélgica, Italia y Polonia. Que esto se hubiera producido mientras la Alemania Imperial y Gran Bretaña habían registrado aumentos del 20%, que todavía se quedaban cortos ante los de los del Imperio Austro-Húngaro y Rusia, disparó las alarmas francesas. Un inquietante sentimiento de amenaza y miedo a desaparecer como nación y como cultura pareció apoderarse de la nación. Hasta la "virilidad" de los varones franceses empezó a ser cuestionada, en un momento, además, en que la Alemania del káiser Guillermo I estaba comenzando a adelantar a la Tercera República en términos de desarrollo industrial y de armamento (2008: 13-14). En Alemania, diversas voces expresaron su temor hacia las "fértiles naciones eslavas", mientras que los nacionalistas húngaros comenzaron a preocuparse por la inferioridad numérica de su población frente a la de eslavos, rumanos y alemanes (Mazower, 2001: 101). A su vez, Gran Bretaña mostraba preocupación por haber tenido que descartar a un tercio de sus reclutas por cuestiones físicas a partir de la Segunda Guerra Bóer (1899-1902), lo que llevó a sus gobernantes a cuestionarse si eran capaces de gobernar todo un imperio con una "raza en decadencia" (Mazower, 2001; Allen, 2012: 124).

Además, este sentimiento de decadencia iba acompañado del reconocimiento de que las clases populares, identificadas ya no sólo por su pobreza, sino también por ser consideradas las menos aptas, las menos instruidas y las menos inteligentes, presentaban tasas de fecundidad más altas que las clases medias y altas de la sociedad, que se reproducían a menor ritmo (Caine y Sluga, 2000; Vázquez García, 2009). De esta manera, la proliferación de las clases subalternas representaba una amenaza importante tanto para la conservación del sistema político, económico y social del liberalismo como para el proceso de modernización del Estado. La amenaza era tanto mayor por cuanto los procesos de industrialización y sus consecuencias, con la denominada «cuestión social», habían dado lugar a la aparición de un proletariado cada vez más reivindicativo que demandaba, además de mejoras salariales y de condiciones de vida, una asistencia sanitaria digna[7]. Por lo tanto, en un marco intelectual caracterizado por la popularización de las metáforas médicas, las insurrecciones y las huelgas obreras

[7] Teniendo en consideración los eventos de la Comuna de París en 1871, el primer gobierno de la clase obrera en el mundo, no es coincidencia que la higiene comenzara a aumentar su protagonismo durante las últimas décadas del siglo XIX. Estos sucesos habían significado una amenaza para toda la organización de la nueva sociedad industrial europea, por lo que la higiene se transformó en comportamientos y hábitos que la clase obrera debía interiorizar, los cuales eran establecidos y divulgados desde el mundo médico e intelectual. De esta manera, la responsabilidad por mejorar su calidad de vida y su salud recaía en los mismos sectores populares, en un intento por alejarlos de las ideologías socialistas y anarquistas y mantener el status quo. Para profundizar en el significado histórico que tuvo para la época, leer a Piotr Kropotkin (2021).

llegaron a ser concebidas por las clases dirigentes como trastornos funcionales que dañaban la salud del cuerpo social[8] (Morata Marco, 1999; Quintanas, 2011).

Según Caine y Sluga, a finales del siglo XIX algunos intelectuales como el francés Gustave Le Bon, criticaron la nueva sociedad de masas surgida del proceso de modernización. Para Le Bon, el desarrollo urbano de dicha centuria y las grandes aglomeraciones en las ciudades facilitaban la aparición de una masa "irracional e histérica". Así, este pionero de la psicología social afirmaba que estos factores contribuían a la inestabilidad y el deterioro del total de la población urbana (2000: 147). La teoría de las "masas irracionales" también fue abordada por el novelista francés Émile Zola, quien aseguraba que las malas condiciones de vida, el fácil acceso al consumo de alcohol y la "histeria" vinculada a las multitudes constituían factores de degeneración. A su vez, el húngaro Max Nordau, en su obra *Degeneración* (1892), creía que esta era una consecuencia propia del siglo XIX y sus raíces históricas podían rastrearse hasta Francia y la pérdida de vidas durante la Revolución Francesa, las Guerras Napoleónicas, la Comuna de París y las guerras franco-prusianas, las que habrían desencadenado nerviosismo y trastornos enfermizos.

En ese sentido, y siguiendo a Daniel Pick (1989), esta preocupación, que muchos intelectuales y profesionales de diversas áreas como la medicina, la sociología y la psicología habían comenzado a denominar la "degeneración de la raza", fue concebida como un vínculo entre el pasado y el presente. Se recurrió, además, a la metáfora organicista para pensar a la sociedad como un organismo vivo compuesto por una amalgama de individuos que formaban una multitud. De este modo, era posible establecer un nexo entre la reproducción del cuerpo a través del tiempo y el estallido de una revolución en un momento dado. Así, no era el individuo o su familia el que se encontraba defectuoso, sino que lo era la sociedad.

La decadencia social que se percibía estaba asociada a diversos factores. Primero, a la pérdida del sentido de comunidad y al aislamiento del individuo; segundo, al menoscabo de los valores espirituales; tercero, a la expansión del poder del Estado y la consolidación de la sociedad de masas, a la cual se temía; y, por último, al cuestionamiento del orden familiar y a la emancipación femenina (Caine y Sluga, 2000). Respecto a este último punto, la creciente importancia e influencia de las mujeres en el ámbito público fue interpretado como un aspecto negativo de la modernidad y un factor

[8] Simon Gunn utiliza la investigación de la historiadora estadounidense Mary Poovey titulada *La construcción de un cuerpo social: la formación de la cultura británica, 1830-1845* (1995) para explicar el origen del término. Ella expone que el «cuerpo social» comenzó a utilizarse para integrar a las clases populares al conjunto de la sociedad, luego de haber sido excluidas por necesitar disciplina y cuidado. De este modo, el uso de la estadística, al igual que otras diversas tecnologías de población, permitieron la identificación de problemáticas denominadas «sociales», tales como la salud, el crimen, la educación y la pobreza. Así, los médicos se posicionaron como elementos centrales en las intervenciones sanitarias y pedagógicas dirigidas a este grupo poblacional, generando ya en la década de 1860, la producción del individuo disciplinario, el cual se caracterizaba por ser independiente, dotado de autocontrol, pero homogéneo a otros individuos como él mismo, proceso que impactó también en la estructuración de las ciudades (2011: 120-124).

de degeneración. El ya citado Émile Zola en su novela *Germinal* (1885) también fue uno de los intelectuales que expresó la comparación entre las características que se atribuían a la sociedad de masas y las que se atribuían a las mujeres: nerviosismo, histerismo, irracionalidad, convirtiendo las revueltas sociales en episodios cada vez más violentos, destructivos y extremistas. De esta manera, el sufragismo fue identificado como una de estas expresiones cargadas de violencia y extremismo, siendo reconocido como un claro síntoma de las enfermedades y malestares consecuencia de la vida moderna en la ciudad. Como afirmó Lucas Mallada en *Los Males de la Patria y la Futura Revolución Española*, la decadencia del país parecía estrechamente vinculada a lo que entendía como una crisis de la masculinidad al observar que "el pueblo español posee menor virilidad en el presente que en otros tiempos" (1890: 37). La identidad nacional se consideraba encarnada en una identidad masculina caracterizada por las virtudes de la autodisciplina, el espíritu de abnegación y sacrificio, la valentía y la fuerza de carácter, por lo que el surgimiento de nuevos modelos de mujer y el resquebrajamiento de la diferencia estricta entre los géneros existente hasta entonces significaba una amenaza: "todo lo que desestabilizara este ideal de virilidad era percibido como un riesgo para la integridad de la nación" (Vázquez García y Cleminson, 2011: 171).

Philipp Blom (2008) explica que las mujeres feministas en lugares como Gran Bretaña, Rusia y Alemania comenzaron a exigir derechos de ciudadanía que estaban reservados exclusivamente a los hombres, aunque con algunas diferencias. Entre ellas puede mencionarse que las alemanas fueron mucho más allá de su lucha por el sufragio que las británicas, debatiendo ideas como el matrimonio y la sexualidad, el amor libre, la homosexualidad, la planificación familiar y el aborto. Sin embargo, estos temas fueron tratados con escepticismo u hostilidad en Gran Bretaña por considerar que eran ideas que socavaban la respetabilidad del movimiento sufragista. Aun así, en el caso de estos tres países, y como consecuencia de la indiferencia de los políticos de sus gobiernos –aunque se hubieran manifestado a favor de otorgar eventualmente el sufragio, como en el caso del gobierno laborista británico en 1906–, las acciones de las feministas se volvieron mucho más radicales. Las sufragistas de Gran Bretaña lanzaron piedras a las autoridades, provocaron incendios, realizaron ataques esporádicos contra miembros del gobierno y huelgas de hambre en las cárceles. Algunas feministas rusas atacaron con bombas a oficiales de gobierno o dispararon a generales. Y en el caso de las alemanas, llamaron a boicotear el matrimonio y no casarse.

Sin embargo, lo cierto era que, a pesar de la patologización del sufragismo –algunas feministas fueron recluidas en psiquiátricos, como la francesa Madeleine Pelletier–, miles de mujeres que no se identificaban como feministas o que se mostraron directamente hostiles con sus ideas vieron sus vidas influenciadas por estos cambios. También ellas prosperaron y adquirieron nuevo protagonismo en la ciudad moderna, aceptaron trabajos y se educaron a sí mismas o decidieron conscientemente engendrar menos hijos de los que habían tenido sus madres o abuelas. Estaba claro, expone Blom, que los antiguos valores ya no reflejaban la realidad, incluso si la élite gobernante en la mayoría de los países estaba decidida a aferrarse a ideales provenientes de una era pre-industrial (2008: 246). Esto ocasionó que, a ojos de sus oponentes, la emancipación de

las mujeres llegara a concebirse como otra de las enfermedades que afectaban a la sociedad moderna, sumándose a la percepción del debilitamiento del alma nacional a partir de la pérdida de virilidad (Vázquez García y Cleminson, 2011).

Ciertamente, el sentimiento de superioridad "racial" que habían recuperado los europeos con la expansión imperialista, sumado el orgullo que sentían por su nivel de desarrollo social y tecnológico (Hobsbawm, 2007), no fue suficiente para aplacar las preocupaciones respecto a lo que denominaban la "degeneración de la raza", es decir, el declive hereditario de las cualidades físicas y mentales de la población europea y occidental. De esta manera, aunque era difícil negar el desarrollo tanto económico como social y el progreso material alcanzado a lo largo de todo el siglo XIX, la duda estaba sembrada. Bien podía ser que todos estos avances hubieran empezado a evidenciar su otra cara: la de la "decadencia moral" de las naciones más avanzadas (Bernabeu-Mestre, 1998; Caine y Sluga, 2000).

En el caso español, y como se analizará en el próximo capítulo, el sentimiento de "degeneración" se vio fuertemente reforzado por la pérdida de las colonias en 1898, lo que se sumó a la crisis política que atravesaba vinculada al proceso de Restauración y abrió las interrogantes sobre el lugar de España en el mundo (Álvarez Peláez, 2007). De esta manera, el problema de la pérdida de cualidades en su población se asoció fuertemente al alejamiento del catolicismo que había experimentado el reino en favor del liberalismo, pero también a las problemáticas sociales que afectaban a los sectores populares, especialmente aquellas provocadas por las duras condiciones laborales y precarias en las que vivían. Así, intelectuales y profesionales responsabilizaron a las clases más vulnerables de la conflictividad social por su falta de moralidad y de higiene (Campos Marín, 1999) y, por lo tanto, también del derrotismo que embargaba a España respecto a la debilidad de la "raza" hispana (Suárez Cortina, 2007).

2.2 El surgimiento de nuevos saberes: la eugenesia

Considerando que la natalidad era más alta en las clases populares que en los sectores medios y altos, la preocupación se extendía más allá del miedo a las revueltas sociales y entraba en el terreno de la salud: los sectores populares tenían un estado de salud en peores condiciones y, por lo tanto, su mayor crecimiento estaba "degenerando" a la población (Caine y Sluga, 2000). De esta manera, el eugenismo surgió como una teoría que planteaba la intervención de las autoridades en los procesos reproductivos de la población. Este proceso se daría de dos maneras: la eugenesia positiva se especializaría en fomentar la natalidad de los sectores de la población con mejores características biológicas, mientras que la eugenesia negativa buscaría limitarla en los grupos sociales identificados como "débiles", "enfermos" o "peligrosos" y así prevenir su herencia a nuevas generaciones (Caine y Sluga, 2000; Álvarez Peláez, 2005; 2007). Según Raquel Álvarez Peláez, la eugenesia impregnó diversos ámbitos del conocimiento, como lo fueron la antropología, el derecho, la arquitectura, la economía, la demografía, la pedagogía y, por supuesto, la medicina, interactuando cada uno de ellos con los proyectos sociales y políticos que tenían por finalidad salvar la patria (2007).

Para el caso del imperialismo británico, Kathleen Wilson explica que influyó también en el sentimiento de decadencia la confrontación con la población originaria de las colonias que habitaba esos territorios, pero que además había cruzado las "fronteras nacionales" y vivía en la metrópoli, exponiendo sus pretensiones de pertenencia (2003). En ese sentido, y según Catherine Hall (2002: 440), la ideología de la "raza" permitió la creación de sujetos colonizados a los que fueron atribuidas características raciales y de género concretas, generando un desplazamiento en el imaginario británico desde un racismo cultural a un racismo concretamente biológico. Esto sucedió sobre todo durante la segunda mitad del siglo XIX, en el que la retórica paternalista sobre las diferencias culturales fue reemplazada por un vocabulario racial más riguroso e inamovible. Así, a partir de 1870, el nuevo imperialismo influyó tanto en las identidades y las relaciones de género como en las conductas apropiadas para hombres y mujeres, ya fuera en las colonias o en Europa. De este modo, las características atribuidas tanto a hombres como mujeres quedaban atravesadas por su posición en las relaciones de poder que el proceso de colonización generaba: la jerarquización entre los colonizadores y los colonizados escondía, además, las jerarquías basadas en las categorías de género, clase y "raza" (Scott, 1996).

Por esta razón y frente a la heterogeneidad del imperio, Wilson (2003: 52-53) explica que los esfuerzos estuvieron centrados en la construcción de jerarquías de ciudadanía y pertenencia que permitieran organizarlo políticamente y posicionaran fuertemente a los británicos en lo alto de dicha clasificación. El objetivo era precisamente remarcar que no todos los ciudadanos británicos habían sido creados iguales y que, aunque pertenecieran al imperio británico, para el razonable y masculino súbdito inglés –el tipo de sujeto que el proyecto imperial valorizaba– existían "otros" que no eran intercambiables. Así dentro de la misma Gran Bretaña y desde la perspectiva de la metrópoli, los galeses y los escoceses se naturalizaban como "británicos", lo que estaba bastante alejado de la situación de irlandeses, judíos, africanos y asiáticos. También existía el reclamo de pueblos de diferentes "razas y culturas a los derechos y libertades británicas, pero "lo británico" se confería o negaba no sólo en relación con el número de colonos británicos blancos residentes sino también con el grado de aceptación por parte de los pueblos coloniales de la hegemonía inglesa y la legitimidad del dominio británico". Por lo tanto, estos súbditos coloniales no tenían los mismos derechos, sino que formaban parte de aquellos a quienes se pretendía subordinar tanto dentro como fuera de la metrópoli: eran "'casi como ingleses" pero que nunca podrían ser ingleses ellos mismos". En efecto, quedó claro que los derechos de los ingleses y los británicos eran incompatibles, ya que "los primeros siempre tuvieron prioridad sobre los segundos, y la pertenencia nacional se mantuvo dentro de estrictos límites territoriales, culturales y, cada vez más, raciales".

De esta manera, la ambivalencia caracterizó el discurso colonial al buscar dominar a este sujeto colonizado en su totalidad a través de la asimilación de la cultura británica. No obstante, al mismo tiempo necesitaba desautorizarlo y representarlo como extraño e inferior, objeto de poder regulatorio y sujeto de representación racial, cultural y nacional (Bhaba, 1994: 90). Así, se crearon nuevas identidades que clasificaban a la población de las colonias para diferenciarlas de las personas blancas europeas –"indio",

"negro", "mestizo" o "criollo"[9]– y también nuevas clasificaciones territoriales en un sentido geopolítico –Occidente, Oriente– en que Europa se presentaba como el centro de la Historia. Los demás territorios se construyeron como alteridades, los cuales eran explorados, conquistados y colonizados por el continente europeo a la vez que le devolvían una imagen de sí mismo (Dussel, 2001: 58). En consecuencia, los imperios europeos se visualizaron con la misión de dominar a otras naciones a través de concepciones de superioridad racial biológica y cultural. Según Meaghan Morris (1993, citado en Gunn, 2011), lo anterior derivó en la construcción de discursos en los que Europa se presentaba a sí misma como el lugar en el que se originaban todos los procesos históricos de cambio y luego eran repetidos en otras partes del planeta, aunque incorporando condiciones y elementos locales, como la modernidad.

Esto garantizó la consolidación de la propia identidad de los imperios europeos. Fue el caso del imperio británico que, por medio de la construcción de categorías de oposición binarias, reafirmó la identidad blanca europea como superior en cuanto a criterios de racionalidad, masculinidad e independencia (Wilson, 2003). De este modo, justificó la subyugación y descalificación de conocimientos y saberes propios de la población originaria de las colonias por suponerse ingenuos y carentes de la cientificidad necesaria para ser validados (Spivak, 2003).

Las relaciones entre los europeos y la población colonizada estaban basadas en las percepciones de género que construían los primeros, sobre todo hacia finales del siglo XIX, en la que tanto la masculinidad como la feminidad eran contrastadas desde la posición hegemónica de Europa (Spivak, 2003). En ese sentido, si los hombres nativos de las colonias eran considerados «afeminados» frente al "viril" hombre inglés, debían ser subordinados tal como lo eran las mujeres inglesas (Caine y Sluga, 2000). África y Oriente fueron representados en oposición a Europa, es decir, los primeros como territorios femeninos al asociarlos al imperio de las pasiones y de los sentidos y la segunda como territorio masculino, cuna de la razón y de la voluntad (Vázquez García y Cleminson, 2011: 189). Frantz Fanon ha explicado como en la actualidad las relaciones de género entre hombres blancos y mujeres negras –o los hombres negros y las mujeres blancas– continúan atrapadas en jerarquías de origen colonial, articulándose en ideas de superioridad/inferioridad subjetiva (2009). Además, las mismas características asociadas a las mujeres en cuanto a la construcción europea de feminidad eran utilizadas para justificar la colonización, como plantea John Tosh al explicar que las regiones "femeninas" que eran seducidas por los europeos esperaban la penetración y el dominio (1994: 197).

Esta concepción del mundo permitió la clasificación de las naciones entre aquellas fuertes y grandes y las moribundas, como explicaba Lord Salisbury en su

[9] El término «criollo» o «criolla» es utilizado en América Latina para hacer referencia a los descendientes de españoles (o europeos) que nacieron en territorio hispanoamericano durante la época colonial y así diferenciarlos de los "peninsulares" (quienes habían nacido en España y vivían en Hispanoamérica). También se utiliza para hablar de las prácticas, costumbres y diversas actividades resultado del mestizaje entre españoles, principalmente, y los pueblos indígenas que habitaban originariamente la región latinoamericana.

discurso pronunciado en el Albert Hall de Londres en 1898[10]. Estas últimas fueron identificadas en base a la desorganización y la decadencia que avanzaban a la misma velocidad que el aumento y la concentración de poder de las naciones "vivas". Así, su población era cada vez más débil, más pobre, más carente de hombres destacados e instituciones confiables, quedando en desventaja frente al avance científico de las grandes naciones que inevitablemente terminarían apropiándose de estos moribundos territorios. A eso había que agregar, además, la competencia que generaba esta carrera imperialista entre los países europeos. De esta manera, y durante las décadas siguientes, "la cantidad y la calidad" de la población europea se convirtió en una de las preocupaciones que estimularían el fortalecimiento y dignidad de la nación porque, como planteó el eugenista español Joaquín Noguera en 1930, "el fin natural y lógico de toda raza que pierde su sanidad y su fuerza no es otro que el de llegar a ser dominada" (143). En cualquier caso, y sin menospreciar la preocupación que el estado de la población española suscitaba, los regeneracionistas no compartían el carácter evolucionista de la tesis de Lord Salisbury. En ese sentido, consideraban que aquellas naciones catalogadas como moribundas en su discurso –entre las que se contaba España– no estaban destinadas a perecer porque el proceso que las había llevado a esa decadencia era histórico y, por lo tanto, podía deshacerse y encontrar nuevamente el camino a recuperar su estatus internacional (De la Torre, 1985). Por lo tanto, la regeneración se proponía reconstruir una nueva patria y una nueva virilidad (Vázquez García y Cleminson, 2011: 198).

La idea de la "degeneración de la raza" –a partir de la interpretación de las tesis sociodarwinistas de la evolución de las especies– derivó en la necesidad de transformar el rol del Estado y otorgarle un carácter interventor. Así, este podría inmiscuirse en los procesos vitales y civilizatorios de la población con el objetivo de proteger la democracia liberal, la sociedad de mercado y la supervivencia y unidad de la nación (Vázquez García, 2009; Quintanas, 2011; Loredo y Jiménez, 2014). En consecuencia, el tratamiento individual de las enfermedades o conductas inmorales sería desplazado por un abordaje colectivo que se focalizara en la prevención y la regulación, abriendo un proceso de biologización de la sociedad que marcó un interés por las características físicas y mentales de los grupos humanos (Álvarez Peláez, 2007). De esta manera, las calamidades sociales como la mortalidad infantil, la malnutrición, la mendicidad, las epidemias, el hacinamiento urbano, la prostitución o la criminalidad dejaron de entenderse como sucesos naturales para identificarse como riesgos. En ese sentido, ahora era posible realizar cálculos estadísticos y traducir la comprensión de la sociedad a un lenguaje biológico más que a un lenguaje moral (Vázquez García, 2009: 204).

Por consiguiente, no sólo el eugenismo, sino también el higienismo y la medicina social se convirtieron en corrientes de pensamiento fundamentales a la hora de buscar una solución a los problemas de salud y de calidad de vida de la población de los Estados, consolidándose como campos de poder científicos (Quintanas, 2011). El nuevo escenario convirtió la pobreza, el hacinamiento, el alcoholismo, la desnutrición y la

[10] Lord Salisbury, Discurso pronunciado en el Albert Hall de Londres ante la reunión anual de la Primrose League, 4 de mayo de 1898. El discurso apareció transcrito en *The Times*, "The Primrose League. Speech by Lord Salisbury", 5 de mayo de 1898, versión citada en De la Torre (1985).

prostitución en problemas higiénicos, pero también sociales, abordando las enfermedades más frecuentes como la tuberculosis, la sífilis y las dolencias gastrointestinales con este nuevo enfoque (Rollet, 1994; Bernabeu-Mestre, 1998). La higiene fue concebida como la ciencia por la que se conservaría la salud física de la población, pero además su difusión buscaría la moralización de ésta última. Así, los valores sociales, políticos, culturales, ideológicos y económicos vigentes necesitaban ser interiorizados por todas las clases sociales. Por lo tanto, el objetivo final era el perfeccionamiento de la nación a través del perfeccionamiento de la familia, por lo que el intervencionismo en el espacio privado era tan necesario como en el público (González Castillejo, 1994: 251-252). Como consecuencia, el médico se presentó a sí mismo como un experto en la observación, la corrección y el mejoramiento del cuerpo social, trascendiendo incluso su función de curar enfermedades y posicionándose en un rol fundamental para la transformación de la sociedad y el gobierno de la nación (Quintanas, 2011: 275).

De este modo, la enfermedad fue percibida como fenómeno colectivo y se tomó consciencia de los costes económicos que ésta significaba para los Estados. Al mismo tiempo, se prestó atención a la mortalidad prematura de la población y de la infancia y a la necesidad de pacificar la conflictividad social nacida del crecimiento de los movimientos obreros organizados frente a la enorme desigualdad socioeconómica[11]. El resultado fue la creación de una serie de tecnologías de intervención focalizadas en grupos humanos valorados en riesgo –especialmente dirigidas a las clases populares–, creándose una serie de campañas sanitarias que caracterizaron la medicina social y el higienismo de finales del siglo XIX hasta el primer tercio del siglo XX (Rodríguez Ocaña, 1992; Morata Marco, 1999).

Además de la existencia de la beneficencia y el ejercicio libre de la medicina como profesión, los Estados decidieron comenzar a crear –no sin polémicas discusiones– seguros voluntarios u obligatorios para trabajadores industriales que les garantizaran asistencia médica, como lo fueron las Sociedades de Socorros Mutuos. En esa dirección, el primer país en implementar un tipo de asistencia médica que contemplaba financiamiento tripartito entre el Estado, los obreros y los patrones fue la Alemania de Otto Bismarck en 1884 (Álvarez Junco, 1986; Bernabeu-Mestre, 1998).

[11] La organización del movimiento obrero de principios del siglo XX en España y en Chile cuenta con dos hitos emblemáticos en la lucha por las mejoras de las condiciones de vida de la clase trabajadora que terminaron con una dura represión. En España, la Semana Trágica de Barcelona, acontecida entre el 26 de julio y el 02 de agosto de 1909, fue la movilización de los sectores populares por su negativa a atender el llamado del gobierno de Antonio Maura de enviar a las tropas de reserva a luchar a la Guerra de Melilla. La gran mayoría de los hombres obreros convocados eran los únicos ingresos económicos de sus familias, por lo que los sindicatos llamaron a la movilización. La represión, tanto del Ejército como de la Guardia Civil, dejó un saldo de 441 heridos, entre 104 y 150 muertos y 1.500 prisioneros (Connelly Ulman, 1972; Sánchez Crespo, 2019). Por otra parte, en Chile, la Matanza Obrera de Santa María de Iquique, acontecida el 21 de diciembre de 1907, fue la respuesta que obtuvieron miles de obreros mineros y sus familias que abandonaron las Oficinas de Salitre y cruzaron el desierto de Atacama para manifestarse en la ciudad costera de Iquique, exigiendo condiciones laborales y de calidad de vida mínimas. El gobierno de la época, presidido por Pedro Montt, envió al Ejército para acabar con la huelga. No hay un consenso claro sobre la cifra de asesinados entre hombres, mujeres y niños: algunos dicen que son más de 3.600, otros, 2.200; la prensa estableció 494 personas, aunque el gobierno los cifró entre 126 y 140 personas (Devés, 2018; González Pizarro, 2018).

Así, los seguros actuaban sobre la condición social de la población y funcionaban como contrapeso de riesgos potenciales, cuya prevención –como ocurría con la conservación de la salud– se entendía como un compromiso entre el individuo y la nación. Por lo tanto, el Estado intervenía en la salud y protección del ciudadano dado que su bienestar impactaba positivamente en el bienestar colectivo, en el vigor físico de la nación, en su poderío económico y en su capacidad de expansión (Vázquez García, 2009: 205).

Esto consiguió que las ideas médico-sociales se convirtieran en la base común de propuestas económicas, sociales y políticas de distinto sentido, unificando el discurso sociopolítico en el área de la salud, un territorio aparentemente neutral (González Castillejo, 1994; Rodríguez Ocaña, 2001). De esta manera, la religión perdía su patrimonio en la explicación de la realidad en favor de la ciencia como nuevo paradigma para comprender el mundo, lo que permitió la construcción de nuevos modelos para responder al cambio y al derrumbe de viejas certezas. Por esta razón, cada teoría que pretendiera ofrecer una solución al problema de la "degeneración" en la sociedad moderna debía utilizar el vocabulario científico, es decir, en términos evolutivos e incluso industriales (Blom, 2008: 359).

En Alemania, por ejemplo, la higiene social determinó lo relevante que era reconocer la influencia de los aspectos culturales y sociales en la salud. Por eso, en 1904, Alfred Grotjahn afirmó ante la Sociedad Alemana de Higiene Pública lo importante que era estudiar las condiciones ambientales en el que las personas nacían, vivían, trabajaban, comían, se reproducían y morían. El trasfondo era que, al incorporar las ciencias sociales y la naciente estadística al análisis de estos factores, se podía elevar el nivel de salud de la población y mejorar la constitución humana (Rodríguez Ocaña, 1983). En Francia, por su parte, durante la última década del siglo XIX, la atención se centró en las condiciones en que las mujeres vivían sus embarazos, daban a luz y criaban a sus hijos. El objetivo era aumentar no sólo la natalidad, sino que también la seguridad en los nacimientos para así reducir y evitar la muerte prematura de la infancia y también de sus madres (Rollet, 2004).

Si bien el estudio de las condiciones socioambientales entraba en conflicto de algún modo con la predominancia de la herencia que caracterizaba al eugenismo, ambas corrientes se pusieron en práctica sin que sus propios defensores repararan en esta contradicción (Álvarez Peláez, 2007: 220). Así, exigir certificados médicos a los cónyuges antes de contraer matrimonio o persuadir a ciertos grupos para esterilizarlos o directamente disuadirles de reproducirse, convivieron cómodamente con aquellas prácticas que se centraban en la instrucción de las mujeres en el conocimiento científico e higiénico para modificar su comportamiento y erradicar costumbres que respondían a la tradición popular o la superstición (Ehrenreich y Deirdre, 1990). La explicación estaba en que, hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, los divulgadores científicos sintetizaban las principales causas de la mortalidad infantil en las costumbres basadas en la ignorancia y los malos hábitos higiénicos (Bernabeu-Mestre, 1998).

Por otra parte, la revolución pasteuriana y las teorías bacteriológicas constituyeron al microbio en una amenaza desconocida y misteriosa que reforzó el miedo a las clases populares y sus condiciones de vida. Desde entonces, este sector de la

población fue visto como un foco de infección para las clases más acomodadas del que era necesario protegerse, lo que se tradujo en el protagonismo de la construcción de la realidad desde la perspectiva higiénica y sanitaria (Aresti, 2001: 73-74). Para Bruno Latour, "el higienista da entonces a su ciencia una definición coextensiva con la realidad. Pretende actuar sobre la alimentación, el urbanismo, la sexualidad, la educación, el ejército. Nada de lo que es humano le es ajeno. El humano en sí mismo es demasiado estrecho para él; también debe ocuparse del Aire, la Luz, el Calor, el Agua y el Suelo" (2011: 39). De esta forma, la biologización junto a la medicalización de la sociedad a través de una biopolítica interventora tuvieron como principales objetos a las mujeres madres, sobre todo a las de las clases populares, construyendo y enfatizando su rol en el fortalecimiento de la "raza" (Jiménez Lucena, Sánchez y García Díaz, 2008; Quintanas, 2011). La familia, por lo tanto, fue instrumentalizada para civilizar a las clases populares y así prevenir la "degeneración" de la nación. La infancia fue concebida como el patrimonio biológico de la nación y el futuro de la "raza", que a la vez que estaba en peligro (mortalidad infantil, el trabajo infantil, preocupación por su nivel de instrucción), también podía ser peligrosa (delincuencia infantil, prostitución infantil, "anormales"). Para ello, se comenzaron a criticar fuertemente las formas de sociabilidad de los hombres –como la taberna– por ir en contra de la vida en el hogar familiar y por fomentar el desinterés por las responsabilidades como esposo y padre, y se buscó proteger principalmente a las madres y la infancia (Vázquez García, 2009: 216-217). Así, las problemáticas que preocupaban a los Estados abrieron la discusión científica y popular sobre los cambios en la vida familiar, las normas y las prácticas sexuales y la situación de las mujeres (Caine y Sluga, 2000).

2.3 La aparición de la puericultura y las políticas materno-infantiles en Europa Occidental

Pese a que el concepto de «puericultura» fue utilizado por primera vez por el médico francés Alfred Caron en 1864, fue otro médico compatriota Adolph Pinard quien lo popularizó en 1890. La puericultura fue definida por este último no sólo como la ciencia de criar a los niños de forma higiénica, sino como el arte de procrearlos en las mejores condiciones de acuerdo con los principios eugenésicos con el objetivo de alcanzar una completa gestación intrauterina (Rollet, 2004: 35-36). Para Pinard, la perspectiva eugénica era fundamental, ya que no era suficiente que aumentara la natalidad, sino que esos niños sobrevivieran y crecieran sanos. De esta forma, la puericultura se basaba en cuatro campos de acción: el higiénico, el médico-sanitario, el protector y el educativo (Bernabeu-Mestre, 1998: 28).

Uno de los principios más importantes de la puericultura consistía en enfatizar y fomentar la lactancia materna como principal método de alimentación de los recién nacidos. La institución llamada "La Gota de Leche" nació precisamente en Francia: el primer establecimiento, fundado en Fécamp, se debió al médico Léon Dufour en 1894. Estos centros se extendieron por todo el continente europeo con el objetivo de asegurar la correcta alimentación de la primera infancia, pero también como focos de difusión de conocimiento puericultor en los que las madres eran instruidas sobre la forma en que debían ejercer su rol de manera científica (Rollet, 2004; Levert, 2009). De este modo, la lactancia materna dejó de ser un acto simplemente natural para convertirse en una

práctica vigilada por los médicos. Antonin Marfan, hijo de Antoine Marfan, uno de los fundadores de la pediatría moderna francesa, afirmaba en su *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge* –publicado por primera vez en 1898– que

> "criar a un niño es todo un arte, y difícil, que requiere muchos conocimientos (…) Y, sin embargo, también necesita dirección; porque en la actualidad, en las condiciones de vida creadas por la civilización avanzada, no basta con que una mujer quiera y pueda alimentar a su hijo para que tenga éxito. Las mujeres del campo y las de los pueblos salvajes, al igual que las hembras de los animales, amamantan a sus crías sin seguir ninguna regla y sólo por instinto. Se dice que suelen tener éxito. No es seguro que su éxito como criadoras sea tan constante como se afirma, y quizás si la razón científica hubiera acudido en ayuda de su instinto, el número de vidas preservadas habría sido mayor" (Marfan, 1899: 9-10).

El rol de las mujeres, el que se había desarrollado en torno al culto a lo doméstico, vivió una transformación respecto a la idealización de la madre para comenzar a debatirse sobre la «maternidad científica». En otras palabras, quiere decir que, si bien no se alejó del rol maternal de cuidados que se le había otorgado en el ámbito doméstico, sí se enfatizó la importancia de contar con el consejo de expertos y médicos sobre las técnicas de crianza de la infancia. De esta forma, sin romper drásticamente con el lugar central del hogar y la familia en la vida de las mujeres, se afirmó que la aplicación de avances científicos en la esfera doméstica podría mejorar el estatus de su labor. Como escribió una madre en 1899 en el *Ladies' Home Journal*: "la maternidad ideal (…) no es obra del instinto, sino de un conocimiento esclarecido, concienzudamente adquirido y cuidadosamente digerido" (Watterson Moody, 1899), citado en Apple, 1987: 100), objeto de un saber profesional. Si las mujeres eran naturalmente maternales por instinto, ese amor maternal necesitaba dirección profesional a partir de los últimos descubrimientos científicos (Apple, 1987: 100).

Por esta razón, las tres principales preocupaciones de la puericultura se sintetizaban en el matrimonio, el embarazo y la crianza infantil. Si en la primera lo que importaba era la elección del cónyuge de acuerdo con sus antecedentes sanitarios y morales, lo que destacaban las otras dos era la interiorización de los principios higiénicos por la gestante y, posteriormente, por los niños. En ese sentido, el objetivo final que se perseguía era la formación de adultos sanos, libres de taras, que además fueran buenos ciudadanos y también trabajadores responsables, según los principios eugenésicos (Loredo y Jiménez, 2014). Por lo tanto, la maternidad comenzó a valorarse como un bien nacional que el Estado debía preservar (Vázquez García, 2009: 217).

Tras la Primera Guerra Mundial, y a raíz de las graves pérdidas humanitarias causadas por el conflicto y por la llamada "gripe española" de 1918 como factor adicional, esta preocupación aumentó fuertemente. El énfasis que se había puesto en la puericultura para garantizar el nacimiento de niños sanos pareció insuficiente, ya que no sólo la calidad de la población nacional estaba en peligro, sino que también su cantidad.

Si las bajas cifras de los nacimientos habían sido motivo de alerta antes de la guerra, los millones de muertos que había dejado a su paso ampliaron enormemente la incertidumbre sobre las tasas de natalidad en los Estados y plantearon la cuestión sobre el rol interventor que deberían desempeñar para incrementarlas.

Mark Mazower (2001: 102-103) explica que los franceses crearon medallas que premiaban a las madres prolíficas bajo la concepción de la maternidad como deber patriótico de las mujeres con la nación que se había desangrado durante la guerra. En Bélgica, ya que el Estado exigía el aumento de los nacimientos, la Liga de las Familias Numerosas exigió reducciones fiscales para cumplir con su supuesto deber patriótico, contando con muchos afiliados. En Londres se celebró la Semana Nacional del Bebé, en cuyo marco se realizó la Conferencia para el Bienestar del Niño en 1923, que proporcionó información a las madres preocupadas por la salud de sus hijos. En Alemania, por su parte, no fueron pocas las mujeres que visitaron las numerosas exposiciones ambulantes del Museo de Higiene de Dresde para garantizar la salud física y mental de las futuras generaciones.

Por entonces numerosos países prohibieron el aborto y el uso de métodos anticonceptivos, como Francia que lo hizo en 1920, Bélgica en 1923 e Italia en 1926, donde la prevención de la fecundidad del pueblo italiano fue calificada como un crimen de Estado. Mas, en lugares como Gran Bretaña y Alemania, tenía más fuerza el movimiento de apoyo al control de la natalidad con una clara perspectiva eugenésica para mejorar la calidad de su "raza". Por este motivo, se creó la Sociedad Británica en favor de un Control Constructivo de la Natalidad y del Progreso Racial, a través de la cual se repartieron folletos, se crearon clínicas y un sistema de caravanas propagandísticas sobre el control de la natalidad. A su vez, en Alemania, muchos se manifestaban a favor del control de natalidad como método para impedir la reproducción de las personas con enfermedades incurables o degenerativas. El argumento descansaba en que, si la humanidad ya había sometido todos los ámbitos de la vida al conocimiento racional, también debía imponerse a la creación de un ser humano (Mazower, 2001: 104-105).

Durante el período de entreguerras, la preocupación por la salud de la población aumentó considerablemente, sobre todo en el tratamiento de las enfermedades venéreas y la tuberculosis con una perspectiva familiar de la sanidad. Esta situación se materializó en Gran Bretaña con la promulgación de leyes para contrarrestar la mortalidad materna e infantil y la creación de diversas instituciones estatales como el Ministerio de Sanidad en 1919. Asimismo, en Francia, el Servicio de Sanidad Militar de la Guerra se convirtió en el Ministerio de Sanidad en 1920 o la creación del Instituto Nacional Italiano para la Maternidad y la Infancia en 1925. De este modo, se facilitó el establecimiento de políticas de divulgación de métodos modernos de higiene infantil y la institucionalización del parto, lo que instauró unas bases que se convertirían en los pilares del Estado social (Mazower, 2001: 108).

El enfoque estaba puesto en la asistencia social y familiar que las izquierdas desarrollaron, sobre todo a nivel municipal más que en el nacional. Entre ellas destaca la creación de oficinas de asistencia familiar en Alemania por parte de los concejales

socialdemócratas. También la "Política del Matrimonio y la Población" de la Viena gobernada por los socialistas, a través de la cual los concejales marxistas buscaron incentivar el compromiso con la paternidad responsable a cambio de acceder a la distribución de ropa infantil y otros tipos de asistencia. Así, la vida moderna vivió un proceso de planificación que abarcó tanto la estructuración y diseño de la ciudad como la transformación del hogar, otorgando funcionalidad a las tareas domésticas y planificando y organizando la vida cotidiana conforme a principios industriales, creando espacios delimitados para la cocina, el baño y el dormitorio, por ejemplo. Esto se reflejó también en la racionalización de las ciudades, lo que se tradujo en planificación urbanística, en la construcción de barrios con viviendas familiares que reemplazaron la vivienda precaria del siglo anterior y en el papel otorgado a inspectores de viviendas y trabajadoras sociales para vigilar el cumplimiento de las normas de higiene y alimentación. En conclusión, la salud de la familia se concibió en estrecha relación con las condiciones de vida en que las personas habitaban y el cumplimiento de la higiene social que contemplaba tanto las condiciones sanitarias como morales (Mazower, 2001: 108-110).

En España, y como se desarrollará más adelante, la política intervencionista en materia sanitaria apareció más tardíamente que en los otros países de la Europa Occidental. La agitación, el crecimiento y la consolidación del movimiento obrero durante el Sexenio Progresista español había dejado un recuerdo en las clases dirigentes de la amenaza de subversión de las clases populares. A partir de entonces comenzó la lenta apertura de los reformadores sociales para plantear la necesidad de la intervención estatal como garante de la preservación del orden y de la construcción de una sociedad moderna. Este proceso se abrió tímidamente con la creación de la Comisión de Reformas Sociales en 1883 como un intento de estudiar las condiciones de vida de la clase trabajadora y, a partir de eso, proponer políticas legislativas que contribuyeran a su bienestar.

El imaginario de España como una "nación degenerada" estaba representado por el estado sanitario del país, cuya población presentaba elevadas tasas de mortalidad infantil y morbilidad en su población. Por consiguiente, el debate sobre las políticas intervencionistas se materializó en la necesidad de centralizar la actuación del Estado de manera unificada, lo que se hizo evidente en las discusiones sobre la importancia de crear un Ministerio de Sanidad. No obstante, el intervencionismo estatal avanzó lentamente por culpa de las resistencias de católicos y conservadores que defendían el ejercicio de la caridad y rechazaban la acción estatal propuesta por reformadores y regeneracionistas. En consecuencia, no fue hasta que la Comisión se transformó en el Instituto de Reformas Sociales en 1903 y, finalmente, en el Instituto Nacional de Previsión en 1908, cuando, de manera paulatina, fueron surgiendo las legislaciones relativas a seguros como de accidente, de vejez, de enfermedad, de paro forzoso y de maternidad. Este proceso se extendió hasta la instauración de la Segunda República, caracterizándose por años turbulentos de crisis políticas y revolucionarias, en el que tuvo mucha relevancia la huelga general de 1917 como resultado de la insuficiencia y precariedad de algunas de estas legislaciones (Vázquez García, 2009: 201-221).

2.4 La eugenesia y puericultura latinoamericana: progreso, "raza" e infancia

En América Latina, la importancia que se le otorgó a la infancia durante este período histórico fue la misma que en Europa Occidental, pero con claras diferencias. Es muy difícil homogeneizar la realidad de la población del continente si se tiene en cuenta su extensión territorial y las variaciones local-regionales de las dinámicas familiares. Aun así, es posible afirmar que la realidad en el Cono Sur, hacia finales del siglo XIX, estaba muy alejada de la constitución familiar perseguida por la Iglesia católica. Además de que la población era mayoritariamente rural y de estar repartida en vastos territorios, las uniones consensuales de las parejas eran la manera más común y normalizada de iniciar la vida familiar, aún después de que se aprobara, por ejemplo, la Ley de Matrimonios Civiles en la Argentina de 1888. A raíz de esta realidad, los índices de ilegitimidad de los nacimientos en aquel país correspondían al 14% en 1860 (Di Liscia, 2006: 768).

A mediados del siglo XIX, tanto las áreas urbanas como rurales carecían de pautas higiénicas y la potente influencia de la Iglesia católica se presentaba como un obstáculo para el desarrollo de las instituciones republicanas. Tanto en Argentina como en Chile, por ejemplo, las prácticas relacionadas con la salud de la población estaban en manos de las mujeres en un entorno familiar y privado. Eran ellas quienes recurrían a conocimientos y saberes populares de herencia hispánica e indígena para curar y, sobre todo, atender problemas vinculados a los embarazos y los partos. Religión y ciencia entraban en conflicto cuando se trataba de curar el cuerpo y muchas mujeres confiaban la sanación de sus hijos a las oraciones y rezos dirigidos a vírgenes y santos en vez de acudir a la medicina. Este escenario se traducía en altas tasas de mortalidad infantil y era motivo de crítica por los intelectuales liberales que demandaban la secularización y el acceso a una educación laica destinada a las mujeres (Di Liscia, 2006; Zárate Campos, 2008a).

Esta situación fue progresivamente abordada por la consolidación del discurso médico, junto con la llegada masiva de inmigrantes europeos a partir de mediados del siglo XIX –como en el caso de Argentina– o de migración interna a las ciudades– como en el caso de Chile. Así, este movimiento trajo consigo el aceleramiento de la urbanización, sobre todo en las grandes capitales, donde se desarrollaba un estilo de vida europeo y burgués y donde la feminidad vinculada a la higiene se destacó como símbolo de civilización, expresándose en los cambios de costumbres domésticas y de cuidado infantil (Di Liscia, 2006; Rojas Novoa, 2017).

El proceso de modernización y secularización que vivieron los Estados latinoamericanos a partir de la segunda mitad del siglo XIX iban de la mano con la demanda de intervención estatal para alcanzar el progreso de acuerdo con los estándares europeos. En ese sentido, dicho proceso tuvo como eje central la construcción del discurso de la domesticidad y de la protección a la infancia, ambos elementos característicos de las sociedades modernas y civilizadas, lo que resultaba complejo en un continente poblado de niños y niñas campesinas, indígenas y pobres (Rojas Novoa, 2017: 65). De esta manera, la presencia de personas blancas, indígenas y afrodescendientes, además del mestizaje como resultado de su convivencia o de

violencia, fue esencial en la creación de políticas poblacionales. Esto responde, principalmente, a que las clases dirigentes pensaban que para constituir, desarrollar y modernizar las naciones en sus recientes Estados, aún incluso gestionando conflictos limítrofes, había que admitir, excluir, educar y poner orden en los diversos grupos (Álvarez Peláez, 2005).

En América Latina, las ideas evolucionistas, biológicas y organicistas o eugenésicas integraron las concepciones generales sobre las "razas" y los pueblos, las que fueron admitidas por la necesidad de conformar naciones que fueran modernas, poderosas y se abrieran camino al progreso. Políticos y profesionales de los distintos países de la región compartían el deseo de mejorar la "calidad de la población" y proceder a su control y homogenización, llegando a proponer incluso el "blanqueamiento de la raza" (Álvarez Peláez, 2005: 785). Esta misma perspectiva es la que tenían en Brasil, en la que el paradigma racial predominaba en el país. Lilia Schwarcz (2017) sostiene que en Brasil se combinaron teorías intrínsecamente excluyentes, como el evolucionismo y el darwinismo social, para construir un discurso promovido por la élite político-intelectual que abogaba por el "blanqueamiento" de la población mediante el estímulo de un mestizaje homogeneizador y modelador. Desde la perspectiva de los médicos brasileros de la época, resultaba imperativo implementar un proyecto médico-eugenésico orientado a perfeccionar a la población. El problema era que, simultáneamente, la adopción de estas teorías implicaba aceptar una visión pesimista sobre la viabilidad futura de la nación. En consecuencia, dicho discurso no sólo justificó, sino que también defendió la exclusión de las poblaciones negras y mestizas como estrategia para garantizar la construcción de un proyecto nacional alineado con ideales de un futuro blanco y occidental.

En el marco de esta misma discusión, en el caso de Chile, por ejemplo, se desarrolló lo que se conoce como la "Pacificación de la Araucanía", que no fue otra cosa que diversas expediciones militares hacia la región desarrolladas a partir de 1861, apenas iniciado el período de los gobiernos liberales en el país. El resultado fue la ocupación militar, la colonización y la anexión de los territorios indígenas al Estado de Chile, lo que finalizó en 1883 y se tradujo en la muerte de miles de indígenas mapuche y la reducción de su territorio ancestral a un 6,18% de su dimensión original (Bengoa, 1996). En paralelo, la inmigración europea fue impulsada por el Estado durante toda la segunda mitad del siglo XIX. En 1907, la población total en Chile era de 3.249.279 personas, de las cuales 134.524 correspondían a extranjeros. Las dos primeras nacionalidades más frecuentes eran peruanos y bolivianos, seguidos muy de cerca por los españoles. Luego, en orden descendente, predominaban italianos, alemanes, ingleses y franceses. En cuanto a la población indígena, se estimaba que la población mapuche era de 101.118 personas, pero no se mencionan otros pueblos indígenas en la estadística censal[12].

[12] Cabe recordar que este total poblacional considera el territorio de Tacna, el cual tenía 28.748 habitantes en 1907, pero que fue cedido al Perú en 1929 con el Tratado de Lima (Dirección General de Estadística, *Censo de Población de la República de Chile, levantado el 15 de diciembre de 1920*, Sociedad Imprenta y Litografía Universo, Santiago de Chile, 1925).

Bajo estos argumentos, se hizo imperante eliminar las costumbres aborígenes y criollas para así terminar con el conflicto étnico y apropiarse culturalmente de hábitos occidentales que los inmigrantes europeos replicaban, por ejemplo, en tierras argentinas y chilenas. Estas nuevas pautas abarcaban desde la higiene hasta el estilo lujosamente amueblado de las casas de las clases acomodadas, en las que el personal de servicio no podía invadir la vida privada de los miembros de la familia (Di Liscia, 2006: 771-772). Como narra el historiador Benjamín Vicuña Mackena en 1886, por herencia colonial, las familias chilenas habían tenido la tradición de contar con una habitación anexa a la matrimonial en la que dormía el bebé y "donde la servidumbre vivía amontonada al alcance de su voz". Así, los niños crecían en brazos de nodrizas indígenas y aprendían el quechua o el araucano antes que "la lengua patria" (Vicuña Mackena, 1944: 42). Por motivos como éste es que el progreso se entendía como la implantación de la civilización capitalista que, en términos sociales, significaba además la mutación del espacio privado. Era fundamental la instalación de un ideal de domesticidad basado en la transformación de la vivienda en un hogar, un lugar para el descanso y la intimidad con características burguesas. De este modo, el hogar debía permanecer limpio y saludable, en otras palabras, higiénico, y las mujeres fueron identificadas como las únicas capaces de realizar esta transformación a partir de sus supuestas capacidades naturales para ello (Di Liscia, 2006; Aguilar, 2012; 2013; 2014).

América Latina tenía tasas muy altas de hijos ilegítimos y de uniones consensuales (Pérez Brignoli, 2010), lo que se convirtió –junto a la pobreza y la ignorancia– en una de las mayores causas de mortalidad infantil. Soledad Rojas Novoa (2017: 146 y 157) plantea que esta realidad acentuó la urgente necesidad de generar la "formación de una conciencia sanitaria" en las clases populares, a través de la construcción de hogares que siguieran estándares científicos, económicos y morales establecidos para, luego, hacer de ese modelo un ideal. Se pensaba que las acciones encauzadas hacia dicha finalidad contribuirían a la consolidación de la familia y, por consiguiente, a la estabilidad de la sociedad y de la nación. De esta forma, la ilegitimidad se comprendía como transitoriedad, inestabilidad para la infancia y la negación de la autoridad paterna y conyugal. Este modelo familiar se basaba en un matrimonio indisoluble en el que el hombre ocupaba el lugar de cabeza de familia indiscutido y con derechos civiles restringidos para las mujeres, replicando el orden público dentro de la relación familiar. Siguiendo esta estructuración, se constituía "una familia limpia y moderna en una nación ordenada y civilizada" (Di Liscia, 2006: 778).

Como afirma María Silva Di Liscia (2006), la educación femenina impulsada por los gobiernos liberales no rompió con los estereotipos de género decimonónicos. Se buscó entregar una instrucción científica femenina, pero manteniendo a las mujeres dentro del hogar y convirtiéndolas en las primeras educadoras y las mejores higienistas de sus propias familias. En otras palabras, serían las amas de casa las más adecuadas para reemplazar las costumbres primitivas y tradicionales por aquellas prácticas burguesas de domesticidad, lo que las haría contribuir al progreso de la nación. Incluso las mujeres de la élite asumieron esta labor más allá de los límites de sus viviendas y desplegaron una intromisión mucho mayor en los hogares más pobres para regular la vida doméstica con instrucciones morales e higiénicas.

En este propósito influyeron directamente los discursos eugenésicos que se desarrollaron en América del Sur, los que respondían al lamarckismo social del eugenismo puericultor de origen francés[13] (Sapriza, 2006). Fue esta corriente la que inspiró la creación de políticas y reformas sociales que mejoraran la calidad de vida de la población, pero sobre todo respecto a la protección de la maternidad y la infancia. De esta manera, se puso mayor énfasis en la reforma del ambiente social y moral de los futuros progenitores que en la prohibición de su reproducción. Se asumía que así los niños superarían las características genéticas no saludables –biológicas y morales– que heredarían de sus familias y adquirirían unas nuevas para reemplazarlas por mejores cualidades que potencialmente ellos mismos legarían a su descendencia (Stepan, 1991).

Durante toda la segunda mitad del siglo XIX, muchos médicos e intelectuales del Cono Sur realizaron viajes educacionales de formación a Europa[14]. A través de ellos, incorporaron a sus discursos sus aprendizajes sobre demografía y la "degeneración" de la población para analizar las problemáticas locales. En consecuencia, y sumado a su trabajo junto a reformadores sociales y a la clase política, los médicos se convirtieron en sujetos clave para los proyectos de modernización nacional (Birn, 2008; Loredo y Jiménez, 2014). Lo anterior consiguió la formación de nuevas élites educadas en los conocimientos esenciales para enfrentar los desafíos que implicaba la modernización y el contacto temprano con las ideas eugenésicas. Ejemplo de ello son los vínculos entre los profesionales latinoamericanos y los eugenistas europeos que dirigían las políticas poblacionales en sus respectivos países y su participación en diversos congresos internacionales sobre eugenesia (Álvarez Peláez, 2005; Rojas Novoa, 2017).

Es necesario aclarar que la transmisión de estos conocimientos no se realizó de manera lineal o unidireccional. Esto quiere decir que aquellas ideas proliferantes en Europa también eran reapropiadas por los médicos e intelectuales en los países del Cono Sur, lo que les permitió generar y exportar sus propios modelos de acuerdo con sus realidades locales. Aun así, discutieron constantemente los estándares franceses de bienestar infantil y protección maternal e intentaron inspirarse en la tradición burocrática francesa. La promoción constante que hacían los médicos higienistas latinoamericanos de programas públicos de salud con el objetivo de mejorar las

[13] Como se ha explicado previamente, la eugenesia y la puericultura francesas, influenciadas por el lamarckismo, se enfocaban en la transmisión de los caracteres adquiridos por un grupo poblacional, lo que permitió dar protagonismo no sólo a la herencia genética entre los individuos, sino también al medio ambiente en el que vivían.

[14] Entre estos viajes es posible mencionar el de Benjamín Vicuña Mackenna, abogado chileno y futuro intendente de Santiago (1872-1875), viaje en el que tuvo ocasión de admirar el proyecto de modernización urbanística de París entre 1852 y 1856 (Vicuña Mackenna, 1872). También el de los médicos chilenos Francisco Puelma Tupper, Manuel Barros Borgoño, Vicente Izquierdo Sanfuentes, Carlos Sazié y Máximo Cienfuegos, enviados por el gobierno de Chile a especializarse a Europa entre 1874 y 1875 (Osorio, 2010). Asimismo, el viaje del médico uruguayo Luis Morquio a Francia entre 1892 y 1894 a especializarse en pediatría y del que se hablará más adelante (Rojas Novoa, 2017). Y, finalmente, el de los médicos argentinos Juan Ramón Fernández, quien viajó a París a especializarse en ginecología en 1883, y Gregorio Aráoz Alfaro, quien estudió en Francia, Alemania e Italia y se especializó en pediatría y medicina social entre 1894 y 1896 (Kohn Loncarica, 1985).

condiciones de sanidad urbana es prueba de ello. No obstante, la mayoría de los países latinoamericanos no alcanzaron ni buscaron decididamente el diseño y dirección de políticas centralizadas o la universalidad de los beneficios como hacían los franceses, pero sí se materializaron algunas de sus instituciones de cuidado directo, como las Gotas de Leche (Rojas Novoa, 2017: 93-94).

A pesar de sus peculiaridades nacionales, es fundamental mencionar que los países occidentalizados –como es el caso de México, Colombia, Argentina, Uruguay y Chile– compartían rasgos comunes ligados a elementos culturales tradicionales. En ese sentido, y como ocurría en España, todos estos países tenían el proyecto de crear una nación construida bajo criterios racionales de acuerdo a parámetros científicos, un discurso que se consideraba universal. Por esta razón, el papel de los intelectuales fue clave en la implantación de reformas sociales, quienes en muchas oportunidades tuvieron que conciliarlas con los valores y la moral cristiana por la significativa influencia de la Iglesia católica en sus países (Loredo y Jiménez, 2014).

A partir de 1890, se crearon diversos departamentos de salud infantil, lo que expandió el área de la salud pública hasta convertirse en uno de los pilares de la construcción de los Estados de bienestar latinoamericanos (Rojas Novoa, 2017). La eugenesia fue integrada y asimilada por las clases medias cultas del continente, destacando intelectuales y profesionales vinculados al poder académico y al poder político, incluso mucho más que en la Europa Occidental (Álvarez Peláez, 2005: 781). Entre estos países, destaca la eugenesia desarrollada tempranamente en Cuba con exponentes como los médicos y políticos Domingo F. Ramos y Eusebio Hernández, ambos formados en Francia directamente con Adolph Pinard (García, 1999; García y Álvarez, 1999). También se extendió a países como México, Colombia, Brasil, Argentina y Chile (Agostoni, 2002; Di Liscia, 2006; 2017; Luna Freire y Otávio, 2008; Murillo, Salaverry y Franco, 2008; Gutiérrez, 2010).

Es importante puntualizar que el estudio de las realidades locales para controlar la morbilidad y la mortalidad infantil desarrolló el prestigio social que adquirieron los médicos y los convirtió en actores políticos de gran influencia. No obstante, no fue hasta la segunda década del siglo XX que los movimientos eugenésicos se institucionalizaron en el continente americano (Rojas Novoa, 2017). La excepción fue Estados Unidos, que puso en práctica la eugenesia desde finales del siglo XIX y ya en 1907 había aprobado leyes de esterilización forzada para ciertos grupos poblacionales. Además, como la Primera Guerra Mundial obligó a Europa a cambiar su foco de atención hacia el conflicto y pausó sus avances científicos en la materia, Estados Unidos se convirtió en el país líder de la eugenesia a partir de sus progresos en este campo (Mazower, 2001; Álvarez Peláez, 2005). En otros países, como es el caso de Argentina, el nacionalismo que surgió fuertemente a partir de los años veinte desencadenó el rechazo a la inmigración extranjera, al juzgar que introducía taras sociales al continente. La noción que se desarrolló de una Europa destruida por la guerra y, con ella, de los valores liberales y modernos que América Latina tanto admiraba, incitó el rechazo a los inmigrantes extranjeros e incentivó la natalidad de la población local. En consecuencia, el rol reproductivo de las mujeres quedó fuertemente vinculado a la conexión entre la familia y la patria (Sapriza, 2006: 895).

En la región latinoamericana, la institucionalización de la eugenesia puericultora de influencia francesa vino de la mano de Luis Morquio, médico y pediatra uruguayo formado en Francia en 1893. Fue él quien buscó la consolidación de la pediatría en América Latina como una rama autónoma y productora de conocimiento respecto a lactantes y recién nacidos. Su objetivo fue también el de convertirla en un campo de estudio centrado en las problemáticas sociales y sanitarias y su prevención, algo que consiguió sobradamente con la fundación del Instituto Panamericano de Protección a la Infancia en 1927 (García Nieto, 2010; Rojas Novoa, 2017). Gracias a su trabajo, Uruguay se convirtió tempranamente en la cuna de la Pedagogía Social en el continente, ya que Morquio defendía que los problemas de morbilidad y mortalidad infantil eran científica y socialmente evitables a través de la generalización de la higiene. De esta manera, la población lograría tener una vida saludable que les permitiera convertirse en buenos ciudadanos. Así, la principal contribución de este pediatra en América Latina fue el énfasis que desde entonces se puso al medio social en el que se desenvolvían las familias por encima de la administración de una cura médica como única solución, según Rojas Novoa (2017: 132-133).

Es importante mencionar que el interés de los discursos y acciones realizadas para proteger a gestantes y recién nacidos de la morbilidad y mortalidad infantil, junto a la difusión de un nuevo ideal de domesticidad, estaban basados en una preocupación real y genuina. Sin embargo, también escondían una aprehensión por las consecuencias que los procesos de modernización tenían sobre las mujeres y sus cada vez mayores demandas de emancipación (Espigado, 2018). La puericultura tenía profundas raíces en la visión tradicional del rol de la mujer en la familia y en la reproducción, por lo que los puericultores enfatizaron la importancia de mantener a la mujer en el hogar, criando niños saludables bajo los preceptos médicos de la modernidad y por el bien del país. En ese sentido, la importancia que se otorgó a la salud de la infancia no radicaba en únicamente tener niños sanos, sino en lo que esto significaba para el progreso de la patria o la "raza". Al garantizar su futuro, se estaba asegurando el bienestar de la nación al convertirse el niño en un ciudadano que interiorizaría los valores promovidos por las democracias liberales, es decir, valores basados en el trabajo, el orden y el progreso. Este ciudadano, por lo tanto, debía ser disciplinado, responsable, capaz de adaptarse al lugar que ocupaba en la sociedad y contribuir al colectivo en su prosperidad y armonía social (Stepan, 1991; Loredo y Jiménez, 2014).

De este modo, es imposible separar catolicismo y eugenesia en América Latina, ya que la influencia cultural de esta religión en el continente funcionó como mecanismo para identificar un origen biológico para la población latina racializada y una red intelectual y científica latina que se le correspondiera. Así, se miró con escepticismo los postulados eugenésicos que se basaban estrictamente en la herencia y se privilegió principalmente la intervención medioambiental. Por esta razón, la eugenesia ofreció soluciones que trascendieron las distinciones entre intelectuales católicos y seculares al compartir ambos la creencia de que la higiene racial servía para confirmar que el orden de la sociedad se basaba en una estructura social patriarcal supuestamente natural. Por ende, los eugenistas católicos y los seculares coincidieron en que este planteamiento reafirmaba la utilidad de los roles tradicionalmente históricos de hombres y mujeres

para emprender la regeneración de la población. En ese sentido, cada Estado latinoamericano debía considerar las diferencias entre seres humanos como una manera natural y científica de organizar la sociedad, lo que supuso mayor énfasis en la cultura y en la clase al determinar categorías raciales que en los rasgos fenotípicos (Walsh, 2019).

2.5 Características de la eugenesia española y chilena

Para los higienistas y médicos sociales españoles y chilenos, la "degeneración de la raza" estaba intrínsecamente vinculada a la decadencia biológica del cuerpo causada por enfermedades como la locura, el alcoholismo, la tuberculosis y la sífilis. Estos males trascendían al individuo al estar relacionados con la herencia biológica, lo que finalmente repercutía en toda la nación. No obstante, la postura más defendida tanto en España como en Chile correspondía a aquella que destacaba la importancia de conocer el historial hereditario familiar como herramienta de progreso, pero asimismo lo era además la de la urgente necesidad de iniciar la lucha higiénico-sanitaria (Álvarez Peláez, 2007). Así, la eugenesia y la higiene serían claves en recuperar el vigor de la "raza española" y la "raza chilena", siendo importantes tanto la herencia como el medio como agentes de degeneración (Campos Marín, 1999; Ortiz Valenzuela, 2006; Álvarez Peláez, 2007).

Aun así, no fue hasta después de la Primera Guerra Mundial, transcurridos ya varios años de la celebración en 1912 del Primer Congreso Internacional de Eugenesia, cuando la doctrina eugenésica comenzó a obtener más protagonismo en el debate social español, lo que coincidió precisamente con una fase de grandes movilizaciones de trabajadores en el país (Álvarez Peláez, 1999). En Chile, del mismo modo, era cada vez mayor la movilización obrera a partir de la agudización de la cuestión social como consecuencia de la poca atención que el Estado le había otorgado durante el régimen parlamentario vigente desde 1891. Sin embargo, aunque la eugenesia se manifestó con mayor protagonismo en la década de 1930, ya también desde el final de la Primera Guerra Mundial se podía identificar su influencia en la aproximación a los problemas sociales que aquejaban a la población. No obstante, el inicio del presidencialismo en 1925 –luego del golpe de Estado el año anterior– significó la instauración de una nueva Constitución política que incorporó artículos que exigieron al Estado un rol protagónico en el campo médico-social, lo que posicionó a la salud como una política de bienestar social, pero también como una doctrina de seguridad nacional (Ortiz Valenzuela, 2006; Illanes Oliva, 2010).

Chile fue el primer país de América Latina en reconocer la salud como un derecho de la población más que un asunto de caridad, siendo también el primero en desplegar un desarrollado sistema de seguridad social y un Servicio Nacional de Sanidad que garantizó que las políticas médico-sociales pudieran efectivamente desplegarse (Lavados Montes, 1993). De esta forma, la salud se configuraría como el principal motor de transformación del Estado durante todo el siglo XX, en el que la tríada compuesta por la Medicina (ciencia biológica), la Asistencia (ciencia social) y el Estado (aparato político) protagonizaría la evolución de un Estado Policial hacia un Estado Asistencial (Illanes Oliva, 2010: 210). Es en ese escenario en el que la salud materno-infantil tendría un rol importante y fundamental.

Estrechamente relacionada con la medicina social, la lucha por la eugenesia en España era a su vez una lucha contra normas sociales ampliamente represivas y ya insostenibles que eran perpetuadas por los estamentos superiores de la sociedad y la jerarquía eclesiástica católica. Como explica Raquel Álvarez Peláez (1999), el panorama era absolutamente conservador frente a los grandes cambios que el país había experimentado durante los años veinte, por lo que necesitaba del reconocimiento de una moral sexual moderna, en la cual tuvieran cabida tanto el divorcio y los hijos concebidos fuera del matrimonio como la maternidad consciente y la anticoncepción. En Chile, la Iglesia católica se había manifestado desde el período colonial frente a esta problemática. La alta presencia de la irregularidad de los nacimientos en el territorio latinoamericano a partir del proceso de mestizaje se había traducido en que esta institución abogara por la formalización de las relaciones sexuales que originaban descendencia e incentivara el matrimonio. Bajo su criterio, la ilegitimidad no sólo creaba problemas legales, sino que también espirituales. De esta manera, Sarah Walsh explica que fue esta posición la que les permitió a estos actores abordar la crisis matrimonial caracterizada por la disminución de uniones civiles –y religiosas– que experimentó Chile durante las primeras tres décadas del siglo XX desde una perspectiva eugenésica (2019).

En consecuencia, la eugenesia fue utilizada como base científica por profesionales españoles y chilenos de las clases medias ilustradas –médicos, abogados, higienistas, pedagogos, biólogos y diversos intelectuales– que defendían una reforma social. En España, esto les serviría como bandera de lucha contra la dictadura de Miguel Primo de Rivera (1923-1930) e incluso contra la monarquía, incapaces de llevar a cabo la regeneración que afirmaban sólo ellos podían concretar, tal como quedó reflejado en las Primeras Jornadas Eugénicas Españolas en 1933 bajo la Segunda República (Barrachina, 2004; Álvarez Peláez, 2007; 2009). La realidad impulsó que sectores aún más conservadores se enfrentaran a la oposición católica, como fue el caso del médico liberal y conservador católico Gregorio Marañón, quien lideró la Liga para la Reforma Sexual sobre Bases Científicas (Álvarez Peláez, 1999; Perdiguero, 2004). Muchos profesionales apostaron por la educación sexual de la juventud, entregar acceso a métodos anticonceptivos, solicitar un certificado médico prematrimonial o incluso otorgar acceso al aborto. Por su parte, la idea de la esterilización forzosa para casos específicos causaba mucho rechazo, en especial entre los médicos, mas no entre algunos abogados y juristas que la defendían como herramienta contra la delincuencia (Nash, 1993; Álvarez Peláez, 1999). La mayoría de estas medidas también fueron discutidas en Chile, pero, a diferencia de España, los profesionales de la medicina chilenos no desestimaban la esterilización forzada –aunque fuera finalmente descartada– quienes compartían con los abogados que esta práctica podía solucionar la problemática delictual (Lavrin, 2006; Ortiz Valenzuela, 2006; Illanes Oliva, 2010; Sánchez Delgado, 2017).

España y Chile compartían los mismos problemas sociales que requerían atención con urgencia. Así, además de los ya mencionados ocasionados por la sífilis –de la que se habló mucho en el Chile de los años veinte–, la prostitución, la tuberculosis y el alcoholismo, se encontraba la gran mortalidad infantil que azotaba a ambos países.

Ésta era causada ya no sólo por las enfermedades, sino que incluso por el abandono de los niños, la mala alimentación y desnutrición, malas prácticas de crianza e infanticidios como consecuencia de la pobreza y el abandono paterno a raíz de su ilegitimidad (Ortiz Valenzuela, 2006; Illanes Oliva, 2010).

Consiguientemente, en estos países la higienización se utilizó como mecanismo para homogeneizar los comportamientos sociales de las clases populares mediante la intervención científica y, de este modo, adecuar su conducta a las necesidades de las élites que detentaban el poder a través de su moralización. Así, fue concebida como un instrumento que disciplinaba e inculcaba ciertos hábitos higiénicos que, a su vez, podían inspirar otros tantos hábitos morales opuestos a los males mencionados. La incorporación de la higiene como norma permitió la organización de la vida de la población española bajo rígidos esquemas de actuación para evitar la continuidad de la "degeneración racial" (González Castillejo, 1994; Vázquez García, 2009), poniendo especial énfasis en la lucha contra la mortalidad infantil (Ballester y Balaguer, 1995; Rodríguez Ocaña, 1998; Perdiguero, 2004). Además, en el caso de Chile, los sectores populares constituían el engranaje de la producción nacional y, por lo tanto, del orden y progreso para alcanzar la modernidad deseada. Sofía Correa Sutil y otros autores (2001) plantean que se creía que el disciplinamiento social, junto a la mejora de las condiciones de vida y de salud de quienes componían las clases trabajadoras, fortalecería el orden y la armonía entre los estratos sociales, además de permitir la regeneración de la "raza chilena". La clave estaba en la implementación de medidas de prevención enfocadas en los trabajadores, las madres y los niños y así incitar la consolidación de los roles de género tradicionales. Se esperaba que mediante estas acciones disminuyera la amenaza que significaba para las clases dirigentes chilenas el socialismo y el anarquismo presentes entre los más pobres.

Por lo tanto, en Chile la eugenesia no se manifestó como un movimiento evidente con un gran desarrollo, pero sí lo hizo a través de propuestas médico-sociales que relacionaban un estado de salud deplorable con la "degeneración de la raza". La adaptación que se hizo de la eugenesia estuvo influenciada por el reconocimiento de las características de la población nacional, compuesta por una mayoría mestiza y trabajadora de materias primas, de la que dependía el crecimiento económico en el país. Por este motivo, no era posible contemplar la eliminación de grupos de personas con criterios raciales, sino que se debía asistir a dicha población. Esta perspectiva definió un camino más propio de la eugenesia positiva bajo el control del Estado que permitió el saneamiento y el fortalecimiento de la "raza chilena" como camino para terminar con la miseria (Ortiz Valenzuela, 2006). En ese sentido, la eugenesia en España fue compartida tanto por sectores conservadores como por aquellos ligados al reformismo social, incluso por socialistas y anarquistas, constituyendo un pilar fundamental en la modernización del Estado y en el cambio social que se buscaba. Así, igualmente se manifestó con características particulares de acuerdo con sus propias necesidades sociales e históricas. Según Mary Nash (1992), la versión hispánica de la eugenesia no presentó una arrogancia racial o la exaltación de una pulcra ascendencia con el fin de defender una nación biológicamente homogénea (como sí ocurriría durante el franquismo). Por el contrario, se

centró en la necesidad de mejorar la herencia racial española a través de la vitalidad de la población, la sanidad pública y el bienestar social.

Tanto los partidarios católicos como seculares de la eugenesia pensaban que parte de la "degeneración de la raza chilena" estaba vinculada a la modernización de la sociedad. Aseguraban que este proceso había interrumpido una parte fundamental del orden social biológicamente definido en el que existía una jerarquía natural de género y de clase y creían que la pérdida de los valores tradicionales en las relaciones entre hombres y mujeres era lo que causaba la degeneración moral y racial de la población. La explicación la encontraban en el descenso de los matrimonios concretados en la sociedad chilena (Walsh, 2019) y la existencia de la plaga social que significaban las enfermedades venéreas (Zárate Campos, 2009). De este modo, seculares y católicos manifestaban su compromiso con la noción de que un orden social patriarcal modernizado protegería y mejoraría la salud racial de la población (Walsh, 2019).

Si se evalúan estas características, es posible afirmar que la eugenesia española y la chilena se mostraron más cercanas al lamarckismo social vinculado a la puericultura francesa. En otras palabras, se defendió que la crianza y las condiciones del ambiente predominaban más que la genética a la hora de conformar el carácter de las personas y de las instituciones, por lo que el historial hereditario familiar fue utilizado sólo como instrumento eugenésico para valorar a la población (Nash; 1992; Álvarez Peláez, 2007). Así, se privilegió la modificación del entorno material y social en el que se desenvolvían hombres, mujeres y la infancia más que en prohibir su reproducción (Stepan, 1991). De esa forma, la prevención fue promovida antes que la administración de una cura médica, por lo que la enseñanza de la higiene y la acción médico-social fueron priorizadas, a través de políticas efectivas que atendieran las precarias condiciones de vida de los sectores populares vulnerables (Rojas Novoa, 2017). Por esta razón, la eugenesia presentó un carácter social que vino a enlazarla estrechamente con el higienismo, mostrando ciertas continuidades al expresarse sobre la necesidad de reformas sanitarias, laborales y educativas con el objetivo de perfeccionar la "raza", pero también sobre la lucha contra la mortalidad infantil (Ortiz Valenzuela, 2006; Illanes Oliva, 2010; Andrés Granel, 2020).

2.6 El «Ángel del Hogar» y el surgimiento de la «Mujer Moderna»

Hacia finales del siglo XIX, tanto en España como en Chile comenzó a divulgarse el ideal de mujer denominado el «Ángel del Hogar». Este arquetipo de la feminidad aludía a las mujeres desde la domesticidad y la naturalización de rasgos emocionales que se contraponían a la supuesta racionalidad, la cultura, la política y la ciudadanía de los hombres. El objetivo era convertirlas en esposas, madres y amas de casa responsables de la familia y el hogar, caracterizadas como seres puros, angelicales, inocentes, asexuadas y abnegadas (Nash, 2004: 45). Su creación respondió a la necesidad de ordenar a hombres y mujeres en la sociedad moderna y liberal bajo un discurso de complementariedad de los sexos donde cada uno tenía una funcionalidad tan diferente como esencial. Esto se presentaba como resultado del progreso científico y de

los avances en el proceso civilizatorio, desactivando así la pretensión de otorgar derechos a las mujeres dentro del marco jurídico liberal (Espigado, 2018: 197).

El «Ángel del Hogar» como representación cultural obtuvo su eco de manera internacional con gran aceptación, adquiriendo incluso características locales en diferentes países, pero manteniendo rasgos significativos comunes tanto en la Europa Occidental como en el contexto mundial (Nash, 2004)[15]. Nerea Aresti (2000) analiza cómo en España no se logró asimilar plenamente el ideario del «Ángel del Hogar» toda vez que el mundo liberal burgués español fue incapaz de articular un discurso de la domesticidad que sustituyera el modelo de feminidad heredado del Antiguo Régimen. En su lugar, se adoptó una visión que exaltaba el sentimiento católico como respuesta a la amenaza que representaba la modernidad para el orden tradicional de las relaciones de género, lo que desencadenó un proceso de feminización de la religión católica, donde la religiosidad pasó a ser concebida como un atributo femenino. Este giro implicó que la responsabilidad de la observancia de los preceptos religiosos recayera en las mujeres, mientras que los hombres se alejaron progresivamente de la religión y abrazaron la defensa del positivismo científico. Al mismo tiempo, Raúl Mínguez (2012) difiere levemente de Aresti al afirmar que el modelo liberal burgués del «Ángel del Hogar» sí se desarrolló en España, aunque de manera diferente que en el resto de países de Europa. Afirma que el proceso de feminización del discurso católico permitió la explotación de aspectos similares a dicho modelo, como la maternidad, pero con una finalidad diferente. En ese sentido, Antonio María Claret, confesor de Isabel II, planteó que la educación religiosa era crucial para las mujeres por lo que escribió diversos manuales que dictaban las normas de comportamiento para convertirse en buenas católicas. Defendía la instrucción de las mujeres desde el punto de vista religioso, pero también en beneficio de la sociedad y su recristianización. De esta manera, la Iglesia católica podía disputar espacios al Estado liberal. En cambio, Joaquín Roca y Cornet, autor laico de *Manual para madres católicas* (1868), se acercó al modelo de domesticidad liberal al reconocer la función educativa de las madres respecto a sus hijos e hijas. Desde su compromiso con el catolicismo, sostenía que el destino de la mujer era ser madre y que la lactancia materna no se reducía al ámbito biológico, sino que abarcaba una "lactancia moral", tan trascendental como la primera.

En América Latina, la identidad femenina se vio atravesada por el marianismo, es decir, la imagen de la Virgen María invocada por la Iglesia católica desde su exhortación como madre para exaltar los ideales maternales de domesticidad, abnegación y recato (Montecino, 1996a; Aguirre, 1997; Luna, 2009).

El «marianismo» es un término adoptado por la académica estadounidense especialista en Estudios Latinoamericanos Evelyn Stevens (1977). En las sociedades tradicionales latinoamericanas, el marianismo se comprende como el culto a la

[15] Gloria Espigado Tocino (2018: 196 y 207) advierte que el concepto de «Ángel del Hogar» ha sido utilizado indiscriminadamente en la historiografía hispana en cualquier momento histórico, desde el siglo XIX hasta la época franquista, obviando su origen durante el liberalismo y los cambios en el imaginario social. Esta práctica ha convertido al término en una figura esencialista y peligrosamente inmutable que muchas veces esconde la circulación de más de un ideal de feminidad y de modelos de género, aunque no todos recibieran la misma credibilidad y no tuvieran la misma oportunidad de convertirse en norma.

superioridad espiritual femenina, respaldado en la figura de la Virgen María, que establece que las mujeres son superiores moralmente y más fuertes que los hombres. La adoración a esta figura genera el imaginario de la fortaleza espiritual de la mujer, de paciencia con el hombre inherentemente pecador y el respeto por la figura sagrada de la madre. Bajo este parámetro, las mujeres están dotadas de una abnegación caracterizada por una humildad, sacrificio y paciencia infinitas que sostiene la convicción de la inferioridad moral de los hombres frente a ellas. Los hombres, entonces, serían violentos, obstinados e incapaces de contener sus impulsos sexuales, actuando como niños y, por lo tanto, irresponsables. De este modo, la autoridad del hogar pertenecería a la madre, subvirtiendo el machismo que ellas aceptan aun así inherentemente en los hombres (Fuller, 1996).

Lo anterior tendría su origen en la constitución del mestizaje latinoamericano a través del proceso de conquista, en el cual los encuentros –violentos o amorosos– entre hombres europeos y mujeres indígenas engendraron descendientes. Así, estos niños mestizos ilegítimos, o «huachos», crecieron en una familia cuyo pilar fue la madre, con un padre ausente y muchas veces desconocido. Lo materno como protagonista generó un vínculo estrecho con la Virgen María –representada también en sus versiones mestizas (la Virgen de Guadalupe en México o la Virgen de la Tirana en Chile, por ejemplo)– como madre sola, terrenal y celestial que sana, ama, perdona y cobija en su manto a todos sus hijos sin importar su origen. En esa dirección, el padre obtiene un lugar de "autoridad fantasmática (por su ausencia) que no se expresa en la alegoría del Dios-Padre como el origen de todos y como el depositario de la Ley, sino en un *pater* lejano, poco audible; pero no por ello carente de poder". Por lo tanto, la imagen del hombre aparece dividida: su identidad está atravesada por su rol de hijo con la madre como único punto de referencia, y como padre meramente circunstancial (Montecino, 1990: 286-288).

La Iglesia católica tuvo una gran influencia en la construcción de las características morales y religiosas que constituyeron los roles de género de las mujeres. Por este motivo el énfasis que se otorgó a la virginidad, el honor, el acatamiento y el servicio a los demás fue construido siempre en contraposición al imaginario de Eva como mujer pecadora y alejada de los valores que se esperaba caracterizaran a las mujeres (Carner, 1992). A ambos lados del Atlántico, aunque la Iglesia católica vivió una transformación con la subordinación institucional en los procesos de modernización y progresiva secularización, su influencia fue importante en cuanto a la legitimidad y promoción de los valores asociados a esa nueva domesticidad y maternidad (Nash, 2004). Sin embargo, los sectores sociales afines a esta institución comprendieron que la recuperación del terreno perdido ante el liberalismo y la recristianización de la sociedad no se podía concebir ya sin la participación –subordinada– de las mujeres (Mínguez, 2012). La feminización del discurso católico a mediados del siglo XIX español significó, por lo tanto, la proliferación de congregaciones femeninas de vida activa que pretendieron paliar lo que la Iglesia consideraba los efectos negativos de la sociedad en proceso de industrialización y de secularización. Así, inspiró un discurso moral que fue absorbido también por pedagogos, juristas, médicos y políticos. De esta manera, aún cuando emergían nuevos saberes de autoridad, "la religión sigue impregnando y

disponiendo la atmósfera, las pautas en las que se tiene que desarrollar el comportamiento individual" (Espigado, 2018: 204).

Tanto en España como en América Latina, se exhortó a las mujeres a extender su rol maternal al ámbito social a través de la beneficencia, en la que la Iglesia católica tuvo mucha relevancia a través de la creación de instituciones que buscaron subsanar la falta de recursos materiales de las clases populares. En consecuencia, y sumado a mensajes autoritarios y paternalistas que exaltaban su supuesta capacidad natural, se responsabilizó de la enseñanza de la higiene a las mujeres, quienes ocupaban cada vez más puestos de trabajo fuera del hogar, ya fuera en talleres y fábricas o en el cultivo de los campos y cuidado del ganado (Di Liscia, 2006).

A diferencia de las revoluciones en países católicos de Europa Occidental como Francia, Italia y España, los procesos revolucionarios de independencia en América Latina no se hicieron en contra de la religión ni de la Iglesia católica. Por lo tanto, y para el caso chileno, las asociaciones de mujeres ligadas a la caridad se vincularon al reconocimiento del marco jurídico de derechos individuales, entre los que se encontraba la libertad de asociación. Como plantea Sol Serrano (2009: 149-151), si bien el marco jurídico liberal no terminaba con su dependencia matrimonial ni les otorgaba a ellas libertad de asociación, de expresión, de conciencia o de movimiento, tampoco las excluía. Así, las clases dirigentes enfatizaron el papel pedagógico de las mujeres en el ámbito doméstico, lo que desembocó en que las mujeres de la élite primero y las mujeres trabajadoras después desempeñaran roles en la sociedad civil y, por ende, en el espacio público moderno, aún cuando no tuvieran derechos políticos. Esto explica que las sociedades de caridad en la segunda mitad del siglo XIX fueran relevantes como espacios de participación formal de las mujeres católicas de la élite, pero más por evidenciar cuál era el lugar de esa participación que por ser el inicio de un proceso que culminaría en la obtención de los derechos políticos para ellas. Su importancia radica en la transformación de su labor en esta nueva sociedad que se abría a la modernización. Continuaron con la obediencia al marido y al obispo y con la protección hacia sus inferiores, pero el que lo hicieran de manera asociativa, formal y urbana lo hacía distinto a su rol en la sociedad colonial y hacendal, lo que permitió reinsertar los lazos jerárquicos tradicionales en prácticas modernas.

Este nuevo lazo entre la élite y los sectores populares fue fundamental porque construyó –aunque en la esfera privada y de manera precaria– una red de protección social que asumiría luego el Estado de Bienestar en el siglo XX. Pero también es clave destacar que la relación de las mujeres de todas las clases sociales con la Iglesia católica durante este período fue esencial. No sólo porque fueron protagonistas en la estrategia de contención a la progresiva secularización de la sociedad y como agentes de catequización, sino porque en Chile su nivel de organización las llevó a ser un actor político importante en las coyunturas críticas del siglo XIX. La explicación detrás de ese protagonismo fue su capacidad de convocatoria, lo que hizo que fuera imposible de ignorar para los liberales (Serrano, 2009).

De esta manera, aunque el «Ángel del Hogar» promovía un prototipo de feminidad asociado intrínsecamente a la mujer burguesa, se confiaba en que a través de

estos valores transmitidos a las mujeres obreras se pudiera moralizar al pueblo y homogeneizar los comportamientos sociales. Con ello se buscaba, entre otras cosas, alejar a los hombres de las tabernas, asociadas al alcoholismo, pero también de las doctrinas revolucionarias como el socialismo y el anarquismo que solían difundirse en estos lugares. Además, necesitaban inculcar a las mujeres hábitos de orden, economía, higiene y puericultura, con el fin de evitar el abandono de niños o el acortamiento de la lactancia materna, muchas veces con objetivos patrióticos (González Castillejo, 1994; Knibiehler, 2001; Di Liscia, 2006).

El modelo de mujer instruida que asumía la maternidad como un rol con bases científicas y profesionales, se contradecía con la realidad de la mayoría de mujeres de las clases obreras en talleres y fábricas al evidenciar la falsa elección entre la vida doméstica y el "descuido" de la familia por la vida laboral. A partir de esta contradicción, higienistas y profesionales de la medicina social preocupados comenzaron a exigir políticas que protegieran a las mujeres durante el embarazo, el puerperio y la lactancia. Surgieron, entonces, iniciativas para la protección de la infancia que conllevaban mejorar las condiciones materiales de la maternidad, a través de infraestructura asistencial y promoviendo iniciativas legislativas en esa dirección (Di Liscia, 2006; Loredo y Jiménez, 2014). Así es como se llevó a cabo la transición de las instituciones benéfico-asistencialistas como las Casas de Maternidad y Expósitos y hospitales benéficos a hospitales que realizarían labores docentes y que concentrarían los avances de la ciencia médica y las innovaciones técnicas vinculadas al laboratorio y la asepsia, por ejemplo (Bernabeu-Mestre, 1998; Casado Ruiz, et. al., 2021). Ya a comienzos del siglo XX, la figura de ama de casa, esposa y madre perdió prestigio en cuanto a sus supuestos conocimientos naturales para desempeñarse en estos roles frente a las nuevas ciencias como la puericultura y la maternología, requiriéndose su instrucción para que pudiera desempeñar correctamente sus obligaciones familiares (Nash, 1993; Lavrin, 2006).

La higiene social demandó de las mujeres burguesas y de clases medias que enseñaran a las más vulnerables a cumplir correctamente su rol de madres y, al mismo tiempo, que sirvieran a la sociedad como profesionales de la salud. Este proceso encontró la resistencia de autoridades y profesionales masculinos que veían que su instrucción debía limitarse a los conocimientos que le permitieran ejercer la maternidad científica (Lavrin, 2006). Aquello no impidió que muchas mujeres demandaran su acceso a estudios superiores, ya que el ideal de domesticidad predominante no sólo entraba en conflicto con la vida de las mujeres trabajadoras, sino que también colisionaba con las demandas de aquellas mujeres que buscaban el acceso a la educación formal, a la independencia económica y el derecho al sufragio. Estas mujeres terminaron configurando el estereotipo de «Mujer Moderna» o «Mujer Nueva», un arquetipo que buscaba romper con los límites que la sociedad patriarcal le había impuesto y deseaba obtener tanto derechos cívicos como sociales y económicos (Nash, 1993; Aresti, 2001; Lavrin, 2006). Muchas mujeres lucharon por el sufragio y la plena ciudadanía, un objetivo difícil de conseguir si se tiene en cuenta que en estos países aún no se permitía votar a todos los hombres adultos (Bock, 1993).

Teniendo esto en consideración, ya a finales del siglo XIX, las universidades habían comenzado a recibir mujeres como estudiantes en algunas áreas del conocimiento. En ese sentido y para el caso de España, dentro de la medicina, destacaron Martina Castells i Ballespí, la primera española titulada de Medicina, y Dolores Aleu Riera, la segunda mujer titulada en la misma profesión, ambas en 1874 –y con apenas unos días de diferencia– en la Universidad de Barcelona (Flecha García, 1999; Iglesias Aparicio, 2021). Aleu Riera, además, fue la primera mujer española en alcanzar el grado de Doctora, doctorándose en Madrid. En el caso de Chile, la primera mujer en titularse de Medicina fue Eloísa Díaz Insunza en 1887 –en la Universidad de Chile–, convirtiéndose además en la primera mujer médica de América Latina.

Todas dedicaron sus respectivas carreras a abordar las problemáticas que afectaban a las mujeres y la infancia desde una perspectiva higienista, como demuestra la tesis doctoral de Aleu Riera titulada *De la necesidad de encaminar por nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer* (1882). Además, destacó su labor como profesora de Higiene Doméstica en la *Acadèmia per a la Il.ilustració de la Dona*, donde ejerció como médica y ginecóloga a la vez que trabajaba por los derechos de las mujeres. A su vez, Martina Castells i Ballespí se doctoró con la tesis *Educación física, moral e intelectual que debe darse a la mujer* (1882)[16], en la que defendió la concesión de derechos sociales y culturales a las mujeres, además de poder obtener grados académicos. En el caso de Eloísa Díaz, su gestión médica se centró en las condiciones higiénicas y sanitarias de las escuelas de Santiago de Chile, a través de la dirección de la Comisión de Instrucción Primaria perteneciente al Consejo Central de Higiene (1889). Por otro lado, también se desempeñó como directora y fundadora de la Asociación de Señoras contra la Tuberculosis, fue miembro de la Liga Chilena de Higiene Social, directora de la Liga contra el Alcoholismo, del Consejo de Instrucción Primaria y de la Sociedad Científica de Chile, además de fundadora del Servicio Médico Dental y el Consejo Nacional de Mujeres[17].

2.7 El feminismo maternal y la maternidad como experiencia universal

Desde finales del siglo XIX, pero sobre todo tras la Primera Guerra Mundial, diversos grupos de mujeres de diferentes clases sociales se movilizaron por la reivindicación de sus derechos y exigencias al Estado. Buscaban el reconocimiento y la solución de sus problemáticas, ya fuera en relación con sus condiciones laborales o con relación al bienestar social, la reproducción y la maternidad (Bock, 1993; Nielfa, 2006; Sapriza, 2006; Anderson y Zinsser, 2009).

Mujeres que provenían transversalmente de todas las clases sociales reivindicaron derechos basándose en el hecho de ser mujeres, pero también de madres, surgiendo el maternalismo feminista o el feminismo maternal. Fueron las madres solteras, las esposas de la clase obrera, las trabajadoras de las fábricas, las viudas y las

[16] Es importante destacar que su corta carrera terminó al fallecer a raíz de complicaciones en su primer embarazo poco después de doctorarse.

[17] Información obtenida de Memoria Chilena, centro de recursos digitales que presenta investigaciones basadas en documentos digitalizados pertenecientes a las colecciones de la Biblioteca Nacional de Chile (www.memoriachilena.gob.cl)

esposas abandonadas quienes se convirtieron en las principales protagonistas de este feminismo. Por consiguiente, reflejaba que estas experiencias eran las circunstancias extremas de una condición que unía a las mujeres de manera universal: la maternidad, incluso como potenciales madres, y su dependencia de los hombres. Cuestionaba, además, la pobreza femenina y el salario familiar masculino, lo que conducía a la reivindicación de los derechos de todas las madres a partir de la lucha por los derechos de las madres pobres (Bock, 1993). Este feminismo presentó diferentes versiones dependiendo del país al que se mirase.

2.7.1 El feminismo en Europa Central: Francia, Alemania, Gran Bretaña y España

Hacia finales del siglo XIX, las feministas francesas estaban preocupadas por el descenso de la natalidad e incentivaron a las mujeres a parir hijos para Francia, argumentando que la maternidad era su función social, equivalente al servicio militar de los hombres. Por ende, ser madre correspondía a un servicio patriótico, lo que las impulsó a reclamar una ayuda financiera para las madres, plenos derechos de ciudadanía, acceso a los empleos de la administración pública y derecho al sufragio. La Liga Francesa por Derechos de las Mujeres proclamó en 1896 la identidad maternal de forma transversal para todas las mujeres y llamaba a terminar con los prejuicios que impedían contemplar que una madre ilustrada sería una esposa y madre menos tierna (Nash, 2004: 135). Además, las feministas francesas ponían mucho énfasis en las ayudas a las madres solteras porque atribuían la mortalidad infantil de los niños ilegítimos a la marginación social, la discriminación jurídica y su vulnerabilidad económica. Esos niños también serían los trabajadores y soldados del futuro, esas niñas serían las madres del mañana, por lo que consiguió que el Estado francés promulgara una ley que permitía el reconocimiento de la responsabilidad de algunos padres en 1912 (Cova, 1996; Allen, 2005; 2012: 120-121 y 128).

Las alemanas, en cambio, comenzaron a preocuparse por la natalidad con la llegada del nuevo siglo. Existían dos corrientes de feminismo predominantes que se expresaron en dos asociaciones de mujeres provenientes de la clase media. La primera era la que defendía la Liga para la Protección de las Madres (BFM), integrada en su mayoría por mujeres casadas, siendo muchas de ellas madres y algunas teniendo relaciones heterosexuales extramaritales. Y la segunda era liderada por la Federación de Asociaciones de Mujeres Alemanas (BFD), compuesta principalmente por mujeres solteras que se preocupaban por las condiciones laborales de las mujeres trabajadoras, por lo que exigían un seguro de maternidad y el cambio del estatus jurídico de las madres. Si bien la BFD no se interesó por cuestiones reproductivas y demográficas hasta la Primera Guerra Mundial, la BFM estaba influenciada por la lucha de las francesas contra la mortalidad infantil y por las británicas, holandesas y escandinavas en relación a la reforma sexual, la eugenesia y el neomalthusianismo. Pero, sobre todo, las alemanas de la BFM buscaban extender la cobertura de la seguridad social –el primer sistema en el mundo, como ya se ha dicho– a las mujeres embarazadas y a las madres (Stoher, 1996; Allen, 2005; 2012: 122-123). A partir de 1910, éstas últimas formularon sus demandas afirmando que traerían consigo “mejoras inauditas a la raza y garantizará el poder mundial de Alemania gracias a una progenie sana y fuerte” (Lischnewska, s/f citado en Stoher, 1996: 391-392).

Aunque su lucha había empezado fuertemente con el objetivo de obtener el derecho al sufragio, las organizaciones feministas británicas también exigieron la creación de políticas desde un feminismo social de bienestar. Es el caso de la radical Unión Social y Política de las Mujeres (WSPU) y la moderada Unión Nacional de Sociedades de Sufragio Femenino (NUWSS), convertida en 1919 en la Unión Nacional de Sociedades para una Ciudadanía Igual (NUSEC) (Nash, 2004: 131). Estas feministas lucharon también por la creación de asistencia pública y privada para las madres y la infancia, además de derechos políticos y ayudas financieras porque estimaban que las madres contribuían a la nación.

Como Gran Bretaña no tenía servicio militar obligatorio, la preocupación por aumentar la natalidad fue mucho menos relevante que en los otros dos países porque la problemática principal para las británicas –de manera transversal– fue la cuestión eugenésica y la "calidad" de su población (Allen, 2012). Para las feministas de la NUSEC la importancia radicaba en el mejoramiento de la forma física y la salud de la infancia, debido a que lo fundamental era dar fuerza y vitalidad a la nación y a la "raza". Por esta razón, Eleanor Rathbone, quien presidía la NUSEC, no se mostraba favorable a las políticas para fomentar la natalidad. Creía que una mujer servía mejor a la nación si limitaba la cantidad de hijos que tenía para educarlos mejor en comparación con aquella que tenía más hijos, pero perpetuaba su miseria. Por otro lado, las feministas socialistas propusieron la creación de un subsidio de maternidad para todas las madres sin importar su condición civil. Pero la Sociedad para la Manutención de la Familia –formada por cuatro feministas de la NUSEC, tres socialistas y en la que Eleanor Rathbone era vicepresidenta– no era partidaria de conceder subsidios familiares a las madres solteras (Lewis, 1996: 160-162). Rathbone incluso sugirió que se les arrebataran los hijos a las madres que no oficializaran su relación con el padre (Rathbone, 1924, citado en Allen, 2012: 128), pero lo cierto es que la tasa de nacimientos ilegítimos en Gran Bretaña era muy baja (Allen, 2012: 126). No obstante, estas feministas también temían que esto incentivara la reproducción imprudente y facilitara que los padres se desligaran de la responsabilidad económica con sus hijos (Lewis, 1996: 162; Allen, 2012: 126-127). No era el mismo caso de Francia, Alemania, Holanda y los países escandinavos donde esta preocupación era prioritaria, como sucedía en Noruega, que en 1915 permitió que los hijos de progenitores no unidos por matrimonio obtuvieran el apellido paterno y una manutención de su parte (Allen, 2005).

Fue después de la Primera Guerra Mundial que los Estados europeos comenzaron a debatir directamente sobre la necesidad de los pagos por maternidad. En Francia, las feministas apoyaban totalmente la ayuda gubernamental a las familias, pero rechazaban la propuesta estatal de que este monto económico fuera entregado a los padres y no a las madres, debate que se repitió en otros países de la Europa Occidental (Bock, 1993; Allen, 2012). Por su parte, en Gran Bretaña, y como representante del Partido Laborista, Eleanor Rathbone defendió el proyecto de un subsidio entregado directamente a las madres de menores de cinco años, una propuesta que tenía como antecedente la presentada por Gertrude Tuckwell –quien había dirigido la Liga de Mujeres Sindicalistas– en 1894 (Lewis, 1996: 148-149). Pero mientras las francesas lo hacían para facilitar el aumento de la natalidad, las británicas lo hacían porque estaban

convencidas de que esto reduciría los nacimientos entre las clases empobrecidas, priorizando el cuidado de los niños que ya tenían. Mas, otras feministas británicas, como las denominadas «Six Point Group», rechazaban el subsidio familiar por miedo a que la maternidad se convirtiera en un trabajo remunerado y, en consecuencia, las mujeres se vieran confinadas a la esfera doméstica sin otras posibilidades (Allen, 2012: 128). Aun así, la ayuda gubernamental no llegó para las madres británicas hasta la Segunda Guerra Mundial (Lewis, 1996).

De la misma forma, y sin distanciarse de su argumento previo, las alemanas no exigían subsidios familiares o pagos a las madres. Como señalaban fuertemente las feministas de izquierdas, ésta era una medida impulsadas por grupos conservadores de derechas que buscaban aumentar la natalidad, reduciendo los derechos reproductivos de las mujeres y sus posibilidades laborales. Por esta razón, sus demandas se centraron en la extensión del seguro de maternidad, una asistencia médica financiada por el Estado, ayudas estatales para la vivienda y otras políticas que fueran en directo beneficio de la salud de las madres y la infancia. No fue hasta la llegada de los nazis al poder en 1933 que se creó el subsidio familiar, pero éste estaba destinado únicamente a las familias que cumplían con los requisitos de la pureza racial, sometiendo a la esterilización forzada a mujeres declaradas no aptas para reproducirse, entre otras políticas antinatalistas aplicadas desde la higiene racial (Bock, 1996).

El caso español fue diferente. En sus inicios, el feminismo español se expresó con un fuerte componente social que recogía similitudes con el maternalismo francés, no existiendo las condiciones políticas para el desarrollo de un feminismo de corte liberal que promoviera el derecho al sufragio para las mujeres. Esto respondía, sobre todo, a la desconfianza existente hacia las reformas políticas dada la debilidad del sistema parlamentario. Además, hacia el 1900 aún continuaba muy arraigada en la sociedad la creencia de la limitada capacidad política de las mujeres, por lo que el derecho a voto no estaba presente aún en el debate. De esta manera, el feminismo español adoptó el discurso de la domesticidad y reconoció la diferenciación de género, luchando principalmente por el acceso al trabajo remunerado y a la educación de las mujeres, y destacando los valores maternales para la construcción de una ciudadanía social (Nash, 2004: 140-142).

Dentro de este feminismo, una de las corrientes más importantes fue aquella ligada al reformismo católico, el cual se centró en la educación de las mujeres y buscaba el desarrollo de un programa de acción social enfocado en a las mujeres obreras con un eje higiénico y religioso. En él destacó María de Echarri, fundadora de los sindicatos femeninos obreros e inspectora de trabajo, quien planteó en 1918 la necesidad de contar con una mayor presencia femenina en la educación, la beneficencia y la asistencia social para lograr su cometido. Su objetivo iba más allá de entregar un mensaje a las mujeres obreras, sino que buscaba armonía social en las relaciones de clase (Nash, 2004). También existió un feminismo reformista católico con fuertes influencias del nacionalismo catalán protagonizado por mujeres burguesas, quienes se propusieron formular su propio concepto de feminismo que se ajustara más a las aspiraciones de las catalanas. Dolors Monserdà, reformadora católica y catalanista, defendía un feminismo que rechazara el laicismo del feminismo estadounidense y británico y se ajustara más a

los valores culturales catalanistas y católicos. Esta corriente tuvo como principal preocupación mejorar la enseñanza femenina, ya que reconocía el rol social de la madre como educadora de futuros ciudadanos. Así, se impulsó la creación de centros educativos y de formación profesional para las mujeres, la protección laboral para las mismas y las demandas por reformas sociales, llegándose incluso a proponer la remuneración del trabajo doméstico. Desde Andalucía, Suceso Luengo de la Figuera defendió sistemáticamente la educación de la mujer y su regeneración cultural, elementos claves para la emancipación femenina. Su feminismo era de carácter social y desde allí reclamó el acceso de las mujeres a las profesiones tradicionalmente masculinas como el comercio, la industria y las profesiones liberales (Nash, 2004: 142-144).

Otras feministas proponían incorporar características locales al feminismo. Ejemplo de ello fue Luisa Cutanda, quien planteó que "nuestro feminismo ha de ser otro feminismo, no puede venir de fuera, ha de nacer en España y ser profundamente cristiano, español, genuino" (Cutanda, 1906, citado en Fagoaga, 1985: 112). También algunas exigieron el derecho de las mujeres a intervenir en política, como Consuelo Álvarez del partido Unión Republicana en León, participando en mítines de mujeres en campañas anticlericales y organizando un grupo combativo denominado «Las Damas Rojas». Otras mujeres exponían sus ideas en estos mítines, como Manuela Moreno, de Mujeres Anticlericales de Universidad, Ángela Canto, como representante de las profesoras particulares, Ana Garcés, de las cigarreras, y Rosario Martín, proveniente de las bordadoras. Aun así, la participación femenina en la actividad de los partidos políticos no era una práctica común, como tampoco lo era el apoyo a la causa sufragista (Fagoaga, 1985: 114-115).

Fue a partir de la Primera Guerra Mundial que el debate feminista se generalizó en España. En 1918, se creó la Asociación Nacional de Mujeres Españolas (ANME), la que comenzó desarrollando un feminismo social y maternalista a partir de la diferenciación de género y luego, en 1924, se adhirió a la campaña por el derecho al sufragio y la igualdad legal y social de las mujeres. Teniendo entre sus filas a liberales y católicas, se mostró crítica con el tradicionalismo de la Iglesia católica y las leyes que discriminaban a las mujeres dentro de la familia. Por este motivo, abogó incluso por el derecho de las mujeres a ocupar cargos públicos y a ejercer trabajos como médicas, dentistas, policías y comerciantes, aunque defendía la existencia de trabajos exclusivamente femeninos. Dentro de su línea católica, se centró en el establecimiento de servicios de salud y educación destinados a las criadas y empleadas domésticas. Además, como las feministas francesas, exigían la investigación de la paternidad de los hijos "naturales" y derechos plenos para la infancia ilegítima, el derecho a la lactancia materna para las mujeres trabajadoras y el derecho a la igualdad de la mujer casada. Asimismo, denunciaron públicamente la violencia ejercida contra las mujeres (Nash, 2004: 145-146).

El feminismo laicista, por otro lado, buscaba la emancipación femenina a través de la regeneración social y una sociedad laica y republicana, asegurando terminar con la influencia de la Iglesia católica. Pertenecía a esta línea la Sociedad Progresiva de Mujeres creada en 1898 y en funcionamiento hasta 1926. Para ellas era fundamental la

educación laica como vía hacia la emancipación de las mujeres y fue a fines de la Primera Guerra Mundial que adoptaron el derecho al sufragio como lucha vertebral, fundándose en 1918 la Liga Española para el Progreso de la Mujer. De este modo, en 1919 se estableció el Consejo Supremo Feminista –integrado por la Sociedad Progresiva de Mujeres, la Liga Española para el Progreso de la Mujer, la ANME, la Sociedad Concepción Arenal de Valencia y la Asociación Mujer del Porvenir de Barcelona– con el objetivo de coordinar la lucha por las diferentes causas feministas y el derecho al sufragio (Nash, 2004: 147).

No obstante, no fue hasta los años veinte que se configuró un feminismo sufragista basado en el principio de igualdad, que además incorporaba las demandas previas sobre maternidad y paternidad ilegítima y derechos políticos, sociales y civiles para las mujeres. Las demandas feministas eran cuestionadas por muchos médicos que denunciaban la masculinización de la mujer en cuestiones como el control artificial de la natalidad, lo que era presentado como una transgresión de la ley biológica de la diferenciación sexual y un crimen contra la integridad nacional (Vázquez García y Cleminson, 2011). En esa dirección, la «Mujer Moderna» representaba un peligro porque suponía la disminución de los nacimientos y no fueron pocos quienes, como el médico gallego Roberto Nóvoa Santos, asociaron el retraso en la edad matrimonial y una menor fertilidad con las familias en las que ambos cónyuges ejercían una profesión intelectual (1929: 59). No fue hasta la instauración de la Segunda República y la Constitución de 1931 que los resultados de este feminismo se visualizaron, cuando se otorgó a las mujeres el derecho al sufragio –no sin un gran debate respecto a la pertinencia del voto para las mujeres según su tendencia política– y la igualdad jurídica (Nash, 2004: 148-152).

2.7.2 El feminismo en el Cono Sur latinoamericano: Chile, Argentina y Uruguay

El feminismo del Cono Sur, específicamente en el caso de los países hispanoamericanos, de los primeros decenios del siglo XX, especialmente aquel que se manifestó en Chile, Argentina y Uruguay, se caracterizó por la flexibilidad manifestada entre las feministas socialistas y las feministas liberales provenientes de las clases medias. Esto quiere decir que, aunque las socialistas demandaban especialmente protección a las madres y la infancia de los sectores populares, también se unieron a la lucha por el derecho al sufragio y la igualdad jurídica entre hombres y mujeres que lideraban las liberales. Además, considerando la educación con la que contaban las mujeres de los sectores medios de la sociedad, aquello les permitió comprender la relación que las unía con las obreras en función de su condición de mujeres y así actuar igualmente en su favor, apoyando sus demandas relacionadas a la maternidad obrera (Lavrin, 2006)[18].

[18] Es necesario mencionar que, a comienzos del siglo XX, el feminismo argentino y uruguayo se caracterizó por estar compuesto por un alto grado de mujeres inmigrantes de primera generación provenientes, principalmente, de Italia, España, Francia, pero también de Europa Oriental. En 1914, el 80% de la población argentina descendía de inmigrantes llegados a partir de 1850, pero un tercio de su población total había nacido en el extranjero. Esto no significa que las mujeres criollas no estuvieran interesadas en el reformismo social y la igualdad jurídica en favor de las mujeres, pero claramente existía

En el Cono Sur latinoamericano, a comienzos del siglo XX, las escasas mujeres médicas demandaban políticas que atendieran el bienestar de la infancia a través de acciones que protegieran a las madres trabajadoras. Sin embargo, sus pares profesionales masculinos estaban más interesados en la intervención a las familias que en ayudar a las madres a través de la legislación. Además, algunas feministas luchaban por la protección del binomio materno-infantil como parte de la expansión de los derechos de la mujer (Guy, 1998). Muchas vieron en la eugenesia un instrumento de transformación para llevar a cabo la reforma social que buscaban, entendiéndola también como una herramienta que podía resolver los problemas de salud de los más "pobres" (Sapriza, 2006).

Asunción Lavrin (2006) ha estudiado a fondo las demandas de las feministas de Argentina, Chile y Uruguay en los primeros cuarenta años del siglo XX. Entre las demandas de las feministas argentinas, se encontraban la creación de leyes de protección a la maternidad y la determinación de la paternidad para así terminar con la ilegitimidad de los niños. Las feministas chilenas también exigían protección a la maternidad, sobre todo vinculada al permiso maternal obligatorio y el derecho de las madres a amamantar a sus hijos en su lugar de trabajo. Por otra parte, algunas feministas uruguayas creían que la maternidad debía ser protegida y terminar con el estigma que sufrían las madres de hijos ilegítimos, por lo que exigían el reconocimiento por parte del Estado de la contribución reproductiva de las mujeres a la nación. Además, defendían la legislación de la libertad de movimiento para la mujer casada, ley de divorcio absoluto en vez de separación legal y derechos sobre los hijos compartidos con el padre.

Una gran mayoría de feministas aceptó que las diversas problemáticas femeninas derivaban del desequilibrio en la responsabilidad que hombres y mujeres aceptaban en las relaciones sexuales, ya que ellas tenían hijos muchas veces no deseados mientras que ellos no estaban obligados a asumir ninguna consecuencia. En ese sentido, se asumía que las mujeres estaban llamadas a la maternidad, pero que, al darse esta desigualdad, muchas de ellas necesitaban protección legal para sí mismas y sus hijos, perspectiva que convencía tanto a socialistas como a los sectores conservadores de la sociedad. Este razonamiento es lo que permitió la implementación de políticas sociales y programas de salud pública encauzados al binomio madre-niño. Además, permitió la búsqueda de igualdad legal para la mujer dentro de la familia con miras a fortalecerla en su calidad de madre y sin desarmar ni quitar los derechos al hombre como cabeza de familia. De este modo, se entregó a las mujeres una especie de poder compensatorio en el que se abrió la privacidad de la familia y la maternidad y se proyectó en el espacio público, otorgando una participación política moderada a las mujeres en su identidad como madres e intrínseca femineidad (Luna, 2009; Lavrin, 2006).

La vinculación entre la pobreza de un sector importante de la población con las enfermedades y la ilegitimidad de una gran parte de la infancia criada por madres solteras llevó a las feministas liberales de las clases medias, y a otros reformadores sociales, a reconocer en la mujer una capacidad moral supuestamente intrínseca para la

una influencia ideológica proveniente desde Europa. No obstante, esta conexión no se tradujo en que las feministas argentinas, por ejemplo, imitaran a sus pares europeas (Lavrin, 2006: 32).

maternidad. Así, se buscó poner los valores asociados a ésta al servicio de la familia y de la nación, argumento con el que estas mujeres justificaron su demanda de libertad personal.

De esta manera, aceptaron que –desde una concepción definida por la diferencia sexual– tenían una idoneidad superior y más noble para actuar frente a las problemáticas sociales y el bienestar de sus hijos. Esta idea respaldó su presencia en determinadas profesiones, sobre todo aquellas vinculadas a la educación y la salud, y también les otorgó una base para exigir el sufragio y otros derechos civiles. Por lo tanto, y sobre todo a partir de la década de 1930, el feminismo del Cono Sur se sustentaba en la idea de libertad y modernidad. En otras palabras, la eliminación de las trabas jurídicas que ataban a las mujeres como individuos y la reformulación de lo que se aceptaba como capacidades de las mujeres. Así, sus demandas no rompían radicalmente con los valores históricos y profundamente arraigados que asociaban mujeres, maternidad y feminidad (Lavrin, 2006).

En consecuencia, estas feministas lucharon por su participación política y social en sus respectivos países a través de la maternidad y el bienestar familiar, apelando al ejercicio de un poder compensatorio en el que ponían a disposición las cualidades de la madre en el espacio público. Este planteamiento consiguió que no necesitaran imitar las manifestaciones inglesas o estadounidenses para luchar por sus derechos y, en cambio, obtuvieran mucha fuerza y el respaldo de un grupo de varones ligados al reformismo social que apoyó sus avances, como ocurrió con el Movimiento Pro-Emancipación de las Mujeres de Chile (MEMCh) (Luna, 2001; 2009; Lavrin, 2006).

Además, las feministas de esta región, tanto socialistas como liberales, adhirieron fuertemente a la causa pacifista después de la Primera Guerra Mundial, postura que se endureció con la aparición del fascismo y el nazismo. Estas ideologías amenazaban sus luchas porque el conservadurismo iba ganando cada vez más terreno político, lo que se expresó fuertemente con los golpes de Estado en Argentina en 1930 y en Chile en 1932. En ese escenario, el rechazo absoluto de las feministas al militarismo se manifestó con el inicio de la guerra del Chaco entre Bolivia y Paraguay en 1935 y también con el inicio de la Guerra Civil Española en 1936, lo que despertó un profundo repudio político a las formas de opresión que habían creado los hombres (Lavrin, 2006: 73).

CAPÍTULO III:

LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN ESPAÑA Y CHILE ENTRE FINALES DEL SIGLO XIX Y 1939

El tono que la salud materno-infantil adquirió durante las dictaduras de Franco y Pinochet significó una continuidad y, al mismo tiempo, una ruptura con la manera en que la problemática se había tratado durante las décadas anteriores a ambos regímenes. Para comprender ese proceso, en este capítulo se aborda la construcción y evolución de las políticas de maternidad y cuidado de la infancia durante las primeras décadas del siglo XX en estos países. En este análisis, las categorías de lo urbano y lo rural y la clase social son cruciales para entender las diferencias en el acercamiento político y social a la salud materno-infantil.

A través del contraste y la comparación, los primeros dos epígrafes tratan el proceso de modernización que tanto España como Chile llevaron a cabo hacia finales del siglo XIX y el papel que la Iglesia católica y los médicos se atribuyeron frente los problemas sociales y sanitarios que afectaban a estos territorios. Para continuar, en los dos apartados siguientes, se describe el estado de la problemática materno-infantil en el mundo urbano y rural durante estos años y la instrumentalización de la maternidad para transformarla en una función social. Como esta función social fomentaba la construcción de una jerarquía en la que un grupo de mujeres y madres tutelaba a otras pertenecientes a otra clase social, la quinta sección trata la maternidad de las mujeres de los sectores populares. De este modo, la infranqueable creencia que distintos intelectuales, médicos y políticos sostenían respecto a la ignorancia de las mujeres y la necesaria guía de la que carecían para ejercer su labor de madres determinó el surgimiento de diversas instituciones y leyes comunes al Estado español y chileno que protegían la maternidad y la infancia, las que son tratadas en el sexto enunciado. No obstante, esta intervención no fue suficiente y, como se verá en el séptimo título, ambos países se veían incapaces de atajar y revertir la crisis sanitaria y social sin la ayuda internacional, como la que otorgó la Fundación Rockefeller con claros intereses políticos. Principalmente, el eje de trabajo de la organización estadounidense se centró en el desarrollo de las políticas sanitarias en los espacios rurales de España y Chile, lo que coincidió en el primer caso con la instalación de la Segunda República, lo que se desarrolla en el octavo punto. La gravedad de la problemática materno-infantil que afectaba, sobre todo, a los sectores populares a ambos lados del Atlántico incentivó la asimilación por parte de las mujeres de una nueva manera de entender la maternidad, una perspectiva que las responsabilizaba aún más sobre la disminución de la mortalidad infantil, una mirada que tenía una estrecha relación con la eugenesia y la puericultura: la maternidad consciente, analizada en el noveno y último encabezado.

3.1 El proceso de modernización en España y Chile a fines del siglo XIX

El proceso de modernización en España comenzó mucho más tarde que en el resto de Europa a raíz de un retraso en sus dimensiones sociales, políticas y culturales

que causaban tensión entre la tradición y la modernidad[19]. A finales del siglo XIX y principios del siguiente, diversos factores de gran relevancia en el país ocasionaron esta situación. Entre otros, podrían citarse la importancia del sector primario, el alto porcentaje de población rural, las altas tasas de analfabetismo y la fuerte presencia y legitimidad que tenía la Iglesia católica, principalmente en el campo (Suárez Cortina, 2007). A ello hay que agregar el retraso en su transición demográfica cuando los demás países europeos ya la habían experimentado a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002a).

En el plano político, la crisis del sistema de la Restauración vino a alcanzar su punto álgido a raíz de la pérdida de las últimas colonias americanas en 1898. El llamado "Desastre" reforzó de alguna forma la conciencia que algunos sectores albergaban ya sobre la "degeneración" de la población y enfatizó la preocupación por el destino del país (Álvarez Peláez, 2007). Dicho escenario permitió la consolidación del movimiento regeneracionista que buscaba –junto con el reformismo social– la transformación de las condiciones sociales, políticas y económicas del país. En consecuencia, surgió el debate sobre la necesidad de contar con la intervención del Estado para enfrentar las problemáticas socioeconómicas y sanitarias que afectaban a la población en lo que se conocía ya por entonces como la "cuestión social" (Campos Marín, 1999; Morata Marco, 1999; Suárez Cortina, 2007).

Según Manuel Suárez Cortina (2007), en los países de la Europa meridional, el debate entre tradición y modernidad se tradujo en la confrontación entre los valores de la ciencia y los de la religión, mientras en el resto de Europa la discusión sobre la "degeneración" de la población se manifestaba en términos científicos. De esta forma, los sectores católicos defendían que la aparente decadencia española y la pérdida del imperio se explicaban por el abandono de la tradición religiosa y, por lo tanto, argumentaban que el liberalismo debía ser combatido. No obstante, el fuerte cuestionamiento a la clase política y el sentimiento desmoralizador que invadía tanto a las élites como a las clases medias urbanas crearon las condiciones necesarias para que los higienistas ofrecieran al cuerpo político y social de la nación su interpretación de la realidad. Según ellos, era posible atribuir a la enorme desigualdad entre las clases sociales el origen tanto del descontento social como de las enfermedades que afectaban a los sectores populares debido a sus duras condiciones de vida y de trabajo. Por esta razón, interpretaron la nueva realidad de la "industrialización-modernización" a través de la «salud» como concepto y proporcionaron así mecanismos que permitieran adaptar

[19] Por modernidad, se entenderá "aquella forma de vida caracterizada por un proceso de desarrollo económico y social sustentado por la fuerza de un proceso industrializador que ha facilitado mejores estándares de vida, una creciente urbanización de la vida social y, sobre todo, un proceso de democratización y secularización que desplaza los viejos modos de relación política clientelar y el peso de la Iglesia en los modos de pensar y vivir de la sociedad" (Suárez Cortina, 2007: 22). No obstante, en la actualidad, diversos autores identifican el sistema español característico de la Restauración como uno más cercano al liberalismo que a la tradición. Sin embargo, hay que añadir que carecía de la profundización democrática que desarrollaban otros países europeos en aquel momento y que la persistencia del caciquismo respondía a una realidad y mentalidad propia de una sociedad aún predominantemente rural (Álvarez Peláez, 2007; Cruz Artacho, 2003).

las vidas de las clases populares a las necesidades de la nueva organización de la sociedad, erigiéndose a sí mismos como los mediadores del conflicto social (Rodríguez Ocaña, 1987; 1992; Campos Marín, 1990; 1999). De esta manera, la higiene fue presentada como una solución científica, aparentemente neutral y objetiva, de las consecuencias más negativas del proceso industrializador en el marco político liberal, generando un gran cambio de perspectiva. Todo ello supuso un cambio de estatus para la higiene como ciencia centrada en la salud física y moral del individuo, porque fue a partir de entonces cuando pasó también a convertirse en "poseedora de los saberes científicos, sociales y morales que harían encauzar la nación por la vía del progreso" (Morata Marco, 1999: 407).

En el caso de Chile, el país vivió su proceso de modernización con la llegada al poder de los liberales al Estado en 1871[20], el que estuvo fuertemente vinculado a la expansión del territorio nacional que permitió su crecimiento económico. En primer lugar, por la anexión de las regiones mineras del norte que habían pertenecido a Perú y Bolivia y que Chile incorporó a su territorio nacional a partir de la Guerra del Pacífico (1879-1883). Eso le convirtió en el único productor y exportador de salitre en el mundo, generando un importante ingreso fiscal al dinamizar su economía y diversificando su base productiva. Además, pudo invertir en la construcción de obras públicas de transporte, como el ferrocarril, y en medios de comunicación para mejorar la conectividad nacional. Y, segundo, por la ocupación del territorio que había habitado históricamente el pueblo mapuche en el sur del país a través de la operación militar denominada "Pacificación de la Araucanía" (1861-1883) (Collier, 1991; Góngora et. al., 2000; Correa Sutil et. al., 2001). La ampliación del territorio nacional significó el enriquecimiento notorio de la élite chilena que habitaba la zona central del país, la cual era dueña de enormes extensiones de tierra –los latifundios– y tenía importantes vínculos con la minería, los bancos y las industrias de consumo, asegurando su dominio sobre la vida económica y política de Chile (Lvovich y Bohoslavsky, 2009).

Estas acciones estuvieron motivadas por la búsqueda de "orden y progreso" (lema positivista) para Chile dentro de la construcción de un proyecto político que respondiera a ideales modernos, sosteniéndose en la ideología liberal, pero sobre todo en el pensamiento científico. La ciencia fue interpretada como pilar clave en la modernización y elemento central al servicio del proyecto de la élite política (Illanes Oliva, 2010). Por esta razón, las clases dirigentes chilenas –como en otros Estados de la región– buscaron sus referentes en los modelos occidentales europeos, especialmente en Inglaterra y en Francia, pero rechazando su pasado colonial vinculado a España. El período colonial representaba la

[20] En 1860, Chile tuvo el último presidente conservador, José Joaquín Pérez, quien convocó a una Fusión Liberal-Conservadora, la cual atrajo a algunos integrantes de la oposición, a liberales "rojos" o radicales, fuertemente anticlericales, que formarían el Partido Radical. La diversificación del escenario ideológico chileno aumentó y prosperó, sobre todo una vez que las rivalidades internas aminoraron a raíz de un enfrentamiento marítimo con España entre 1865 y 1866. En consecuencia, hacia finales de la década, las ideas liberales dominaron el panorama político, lo que resultó en la elección de Federico Errázuriz Zañartu en 1871, en cuyo gobierno finalmente se produjo la transición definitiva hacia los gobiernos liberales (Collier, 1991: 245).

barbarie –la cual también tenía su eco principalmente en la presencia indígena– mientras que la modernidad burguesa de los países europeos más desarrollados encarnaba la civilización. Por lo tanto, la reestructuración del modelo nacional parecía fundamental para consolidar en el país el capitalismo como modo de producción y camino hacia el progreso, imponiendo los valores, las normas y la cultura de Europa (Ortiz Valenzuela, 2006). Con ese fin, el Estado de Chile decidió incentivar olas de inmigración selectiva y planificada a partir de 1850. El objetivo era habitar y convertir en tierras productivas las extensas áreas desocupadas en las regiones del sur, con la esperanza de que la población europea reprodujera en su nuevo destino sus costumbres y su fuerza de trabajo moderna y responsable para el desarrollo nacional, de manera que civilizaran a las clases subalternas. Por este motivo, se privilegió a europeos provenientes de los Estados germánicos por su fama de trabajadores de naturaleza moderada y laboriosa, descartando conscientemente a los españoles del sur de la Península Ibérica por representar todo lo contrario (Collier, 1991: 256-257; Salazar y Pinto, 1999a: 77-78).

Asimismo, la expansión de la civilización, en conjunto con la del territorio nacional, abrió el camino a la complejización de la sociedad con la aparición de nuevos grupos sociales a partir de la proletarización de la población (Lvovich y Bohoslavsky, 2009). La fuerza de trabajo migró constantemente a los centros de producción mineros en el norte y fue fácilmente reemplazable, quedando sus salarios expuestos a las empresas transnacionales sin intervención del Estado chileno y a los vaivenes del precio internacional del salitre (Salazar y Pinto, 2002). Por su parte, la ocupación del territorio históricamente indígena en el sur permitió la mercantilización de esas tierras, teniendo como consecuencia el despojo del campesinado y la liberación masiva de una gran masa de fuerza de trabajo que buscó ocupación laboral en los centros urbanos (Bengoa, 1996).

De este modo, la industrialización y modernización que Chile vivía incrementaron la demanda de trabajadores asalariados, lo que repercutió en el acelerado y descontrolado crecimiento de las ciudades del país (Collier, 1991). Esta situación se profundizó a partir de la década de 1870 cuando las zonas urbanas recibieron un gran flujo de población campesina que generó cambios en las relaciones sociales de sus habitantes. Así, la precariedad en la que vivían los sectores populares causaba inseguridad, desconfianza e insalubridad, siendo rechazados incluso por sus costumbres rurales que representaban un obstáculo para la creación de una vida urbana civilizada (Grez Toso, 2003).

Para el caso español, tanto regeneracionistas como reformadores sociales analizaron el mundo urbano en contraposición a la vida en el mundo rural, catalogando a la ciudad como un lugar de degeneración social mientras que el campo fue representado como un sitio de vitalidad racial y el sostén de la prosperidad económica. Teresa Ortega López (2021a) afirma que lo anterior entrañó el reconocimiento de los valores del mundo agrario y evidenció lo enraizados que estaban los valores tradicionales en el campesinado, lo que significó el ensalzamiento del rol de las mujeres campesinas en un momento histórico cambiante, y percibido por tanto como amenazante. Esto simbolizó el origen de lo que en el futuro se conocería como «nacional-ruralismo», pensamiento que convertiría a

las mujeres campesinas y rurales en las guardianas de la moral cristiana y el conservadurismo asociados intrínsecamente a ellas y, de esta manera, protectoras de los valores patrios. Por el contrario, en América Latina, la ciudad se presentó como la expresión más concreta de la civilización en la que se podía inventar, extender y reproducir la modernidad. En el continente, la modernidad se impuso como una política deliberada para llegar a la modernización, no fue su consecuencia, y en esa política la ciudad fue el objeto privilegiado. La ciudad latinoamericana fue la expresión de la voluntad ideológica de una cultura para generar un determinado tipo de transformación estructural (Gorelik, 2003) y Santiago de Chile fue ordenada y segregada de acuerdo a principios higiénicos, en la que los sectores vulnerables –como pobres y vagabundos– quedaron excluidos de la ciudad ideal (Leyton Robinson y Huertas, 2012).

El pensamiento científico, sumado al evolucionismo y a la teoría de la "degeneración", sostenían la idea de una modernidad y de una identidad nacional chilena de la que había que excluir a quienes fueran identificados como degenerados, aquellos que perjudicaran al cuerpo social y lo enfermaran. Se incluía, además, a quienes no calzaran con los ideales ilustrados, pero también a los grupos examinados bajo criterios raciales. En ese sentido, las clases dirigentes chilenas encontraron un problema al reconocer el evidente carácter mestizo de la población como un recordatorio permanente de la colonización, mestizaje que advertía del atraso de la "raza chilena", especialmente en los campesinos. Molestaban tanto sus costumbres heredadas culturalmente de los indígenas –tales como el nomadismo, la poligamia y la indisciplina laboral– como su subordinación al terrateniente o a la Iglesia, herencia del pasado colonial agrario y latifundista[21]. Lo que se necesitaba era un ciudadano adaptado a la modernidad industrial y urbana, que formara parte del proletariado, que consumiera tecnología, que estuviera familiarizado con las costumbres occidentales y con acceso a la información (Leyton Robinson y Huertas, 2012: 12).

La preocupación por las condiciones de vida y de salud de los sujetos más vulnerables de la sociedad era en realidad la acumulación de un potencial de peligrosidad que hiciera estallar un conflicto entre clases. En España, se temía la toma de conciencia de los sectores populares –muchos más ilustrados que otrora– de los deplorables efectos sociales y económicos que el sistema industrial supuso para sí mismos (Morata Marco, 1999). A partir de este momento, los grupos higienistas se sintieron destinados a convertirse en los intermediarios del latente conflicto social, utilizando la legitimidad y neutralidad que les otorgaba el carácter científico de su saber médico. Lograron así difundir un discurso que venía a explicar la "cuestión social"

[21] Como explica Simon Collier (1991), las haciendas ocupaban por lo menos tres cuartas partes de la tierra cultivable en Chile y cada año quedaban grandes extensiones de terreno sin cultivar dentro de ellas. Quienes trabajaban la tierra eran los inquilinos –un grupo residente y fijo de arrendatarios– y cuando se requería, también por peones alquilados temporalmente, similar a lo que ocurría en el sistema feudal. Al inquilino se le permitía cultivar su propia porción de tierra a cambio de trabajar regularmente para el propietario. Así, se podía decir que cada hacienda constituía una sociedad aparte, cuyo jefe era el dueño –el patrón– y los inquilinos eran sus súbditos, convirtiendo al hacendado en un verdadero monarca absoluto.

como un asunto reducido a la falta de comportamientos higiénicos en toda la población, pero con especial énfasis en las clases obreras (Campos Marín, 1999; Morata Marco, 1999; Donzelot, 2023). De este modo, aunque ni los obreros ni los trabajadores agrícolas fueron protagonistas del sentimiento derrotista que siguió a la crisis de 1898, fueron estas clases las que sufrieron de manera especial las críticas sobre la debilidad de la "raza", con lo que, en consecuencia, fueron señaladas como las responsables de la fragilidad nacional (Suárez Cortina, 2007: 32).

En Chile, la instalación precaria de barrios en la periferia de los centros urbanos sobrepasó la capacidad de contención de las ciudades, causando irregulares condiciones de urbanización (Salazar, 1985; Espinoza, 1988; Garrido Vargas, 1995; Hidalgo Dattwyler, 2002; Folchi, 2007). Estas zonas estaban caracterizadas por frágiles viviendas, nulo acceso a servicios básicos de alcantarillado y agua potable, hacinamiento en los ranchos[22] y conventillos[23], pobreza alimentaria y, en consecuencia, alta mortalidad general e infantil en las clases populares (Grez Toso, 2003; Moreno, 2004). Reflejo de esta situación era que en 1885 hubieran nacido 61.965 infantes, pero murieran 66.818 personas, siendo en su gran mayoría niños[24]. En 1900, Santiago de Chile se había convertido en la ciudad con mayor mortalidad infantil en el mundo con 502 muertes de cada mil nacidos vivos (Illanes Oliva, 2007: 41; Chávez-Zúñiga y Soto-Lara, 2018). Y la situación no mejoró en 1906, aún cuando se había aprobado la Ley de Habitaciones Obreras[25] ese mismo año, pues Chile continuó presentando una de las tasas de mortalidad infantil más altas del mundo occidental. Si en España ese mismo año tenía una tasa de 173 infantes muertos por cada mil nacidos vivos, Chile alcanzaba una cifra de 327 niños fallecidos en igual proporción (Commentz, 1912: 322-333).

Este escenario puso en evidencia la incapacidad de las municipalidades e instituciones de beneficencia para responder a las necesidades de aseo y salubridad locales y la inexistencia de una política que abordara el problema general de la salud de la población chilena. De este modo, se abrió la posibilidad de formular políticas centrales de sanidad, para lo cual parecía fundamental el ingreso de los médicos a la participación política y administrativa del país (Illanes Oliva, 2010). La cuestión social hizo visible la existencia de una gran mayoría poblacional que vivía en condiciones paupérrimas

[22] El rancho era una vivienda de origen rural que era habitada por los campesinos y que había derivado de las "rucas indígenas", aunque el rancho era una versión desmejorada de construcción en base a materiales precarios y techo de paja (Hidalgo Dattwyler, 2002).

[23] Los conventillos eran casas urbanas construidas precariamente y dotadas de varias habitaciones sin ventanas que eran alquiladas por numerosas personas de los sectores populares con escasos recursos económicos. El médico higienista de la municipalidad de Santiago de Chile describía uno de los conventillos de la ciudad en 1909 de la siguiente forma: "Hay más o menos 25 cuartos redondos, sucios, húmedos, sin luz ni ventilación alguna. Viven de 250 a 300 personas, siendo la mayor parte gente menesterosa, sin hábitos de higiene, ocupados la mayor parte en el oficio de lavanderas. Tiene una acequia a tajo abierto, que cruza el conventillo, muchas veces sino todos los días, se desborda llevándoles a sus moradores la infección de muchas enfermedades" (Brito, 2002: 83).

[24] Anuario Estadístico de la República de Chile, 1885 citado en Illanes Oliva (2010: 27).

[25] Esta fue la primera ley social chilena y una de las primeras de su tipo en América Latina, reflejo de un período que se extendería hasta 1920 con las denominadas «Leyes Higiénicas» (Torres, 1986; Illanes Oliva, 2010).

permanentes, sin importar épocas de abonanza económica nacional o las crisis del capitalismo internacional.

Desde mediados del siglo decimonónico, frente a la apatía de las clases dirigentes y como respuesta a la ausencia del Estado, los sectores populares se organizaron en torno a la creación de Sociedades de Socorros Mutuos. Su objetivo era crear un sistema de seguridad social popular a partir del ahorro de sus asociados, pero también desarrollar intelectual y moralmente a sus integrantes por medio de iniciativas como escuelas nocturnas, conferencias sobre salud y literatura, la celebración de fiestas populares y paseos, cooperativas de consumo y de construcción, entre otras. Así, en su búsqueda por liberarse de la caridad y constituyendo un ejemplo pionero de organización de la salud y la previsión social, fue imposible que estas sociedades no fueran percibidas como una amenaza real al orden social establecido al crear una realidad paralela y alejada de la institucionalidad (Illanes Oliva, 2003; 2010; Venegas Espinoza, 2021).

A raíz del socialismo que incrementaba su circulación entre el proletariado y facilitaba su organización y movilización social, desde el Estado se comenzó a gestar la urgencia de una reforma social para enfrentar la miseria y el catastrófico estado de salud de la población. La idea era que se hiciera sin transformar las estructuras políticas, económicas y sociales vinculadas al capitalismo que ocasionaban la crisis. Por esta razón, el gobierno de José Manuel Balmaceda (1886-1891) significó el primer pilar en el que se sostuvo la incipiente conformación de una élite intelectual y médica que, desde entonces y en los años siguientes, buscaría mejorar las condiciones de vida de los sectores populares. Para poner en marcha las reformas que se consideraban necesarias se adoptó una mirada fisiológica a través de la higiene. Tal como ocurría en otros lugares del mundo, la higiene se levantó como bandera de lucha civilizatoria contra la "degeneración de la raza" y la enorme mortalidad de la mano de obra nacional. Siguiendo este propósito, se nombró como Ministro de Justicia e Instrucción Pública al médico Federico Puga Borne, la única cartera que se acercaba al área social, lo que logró que los médicos se vieran representados en el Poder Ejecutivo y estrechamente vinculados al Presidente de la República (Illanes Oliva, 2010).

En España, durante la Restauración, el debate en torno a la responsabilidad del Estado y el lugar que debía ocupar en los problemas de la cuestión social siguió abierto, sobre todo a partir de la creación de la Comisión de Reformas Sociales en 1883. Dicho organismo estudió las condiciones laborales y de vida de las clases obreras y el campesinado, además de distintas maneras de mejorar su bienestar. El debate enfrentó a quienes se mostraban partidarios de la continuidad de la caridad como único camino para reducir la desigualdad frente a aquellos que defendían la intervención del Estado para contener el conflicto social. Quienes mayor influencia tenían en la composición de la Comisión eran los reformistas, quienes planteaban que una correcta e inteligente política basada en el reformismo como ideología podía evitar las convulsiones revolucionarias, especialmente si se educaba y moralizaba a las clases populares (Álvarez Junco, 1986; Pérez Ledesma, 1986).

Consiguientemente, el concepto de higiene se utilizó como mecanismo para homogeneizar los comportamientos sociales de las clases populares y, de este modo, adecuar su conducta a las necesidades de las élites que detentaban el poder a través de su moralización. Así, fue concebida como un instrumento que disciplinaba e inculcaba ciertos hábitos higiénicos que, a su vez, podían inspirar otros tantos hábitos morales opuestos a determinados males a combatir como la prostitución y el alcoholismo. La incorporación de la higiene como norma permitió la organización de la vida de la población bajo rígidos esquemas de actuación para evitar la continuidad de la "degeneración racial" (González Castillejo, 1994; Vázquez García, 2009) y puso especial énfasis en la lucha contra la mortalidad infantil (Ballester y Balaguer, 1995; Rodríguez Ocaña, 1998; Perdiguero, 2004).

En 1889, el gobierno chileno presidido por Balmaceda creó el Consejo Superior de Higiene Pública y los Consejos Provinciales de Higiene. Sin embargo, la institucionalidad sanitaria básica de Chile no se vio finalmente legitimada hasta 1892, cuando se instauró también el Instituto de Higiene vinculado a este Consejo Superior. Desde estas instituciones, los médicos buscaron ejercer su autoridad sobre los municipios, la beneficencia y los representantes civiles y militares. Poco a poco conformaron un nuevo poder con gran influencia sobre la sociedad al permanecer cerca del Estado y del Congreso, pero conservando su independencia. Esta influencia la ejercieron a través de la higiene pública –su política social– y desde su condición de poseedores del conocimiento científico, lo que los convirtió en un importante estamento social (Illanes Oliva, 2010; Durán Sandoval, 2014).

3.2 La batalla entre la Iglesia católica y los médicos por la cuestión social

Frente a esta nueva realidad social, desde el Vaticano, el Papa León XIII publicó en 1891 la primera encíclica social de la Iglesia católica, *Rerum Novarum*, la que versaba sobre las condiciones de vida de las clases obreras. Proponía, entre otras cosas, la adopción de medidas que favorecieran a los trabajadores, afirmando que su deshumanización contradecía la fe católica, y que el Estado debía mirar por el bien de la clase obrera, tal como hacía ya la misma Iglesia[26].

No obstante, dicha encíclica no fue bien recibida por parte de los católicos conservadores españoles ni por la jerarquía eclesiástica chilena. En España, consideraron que el Vaticano estaba saliendo de su área de competencia al inmiscuirse en temas ajenos a la moralidad y exacerbando así el recelo a la intervención estatal (Álvarez Junco, 1986), mientras que en Chile se pensó que cuestionaba la lealtad de los altos cargos eclesiásticos

[26] *Carta Encíclica Rerum Novarum del Sumo Pontífice León XIII sobre la situación de los obreros*. Disponible en https://www.vatican.va/content/leo-xiii/es/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.html Consultado el 06 de marzo de 2024.

hacia la oligarquía y su acción caritativa tradicional (Salazar y Pinto, 2012). La explicación estaba en que sus miembros pertenecían a las mismas familias que controlaban la vida política del Estado, la economía nacional y el Ejército. También algunos de ellos habían sido ministros, parlamentarios y consejeros de Estado, por lo que la Iglesia católica chilena formaba parte de la élite responsable de la miseria social de los sectores populares.

El rechazo desde el ala más conservadora del catolicismo español se convirtió en un obstáculo para que la Comisión de Reformas Sociales alcanzara sus objetivos y no fue hasta principios del siglo XX que se concretó la implementación de políticas sociales, lo que se consiguió principalmente a partir de la creación del Instituto de Reformas Sociales en 1903 bajo el gobierno del conservador Francisco Silvela. La entrada en funcionamiento de esta institución permitió la implementación de leyes de previsión social, seguridad laboral, accidentes laborales y de protección de las mujeres y los niños que trabajaban en industrias y comercios, pero sin dejar de lado el papel de la caridad y la beneficencia propios del catolicismo (Álvarez Junco, 1986; Pérez Ledesma, 1986; Álvarez Peláez, 2007; Suárez Cortina, 2007).

De esta forma, se optó por una mezcla de ambas posturas, donde tanto la caridad cristiana como la acción subsidiaria y protectora del Estado convivieron, siendo las Conferencias de San Vicente de Paúl y las juntas parroquiales las formas más predominantes en el ejercicio de la beneficencia hacia pobres y enfermos. Dentro de esta última, el papel de las mujeres de las clases acomodadas fue muy relevante para la consolidación de un nuevo catolicismo de tipo social que funcionó como movimiento defensivo frente al proceso de secularización que el liberalismo buscaba en España. Además, con su colaboración, se buscó conseguir la moralización y catequización del pueblo a través de, por ejemplo, los Círculos Católicos de Obreros con la intención de alejarlos del socialismo (Montero, 1986; Pérez Ledesma, 1986; Suárez Cortina, 2007). Así, una de las mayores preocupaciones del catolicismo social era la defensa y protección de la familia tradicional, por lo que –a pesar de su rechazo a un completo intervencionismo estatal y a una excesiva reglamentación laboral– consideraba como un mal menor la protección de la mujer trabajadora. Aunque continuaban amparando el modelo de feminidad doméstica como responsable de la moralización de una familia cristiana, eso no les impidió apoyar el trabajo de los niños si la alternativa era la mendicidad, tal como ocurría con el ahorro y otras formas de previsión que fueron vistas como mecanismos moralizadores (Montero, 1986).

En el caso de Chile, la elección de la Iglesia católica fue clara: dictaminó que la miseria de las clases populares era una miseria de base moral que se expresaba en los vicios como el alcoholismo y podía ser remediada a través de una educación valórica y la enseñanza de oficios tradicionales. Por consiguiente, la política social que ejerció fue la maximización de la caridad y la beneficencia privada con un enfoque moralizador. Su intervención se llevó a cabo a través del actuar de las señoras de la alta sociedad, quienes pusieron en marcha la acción social en los conventillos y salvaron a la institución cristiana

de ser identificada con el conservadurismo más duro del catolicismo en materia social (Salazar y Pinto, 2012: 74-76).

A partir de 1896, y viéndose sobrepasada por la precaria realidad social del país sin poder sostenerse por sus propios medios, la beneficencia solicitó continuamente la subvención del Estado. Desde entonces, su intervención aumentó progresivamente, sobre todo en el ámbito sanitario, al punto de llegar a presidir el Ministerio del Interior algunas instituciones benéficas (Illanes Oliva, 2010: 99). Al mismo tiempo, los médicos luchaban por obtener mayor poder de decisión y dirección dentro de los hospitales y de las instituciones caritativas. Esta disputa significaba un problema porque la aristocracia que administraba la beneficencia veía el auxilio social como una herramienta de reproducción de las bases tradicionales del orden social y de los valores de la sociedad chilena a través de monjas y sacerdotes (Serrano, 2009), tal como en España se creía que la caridad tenía una función espiritual porque permitía la santificación de los ricos a través de su ejercicio (Álvarez Junco, 1986: 152). No fue hasta 1907, a raíz de la matanza obrera en la Escuela Santa María de Iquique, que se iniciaron seriamente los estudios sobre las condiciones de vida y de trabajo de la clase proletaria. El cuerpo médico presionó para la creación de la Dirección General de Sanidad, la que se concretó finalmente en 1918 dentro de la aprobación del Código Sanitario.

Al encontrarse cuestionada, desbordada socialmente y sin recursos económicos suficientes para cumplir su tarea, el reformismo apareció dentro de la beneficencia y propuso la necesidad de aunar caridad y ciencia por el bien de la población. Precisamente, tanto desde la beneficencia como desde la clase gobernante coincidieron en que era necesaria la intervención del Estado en la cuestión social, ya no como caridad, si no como un deber, una transformación paulatina que cambió el rol del Estado hacia el Estado Asistencial. Mediante la asistencia hacia las clases vulnerables se daría finalmente cabida a toda la población dentro de la nación. El deber de sostener a la sociedad en su conjunto a través de la eficiencia, la técnica, el profesionalismo y el conocimiento científico asentaría el rol del aparato moderno de este nuevo Estado, con el objetivo de entregar estabilidad y mantener el orden público en Chile (Ortiz Valenzuela, 2006; Illanes Oliva, 2010: 129-130). Con este propósito, los empresarios y hacendados, la doctrina social de la Iglesia y el pensamiento científico-sanitario reconocieron en la figura de la familia la clave para el mantenimiento y continuidad del orden político y social preestablecido.

3.3 La problemática materno-infantil en el mundo urbano y el rural

Uno de los principales problemas que existía en las áreas urbanas en España a raíz de la migración campo-ciudad característica de comienzos de siglo, fue el hacinamiento de la población. Esta situación, sumada a su asentamiento en los sectores periféricos de las ciudades, causaba graves problemas de higiene, por lo que las directrices de las primeras políticas higiénicas estuvieron mayormente concentradas en las zonas urbanas que en las rurales y no sería hasta la Segunda República que el mundo rural recibiría mayor atención (Rodríguez Ocaña, 2005; Calero Delgado, 2018; Otero Carvajal y De Miguel Salanova, 2021).

A finales del siglo XIX y principios del XX, la mortalidad infantil era mayor en las ciudades debido a diversas causas. Entre ellas, es posible contar el aumento de los habitantes urbanos y, en consecuencia, el hacinamiento ya mencionados. También, la ausencia de infraestructura higiénico-sanitaria y la insalubridad de las viviendas. Esta realidad se revirtió a mediados de los años veinte, una vez que los aspectos positivos de la urbanización y el desarrollo económico fueron predominantes, sumado a las primeras actuaciones vinculadas a la salud materno-infantil que comenzaron a realizarse en las zonas urbanas durante las dos primeras décadas del siglo XX y que fueron en constante aumento, en paralelo a su institucionalización. Lo anterior posicionó en primer lugar las cifras de muertes de infantes menores de un año y menores de cuatro años en las áreas rurales. Estos decesos eran causados, en su gran mayoría, por enfermedades infecciosas y por aquellas producidas a raíz de eventualidades acontecidas durante el embarazo, el parto o el puerperio (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002a). Aun así, la contraposición de las cifras entre el mundo urbano y el mundo rural sólo expuso lo imprescindible que era que la intervención sanitaria alcanzara a este último, sobre todo la aplicación de la medicina preventiva.

Tabla Nº 1: Tasa de mortalidad infantil urbana y rural en España 1915-1932

Año	Capitales de provincia (urbana)	Provincias sin capitales (rural)
1915	172	153
1916	162	144
1917	176	151
1918	195	181
1919	173	153
1920	180	162
1921	157	145
1922	151	140
1923	152	147
1924	139	140
1925	137	136
1926	126	128
1927	124	127
1928	121	126
1929	122	123
1930	111	118

1931*	112	117
1932*	109	112

*Según el autor, estas cifras son provisionales porque faltaban datos de esos años para que fueran completamente válidas. Fuente: elaboración propia con datos extraídos de Pascua (1934: 52).

A pesar de esta situación, el mundo rural fue –tardíamente– incorporado a las iniciativas sanitarias desarrolladas en el primer tercio del siglo XX. La excepción fueron aquellas disposiciones creadas para combatir la morbilidad y mortalidad de la población por enfermedades vinculadas a la alimentación, el paludismo, la anquilostomiasis y la contaminación hídrica. En efecto, la elevada mortalidad asociada a causas transmitidas a través del agua y los alimentos puso de manifiesto la precariedad de las condiciones higiénico-sanitarias de las poblaciones del interior peninsular a finales del siglo XIX y hasta bien entrado el siglo XX (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002a). Para ello fue crucial la creación de la Inspección de Sanidad del Campo, institución que funcionó desde 1910 a 1918 bajo la Dirección General de Agricultura, Minas y Montes (Menéndez Navarro y Rodríguez Ocaña, 2006; Rodríguez Ocaña, 2010).

Aunque se pensaba el campo español como un lugar idílico en comparación a la precaria calidad de vida de la población urbana a principios de 1900, ese imaginario estaba muy alejado de la realidad. Los niños y las niñas eran considerados una ayuda familiar imprescindible, por lo que vivían las mismas condiciones de trabajo que los adultos, con las lógicas consecuencias para su salud. Además, era muy común que niños y niñas fueran enviados a trabajar como servidumbre para otras familias más adineradas. Generalmente, los niños comenzaban a trabajar antes que las niñas en las faenas agrícolas, aunque éstas últimas eran responsables del trabajo doméstico del hogar desde temprana edad (Borrás Llop, 2002). Por lo tanto, la carga laboral que sufrían, las enfermedades infecciosas particulares de la infancia, el analfabetismo y precaria escolarización, además de la ignorancia y los saberes populares poco científicos que sus familias aplicaban en ellos, hacían que su situación de vulnerabilidad fuese especialmente difícil (Borrás Llop, 2002; Galiana Sánchez y Bernabeu-Mestre, 2006).

Ni las Juntas Provinciales ni las Municipales creadas a partir del Consejo Superior de Protección a la Infancia significaron una mejora en la realidad sanitaria infantil del mundo rural. María Eugenia Galiana Sánchez y Josep Bernabeu-Mestre lo han atribuido, principalmente, a la ausencia de una financiación estable, pero también a que la prioridad estaba en los centros urbanos y a que el imaginario social respecto a la idealización del campo impedía que se pusiera atención a sus necesidades. De este modo, se enviaba a niños y huérfanos abandonados o delincuentes de las ciudades a vivir con familias campesinas, esperando que su moral y conducta se corrigiera (2006: 159-161).

Rodríguez Ocaña (1985) expone que los servicios médicos de protección a la infancia comenzaron por realizarse, en primer lugar, desde la iniciativa privada (1890-1912); luego se incorporó la iniciativa municipal (1913-1931) y, finalmente, se desarrollaron a partir de la iniciativa estatal (1932-1936). Esto último coincidió con el

inicio de la Segunda República y la guerra civil, aunque en ninguno de estos momentos la beneficencia particular dejó de ser importante.

El caso de Chile presentaba tanto similitudes como diferencias importantes con el caso español. Los sectores populares se encontraban debilitados por su precariedad y mal estado de salud, tal como ocurría en España. La delincuencia, la prostitución, el alcoholismo y el abandono de menores se consideraron problemas cuyo origen estaba asociado, primero, a la inexistencia de un hogar sólidamente establecido compuesto por la presencia de la madre y el padre y, segundo, a la carencia de una vivienda higiénica (Brito, 2002: 117), factores que contribuían a la alta mortalidad infantil.

De este modo, la solución estuvo en construir viviendas destinadas a la clase obrera y alquilarlas únicamente a obreros casados y que tuvieran una buena conducta religiosa y moral (Hidalgo Dattwyler, 2002). Claramente, las condiciones para optar al alquiler no eran cumplidas por la mayoría de los sectores populares, lo que agudizó la visión que los culpaba a ellos de la mortalidad infantil por no constituir familias legitimadas y generar una crisis demográfica y moral. Esta urgencia significó que toda la atención de las clases dirigentes y el Estado, traducida en medidas y normativas sanitarias, se centrara en el mundo urbano, dejando la realidad rural en un completo abandono, el que se extendería hasta la década de 1930 (Illanes Oliva, 2007), Lo cierto es que estas medidas constituyeron una mala lectura respecto a la forma de vida de los sectores populares. La familia de la clase trabajadora no respondía a las mismas estructuras y dinámicas que las familias de los sectores medios y de la élite aristocrática, por lo que las normas que se pensaban como beneficiosas para la sociedad les resultaban ajenas y distantes.

Hacia fines del siglo XIX, las periferias de las ciudades eran los lugares donde las mujeres habían vivido un proceso que Alejandra Brito denominó «arranchamiento» (2002: 51-52). Al migrar del campo, las mujeres intentaron reproducir el estilo de vida de las zonas rurales en los ranchos que instalaron al borde de los centros urbanos donde habitaban con sus hijos, pero sin la presencia del padre. En ellos crearon sus huertos, realizaron labores artesanales y crearon su propio estilo de vida en el que criaban a sus hijos en torno a la autoproducción, el autoconsumo y el desempeño de oficios como cigarreras, tejedoras, costureras, lavanderas, comerciantes ambulantes, entre otros. De este modo, muchas veces llevaban a sus hijos a trabajar con ellas en los alrededores del rancho, por lo que la división entre las esferas pública y privada era muy difusa o directamente no existía.

Asimismo, la proletarización que había vivido el campesino y peón de los campos y haciendas había estado caracterizado por el constante esfuerzo estatal y empresarial de disciplinar a la mano de obra, pero también por las resistencias de estos hombres. Principalmente, ellos decidían volver a los campos en búsqueda de trabajos temporales y rechazaban atarse a contratos laborales extenuantes, mal pagados y que socavaban su autonomía y libertad de movimiento (Salazar y Pinto, 1999b: 147). Por lo tanto, las ataduras de tipo familiar eran vistas por estos hombres como un obstáculo para su autonomía y estilo de vida propio (Brito, 2002). Su identidad no estaba mediada por el

concepto tradicional de familia, por lo tanto, la figura del padre no existía para ellos y tampoco para sus hijos. Esta ausencia respondía a que la identidad masculina latinoamericana ha estado siempre atravesada por la ausencia física y/o afectiva de la imagen paterna, identidad que se construía entonces a través de la socialización con otros hombres jóvenes (Montecino, 1990).

De esta manera, la identidad de las mujeres no se encontraba atravesada por lazos de dependencia marital, sino por su condición de madres con múltiples hijos y la constitución de una familia sin un cónyuge o una pareja. Así, aunque la maternidad ocupara un lugar fundamental en su identidad, su autodefinición correspondía a mujeres independientes, dueñas de su destino y capaces de subsistir de forma autónoma, sin la tutela directa de un hombre (Brito, 2002: 70-72). Esta situación no era favorable para la proletarización de los sectores populares ni mucho menos para la modernización que llevaba a cabo el Estado de Chile. Para la élite, las relaciones entre hombres y mujeres "pobres" a partir de la existencia de los ranchos y la falta de disciplina de los primeros eran tremendamente inmorales. Por este motivo, durante los años que abarcaron el cambio de siglo, los ranchos fueron eliminados y reemplazados por la construcción de conventillos. A pesar de ello, las condiciones de hacinamiento en estas nuevas viviendas transformaron las relaciones sociales entre hombres y mujeres en situaciones bastante tensas y problemáticas y contribuyó a agudizar la problemática sanitaria que afectaba a la infancia (Brito, 2002; Illanes Oliva, 2007; 2010).

3.4 La transformación de la maternidad en una función social

El médico chileno Ismael Valdés declaró, en 1919, que "ya se ha dicho en una ocasión que el grado de civilización de un país se mide por la protección que él se dispersa a los dos seres más débiles de la sociedad: la mujer y el niño" (Valdés, 1919: 61). La modernización de Chile también significó aplicar los conocimientos científicos en los procesos biológicos de las mujeres que antes se consideraban naturales, como el embarazo y el parto. Por lo tanto, la puericultura se convirtió en la ciencia con la que los médicos instruirían a las madres, tomando un carácter prescriptivo y pedagógico. El objetivo era convertir la educación de las madres en el mecanismo a través del cual se realizaría la salvación social de sus hijos ilegítimos y abandonados. El médico puericultor no sólo era un científico, sino que también "una suerte de sacerdote de los cuerpos de los niños pobres y mensajeros de su necesidad ante la sociedad" (Illanes Oliva, 2007: 116). Así, mediante la higiene social, se buscó cumplir con dos objetivos: enseñar a las mujeres a ser mejores madres según estándares científicos y formar a mujeres como profesionales de la salud –enfermeras y matronas– para que sirvieran a la nación (Moreno, 2004; Lavrin, 2006).

En España, en los años veinte, los médicos sociales y los sectores más progresistas de la sociedad pusieron sobre la mesa la necesidad de valorar la importancia de las madres, incluyendo a aquellas que concebían fuera del matrimonio. Por este motivo, la madre soltera, que hasta entonces había sido una figura cargada de vergüenza, despertó admiración. Se enalteció el valor que tenía el traer nuevos seres al mundo al mismo tiempo que se reconoció también la deuda que la sociedad tenía con aquellas mujeres (Aresti,

2001). Esta situación ocasionó que las mujeres fueran reconocidas socialmente y obtuvieran derechos en su calidad de madres, no como personas o individuos. Aun así, esto significó que aumentara su poder en las relaciones establecidas con hombres y adquirieran mayor dignidad, pero al mismo tiempo reforzó la creencia de que las mujeres como madres necesitaban protección y, por lo tanto, perjudicó su libertad al asociar intrínsecamente la feminidad con la maternidad (Bock, 1993; Aresti, 2001).

Mary Nash (1993) establece que el fortalecimiento de la clase médica fue consecuencia de la modernización y la paulatina laicización de los parámetros socioculturales, lo que legitimó el carácter científico de los discursos. De esta forma, este nuevo poder que adquirieron los médicos contribuyó a que la maternidad se entendiera como el deber social de las mujeres y, además, facilitó su medicalización y su conversión en un ámbito profesional. Dos consecuencias importantes se derivaron de la concepción de la maternidad como función social: la creciente demanda de una legislación que protegiera a la infancia y, por ende, a las madres, y por el otro, la necesidad de implementar una educación específica para las mujeres que se caracterizara por ser higiénica, eugenésica y maternal (Andrés Granel, 2020).

Esta nueva perspectiva se manifestó en Chile como una de las estrategias para consolidar al Estado moderno, organizar una sociedad acorde a ese estándar y, de paso, fortalecer la identidad nacional. El método fue la construcción de la "madre chilena" como idea homogenizadora y transversal a todas las mujeres, sin importar su origen social (Moreno, 2004: 140). Por lo tanto, las condiciones de reproducción de las mujeres y la crianza de la infancia también se volvieron relevantes para el mundo científico y político con el objetivo de "salvar la raza y la nación". A las mujeres de las clases populares se les criticaba constantemente su convivencia con la promiscuidad y su desajuste a las normas sociales, pero se las valoraba por su sacrificio y entrega a su familia, reconociendo el costo físico y psíquico que significaba para ellas su maternidad –muchas veces múltiple– con los escasos recursos y la precariedad con la que vivían (Zárate Campos, 1999).

De esta forma, mientras se buscó disciplinar a los hombres para que fueran obreros responsables y padres de familia, los esfuerzos se concentraron en disciplinar a las mujeres populares para que abandonaran un estilo de vida de mujeres independientes. Se necesitaba su transformación esencial en madres, esposas y amas de casa, como se aceptaba en las mujeres de la élite, preocupadas de la crianza de sus hijos para formarlos como ciudadanos ejemplares y laboriosos (Correa Sutil et. al., 2001; Brito, 2002: 119). La maternidad se convirtió en interés del ámbito público y fueron los médicos los principales promotores de su intervención (Zárate Campos, 1999).

Tanto en España como en Chile, la separación de las esferas público y privada se vio reforzada al convertir a la maternidad en su función social. A pesar de ello, las problemáticas asociadas a la higiene, la reproducción y la sexualidad se convirtieron en dominios profesionales de los médicos, en su gran mayoría varones. La presencia de mujeres en la medicina fue una excepción, lo que tuvo como efecto que los discursos higiénicos, científicos y morales fueran no sólo profesionales, sino que, sobre todo,

predominantemente masculinos (Nash, 1988; Zárate Campos, 1999). Por lo tanto, tal como queda claro en los trabajos de Irene Palacio Lis (2003a; 2003b), la reconceptualización y la profesionalización de la maternidad se tradujo en el despojamiento a las mujeres de su protagonismo respecto a sus procesos biológicos para ser disciplinadas y tuteladas por el gremio médico. En consecuencia, la instrumentalización de las mujeres para el embarazo, el parto y el cuidado de la primera infancia las desplazó a un rol secundario por considerarlas ignorantes e incapaces. De este modo, los médicos, en su mayoría varones, se convirtieron en los dueños del conocimiento sobre el cuerpo de las mujeres como autoridades científicas que velaban por el progreso y la racionalidad.

La aproximación a la maternidad como objeto de intervención pública a partir de la preocupación por la salud de la infancia fue clave para la aparición de una nueva rama científica: la maternología (Nash, 1993). Esta disciplina consistió en el estudio y la difusión de la higiene, la nutrición y los cuidados que debía mantener la madre durante el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia, además de los conocimientos para la alimentación e higiene del recién nacido (González Pérez, 2008: 99). Uno de los principales ejes de la maternología fue la defensa de la lactancia mercenaria o artificial, ya que los niños que no eran correctamente amamantados por sus madres tenían mayores probabilidades de verse afectados por la desnutrición, el raquitismo u otras enfermedades (Diego Pérez y González Fernández, 1990; Nash, 1993; González Pérez, 2005: 92-93; Colmenar Orzáez, 2008a, 2009; Andrés Granel, 2020. 80-93).

Amamantar fue presentada como una de las actividades emblemáticas de la maternidad, pero si bien en España se hacía hincapié en la lactancia materna como principal método de alimentación, no se profundizaba lo suficiente en el hecho de que las mujeres de las clases acomodadas solían utilizar nodrizas para alimentar a sus hijos durante todo el primer tercio del siglo XX. Esto solía significar, de hecho, que los hijos de esas nodrizas dejaban de ser amamantados por sus madres (Aresti, 2001; González Canalejo, 2002; Colmenar Orzáes, 2008b). En Chile, los médicos comenzaron a criticar el trabajo de las nodrizas y la venta de leche materna hasta convertirla en una costumbre desprestigiada que comenzó a desaparecer a lo largo de la primera mitad del siglo XX. En 1885 se contabilizaban 1.718 nodrizas, pero ya esta cifra disminuyó radicalmente en 1920 a 309 (Zárate Campos, 2009: 403). No obstante, a inicios de dicho siglo, las mujeres de las clases acomodadas aún evaluaban si dar el pecho a sus hijos de acuerdo a criterios estéticos, sociales y sanitarios, mientras que las mujeres de los sectores populares vendían su leche si sus cuerpos, muchas veces mal alimentados, eran capaces de producir suficiente para dos niños (Zárate Campos, 2009: 401). Algunos médicos criticaban a las mujeres de las clases dirigentes por su estilo de vida, el que repercutía directamente en el ejercicio de su maternidad. A pesar de sus privilegios materiales y su educación, estas madres no alimentaban con su leche a sus propios hijos, como sí hacían las mujeres del campo, aún fueran consideradas ignorantes:

> "La mujer inculta del campo que va al pueblo a pie con un gran bulto o canasto y a todo sol, que sube a los cerros, que transpira y gana su vida

> así, con el sudor de su frente, como manda la Biblia, no padece estreñimiento, tiene leche abundante y buena, y cría a sus propios hijos. La señora del burgués adinerado es ancha, gorda y pesada; sube a su auto para andar dos cuadras; come «excelentemente», es estreñida, no cría a sus hijos –si los llega a tener– y no es madre sino a medias, pues no es su propia leche la que nutre a sus hijos, sino otra mujer u otra leche" (Valenzuela, 1933: 10).

De todas maneras, las mujeres siempre serían apuntadas como las culpables de la muerte de sus propios hijos. Aun así, dependiendo de la clase social a la que pertenecieran, las razones de su negligencia serían muy diferentes. Sin embargo, al responsabilizar a las madres de la mortalidad infantil, se caía en reduccionismos limitados a su falta de conocimiento e ineptitud, pero sólo en contadas ocasiones esta crítica aludía a la desigualdad social como factor influyente en el acceso a recursos que permitieran cumplir con las prácticas que recomendaban los médicos (Palacio Lis, 2003a).

3.5 La maternidad en los sectores populares

Las mujeres de los sectores populares fueron las más señaladas como responsables de las altas tasas de mortalidad infantil al afirmar los médicos que las largas jornadas laborales no eran beneficiosas para una madre y sus hijos (Palacio Lis, 2003a; Zárate Campos, 2008b). Para el análisis de la situación en Chile, se argumentaba que la obrera traicionaba su primer compromiso con todo el pueblo, ya que su ausencia en el hogar causaba la "degeneración física y moral de la raza chilena" porque "la necesidad de vivir obliga a la mujer, antes i [sic] después del parto a perder tan pocas jornadas de trabajo como le sea posible. La naturaleza se venga, por medio de enfermedades de todas clases, de semejante infracción de los primeros deberes de una madre", como se afirmaba en el periódico *La Reforma*[27]. La verdad era que las mujeres populares no tenían medios efectivos para controlar la natalidad (Lavrin, 2006; Zárate Campos, 2008a) y su condición de pobreza las obligaba a continuar trabajando para poder alimentar a sus hijos, lo que muchas veces las llevó a exigir mejores condiciones laborales aludiendo a su maternidad.

No es poco común encontrar adjetivos como "ignorantes" e "infelices" en los textos que se refieren a las mujeres a las que intentan dirigirse los médicos, ya que éstos representaban la civilización y las madres "pobres" la barbarie, existiendo una jerarquía de clase importante que determinaba quiénes eran poseedores de la razón. En otras palabras, "la vida es triste para ellos desde que nacen hasta que mueren, porque ni la luz de la razón ni la del sol ha llegado muchas veces hasta ellos. No olvidemos que en Chile la civilización se ha detenido en las clases superiores" (Santa Cruz, 1920).

Los médicos pensaban que las madres eran ignorantes en el cuidado de los niños, pero igualmente en cuanto a su alimentación. No consideraban en su análisis si los recursos con los que ellas contaban para poder alimentarse a sí mismas y así producir la leche necesaria para la lactancia materna eran suficientes o si disponían del tiempo

[27] *La Reforma*, 6 de agosto de 1924.

necesario para dedicarse a esta tarea cuando se trataba de una mujer obrera. Era evidente la intencionalidad de jerarquizar la direccionalidad del traspaso de conocimiento, estableciendo quiénes eran emisores y conocedores de "la verdad" y quiénes eran receptoras pasivas de la misma. Los médicos se posicionaban como autoridades con respaldo científico frente a los saberes de las mujeres, los cuales muchas veces respondían a la tradición o a la consulta con curanderas (Zárate Campos, 2008a). En consecuencia, ellos eran los profesionales que tenían el conocimiento frente a la ignorancia e incapacidad de las madres.

Recurrir a las curanderas o comadronas también era una realidad común en la España de comienzos del siglo XX. Muchas mujeres, a través de redes de amigas, vecinas y parientes, las contactaban para solucionar problemas de salud sexual y reproductiva, problemas de fertilidad, asistencia para los partos o, incluso, para abortar (Nash, 1988: 22). Esta situación no ocurría de la misma manera en todos los lugares, ya que en las ciudades era cada vez más frecuente que quienes atendieran los partos, por ejemplo, fueran los médicos o matronas tituladas, mientras que en los pueblos pequeños lo hacía el médico o se contactaba a las comadronas. También, como puntualiza Dolores Ruiz-Berdún (2020), en las clases más vulnerables, el médico quedaba totalmente desplazado por estas mujeres sin formación profesional o vecinas prácticas, aun cuando existiera el servicio gratuito de asistencia al parto en las Casas de Socorro. Sucedía que al ser hombres cirujanos comadrones quienes atendían en estas casas, presuntamente causaba pudor en las mujeres.

Algunas de las pocas mujeres profesionales de España compartían la opinión respecto a la ignorancia de las madres como importante causa de la mortalidad infantil. Tal fue el caso de la médica Trinidad Sáiz de Llavería, quien escribió en 1914 un artículo titulado *La ignorancia de la mujer en los conocimientos de higiene y puericultura como primera causa de la mortalidad infantil*. O María Encarnación de la Rigada, profesora de la Escuela Normal Central de Maestras de Madrid, quien responsabilizaba directamente a las mujeres de la mala salud o muerte de los niños, pero realizando diferencias entre unas y otras dependiendo de su posición socioeconómica:

> "Nace un niño, y ya pudiera referirnos, si el desenvolvimiento de sus facultades mentales se lo permitiera, una era de sufrimientos, un verdadero calvario padecido a causa de la falta de higiene que tuvo su madre; si ésta pertenece a las clases proletarias, son causas generadoras del daño la ignorancia, la superstición y la lucha por la existencia; si pertenece a la clase media o a la más elevada social, los errores aprendidos, las preocupaciones transmitidas de madres a hijas, la tiranía de la moda, otras exigencias sociales, y todo unido a la lucha por la existencia en ocasiones, no muy frecuente toda vez que la mujer española no ha logrado todavía redimirse de su triste condición de parásito social" (De la Rigada, 1900: 409-410).

Es importante destacar las distinciones que hace en su argumentación entre las mujeres de las clases populares y las de las clases acomodadas, enfatizando la poca educación y superstición de las primeras. Se infiere que las mujeres de la clase media y alta carecían de estas creencias al acceder a cierta educación propia de su clase, pero esto no las libraba de preocuparse de superficialidades que en nada ayudaban a priorizar su responsabilidad como madres. Llama la atención que mencionara "la lucha por la existencia" porque implicaba que la necesidad de trabajar de muchas mujeres para la propia subsistencia y la de sus familias se traducía en el constante abandono de la infancia por la ausencia de sus madres. Sus declaraciones permiten deducir, además, que no se esperaba que los padres estuvieran presentes en la crianza, sino que se entendía como una responsabilidad femenina.

De la Rigada no era la única que consideraba que las mujeres españolas carecían de formación y cualidades morales para criar y cuidar a su prole como problema estructural de la sociedad hispana. Así mismo lo planteaba el doctor Ángel de Larra y Cerezo, Vicepresidente de la Sección de Higiene y Educación del Consejo Superior de Protección a la Infancia en 1909:

> "Educar a las madres, no en el sentido de la instrucción primaria, tan necesario a la inmensa mayoría de ellas, sino en el de proporcionarles el conocimiento de sus deberes morales para los hijos, de su cariño, no de sus apetitos; de sus obligaciones para con la sociedad de que forman parte; materia de que se hallan huérfanos el cerebro y el alma populares de España" (De Larra y Cerezo, 1909: 50).

Al ser concebida la maternidad como el deber social por excelencia de las mujeres, desde la clase médica se planteaba que su propia vida debía estar al servicio de los hijos que podía entregar a la sociedad española, aún si ello significaba su muerte. En ese sentido, se presentaba a la mujer como si fuera una "heroína que afronta serena los peligros de la muerte al dar vida a los hijos, futuros ciudadanos", según lo planteado en 1924 por el doctor Andrés Martínez Vargas, catedrático de la Universidad de Barcelona y especialista en Enfermedades de la Infancia (Martínez Vargas, 1924: 111). Es importante señalar que no sólo estaba en juego el estado de salud del niño para que alcanzara la edad adulta, sino que además importaban sus valores y su conducta moral. Por esta razón, las madres debían criarle "para hacerle ágil y robusto de cuerpo y alma, único modo de convertirlo en hijo amantísimo y perfecto ciudadano, útil a la patria y a la sociedad" (Vidal Perera, 1910: 586).

3.6 Instituciones y legislación para la protección de la maternidad

3.6.1 Institutos, Escuelas y Patronatos: la divulgación de la puericultura

En los discursos que trataban sobre las mujeres se ponía mucho énfasis en la función maternal que debían cumplir con la sociedad, pero también en el riesgo en el que colocaban a toda la nación por no realizarla bien. Este escenario propició la necesidad de poner en marcha iniciativas e instituciones que estuvieran dirigidas al cuidado médico y al

asesoramiento y divulgación de nociones higiénicas y sanitarias para la sociedad, la familia, las mujeres y la infancia (Palacio Lis, 2003a: 57). Una de esas iniciativas en España fue la Ley de Protección a la Infancia de 1904, la que buscaba proteger a los menores de diez años en relación a "la salud física y moral del niño, la vigilancia de los que han sido entregados á [sic] la lactancia mercenaria ó [sic] estén en Casa-Cuna, Escuela, Taller, Asilo, etc., y cuanto directa ó indirectamente pueda referirse á [sic] la vida de los niños durante ese período"[28].

Muchas de las instituciones destinadas a la divulgación higiénico-sanitaria del cuidado de la infancia utilizaban diversos mecanismos en los que explicaban lo que debían hacer las madres para criar y mantener sanos a sus hijos, aunque siempre desde la superioridad moral. Es el caso de la Asociación Protectora de los Niños que publicó en 1910 la *Nueva Cartilla Higiénica para las Madres* que recogía las lecciones dictadas por el médico Rafael Ulecia y Cardona. Se exhortaba a las mujeres cumplieran con lo señalado, incluso escarmentando a aquellas que no lo hicieran: "tendrás muchas probabilidades de conservar a tu hijo. No lo hagas, y cuenta por casi seguro que pagarás con lágrimas tu desobediencia a este leal y desinteresado consejo"[29]. Es relevante subrayar el tipo de discurso utilizado con las mujeres en el afán de preservar la vida y salud de la infancia. Además de la evidente manipulación emocional que se utilizaba para persuadirlas, este tipo de consejos ignoraban las diferentes situaciones socioeconómicas de estas mujeres que muchas veces podían obstaculizar que los siguieran, aunque quisieran hacerlo. La preocupación principal de los médicos e higienistas era evitar que la mortalidad infantil se convirtiera en pobreza para la nación.

Además, existían instancias donde eran las mujeres de las clases acomodadas quienes enseñaban a las mujeres de los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Así, las visitaban en sus humildes hogares para que aprendieran directamente desde la observación los consejos que se les daban, como es el caso del Comité de Higiene Popular de Madrid que se encargaba de la divulgación de la higiene a domicilio (Palacio Lis, 2003b: 64). Consecuentemente, aunque esta tutela era administrada a todas las mujeres, según su condición socioeconómica se las posicionaba como receptoras y transmisoras de estos conocimientos o, exclusivamente, ocupaban un lugar pasivo frente a los mismos.

Igualmente, es necesario destacar la creación de las Mutualidades Maternales, nacidas bajo el alero de la acción social católica. Estas instituciones atendían a las madres que fueran socias con el objetivo de socorrerlas durante su embarazo, parto y puerperio. Asimismo, se les entregaba un pago de dos pesetas diarias durante los siguientes catorce días después del parto para que pudieran abstenerse de trabajar y dedicarse con exclusividad a su recuperación y el cuidado del recién nacido (Palacio Lis, 2003a: 159-160). A pesar de este objetivo primordial, igualmente buscaban estrechar los vínculos entre la Iglesia y las mujeres en un momento histórico en el que esta institución perdía protagonismo, a raíz de los cuestionamientos por parte de ideologías como el socialismo o

[28] Gaceta de Madrid, 17 de agosto de 1904, p. 589.

[29] Asociación Protectora De Los Niños, *Nueva Cartilla Higiénica para las Madres,* Imprenta de Antonio López y Compañía, Valencia, 1910.

el anarquismo que movilizaban a la clase obrera. La otra razón era el paulatino incremento de las políticas estatales que procuraban resolver problemáticas donde antes la Iglesia había actuado casi exclusivamente, como había hecho desde las parroquias por medio de las mujeres de la élite a partir del siglo XVIII (Palacio Lis, 2003a: 162 y 164).

Sin embargo, la institución de mayor relevancia que se creó en España para la educación de las mujeres y la lucha contra la mortalidad infantil fue la Escuela Nacional de Puericultura. Fundada en 1923 a cargo del Consejo Superior de Protección a la Infancia, significó un logro fundamental para quienes promovían fortalecer la empresa de este desafío por la vía de la institucional (Palacio Lis, 2003a; Colmenar Orzáes, 2009). Dicha nueva institución tenía funciones que buscaban abarcar y consolidar el avance que se había realizado en las diferentes áreas que actuaban contra la mortalidad infantil y las previas actuaciones que habían estado desarrollando. Entre ellas se consideraban la educación adicional de los médicos puericultores, la preparación de una enseñanza especial para niñeras, visitadoras y personal femenino responsable de los cuidados higiénicos de la infancia, el incentivo de la lactancia natural, entre otras (Palacio Lis, 2003a; Colmenar Orzáes, 2009; Arana Amurrio y Fernández Menéndez, 2018).

Durante los primeros años de la Segunda República, la sanidad pública se convirtió en una de las grandes áreas impulsada por el Estado, consiguiendo que la salud materno-infantil fuera central en un fuerte compromiso con su institucionalización. Prueba de esto fue la introducción de la Sección de Higiene Infantil en la Inspección General de Instituciones Sanitarias (Rodríguez Ocaña, 2005; Colmenar Orzáes, 2009).

Para entonces la ya existente Escuela Nacional de Puericultura había sido replicada en varias provincias españolas, como en Sevilla (1926), Gijón (1927) y Valencia (1928) (Palacio Lis, 2003a: 139). Debido a su expansión, tuvo que ser reorganizada a través de un decreto de ley en 1932 que le otorgó nuevas funciones de formación, asistencia social, divulgación e investigación, convirtiéndola en Escuela Técnica y de Orientación Profesional, Instituto de Higiene infantil y Centro de Investigación Científica (Colmenar Orzáes, 2009: 169). A partir de estos nuevos objetivos, su campo de acción se reflejó en dos grandes áreas: la formación profesional y técnica ampliada y la atención a las mujeres, las madres y la infancia.

La existencia de la Escuela Nacional de Puericultura contemplaba dos nuevas posibilidades laborales para las mujeres, "muy en armonía con las inclinaciones naturales de la mujer española, en la que, como en ninguna otra se halla vivo y exaltado el instinto de maternidad", como afirmaba quien fuera el director de la Escuela en 1933, el doctor García del Diestro[30]. Una de estas profesiones era la de Visitadora Sanitaria, cuya misión era vigilar a las madres en sus domicilios para que siguieran las normas dictadas por los médicos, aconsejándolas y apoyando a sus familias en dicha labor. También su campo de acción abarcaba problemas específicos como la alimentación y el cuidado infantil, la

[30] "Organización y finalidad de la Escuela Nacional de Puericultura", *Curso de Conferencias Radiadas organizado por la Asociación Española de Médicos Puericultores Titulados*, Julio-Septiembre 1935, p. 22 citado en Palacio Lis (2003a: 145).

vacunación y las condiciones higiénicas del hogar, entre otras (Palacio Lis, 2003a; Arana Amurrio y Fernández Menéndez, 2018).

La otra figura de relevancia era la Guardadora de Niños, que estaba destinada a desempeñarse en instituciones oficiales de puericultura y en domicilios particulares con familias que solicitasen su presencia como niñera profesional. En el caso de hospitales y hospicios, donde faltaba muchas veces vocación en las personas que allí trabajaban, la guardadora debía aportar su instinto maternal y su "ternura femenina", aspectos que debían ser primero perfeccionados con una formación higiénica en la Escuela (Palacio Lis, 2003a; Arana Amurrio y Fernández Menéndez, 2018). Muchas de estas profesionales, las visitadoras y las guardadoras de niños, ejercieron en los Servicios de Higiene Infantil de cada provincia, así como en los Dispensarios Móviles de Higiene Infantil. Estos últimos se crearon para poder llegar a los pueblos y atender las necesidades preventivas y de asistencia sanitaria de las zonas rurales, como señala la Orden ministerial del Director General de Sanidad del 31 de marzo de 1933[31]. Esta sería una de las señas de identidad de la Segunda República: la preocupación por expandir la atención higiénico-sanitaria hacia todo el territorio español para incluir a la ruralidad, lo que significó un avance importante de su inicial accionar concentrado en el ámbito urbano.

No obstante, no se esperaba que ese tipo de trabajo fuera accesible para todas las mujeres, pues existían bastantes prejuicios hacia las mujeres más pobres y aquellas que provenían de las zonas rurales por considerarlas incultas. Así se reflejaba en las palabras del mismo doctor García del Diestro, quien buscaba que "jóvenes de alguna educación –y no sólo muchachas zafias e ignorantes, recién llegadas del pueblo– accedieran a este tipo de formación con el decidido propósito de lograr un "medio de vida decoroso y no mal remunerado"[32]. Por lo tanto, desde el criterio médico, parecía que las jóvenes de los pueblos sólo podían ser receptoras pasivas de la divulgación del conocimiento sanitario e higiénico sobre el cuidado infantil. De este modo, se podría afirmar que la expansión de la atención sanitaria hacia el mundo rural en la República intensificó el paternalismo hacia las mujeres del campo y de los pueblos, el mismo que ya existía con las madres de la ciudad.

Por su parte, en los primeros años del siglo XX, empezaron a proliferar en Chile diversas instituciones benéficas y privadas que irían en ayuda de las mujeres de las clases populares de las ciudades. Dentro de ellas, la institución más trascendental para del cuidado de las madres y los niños como elementos centrales de la continuidad de la nación en el camino del progreso fue el Patronato Nacional de la Infancia. Fundado en 1900, estaba basado en un modelo francés y era responsable de la creación de dispensarios de alimentación para la infancia popular. Además, estuvo caracterizado por incorporar elementos tradicionales y modernos en su despliegue para prevenir las enfermedades y

[31] *Gaceta de Madrid*, 31 de marzo de 1933, p. 2379.
[32] "Organización y finalidad de la Escuela Nacional de Puericultura", *Curso de Conferencias Radiadas organizado por la Asociación Española de Médicos Puericultores Titulados*, Julio-Septiembre 1935, p. 7 citado en Palacio Lis (2003a: 147).

mortalidad infantil, a través de la articulación entre la beneficencia privada y la ciencia médica (Moreno, 2004; Illanes Oliva, 2007).

Presidido por los médicos Luis Calvo Mackenna[33] e Ismael Valdés Valdés, y con un carácter laico y científico, el Patronato transformó el acercamiento a la problemática materno-infantil al incorporar criterios biocientíficos en una línea médico-social. Ésta se basaba en la acción preventiva, instructora y moralizadora de la infancia y sus madres dentro de sus mismos barrios, pero aún sin incorporar fuertemente al Estado en su ejecución (Illanes Oliva, 2007). Fueron los médicos quienes comenzaron a medir en cifras la realidad chilena de la mortalidad infantil y quienes divulgaron las prácticas biopolíticas que se comenzaban a aplicar en todo Occidente, a través de su socialización en congresos científicos como el Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia realizado en Santiago de Chile en 1916.

El Patronato instaló dentro o cerca de los barrios populares diversos servicios. Entre ellos se contaban 11 Gotas de Leche, dispensarios para la atención policlínica y distribución de leche para las madres. De igual forma, contaba con un Ajuar Infantil en el que se recolectaba ropa para cubrir las carencias de vestimenta (Illanes Oliva, 2010: 131). También tenía un servicio de cocinas, las «Marmitas», donde se repartía diariamente comida a las mujeres que amamantaban. Sumado a ello, existía un Asilo Maternal con 100 cunas y 50 camas para las madres que no tenían un lugar en el que alojarse luego de dar a luz, el que también tenía por función albergar a los bebés cuyas madres estaban hospitalizadas y así evitar que los abandonaran. En él se las preparaba para el cuidado de sus hijos, incentivando enfáticamente la lactancia materna. Si bien esta institución estaba focalizada específicamente en las mujeres y no en los niños, finalmente el cuidado de las madres tenía por objetivo el bienestar de la infancia porque lo importante era asegurar el progreso de la nación basado en una población fuerte y sana (Matus del Pino, 2018: 58).

Al estar basado en un modelo francés, su influencia era lamarckiana. En consecuencia, el Patronato Nacional de la Infancia no buscaba separar al niño de su madre, sino que se les visitaba en su propio ambiente. Las señoras de la élite cumplían el rol de enfermeras y visitadoras y enseñaban a las madres proletarias sobre higiene, prevención y moral. En ese sentido, jugaban un papel de mediadoras entre los conocimientos científicos, la ayuda del Patronato y la vida de estas madres, trasladando la información recopilada en sus visitas domiciliarias a los médicos de la institución. De esta manera, las acciones que antes eran realizadas por las religiosas fueron ejecutadas por las mujeres de las clases dirigentes, quienes apelaban a sus recursos emocionales para acercarse al pueblo y con una clara intención de mantener el orden social. Así lo explicaba Luis Calvo Mackenna en el Primer Congreso de las Gotas de Leche realizado en Santiago de Chile en 1920:

> "Vosotras, dejaréis oír aquí vuestros sanos consejos, nos diréis lo que vuestra larga experiencia os ha enseñado en el arrabal y el conventillo;

[33] Luis Calvo Mackenna fue el principal exponente chileno de la Pediatría Social, introducida a América Latina por el uruguayo Luis Morquio, e integrante inicial del Consejo Internacional del Instituto Internacional Americano de Protección de la Infancia creado en 1927.

> nos instruiréis en la psicología de ese pueblo que aviva vuestros generosos impulsos y aprenderemos a comprenderlo mejor, a aquilatar mejor sus necesidades y a conocer toda la extensión de su miseria. (…) que nos demostréis cómo esas cariñosas visitas vuestras al hogar del pobre, despierta la gratitud de la adusta miseria y borran asperezas sociales que empiezan a sacudir al mundo entero"[34].

Otra importante institución con estos mismos objetivos fue el Instituto de Puericultura, fundado en 1906. Al ser iniciativa del médico Alcibíades Vicencio y contar con subvención del Estado, dejaba atrás el protagonismo de la beneficencia privada para dar lugar al protagonismo médico-público (Zárate Campos, 1999; Moreno, 2004). En él se hacía un seguimiento preventivo gratuito cada mes del embarazo y se entregaba atención por parte de matronas y médicos a las madres del pueblo en el parto, en sus hogares y de forma gratuita, teniendo mucho éxito. Este fue el comienzo de la atención del parto de forma profesional en los domicilios de las madres obreras como respuesta a la imposibilidad de algunas mujeres de abandonarlos durante ocho o más días si acudían a parir a las maternidades porque debían cuidar de sus hogares. Además, generalmente trabajaban en ellos y debían cuidar a sus otros hijos (Aguirre, 1912: 214) para que su ausencia no dejara a los niños vulnerables en las calles y expuestos a diversos peligros. También las matronas realizaban visitas domiciliarias diarias los días siguientes al alumbramiento para comprobar el desarrollo normal del bebé, de la madre y sus demás hijos si los tuviera. Además, el lactante asistía con su madre durante un año a control en el Instituto, otorgándole leche esterilizada si la necesitara, atención médica y medicamentos. Estas profesionales apuntaban en libretas especiales la información recopilada en cada visita, la que luego debía reportar al director del Instituto. De acuerdo a este último punto, la tutela sobre la labor puericultora no estaba limitada sólo a la madre, sino que también se ejercía sobre las matronas (Illanes Oliva, 2007: 122-127).

A pesar de continuar responsabilizando a las mujeres de la mortalidad infantil, el Instituto de Puericultura tenía por objetivo eliminar el trato diferenciado que recibían las personas de acuerdo a su origen social, por lo que en esta institución las mujeres y sus hijos eran tratadas como si pagaran por sus consultas. Es decir, con un profesionalismo que atendía particularmente cada caso con esmero y honradez y no como ocurría en los demás dispensarios de salud del país donde se les trataba a granel (Vicencio, 1912: 230).

Con todos estos esfuerzos desplegados, la evaluación que hacían los médicos que trabajaban en el Instituto de Puericultura sobre su impacto en la población era muy positiva, pues las mujeres comenzaban a aceptar paulatinamente los beneficios de los servicios públicos disponibles, ya fuera durante su embarazo o en el momento del parto. Se concluía que "el número de embarazadas que ha concurrido al Instituto en demanda de sus servicios, solicitándolos para el período del embarazo o para la asistencia del parto, revela que existía en este sentido una necesidad efectiva, confirmada por el aumento de las cifras

[34] Discurso de Luis Calvo Mackenna, *Primer Congreso de las Gotas de Leche*, Santiago de Chile, 1920, p. 57.

de las embarazadas atendidas y partos asistidos" (Vicencio, 1912: 213). No obstante, es difícil afirmar que las mujeres de los sectores populares necesitaban de atención médica, ya que la resistencia a solicitarla era bastante alta todavía durante los primeros años del siglo XX. Muchas mujeres desconfiaban del saber médico y preferían continuar atendiéndose con curanderas y comadronas, sobre todo en las zonas rurales donde el acceso a la medicina aún era prácticamente escaso (Zárate Campos, 1999; 2008a). Aún con este desafío, las actividades desarrolladas por el Instituto de Puericultura hicieron que se constituyera en uno de los primeros representantes del Estado Asistencial en Chile, adoptando el rol de un padre que protegía a la infancia y a las familias obreras al tener en consideración, sobre todo, la tutela sobre las madres (Illanes Oliva, 2007: 126).

3.6.2 Las Gotas de Leche

Sin embargo, una de las iniciativas privadas y, posteriormente, de impulso municipal más trascendentales respecto a la salud materno-infantil a partir de esta época fueron las Gotas de Leche. En España fueron creadas en la mayoría de las capitales de provincia consecutivamente desde 1903 y alcanzaron la treintena en 1912 (Maján Gil, 1991; Aguilera Hernández y Rodríguez Pérez, 2008; Muñoz Pradas, 2012; 2016; 2021; Iruzubieta, 2017; Cárdaba García, et. al., 2018; Simón Lorda y Rúa Domínguez, 2018). Lo cierto es que este tipo de consultorios en otros países de Europa como Alemania o Francia ya superaban los quinientos para ese entonces, lo que refleja lo avanzados que estaban otros países del continente en cuanto a la importancia atribuida a la problemática (Rodríguez Ocaña, 1998: 28). Esta etapa, caracterizada por la beneficencia y la autonomía de las instituciones, tuvo diferentes protagonistas. Entre ellos, se pueden contar la iniciativa privada y particular, los ayuntamientos y las Juntas Provinciales de Protección a la Infancia. En cuanto a sus actividades, éstas se concentraban en zonas urbanas y capitales de provincia y estaban centradas en la atención al lactante, aunque en algunos lugares se sumaba la atención a las madres en igual medida (Rodríguez Ocaña,1998; Muñoz Pradas, 2016).

En el contexto chileno, las Gotas de Leche fueron introducidas por el Patronato Nacional de la Infancia, pero luego comenzaron a surgir al margen de su dependencia, siendo la primera de ellas en San Bernardo, al sur de Santiago, por decisión del médico Manuel Camilo Vial en 1911. Similar a lo que ocurrió en España, el origen de su creación fue privado, naciendo de señoras de la élite y monjas apoyadas por los postulados científicos de los médicos, quienes se comprometieron a luchar contra la mortalidad infantil como hacían ya en Europa porque adoptar su misma metodología acercaba el país a sociedades civilizadas. A su inauguración asistió el Presidente de la República Ramón Barros Luco y el Senado le otorgó la posibilidad de contar con un ingreso fijo que le permitió adquirir tecnología de primera categoría para desarrollar su labor.

Con el inicio de la Primera Guerra Mundial, el hambre y la pobreza se vieron profundizadas, lo que generó la rápida propagación de Gotas de Leche por las provincias aledañas a Santiago de Chile (Illanes Oliva, 2007: 206). También se extendieron por otras provincias del país, como en Copiapó (1914), Viña del Mar (1914 y 1918) y San Felipe

(1919) para la zona norte. En la zona central, se inauguraron las correspondientes a San Bernardo (1912), Concepción (1914), Rancagua y Rengo (ambas en 1916), y Chillán y San Fernando (ambas en 1917). Mientras que en la zona sur se crearon la Gota de Leche de Traiguén (1919) y Puerto Montt (1920). A su vez, existen antecedentes de la Gota de Leche de Lota en 1924, fundada por Isidora Goyenechea[35]. Por su parte, y a diferencia de lo que ocurrió en Chile, la proliferación de las Gotas de Leche en España fue mucho más lenta de lo que se hubiera deseado a causa de diversas discrepancias políticas en los gobiernos locales y la falta de presupuesto. De esta forma, podían transcurrir años entre el anuncio de la creación de una Gota de Leche y su efectiva inauguración. Así se anunció, por ejemplo, su instauración en la ciudad de Teruel en 1926, pero de la que no hay evidencias de finalmente haber sido inaugurada. En Guadalajara, su anuncio se realizó en 1906 y se inauguró en 1911, mientras que en Logroño se inauguró en 1904, en Segovia, en 1909 y en Huesca, en 1914. En Zamora se propuso su instalación en 1906, pero no fue hasta 1916 que se instituyó formalmente, mismo año en que se inauguró en Ourense[36].

La base de su funcionamiento estaba en la no separación de la madre del niño con dos lineamientos importantes. El primero era biológico, incentivando la lactancia materna o la entrega de mamaderas por parte de la Gota de Leche en caso de que la madre no pudiera amamantar por diversas circunstancias. El segundo era sociológico, pues a través de esta acción se pretendía recuperar el orden que la modernización había quebrado al separar a la madre y a su hijo por la necesidad de ocuparse en largas y extenuantes jornadas laborales (Illanes Oliva, 2007: 137-138). Es decir, se buscaba "proteger al lactante a través de su propia madre"[37]. De esta manera, la misión preventiva y social permitieron la vigilancia médica para la detección temprana de alguna enfermedad y aconsejar directamente a las madres en sus visitas (Simón Lorda y Rúa Domínguez, 2018). El trasfondo de aquellas atenciones tenía por objetivo que las mujeres aprendieran a ser mejores madres a través de la reconducción de sus prácticas. En ese sentido, se pensaba que para que aprendiera "el que nada sabe es que se lo expliquen o verlo practicar (…). Las mujeres del pueblo ineducadas son como la tierra inculta, que da toda suerte de hierbas locas, pero que es la más productiva cuando se la trabaja" (Garrido, 1912: 302).

El requisito era que las madres se inscribieran junto a sus hijos y se responsabilizaran del control de peso de los niños, que debía ser semanal para bebés menores de seis meses. Estos datos se almacenaban en un Libro-registro y en la ficha que se creaba a la madre. Del mismo modo, y además de resguardar la salud de la infancia, esta

[35] Isidora Goyenechea (cuyo nombre de casada era Isidora Cousiño), aristocrática chilena, llegó a ser conocida a finales del siglo XIX por ser dueña de una de las mayores fortunas del mundo entero. Su riqueza provenía de sus minas de carbón y plata en Lota, Chile, contando entre sus bienes un par de palacios, una flota de barcos, un ferrocarril, viñas para producción de vino, entre otros. Fue conocida su veta benéfica al construir la Gota de Leche en Lota y un hogar para huérfanos, además de pavimentar calles de la ciudad y mejorar las condiciones de las viviendas de los obreros que trabajaban en las minas (Curtis, 1888: 487-493).

[36] Todos los datos referentes a la propuesta y creación de Gotas de Leche se han obtenido de Muñoz Pradas (2016).

[37] "Las Gotas de Leche", *Almanaque del Patronato Nacional de la Infancia*, Santiago de Chile, Imprenta Cervantes., 1923, p. 169.

actividad servía como control social y de adoctrinamiento al evaluar el comportamiento y los hábitos de las madres. Luego, ellas eran premiadas con diplomas «a la buena madre», se les hacía entrega de canastillas o incluso dinero, pero también se les penalizaba de no cumplir con las recomendaciones médicas o no asistir a la institución (Palacio Lis, 2003a). Tanto a nivel español como europeo, las Gotas de Leche fueron categorizadas como fundamentales para la sociedad al brindar ayuda humanitaria, pero siempre destacando su impronta científica y educadora.

Como los mejores especialistas en pediatría se encontraban en Santiago de Chile, las cartillas fueron fundamentales para expandir el discurso médico a otros territorios del país, llegando a ser aún más masivas cuando comenzaron a entregarse junto a la Libreta de Matrimonio en 1929. Tanto en el país ibérico como en el sudamericano las cartillas fueron medios frecuentes de divulgación sanitaria, pero no completamente infalibles. Existía un importante impedimento para su éxito: aunque prácticas y escritas en un lenguaje cercano a la población, el alto porcentaje de analfabetismo en las clases populares hacía que no todas las mujeres fueran capaces de leerlas y sólo podían comprender sus consejos si contaban con alguna vecina con un poco más de instrucción que se las leyera (Palma Maturana, 2009: 5).

Es importante mencionar que las Gotas de Leche sí lograron el aumento de la lactancia materna entre las mujeres de Chile que acudían a ellas. Esto queda demostrado en la Gota de Leche asociada al Asilo Maternal del Patronato Nacional de la Infancia, la cual tenía un 12,6% de niños alimentados exclusivamente con el pecho materno en abril de 1914 y cuyo porcentaje aumentó a 47% en diciembre de ese mismo año. La misma cifra se mantuvo entre 40% y 47% en 1915 y alcanzó un 48,5% en mayo de 1916, situación que se repetía en los demás servicios del Patronato en Santiago (Calvo Mackenna, 1916: 7-8). Aun así, y a pesar de estos números, el Patronato no tuvo suficiente éxito en la disminución de la mortalidad infantil, la cual no comenzaría a descender notablemente hasta la década de 1940.

Pese a la importancia que se le atribuían, no sólo se trataba de las malas prácticas de las madres, sino que incluso la "raza" de los padres entraba en la discusión, a la que se le atribuía la debilidad de los niños y su consecuente mortalidad durante los primeros meses de vida. A partir de dicha premisa, una Cartilla de Puericultura entregada por la Cruz Roja Chilena señalaba que "si usted es sifílico, tuberculoso, alcohólico o toxicómano no engendre un hijo antes de haberse puesto en curación. La sífilis, el alcoholismo y la toxicomanía degeneran la raza"[38]. Pero, asimismo, otros atribuían la falta de higiene a una cuestión hereditaria, ya que "en nuestro pueblo hay ciertamente prejuicios arraigados en contra de la balneación y, dado el carácter indolente de ellos, también un gran descuido por su aseo corporal; resabios todos de la raza indígena, base de nuestro pueblo" (Montenegro, 1912: 117). Llama la atención la mención al mestizaje resultado de la colonización española para explicar las condiciones de salubridad en las que vivían los sectores

[38] Cruz Roja Chilena, "Cartilla de Puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatría", *Revista Chilena de Pediatría*, Vol. 1, Nº 4, 1930, p. 3.

populares, sobre todo porque es conocido que el pueblo mapuche tenía una relación muy cercana con el agua y se bañaba diariamente en los ríos a primera hora por la mañana, especialmente las niñas y las mujeres, como describió el cronista Francisco Núñez de Pineda y Bascuñán en 1673[39].

La gravedad de los problemas sociales que atravesaba Chile era una amenaza constante para la estabilidad política, económica y social del país, lo que se convirtió en un escenario que requería de soluciones de suma urgencia, sobre todo a partir del triunfo de la Revolución Rusa. Por lo tanto, dicho proyecto se reapropió del cuerpo enfermo del pueblo para restablecer su salud y asegurar su reproducción biológica, lo que exigió la creciente participación del Estado, cada vez más necesaria (Illanes Oliva, 2010: 143). En consecuencia, era ahora el asistencialismo el que llegaba a los hogares de las madres populares con la creación de esta nueva arquitectura urbana, y no la beneficencia caritativa que alejaba al niño de su madre para llevarlo a las instituciones que lo sustraían de su entorno (Illanes Oliva, 2007: 139-140). De esta manera, fueron las iniciativas privadas y la paulatina intervención estatal de la mano de la clase médica las que darían forma y continuidad al Estado Asistencial chileno (Poblete Vargas, 2015).

3.6.3 El Seguro de Maternidad

La Conferencia Internacional del Trabajo en Washington en 1919 abrió la discusión sobre las condiciones laborales de las mujeres antes y después del parto (Palacio Lis, 2003a; Vega, 2007). El trabajo femenino era una realidad imposible de ignorar en sociedades como la española o la chilena y a comienzos de los años treinta, ambos países instauraron una legislación que protegía a las madres obreras: el Seguro de Maternidad.

El Seguro Obligatorio de Maternidad en España surgió como respuesta a la necesidad de crear políticas que protegieran la maternidad obrera desde la previsión sanitaria (Nash, 1993: 632). Aprobado en 1929 durante la dictadura de Miguel Primo de Rivera, solamente entraría en vigor en octubre de 1931, ya iniciada la Segunda República, y respondía a discusiones que se habían mantenido desde finales del siglo XIX en el país y que se reflejaban en un informe realizado por la Comisión de Reformas Sociales.

Esta política fue principalmente promovida por voces masculinas que, desde la institucionalidad, abogaban por la protección de la maternidad como deber de las mujeres y

[39] Francisco Núñez de Pineda y Bascuñán, criollo hijo de españoles nacido en el Reino de Chile, fue capturado por los mapuche en 1629 durante la Guerra de Arauco, cautiverio en el que aprendió de las costumbres, las fiestas, juegos, la vida doméstica y la organización política del pueblo mapuche. Dicho cautiverio constituyó una experiencia agradable para el cronista, el cual relata en su publicación *Cautiverio Feliz*. Ésta fue una de las primeras crónicas que describió el choque cultural entre los indígenas de la zona centro-sur de Chile y los españoles, especialmente frente a la moral sexual que unos y otros tenían, pero también denunció los abusos y vejaciones realizadas por los gobiernos españoles del siglo XVII. De este modo, su experiencia lo llevó a defender derechos para los mapuche al evidenciar la estructura social, valórica y de principios que éstos tenían, contrastando con la versión española respecto a que eran los ibéricos quienes representaban la civilización (Núñez de Pineda y Bascuñán, Francisco, *Cautiverio Feliz y razón de las guerras dilatadas del Reino de Chile*, Colección de Historiadores de Chile y documentos relativos a la Historia Nacional, Tomo III, Santiago de Chile, Imprenta del Ferrocarril, 1863).

no en su propio bienestar. El enfoque estaba puesto en los niños, es decir, en el futuro de la nación, por lo que se discutían los efectos negativos que el trabajo tenía sobre las mujeres y su capacidad reproductiva, siempre desde una perspectiva higiénica y médico-social (Cuesta, 1986; 2012). Ahora bien, eso no era impedimento para que muchas mujeres –tanto desde el feminismo como desde el movimiento obrero– consideraran necesarias las políticas de bienestar maternal. Muchas las defendían como parte de sus derechos como ciudadanas y como reconocimiento económico y valoración social del papel de las mujeres en la sociedad, tal como sucedía en el resto de Europa (Koven y Michel, 1990; Bock, 1993; Bock y Thane, 1996; Andrés Granel, 2020).

En Chile, la protección a la maternidad obrera vino de la mano de la creación de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio en 1924, cuya actuación se extendería hasta 1952. Esta institución inauguró el primer sistema asistencial estatal de salud y de previsión para la vejez y accidentes laborales en Chile, siendo la primera ley de este tipo en América Latina. Inspirado en el sistema previsional alemán, obligaba a afiliarse a todos los trabajadores, hombres y mujeres menores de 65 años. En cuanto a su financiamiento, provenía de un aporte principal del Estado, el cual se complementaba con el de las personas afiliadas y el de los empleadores, construyendo una importante red de servicios médicos y previsionales a nivel nacional (Zárate Campos, 2008b).

Un año después de su implementación, específicamente el 20 de marzo de 1925, se dictó el decreto de ley sobre la Protección a la Maternidad Obrera y estableció que "las obreras, durante el período de embarazo, tendrán derecho a un descanso que comprenderá, cuarenta días antes del alumbramiento y veinte días después", agregando que "durante este período el patrón o empresario estará obligado (…) a reservarle el puesto y a pagarle el cincuenta por ciento del salario"[40]. Asimismo, se protegió a la madre obrera embarazada prohibiendo su despido sin justa causa, especificando que su menor rendimiento a causa de su embarazo no calificaba como justificación. De igual forma, la normativa señaló que de haber veinte o más mujeres trabajando en la fábrica, taller, industria o comercio, sin importar su edad o su estado civil, se debería crear una sala acondicionada para recibir a los hijos de hasta de un año de edad de las obreras. Y, conjuntamente, se les otorgó el derecho irrenunciable a amamantar a su bebé una hora máxima al día –dividida en dos turnos–, sin que ese tiempo pudiera ser descontado de su salario[41].

Destinado a la protección preventiva de obreras, empleadas y trabajadoras a domicilio, los requisitos para acogerse al Seguro Obligatorio de Maternidad español permitían que su alcance fuera muy amplio: tener entre dieciséis y cincuenta años y figurar inscritas en el Retiro Obrero Obligatorio, sin importar su estado civil ni nacionalidad. La idea era garantizar su descanso durante la última etapa del embarazo y el puerperio y asegurar la asistencia en el parto por una comadrona o un médico, un ajuar con productos

[40] *Decreto-Ley sobre Protección a la maternidad obrera*, Imprenta y Litografría La Ilustración, Santiago de Chile, 1926, p. 5.
[41] Op. Cit., p. 6.

farmacéuticos necesarios durante toda la gestación y el puerperio y un pago durante las seis semanas siguientes al nacimiento que consistían en un descanso obligatorio[42].

También esta iniciativa respondía a la realidad social de la época y contemplaba situaciones especiales como el parto de un hijo muerto, en el que se aclaraba que la obrera sí tenía derecho al descanso remunerado cuando esto ocurriera. O lo que sucedía si la madre abandonaba al bebé en la Inclusa. Para este último caso, la obrera no tenía derecho al descanso indemnizado por el Seguro ni a reincorporarse al trabajo si el patrono se oponía, debido a que no habían transcurrido las seis semanas reglamentarias de descanso después del parto. Bajo esa situación, el Reglamento del Seguro de Maternidad establecía claramente que era un suceso que concernía al ámbito relacional entre patrono y obrera y, en consecuencia, era improcedente que la aseguradora actuara al respecto[43]. Es posible deducir de estas condiciones el castigo económico y social que se hacía a las mujeres que no estaban dispuestas a asumir el rol de madres que les correspondía. La maternidad era una misión sagrada e irrenunciable, sin importar si era deseada o no, ya que era el medio por el que las mujeres servían a la sociedad.

En Chile, la ley de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio dio un paso más en la protección a las madres e infancia de los sectores populares al crear el Servicio Madre y Niño: una red de consultorios en las principales ciudades chilenas para la atención de la madre asegurada y su recién nacido. Principalmente, su propósito era brindar asistencia médica, medicamentos y alimentos, como fórmulas de leche en polvo si era necesario. En un comienzo, estos consultorios estuvieron a cargo de la Junta de Beneficencia, pero desde 1932 estuvieron bajo control de la Jefatura Médica de la Caja. Además, en 1942 se amplió su atención a las mujeres que, no siendo aseguradas, eran esposas de trabajadores afiliados a este Seguro. La incompatibilidad radicaba en que éstas no recibían subsidio maternal ni de lactancia y debían pagar por la hospitalización del parto (Zárate Campos, 2008b).

En 1940, el Servicio Madre y Niño incorporó la atención prenatal con control clínico de la mujer embarazada y atención del parto en maternidad o también en el domicilio. Ambos servicios eran prestados por matronas de libre elección en las ciudades y por matronas funcionarias en los pueblos pequeños. A eso se sumaba el control pediátrico del recién nacido hasta los dos años de edad –el que se continuaba en el domicilio por enfermeras sanitarias–, la entrega de leche y medicamentos para los lactantes y servicio social previo y posterior al parto (Zárate Campos, 2008b: 132).

El Código del Trabajo de 1931 había estipulado que todos los establecimientos o empresas industriales y comerciales de propiedad fiscal, municipal y privada debían respetar el derecho al descanso de la madre obrera embarazada. Era la manera de proteger su puesto de trabajo para no ser despedida con motivo de dicho descanso legal ni por presentar un menor rendimiento a causa de su embarazo (Zárate Campos, 2009). Ya con el nuevo Reglamento de Protección a la Maternidad Obrera del 19 de abril de 1934 se

[42] Instituto Nacional de Previsión, *Seguro Obligatorio de Maternidad*, Madrid, 1934, p. 6.
[43] Op. Cit., p. 25.

dispuso que las madres obreras tendrían un descanso de seis semanas antes y seis semanas después del alumbramiento, lo que extendía este último período de reposo. La diferencia importante estaba en que ahora si la obrera estaba afiliada a la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, el empresario debía pagar un subsidio para que, sumado al pago realizado por la Caja, la obrera recibiera el cincuenta por ciento de su salario durante todo el período señalado. Pero, en caso de no contar con este seguro, sería el patrón quien lo costearía íntegramente. Por otro lado, si el parto no se producía dentro de las seis semanas reglamentadas, la madre obrera debía presentar un certificado firmado por un médico o una matrona antes que se cumplieran dichas semanas para que el empleador obligatoriamente extendiera el período de descanso bajo las mismas condiciones. Del mismo modo ocurría si la madre era afectada por alguna enfermedad a causa del alumbramiento[44].

Sin embargo, el enfoque del decreto de ley no respondía a los derechos laborales, sino que a los postulados de higiene social y biomédicos que caracterizaban a las políticas sociales y sanitarias del Estado. A estos lineamientos correspondían la limitación del número de niños por cada sala cuna –veinticinco por cada sala–, la exigencia del equipamiento adecuado para las cunas de los lactantes y las inspecciones de la Dirección General del Trabajo. A la vez, sólo se podía admitir a niños que contaran con el certificado médico de buena salud, el cual debía ser expedido gratuitamente por el médico que hubiera atendido a la mujer durante su embarazo, ya fuera en el hospital, algún dispensario o en su domicilio[45]. Por lo tanto, la protección a las madres aseguradas se convirtió en una política estatal de gran relevancia, ya que el control del embarazo, el parto y el puerperio, junto con el crecimiento y desarrollo del recién nacido, se traducía en el nacimiento de ciudadanos y trabajadores sanos y productivos. En ese sentido, la Caja del Seguro Obrero Obligatorio se mostraba satisfecha por sus resultados a raíz de la atención prenatal que entregaban hasta el término de la lactancia, lo que había disminuido la mortalidad infantil al 4% en sus consultorios maternales[46]. Además, hay que mencionar que esta institución, y de forma exclusiva, proveía la atención de salud de entre uno y dos quintos de todos los niños menores de dos años (Rosemblatt, 2000: 132).

De la misma forma, a partir de la creación de la Dirección General de Sanidad establecida por el Código Sanitario de 1931, se fundaron instituciones públicas que apoyaban a las madres indigentes y a los niños abandonados. Su importancia estaba en que, al no estar vinculados a una relación laboral formal, no accedían a los beneficios de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio. Estos fueron los Centros Preventivos Madre y Niño, los que luego dependerían del Departamento Central de Madre y Niño creado en 1940 y, posteriormente, de la Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia del Ministerio de Salubridad (Zárate Campos, 2008b).

[44] *Ley y Reglamento de Maternidad Obrera del Código del Trabajo*, Imprenta Yankee, Santiago de Chile, 1936, pp. 3-5.
[45] Op. Cit., pp. 14-15.
[46] *Boletín Médico de la Caja de Seguro Obligatorio*, Año I, Nº 9, febrero de 1935, p. 1.

A pesar del reconocimiento que significó la creación del Seguro Obligatorio de Maternidad de la problemática que aquejaba a las mujeres trabajadoras respecto a su condición de madres, muchas obreras no se mostraron conformes con la aplicación del Seguro. porque, para hacer uso del mismo, debían realizar un pago compartido entre ellas y la patronal. A muchísimas les indignaba tener que reservar un monto desde sus ya precarios e insuficientes salarios para dicho seguro en lugar de ser completamente cubierto por el Estado o la patronal, rechazo que suscitó numerosas movilizaciones que se realizaron en todo el territorio nacional, aunque no de forma homogénea, destacando Galicia, Aragón y el País Valenciano (Vega, 2007; Ruiz-Berdún y Gomis, 2014). Por otro lado, aun cuando parece resultado de un buen análisis de la realidad social haber incluido a las madres no casadas y sus niños ilegítimos en esta ley, hay que apreciar que muchas obreras consideraban innecesario o incluso un insulto a su honra acogerse al Seguro de Maternidad estando solteras (Rodríguez Ocaña, 1990: 336).

Quienes sí se mostraron satisfechas con la entrada en vigencia del Seguro Obligatorio de Maternidad fueron las matronas, según han afirmado Dolores Ruiz-Berdún y Alberto Gomis (2014). La razón era que esta ley reconocía su rol profesional en los partos en desmedro de la presencia de parteras y comadronas «intrusas», a quienes señalaban por no tener formación ni cualificación alguna. Consideraban que estas mujeres ponían en riesgo peligrosamente su profesión, por lo que las matronas colaboraron entusiastas en la difusión del Seguro.

En cualquier caso, es imprescindible aclarar que a pesar de lo mucho que se defendía la importancia de la existencia de este seguro para las madres trabajadoras, el acceso a la atención profesional con una matrona no era igual para todas las mujeres del territorio español. Según cifras del Instituto Nacional de Previsión, en 1933 había 591.243 obreras aseguradas con un total de 2.223 matronas para atenderlas, lo que se traducía en 266 mujeres por cada una de ellas[47]. No obstante, esta realidad se agudizaba aún más entre las provincias. Por ejemplo, si en Madrid cada matrona tenía a su cargo a 81 aseguradas entre 1931 y 1933, en Galicia cada una de las 25 matronas atendía a 1.681 mujeres, profesionales que además se concentraban en La Coruña y Vigo, lo que las obligaba a desplazarse por la región y con un coste monetario mayor por las dificultades que existían en el accidentado territorio gallego (Ruiz-Berdún y Gomis, 2014: 81). Por lo tanto, las madres en zonas rurales tenían menor accesibilidad al servicio.

3.7 La Fundación Rockefeller y su papel en la sanidad española y chilena

Una de las instituciones internacionales que jugó un papel crucial en la modernización y la ampliación del rol del Estado en materia de sanidad tanto en España como en Chile en las primeras décadas del siglo XX fue la Fundación Rockefeller. Esta fundación estadounidense estableció acuerdos de financiación, gestión administrativa y

[47] Instituto Nacional de Previsión. *El Seguro de Maternidad. Su evolución. Sus resultados. Su transformación (1 octubre 1931 – 31 diciembre 1933)*, Madrid, 1934 citado en Ruiz-Berdún y Gomis (2014: 81).

supervisión y convenios de formación de médicos y enfermeras en los Estados Unidos. El objetivo estaba en transformar y fortalecer el sistema de sanidad público en ambos Estados y así contribuir a la regeneración física de la población en general, pero sobre todo para revertir las cifras que reflejaban el paupérrimo estado de la salud materno-infantil. Aún así, el trasfondo principal detrás de esta cooperación internacional era frenar el avance de las ideologías de izquierda entre los sectores populares a través de una mejor asistencia sanitaria que mejorara su calidad de vida.

El gobierno liberal de Arturo Alessandri terminó con el régimen parlamentario que había funcionado en Chile durante las últimas décadas (1891-1924), dando inicio a una nueva relación entre el Estado y la sociedad civil que se vio consolidada con la toma del poder por la Junta Militar liderada por Carlos Ibáñez del Campo en 1927. Una de las prioridades fue poner en el centro de la política social el acceso a la salud y la seguridad laboral para la clase trabajadora e indigente, estableciendo estos deberes en la nueva Constitución de 1925 que obligaba al Estado a garantizar la salud pública y proteger el estado higiénico del país (Correa Sutil et. al., 2001; Zárate Campos, 2008b).

Como expresa Illanes Oliva (2010), la ciencia y las armas se unieron para enfrentar el problema de la sanidad pública y la "degeneración de la raza". Así, se realizó una asamblea médica con representación de la Junta Militar en la que se expuso el sentir unánime de los médicos sobre la organización de los servicios sanitarios y de previsión social. A partir de esta instancia se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social, cartera gubernamental que ya se había anunciado en 1924, el que asumiría como institución de dirección superior centralizada para poner en marcha las mejoras sanitarias del país.

El giro hacia la medicina preventiva y el protagonismo que adquiría la higiene social en las políticas públicas requería de la formación de personal técnico especializado para los departamentos de la Dirección General de Sanidad y es entonces cuando aparece la colaboración de la Fundación Rockefeller[48]. Fue así como en 1925 el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* comunicaba que el Doctor J. D. Long, subdirector del Servicio Federal de Sanidad de los Estados Unidos, sería el asesor técnico para la reorganización de la institucionalidad sanitaria chilena[49]. Uno de los acuerdos firmados

[48] Finalizada la Primera Guerra Mundial y Estados Unidos posicionado como potencia mundial frente a una abatida y destruida Europa, la Fundación Rockefeller y la naciente Sociedad de Naciones colaboraron en un plan de internacionalización de la salud pública. Dicho plan involucraba la creación de comisiones, congresos, programas de cooperación técnica, promoción de la investigación, campañas sanitarias, la normalización de diversos medicamentos, la salud materno-infantil, la formación de profesionales, entre otras, constituyendo una de las instancias de diplomacia internacional más importantes en la historia de la salud pública. Así, las consecuencias de la guerra, el avance del movimiento obrero revolucionario materializado en la fundación de la Unión Soviética, la crisis económica a partir de 1929 y el auge del fascismo significaron la necesidad de coordinación estratégica entre países para contrarrestar la inestabilidad política. Dos grandes agentes que respondieron a esta tarea fueron la Fundación Rockefeller y la Comisión de Higiene de la Sociedad de las Naciones (Rodríguez Ocaña, 2005; Barona Vilar y Bernabeu-Mestre, 2008; Barona Vilar, 2014).

[49] "El doctor Long entra en el servicio del Gobierno de Chile como asesor sanitario", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 4 (8), agosto de 1925, pp. 283-284.

establecía que los médicos higienistas chilenos se formarían en la Alta Escuela de Higiene de la Universidad John Hopkins y en los institutos especiales de Higiene Pública en Brasil hasta que se creara en Chile una Escuela Superior de Higiene. De esta manera, se contrataron a técnicos extranjeros, en especial estadounidenses, para que guiaran la reforma sanitaria y así los departamentos de profilaxis tuvieran mayor eficacia y fomento en su tratamiento de las enfermedades de carácter social. Con dicho fin se crearon el Departamento de Higiene de la Infancia, las Oficinas del Niño y las Oficinas de Higiene en las principales capitales de provincia (Illanes Oliva, 2010: 208).

La labor de J. D. Long tuvo muy buenos resultados, como explica él mismo en el informe presentado al gobierno de Chile una vez finalizadas sus funciones como asesor técnico del Servicio Nacional de Salubridad en 1927. En aquel reporte se detalló que, a partir del trabajo unificado de las nuevas autoridades sanitarias, la mayoría del pueblo obedecía y cumplía con las ordenanzas y reglas de salubridad y había crecido su interés por cuidar de su propia salud. Reflejo de esta evolución eran el gran aumento en la venta de jabón, el incremento de las atenciones de los médicos y servicios de salud y la notable alza en la venta de aparatos frigoríficos para mantener la comida en buen estado. También se pudo identificar una disminución de la mortalidad general de la población gracias a que fue posible dominar los brotes epidémicos rápidamente. Lo anterior respondía a la pronta movilización de los funcionarios y mecanismos de acción en las diez zonas geográficas sanitarias determinadas previamente, en conjunto con el trabajo de los distritos sanitarios municipales. Por otro lado, se evidenció la disminución de casos agudos de sífilis, tanto en las ciudades como en las salitreras y las minas de carbón. Asimismo, se puso énfasis en el aumento de medidas sanitarias para la venta de la leche, lo que ocasionó que "ahora las dueñas de casa no vacilan en cambiar su lechero cuando la calidad de la leche no las satisface"[50]. No obstante, la cooperación con la Fundación Rockefeller tendría su mayor impacto en Chile a partir de la década de 1940.

Ahora bien, si en 1924 Chile contaba con el primer sistema asistencial estatal de salud y de previsión para la vejez y accidentes laborales de América Latina, la situación en España era muy distinta. El protagonismo que tenía la Iglesia católica respecto a la beneficencia, por un lado, y la caridad de moralidad católica ejercida por las clases adineradas, por el otro, eran unas de las razones por la que el presupuesto estatal en sanidad para España era el más bajo de Europa[51]. Una de las grandes carencias que mostraba el país se encontraba en el terreno de la bacteriología para enfermedades infecciosas, por lo que se hizo urgente la creación y reorganización de instituciones sanitarias públicas. Con esta finalidad, y a solicitud del gobierno español, se constituyó un acuerdo que establecieron algunos círculos elitistas españoles con la International Health Board (IHB) de la Fundación Rockefeller en 1922. A través de esta cooperación, la IHB

[50] *Informe presentado por el doctor J. D. Long al Gobierno de Chile, a la Terminación de sus funciones como Asesor Técnico del Servicio Nacional de Salubridad de ese País*, 8 de enero de 1927, pp. 409-414.
[51] El presupuesto para sanidad en España era de 2 millones y medio de pesetas en 1916, el cual aumentó a diez millones en 1929 y 1930, a quince millones en 1932 y finalmente a treinta y un millones y medio en 1933. Información extraída de Pascua (1933).

envió personal técnico a España y, a su vez, otorgó becas de posgrado en Salud Pública a médicos españoles titulados (Rodríguez Ocaña, 2005; Barona Vilar y Bernabeu-Mestre, 2008).

Como explican Josep Lluís Barona Vilar y Josep Bernabeu-Mestre (2008: 100), la visita de la Fundación Rockefeller a España, encabezada por el médico neoyorquino Charles Bailey, concluyó que el sistema sanitario español era muy deficiente, expresado sobre todo en el abandono del mundo rural. Esta realidad exponía a un gran sector de la población a una vulnerable situación higiénico-sanitaria y se profundizaba aún más en el ámbito de la salud materno-infantil. Algunas de las observaciones de Bailey fueron que las matronas tenían una formación insuficiente, el control de la tuberculosis era escaso y no existía una lucha más allá de la curativa contra las enfermedades venéreas. Al mismo tiempo, la mortalidad infantil era muy alta, no existían actividades para disminuirla ni tampoco la atención médica necesaria para la infancia. No obstante, los resultados de dicho acuerdo serían percibidos en los inicios de la Segunda República, cuando los médicos becados regresarían de sus estudios en Estados Unidos. Desde ese momento, estos profesionales ejercerían su trabajo a tiempo completo en las instituciones de salud españolas y ocuparían cargos públicos, como fue el caso de Marcelino Pascua, quien sería nombrado director de la Dirección General de Sanidad en 1931.

A partir de esta intervención, en 1925 entró en vigor el Reglamento de Sanidad Provincial, por el que se crearon los Institutos Provinciales de Higiene y el Reglamento de Sanidad Municipal. Dicho reglamento regulaba, entre muchas otras cosas, las condiciones higiénicas de las viviendas y la inspección de las escuelas y de los escolares para prevenir contagios y enfermedades incipientes. Además, reglamentaba la obligación de los ayuntamientos de proveer asistencia médico-farmacéutica gratuita a las familias vulnerables residentes en su dependencia territorial. Sin embargo, es muy importante la mención por vez primera de las matronas como profesionales, cuya presencia debía ser obligatoria en los municipios rurales:

> "En cada partido médico será obligatorio disponer de un servicio municipal de Matronas o parteras para la asistencia gratuita de las embarazadas pobres, consignando en presupuestos el haber oportuno, así como también la retribución correspondiente a un Practicante titulado, el cual, a más de sus funciones propias, servirá de auxiliar al Inspector municipal de sanidad. El servicio de partos se establecerá, en los partidos rurales, bajo la dirección del Médico titular, y en las grandes poblaciones, a base de Médicos tocólogos y comadronas"[52].

Esta legislación oficializaba la presencia de las mujeres como profesionales en relación a la asistencia de embarazos rurales, pero las subordinaba oficialmente al médico para la atención de los partos. Aquello mejoró con la Real Orden del 11 de diciembre de 1928 que establecía que la matrona de cada partido médico recibiría el 20% del salario del médico del lugar, salario que aumentó hasta llegar al 30% del que obtenía el médico con la

[52] Gaceta de Madrid, 17 de febrero de 1925, p. 730.

Real Orden de 29 de septiembre de 1929. Ésta última instancia mejoró sus condiciones económicas, pero profundizó su supeditación al médico al poner como condición que solamente podrían asistir los partos que éste hubiera diagnosticado previamente como partos normales (Ruiz-Berdún, 2020: 27).

Además, siguiendo las prioridades establecidas por la IHB de esta misma fundación, en 1931 se materializó un programa de cooperación en el que la Fundación Rockefeller se comprometía a costear parte de la construcción y el inicio de la implementación de una Escuela de Enfermeras Visitadoras Sanitarias (Bernabeu-Mestre y Gascón Pérez, 1995; Rodríguez Ocaña, 2005; Galiana Sánchez, 2021). El papel de estas profesionales se había transformado en pieza clave del desarrollo del importante programa de reformas sanitarias implementado durante el primer tercio del siglo XX español. Por este motivo, la Fundación Rockefeller llegó a becar a catorce enfermeras españolas para que se especializaran en Estados Unidos y regresaran a trabajar en dicha Escuela. No obstante, esta institución no llegó a establecerse debido a los continuos retrasos burocráticos por la inestabilidad política existente y, posteriormente, el estallido de la guerra civil. De todas formas, la intervención de la IHB fue fundamental en el proceso de institucionalización de la enfermería de sanidad pública en España. Su actuación generó la demanda de profesionales que tuvieran los conocimientos apropiados en los nuevos campos higiénico-sanitarios y en la aplicación de las medidas médico-sociales, lo que permitió la superación del rol exclusivamente de asistencia al enfermo que habían tenido las enfermeras en España hasta ese entonces (Bernabeu-Mestre y Gascón Pérez, 1995).

3.8 La llegada de la salud materno-infantil al mundo rural

La Conferencia Europea de Higiene Rural desarrollada en Ginebra en 1931 y convocada por España logró que los países participantes –como lo eran el país recién mencionado y Chile– finalmente reconocieran la importancia que había que otorgar a la higiene rural en comparación con los años anteriores. Esta conferencia estableció las bases generales que debían caracterizar a las políticas de salud dirigidas al campo, afirmando que "hasta en la más pequeña zona rural, el enfermo debe poder encontrar a una persona capaz de administrar primera ayuda, y de llevar a cabo las órdenes del médico"[53].

Esto es lo que explica que durante la Segunda República las políticas de salud para el mundo rural adquirieran protagonismo. Con la influencia de esta Conferencia y de la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, sumado al respaldo de la Fundación Rockefeller, el gobierno provisional de la República española decidió expandir hacia las zonas rurales los principios modernos de la salud que se aplicaban en las ciudades españolas (Rodríguez Ocaña, 2001). Chile, por su lado, puso atención a las condiciones de vida en los fundos y se enfocó en la medicina preventiva desde los centros de salud rurales hasta las viviendas de los campesinos en las haciendas (Illanes Oliva, 2007).

[53] "Conferencia Europea de Higiene Rural", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 11(3), marzo 1932, p. 246.

3.8.1 La salud materno-infantil rural durante la Segunda República

Según las recomendaciones relativas a la creación de los servicios de sanidad rural, era necesario realizar un estudio por distrito sobre los problemas sanitarios más influyentes. Para ello, había que desplegar actuaciones indispensables con un gran enfoque preventivo en el control de las enfermedades infecciosas transmisibles y en la lucha contra las enfermedades sociales, las venéreas y la tuberculosis. Pero también había que actuar en la protección a la maternidad y la infancia, en higiene escolar, en el saneamiento y vigilancia de pequeñas industrias rurales nocivas para la salud, en la higiene de la leche y los alimentos, en propaganda higiénica y en la supervisión sanitaria de las instituciones médicas y del ejercicio del personal médico[54].

A partir de 1931, la Dirección General de Sanidad incorporó nuevas secciones técnicas, entre las que destacaron: Ingeniería y Arquitectura Sanitaria, Higiene Infantil, Higiene Social y Propaganda, e Higiene de la Alimentación. La primera, subordinada a la Inspección General de Instituciones Sanitarias, actuaba tanto en las ciudades como en el mundo rural y era responsable de solucionar los problemas de infraestructura vinculados a la higiene y sanidad. Sin embargo, existió en un comienzo un conflicto entre la Dirección General de Sanidad y el Ministerio de Agricultura, Industria y Comercio. Dicho problema se relacionaba con las competencias del Ministerio para crear una Sección de Higiene de la Vivienda Rural desde el Instituto de Reforma Agraria, justo cuando Sanidad ya había creado dieciséis Centros de Higiene Rural de los 180 previstos para 1933. El personal sanitario que trabajaba en estos centros se formaba en el Centro de Higiene de Vallecas (Madrid), que funcionaba como institución docente sujeta a la Escuela Nacional de Sanidad y estaba cofinanciado por la Fundación Rockefeller (Bernabeu-Mestre, 2000: 8-9).

El encargado de la creación de los Centros de Higiene Rural sería el recién abierto Servicio de Higiene Infantil, organizado en 1932, dentro de los Institutos Provinciales de Higiene, que a su vez dependían de la Dirección General de Sanidad. Esta última se encontraba presidida por el médico Marcelino Pascua, el primer director de esta unidad durante el período republicano y becario de la Fundación Rockefeller (Rodríguez Ocaña, 2001; 2005). Estos centros actuarían integradamente en un nivel primario, secundario y terciario, basados en las experiencias realizadas en el sur de Estados Unidos, Polonia y Yugoslavia y que ya se habían probado en Cáceres en 1929 para luchar contra el paludismo (Rodríguez Ocaña, 2005). Así, los Centros Terciarios serían los Institutos Provinciales de Higiene. Los Centros Secundarios harían un trabajo de coordinación regional y contarían con servicio de laboratorio, secciones de tuberculosis y enfermedades venéreas. Además, realizarían estudios estadísticos, demográficos, epidemiológicos e higiénico-sociales para determinar las causas de las enfermedades principales del distrito. Y, finalmente, los Centros Primarios se encargarían de coordinar las actuaciones higiénicas en un territorio específico y con un enfoque completamente preventivo y asistencial. Era en ellos en los que el médico rural –respecto a la salud materno-infantil concretamente–

[54] Op. Cit., pp. 248-249.

examinaría a embarazadas y lactantes, haría reconocimientos periódicos infantiles, tratamientos antisifilíticos, inmunización y educación y propaganda sanitaria (Rodríguez Ocaña, 1994: 242).

En 1936 el número de Centros Secundarios de Higiene se elevaba a cuarenta y seis. En ellos se buscaba otorgar a toda la población infantil el acceso a la asistencia preventiva y organizada por médicos puericultores, reforzada por la participación de enfermeras visitadoras –trabajadoras o en práctica–, una enfermera puericultora, una matrona y médicos auxiliares. De cualquier forma, no hubo tiempo para desarrollar del todo estos planes porque la dotación que se hacía desde los Institutos Provinciales de Higiene a los Centros Secundarios era muy irregular. A esto se sumaba que el presupuesto que la Dirección General de Sanidad otorgaba a Higiene Infantil era de 700.000 pesetas en 1935, cuando se destinaban dos y ocho millones de pesetas para la lucha antivenérea y la tuberculosis, respectivamente. De esta manera, el escenario muchas veces se traducía en que, por ejemplo, los médicos auxiliares de dichos centros no recibieran un salario por su trabajo (Rodríguez Ocaña, 2001).

Es importante señalar que la implementación de los Servicios Provinciales de Higiene Infantil significó dos sucesos trascendentales. El primero fue la oficialización de la profesionalización de la salud en España, lo que se evidenció con la exigencia de titulaciones especializadas y convocatoria de plazas laborales por oposición. El segundo fue la unificación de servicios sanitarios que hasta entonces habían funcionado gracias a la filantropía, como fue el caso de la lucha contra la tuberculosis (Rodríguez Ocaña, 1985)[55]. No obstante, hay que destacar que uno de los obstáculos más relevantes que tuvieron que enfrentar los Centros de Higiene Rural fue la dedicación parcial que los médicos brindaban a la sanidad pública debido a su ejercicio profesional privado, lo que precarizaba su empleo. Esta situación constituyó uno de los puntos que más criticó el IHB de la Fundación Rockefeller para el desempeño exitoso de las políticas estatales en el área. Así, se aplicó un régimen de incompatibilidad profesional entre el sector público y privado, pero que finalmente fue revocado por el gobierno republicano radical-conservador de Alejandro Lerroux en 1933 (Rodríguez Ocaña, 1985; 2005).

El esfuerzo desplegado en todo el territorio español a finales de los años veinte y principios de los años treinta comenzó a dar sus frutos, el que se reflejaba claramente en las tasas de mortalidad infantil. Como se aprecia en la siguiente tabla, entre 1904 y 1932, la tasa de mortalidad infantil en España disminuyó en un 35,26%, pasando de 173 a 112 fallecidos por cada mil. Aunque este progreso tiene mucho más mérito si se analiza con mayor precisión, pues entre 1904 y 1920 –un período de dieciséis años– esa cifra disminuyó en 8 puntos, pero entre 1920 y 1932 –es decir, en doce años– ese número se

[55] Esta unificación fue considerada problemática debido al carácter independiente en el que se habían originado las campañas sanitarias y su especialización profesional. Por este motivo, sectores como los puericultores demandaron su organización provincial de manera autónoma y la existencia de Institutos provinciales y dispensarios locales de puericultura, lo que fue rechazado por los diferentes gobiernos republicanos (Rodríguez Ocaña, 2005: 106).

redujo en 53 puntos. En relación con las provincias abarcadas en esta investigación y que figuran en la misma tabla, la mayoría experimentó una disminución en su tasa de mortalidad infantil. Entre 1904 y 1920, Huesca fue la que mayor reducción presentó, pasando de una tasa de 180 a 142 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos. En cambio, aumentaron esta cifra las provincias de Ourense (de 141 a 157), Palencia (de 209 a 229) y Zamora (de 192 a 198). La diferencia crucial comenzó a visualizarse durante los años siguientes hasta 1932, transcurso en el que todas las provincias mencionadas en el cuadro redujeron su tasa de mortalidad infantil. Las provincias que presentaron una tasa menor fueron Huesca con 99 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos y Ourense con 100, siendo las únicas de este grupo que no superaban el promedio nacional. No obstante, las que mayor descenso experimentaron fueron Palencia, que pasó de tener una tasa de 229 a 164, y Segovia, la cual tenía una cifra de 204 niños fallecidos y en 1932 alcanzó los 132. A pesar de ello, Palencia tenía la tasa de mortalidad infantil más alta de las provincias involucradas en esta investigación, pero también era la segunda más alta a nivel nacional, siendo superada sólo por Cáceres con 167 por cada mil nacidos vivos (Pascua, 1934).

Tabla Nº 2: Tasa de mortalidad infantil por provincias en España en 1904, 1920 y 1932

	Ávila	Guadalajara	Huesca	Logroño	Ourense	Palencia	Segovia	Teruel	Zamora	España
1904	200	200	180	189	141	209	204	162	192	173
1920	188	179	142	167	157	229	204	148	198	165
1932*	152	122	99	122	100	164	132	115	159	112

* Según el autor, estas cifras son provisionales porque faltaban datos de esos años para que fueran completamente válidas. Fuente: elaboración propia con datos extraídos de Pascua (1934).

Sin embargo, y a pesar de estas medidas y los progresos evidenciados en los niveles de vida de la población durante las primeras décadas del siglo XX, la mortalidad en los primeros años de vida de niños y niñas no experimentó mejoras sustanciales. Como explican Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas (2002a), se redujeron considerablemente las cifras de mortalidad entre infantes de uno a cuatro años de edad vinculadas a enfermedades infecciosas, sobre todo las transmitidas por el aire. Pero no sucedió lo mismo con las muertes de menores de un año asociadas a dolencias cuyo origen se encontraba en el agua y en los alimentos. La realidad era que los avances en el bienestar de la población no se estaban produciendo homogéneamente porque la evolución de la mortalidad por grupos de edad y causa de muerte era distinta. En consecuencia, la reducción que experimentó la mortalidad en menores de un año no estaba relacionada a condiciones higiénicas o de manipulación de los alimentos y, durante los primeros cuarenta años del siglo XX, seguía siendo probable que un niño falleciera a raíz de una diarrea y enteritis, lo que cambiaría sólo después de la guerra civil.

3.8.2 La intervención de la salud materno-infantil en el Chile rural

Además de la influencia que tuvo la Conferencia Europea de Higiene Rural, la problemática campesina en Chile adquirió protagonismo a partir del proceso de reforma agraria que el gobierno republicano de España había iniciado y de la guerra civil en dicho país. Principalmente, la urgencia de intervenir el mundo rural fue una de las consecuencias de la formación del Frente Popular chileno que aparecía amenazante para las clases dirigentes dueñas de los latifundios. Este escenario resultó crucial con mayor razón desde que el censo de 1930 había establecido que el 49,5% del total de la población nacional vivía en zonas urbanas. Es decir, que más de la mitad de la población chilena habitaba en los territorios rurales, lo que activó diversas estrategias para contener a sus habitantes.

Una de las importantes acciones orientadas al campesinado desde el mundo católico fue la creación de la Unión Social de Agricultores a fines de 1936 de la mano del Arzobispo de Santiago. Esta organización se estableció como un movimiento de acción gremial que reunía a todos los dueños de haciendas de Chile –comúnmente llamados "los patrones de fundo"– con el objetivo de comenzar la intervención social hacia los campesinos, siguiendo la doctrina social de la Iglesia católica. No obstante, el trasfondo de dicha motivación descansaba en el disciplinamiento de los trabajadores agrícolas bajo criterios religiosos, asistenciales y legales para mejorar su calidad de vida, a través de la medicina preventiva, la legislación social y la acción social católica. Estos tres elementos funcionarían como dispositivos modernizadores que encauzarían el deber del patrón de asistir al campesinado con el fin de generar un acercamiento entre ricos y pobres. Por otro lado, se intentaba impedir el éxodo rural hacia los centros urbanos, ya que la actividad agrícola requería de constante mano de obra. Pero también se pretendía modernizar el vínculo laboral del mundo rural y reforzar la fidelidad social entre patrones y campesinos, imitando lo que ya se había hecho en las relaciones de trabajo del mundo industrial y urbano mediante el asistencialismo (Illanes Oliva, 2007: 388).

De esta manera, en primer lugar, se implementaron medidas que beneficiaran directamente el bienestar de los inquilinos. Ejemplo de ellas fueron asegurarles el salario justo de acuerdo a las necesidades de la vida, a las posibilidades económicas de cada empresa y a las distintas costumbres y formas de remuneración que ya se hacían. Además, se crearon Cajas de Compensación en ayuda de los padres de familias numerosas. Sin embargo, estas iniciativas escondían motivos subyacentes Lo que se buscaba era la defensa de los intereses legítimos de los patrones y los trabajadores agrícolas de cualquier influencia que perturbara los principios de orden, de justicia, de trabajo y armonía[56]. Detrás de esta intervención descansaba el temor de verse amenazados si el avance de la movilización social obrera urbana alcanzaba los campos. Por ende, la hacienda –base fundamental del poder aristocrático de la clase dirigente chilena– se convertiría en el lugar de resguardo del orden tradicional establecido (Illanes Oliva, 2007: 388).

[56] *Estatutos de la Unión Social de Agricultores*, Artículo 1, incisos c y d, Santiago de Chile, 1936, p. 2 citado en Illanes Oliva (2007: 387).

La disciplina elegida para dicha misión fue el trabajo social. Los reformadores sociales consideraban que era mejor que la caridad al estar basada en una metodología científica –diagnóstico y medidas preventivas por sobre las paliativas–, a través de la cual enseñaba a los individuos a defenderse por sí mismos (Walsh, 2019). Entonces, se realizaría un diagnóstico para buscar las causas del problema en los individuos y luego aconsejarle cambiar sus costumbres, siempre desde la higiene social y visitándole periódicamente en su propio hábitat, la casa o el rancho (Illanes Oliva, 2007). En otras palabras, la visitadora social trabajaría con estrategias que reformaran el ambiente social y moral de las infancias vulnerables y sus familias a la vez que producía el conocimiento para las instituciones.

La Unión Social de Agricultores trabajó estrechamente con la Escuela de Servicio Social de la Universidad Católica, pero pronto la labor de las visitadoras sociales católicas en la ruralidad se vio sobrepasada por la precariedad de la vida del campesinado. Fue imposible no constatar su falta de higiene, la vivienda insalubre, las enfermedades y la mortalidad infantil que azotaba a las familias como consecuencia de la desnutrición y su pobreza. Por esta razón, se creó en 1937 la Unión Social Agrícola Femenina, la que reunía a las esposas, hijas y hermanas de los dueños de las haciendas para que velaran por la moral e instrucción de los inquilinos. Específicamente, su misión sería colaborar con la intervención social sobre la madre y niño campesino que vivían en su propiedad. Esta organización actuaba como vigilante por encargo de la visitadora social y servía como ejemplo para las madres e hijas campesinas para ser reeducadas. Por lo tanto, estas mujeres serían las representantes del patrón en su terreno agrícola para el cumplimiento de sus deberes con sus trabajadores. La visitadora social, por su parte, se encargaba de gestionar el trabajo con el médico y la matrona para la atención de los enfermos, de los niños y de las mujeres embarazadas, lo que remedió en algún grado la ausencia total de pediatras en las zonas rurales del país (Illanes Oliva, 2007).

Los Centros de Madres también fueron instalados en las zonas rurales. Aquí se reunían las esposas de los campesinos de uno o más fundos, donde se relacionaban tanto con las visitadoras sociales como con las mujeres de la familia del patrón. En ellos se les impartían cursos de corte y confección, tejidos, higiene, puericultura, lecto-escritura y cocina, y se les inculcaban los valores tradicionales y las normas de comportamiento según su rol de género. Es decir, se buscaba educar religiosa, moral, intelectual, económica, higiénica y socialmente a la mujer campesina y, a través de ella, a los hombres y a los niños. Tal como para la mujer urbana, el orden social dependía del orden familiar que la mujer campesina lograra construir (Illanes Oliva, 2007: 395-396). Es esencial destacar el funcionamiento de los Centros de Madres durante estos años toda vez que constituye un antecedente de lo que serán estas organizaciones durante toda la segunda mitad del siglo XX chileno. La instrumentalización de las mujeres de los sectores populares y del mundo rural en dichos centros fue un mecanismo que buscaba la reproducción del orden social moderno y la regeneración de la población nacional, misión que se destinó a las madres.

El trabajo de la tierra era arduo, lo que hacía que el ideal moderno de familia del hombre proveedor y la mujer-esposa-madre no fuera posible de cumplir en circunstancias en que ésta igualmente debía participar de, por ejemplo, las labores de cosecha de la hacienda. Debido a esta situación, muchas veces los niños y lactantes se quedaban solos en casa, lo que los ponía en riesgo constante a la muerte, y algunas visitadoras sociales deseaban la instalación de Gotas de Leche en las áreas rurales para que el abandono asistencial no fuera el que era (Gomien, 1937: 12). Incluso el acceso a la salud en los policlínicos rurales de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio estaba imposibilitado por las características del servicio. Principalmente, sólo un médico atendía una tarde a la semana y los campesinos debían caminar entre 15 y 30 kilómetros o trasladarse en carreta hasta éste, perder un día de trabajo y de paga y muchas veces no recibían la atención necesaria (Illanes Oliva, 2007: 397-398). En *La Realidad Médico-social Chilena*, Salvador Allende escribió como Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social del gobierno del Frente Popular en 1939 que "en efecto, en el medio rural, el número de postas y médicos no está en proporción con el número de imponentes; la escasa densidad de la población y las grandes distancias son inconvenientes serios" (1939: 146). Y agregaba que esto también se explicaba por lo mal que se pagaba el trabajo de la administración pública en la zonas rurales, por lo que "el personal técnico auxiliar, (matronas, enfermeras, visitadoras, etc.) abandona el servicio frecuentemente al encontrar empleos mucho mejor rentados" (Allende, 1939: 138).

Llamaba la atención de las visitadoras sociales la cantidad de hijos ilegítimos que había en el campo, aun cuando lo común era que la familia estuviera bien constituida. Muchas explicaban esta situación con la alta violencia sexual que acontecía dentro del núcleo familiar debido al problema de la vivienda campesina. Según las evaluaciones que hacían, la existencia de un único dormitorio con una única cama para toda la familia era factor clave para que padres agredieran sexualmente a las hijas por el "amontonamiento". (Illanes Oliva, 2007: 400-401). Pero muchas visitadoras reconocían que otra explicación apuntaba a los peones que vagaban por los caminos buscando trabajo temporal y que se alojaban durante un tiempo en las casas campesinas como allegados, lo que resultaba en el embarazo de la hija de la familia. De este modo, y aunque las visitadoras sociales católicas solían responsabilizar a los patrones y a la ausencia del Estado de las malas condiciones de vida del campesinado, en este punto sí atribuían parte de la culpa a las familias inquilinas por alejarse de la Iglesia católica y por sentirse más cercanas a expresiones de religiosidad popular, lo que ocasionaba su inclinación a una vida de inmoralidad (Valdés, Caro y Peña, 2001).

El Estado hizo presencia en las zonas rurales a través de las visitadoras sociales, tanto en los predios de propiedad estatal como en los policlínicos rurales para la atención del binomio madre-niño de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio. En 1939, para áreas urbanas y rurales, éste disponía de 190 policlínicos (10 contaban con hospitalización propia), 348 postas rurales (contratadas y alquiladas a la beneficencia) y 143 estaciones médico-rurales. Estas dependencias eran atendidas por médicos, farmacéuticos, dentistas, visitadoras sociales, enfermeras sanitarias, matronas y auxiliares médicos y

experimentaron un fuerte crecimiento durante los años treinta. Así, si existían un total de 1.074 funcionarios en 1935, esa cifra alcanzaría los 2.496 en 1939, dentro de los que había 150 médicos para la problemática madre-niño (Allende, 1939: 143-145).

Tal como hacían las católicas, las visitadoras sociales laicas también buscaban educar a las madres campesinas a través de la creación de hábitos más "civilizados" para la familia de acuerdo a los principios de la higiene. La diferencia estaba en que estas últimas intentaban convencer a los inquilinos para que se inscribieran en la Caja del Seguro Obrero Obligatorio aportando un porcentaje de su jornal, lo que les garantizaba tanto atención médica materno-infantil como alimentación y leche para el lactante (Illanes Oliva, 2007: 405). La costumbre había sido hasta entonces que, estando la mujer próxima al parto, el inquilino vendía los pocos animales que tenía o su cosecha para trasladarse con su esposa a la capital en búsqueda de una maternidad o la casa de una comadrona, en la que daba a luz en malas condiciones higiénicas. En cambio, ahora con el Seguro, las madres parían en su propia casa con la atención de una matrona profesional, los médicos examinaban a los niños enfermos a domicilio y, si lo solicitaban, podían recibir un pequeño ajuar (Cereceda, 1937: 187-188).

3.9 La maternidad consciente

A raíz de la urgencia que significaba aún la mortalidad infantil como problema demográfico y social, algunas personas implicadas en encontrar una solución defendían el discurso de la «maternidad consciente» (Nash, 1993; Campo Peirano, 2008; Andrés Granel, 2020). Es decir, buscaban trascender la concepción de la maternidad como aquella que se evaluaba por la cantidad de niños nacidos vivos para reemplazarla por otra en la que la centralidad fuera el derecho de la mujer a elegir y limitar los nacimientos. La finalidad estaba en proteger la salud de las mujeres y de la infancia, aprovechando los avances técnicos en la materia. La preocupación no estaba únicamente relacionada con la mortalidad infantil, sino también con las condiciones materiales y sanitarias en las que crecían las infancias. Por este motivo, algunas voces abogaban por la prevención del contagio de enfermedades venéreas y, además, por el aborto terapéutico. Así, algunos reformadores sociales, otros partidarios de la eugenesia social y sectores de la izquierda española y chilena – principalmente el anarquismo en España– abrieron el debate hacia el control de la natalidad y la «maternidad consciente».

Sin embargo, en ningún momento se buscaba cuestionar la maternidad como objetivo de vida de las mujeres, pero sí reconocía la importancia de entregarles la voluntaria elección del momento óptimo para ser madres (Nash, 1993: 638) o de la pertinencia de la misma. Ya lo había dicho el pedagogo y eugenista español Luis Huerta en 1925:

> "(…) intensifiquemos y perfeccionemos esa vitalidad privada, reservándola para la mujer-madre y dejemos libre, para que viva plenamente su propia aspiración, ese otro tipo de mujer no apta para la maternidad consciente, pues no hay derecho –triunfante la psicología– a

> retener en un puesto a nadie contra su gusto, y sobre todo, a imponer de por vida una tarea para la que no se reúnan las debidas condiciones" (Huerta, 1925: 229-230).

Lo anterior queda claramente expresado en la exposición de Mariano Ruiz-Funes, jurista y catedrático de Derecho, quien aseguró que la exigencia de una maternidad numerosa atentaba contra la feminidad misma y dañaba gravemente la salud de las mujeres, pues la maternidad

> "es temida no en cuanto al hecho mismo de la maternidad, sí en cuanto a la multiplicación de esta maternidad, que (…) puede llegar a suprimir, puede llegar a hacer ineficaces todas las esencias íntimas del alma de la mujer, que de otro modo daría su adecuado rendimiento sentimental, espiritual y social" (Ruiz-Funes, 1934: 129).

En Chile, la opinión expresada por profesionales como Ruiz-Funes era compartida también entre los médicos, quienes plantearon igualmente que la maternidad múltiple desgastaba físicamente a las mujeres y contribuía al daño y al envejecimiento prematuro de sus cuerpos en caso de vivir situaciones de precariedad. En ese sentido, el médico Víctor Manuel Matus afirmaba que la desnutrición, las enfermedades y las jornadas laborales extenuantes que perjudicaban su salud no favorecían los embarazos continuos, pero fundamentalmente tenían graves consecuencias en la "calidad racial" de las generaciones futuras (Matus Benavente, 1938: 193). La perspectiva neomalthusiana y de la eugenesia social eran claves en las propuestas de control de la natalidad, pues algunos consideraban que era la desigualdad entre las clases sociales la que explicaba la mortalidad infantil y, además, la alta incidencia del aborto entre las mujeres "pobres". Se entendía que, debido a su precariedad, estas mujeres se encontraban en la posición de no poder alimentar a otro niño más, siendo víctimas de su ignorancia para prevenir un nuevo embarazo. Por este motivo, lo que se buscaba era controlar la natalidad en los sectores populares con el objetivo de disminuir su tamaño familiar (Campo Peirano, 2008).

El debate ideológico en torno a la maternidad ya no bastaba con centrarlo en la limitación de los nacimientos con el objetivo de velar por la salud de las madres y los niños o de introducir en las familias una ética médica. En España, la discusión estaba girando en torno a la pertinencia y el grado de competencia de las autoridades médicas, jurídicas, religiosas y políticas en el control de la cantidad y de la calidad de los niños que nacieran (Barrachina, 2004: 1012). Al mismo tiempo, en el caso chileno, médicos como Carlos Monckeberg defendían que la problemática del aborto sólo debía ser discutida en el ámbito profesional y excluir su veta política. Esta posición estaba motivada por la incorporación de la interrupción del embarazo como tema a debatir en la Convención realizada por la Asociación Médica de Chile (AMECH) en 1936 e influenciada por el creciente protagonismo de profesionales de izquierda en este organismo (Campo Peirano, 2008: 150).

Sin duda que la maternidad consciente causaba muchos debates, pero la situación demográfica en cuanto a la infancia continuaba siendo crítica, por lo que su aceptación fue

considerable incluso entre los profesionales eugenésicos que no se adherían celosamente al neomalthusianismo. De hecho, el ya mencionado jurista Mariano Ruiz-Funes enmarcaba la maternidad consciente dentro de las garantías que entregaba la Constitución de 1931 en cuanto a la protección estatal a la maternidad y la infancia durante la Segunda República. La Constitución de 1931 reconocía la protección a la infancia de manera explícita. Por este motivo, durante los años del republicanismo en España, la preocupación por la problemática de la mortalidad infantil no sólo se incrementó, sino que se sumaron a ésta los debates sobre el control de la natalidad y el aborto. No obstante, es necesario dejar en claro que en ningún caso estos debates surgieron como un reconocimiento a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino como maneras de abordar la crisis sanitaria que significaba la mortalidad materna e infantil, las enfermedades de transmisión sexual y la insistencia en inculcar la maternidad responsable (Huertas y Novella, 2013: 2).

El control de la natalidad, por su parte, se había transformado en una práctica generalizada y transversal a todos los sectores de la sociedad, sobre todo en las clases populares, cuya difícil situación económica se evidenciaba de manera especial en los altos índices de paro de esos años. No obstante, otro de los factores que influyeron en la adopción de esta práctica –y que tiene relación directa con el momento político y social que atravesaba España al instaurarse la República– fue la expectativa de tener mayores oportunidades de poder formar, educar e instruir a sus hijas e hijos en circunstancias óptimas, propias de una sociedad en proceso de modernización. Según Mary Nash, esto respondía a las "exigencias culturales más vinculadas con el desarrollo de una sociedad de bienestar social fundamentada en expectativas culturales de mejora de la calidad de vida" (1993: 640).

Del mismo modo, algunos médicos chilenos también recurrieron a este argumento para justificar la voluntad de la población de restringir su descendencia. Cristian Monckeberg y Javier Rodríguez, también médico, explicaban que detrás de esta decisión estaba la ambición de ofrecer a los hijos una mejor calidad de vida y educación. Ambos médicos rechazaron esta conducta moderna y criticaron el materialismo de los padres y su afán por el éxito y el placer fácil, además de acusarles de olvidar su deber y de contar con una moral débil (Campo Peirano, 2008: 142). Rodríguez, no obstante, comprendía que este razonamiento no aplicaba a los sectores populares, cuya primera preocupación era la supervivencia y no el acceso a la educación, y concluyó que este grupo poblacional debía tener otro tipo de razones que excluían la previsión (1923: 803).

En ambos países se celebraron eventos científicos para debatir la maternidad consciente y definir las medidas pertinentes que se debían implementar frente a la problemática poblacional: las Primeras Jornadas Eugénicas Españolas en 1933 y la ya anunciada Convención de la Asociación Médica de Chile tres años más tarde.

Las Primeras Jornadas Eugénicas Españolas permitieron el análisis de los discursos de maternidad y sexualidad de las mujeres del período. Al mismo tiempo, fueron una expresión clara de la ruptura política con la etapa anterior, caracterizada por el predominio del conservadurismo monárquico y eclesiástico que dominaban la escena política. El

desarrollo de estas Jornadas se había previsto en 1928, pero habían sido frustradas por las autoridades de la dictadura de Miguel Primo de Rivera (Barrachina, 2004; Andrés Granel, 2020).

En 1932 se había fundado la Liga Española para la Reforma Sexual sobre Bases Científicas, que auspició la organización de las jornadas y que aparecía como símil de la Liga Mundial por la Reforma Sexual, creada en 1928. Esta organización defendía en su programa la igualdad política, económica y social de hombres y mujeres, la liberación del matrimonio y el divorcio de la tiranía ejercida por la Iglesia y el Estado, además de la concepción voluntaria y responsable. Asimismo patrocinaba el mejoramiento de la "raza" a partir de los principios eugenésicos, la protección de la madre cuyo hijo hubiera nacido fuera del matrimonio, la educación sexual transversal a la población y la prevención de la prostitución y de las enfermedades venéreas, entre otras causas (Rodríguez, 1930: 54).

Como secretaria de esta Liga Española, la abogada Hildegart Rodríguez fue una de las voces más importantes que se pronunciaron en torno a la problemática de la maternidad múltiple en la clase obrera. Hildegart defendía la urgente necesidad de garantizar el acceso a diversos métodos anticonceptivos al proletariado para así poner límite a la extensión de las familias numerosas. Para ella la libertad sexual era clave en el desempeño de una maternidad y paternidad consciente y deseada, considerando el estado físico y el contexto social de los progenitores. En ese sentido, planteaba la diferenciación entre la reproducción y el placer sexual debido a que

> "la maternidad no deseada "oprime" la libertad de la mujer, aunque también afecta al hombre. (…) la posibilidad de mantener relaciones sexuales sin el temor a un embarazo no deseado resulta fundamental en el desarrollo de una sexualidad más libre, y ello debe traducirse tanto en la elección del goce sexual como en la de la maternidad" (Huertas y Novella, 2013: 4).

De esta forma, para los defensores de la reforma sexual, se buscaba levantar una nueva ética sexual que dejara atrás el discurso represivo y distorsionado de la sexualidad de las mujeres basado en el catolicismo. Por consiguiente, era necesario construir una nueva ética que validara el coito ligado al placer sexual como parte de la salud y no necesariamente vinculado a la procreación (Nash, 1993). La clave estaba en abandonar la asexualización previa de las mujeres y levantar una sexualidad femenina desde la diferenciación de los roles de género bajo argumentos científicos. Como planteaba Marañón, "si el eugenismo reforzaba, efectivamente, la definición maternal de las mujeres, en su conjunción con el *birth control* introducía a la vez la posibilidad de ruptura con el mandato maternal" (Andrés Granel, 2020: 233). Por esta razón, algunas voces como como Francisco Haro afirmaban que la mujer "tiene derecho a realizar su función sexual como el hombre, combinando, simultaneando el deleite, el placer, con la función procreadora, pero también tienen derecho a separar ambos elementos" (Haro, 1934: 364).

Es importante dejar en claro que el control voluntario de la natalidad abarcaba desde la herencia de enfermedades como la tuberculosis o las de carácter venéreo hasta la

"degeneración de la raza" y la reducción de la mortalidad materna e infantil, pero también respetaba las razones socioeconómicas que estuvieran detrás de esa decisión. A pesar de ello, finalmente fue la perspectiva médica y sanitaria la que se impuso a los factores vinculados al ámbito económico y social para practicarlo (Nash, 1993: 638).

Por su parte, en 1936 se realizó la Convención de la Asociación Médica de Chile (AMECH). En ella fue la primera vez que un grupo de médicos propuso oficialmente la legalización del aborto y la difusión de métodos anticonceptivos para contrarrestar su práctica y las importantes consecuencias demográficas y sociales que tenía. Además, sus conclusiones constituyeron un audaz proyecto de transformación de la salud pública y la asistencia médica que fue presentado al futuro gobierno del Frente Popular en 1939 (Labra, 2004). En 1931, Chile ya había legalizado el aborto terapéutico a través del artículo 226 del Código Sanitario, que permitía la interrupción del embarazo bajo ciertos supuestos establecidos por ley[57]. No obstante, el aborto clandestino continuaba existiendo y su prevalencia en la sociedad chilena respondía a factores sociales urgentes de abordar, aunque no se descartaba el control judicial sobre su práctica. Sus conclusiones establecieron que para luchar contra el aborto era fundamental el mejoramiento del estándar de vida de la población y ampliar la protección a las madres, la infancia y el hogar. Además, había que educar de acuerdo a la maternidad consciente y divulgar el uso de métodos de contracepción. No dudaban en proponer una reforma al Código Penal para establecer "el aborto científico por causas sociales" frente al complejo escenario del momento, pero al mismo tiempo había que intensificar la lucha contra el aborto clandestino. Finalmente, aseguraban que era necesario terminar con la desigualdad entre los hijos legítimos e ilegítimos, incentivando una reforma a la constitución civil de la familia[58].

Ya a comienzos del siglo XX, las organizaciones sociales populares obreras con tendencia socialista, anarquista y feminista habían planteado que la reproducción irracional de esta clase contribuía a su empobrecimiento y explotación, pero no hay manera de comprobar que estas ideas hayan influido en los argumentos médicos de los años treinta. El razonamiento planteado en la Convención conducía a concluir que, si las familias obreras tenían una menor cantidad de hijos, podrían cuidarlos de mejor manera con sus limitados recursos y, por lo tanto, alcanzarían una mayor esperanza de vida. Conjuntamente, la protección social que recibiría la madre se traduciría en mejores nacimientos, lo que iría en beneficio de la propia "raza chilena" (Campo Peirano, 2008).

[57] La ley de 1931 permitía que "sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir el embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá de la opinión documentada de tres facultativos. Cuando no fuera posible proceder en la forma antedicha, por la urgencia del caso o por falta de facultativos en la localidad, se documentará lo ejecutado por el médico y dos testigos". Código Sanitario de la República de Chile, Decreto con Fuerza de Ley 226, de 15 de mayo de 1931, artículo 119, publicado en el Diario Oficial de 29 de mayo de 1931.

[58] "Conclusiones" en "Racionalización de los Servicios de Asistencia, Sanidad y Previsión Social", *BMCH*, Años XII, Nº 396, pp. 4-5.

También el Movimiento Pro-Emancipación de las Mujeres de Chile (MEMCh), creado en 1935, compartía esta perspectiva. Era una organización social transversal en la que participaban obreras, médicas, abogadas, campesinas, señoras, empleadas domésticas, artistas, escritoras y mujeres del pueblo (Rosemblatt, 2000: 100). El bienestar de la mujer y sus hijos era una causa vertebral de la organización, por lo que la defensa de la maternidad consciente era un pilar fundamental en sus discursos. En ese sentido, exponían el peligro que significaba para las mujeres obreras gestar en estado de ebriedad y las graves consecuencias que tendría esto en su descendencia, defendiendo las leyes de la eugenesia[59]. En España, para la organización anarquista Mujeres Libres, fundada en 1936, la liberación de las mujeres consistía en vivir el amor, la sexualidad y la maternidad de forma libre y consciente a partir de la emancipación que les otorgaría la instrucción y la cultura. Desde esta posición, reconocían la opresión de las mujeres basada en sus funciones sexuales y reproductivas de acuerdo a una moral represiva y antinatural, pero mantenían la idea de la diferenciación sexual (Andrés Granel, 2020). Para ellas, la madre era concebida como sujeta esencial en la construcción de una nueva sociedad y su educación era esencial: "la misión de la mujer es crear los hijos y el mundo para los hijos" (Montseny, 1937: 22).

Asimismo, algunos médicos chilenos, como Juan Marín, cuestionaban la rígida y perjudicial moral sexual vigente en el país y creían que la sociedad chilena debía incorporar una nueva que beneficiara la salud de la población. Marín estaba convencido de su apoyo al aborto reglamentado por peritos médico-sociales para que así los matrimonios pudieran tener los hijos que exclusivamente podían mantener económicamente y afirmaba que no había razón para "obligar a la pareja a engendrar hijos y más hijos" (1934: 62). En esta preocupación influyeron mucho los textos publicados por Gregorio Marañón. Este médico español defendía la maternidad consciente porque aseguraba que la alta mortalidad infantil estaba estrechamente relacionada con la maternidad multípara y que, siguiendo este criterio, los católicos podían apoyar la intervención científica para controlar la natalidad en las clases populares. Sus argumentos concluían que, aunque el control de la natalidad podía suponer un atentado contra la sociedad al mismo tiempo que un pecado, era aún más perjudicial para esa sociedad la proliferación de niños débiles. Así, el esfuerzo de las madres por parir no sería inútil si tenía en cuenta sus condiciones de vida y su propio estado de salud (Marañón, 1920).

Los anarquistas españoles cuestionaban el reformismo sexual propuesto desde la eugenesia como el de Marín en Chile porque no cuestionaba teóricamente las desigualdades de clase. En concordancia con este pensamiento, idearon la Reforma Sexual Anarquista con el objetivo de liberar a las mujeres trabajadoras de la maternidad continua y los efectos adversos sobre su salud. El propósito era proporcionarles la capacidad para planificar sus embarazos en una óptima situación eugénica a través del uso de métodos anticonceptivos y el acceso a la información para poner en práctica los principios de la maternidad consciente (Nash, 1993). Desde el anarquismo se defendía que la

[59] "Luchemos por el bienestar de la mujer y del niño", *La Mujer Nueva*, Año I, Nº 2, 8 de diciembre de 1935, p. 1.

"degeneración" de la población había sido provocada por las circunstancias de vida antihigiénicas y antinaturales de la sociedad bajo el capitalismo industrial. Por lo tanto, la educación laica y racional de las mujeres les otorgaría las herramientas para el ejercicio de la maternidad consciente, limitando los nacimientos y posibilitando su liberación sexual (Andrés Granel, 2020). En otras palabras, defendían el acceso de la clase obrera al conocimiento científico sobre sexualidad, control de la natalidad y eugenesia, lo que impulsaría una reforma sexual en la que los sectores populares se apropiaran del conocimiento y cuestionaran las normas culturales tradicionales. Esto último se presentaba como arista crucial para el cambio social revolucionario. Misma intención tenían las agrupaciones médicas chilenas como Vanguardia Médica y el Sindicato de Médicos de Valparaíso, caracterizadas por su socialismo como ideología política, para las que era imprescindible la socialización de la medicina sin distinción de ninguna naturaleza y con el bienestar colectivo como único horizonte a alcanzar (Labra, 2004: 210). Esta propuesta reconocía la salud como parte de la revolución socialista y necesaria para la construcción de una sociedad sin clases y del nuevo hombre socialista, siguiendo el modelo de la planificación centralizada de la Unión Soviética.

Las críticas a este pensamiento giraban en torno a la contradicción del rol materno de las mujeres con la promoción del control de la natalidad, lo que cuestionaba su identidad femenina. De igual forma, se afirmó que entregarles a las mujeres el control autónomo de su fertilidad era equivalente a promover el adulterio. No obstante, el temor a la relajación de la moral femenina era compartido por todos los sectores políticos. La diferencia estaba en que los médicos chilenos de la Convención sugerían estas políticas para destinatarias concretas: las mujeres "pobres", quienes realmente necesitaban reducir su natalidad por motivos sanitarios, eugenésicos y sociales (Campo Peirano, 2008).

Es importante aclarar que este debate no giraba en torno a la existencia o la ausencia de instinto maternal en las mujeres que abortaban, sino que al reconocimiento de la encrucijada en que la pobreza las ponía. En ningún momento se cuestionó la maternidad como función social de las mujeres y no se esperaba que éstas eludieran su responsabilidad con la patria a través de la anticoncepción y el aborto. Por ello, se les concedía la posibilidad de controlar su natalidad con el objetivo de ser mejores madres y contribuir a la "regeneración racial" del país. En otras palabras, estas propuestas no defendían el derecho de las mujeres sobre su propio cuerpo y reproducción: el fin último estaba en la protección de la infancia de las clases populares en beneficio del interés de la nación. Un claro ejemplo de este planteamiento en España fue la Reforma Eugénica del Aborto de la Generalitat de Cataluña, impulsada por Félix Martí Ibáñez desde la medicina social y un enfoque preventivo a partir del estallido de la guerra civil. Además, al ofrecer un servicio paralelo de información sobre métodos anticonceptivos y control de la natalidad, se convirtió en un instrumento sanitario, eugénico e higiénico destinado a la clase obrera (Nash, 1988). Así también, es fundamental dilucidar que, si bien la maternidad continuó siendo concebida como elemento central de la identidad de las mujeres por la sociedad, la legislación catalana del aborto permitió reconocer y respetar sus derechos reproductivos de una forma sorprendente para los modelos culturales de la época (Nash, 1993: 642). Sin

embargo, la preocupación por la maternidad durante el conflicto armado se expresó en un discurso completamente antinatalista por parte de los reformadores sexuales anarquistas, quienes aconsejaron explícitamente posponer cualquier embarazo hasta que la guerra hubiese terminado, convencidos del triunfo y de crear mejores condiciones de vida para la clase trabajadora (Martí Ibáñez, 1937: 125), lo que transparentaba la importancia de la eugenesia y la higiene en su ideario político.

CAPÍTULO IV:

LA PROBLEMÁTICA SANITARIA MATERNO-INFANTIL DURANTE EL FRENTE POPULAR (1939-1941) Y EL CHILE DE LOS TRES TERCIOS[60] (1952-1973)

Como ya es sabido, en 1939, el gobierno republicano español perdió la guerra civil frente al bando nacional y el régimen franquista fue consolidado en todo el territorio. La interrupción de las acciones y políticas republicanas también tuvo consecuencias en las acciones desarrolladas en torno a la salud materno-infantil. El Frente Popular español había sido derrotado al mismo tiempo que el Frente Popular chileno resultaba electo para ocupar el Poder Ejecutivo, lo que permitió la profundización y la continuidad del Estado Asistencial en Chile. A partir de este momento, España dio inicio a las largas cuatro décadas que permanecería el franquismo en el poder, por lo que se hace necesario revisar lo que aconteció en los siguientes gobiernos democráticos chilenos hasta el golpe de Estado de 1973 en cuanto a la problemática que analiza esta investigación.

Por lo tanto, los dos primeros epígrafes de este capítulo analizan la perspectiva y las estrategias utilizadas por el Frente Popular chileno para aproximarse a las madres y la infancia y la creación de una institucionalidad en el ámbito sanitario y social, lo que allanó el camino para la implementación del Servicio Nacional de Salud en 1952. Luego, en el tercer y cuarto apartado, se relacionan el incentivo al control de la natalidad con la estrategia internacional promovida por Estados Unidos respecto a la «explosión demográfica», lo que llevaría al gobierno de la Democracia Cristiana (1964-1970) a introducir la planificación familiar como política pública. Esta última adquiriría continuidad durante el gobierno de Salvador Allende y la Unidad Popular (1970-1973), aunque bajo la categoría de derecho sexual y reproductivo, como se verá en el quinto enunciado. Considerando estos dos últimos gobiernos, la sexta sección ahonda en el impacto que el proceso de reforma agraria tuvo en las mujeres que habitaban el mundo rural en cuanto a la reproducción y maternidad se refiere. Así, para finalizar, se explican los objetivos de la Secretaría Nacional de la Mujer en sus inicios, antes de que fuera reformulada por el régimen pinochetista, y las expectativas en el papel de las mujeres en «la vía chilena al socialismo» y la perspectiva del gobierno y de los médicos frente al aborto y sus consecuencias en el país.

[60] Los Tres Tercios es una denominación que la historiografía chilena ha atribuido al período que va desde 1958 a 1973. Luego del segundo gobierno de Carlos Ibáñez del Campo (1952-1958), el escenario político chileno vivió una transformación generada por diversos factores. En primer lugar, el fin del bipartidismo entre el Partido Conservador y el Partido Liberal –existentes desde el inicio de la República– . Segundo, el nacimiento de la Democracia Cristiana y su incorporación de la doctrina social de la Iglesia católica en su ideario político. Y tercero, el ascenso del Partido Comunista y el Partido Socialista, quienes generaron interesantes alianzas electorales. De esta forma, durante estas décadas, la derecha, el centro y la izquierda se presentaron como tendencias políticas muy claras y delimitadas, habiendo llegado a convertirse cada una de ellas en gobierno: la derecha con Jorge Alessandri (1958-1964), el centro con Eduardo Frei Montalva (1964-1970) y la izquierda con Salvador Allende (1970-1973).

4.1 El gobierno del Frente Popular y la nueva institucionalidad para las madres y la infancia

Con el triunfo de Pedro Aguirre Cerda, el gobierno del Frente Popular (1938-1941) reconoció la necesidad de atribuir al Estado el deber de construir un proyecto nacional que realizara cambios importantes que favorecieran a la clase trabajadora (Acevedo Arriaza, 2012; Silva y Henríquez, 2017). Un Estado con compromiso social en el que la salud de la población quedara en el centro para que fuera posible "devolver a la raza, al pueblo trabajador, su vitalidad física, sus cualidades de virilidad y de salud que ayer fueran su característica sobresaliente; readquirir la capacidad fisiológica de pueblo fuerte (…)" (Allende, 1939: 5). Se trataba de desplegar una estrategia estatal unificada que aplicara conceptos científicos para convertir a la salud en un pilar de las transformaciones que necesitaba el país, es decir, racionalizar científicamente la asistencia sanitaria con una orientación social y popular (Illanes Oliva, 2010).

Para poner en marcha este nuevo Estado, se debía lograr unificar lo civil y lo técnico, integrar lo privado y lo público en materia social y lograr establecer una coordinación centralizada que involucrara al Ministerio de Educación, al de Justicia y al de Salubridad. Con este propósito se creó el Consejo Superior de Protección a la Maternidad, a la Infancia y la Adolescencia en 1940, que establecía la creación del Departamento Central de la Madre y el Niño, mencionado anteriormente. Sus objetivos eran, entre otros, investigar la realidad médico-asistencial relacionada a la maternidad, infancia y adolescencia; crear para las madres y sus hijos –sistemática y permanentemente– las condiciones para el buen desarrollo del embarazo, nacimiento y crianza del menor y su desarrollo físico y mental; y proponer al gobierno las medidas que aplicar al respecto. Además, fiscalizaba el funcionamiento de los establecimientos subvencionados por el Ministerio de Salubridad y elaboraba un programa de trabajo único al que debían ajustarse todas las instituciones de protección materno-infantil, fuesen públicas, semifiscales o privadas. De este modo, quedaban en control estatal inmediato algunas como la Dirección General de Beneficencia, el Departamento de la Madre y el Niño de la Caja del Seguro Obrero, el Departamento de Bienestar de la Madre y el Niño de la Dirección General de Sanidad, el Patronato Nacional de la Infancia y el Consejo de Defensa del Niño, entre otras (Illanes Oliva, 2010: 319).

Con el terremoto de 1939, el Estado decidió aplicar una estrategia de emergencia al unificar los servicios de Beneficencia y Asistencia Social, Seguro Obligatorio y Sanidad en los Servicios de Sanidad Fusionados. Este organismo actuaba a través de un Comando Único en las zonas dañadas por el sismo –Chillán y Concepción– y se subdividían jerárquicamente en Jefaturas Zonales, Departamentales y Centros Comunales. Estos últimos se componían de médicos residentes, dentistas, matronas, enfermeros-practicantes, auxiliares sanitarios y de farmacia y algunas camas para hospitalizaciones de urgencia. Aquellos servicios involucraban a las postas rurales, a cargo de un enfermero-practicante y contando con la visita semanal del médico. Sin embargo, esta iniciativa asistencial fue complementada a partir de las Brigadas Sanitarias, las cuales estaban formadas por grupos

ambulantes específicos para la atención sanitaria rural de saneamiento y prevención de enfermedades infecciosas. Su misión era visitar los pueblos para realizar vacunaciones masivas y propaganda educativa, utilizando herramientas como la radio y el cinematógrafo, instrumentos modernos nada frecuentes en la ruralidad. Dado su éxito, se quiso extender este plan de emergencia a todo el territorio chileno, pero eso no sería posible hasta varios años después (Illanes Oliva, 2010: 322-324).

Uno de los pilares fundamentales para enfrentar el diagnóstico sanitario del país fue la transformación en las relaciones de género. El plan fue reconducir los comportamientos y conductas de la población para que constituyeran familias de acuerdo a los valores tradicionales, en donde tanto el hombre como la mujer cumplieran un rol concreto y funcional a la modernización del país. Una de las herramientas más importantes utilizadas para dicho fin fue la promoción del matrimonio civil para acabar con la ilegitimidad y el abandono paterno, situaciones que fueron comprendidas como causas directas de la morbilidad y la mortalidad infantil (Rosemblatt, 1996). Así, el Frente Popular buscaba "el desarrollo de una política de protección a la madre soltera y la normal constitución de las familias de nuestra clase trabajadora, por lo que ella significa para el porvenir de la madre y del niño" (Allende, 1939: 77).

El lema *Gobernar es educar y dar salud al pueblo* del presidente Pedro Aguirre Cerda no significaba otra cosa que moralizar a los sectores populares mediante el control de la sexualidad de hombres y mujeres, pero también ejerciendo una campaña en contra de la prostitución y el alcoholismo. Como explica Karin Rosemblatt (1996), todas las prestaciones que se otorgaban a los trabajadores estaban condicionadas por su estado civil como pareja y como padre. Por ejemplo, para acceder a la asistencia médica y de seguridad social en la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, los asegurados debían cumplir una serie de requisitos que formalizara sus lazos de parentesco. Ejemplos de ello era presentar los certificados de nacimiento de los niños, reconocer a sus hijos ilegítimos para recibir atención médica y contraer matrimonio civil para que su esposa pudiera acceder a los beneficios. La familia bien constituida era una prioridad, razón por la que los niños ilegítimos que habían sido reconocidos no percibían pensiones de orfandad si es que el asegurado tenía hijos legítimos. A través de estos servicios asistenciales, el Estado incentivaba ciertos comportamientos sexuales y desincentivaba otros. La mujer era instrumentalizada en el espacio público desde su rol en lo doméstico, el sostenimiento al trabajador y la reproducción familiar (Valdés, Caro y Peña, 2001). Otros mecanismos propuestos fueron medidas que penalizaban el contagio venéreo, el tratamiento obligatorio de enfermedades de trascendencia social y de los toxicómanos, el salario familiar desde el período pre-natal, el aumento progresivo del salario familiar a partir del tercer hijo, el impuesto a los solteros y una prima a los matrimonios (Allende, 1939: 215-216).

Hubo muchas resistencias desde la población frente a estas políticas, sobre todo de parte de los hombres, quienes rechazaron la construcción de la masculinidad propuesta por el Estado y continuaron definiéndola a partir sus vínculos con otros hombres. En ellos, el papel de la virilidad dentro del burdel o la taberna y la solidaridad con sus compañeros de

trabajo era más relevante que contraer matrimonio y tener hijos para convertirse en cabeza de familia. Debido a que este comportamiento propio de los hombres de los sectores populares significaba una constante amenaza a sus ganancias, los empresarios apoyaron las iniciativas del Estado para disciplinar a los trabajadores y terminar con su movilidad. Para las mujeres, en cambio, este ideal promovido desde el gobierno era muy conveniente toda vez que comprendían lo difícil que era vivir y cuidar de sus hijos con sus bajos salarios. Fueron ellas las que buscaron el apoyo de las visitadoras sociales y de otros actores estatales no sólo para obtener las ayudas del Estado, sino que para convencer a sus parejas de contraer matrimonio y/o de reformarlos para que se convirtieran en hombres responsables económicamente o dejaran de violentarlas (Rosemblatt, 1996).

Asimismo, los comportamientos de las mujeres fueron controlados a través de las políticas sanitarias dirigidas a la infancia. Una de las medidas aplicadas fue la creación de Escuelas de Madres en los consultorios, en los que se realizaban cursos de higiene y puericultura para las madres. Al considerarlas ignorantes en estos temas, las obligaban a asistir para recibir atención médica y ayudas materiales. En otras palabras, la preocupación por la mujer pobre y sus hijos estaba estrechamente relacionada a la moralización que perseguían las clases dirigentes y profesionales, lo que determinó la construcción de una identidad femenina popular cuyo centro fuera la maternidad y la conyugalidad (Rocha, 2001). Al mismo tiempo, se enseñó economía doméstica a las mujeres y habilidades para convertirse en buenas esposas, pues se argumentaba que los hombres se sentirían más atraídos a permanecer en un hogar acogedor y limpio. De esta manera, era responsabilidad de la mujer en su rol de esposa aprender a ahorrar administrando los ingresos que percibía su marido y mantener la higiene de la vivienda, en lugar de participar en protestas o manifestaciones por el alto coste de la vida o exigir aumentos salariales (Rosemblatt, 1996).

Al mismo tiempo, y aunque resulta curioso porque las visitadoras sociales sí lo hacían, se veía negativamente que las mujeres trabajaran fuera de casa, por lo que el Estado nunca las concibió como trabajadoras al considerar que la maternidad y el trabajo eran incompatibles. Principalmente, se argumentaba que el trabajo extenuante malograba el cuerpo de las mujeres y perjudicaba los embarazos y también que las alejaba de sus hijos, lo que les dejaba en un abandono moral. Por lo tanto, la solución a la precariedad de las familias populares no podía pasar por incentivar el trabajo extradoméstico de las mujeres (Valdés, Caro y Peña, 2001). Otras mujeres preferían no casarse porque no veían conveniente atarse permanentemente a un hombre que era irresponsable y deambulaba fuera de casa. Aquellas eran identificadas como rebeldes, altaneras y peligrosamente autónomas, según las visitadoras sociales, porque no reconocían la autoridad del hombre en el hogar. Incluso se relacionó el trabajo de las mujeres con la promiscuidad sexual. Y, en el caso de aquellas que no tenían más remedio que ingresar a trabajar como obreras, eran discriminadas por los empresarios porque entendían que contratar mujeres significaba cumplir con una serie de requisitos que garantizaba la ley, como la disposición de salas cuna y cubrir su salario cuando estuvieran con la baja maternal. Por esta razón, muchas mujeres obreras preferían renunciar a sus derechos para continuar recibiendo sus salarios o

porque consideraban que el personal contratado para cuidar a sus hijos en las empresas no estaba capacitado, optando por dejarlos en casa (Rosemblatt, 1996).

Por otro lado, lo más complejo del trabajo de los médicos, las matronas, las enfermeras y las visitadoras sociales no era el registro y el tratamiento sanitario, si no que la educación constante de las madres populares. Muchas de estas mujeres que habitaban la ciudad provenían de sectores rurales, teniendo un alto grado de analfabetismo y una desconfianza significativa hacia el personal sanitario, lo que hacía difícil que se mantuviera el compromiso de participar en los programas de salud. De ahí que la misión de la visitadora social fuera crucial para persuadir a la mujer para que controlara su embarazo con alguna matrona y llevara a su hijo a control médico (Zárate Campos, 2008b). Sin embargo, poco a poco se fue normalizando la atención médica durante el proceso de gestación, parto y crianza para las madres trabajadoras a lo largo de los años que siguieron al Frente Popular. A mediados del siglo XX, ya era más del 60% de las embarazadas beneficiarias de la Caja del Seguro Obrero las que asistían a control a partir del quinto mes de embarazo, aunque muchas aún llegaban a las instalaciones médicas el día del nacimiento, atendiendo la Caja el 25% de todos los partos del país (Avendaño, 1944).

Como plantean Ximena Valdés y otras autoras (2001), es importante reconocer que el Estado logró ser mucho más eficiente en la constitución de las familias populares chilenas de acuerdo al modelo tradicional que la Iglesia católica a través de sus instituciones benéficas durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, cuando su tuición sobre la vida privada de las personas era mayor. Quedó en evidencia que eran mucho más exitosas las políticas de seguridad social que las campañas de moralización religiosa, sobre todo cuando significaban el acceso a recursos económicos y materiales. Reflejo de esta situación fue el progresivo traslado de la figura de autoridad del sacerdote al médico a partir del mayor predominio de las concepciones higienistas dentro del Estado y el despliegue de sus agentes profesionales en la sociedad chilena.

4.2 El Servicio Nacional de Salud

No fue hasta 1952 que todas las mujeres y los niños, legítimos e ilegítimos, tuvieron total acceso a asistencia médica y sanitaria en Chile con la creación del Servicio Nacional de Salud (Illanes Oliva, 2010; Zárate y Godoy, 2011; Zárate Campos, 2018). La tasa de mortalidad infantil había descendido de 176,2 en 1942 a 121,8 en 1952[61], descenso que se atribuía a las políticas establecidas para el binomio materno-infantil que había desarrollado la Caja del Seguro Obrero Obligatorio y, posteriormente, a las acciones que pondría en marcha el Servicio Nacional de Salud. Estas medidas se concentraron en el aumento de la atención profesional del parto y el control del recién nacido, el lactante y la infancia pre-escolar, escolar y adolescente (Zárate Campos, 2018).

[61] *Atención materno-infantil en Chile*, Servicio Nacional de Salud, Departamento de Atención Materno-Infantil y Fomento de la Salud, Santiago de Chile, 1954, p. 8.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) era una entidad fiscal cuyo objetivo era proteger la salud de toda la población sin restricciones, atendiéndola a través de acciones sanitarias y de asistencia social con un enfoque preventivo y curativo que redujera los riesgos de enfermedad y de morir (Zárate y Godoy, 2011). Lo innovador de su eje de acción fue la centralización normativa, la unificación de distintos programas y la descentralización territorial para su despliegue (Mardones, 2006). Para lograr sus metas, fue necesario comprender al paciente como un ser social, por lo que su atención debía integrar sus condiciones de vida, su situación familiar, su vivienda y educación, entre otros elementos (Zárate y Godoy, 2011). De este modo, sus departamentos contenían jerarquías que facilitaban la intervención sociosanitaria, como que ejemplificado en el departamento de Atención Materno-Infantil y Fomento a la Salud, el que estaba compuesto por los subdepartamentos de Protección Materno-Infantil, Alimentación, Higiene Mental y Alcoholismo (Valenzuela et. al., 1956).

En cuanto al escenario internacional, las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil se transformaron en indicadores de desarrollo económico y social de los Estados, por lo que la salud materno-infantil se convirtió en la principal área de intervención del SNS durante los años cincuenta (Szot, 2002; Zárate y Godoy, 2011; Zárate Campos, 2018). De este modo, se creó el Programa de Salud Materno-Infantil (PSMI), cuyos cinco ejes de trabajo se concentraron en "la atención profesional del parto; el incremento del control prenatal; la implementación de programas de alimentación complementaria dirigidos a madres, nodrizas y lactantes; la asistencia médica al lactante, pre-escolar y escolar y la implementación del plan de planificación familiar" (Zárate Campos, 2018). A raíz de esta planificación, en 1960 el programa acaparaba el 53,1% de todas las atenciones brindadas por el SNS[62]. De acuerdo a Francisco Mardones (2006), la asistencia a la maternidad y la infancia se vio fortalecida con la extensión de la asignación familiar al período prenatal en 1956 y con la prolongación del descanso maternal postnatal de 45 a 90 días en 1959, el cual en un principio involucraba sólo a las madres obreras, pero ya en 1961 incorporó a las trabajadoras empleadas.

Por otro lado, Zárate y Godoy (2011) explican que la realidad frente a estas problemáticas en el mundo rural estaba caracterizada por la escasa atención obstétrica, prenatal y natal, por lo que era fundamental reforzar el personal técnico donde predominaba la atención de las comadronas. El obstáculo estaba en que, hasta mediados de los años sesenta, la mayoría de los médicos residían y atendían en Santiago (60%), Valparaíso (10%) y Concepción (6%), lo que dejaba gran parte del territorio nacional descubierto y en una compleja situación de precariedad a las zonas rurales. Además, había que sumar la poca disposición de enfermeras y matronas que tuvieran conocimientos obstétricos concretos de trabajar en postas auxiliares y centros médicos rurales. Por eso se creó un plan racional y sistemático para distribuir territorialmente a las matronas e

[62] *Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960*, Dirección General del Servicio Nacional de Salud, Santiago de Chile, 1961, p. 12.

incrementar los incentivos económicos para que se desplazaran al medio rural[63]. También se crearon numerosas escuelas de enfermeras y de matronas, lo que abrió el camino al perfeccionamiento y la descentralización de la asistencia sanitaria –lo que se vio complementado con la ley del Médico General de Zona de 1957– (Mardones, 2006) y reforzó la presencia de las matronas en la ruralidad. De esta forma, se sustituyó el trabajo de las parteras y comadronas, a quienes se les permitió continuar su labor únicamente en los lugares de difícil acceso, territorios en los que fueron aceptadas si eran vigiladas (Zárate y Godoy, 2011).

Se hicieron muchos esfuerzos para incrementar la atención profesional del parto e incentivar el control prenatal del embarazo. A principios de la década de 1950, más de la mitad de los nacimientos aún se realizaban en las casas. Las cifras de los partos hospitalarios pasaron del 37,3% a nivel nacional en 1951 al 57% en 1960, siendo incentivado a lo largo de los años siguientes. Se creía firmemente que la asistencia hospitalaria del parto prevendría la mortalidad materna e infantil, sobre todo en las áreas rurales, por lo que se pretendía aumentar la dotación de camas disponibles en los hospitales (Zárate y Godoy, 2011: 143-144). No obstante, igualmente se impulsó la atención profesional del parto a domicilio como una acción de emergencia y complementaria a la hospitalización. La diferencia radicaba en que la atención debía ser brindada por matronas que no fueran funcionarias del SNS, pero que estuvieran inscritas en el Colegio de Matronas y en el consultorio prenatal, encontrándose autorizadas por los médicos que aquí se desempeñaban y estando obligadas luego a notificar de su atención al respectivo consultorio (Zárate y Godoy, 2011: 145).

Otra de las labores fundamentales del SNS fue la implementación del control al recién nacido, la infancia y adolescencia hasta los 15 años a través del programa nacional «Control de Niño Sano», mediante el que se buscaba institucionalizar el examen de salud sistemático y periódico. Este programa consistía en la revisión del crecimiento y desarrollo de la infancia sana, generalmente realizada por enfermeras –aquellos enfermos eran tratados directamente por el pediatra–, donde también se les hacía entrega de leche y educación sanitaria a las madres y administraban a los lactantes las vacunas correspondientes (Zárate Campos, 2018). Ocasionalmente, el desabastecimiento de leche en los centros de salud de algunos lugares repercutió negativamente en el programa de vacunación[64].

En su gran mayoría, el cuerpo profesional sanitario en esta área de la salud era femenino. Tanto enfermeras como matronas fueron realmente las responsables de difundir los beneficios del control prenatal y el Control del Niño Sano, además de impartir talleres sobre alimentación, higiene, embarazo, parto y sexualidad adolescente. Según María Soledad Zárate, en estos talleres se creaban vínculos importantes. Por un lado, muchas

[63] "Programa de distribución de matronas", *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, Vol. 14, Nº 8, 1962, p. 12 citado en Zárate y Godoy (2011: 142).
[64] *Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960*, Dirección General del Servicio Nacional de Salud, Santiago de Chile, 1961, p. 106.

madres reconocían sus propios conocimientos sobre crianza y, del mismo modo, se reconocían entre iguales, atreviéndose a compartir sus dudas y angustias sobre el cuidado de los niños. Y por el otro, las enfermeras y matronas valoraban el conocimiento de las mujeres de distintas realidades, como las mujeres mapuche en el mundo rural, quienes tenían superiores prácticas de higiene. Esta práctica forjaba relaciones más horizontales entre las profesionales y las madres, relaciones que no solían establecerse en la jerarquía que imponían los médicos (2018: 186-187).

Fue común que en las áreas rurales se crearan dinámicas de colaboración entre las matronas o las enfermeras y las parteras que atendían aquí o en realidades suburbanas, primordialmente con el objetivo de generar un acercamiento de las madres a la realidad médica. Eso incluso contribuyó a que, en los años sesenta, las mujeres se mostraran más seguras a la hora de hacer consultas y se cercioraban de haber entendido bien las recomendaciones que las profesionales sanitarias les hacían (Zárate Campos, 2018: 188).

En esta misma década, el Servicio Nacional de Salud promovió la integración de las creencias populares –en la medida de lo posible– a las recomendaciones científicas que hacían enfermeras y matronas, lo que inauguró un giro importante a la orientación con el que el mundo científico se aproximaba a las madres desde inicios del siglo XX. A partir de esta iniciativa, se buscó contribuir a la disminución de la mortalidad infantil y comprender la manera en que se desarrollaba el apego materno en el mundo rural, especialmente respecto a prácticas vinculadas al parto y a la crianza de los niños. El objetivo era fortalecer los vínculos de confianza entre las madres y las profesionales por lo que el discurso ya no residía en la ignorancia de las madres –aunque muchos médicos continuaron identificándolas bajo esa mirada–, sino en el reconocimiento del traspaso generacional de estos saberes populares sobre el uso de hierbas medicinales, prácticas de cuidado y formas de alimentación. La clave estaba en siempre tener la cautela de no descalificarlos agresivamente para que las madres continuaran asistiendo a los consultorios. Era común que muchas madres campesinas tuvieran una relación intermitente con las prácticas institucionalizadas por su falta de familiaridad con las mismas, pero también por las grandes distancias que existían entre sus hogares y los consultorios (Zárate Campos, 2018: 180 y 189).

Todas las políticas desarrolladas durante los años cincuenta y sesenta tuvieron el impacto de la disminución de la mortalidad infantil, llegando a 102,9 en 1964[65]. Ahora bien, estos resultados se convirtieron para las mujeres en una situación muy compleja: sobrevivían mayormente los niños, pero no disminuía la natalidad. Sumado a la agudización de la migración campo-ciudad y la consiguiente precarización de la vida urbana, las circunstancias se tradujeron en el continuo aumento de los abortos para controlar la cantidad de hijos que ellas tenían, especialmente en las clases populares, hasta alcanzar proporciones epidemiológicas (Rojas Mira, 1994a; Herrera, 2008; Pieper Mooney, 2009).

[65] *Salud materno-infantil y bienestar familiar. Proposiciones de cambios y estrategias de Salud para la década 1971-1980*, Publicación PESMIB, Nº 2, Santiago de Chile, 1972, p. 9.

Zárate y Godoy (2011) explican que de las 2.729 camas disponibles para maternidad que existían en Chile en 1962, sólo 1.919 camas podían atender partos porque las 810 restantes estaban destinadas a la atención del aborto. Por su parte, Claudia Rojas Mira (1994a) insiste en que ésta era una práctica común fuertemente arraigada en las mujeres de las clases populares. Así, si en este grupo poblacional la interrupción voluntaria del embarazo era el método de control de natalidad más frecuente, en las clases sociales más altas lo eran el uso del diafragma, los óvulos espermicidas intravaginales, el coito interrumpido, el coito anal y el método natural del ritmo. A pesar de este panorama, no existían las discusiones abiertas respecto a la sexualidad, la anticoncepción o los ciclos reproductivos de las mujeres. Tampoco referencias públicas sobre el aborto, por lo que las opciones de las mujeres para prevenir embarazarse eran muy limitadas. En ese sentido, los funcionarios de salud trataban la regulación de la fertilidad como un asunto de la vida privada de las personas, por lo que solamente algunos médicos entregaron acceso a los métodos contraceptivos mencionados previamente a las mujeres (Pieper Mooney, 2009).

4.3 La «explosión demográfica» y el control de la natalidad en las zonas rurales

En el contexto internacional, el debate se centraba en torno a lo que se denominó la «explosión demográfica» de los países del Tercer Mundo dentro del escenario de la Guerra Fría. Se creía que la evidencia de gran natalidad en estas naciones significaba una amenaza para la estabilidad política y socioeconómica mundial. La relación causal que se hacía era que, si aumentaba la población "pobre" en estos países, crecería el descontento social y, por lo tanto, lo haría a su vez la amenaza de una revolución que podía significar la instalación de regímenes comunistas. En esa dirección, se afirmó que la situación socioeconómica y demográfica de las naciones tercermundistas podía transformarse en una importante amenaza para la paz mundial. En una fórmula que combinaba demografía, pobreza y subdesarrollo, se postulaba que el crecimiento poblacional descontrolado significaba un obstáculo para el desarrollo económico-social (Pieper Mooney, 2009; Illanes Oliva, 2010; Castro Arcos, 2015; Zárate Campos y González Moya, 2015).

Debido a las altas tasas de mortalidad materno-infantil en todo el continente, estas ideas convencieron a la comunidad médica latinoamericana en general y chilena en particular para tomar medidas con urgencia. Asumieron que era necesaria la reconceptualización de la familia y la adaptación a un modelo de familia pequeña para ajustarse a lo que los académicos estadounidenses proponían. Había que realizar un cambio social que lograra que las mujeres y familias de las clases populares evitaran un tercer o cuarto embarazo, pero al mismo tiempo, debían convencerse de que tener más de dos hijos era una situación vergonzosa e incluso antisocial (Pieper Mooney, 2009).

Teniendo presente la Revolución Cubana en 1959, el gobierno de Estados Unidos ideó una estrategia geopolítica preventiva que relacionaba el control de la natalidad con la seguridad nacional, transformándola en un nuevo mecanismo de influencia administrado hacia América Latina. La política exterior estadounidense hacia este territorio se concretó claramente con la Alianza para el Progreso bajo el gobierno de John F. Kennedy. Este programa estaba basado en la teoría de la modernización que descartaba la lucha de clases

del marxismo y la reemplazaba por una «revolución en libertad» que tuviera como cimiento el progreso y el desarrollo socioeconómico y se adaptara a las realidades latinoamericanas. Esta «revolución» establecía ayuda financiera para estos países, la que estaba condicionada a un paquete de reformas que dinamizara la sociedad y llevara a la región por el desarrollo auto-sostenido, entre las que se encontraba la reforma agraria (Castro Arcos, 2015: 101-102).

De este modo, tanto agentes gubernamentales como instituciones privadas de planificación poblacional destinaron recursos y aseguraron financiamiento para programas de planificación familiar en América Latina. Se creía que a través de la regulación de la fertilidad y el modelo de familia pequeña se alcanzaría la modernización económica, lo que eventualmente disminuiría el conflicto social y la inestabilidad política y económica del continente, lo que prevendría así intentos revolucionarios (Pieper Mooney, 2009).

Dentro de las fundaciones privadas que participaron en esta cruzada de alta prioridad en Chile se encontraban la Fundación Rockefeller, la Fundación Ford y la Federación Internacional de Planificación Familiar, cuya cifra en inglés es IPPF (Pieper Mooney, 2009; Castro Arcos, 2015; Zárate Campos y González Moya, 2015). La Fundación Rockefeller había creado un programa de becas en 1940 para que médicos chilenos –y de otros países latinoamericanos– estudiaran en Estados Unidos y conocieran el funcionamiento de los establecimientos sanitarios y las maternidades norteamericanas y europeas. Conjuntamente, había financiado en la misma década la fundación de centros de salud en algunos lugares de Santiago de Chile y servicios de salud rural (Zárate Campos y González Moya, 2015: 14).

No obstante, es necesario tener claro que este apoyo internacional no se hacía con un interés humanitario. Según las palabras de Hugh Moore, cofundador del Comité Norteamericano de Crisis de Población, los estadounidenses estaban "interesados en el uso que los comunistas quieren hacer de las personas hambrientas en su afán de conquistar la tierra" (Connelly, 2008: 162). Por este motivo, y siempre recordando el contexto de Guerra Fría, es posible identificar el afán por el control de la natalidad como una estrategia de contención del avance del comunismo en el Tercer Mundo (Castro Arcos, 2015).

Pese a esa intencionalidad, para los médicos especialistas chilenos, el crecimiento poblacional acelerado en Chile no se debía al aumento de la tasa de natalidad, sino a la mantención de la misma y al descenso considerable de la tasa de mortalidad infantil. En consecuencia, el verdadero problema demográfico eran las altísimas tasas de aborto y el alto analfabetismo en la población proveniente principalmente de las zonas rurales que obstaculizaba la aplicación de las políticas sanitarias. Sin embargo, también lo eran las diferencias en las tasas de natalidad y de mortalidad infantil entre las zonas urbanas y las zonas rurales (Zárate Campos y González Moya, 2015). La mortalidad materno-infantil se encontraba distribuida geográficamente de acuerdo a las características económico-sociales de cada zona administrativa sanitaria. En ese sentido, coincidía que las menores cifras se encontraban en las provincias y sectores predominantemente urbanos y las tasas más elevadas en las provincias con mayor ruralidad, como ilustra el siguiente cuadro que reúne

información sobre las zonas sanitarias a las que correspondían las provincias chilenas seleccionadas para esta investigación:

Tabla Nº 3: Tasas de Natalidad, Mortalidad Infantil, Mortalidad Neonatal, Atención Profesional del Parto, Embarazadas y Niños Atendidos por el Servicio Nacional de Salud en 1961

Zonas de Salud	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad neonatal	Atención profesional del parto	Embarazadas atendidas	Niños atendidos
II Zona de Salud "Atacama y Coquimbo"	39,9	125,6	37,6	66% (Copiapó)	4.131	993
VII Zona de Salud "Curicó, Talca, Linares y Maule"	36,3	155,7	43,9	55% (Linares)	4.685 (Linares)	3.156 (Linares)
IX Zona de Salud "Concepción, Arauco, Bío-Bío"	39,3	163,4	43,7	33% (Arauco)	1.125 (Arauco)	939 (Arauco)
X Zona de Salud "Malleco-Cautín"	27,6	215,4	58,5	Irregular. Oscila entre 60% y 12%, dependiendo del lugar.	3.608 (Malleco)	2.201 (Malleco)
XII Zona de Salud "Llanquihue, Chiloé y Aysén"	33,4	174,7	68,3	58% (Aysén)	907 (Aysén)	496 (Aysén) *no sólo niños
Total del Territorio Nacional	34,9	125,2	36,7	3.880.000		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de *Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960*, Dirección General del Servicio Nacional de Salud, Santiago de Chile, 1961.

Las provincias de Linares, Cauquenes, Arauco, Malleco y Aysén presentaban un alto porcentaje de población rural y sus tasas de mortalidad infantil superaban el promedio nacional considerablemente en 1960, como ocurría con la zona de "Malleco-Cautín", la más alta de todo el país. Esta última región estaba caracterizada por un alto índice de población mapuche, lo que generaba diferencias importantes en cuanto a la cultura y costumbres[66], por lo que se dio mucha importancia a las demostraciones prácticas realizadas por enfermeras a las madres "pobres" en los Centros de Orientación Materno-

[66] Una de las prácticas de crianza mapuche era el uso del *kupulwe*, la cuna mapuche. El *kupulwe* es una estructura de uso tradicional de este pueblo creada a base de madera en forma de canoa, cuero y textiles. Las dos tablillas laterales quedan más largas, por lo que sobresalen en el extremo superior e inferior de esta cuna. Su función es transportar a un lactante en una posición vertical firme o para llevarlo sobre la espalda, pudiendo usarla hasta que el niño comience a caminar. De este modo, la madre puede realizar sus labores mientras su hijo permanece en una posición considerada adecuada. Otra costumbre relacionada con la infancia era que, a los recién nacidos, cuando cumplían un mes se les daba de beber agua de lluvia para que se convirtieran en hombres o mujeres de buena conversación. En el caso de las niñas, al cumplir un año, se les ponía un *lallin* o *lalun* –una araña pequeña– en las manos y se le refregaba en ellas la tela de araña para que fuera buena tejedora (Jara Trecanahuel et. al. 2020: 59).

Infantil. Por otra parte, hay que considerar la distanciada distribución de la población campesina, lo que dificultaba el acceso a la atención profesional del parto, como ocurría en la zona de "Concepción, Arauco y Bío-Bío". La tasa de mortalidad neonatal más alta del país se encontraba en la zona de "Llanquihue, Chiloé y Aysén", probablemente relacionada al aislamiento y la difícil conectividad debido a su alta insularidad, teniendo que contar con el apoyo de las Fuerzas Armadas recurrentemente para el traslado de los profesionales sanitarios. A la vez, todas estas zonas compartían la escasez de pediatras, enfermeras y matronas y la movilización para la atención rural era compleja, por lo que UNICEF solía donar recursos para facilitarla, al igual que equipos para crear postas de salud rurales, como hizo en la X y XII zona. En esta última, se crearon cinco postas rurales alrededor del Lago General Carrera, las que debían hacer una ronda médica semanal como mínimo[67]. Es importante considerar que la mortalidad materna constituía un grave problema en las regiones rurales del territorio nacional a partir de los obstáculos que imponía la geografía y el consecuente aislamiento. Así, y como muestra la siguiente tabla, la provincia de Aysén presentaba la tasa de mortalidad materna más alta del país –y de las provincias analizadas en esta investigación– en 1964, superando con creces la cifra nacional.

Tabla Nº 4: Tasas de Mortalidad Materna e Infantil por Provincias de Chile en 1964

Provincias	Mortalidad Materna (0/00)	Mortalidad Infantil (0/00)
Linares	3,1	117,2
Arauco	3,9	165,2
Malleco	4,6	156,7
Aysén	7,0	119,9
CHILE	3,1	105,3

Fuente: Rosselot (1966: 17).

A raíz de la mortalidad materna e infantil, los médicos plantearon la necesidad de controlar la fertilidad y reproducción de las mujeres a través de dos líneas discursivas. La primera consistió en abordar el aborto como un problema médico, el cual podía ser prevenido a través de métodos anticonceptivos. Y la segunda fue la perspectiva pro-vida para defender sus medidas, término usado por Pieper Mooney (2009) para hacer énfasis en la determinación de los médicos de promover el uso de dispositivos contraceptivos para salvar la vida de las madres, sus pacientes, que arriesgaban sus vidas cuando abortaban clandestinamente.

4.4 La Planificación Familiar de la Democracia Cristiana (1964-1970)

Cuando asumió el gobierno democratacristiano de Eduardo Frei Montalva en 1964, Chile vivió un proceso de creciente democratización a través de un programa de reformas

[67] *Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960*, Dirección General del Servicio Nacional de Salud, Santiago de Chile, 1961.

que guiaba la «Revolución en Libertad». En su mandato aumentó la participación política de trabajadores, estudiantes, pobladores y mujeres como consecuencia del incremento de la organización y movilización social en los años previos y se buscó mejorar la calidad de vida de los sectores populares por medio de políticas que incentivaban la Promoción Popular[68] (Gaviola, Lopresti y Rojas, 1988; Jiles y Rojas, 1992). En esta misma línea, la presencia de las mujeres en el Congreso y los municipios fue en aumento, lo que consiguió que se aprobasen leyes como la asignación de pre-natal (1964), la jubilación de las mujeres a los 25 años de servicio considerando la doble jornada laboral y doméstica, la ampliación del fuero maternal (1970) y la Ley de los Jardines Infantiles (1970).

Quien introdujo la noción de que la planificación familiar era un elemento esencial en la asistencia obstétrica hacia la mujer fue el médico Onofre Avendaño. Él insistió en lo importante que era la existencia del descanso entre un embarazo y el siguiente y en que la entrega de métodos anticonceptivos para planificar el momento de cada uno de ellos era parte crucial del rol de los profesionales de la salud. Por su lado, el médico Benjamín Viel, siendo Director de la IPPF en América Latina, consiguió grandes recursos económicos de la Fundación Rockefeller para financiar la planificación familiar en Chile (Jiles y Rojas, 1992). De esta manera, el país fue elegido para encabezar los programas de control de natalidad en el continente con el objetivo de que se convirtiera en lo suficientemente estable y confiable para servir de ejemplo a los demás países latinoamericanos (Castro Arcos, 2015).

En 1964, se implementó el programa de Salud Familiar y Regulación de los Nacimientos, el cual trató la salud materno-infantil, el problema social del aborto, los altos índices de desnutrición en las mujeres a causa de embarazos continuos y la alta mortalidad neonatal (Jiles y Rojas, 1992; Jiles, 2009). Además, permitió que la pareja pudiera decidir sobre la cantidad de hijos que quisiera tener y el espaciamiento entre ellos, para lo que debía tener acceso a la información y la asistencia médica necesaria (Herrera, 2008). Este programa, el que posteriormente fue llamado Paternidad Responsable, fue resultado de una iniciativa de los médicos en la que Frei Montalva confió al comprobar las estadísticas de mortalidad materna vinculada al aborto y luego de consultarlo con el Cardenal Raúl Silva Henríquez, Arzobispo de Santiago de Chile. Por esta razón, y siendo democratacristiano,

[68] La Promoción Popular fue una ley que conformaría uno de los ejes principales del gobierno de Eduardo Frei Montalva (1964-1970). Aprobada en 1968, esta política respondía al camino ideológico que había elegido la Democracia Cristiana para presentar una alternativa al socialismo y al capitalismo, alejándose del paternalismo estatal y del individualismo privado. Su objetivo era legalizar y fortalecer las organizaciones comunitarias y fomentar la incorporación de aquellos sectores tradicionalmente marginados de las decisiones del país. En ese sentido, la participación ciudadana fue promovida en diferentes áreas como "la organización vecinal, la capacitación cultural, deportiva y social, los Centros de Madres, la capacitación de dirigentes populares y la organización sindical". Para este propósito, gestionó canales por los cuales estas entidades mejorarían sus condiciones sociales mediante la infraestructura comunitaria, como lo eran la pavimentación de caminos, la renovación del alumbrado público, mejoramiento de la red de alcantarillado, etc. Información obtenida de Memoria Chilena, centro de recursos digitales que presenta investigaciones basadas en documentos digitalizados pertenecientes a las colecciones de la Biblioteca Nacional de Chile (www.memoriachilena.gob.cl)

pidió la opinión del Cardenal Raúl Silva Henríquez, Arzobispo de Santiago de Chile (Castro Arcos, 2015).

La resistencia del Vaticano a los programas de planificación familiar se materializó en la publicación de la Encíclica Humanae Vitae en 1968. Esta declaración condenaba la regulación de la fecundidad, aunque reconocía que los esposos podían decidir el número de sus hijos a través de mecanismos que no violaran las leyes de la naturaleza, como el método natural del ritmo (Pablo VI, 1968). El conflicto con la Iglesia católica era evidente, ya que sólo algunas autoridades eclesiásticas más progresistas intentaban concientizar sobre la implementación del control de la natalidad (Illanes Oliva, 2010). No obstante, para ese entonces, las políticas de Paternidad Responsable habían calado en la población chilena. Al parecer, quienes se consideraban creyentes católicos entre las clases populares no veían inconvenientes entre su fe y el uso de anticonceptivos, como es posible inferir del testimonio de una mujer paciente del médico Benjamín Viel al declarar que "los médicos estaban para las cosas del cuerpo, mientras que los curas para las cosas del espíritu" (Jiles y Rojas, 1992: 130). Asimismo, una encuesta realizada a 280 mujeres de un total de 4.652 hospitalizadas por parto o por aborto durante el último trimestre de 1966 en los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes arrojó que el 82,5% de ellas apoyaban el uso de anticonceptivos y el 76,7% afirmaban que sus maridos no deseaban un nuevo embarazo (Viel, 1967: 543).

La creación de la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) en 1965 nació desde el Comité Chileno de Protección de la Familia, el cual había sido constituido a partir del trabajo colaborativo entre los médicos chilenos comprometidos con el control de la natalidad, la planificación familiar y la IPPF (Jiles y Rojas, 1992; Pieper Mooney, 2009; Zárate Campos y González Moya, 2015). Esta institución privada suscribió un acuerdo con el gobierno para que el SNS entregara gratuita y voluntariamente los métodos anticonceptivos en los Servicios de Salud tras capacitar al personal sanitario de los centros de salud de todo el país (Jiles y Rojas, 1992; Rojas Mira, 1994a, Herrera, 2008).

Según Jorge Rosselot, en el primer semestre de 1965 se había atendido a 15.094 personas en establecimientos del SNS vinculados a la anticoncepción, realizándose un total de 45.822 consultas, es decir, 3 consultas por cada caso. En el 56,5% de los casos se prescribió el dispositivo intrauterino (DIU) y en el 28,4% se administraron anovulatorios orales, indicando a la diferencia otros métodos (Rosselot, 1966: 19). Esta decisión también tenía un componente de clase. La píldora tenía un 100% de efectividad en mujeres provenientes de niveles educacionales y socioeconómicos más altos, mientras que, en estratos sociales más bajos, su efectividad fue variable, presentando fallos vinculados a su difícil acceso y al desconocimiento de su funcionamiento. Por este motivo, se prefirió que estas mujeres fueran usuarias de DIU, el que era insertado por el personal sanitario y sólo requería de algunos controles periódicos. Al mismo tiempo, la píldora era utilizada en su mayoría por mujeres solteras y el uso del DIU era recomendado para mujeres pobres que estuvieran casadas o fueran ya madres de dos o más hijos (Pavez Rosales, 2019). La

distribución de métodos anticonceptivos alcanzó una cobertura del 10% del total de mujeres en edad fértil a partir de 1968 (APROFA, 1976: 15-16). Al mismo tiempo, y según el SNS, las hospitalizaciones por aborto disminuyeron con la implementación de las actividades de regulación de la natalidad, pasando de 56.391 en 1964 a 44.771 en 1970, es decir, del 21,2% del total de hospitalizaciones al 17,2% (Jiles y Rojas, 1992: 140). Además, en 1968, se modificó la ley de aborto terapéutico que ya existía en el Código Sanitario para que ahora sólo se pudiera practicar tras la opinión documentada de dos médicos-cirujanos en vez de tres[69].

Del mismo modo, la apertura al uso de métodos anticonceptivos fue propiciada por los cambios sociales que las mujeres experimentaron durante los años sesenta, en los que su presencia en la vida pública y moderna fue cada vez mayor. Ximena Jiles y Claudia Rojas denominan a este proceso como «masculinización»: militaban en la política y la organización social, cambiaron su vestimenta, se modernizaron, fumaban en las calles y conducían automóviles y ocupaban puestos laborales que habían estado reservado sólo a los varones (1992: 122). Estas transformaciones significaron un cambio de mentalidad para las mujeres que rompió lentamente el conservadurismo que caracterizaba a la sexualidad y permitió que tuvieran iniciativa propia para acudir a las atenciones ginecológicas (Rojas Mira, 1994a).

Hasta el último año de gobierno se buscó poner en práctica nuevas estrategias de salud materno-infantil, como fue el caso del Programa Latinoamericano de Adiestramiento en Planificación Familiar en un edificio construido junto al Hospital Barros Luco de Santiago de Chile en 1970. Este programa estaba destinado a las mujeres embarazadas durante el período final del embarazo y en el posnatal, aunque paralelamente se reforzaba la ginecología general y el control de la natalidad. A pesar de su relevancia, la cantidad de recursos otorgados y los esfuerzos dispuestos por el Estado en estas prestaciones hicieron patente que existía cierta despreocupación por la salud y la atención destinada a mujeres que sí querían embarazarse. Para la atención del embarazo, los médicos estaban mal pagados, faltaban horas asignadas para las matronas, escaseaban las sabanillas, entre otros, mientras que a los médicos que ponían anticonceptivos les entregaban una bonificación en sus salarios (Jiles y Rojas, 1992).

4.5 La Unidad Popular, las madres y la infancia (1970-1973)

Hacia 1970, existía preocupación sobre el futuro de la planificación familiar en Chile con el triunfo de la Unidad Popular, encabezada por el médico Salvador Allende (Zárate Campos y González Moya, 2015). La izquierda latinoamericana –y chilena– criticaba los planes y programas de planificación familiar que se estaban desarrollando en Chile porque consideraban que eran políticas serviciales al imperialismo estadounidense para disminuir la población del continente latinoamericano y así perpetuar su subdesarrollo, una perspectiva que compartían China y Cuba (Rojas y Jiles,

[69] Decreto de Ley 725, Diario Oficial de la República de Chile, 31 de enero de 1968.

1992; Pieper Mooney, 2009)[70]. Su planteamiento se centraba en que era el sistema económico el que generaba la pobreza y el mantenimiento de los niveles de fecundidad, no "que porque la población crece la gente es pobre" (Barbieri, 1983: 295). En ese sentido, entonces, no se buscaba mejorar el nivel de vida de la población, sino que sólo limitar los nacimientos entre las mujeres de las clases populares para evitar una mayor precariedad.

Esta situación hacía muy difícil que las mujeres pudieran acceder al control de la natalidad porque si no era el gobierno el que ponía límites ideológicos a la planificación familiar, eran los medios de comunicación los que criticaban estos programas como un arma del imperialismo extranjero (Pieper Mooney, 2009: 104). Pese a este recelo, pronto esta posición perdió fuerza y Salvador Allende, electo ya Presidente de la República, decidió cambiar de eje de acción y emprender una nueva política de salud que fuera responsable con la población y las mujeres (Jiles y Rojas, 1992).

El gobierno de la Unidad Popular presentó un programa de Atención Integral a la Salud de las mujeres, las madres y sus hijos, el que cuidaba y atendía la vida entera de la madre sin reducir la prestación de salud al período de gestación (Jiles y Rojas, 1992; Jiles, 2009). De esta manera, a partir de los controles periódicos de las mujeres que eran usuarias del DIU, se realizó una campaña de prevención contra el cáncer cérvico-uterino y educación sexual para la pareja y se continuó la entrega de anticonceptivos a las mujeres sin importar su estado civil o situación socioeconómica (Herrera, 2008). A estas iniciativas se añadieron "los cuidados del embarazo, parto y puerperio, la atención ginecológica, la educación y protección social de la mujer" (Jiles, 2009: 133).

Este cambio de perspectiva significó la ampliación del concepto de planificación familiar y fue comprendida como un derecho inalienable de todas las mujeres y todas las parejas sin excepción (Jiles y Rojas, 1992: 172). Ahora cubría todos los procesos biológicos y los aspectos materiales de las mujeres, tales como la vivienda y sus condiciones sanitarias, las características del grupo familiar y la estabilidad económica, laboral y psicosocial de sus integrantes (Rojas Mira, 1994a). Por esta razón, su enfoque no estaba en la reducción de la natalidad o en el desarrollo económico del país porque se priorizó el mejoramiento de las condiciones de vida y el bienestar familiar.

Por otra parte, una de las políticas más relevantes respecto a la salud materno-infantil fue aplicada por la Unidad Popular. El reparto de «Medio Litro de Leche» fue un programa destinado a todos los menores de 15 años, a las mujeres embarazadas y a quienes estuvieran amamantando, mientras que incentivaba la lactancia materna como

[70] Un ejemplo de este postulado es el trabajo de Teresa Arreola (1976) sobre las mujeres mexicanas, en la que plantea que la planificación familiar es una alternativa falsa para la mujer debido a que no cuestiona los roles de género. Así, aunque la mujer tenga menos hijos, su condición continúa siendo la misma: las faenas domésticas y la formación de los hijos. Además, defendía que la planificación familiar no cambiaba la condición de pobreza del proletariado y que la única manera de superar esta situación era la proletarización de la mujer y la socialización del trabajo doméstico. A pesar de ello, Arreola aseguraba que esta transformación no era posible de llevarse a cabo en el capitalismo, sino que exclusivamente en una sociedad socialista.

primera alimentación durante los primeros meses de vida[71]. Como resultado, "si en 1970 habían recibido leche gratis 650 mil personas, la mayoría niños, en 1973 los beneficiados fueron 3 millones 600 mil personas, distribuyéndose 49 millones de litros de leche"[72]. De este modo, el gobierno interpelaba a las madres mediante la apelación directa y de forma enunciativa en sus mensajes para promover el consumo de leche en la infancia, tal como se había hecho en las cartillas a principios del siglo XX:

> "Madre chilena: (…) con él se inicia el proceso de salvar para nuestra patria el futuro de nuestros niños, de desterrar el fantasma de la DESNUTRICION, de formar nuevas generaciones de chilenos sanos física e intelectualmente. Sólo con tu comprensión y tu ayuda daremos cumplimiento a esta tarea. Pide la leche que le corresponde a tus hijos y haz que diariamente la consuman. No tardarás en ver cómo vuelven los colores a sus mejillas y florecen en sus labios las sonrisas"[73].

Sumado a lo anterior, la atención profesional del parto había aumentado considerablemente desde inicios de los años sesenta. Si en 1961 el 69,7% de los alumbramientos habían tenido atención profesional, en 1971 esa cifra se había incrementado hasta 83,6%[74]. Para el mismo año, se logró la atención de salud del 90% de la población de mujeres mayores de 15 años y en edad fértil (Infante, 1971: 2). Por su lado, APROFA destacó en su labor de educar a la población para incentivar cambios en la opinión pública respecto a la regulación de la fertilidad, la paternidad responsable, la educación sexual, entre otros temas. Con este objetivo realizó seminarios a lo largo del país para personal médico, cursillos para voluntarias de protección de la familia, sindicatos, centros de madres e instituciones de mujeres. A su vez, capacitó a médicos, matronas, periodistas y profesores y preparó materiales educativos como cuadernillos, cartillas, rotafolios y películas, y programas de radio y televisión para orientar a la población sobre paternidad responsable (Jiles y Rojas, 1992: 166).

En los tres años que permaneció el gobierno de Salvador Allende en el poder, se aprovechó la gran organización social que había movilizado a la población y se convocó a voluntarios para realizar labores sanitarias de prevención con el Proyecto de Líderes de Paternidad Responsable. Uno de sus fines era promover el derecho a separar la reproducción como aspecto intrínseco de la vida sexual de una pareja, idea innovadora para ese entonces. En virtud de ello, se capacitarían a 30.000 líderes de la comunidad

---

[71] *Programa Nacional de Leche. Instructivo para personas que participan en labores educativas*, Servicio Nacional de Salud, 1972, p. 7.

[72] Entrevista a Giorgio Solimano, médico pediatra que encabezó la política del "Medio Litro de Leche", 26 de marzo de 2019, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Disponible en https://saludpublica.uchile.cl/noticias/152243/-la-historia-detras-del-medio-litro-de-leche-para-todos-los-chilenos. Consultado el 01 de julio de 2023.

[73] Por qué el medio litro de leche. Carta abierta a las madres chilenas, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, p. 7. Las mayúsculas corresponden al original.

[74] *Salud materno-infantil y bienestar familiar. Proposiciones de cambios y estrategias de Salud para la década 1971-1980*, Publicación PESMIB, Nº 2, Santiago de Chile, 1972, p. 11.

entre abril de 1972 y diciembre de 1974 para que difundieran y explicaran los lineamientos de la paternidad responsable y la sexualidad (Avendaño, 1975).

En esa misma línea, en 1971, se crearon los Consejos Locales de Salud, los que se constituían en cada establecimiento del SNS en que se realizaran acciones de salud. Dentro de sus funciones estaba "fomentar la participación activa de la comunidad en la recolección de la información básica, la detección de sus problemas y necesidades, la colaboración en la determinación de prioridades y en la ejecución de los programas de salud mediante trabajos voluntarios"[75]. La idea era promover la participación de la sociedad y que ésta se implicara en la apropiación de su derecho a la salud. De esta forma, cada Consejo debía estar integrado por diversos representantes. Entre ellos se contabilizaba a una persona por cada organización de las Unidades Vecinales del sector jurisdiccional del centro de salud, otra por cada organización de trabajadores urbanos y/o Consejos Campesinos constituidos en este territorio y, finalmente, se incluían a los profesionales sanitarios y las autoridades civiles correspondientes[76].

Quienes se dedicaban a ser Voluntarios de Salud facilitaban un mayor despliegue territorial de las políticas sanitarias del gobierno tanto en el mundo urbano como en el rural. Además, al ser testigos de la cotidianeidad de las personas destinatarias de dichas políticas, recopilaban datos útiles para los centros de salud. Este voluntariado era en su mayoría masculino, salvo por algunas mujeres provenientes de los Centros de Madres, debiendo prepararse eficientemente en los conocimientos a transmitir. Por lo tanto, la labor de las personas voluntarias era difundir las acciones de salud dentro de su barrio, población, campamento o localidad[77].

Siempre dentro de la dimensión preventiva, algunas de las acciones que podía desarrollar la persona voluntaria era la visita a la familia y así obtener su confianza para modificar sus comportamientos e ideas erróneas en torno a la alimentación complementaria y el consumo de leche. Asimismo, hacía la entrega de cartillas, volantes y carteles como materiales educativos, participaba en reuniones de las organizaciones de la comunidad y promovía en ellas el Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Otra de sus funciones era estimular el consumo y buen uso de la leche para evitar su venta y mantener contacto permanente con el consultorio de salud para recibir orientación y material educativo, a la vez que conocía los conceptos claves para transmitir este conocimiento a la población[78].

---

[75] Decreto 602 del Ministerio de Salud Pública que crea los Consejos Locales de Salud, 21 de septiembre de 1971, artículo 4. Disponible en https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=169362. Consultado el 02 de julio de 2023.

[76] Decreto 602 del Ministerio de Salud Pública que Crea los Consejos Locales de Salud, 21 de septiembre de 1971, artículo 5. Disponible en https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=169362. Consultado el 02 de julio de 2023.

[77] *Programa Nacional de Leche. Instructivo para personas que participan en labores educativas*, Servicio Nacional de Salud, 1972, p. 24.

[78] Ibid.

4.6 El impacto de la Reforma Agraria en la maternidad rural (1964-1973)

Al analizar la realidad en las zonas rurales de Chile quedaba claro que la tendencia nacional de descenso de la fecundidad no se reflejaba de la misma forma que en las zonas urbanas. En el caso de las primeras, a finales de los años sesenta, presentaban un promedio de 2,3 hijos más por mujer en edad fértil que en los centros urbanos, inclinación que se mantuvo en el gobierno de la Unidad Popular.

Tabla Nº 5: Tasa global de fecundidad según áreas de residencia urbana y rural (1967-1975)

	1967 a 1969	1970 a 1975
Área Urbana	3,8	3,4
Área Rural	6,1	5,6
Diferencia absoluta	2,3	2,2

Fuente: Jiles, Ximena y Rojas, Claudia, *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, Santiago de Chile, CORSAPS, 1992, p. 139.

Históricamente, como explica Verónica Oxman (1983), y a raíz de la estructura latifundista del campo chileno hasta el último tercio del siglo XX, la mujer campesina estaba subordinada al hombre como inquilino y también al patrón. De este modo, la maternidad se traducía en seguridad para la mujer toda vez que tener hijos varones significaba contar con reemplazo para la fuerza de trabajo en caso del fallecimiento del cónyuge, lo que podía evitar que fuera expulsada de la hacienda.

Las transformaciones políticas, económicas y sociales en Chile durante la década de 1960 y 1970 que abrieron camino al proceso de reforma agraria y a la organización del campesinado en las haciendas impactaron igualmente en las relaciones de género propias de la ruralidad chilena (Oxman, 1983; Tinsman, 1995; 2008; Valdés y Rebolledo, 2015).

Más allá de la reorganización de la propiedad y la labranza de la tierra, la modernización del campo promovió la instauración de la familia moderna sin lograr modificar la división sexual del trabajo. El propósito era reformar al hombre campesino para que fuera productor y real proveedor para su familia, al mismo tiempo que la mujer campesina perfeccionaría su rol como ama de casa y se convertiría en alguien "mucho más educada, capaz de criar niños y administrar los bienes familiares según normas higiénicas y racionales" (Tinsman, 2008: 57). En ese sentido, el gobierno de la Unidad Popular reconoció a los hombres campesinos como propietarios de la tierra, "para él, que la trabaja", y excluyó a las mujeres de poder acceder a ella como propietarias.

Por lo tanto, la liberación del campesinado de su yugo histórico no incorporaba a las mujeres campesinas como trabajadoras, sino que lo hizo en su calidad de madres.

Así, se continuó invisibilizando la reproducción de la vida y el trabajo en la huerta familiar como una actividad productiva y consolidó la complementariedad de los roles de hombres y mujeres en la familia. Tanto Frei como Allende se comprometieron a mejorar los salarios rurales, y aunque se mejoraron las condiciones de vida, el fortalecimiento laboral del hombre en desmedro de la mujer reforzó la dependencia económica de esta última respecto del primero (Tinsman, 2008).

La complementariedad de los roles de género se había incentivado ya en los años previos al gobierno de Salvador Allende. Un ejemplo claro fue el trabajo de la Corporación de la Reforma Agraria, la que gestionó –dentro de otras labores– los Comité de Consumo para solucionar los problemas de abastecimiento de bienes de consumo de la población rural. Estas acciones iban en ayuda de la mujer campesina para que pudiera economizar y alimentar correctamente a su familia. De esta forma, el papel de la mujer campesina se reducía al trabajo doméstico y a la cooperación con su cónyuge, como evidencia la cartilla de 1968 titulada *¿Qué sería del campesino sin su mujer?*:

> "Ella le ayuda en los trabajos del campo, además de mantener la casa en orden y los niños limpiecitos. Sin duda, la campesina chilena es el brazo derecho de su marido. Es ella incluso quien organiza los gastos domésticos, evitando las compras inútiles. La mujer campesina sabe que la buena organización de los gastos de la casa significa una mejor alimentación para su familia, más salud, más ganas de trabajar y producir"[79].

Ya desde el gobierno de Frei Montalva se realizaba la promoción de las mujeres campesinas. Esta labor se hizo a través de, primero, la Capacitación Técnica mediante cursos especializados en técnicas domésticas como la conservación y preparación de alimentos y la creación de vestuario. Y, segundo, a través de los Centros de Madres rurales, en los que las propias campesinas –una vez capacitadas como monitoras– asumieron la organización y dirección de los mismos. Verónica Oxman expone que, en muchos casos, los Centros de Madres rurales se convirtieron en una fuente de ingreso adicional para las mujeres campesinas, sobre todo a partir de la incorporación de la máquina de coser a sus vidas, lo que les permitió producir artículos para comercializar en el mercado (1983).

Si en 1964 existían 5.014 organizaciones comunitarias en las zonas rurales, entre las que se contabilizaban los Centros de Madres rurales, en 1969 alcanzaban un total de 58.607[80]. A la extensión territorial y provincial de los Centros de Madres rurales se les sumaron otros programas tanto de educación y alfabetización como de salud sexual y reproductiva, los que introdujeron los métodos anticonceptivos en el campo. Todo esto

[79] "¿Qué sería del campesino sin su mujer?, Corporación de la Reforma Agraria, Santiago de Chile, 1968, p. 2.

[80] Discurso Presidencial de Inauguración del Congreso, 21 de mayo de 1970. Ed. del Ministerio de Relaciones Exteriores, p. 68 citado en Oxman (1983: 41).

significó cierta autonomía e independencia económica para las mujeres campesinas, pero derivó en diversas formas de resistencia por parte de los hombres al no querer perder privilegios sexuales y sociales (Tinsman, 2008).

La violencia física conyugal se incrementó como una de las consecuencias del proceso de modernización que se desarrolló en la ruralidad. Heidi Tinsman (1995) afirma que, durante los años cincuenta y sesenta, el hogar rural aparecía como uno de los pocos lugares donde los hombres campesinos podían ejercer la autoridad que –según la cultura patriarcal– les correspondía, ya que su subyugación de clase frente al patrón desde una posición servil se los impedía. De esta manera, la violencia que vivían las mujeres campesinas por parte de sus esposos o convivientes durante la reforma agraria estaba relacionada con su asistencia a los Centros de Madres, pero también porque "comienzan a asistir a clases de alfabetización sin consentimiento del marido, o porque ellas acuden a los consultorios de salud en busca de métodos anticonceptivos" (Tinsman, 2008: 59). Precisamente, mientras muchos hombres campesinos recuerdan esta época como un momento importante en el que se amplió notablemente su participación política al verse considerados por los partidos políticos, el Estado e incluso los patrones, muchas mujeres constataron haber sufrido algún tipo de maltrato. Un gran número de ellas "a menudo recuerdan la reforma agraria como tiempos de violentas peleas familiares, largos períodos de soledad, desconocimiento sobre lo que estaba pasando, traiciones sexuales de los hombres y preocupación por las hijas" (Tinsman, 2008: 64).

La participación en los Centros de Madres rurales representó una transformación significativa para las mujeres campesinas, mucho más que para las mujeres de las áreas urbanas, toda vez que su rol de madres era valorado en estos sitios y les otorgó presencia en los Centros de Padres y Apoderados y en las Juntas de Vecinos. En definitiva, salir del espacio doméstico al que se encontraban limitadas y organizarse socialmente (Valdés y Weinstein, 1993). Cabe destacar que, durante los años previos al golpe de Estado de 1973, algunos Centros de Madres rurales fueron utilizados como puntos de reunión por los profesionales sanitarios para realizar los Controles de Niño Sano a los hijos de las campesinas, lo que revela la multifuncionalidad de estos espacios (Vargas-Cárdenas, 2020).

4.7 La Secretaría Nacional de la Mujer y las políticas del aborto

En 1972, el Estado de Chile y el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población firmaron un convenio para la creación de un Programa Trienal de Extensión de Servicios de Salud Materna e Infantil y Bienestar Familiar (PESMIB), paralelo al ya existente entre el SNS y la APROFA (APROFA, 1976: 33). Este programa estaba destinado a "disminuir la morbimortalidad materna y perinatal (…), la morbimortalidad del niño en el primer año de vida, educación en salud y promoción del deber y derecho de la paternidad responsable" (Jiles y Rojas, 1992: 159). La labor de APROFA fue muy relevante y lo siguió siendo una vez que finalizara su cooperación financiera con el Estado cuando este último asumió todas las responsabilidades económicas,

administrativas y técnicas de la regulación de la natalidad al expandir el programa de atención de salud a la mujer (Jiles y Rojas, 1992: 168).

Según Teresa Valdés y Marisa Weinstein (1993), a través de un decreto presidencial en 1972, Allende creó la Secretaría Nacional de la Mujer (SNM). Este era un organismo dependiente del Presidente de la República instaurado para asesorar al gobierno en la elaboración y ejecución de planes y políticas destinadas a las mujeres y la atención a la infancia, con el fin de terminar con su discriminación. Asimismo, respecto al bienestar de las mujeres y sus familias, la SNM se preocupó de los problemas de salud, de los jardines infantiles y de la educación. Además, trabajó coordinadamente con la Dirección de Asistencia Social, la Consejería de Desarrollo Social, el Consejo Nacional de Menores y los organismos del mundo agrícola que atendían asuntos sobre la mujer campesina. De igual modo, figuraba su trabajo con la Corporación de la Reforma Agraria (CORA), el Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP) y el Servicio Agrícola y Ganadero (SAG). Por otro lado, la institución llevó a cabo un programa de educación para capacitar a mujeres como activistas en salud e instrucción familiar y realizó un plan piloto para la distribución de comidas diarias a precio de costo para aliviar el trabajo doméstico de las mujeres pobladoras. A su vez, instauró una oficina de informaciones destinada a las mujeres para que conocieran todos los derechos de los que eran titulares y los servicios existentes a su disposición. Finalmente, centralizó los estudios que analizaban las reformas jurídicas que permitieran a las mujeres alcanzar la igualdad ante la ley y organizó debates populares para discutir los proyectos de ley enviados por el gobierno de la Unidad Popular que buscaban mejorar la condición jurídica, social y provisional de las mujeres. Entre ellos se encontraban el proyecto sobre divorcio, filiación única (para terminar con la ilegitimidad de los niños), servicio social obligatorio –del que se hablará en el capítulo seis– y la creación del Ministerio de la Familia, el que nunca llegaría a concretarse por la irrupción del golpe de Estado de 1973.

En relación con el aborto, el último proyecto de ley que había ingresado al Congreso para debatir la legalización de su práctica había sido presentado en 1969 por un diputado del Partido Radical, médico de profesión, el cual no prosperó. No obstante, la Unidad Popular rescató la cuestión a través de una consulta popular para poner fin a las prácticas clandestinas del aborto y terminar con el lucro que muchos médicos y clínicas privadas hacían con la interrupción del embarazo (Rojas Mira, 1994a). Allende había declarado en el Día Internacional de la Mujer de 1973 que "el aborto marca en nuestro país, todavía, el más alto índice de mortalidad de madres. Todo esto les muestra que falta mucho por hacer y la presencia de ustedes [las mujeres] es necesaria"[81]. De esta manera, el Hospital Barros Luco –fuera de toda normativa de ley– inauguró un programa de regulación menstrual, inducción del aborto por Rivanol y raspado para mujeres usuarias de anticonceptivos que hubieran fallado (Rojas Mira, 1994a: 207).

[81] "Discurso de Salvador Allende en el Día Internacional de la Mujer, 8 de marzo de 1973", *Textos de Salvador Allende* 1973, Biblioteca Clodomiro Almeyda, Partido Socialista de Chile, 2016, p. 223.

La decisión colectiva de los profesionales médicos y sanitarios del Hospital Barros Luco fue acceder a la interrupción voluntaria del embarazo con tal de evitar que las mujeres acudieran a los métodos clandestinos y peligrosos que las ponían en riesgo[82]. Los únicos requisitos que la paciente debía cumplir eran residir en el área atendida por dicho hospital y tener un máximo de 18 semanas de embarazo (Jiles y Rojas, 1992). Se realizaron más de 30.000 abortos gratuitos y legales, siempre en caso de mujeres en situación de pobreza extrema que vivieran en el sector sur de Santiago o de mujeres que tuvieran muchos hijos y/o embarazos no deseados. Por lo demás, se les pedía a estas mujeres utilizar algún método anticonceptivo luego del aborto o estar dispuestas a esterilizarse si ya no deseaban tener más hijos (APROFA, 2010). El éxito de la política fue tal que María Elena Flores, auxiliar del equipo de maternidad en aquellos años, afirmó que llegaban a atenderse al hospital mujeres de todo Chile que fingían vivir en la zona sur de la capital y que, aunque el personal sanitario reconocía sus mentiras, no podían negarles la atención (Montebruno y Delgado, 2012). El médico Aníbal Faúndes aseguró que era la manera correcta de proceder porque ellos no realizaron más o menos abortos de los que ya se hacían en Chile de manera clandestina. La importancia estaba en que sólo eliminaron del medio el riesgo que las mujeres corrían: "la solución fue usar el aborto terapéutico en su sentido más amplio. Al punto que, si una mujer manifestaba claramente no desear su embarazo, se consideraba terapéutico interrumpirlo" (Montebruno y Delgado, 2012).

Esta medida es similar a la Reforma Eugénica del Aborto implementada en la Generalitat de Cataluña al inicio de la Guerra Civil Española toda vez que también fue poco restrictiva en su aplicación. La diferencia estaba en que las transformaciones políticas, sociales y culturales que había atravesado la sociedad chilena durante la segunda mitad del siglo XX habían modificado el pensamiento de las mujeres frente al control de la natalidad y el aborto, quienes normalizaron recurrir a los servicios de salud para obtener acceso a ambos, no así las mujeres en Cataluña durante el final de la Segunda República (Nash, 1988).

Es importante resaltar que la Unidad Popular concibió a la mujer como "madre, ciudadana y trabajadora", lo que permite comprender las acciones y políticas desarrolladas hacia ellas. Aún a pesar de la intención de modernizar la familia y liberar a las mujeres de las injusticias sociales que las subyugaban en el ámbito urbano y rural, el modelo de género tradicional femenino continuó presente. Una de las explicaciones a este escenario es la ausencia de un movimiento de mujeres que abrazara las reivindicaciones propias vinculadas al mejoramiento de su condición como tales. El MEMCh había abandonado su activismo después de conseguir el derecho al sufragio en 1949 y no supo reconocer en las políticas de control de natalidad un nuevo eje que cohesionara su movimiento autónomo (Jiles y Rojas, 1992). De este modo, la activa participación política que mostraron durante la primera mitad del siglo XX fue

[82] "Births, abortions, and the Progress of Chile", *Field Staff Reports*, American University Field Staff, 19 (2), 1972.

absorbida por las organizaciones sociales y el quehacer político general, lo que ocasionó que siguieran siendo definidas desde su lugar como madres o esposas (Valdés y Weinstein, 1993). Evidencia de ello son las diversas referencias que Allende hacía a "la abnegada madre y valerosa trabajadora", pero no a la mujer emancipada (Jiles y Rojas, 1992).

Lisa Baldez ha demostrado lo anterior al visibilizar la contradicción existente en la izquierda política por buscar consolidar la equidad con las mujeres, pero rescatando sustancialmente su papel maternal (2002). Igualmente, Marcela Tapia Ladino (1999) insiste en que se puede desprender de los discursos de Allende que su visión de las mujeres radicaba en su complementariedad con los trabajadores masculinos. El énfasis que ponía en las supuestas capacidades naturales de las mujeres respecto al cuidado, la ternura y la fortaleza frente a la adversidad se traducían en políticas que aprovechaban estas cualidades en beneficio del proceso revolucionario chileno.

TERCERA PARTE

EL INSTITUTO CHILENO DE CULTURA HISPÁNICA, LA SECCIÓN FEMENINA Y LA SECRETARÍA NACIONAL DE LA MUJER (1945-1977)

CAPÍTULO V

DEL FRANQUISMO AL PINOCHETISMO: LA HISPANIDAD Y EL INSTITUTO CHILENO DE CULTURA HISPÁNICA

Si hasta este momento se ha comprendido el proceso histórico que Chile había atravesado durante la mayor parte del siglo XX, se podrá afirmar que estaba caracterizado por una continua democratización del acceso a la salud y los crecientes derechos que las clases populares, el campesinado y las mujeres habían adquirido en las últimas décadas. Sin embargo, los sectores conservadores y tradicionales del país habían desarrollado estrategias de contención frente al avance de la izquierda y la laicización de la sociedad, para lo que hicieron uso de sus conexiones internacionales. Su propósito era defender el modelo de país en el que creían, asociado a un profundo respeto a la tradición histórica y cristiana chilena, que les permitía proteger sus intereses de clase como élite nacional.

El presente capítulo analiza la manera en que se relacionaron las dictaduras de Francisco Franco y de Augusto Pinochet a partir de la influencia ejercida por el franquismo en Chile a lo largo de las décadas previas al golpe de Estado de 1973. De este modo, se indaga en la importancia ideológica que tuvo el régimen español en la legitimación y construcción del régimen pinochetista.

El primer epígrafe aborda el concepto de "Hispanidad" y su significado, el que tuvo un papel fundamental en la política exterior del régimen franquista hacia Hispanoamérica. El segundo explica la creación en 1945 del Instituto Chileno de Cultura Hispánica (IchCH), filial local del Instituto de Cultura Hispánica de Madrid, así como el papel representado por dicha institución como promotora de la llamada "Hispanidad". El tercero detalla los vínculos existentes entre el IchCH y el Ejército de Chile correspondientes a las décadas previas a la dictadura de Pinochet, lo que iluminará sobre los discursos adoptados por la Junta Militar una vez instaladas en el poder. El cuarto encabezado se ocupa de la relación que mantuvo el IchCH con el gobierno democratacristiano a finales de los años sesenta y con el gobierno socialista a inicios de la década siguiente, mientras que el quinto expone su papel propiamente tal durante el régimen pinochetista.

Por su parte, y retrocediendo en el tiempo, el sexto punto describe la manera en que el hispanismo nacionalcatólico influyó sobre las élites conservadoras católicas chilenas e intelectuales afines a lo largo de todo el siglo XX. Y, finalmente, la séptima sección expone los elementos del hispanismo nacionalcatólico que fueron recogidos por la Junta Militar de Gobierno para legitimar su intervención a través del golpe de Estado y la instauración del nuevo régimen dictatorial chileno, lo que explica la facilidad con que las mujeres que integraron la Secretaría Nacional de la Mujer supieron encontrar el camino adecuado para desplegar un discurso de género estrechamente vinculado al modelo abnegado de madre que formaría a los futuros ciudadanos de Chile, como se verá en el siguiente capítulo.

5.1 La Hispanidad y la unidad de destino en lo universal

Antes de abordar directamente el papel del Instituto de Cultura Hispánica durante el régimen franquista y su relación con Chile, es necesario definir el concepto de Hispanidad, arista esencial en la actitud que el franquismo adoptó hacia los países hispanoamericanos. Como explica claramente Ismael Saz Campos (2013), la existencia de dos culturas políticas durante los primeros años del régimen generó una pugna que, entre otras cosas, no lograba resolver las diferencias entre "la nación fascista" –representada por Falange– y "la nación católica", defendida por Acción Católica. Aunque finalmente el nacionalcatolicismo se impuso tras la Segunda Guerra Mundial, la Hispanidad era un concepto rechazado por los falangistas hasta entonces porque no calzaba sus ambiciones fuertemente nacionalistas e imperiales. Pero ¿qué es la Hispanidad? Uno de sus mayores exponentes fue Ramiro de Maeztu, intelectual regeneracionista y director de la revista Acción Católica. En 1931, escribió *Defensa de la Hispanidad*, un ensayo en el que exhorta a la población española a recordar el papel jugado por España en la historia universal, siempre aludiendo a la necesaria regeneración nacional.

Maeztu profundiza en la Hispanidad para construir toda una argumentación que otorgue cimientos para la recuperación de una España que considera que ha perdido el rumbo y que se ha traicionado a sí misma. Según su criterio, la Hispanidad no se reduce a una categoría racial o territorial, sino que entronca con una identidad cultural y espiritual que une a los pueblos de habla hispana que han sido influenciados por la cultura hispánica y, por lo tanto, por el catolicismo. Así, "la Hispanidad, desde luego, no es una raza. (…) está compuesta de hombres de las razas blanca, negra, india y malaya y sus combinaciones" (Maeztu, 1934: 20).

La "unidad de destino en lo universal" como concepto está intrínsecamente ligada a esta idea de comunidad. Maeztu lo aclara afirmando que "todos ellos [los pueblos hispánicos] conservan un sentimiento de unidad, que no consiste tan sólo en hablar la misma lengua o en la comunidad del origen histórico (…), sino de una comunidad permanente" (1934: 21). En ese sentido, estos pueblos –unidos por el Atlántico en el caso de América– no sólo comparten una historia, sino que, al mismo tiempo, una misión más amplia. De esta manera, la "unidad de destino" no se vincula exclusivamente al pasado, sino que alude a la responsabilidad compartida de defender los valores que históricamente han sostenido a la civilización hispánica. Según él mismo, la traición a esta esencia era lo que explicaba todos los males que azotaban a España, es decir, "la pérdida de nuestra idea nacional", el quebranto de la fe y la apertura al liberalismo y a influencias extranjeras (Maeztu, 1934).

Por esta razón, la Hispanidad debía expresarse en la acción y no sólo en la teoría porque "el mundo no creerá en el valor de nuestro tesoro si no lo demostramos con nuestras obras" (Maeztu, 1934: 75). La tradición como corriente histórica tiene un rol vertebral en la identidad hispánica. No es algo que exclusivamente se herede, sino que constituye una guía para continuar los siguientes pasos, para el futuro. Por lo tanto, "la

propia tradición no es sólo el mejor maestro, sino un camino medio andado y la indicación del que ha de andarse (…) nos orienta hacia el porvenir" (Maeztu, 1934: 259). Existía mucha preocupación por el surgimiento de corrientes ideológicas indigenistas en Hispanoamérica que rechazaban la herencia hispánica. Maeztu expresó que el ideal de estos movimientos consistía "en el retorno a los dioses atroces que pedían sacrificios humanos y en el aislamiento respecto de Europa de las diversas razas de indios". En cambio, sugería "la elevación de los aborígenes de América a la altura que hayan alcanzado en el resto del mundo los hombres más civilizados" puesto que "esto fue precisamente lo que España quiso y procuró en los siglos de su dominación" (Maeztu, 1934: 288). Por este motivo, la defensa de la Hispanidad no sólo abordaba la realidad española, sino que la de toda la comunidad que había heredado su influencia. En ese sentido, defender la Hispanidad significaba que los pueblos hispánicos debían proteger su cultura y descartar la imitación de modelos ajenos –locales o extranjeros– que pudieran disolver su verdadera identidad porque "este desprecio de lo propio e infatuación de lo postizo y extranjero es lo que nos indujo a la pérdida de la fe y a la revolución" (Maeztu, 1934: 293).

La Hispanidad, en definitiva, representa un cúmulo de valores universales que tienen su raíz en una identidad propia que la diferencia de otras civilizaciones. Maeztu observaba con alarma la lucha ideológica de "los pueblos criollos" que se debatían entre "el bolchevismo" y "el imperialismo económico extranjero", olvidando que para "salir victoriosos han de volver por los principios comunes de la Hispanidad". Si España debía someter sus leyes y su economía "al mismo principio espiritual que su propia autoridad, a fin de que todos los órganos y corporaciones del Estado reanuden la obra católica de la España tradicional, la depuren de sus imperfecciones", entonces los países hispanoamericanos debían nacionalizarse aún más. Ese proceso pasaba inevitablemente por hacerse "más hispánicos, porque la Argentina y Chile y Cuba son sus tierras, pero la Hispanidad es su común espíritu, al mismo tiempo que la condición de su éxito en el mundo". La idea de "unidad de destino en lo universal" se hace realidad cuando los pueblos hispánicos reconocen su papel en la historia y se comprometen a preservar su legado. Y es precisamente esta misión la que adoptaría España en su política exterior hacia América durante el régimen franquista.

5.2 La creación del Instituto Chileno de Cultura Hispánica

Es importante tener claro que la política exterior de España desplegada hacia América Latina a lo largo del régimen franquista fue una constante que se tradujo, sobre todo, en el establecimiento de acuerdos políticos y económicos, pero también culturales (Pardo Sanz, 1995; Delgado Gómez-Escalonilla, 1988; 1992; 2003; Arenal, 2004). Entre las instituciones que se crearon para dicho fin destacaban las sedes locales del Instituto de Cultura Hispánica, repartidas en diferentes ciudades de los países que habían conformado antaño el Imperio español. Entre sus símiles hispanoamericanos, el Instituto Chileno de Cultura Hispánica (IchCH) se convirtió en uno de los organismos favoritos de la administración española en Madrid, a pesar de que éste comenzara con

un complicado despegue. Para el Ministerio de Asuntos Exteriores del franquismo, Chile representaba un papel importante, únicamente superado por Brasil y Argentina, y comparable al de Perú, Colombia y México (Garay, 1996).

El Instituto de Cultura Hispánica (ICH) fue una institución con personalidad jurídica propia creada en 1945 para reemplazar al Consejo de la Hispanidad – fundado en 1940– para eliminar la excesiva carga ideológica fascista que lo había caracterizado durante la Segunda Guerra Mundial como altavoz del imperialismo falangista (Cañellas, 2014). En el escenario de aislamiento internacional que vivió el régimen franquista una vez finalizado el conflicto bélico, la fundación del ICH se dirigió al fomento y la consolidación de las relaciones entre Hispanoamérica y España. Concebido como un ente de cooperación cultural, funcionaba como organismo asesor del Ministerio de Asuntos Exteriores para rescatar los valores hispanistas presentes en las élites de los países hispanoamericanos (González Calleja y Pardo Sanz, 1993; Gil Pecharromán, 2008). La idea era que, con la cooperación del Ministerio de Asuntos Exteriores y las embajadas españolas en diferentes países de la región, las filiales locales del ICH aunaran los lazos culturales comunes con las naciones hispanoamericanas para proyectarlos luego al ámbito político (Cañellas, 2014). De esta manera, las filiales locales del ICH funcionaron como cajas de resonancia de la política exterior del franquismo en Iberoamérica, lo que explica que sus actuaciones y financiamiento dependieran exclusivamente de la sede central de Madrid y del trabajo en conjunto con las embajadas españolas. A pesar de ello, su acercamiento a las clases dirigentes de cada país para asegurar la expansión de la Hispanidad y así contrarrestar la influencia cultural de Estados Unidos en el continente americano no estuvo exento de conflictos por el nivel de autonomía que las élites hispanoamericanas exigían al centro principal en España.

La promoción de los valores culturales de la España franquista fue el principal objetivo del IchCh desde el inicio de su funcionamiento en 1949 en Santiago de Chile (Jara Hinojosa, 2006). Las actividades promovidas abarcaron desde exposiciones, conferencias y sesiones de estudio, hasta reuniones estudiantiles y cursos históricos, literarios y artísticos[83]. Bien es cierto, sin embargo, que no dejaron de producirse

[83] Incluso se creó el "Premio Ramiro de Maeztu" en reconocimiento a la mejor memoria universitaria sobre temáticas hispánicas. Estas acciones giraban en torno al discurso cultural institucional, el que reiteraba los clichés interpretativos sobre la historia colonial americana y chilena. De manera especial se centraba en la literatura del Siglo de Oro, los grandes pintores clásicos, la monarquías hispánica e imperial de los Reyes Católicos, Carlos V y Felipe II, la cultura popular castellana y la poesía española contemporánea. También fueron abordados temas menos tradicionales si la perspectiva con la que se desarrollaban era antiliberal y anti-indigenista y se valieron de la propaganda indirecta de estudiantes y profesores que visitaron España para que contaran su experiencia en el país a través de charlas sobre sus especialidades (Jara Hinojosa, 2006). Otra institución que fue creada a partir del IchCH como consecuencia del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano de 1951 fue el Círculo Femenino Isabel la Católica de Santiago, del que se hablará en el capítulo siguiente.

conflictos con las diversas filiales hispanoamericanas del Instituto Cultural Hispánico por su contenido político, y la chilena no fue una excepción. Así, por ejemplo, el historiador chileno Jaime Eyzaguirre –conservador católico y admirador de Franco que impartió clases en la Universidad de Madrid– comunicó a la sede madrileña que el IchCH se veía imposibilitado de cumplir su tarea de promover de manera eficaz el hispanismo precisamente por su, en su opinión, excesivo nivel de politización. Ahí estaba, por ejemplo, la presencia efectiva de la Embajada española en su organización y funcionamiento, o la presidencia honoraria del patronato del Instituto chileno en manos del embajador, al igual que la presencia de otros dirigentes políticos chilenos y miembros de la colonia española. Eyzaguirre sostenía que la propaganda política española debía realizarse por otros canales que no desvirtuaran la función cultural del IchCH. Frente a eso, proponía la retirada de representantes oficiales y políticos del organismo para "nacionalizarlo" a través de su reemplazo por intelectuales propiamente chilenos. Su preocupación radicaba en la vulnerabilidad que significaba un instituto especialmente politizado, que lo exponía a acusaciones de influencia extranjera por los sectores partidarios del panamericanismo o por los propios Estados Unidos, tal y como había ocurrido con el Instituto chileno-alemán y el Instituto chileno-japonés, que ya habían dejado de existir. El historiador manifestaba que la hermandad que significaba la cultura hispana debía sostenerse por la convicción y esfuerzos de los hispanistas chilenos en colaboración con el país ibérico para que realmente fuera sólida la defensa del patrimonio común (Cañellas, 2014).

Debido al prestigio de Eyzaguirre y a su condición de miembro crucial para la difusión del hispanismo en Chile, el director del Instituto Cultural Hispánico en Madrid, Alfredo Sánchez Bella, le envió una carta en 1948 en la que afirmaba compartir su misma opinión. Fue así como, en un intento por limar asperezas, se decidió la renuncia del embajador español a la presidencia del patronato y a cualquier otro cargo dentro del IchCH (Cañellas, 2014). Como resultado, y gracias a que la Embajada de España en Chile dejó de encargarse de esta difusión al menos públicamente, el IchCH pudo acceder a personas que no se identificaban ni con la cultura española conservadora ni con el franquismo (Jara Hinojosa, 2006: 147-148). De todas formas, Sánchez Bella continuó con su intención de incluir políticos chilenos dentro del IchCH para favorecer la transmisión de los ideales hispánicos al mundo político chileno, de acuerdo con la estrategia de diplomacia paralela que fue implementada por el régimen franquista en aquel entonces (Cañellas, 2014).

En 1952 Carlos Ibáñez del Campo, quien había sido dictador en el país a finales de los años veinte y se había inspirado en la dictadura de Miguel Primo de Rivera, fue elegido Presidente de la República de Chile. Su gobierno fue útil para el IchCH porque revitalizó a la derecha en el escenario político al aceptar como nuevos miembros del instituto a diputados e intelectuales provenientes de este sector y fortaleció la cooperación hispano-chilena. A pesar de ello, el organismo atravesó por diferentes crisis internas hasta 1964. Aunque en 1958 se había firmado el convenio de la doble nacionalidad, los problemas tenían que ver, principalmente, con una desfasada

comunicación y coordinación con la Embajada española en Chile, así como con un cambio complejo en la directiva y con la escasez de recursos. En 1962, la insolvencia económica provocó incluso el cese de las actividades del IchCH sin que mediara consulta previa con Madrid, luego de la disminución de algunos de sus socios, la escasa rentabilidad de sus publicaciones y la disminución de las becas que el centro ofertaba previa selección. Como plantea Jara Hinojosa (2006: 155-158), esta situación no fue tolerada por el Instituto de Cultura Hispánica (ICH) de Madrid, que criticó el exceso de autonomía de su sede en Chile y ordenó la intervención del entonces embajador español, Tomás Suñer y Ferrer, para proponer la candidatura de una nueva directiva que, finalmente, resultó electa. Debido a esta intervención, fue normalizada la financiación que el ICH otorgaba a su filial chilena. De paso, la imposición de la tutela sobre el IchCH fue consolidada. De ese modo se aseguró la representación diplomática en la Junta Ejecutiva y se obligó al instituto a cambiar sus estatutos para que su reorganización le permitiera continuar con su personalidad jurídica independiente, sin que se repitiera una situación como aquella.

Por otra parte, el Instituto chileno de Cultura Hispánica también se vio enfrentado a acontecimientos internacionales tan importantes como el triunfo de la revolución cubana en 1959 y el lanzamiento de la estadounidense Alianza para el Progreso en América a principios de los sesenta. En este nuevo marco, el gobierno de Jorge Alessandri (1958-1964) integró en su gabinete a dos miembros del IchCH para contrarrestar el avance de las izquierdas. Para ello fueron seleccionados Julio Philippi, designado Ministro de Relaciones Exteriores, y Jorge Prat Echaurrén, designado presidente de la Comisión de Reforma Previsional, además de presidente del Banco del Estado. Estos nombramientos desencadenaron cuestionamientos provenientes de la clase política al dar la impresión de que dos ultra-católicos y nacionalistas aceptaban la democracia liberal, pero se declaró que sólo respondían a la estrategia gubernamental de Alessandri de construir una administración tecnócrata y apartidista (Jara Hinojosa, 2006: 159-160).

5.3 Los vínculos entre el Instituto Chileno de Cultura Hispánica y el Ejército de Chile

Para comprender la influencia que el hispanismo tuvo en la dictadura cívico-militar de Pinochet es relevante indagar en los vínculos que existían entre el Instituto Chileno de Cultura Hispánica y las Fuerzas Armadas chilenas, en especial con el Ejército de Chile[84].

La identificación del Ejército chileno con los valores tradicionales y patrióticos hizo que algunos de sus integrantes participaran como miembros activos o asistentes a las actividades del Instituto Chileno de Conmemoración Histórica desde 1937: de ahí que se vincularan con importantes hispanistas como el mencionado historiador Jaime Eyzaguirre o con José Sáez Campos, secretario de la Embajada española. Si colaboraron con el IchCH fue asimismo por la admiración que profesaban a antiguos conquistadores vinculados con

[84] En Chile, las Fuerzas Armadas están compuestas por el Ejército (lo que en España sería el Ejército de Tierra), la Armada y la Fuerza Aérea (equivalente al Ejército de Aire y del Espacio español).

la historia de Chile, como Diego de Almagro, Pedro de Valdivia o Hernando de Magallanes, lo que les hacía participar en muchas ocasiones de la celebración del 12 de octubre. Reconocían y respetaban además destacados hechos de guerra del bando sublevado en la Guerra Civil española, como la resistencia ofrecida por el general Moscardó en el alcázar de Toledo. Para el IchCH fue fundamental consolidar sus lazos con el Ejército de Chile y así fortalecer su influencia en el país para disputársela a Estados Unidos. En ese sentido, la Dirección General de Relaciones Culturales y el ICH ofrecieron en 1950 cuatro becas para que los oficiales viajaran a España a formarse en técnica y organización militar en el Ejército español. El caso era que siempre se había realizado la formación y especialización de los militares chilenos exclusivamente en los centros técnicos militares de Estados Unidos, por lo que dicha idea no fue fácil de concretar debido a que encontró bastante resistencia dentro de las instituciones chilenas (Jara Hinojosa, 2006: 205-207).

Ahora bien, esta mutua colaboración entre el Instituto y el Ejército chileno se expresó incluso a nivel provincial. La sede del IchCH de Linares realizó cursos para oficiales del regimiento de Artillería en 1965 mientras que la Asociación de ex becarios en España fundada ese mismo año en Valparaíso funcionó con la cooperación de la Escuela Naval. Al mismo tiempo, la Escuela Militar colaboró con el IchCh de Santiago en el homenaje al monumento de Isabel la Católica del 12 de octubre de 1966 y, según documentos consulares, el por entonces recién nombrado teniente coronel Augusto Pinochet fue, de hecho, uno de los directores fundadores del Instituto Chileno Cultural Hispánico en Antofagasta en 1961 (Jara Hinojosa, 2006: 207-208).

Las ideas nacionalistas y conservadoras católicas en cuanto a la defensa de un orden jerarquizado, cargado de disciplina y autoridad fueron utilizadas por el franquismo como puente con el Ejército chileno, lo que coincidió con el perfil mesiánico que este último comenzó a manifestar hacia principios de 1970. Según el pensamiento integrista, la sociedad chilena era naturalmente vertical y cristiana, lo que normalizaba la desigualdad al suponer que cada persona tenía un lugar y una función determinada que se complementaba con la de las demás. Bajo ese razonamiento, el liberalismo y el marxismo habían alterado este "orden natural" que sólo podía ser restaurado por una élite especial. Por lo tanto, la estructura militar –caracterizada por la disciplina y la obediencia– interpretaba la democracia liberal como caótica, desintegradora y decadente al permitir conflictos que perturbaban dicho orden y amenazaban así a la nación. Según este planteamiento, el Ejército chileno se arrogó la preservación de los valores fundamentales del país, sobre todo considerando que su cosmovisión de la «chilenidad» tenía sus bases en el nacionalismo de inicios del siglo XX que establecía la existencia de la «raza chilena». Esta "raza", la determinada por "las virtudes militares y patrióticas de los españoles y los araucanos, pero siempre con mayor valoración de los primeros", era la que en la coyuntura actual se hallaba, según su planteamiento, necesitada de imperiosa protección. En consecuencia, el hispanismo franquista fue asimilado por algunos militares, aunque con el tiempo perduró su dimensión simbólica por sobre el modelo socioeconómico corporativista que defendía. Prueba de lo anterior es que la crítica principal que se le hacía

a los partidos políticos desde esta rama de las Fuerzas Armadas estaba mayormente centrada sólo en la ineficacia para detener la inflación, la devaluación de sus salarios y la falta de iniciativa para comenzar el proceso de modernización tecnológica (Jara Hinojosa, 2006: 210). Ciertamente, y en relación a la protección de la «raza chilena», destacó el cargo de Sergio Arellano Stark como agregado militar en la Embajada chilena en España entre 1969 y 1971 (Henríquez Uzal, 2008: 209), que durante la dictadura de Pinochet sería responsable de uno de los procesos represivos más importantes durante el primer año del régimen, el denominado «Caravana de la Muerte»[85].

5.4 El Instituto Chileno de Cultura Hispánica como patrimonio de la derecha política chilena

El triunfo del Partido de la Democracia Cristiana en la elección presidencial de 1964 fue recibido con alivio en el IchCH, que contemplaba con preocupación el ascenso de la izquierda en Chile. Los resultados en las votaciones –que dieron por ganador a Eduardo Frei Montalva– reflejaron el desplazamiento del electorado chileno hacia la opción de centro-izquierda, con lo que el titular de negocios español del IchCH, Rafael Gómez-Jordana, decidió que era pertinente incluir en el directorio a personas que fueran cercanas tanto al hispanismo como al oficialismo. Pensaba que sería una buena estrategia para sintonizar mejor con los cambios que experimentaba el país y con la juventud que los encauzaba, lo que no fue difícil porque ya existían cristianodemócratas entre los miembros del Instituto. Uno de ellos era Rafael de la Presa, uno de los responsables de la Ley de Doble Nacionalidad de 1958 (Jara Hinojosa, 2006: 161-162).

De este modo, el IchCH buscaba adaptarse al nuevo escenario democristiano en colaboración con la Embajada española. Por su parte, los intelectuales y políticos derechistas se blindaban en el periódico *El Mercurio*[86], la Pontificia Universidad Católica

[85] La Caravana de la Muerte fue una operación militar organizada por Augusto Pinochet entre septiembre y octubre de 1973 con el objetivo de agilizar y revisar los procesos de los consejos de guerra de las personas detenidas tras el golpe de Estado del 11 de septiembre al ser identificadas como "extremistas". La misión fue encargada al general Sergio Arellano Stark quien, junto a un grupo de oficiales del Ejército, recorrió ciudades del Norte y Centro-sur de Chile para ejecutar con especial brutalidad a un total de 97 personas (Verdugo, 1989). En 1999, y luego de una larga investigación, el juez chileno Juan Guzmán Tapia ordenó la detención y procesamiento de cinco oficiales militares retirados, entre los que se encontraba Arellano Stark, por el secuestro y homicidio calificado de 19 personas. A partir de esta investigación judicial, el juez español Baltazar Garzón activó la orden de detención contra Augusto Pinochet en Londres en 1998 (Escalante, 2000).

[86] *El Mercurio* fue el principal medio de comunicación de prensa escrita que se opuso directamente al gobierno de Salvador Allende, al recibir financiamiento directamente de la CIA para desestabilizar dicha presidencia. Además, documentos desclasificados recientemente por dicho organismo estadounidense prueban que Agustín Edwards, el dueño de *El Mercurio*, se reunió con Richard Nixon en la Casa Blanca apenas once días después de que Salvador Allende ganara la elección presidencial en 1970 y horas antes de que el Presidente de los Estados Unidos ordenara a la CIA intervenir en Chile. También existen antecedentes que permiten afirmar que Edwards se reunió con Richard Helms, jefe máximo de la CIA, en aquel mismo mes para solicitar apoyo en una eventual acción militar contra Allende y que, a la vez, sostuvo encuentros con diversos oficiales a quienes entregó información sobre militares chilenos dispuestos a participar en la intervención armada (Kornbluh, 2023).

y en el recientemente creado Partido Nacional[87] para actuar frente al progresivo aumento de la movilización popular. Es importante mencionar que, a partir de la creación de este partido, el autoritarismo abandonó su ubicación marginal dentro este sector político para convertirse en su pensamiento hegemónico: la necesidad de contar con una élite salvadora conducida por las Fuerzas Armadas acabó configurándose como su eje vertebral. Por su lado, los defensores del modelo corporativista no se sintieron representados por este nuevo partido político y fundó en 1966 el Movimiento Gremialista, dirigido por Jaime Guzmán, de quien se hablará más adelante en este capítulo (Jara Hinojosa, 2006: 163-164).

Durante estos años, el IchCH experimentó una creciente expansión que se tradujo en el incremento de sus miembros y el ingreso de democratacristianos en sus filas, lo que amplió sus simpatías políticas hacia el centro político y superó las barreras del catolicismo conservador. Al mismo tiempo, el ICH y la Embajada española incrementaron su autoridad sobre el Instituto al constatar que las familias tradicionales lo habían manejado durante años como un patrimonio personal. Esta situación era problemática porque la apropiación del Instituto por parte de este grupo de familias dificultaba los cambios que se necesitaban para garantizar un buen entendimiento con el gobierno de Frei Montalva debido a la poca afinidad entre este último y el IchCH[88]. Por esta razón, la construcción de vínculos entre la Embajada española y las nuevas fuerzas políticas no fue apreciada por las familias que históricamente habían pertenecido al IchCH. Este movimiento había sido motivado por la política exterior española en su búsqueda indiscriminada de relaciones diplomáticas y comerciales con todos los países con los que fuera posible, sin importar la ideología de sus gobiernos, a raíz del aislamiento internacional que España atravesaba (Pardo Sanz, 1995; Arenal, 2004). En ese sentido, fueron priorizados los lazos con la nueva generación más pragmática e incondicional a la Embajada española que aquellos con el sector liberal-conservador y tradicional del IchCH, que era criticado por la sede madrileña por actuar con demasiada autonomía (Jara Hinojosa, 2006: 167-171).

A pesar de haber sido Frei Montalva uno de los fundadores de la Falange Nacional chilena, extinta para aquel entonces, al IchCH le resultó difícil construir una buena relación con el gobierno democristiano. Es curioso que el gobierno español encabezado por Francisco Franco, vicepresidido por el teniente general Agustín Muñoz Grandes y con Fernando María de Castiella en la cartera de Relaciones Exteriores, tuviera menos afinidad con la Democracia Cristiana que la que tendría después, a partir de noviembre de 1970, con el gobierno de Salvador Allende. Podría pensarse que al ser el primero un partido

[87] El Partido Nacional, creado en 1966, unificaba a los sectores liberales, conservadores y nacionalistas de la sociedad y se convirtió en la organización más importante de la derecha de la segunda mitad del siglo XX.

[88] Hubo dos claras situaciones que reflejaron este panorama. Primero, la negativa de incluir a España dentro de los países que visitó Frei en su gira por Europa en 1966 a raíz del desprestigio internacional que tenía el hispanismo franquista. Y, segundo, el intento de suprimir la festividad del 12 de octubre en 1968, que no salió adelante debido a la gran campaña que lanzó el Instituto para impedirlo. No obstante, como resultado de la influencia de los miembros democratacristianos del IchCH, el Presidente de la República asistió a la recepción realizada con motivo del «Día de la Hispanidad» en 1969, lo que tuvo una buena acogida por la Embajada española, al igual que la aplicación del Convenio Cultural entre Chile y España en el mismo año (Jara Hinojosa, 2006: 166 y 171-172).

político que tenía sus orígenes en la Falange Nacional chilena, fundada en 1937 e inspirada en su homóloga en España, la simpatía entre ambos sería notoria, pero no fue así. Dicho escenario puede encontrar su explicación en que el gobierno de Frei Montalva contenía el avance de la izquierda y de los sectores populares organizados a través del despliegue de una política desarrollista de la mano de la Alianza para el Progreso, por lo que su relación con Estados Unidos era crucial para la política nacional (Jara Hinojosa, 2006). Por su parte, la relación chileno-española durante el gobierno de la Unidad Popular se vio beneficiada como consecuencia del boicot que Estados Unidos hiciera a este último, lo que obligó a Allende a actuar de manera pragmática y a establecer relaciones comerciales y técnicas con Europa Occidental, alianzas en las que España fue primordial (Henríquez Uzal, 2008; Sapag, 2016).

A pesar de todo ello, la inestabilidad política y económica del gobierno de la Unidad Popular (1970-1973), así como el aumento de la violencia en las calles, hizo que cundiera la desconfianza entre algunos miembros del IchCH, hasta el punto de que algunos cargos directivos finalmente decidieron migrar a España. Esta situación abrió una crisis en el interior del instituto al intentar la Embajada española y el ICH crear un consejo que tuviera conversaciones con el propio gobierno chileno, alejara a los directivos de extrema derecha y fiscalizara las cuentas económicas del centro. Lo significativo de estas intenciones radica en que los directivos del ala más autoritaria de la derecha se habían apropiado simbólicamente del IchCH y se negaban a la fiscalización, sobre todo cuando desde Madrid se había querido reparar su imagen para alejarla de ser un "reducto de la más reaccionaria oposición". Pero el problema con los miembros del instituto que buscaban fiscalizar los movimientos económicos del mismo escaló judicialmente en el país y no pudo ser controlado hasta que el mismo gobierno chileno ordenó al Ministerio de Justicia que fuera archivado para evitar problemas con la Embajada española. De todas maneras, el daño ya estaba hecho: no fue posible evitar que se cuestionara el prestigio del IchCH y que relaciones muy antiguas se vieran dañadas permanentemente (Jara Hinojosa, 2006: 180-183).

Todavía más, la compleja situación política que atravesaba Chile, sumada a la desestabilización económica causada por la oposición, así como por empresas y agentes estadounidenses, ocasionó problemas financieros al IchCH y puso en peligro el sistema de becas que otorgaban. A ello se sumó la anormalidad con la que funcionaban las universidades, lo que obligaba al Instituto a extender más de una vez los plazos de recepción de postulaciones o solicitudes de becas. Por otro lado, la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) anunció su intención de intervenir en la selección de los becarios y las áreas prioritarias de formación para Chile. Dicha intromisión originó otro conflicto con el IchCH, que no quería perder la posibilidad de filtrar entre los postulantes a las becas y excluir a quienes tuvieran antecedentes de "agitadores marxistas". Finalmente, CONICYT aceptó la propuesta de la Embajada española de sólo establecer las áreas prioritarias de formación, lo que permitió que el IchCH continuara seleccionando a los becarios con el criterio de su inclinación política (Jara Hinojosa, 2006: 186).

5.5 La trayectoria del Instituto de Cultura Hispánica en el régimen de Pinochet

Una vez instaladas las Fuerzas Armadas en el gobierno tras el golpe de Estado del 11 de septiembre de 1973, fue imposible ocultar la cercanía que había existido entre el gobierno socialista y el franquista. A la Junta Militar de Chile no le quedó alternativa que reconocer que había sido "indudable la acogida (…) [que] los personeros del gobierno anterior tuvieron en los círculos diplomáticos, económicos, financieros y políticos de Madrid" (Jara Hinojosa, 2006: 175). Era innegable que el IchCH había vivido una etapa de expansión durante el período de la Unidad Popular, aun cuando existían otros referentes culturales en ese momento histórico y se vivieran conflictos internos importantes en el organismo. Ahora bien, estos antecedentes no fueron un obstáculo para que el IchCH fuera valorado como centro cultural por la dictadura cívico-militar, lo que lo convirtió en uno de los pocos autorizados para continuar en funcionamiento debido a los importantes apoyos para el régimen que encontraba entre sus miembros. Como ya se ha mencionado, el IchCH había cultivado una estrecha relación con el Ejército chileno durante los años previos e incluso Pinochet había participado en la fundación de la sede del instituto en Antofagasta en los años sesenta. Estaba claro que los valores nacionales en los que se legitimaba el nuevo régimen militar coincidían con los del franquismo y que había que aprovechar el vacío diplomático y cultural dejado por los países de la órbita socialista tras su ruptura de relaciones con Chile. Con ese propósito, el IchCH felicitó al nuevo embajador militar chileno en España y ofreció su colaboración a la Junta Militar en la «refundación nacional» de Chile a través de un aporte económico de 20.000 escudos[89] (Jara Hinojosa, 2006: 351 y 359).

Esta cooperación se demostró en otras instancias. Ejemplo de ello fue la creación del cargo de Asesor Cultural de la Junta Nacional de Gobierno en 1974, siendo nombrado para dicha labor Enrique Campos Menéndez[90], miembro del patronato del IchCH. O la invitación a los directores del IchCH por parte de la Cámara Oficial Española de Comercio a un almuerzo ofrecido al almirante José Toribio Merino, representante de la Armada en la misma Junta, en 1975. Incluso la autorización de las asambleas periódicas de socios del IchCH para renovar el directorio fue concedida sin problemas por parte de la Secretaría de Gobierno, pese a los recortes del derecho a la libre reunión. Además, mantuvo una cordial comunicación con importantes autoridades chilenas y algunos de sus integrantes ocuparon cargos altos o medios tanto a nivel gubernamental como en medios de comunicación. La buena relación entre el IchCH y el régimen quedó evidenciada, por lo demás, con ocasión del fallecimiento del general Franco, a cuyo funeral acudió Pinochet, gran admirador suyo: fue, de hecho, el único Jefe de Estado que acudió a la ceremonia. El Instituto expresó sus

[89] El equivalente a 180.000 dólares aproximadamente de la época. Hoy serían alrededor de US$ 1.250.000.

[90] *Política Cultural del Gobierno de Chile*, Asesoría Cultural de la Junta de Gobierno y el Departamento Cultural de la Secretaría General de Gobierno, p. 55. Enrique Campos Menéndez fue el Jefe del Departamento Cultural de la Secretaría General de Gobierno de la Junta Militar. Su abuelo, José Menéndez Menéndez, es considerado por la historiografía como uno de los principales responsables del exterminio del pueblo *selk'nam* en la Patagonia chilena a partir de las órdenes impartidas para ocupar el territorio y establecer las primeras estancias ganaderas (Marchante, 2016; 2019).

condolencias, guardó el duelo oficial decretado en España y realizó una asamblea en su homenaje a la que asistieron el Director General de Carabineros de Chile y miembros de la Junta Militar (Jara Hinojosa, 2006: 359-364).

La existencia de la dictadura de Pinochet fue entendida por el IchCH como la oportunidad de reforzar todavía más los valores hispanistas, por lo que el Instituto colaboró continuamente con la política cultural gubernamental[91]. Existieron, sin embargo, diversos problemas. Aunque se avanzó mucho en la tramitación para convalidar títulos y grados universitarios entre ambos países, el número de becas que ofertaba el IchCH con gran prestigio fue en descenso, aunque no perdió el interés del mundo profesional. Inversamente, los intercambios de estudiantes secundarios o dirigentes de la Secretaría Nacional de la Juventud fueron en aumento, ya que se beneficiaron de las buenas relaciones entre los contactos de la dictadura cívico-militar chilena y el franquismo.

Por otra parte, el cambio de régimen en España y el proceso de transición política a la democracia impactaron en la relación con la Junta Militar chilena y, en consecuencia, en el funcionamiento del IchCH. Prueba de ello fue la solicitud de 11 funcionarios del Instituto Cultural Hispánico en Madrid al gobierno español de Adolfo Suárez para que votara en contra de Chile en la Asamblea General de la ONU en 1976, a causa de las denuncias por las violaciones de los derechos humanos cometidas por el régimen de Pinochet. Este suceso evidenció que el Instituto español ya no compartía el conservadurismo de antaño con las sedes hispanoamericanas. Posteriormente el ICH se transformó en el Centro Iberoamericano de Cooperación (CIC) en 1977 y en 1979 en el Instituto Iberoamericano de Cooperación (ICI), lo que tuvo como efectos la reducción de las becas otorgadas a Chile y la interrupción de las negociaciones para abrir nuevas sucursales provinciales con el IchCH. De la misma manera, al ser el IchCH de origen

[91] Por ejemplo, en la celebración del Día de la Hispanidad de 1974 organizada por el gobierno chileno, el Instituto invitó a diversos miembros y académicos chilenos y españoles a conferenciar en el centro sobre temáticas vinculadas a la Historia de América y Chile. De la misma forma, inició diversos proyectos, tales como acordar en conjunto al Instituto de Historia de la Pontificia Universidad Católica de Chile corregir la "imagen deformada de la acción de España en la Historia de América" y así "contribuir a superar esa limitación grave y a establecer[la] en sus justos términos". En esa dirección, y aprovechando que el sistema educacional estaba siendo transformado, el IchCH llegó a un acuerdo con el Ministerio de Educación para desarrollar el Programa de Cooperación Iberoamericana, consistente en actividades destinadas a establecimientos secundarios y universidades chilenas y en el aporte de material bibliográfico. Por su parte, organizó concursos regionales de dibujo sobre el «Descubrimiento de América» y, siguiendo la propuesta del ICH de Madrid, convocó un concurso nacional para estudiantes secundarios y de bachillerato. Éste consistía en realizar un ensayo "sobre los aspectos de la vida chilena en los cuales se apreciara la influencia "de la cultura hispánica"" y el mejor sería premiado con proyectores de películas y diapositivas. También creó el Premio Instituto Chileno de Cultura Hispánica: un concurso literario anual dirigido a estudiantes secundarios y de bachillerato que ofrecía desde Madrid cinco premios de 100 dólares y realizaba las ceremonias de entrega el Día de la Hispanidad de cada año. Por último, llevó a cabo un programa de uso de medios de comunicación a nivel regional –como la radio y la televisión– y con ayuda de sus sedes provinciales para cumplir con su nueva política de masividad. Este último proyecto formaba parte del Convenio Cultural entablado con el Ministerio de Educación, programa que fue valorado como uno de los más importantes en 1979 por el gobierno chileno (Jara Hinojosa, 2006: 364-368).

franquista, con el inicio de la transición española se disminuyó constante y progresivamente la financiación desde Madrid a la sede chilena. Se le comunicó al IchCH que debía generar su propio financiamiento y ampliar su base de socios y de acción para llegar a todos los estratos sociales, lo que resultaba imposible hacer sin el dinero del Gobierno central. A pesar de estos obstáculos, el IchCH continuó con la organización de de viajes culturales a España, la gestión de las becas, la organización de jornadas culturales y la planificación del V Centenario de 1492 hasta que la Agencia Española de Cooperación Iberoamericana (AECI) –sucesora del ICI– intervino para firmar un convenio. A través del mismo, se establecía que el IchCH no recibiría más subvenciones y cerraría sus actividades destinadas al público para dedicarse exclusivamente a sus labores internas, como la publicación de su boletín y la catalogación de libros, entre otras (Jara Hinojosa, 2006: 354-357).

5.6 La trayectoria histórica del hispanismo nacionalcatólico en Chile

A diferencia del golpe de Estado de 1936 que desató la Guerra Civil Española, el golpe de Estado de Chile acontecido el 11 de septiembre de 1973 no se ajustó a la misma coyuntura histórica del período de entreguerras, en el que regímenes totalitarios se consolidaban en Europa y amenazaban con su propagación por el continente con el auge del fascismo. En ese sentido, el golpe militar chileno respondió a una etapa concreta de la Guerra Fría, la de la administración de Richard Nixon en el gobierno de Estados Unidos y su política exterior (Feria Vázquez, 2018). De este modo, a diferencia de la confrontación de estos dos países en Europa a partir de la conformación de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) y el Pacto de Varsovia, con el consecuente establecimiento del Telón de Acero (Duarte Montserrat, 2002; Westad, 2007), la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet fue instaurada en el marco de la Doctrina de Seguridad Nacional (Velásquez Rivera, 2002).

Esta doctrina propugnaba que cualquier amenaza para la seguridad de Estados Unidos originada en cualquier parte del mundo constituía una acción a favor del bloque comunista, por lo que promovió la instalación de regímenes militares en los países de América Latina para contener el avance de los movimientos y gobiernos de izquierda en la región, sobre todo después de la Revolución Cubana (Feria Vázquez, 2018). Así, con el mundo disputado por dos grandes bloques ideológicos, la Guerra Fría en el territorio adquirió características distintivas. Destacaron principalmente dos ejes de intervención: la Escuela de las Américas y la Operación Cóndor. La primera de ellas se refiere a la creación en 1946 de una escuela ubicada en Panamá, cuyo propósito era entrenar a militares en función de los intereses de la política exterior estadounidense. Su principal objetivo era capacitar a las fuerzas armadas del continente para enfrentar a quienes eran catalogados como "subversivos" mediante estrategias de guerra psicológica, destinadas a debilitar al "enemigo" sin necesidad de un enfrentamiento directo, así como el uso de técnicas de tortura para la extracción de información (Gill, 2004). Por su parte, la Operación Cóndor –también conocida como «Plan Cóndor»– consistió en la articulación de una red transnacional de represión coordinada en Sudamérica que se expresó

claramente con el establecimiento de las dictaduras de Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay, Brasil y Bolivia para perseguir, secuestrar y asesinar a opositores en cualquiera de estos países (Harmer, 2011). De esta manera, el terrorismo de Estado se configuró como un pilar intrínseco para el despliegue de la Doctrina de Seguridad Nacional porque contemplaba que el enemigo no sólo era externo, sino también interno. Así, los propios ciudadanos del país fueron concebidos como potenciales amenazas para la seguridad. Por lo tanto, la violencia interna aparecía como elemento crucial de esta doctrina, violencia a la que Pinochet denominaba «Guerra Subversiva» (Feria Vázquez, 2018).

Al tomar en cuenta estos factores, la realidad obliga a advertir que la Guerra Fría en América Latina fue raramente fría, como declaró el historiador Gilbert Joseph (2020: 3). Tal como lo explica Tanya Harmer (2011), los años setenta en la región latinoamericana no se caracterizaron por compartir el momento de distención que este conflicto adoptó en Europa, especialmente porque el gobierno de Salvador Allende y el régimen cubano de Fidel Castro representaban una mayor amenaza para los intereses regionales y globales de Estados Unidos que la misma Unión Soviética. Esto no significaba que el gigante rojo no fuera temido, pero debido a la relajación de las tensiones entre estas dos grandes superpotencias, Chile fue visto desde el exterior como un área de demostración para la experimentación económica y social que posicionaba a «la vía chilena al socialismo» en la primera línea del conflicto ideológico mundial.

La experiencia latinoamericana durante estos años revela que, a pesar de su hegemonía histórica en el continente, Estados Unidos tampoco podía controlar todo lo que acontecía en este territorio. Los diversos actores de América Latina, representando tanto a las izquierdas como a las derechas, construyeron relaciones transnacionales que los constituyeron como participantes activos en la Guerra Fría y no sólo como objeto en disputa por parte de la hegemonía norteamericana (Harmer, 2011). En otras palabras, estos países fueron capaces de ejercer agencia política y cultural, adaptándose y moldeándose a la pretendida dinámica "bipolar". La Guerra Fría no fue sólo modelada por las dos superpotencias que representaban Estados Unidos y la Unión Soviética, sino que puso a prueba la capacidad de reacción de los Estados latinoamericanos (Pettinà y Sánchez, 2015). En el caso de Chile, la activa relación entre Fidel Castro y Salvador Allende no fue la única. La oposición al gobierno de la Unidad Popular verdaderamente luchó para derrocarlo y estableció vínculos fructíferos con la dictadura brasileña (Harmer, 2011), pero también continuó nutriendo otras relaciones ya existentes, como aquella con la España franquista. Por lo tanto, el impacto de la Guerra Fría en América Latina fue más allá de la histórica influencia de Estados Unidos en el territorio, ya que algunos actores de la región crearon y moldearon sus propias prácticas, discursos y representaciones del conflicto (Pettinà y Sánchez, 2015). De este modo, la agencia de algunos sectores conservadores y tradicionalistas chilenos durante este período no sólo se organizó en el posicionamiento a favor o en contra de la superpotencia norteamericana o la Unión Soviética, sino que al mismo tiempo en la defensa de la herencia hispánica del país.

El rescate de la influencia política y cultural de España a partir de los lazos entre el régimen franquista con algunos sectores conservadores chilenos durante las décadas previas al golpe de Estado de 1973 resultó en el surgimiento de una corriente ideológica que guardaba una estrecha relación con la insurrección del 17-18 de julio de 1936 en España. Así, y con una distancia temporal de casi cuarenta años, ambos levantamientos militares pretendieron poner brusco término a sendos proyectos de gobiernos de izquierda con el fin de erradicar el "marxismo" de la sociedad. En ese sentido, tal como había buscado el bando sublevado en España, la Junta Militar chilena necesitaba restaurar el orden social que el gobierno de la Unidad Popular –bajo su perspectiva– había destruido en su intento de transformar el país a través del socialismo por la vía democrática.

Según Isabel Jara Hinojosa (2008), existen algunos elementos relevantes que permiten rastrear el hilo conductor entre ambas experiencias. En primer lugar, la gran admiración que el general Pinochet sentía por Francisco Franco facilitó que el pilar ideológico de la dictadura cívico-militar chilena abrazara el discurso hispanista conservador. Resultó aún más fácil porque este influjo, como se ha visto previamente, provenía de las relaciones diplomáticas y culturales que el franquismo desplegó desde sus inicios hacia América Latina y, en particular, hacia Chile durante el siglo XX a través del IchCH.

La integración entre el nacionalismo conservador chileno y el hispanismo presente en la élite chilena fue posible debido al trabajo de intelectuales que pregonaban ideas antiliberales, antimarxistas, autoritarias y racistas con una perspectiva decadentista durante el primer tercio del siglo XX **(**Jara Hinojosa, 2006: 414). Este era el caso de Nicolás Palacios, autor de *La Raza Chilena*, publicada en 1904. En su libro, Palacios había llegado a defender la superioridad racial de los chilenos a partir del mestizaje existente entre "los godos germánicos del norte de España" y la población "araucana (mapuche) de indios aguerridos, defendiendo su suelo". Palacios fue asimismo antisemita: a Karl Marx lo despreciaba como precursor del socialismo y por los judíos burgueses que catalogaba como avaros y usureros (Sznajder, 2022: 238 y 251). A partir de esta base, y en una lucha equivalente a la existente entre el liberalismo y el socialismo occidentales, una tercera arista fue construida en la pugna entre el panamericanismo y el indigenismo presentes en el continente americano y que rescataba los valores y tradiciones hispanas, lo que renovó el conservadurismo (Fernández-Shaw, 1959; Leaño, 1990; Dobry, 2010).

Si bien la revitalización del proyecto cultural hispanista fue común a todos los países hispanoamericanos, en el caso de Chile se expresó de diversas maneras. Entre ellas, la gran popularidad de la que gozaron los escritores españoles de las generaciones del '98 y del '27 y la institucionalización del 12 de octubre como "Fiesta de la Raza" ya en 1918 (Garay, 1996). Habría que señalar también, en ese sentido, la instauración de la dictadura de Carlos Ibáñez del Campo de 1927-1931, que se inspiró en la dictadura de Miguel Primo de Rivera, aun cuando no se tradujera en un sistema perdurable. Pero quizás el factor más importante fue la impregnación de la educación oficial con valores hispanistas. Como

rezaba un documento de la Dirección de Educación de la Provincia de Aconcagua en 1928…

> "(…) nuestra filiación hispánica, por nuestros intereses iberoamericanos, por la obra colonizadora y civilizadora de España, por las gloriosas tradiciones de la gran nación de que provienen nuestras instituciones, lenguaje, ideas, hábitos, creencias, sangre y carácter"[92].

En esa misma línea, el hispanismo se expandió a instituciones de la administración pública, bibliotecas, la Iglesia católica, organizaciones juveniles como los *Boy Scouts*, entidades de solidaridad latinoamericana, clubes deportivos, el Club Hípico, establecimientos carcelarios y la Cruz Roja, lo que cubrió amplias áreas de la sociedad chilena (Jara Hinojosa, 2006: 55).

Si se tiene en consideración la influencia de los acontecimientos de la Guerra Civil española y la instauración del régimen franquista, el tradicionalismo hispánico chileno asumió el autoritarismo ya recogido en la dictadura de Ibáñez del Campo, mientras que el conservadurismo incorporó la línea corporativista a sus principios, lo que se reflejó en los gremios empresariales y en los partidos tradicionales. Fue de este modo como llegó a penetrar en los recientemente fundados Movimiento Nacional Socialista (MNS) de 1932 –los nacistas con «C»– y Falange Nacional de 1937. Sus diferencias con los demás partidos radicaban en la defensa de la herencia cristiana occidental y en su posicionamiento contra la amenaza que suponían los Estados Unidos y la Unión Soviética para los intereses nacionales. Por consiguiente, tanto el Movimiento Nacional Socialista como la Falange Nacional apoyaron al bando nacional sublevado: el primero lo hizo hasta su disolución en 1938 y el segundo hasta finales de los años cuarenta, ya establecido el régimen franquista (Jara Hinojosa, 2006).

El contacto producido entre algunos integrantes de la Falange Nacional chilena[93] y políticos hispanistas y falangistas españoles por medio de un viaje a España justo antes de la Guerra Civil se tradujo en admiración hacia las figuras de José Antonio Primo de Rivera y de Ramiro de Maeztu, el autor de *Defensa de la Hispanidad* de 1931. Igualmente se realizaron diversos homenajes a escritores españoles, incluida la visita a Chile de María, la hermana de Ramiro, pedagoga y primera directora de la Residencia de Señoritas en Madrid, quien fue posteriormente nombrada Cónsul honoraria del país (Garay, 1996). Gabriela de Lima Grecco (2019) ha estudiado el destino de algunos falangistas en el exilio y afirma que algunos de ellos, intelectuales, fueron acogidos hospitalariamente en Chile cuando fueron exiliados por el gobierno republicano al estallar la guerra civil. No obstante, esta simpatía hacia ellos no perduró en el tiempo, sobre todo con la llegada del Winnipeg, el barco de exiliados republicanos que llegó al país sudamericano luego de ser gestionado por el poeta y cónsul chileno Pablo Neruda, y posteriormente con el triunfo de los Aliados en la Segunda Guerra Mundial.

[92] Dirección de Educación de la Provincia de Aconcagua, Circular nº 11, Valparaíso, 1 de octubre de 1928, citado en González (1955: 34-52).
[93] Uno de ellos fue Eduardo Frei Montalva, quien sería presidente de Chile en 1964.

De la misma manera, Falange Nacional no tardó en alejarse de planteamientos corporativistas y antidemocráticos para adoptar una vertiente de la doctrina social de la Iglesia más democrática y cercana al filósofo francés Jacques Maritain, lo que la llevaría a conformar el partido de la Democracia Cristiana en 1957 junto otros grupos socialcristianos. Por lo tanto, si bien continuó mostrándose crítica hacia el liberalismo clásico, el marxismo y el imperialismo mediante la defensa de la Hispanidad y la cristiandad, finalmente moderó su hostilidad hacia Estados Unidos y su hispanismo como consecuencia del descrédito internacional del hispanismo franquista una vez finalizada la guerra (Jara Hinojosa, 2006: 56-57).

La tradición hispanista chilena tuvo su mayor expresión en el ámbito cultural del país, en el que diversas obras españolas dominaron la escena en círculos políticos y eclesiásticos, como *Apología de la Hispanidad* del Cardenal Isidro Gomá y la revista de *Acción Española*, movimiento creado por Ramiro de Maeztu (Garay, 1996). Pero fue en la *Revista Estudios* (1932-1957) del Centro de Estudios Religiosos y vinculada al Partido Conservador chileno, donde se desplegó todo el bagaje ideológico autoritario-corporativista, aunque siempre con inspiración católica y antipartidista, que otorgaría un cierto prestigio a esta publicación de temáticas humanistas. Su objetivo era la divulgación de sus valores en forma de proyecto cultural y no de actividad política militante, con el objetivo de contribuir a la permanencia de un legado a largo plazo que pudiera hacer frente al proceso político de continua "izquierdización" que vivía Chile y que no permitía el ingreso de un discurso como el hispanista al escenario político (Jara Hinojosa, 2008: 234). Después de todo, la Guerra Civil española obligó a estos hispanistas chilenos más tradicionales –quienes no pertenecían a la Falange Nacional– a abandonar la postura predominantemente intelectual y pacífica con la que abordaban el hispanismo y se ciñeron a una corriente más rígida y profascista. Sin embargo, no todos lograron acomodarse a esta línea, excepto por aquellos que participaban en la *Revista Estudios*, quienes adaptaron la retórica fascista a la realidad e identidad nacional chilena (Jara Hinojosa, 2006: 57-58).

En 1947, fue fundado en Chile el Movimiento Revolucionario Nacional Sindicalista (MRNS). Este grupo estaba inspirado en las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista (JONS) españolas, por lo que defendían un corporativismo estatista impulsado por fuertes valores católicos (Sznajder, 2022: 270). Uno de sus más importantes líderes fue el sacerdote católico y filósofo chileno Osvaldo Lira, miembro del Instituto Chileno de Cultura Hispánica desde 1954[94], quien también sería uno de los intelectuales de la *Revista Estudios* y defendería una postura antidemocrática, tradicionalista y corporativista.

Profundamente hispanista, Lira vivió en España entre 1940 y 1952 donde trabajó como profesor en colegios de la congregación de los Padres Franceses. A partir de esta experiencia, escribió un libro llamado *Hispanidad y mestizaje* (1952). Su posición radicaba en diferentes principios. Primero, la concepción corporativista que establecía el papel primordial de las organizaciones sociales autónomas en la economía, en la que el

[94] *Tercera Memoria julio de 1953 – julio de 1955*, Instituto Chileno de Cultura Hispánica, p. 6.

Estado únicamente debía asumir aquellas funciones que los individuos u organismos no pudieran realizar. En segundo lugar, mantenía una opinión contraria al sufragio universal de la democracia moderna y defendía la representación única de intereses comunes que agruparan a profesionales, territorios y gremios, entre otros colectivos. Como tercer argumento, y a consecuencia de lo anterior, no apoyaba la existencia de partidos políticos porque supuestamente cada uno de ellos aspiraba al poder total y, una vez conseguido, la democracia podía transformarse en un totalitarismo de Estado, aunque contara con el equilibrio de sus órganos. Y como cuarto y último punto, criticaba la modernidad liberal por negar el carácter natural de la sociedad y el significado sagrado del poder a través del rechazo hacia la religión como fundamento del Estado. De esta manera, Lira aseveraba que el orden político cristiano permitía el correcto ejercicio del poder al establecer límites a los gobernantes, como sucedía con un rey que estuviera subyugado a la ley divina[95].

Osvaldo Lira fue el primer intelectual y sacerdote católico que legitimó públicamente el golpe de Estado contra Salvador Allende por medio de una entrevista publicada en el periódico *El Mercurio*. En ella afirmaba que la tarea de la Iglesia católica no era otra que la de reconocer el carácter legítimo de la Junta Militar por su lucha contra el marxismo, doctrina condenada como perversa por los diferentes papas a lo largo del tiempo, y que los chilenos debían apoyar al régimen porque, según San Pablo, quien se resistía a la autoridad, se resistía a Dios[96]. De la misma forma, citaba la definición de José Antonio Primo de Rivera según la cual la tradición resultaba esencial para el progreso y enriquecimiento del alma nacional, por lo que era necesario conservar fielmente los valores que cada generación entregara a la siguiente. También mencionaba al ideólogo del carlismo durante la Restauración en España, Juan Vázquez de Mella, quien calificara a la tradición "el sufragio universal de los siglos" (Lira, 1974: 52-53).

Para Lira, la etapa de nacimiento de la nación chilena –o gestación, como la llamaba él– se extendía desde la fundación de la ciudad de Santiago de Chile por Pedro de Valdivia el 12 de febrero de 1541 hasta la conformación de las instituciones fundamentales durante el período colonial. Bajo esa premisa, declaraba que…

> "(…) nuestra tradición no ha sido nunca la de los partidos políticos, sino una tradición de las familias, municipios, regiones, gremios y corporaciones. Son estas sociedades, por consiguiente, el fundamento sobre el cual deberá levantarse el edificio futuro de nuestra entidad política restaurada" (Lira, 1974: 61).

Esta restauración nacional se entendía como necesaria debido a que supuestamente la Unidad Popular de Allende había amenazado la identidad de la nación. Por esa razón, el nuevo régimen se ocupó de aclarar desde un principio que…

[95] *Padre Osvaldo Lira: en torno a su pensamiento. Homenaje en sus 90 años*, Santiago de Chile, Editorial Zig-Zag, Universidad Adolfo Ibáñez, 1994, pp. 24-29.
[96] "El gobierno tiene legitimidad de origen y de ejercicio", *El Mercurio*, 23 de septiembre de 1973, p. 39.

> "(…) fue la concepción cristiana sobre el hombre y la sociedad 'la que dio forma a la civilización occidental de la cual formamos parte, y es su progresiva pérdida o desfiguración la que ha provocado, en buena medida, el resquebrajamiento moral que hoy pone en peligro esa misma civilización'. Esa concepción fue el legado fundamental de España. Por ella somos occidentales y cristianos: por ella vivimos organizados por un derecho que es proyección de la naturaleza humana y no del capricho arbitrario a quien la fortuna ha deparado el poder" (Campos Menéndez, 1974: 39).

Según Carlos Huneeus (2002), el pensamiento tradicional hispanista llegó a la Junta Militar en 1973 a través de Jaime Guzmán, abogado gremialista que fue el intelectual más influyente en el régimen hasta 1980, y encargado de redactar los discursos más importantes de Augusto Pinochet. Además, asesoró a la Secretaría General de Gobierno respecto a la propaganda política y participó activamente en las comisiones constitucionales para la redacción de la Constitución Política de 1980. El vínculo de Guzmán con el corporativismo y el nacionalcatolicismo tuvo sus inicios en la influencia que Osvaldo Lira le transmitió al guiar su educación católica como profesor en su colegio. Del mismo modo, el sacerdote fue decisivo en su interés por lo que acontecía en España bajo el franquismo y las lecturas de los textos de José Antonio Primo de Rivera, Francisco Franco y el jurista español Gonzalo Fernández de la Mora. Esta temprana introducción a la Hispanidad fue reforzada por el viaje a España que realizó Guzmán en 1962, en el que reafirmó su visión corporativista de la sociedad y su admiración por el régimen franquista. Según llegó a declarar entonces, "Francisco Franco no puede ser etiquetado como un dictador, excepto por un retardado mental, desde que su entrada al poder está más que legitimada por un país que se levantó en armas 'por Dios, por España y por Franco'"[97]. Fue siguiendo esa misma línea como la Declaración de Principios del Gobierno de Chile de 1974 explicó la intervención de las Fuerzas Armadas, al asegurar que "la alternativa de una sociedad de inspiración marxista debe ser rechazada por Chile, dado su carácter totalitario y anulador de la persona humana, todo lo cual contradice nuestra tradición cristiana e hispánica"[98].

Por otro lado, durante su formación universitaria en la Pontificia Universidad Católica de Santiago, Jaime Guzmán tuvo estrecho contacto con el ya citado historiador Jaime Eyzaguirre y luego, entre 1970 y 1972, perteneció a la organización de extrema derecha Patria y Libertad[99] (Huneeus, 2002). De esta manera, mientras las dictaduras

[97] GUZMÁN Jaime, *Revista Escolar*, 54, nº 436, 1962, p. 17 citado en Huneeus (2002: 229).

[98] *Declaración de Principios del Gobierno de Chile*, Santiago de Chile, Editora Nacional Gabriela Mistral, 1974, Centro de Estudios Miguel Enríquez, Archivo Chile. Disponible en https://www.archivochile.com/Dictadura_militar/doc_jm_gob_pino8/DMdocjm0005.pdf Consultado el 11 de septiembre de 2023.

[99] El Frente Nacionalista Patria y Libertad fue una organización paramilitar de extrema derecha, fascista y ultranacionalista que surgió en Chile el 1 de abril de 1971. Una gran mayoría de sus integrantes provenían del Partido Nacional Socialista Obrero creado en 1962 y disuelto en 1970 (cuyos antecedentes estaban en el mencionado Movimiento Revolucionario Nacional Sindicalista, inspirado en las JONS españolas). Su objetivo fue utilizar la violencia política, el sabotaje y el terrorismo como forma de manifestar su

latinoamericanas y algunas estructuras autoritarias se mantenían en pie en España, abrazó el corporativismo franquista para justificar su rechazo a la democracia. A pesar de ello, desde 1977 y hasta 1980, período en que terminaban algunas dictaduras en el continente y se afirmaba el proceso de transición política español, desarrolló un concepto de democracia útil para la situación chilena. Su criterio establecía que este sistema no fuera equivalente a las democracias liberales occidentales, pero que asegurara la continuidad de la institucionalidad del régimen una vez las Fuerzas Armadas abandonaran el poder. En consecuencia, Guzmán abogaba por la construcción de una democracia autoritaria y protegida mediante la desconcentración del poder político de la figura de Pinochet. Para ello, era crucial la definición de todo un entramado institucional que sostuviera el proyecto político del régimen cívico-militar una vez que existiera un recambio en la Jefatura del Estado (Jara Hinojosa, 2008). Su temor principal era que a la dictadura pinochetista le ocurriera lo mismo que a la dictadura franquista con la muerte de Franco, al comprender la vulnerabilidad del gobierno autoritario excesivamente personificado (Huneeus, 2002). En esa dirección, Sofía Correa Sutil (2005) afirma que Jaime Guzmán creía que la soberanía popular no podía estar por encima de la tradición histórica nacional ni de los derechos naturales de las personas, derechos anteriores al Estado. Por este motivo defendió que la nueva Constitución chilena recogiera que la soberanía radicaba en la "nación" y no en el "pueblo", lo que justificaba el carácter constitucional asignado a las Fuerzas Armadas como "garantes de la institucionalidad".

La moral de Jaime Guzmán era más cercana al individualismo que a la lógica comunitaria que sustentaba el corporativismo (Jara Hinojosa, 2008). Así, cuando su discurso contra la democracia experimentó el giro explicado previamente, su espíritu corporativista encontró coherencia en la defensa del capitalismo neoliberal. Durante las sesiones de la Comisión Constituyente en los años setenta, expuso su rechazo al establecimiento de un orden corporativo pleno al argumentar que los gremios no deberían tener poder de decisión en los problemas nacionales por contar con una visión local y parcial de la realidad del país. Por ende, Guzmán consideraba que aquellos no podían inmiscuirse en las políticas gubernamentales, especialmente en las económicas. De este modo, sus vínculos con los neoliberales y la lectura de *El espíritu del capitalismo democrático* de Michael Novak[100] lo convencieron de que su defensa de la subsidiariedad

---

oposición al gobierno de la Unidad Popular, por lo que formó una milicia de enfrentamiento contra la izquierda y de manifestación y protesta contra el Presidente de la República. Su ideología era antiliberal, antimarxista y anticapitalista. A su vez, rechazaba el parlamentarismo por el abuso que los partidos políticos hacían a favor de sus propios intereses y no para buscar el bien común, lo que les hizo defender el corporativismo católico nacionalista. Su aspiración era establecer el primer Estado nacionalista chileno basado en el deber, la disciplina y la justicia social. Después del golpe de Estado de 1973, Patria y Libertad se disolvió y muchos de sus miembros colaboraron directamente con el régimen de Pinochet o con la represión contra los partidos políticos y los movimientos que apoyaban al gobierno de Allende. De todos modos, aunque careciera del principio del líder supremo, racismo y voluntad de guerra y otras características propias del fascismo europeo del período de entreguerras, es posible identificar elementos fascistas importantes en esta organización (Sznajder, 2022: 272-274).

[100] En este libro, Michael Novak (1983) defiende que el capitalismo democrático es el que más compatibiliza con la doctrina católica en comparación con otros sistemas económicos, en particular, el socialismo.

del Estado y del poder de los gremios era coherente con el neoliberalismo y su defensa del libre mercado.

Sus planteamientos se vieron favorecidos por el respaldo que encontró en las teorizaciones de Gonzalo Fernández de la Mora y Luis Sánchez Agesta respecto a la subsidiariedad como elemento clave en la relación entre el Estado y la sociedad en un país con tradición cristiana. Jaime Guzmán coincidía con Fernández de la Mora en su crítica al sufragio universal, su rechazo a la idea del pueblo como sostén de la soberanía nacional y su sentencia sobre la poca racionalidad de las democracias parlamentarias occidentales al estar excesivamente ideologizadas, por lo que proponía una sociedad que fuera dirigida por expertos (Jara Hinojosa, 2008: 249). Fue a raíz de estas directrices que Guzmán postuló que Chile necesitaba una democracia tecnificada basada en el principio de subsidiariedad, en la que las corporaciones no tendrían poder de decisión en el Estado. Asimismo, evitaría la "partidocracia" por medio de la eliminación de las elecciones democráticas y la extensión de la permanencia de las Fuerzas Armadas en el gobierno del país. Por lo tanto, su objetivo fue la construcción de "una sociedad estamental en un Estado autoritario, a la vez que preparó el camino a una economía de mercado desregulada, si bien en la segunda mitad de los setenta privilegió lo segundo" (Jara Hinojosa, 2008: 250).

5.7 Elementos del hispanismo nacionalcatólico para la legitimación de la Refundación Nacional de Pinochet

El historiador chileno Miguel Rojas-Mix (1978), exiliado en Europa tras el golpe de Estado de 1973, identificó nueve elementos a través de los que el hispanismo nacionalcatólico entregaba legitimidad a la Junta Militar. El primer y segundo punto consistían en el rechazo a los partidos políticos y a la democracia, como ya se ha mencionado anteriormente. El tercero se refería a la lucha contra el comunismo, ya que la tradición hispánica de la nación chilena permitía vincular la patria a religiosidad, lo que convertía a la dictadura en cristiana y al marxismo en antipatriota y, por consiguiente, hereje. El cuarto argumento mencionaba la apropiación de la tradición como fundamento del nacionalismo del régimen, idea en la que, además, se entendía tradición como historia. En ese sentido, esta última fue comprendida como historia militar, lo que erigía al Ejército en defensor de la misma hispanidad que había combatido durante siglos la insurgencia indígena, tal como lo hacía ahora contra la insurgencia marxista.

El quinto elemento era el necesario restablecimiento del orden, cimentado en la representación que asociaba el socialismo al caos. La hispanidad entregaba las bases para esta tarea porque amparaba una sociedad jerarquizada, elitista, estratificada, cerrada y no pluralista que permitía la unión entre conservadores y liberales respecto a sus intereses de clase. Relacionado directamente con ello y como sexta clave, el hispanismo reconocía que la reconciliación de las clases sociales imponía el dominio de la burguesía, lo que negaba la lucha de clases y fortalecía las diferencias entre las mismas. Este detalle era esencial para el régimen de Pinochet toda vez que en Chile –y en América Latina– los orígenes de la población se expresaban en su posición socioeconómica: las clases populares eran

mestizas o indígenas, mientras que la clase dirigente aristocrática chilena se proclamaba castellano-vasca, es decir, hispana[101].

La séptima idea alude a la exaltación del individualismo y el elitismo. Jaime Eyzaguirre asoció la figura del conquistador español a la gesta del individuo, por lo que atribuyó «características socialistas» al Imperio Inca, cargado de "dolor y fatalismo en las garras de un Estado que no admite el libre vuelo de las individualidades" como sí podían hacer los españoles al emprender expediciones y aventurarse en nuevos territorios (Eyzaguirre, 1968: 27). Por su parte, se rescató el pensamiento de Ortega y Gasset sobre la existencia de un elitismo espiritual que convenía que sólo las élites podían movilizar los valores espirituales propios de la "raza". Este último había planteado convencido en 1959 que…

> "El pueblo sólo puede ejercer funciones elementales de vida; no puede hacer ciencia, ni arte superior, ni crear una civilización pertrechada de complejas técnicas, ni organizar un Estado de prolongada consistencia, ni destilar las emociones mágicas de una elevada religión" (Ortega y Gasset, 1959: 126).

Al seguir esta línea, la Junta Militar planteaba la necesidad de constituir una élite que fuera capaz de guiar a Chile por este nuevo camino después de haber experimentado un gobierno socialista. Esta jerarquización naturalizada sobre el respeto al orden natural de las clases sociales seguía los principios de Ramiro de Maeztu cuando argumentaba la defensa de la superioridad de algunos sujetos por el bien de toda la sociedad. "¿Concibe nadie -se preguntaba el intelectual- que Sancho Panza quiera sublevarse contra Don Quijote? El hombre inferior admira y sigue al superior, cuando no está maleado, para que le dirija y le proteja" (Maeztu, 1934: 13).

Respecto a los últimos principios, el octavo plantea la defensa del catolicismo tradicional, jerarquizante y clasista que protege la propiedad privada y justifica las desigualdades sociales porque la justicia y la igualdad estarían reservadas para "el cielo". De esta manera, era necesario que la educación fuera privada y, en su mayoría, entregada por órdenes religiosas –y no pública, atea ni materialista–, para enseñar a las clases obreras la abnegación y el sacrificio que les permitieran comprender su propósito en la Tierra. Se pensaba que la revolución social sólo podía ser detenida a través de un renacimiento religioso. Y, por último, la novena cuestión era la autoproclamación de Augusto Pinochet como apóstol defensor de la hispanidad y de la sociedad cristiana y occidental en la cruzada contra la amenaza y decadencia del marxismo. Esta característica resultaba trascendental toda vez que le protegía contra la condena internacional que recibía por las violaciones sistemáticas a los derechos humanos. Para el régimen, Pinochet lideraba una cruzada en la que las víctimas de la represión no eran más que enemigos que habían caído en una guerra santa (Rojas-Mix, 1978: 59).

[101] Este último punto es fundamental para comprender la relación entre la política pronatalista del régimen de Pinochet con la distribución de la población en el territorio nacional, como se verá en el capítulo siete.

Al considerar todo lo anterior, es posible afirmar que el concepto franquista de Hispanidad sí que influyó sobre la dictadura cívico-militar chilena, ya fuera en sus decisiones políticas, su institucionalización o en su legitimación moral, al rescatar las ideas del tradicionalismo español que llevaban subsistiendo en Chile desde los años treinta. No obstante, esta transposición teórica no fue estricta y muchos de sus planteamientos fueron suavizados para adaptarse a la realidad chilena. Esta adecuación permitió la instauración de un sistema basado en la economía neoliberal en el país, que sería priorizado hacia finales de los años setenta en desmedro de la tradición hispánica (Jara Hinojosa, 2008). Ciertamente, el franquismo sirvió como modelo, pero la realidad nacional y los intereses del régimen pinochetista finalmente se impusieron (Grez Cook, 2015) porque los elementos de base que sostuvieron a la dictadura española y a la chilena fueron diferentes, a excepción de la Hispanidad que los hermanaba.

De este modo, se puede sostener que los tres pilares ideológicos que sustentaron al franquismo como régimen fueron el pensamiento nacionalcatólico, la ideología falangista representada por Sección Femenina y la corriente eugenésica y científica de Antonio Vallejo Nájera (Tessada, 2012). En cambio, para el proceso refundacional que buscaba el régimen de Pinochet se utilizaron el pensamiento autoritario y conservador militar, la Doctrina de Seguridad Nacional y el neoliberalismo como nuevo modelo económico que desregulaba el mercado (Catalán y Munizaga, 1986). Es a estos tres importantes cimientos que se suma la interpretación hispanista de la historia de Chile para enfatizar la idea de la patria católica y la defensa de la cultura occidental en rechazo al marxismo.

CAPÍTULO VI

LAS MUJERES DE FRANCO Y PINOCHET: LA SECCIÓN FEMENINA Y LA SECRETARÍA NACIONAL DE LA MUJER

La influencia del hispanismo en la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet se manifestó en todas los ámbitos e instituciones creadas para desplegar el control, la vigilancia y el disciplinamiento de la población chilena de acuerdo con los valores promovidos por el régimen y la vida de las mujeres no quedó excluida de este propósito. Es así como las relaciones construidas durante décadas entre el Instituto Chileno de Cultura Hispánica y la élite chilena comenzaron a dar sus frutos fuera del ámbito cultural, sin importar que el régimen franquista viviera su ocaso al mismo tiempo que el régimen pinochetista comenzaba los diecisiete años que permanecería en el poder. Fue así como el influjo hispano quedó evidenciado claramente en el rol que las mujeres de la élite chilena, herederas de la Hispanidad, desempeñaron desde los cargos que la Junta Militar les permitió ocupar.

En el presente capítulo, se ahondará en la relación entre España y Chile, a través de la proyección internacional de la Sección Femenina de Falange Española Tradicionalista y de las Juntas de Ofensiva Nacional Sindicalista (FET de las JONS) hacia Hispanoamérica durante el régimen franquista. De esta manera, en el primer epígrafe se profundiza en la importancia que tuvieron los Coros y Danzas en el establecimiento de vínculos entre la Sección Femenina y las mujeres de las clases dirigentes chilenas durante los primeros años del régimen franquista, lo que coincidió con el movimiento feminista chileno en su lucha por el derecho al sufragio. El segundo apartado aborda la relevancia del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano para la construcción de una red de relaciones entre mujeres falangistas y aquellas pertenecientes a las élites hispanoamericanas, al mismo tiempo que se destacan las inquietudes de las participantes chilenas respecto al papel y la situación de la mujer en la sociedad. A partir de esta instancia, nacieron los Círculos Culturales Femeninos Hispanoamericanos, los que facilitaron la construcción de relaciones sólidas y continuadas a ambos lados del Atlántico y el traspaso de conocimiento desde la Sección Femenina a las mujeres de las clases dirigentes chilenas, desarrollados en el tercer apéndice. En esa misma dirección, en el cuarto encabezado se exponen los distintos intentos efectuados en Chile para implantar un Servicio Social para las jóvenes chilenas siguiendo el modelo del que se realizaba en España.

A continuación, la quinta sección se centra en el papel que tuvieron las mujeres chilenas conservadoras e hispanistas y los Círculos Culturales Femeninos chilenos en las actividades que desempeñaron para oponerse activamente al gobierno de Salvador Allende entre 1970 y 1973. Y finalmente, en el sexto epígrafe, se explican las consecuencias del vínculo establecido por décadas entre las mujeres de la Sección Femenina en España y las mujeres chilenas que conformaron la estructura organizativa de la Secretaría Nacional de la Mujer durante la dictadura cívico-militar de Pinochet.

6.1 La Sección Femenina en Chile: los Coros y Danzas

Si bien hasta la fecha contamos con numerosos trabajos sobre la Sección Femenina de Falange Española Tradicionalista y de las JONS y su papel desempeñado con la divulgación del ideal de madre y esposa durante el régimen franquista[102], son más bien escasos los que abordan su labor internacional a través de su Servicio Exterior (González Calleja, 1994; Nerín, 2007; Morant i Ariño, 2014; Morales y Vieitez, 2014).

La historiadora Vanessa Tessada ha venido publicando diversos trabajos que abordan las relaciones internacionales establecidas entre el Servicio Exterior de la Sección Femenina de Falange y América Latina, y de manera especial las construidas con Chile (2017a; 2017b; 2019; 2021; 2023). En ellos ha resaltado sus primeros intentos de divulgar el falangismo en el país y de construir una red internacional de apoyo político, social y económico para el bando sublevado durante la Guerra Civil. Asimismo, se ha ocupado de la búsqueda de las mujeres falangistas de afianzar estos vínculos a través de programas culturales y educativos destinados a mujeres y estudiantes universitarias. La conclusión es que la política exterior del régimen franquista desplegada tanto por el Ministerio de Asuntos Exteriores como por la proyección internacional del Servicio Exterior de Falange desempeñó un papel crucial.

Si bien a lo largo de la Guerra Civil Falange Española contactó a la población española establecida en América Latina para apoyar al bando sublevado a través de actividades que recaudaran dinero para la causa (Tessada 2017b), la conexión entre las mujeres falangistas de Sección Femenina y las mujeres de la élite chilena comenzó con el primer viaje que los Coros y Danzas realizaron a Chile en 1949 (Casero-García, 1995; 2000; Amador Carretero, 2003; Stehrenberger, 2012). En cada país que visitaban, la idea era que los mandos que acompañaban a las jóvenes en los viajes crearan redes y contactos entre las agrupaciones femeninas o las mujeres cercanas a los Institutos de Cultura Hispánica locales, siguiendo las directrices de la política exterior de Alberto Martín Artajo. En ese sentido, seguían también aquí las consignas de Alfredo Sánchez Bella como director del Instituto de Cultura Hispánica de Madrid (1946-1956), deseoso de atraer a las élites hispanoamericanas a reconocer la hispanidad como valor y el falangismo como alternativa política al "marxismo" y al materialismo capitalista. Se buscaba el contacto con las mujeres de la elite chilena de pensamiento conservador, católico o cercanas a la Embajada española con el objetivo de conseguir nuevas adhesiones y apoyos, lo que dio como resultado relaciones muy ventajosas (Asunción Criado, 2017).

Los grupos de la organización de Coros y Danzas de España, fundada en 1939 dentro de la Sección Femenina, recorrieron diferentes países con el propósito de construir un espacio geopolítico de prestigio a partir de los años cuarenta. El método consistía en

[102] Algunas de las principales investigaciones publicadas sobre la Sección Femenina de Falange Española las encontramos en las siguientes autoras: Richmond (2004), Gallego Méndez (1983), Sánchez López (1990), Blasco Herranz (1999b), Ofer (2006; 2018), Rodríguez López (2010), Amador Carretero y Ruiz Franco (2007), Martins Rodríguez (2012), Prieto Borrego (2018), Barrera López (2019), Dueñas Cepeda (2010).

acercarse a la población española –apoyara o no al régimen franquista– desde la emotividad y la nostalgia por su tierra. Las jóvenes falangistas componentes de estos grupos dedicados a exhibir su particular versión del folklore español realizaron su primera gran gira por América en 1949, desde el Cono Sur hasta el Caribe (Suárez Fernández, 1992; Asunción Criado, 2017). Su primer destino programado fue Argentina, por haber sido el gobierno de Juan Domingo Perón el único que apoyó a España tras la Segunda Guerra Mundial, como quedó registrado en un reportaje de la revista *Consigna*, una de las revistas de Sección Femenina dirigida a las maestras españolas[103].

Las mujeres jóvenes que pertenecían a los Coros y Danzas debían ajustar su comportamiento y conducta a los códigos falangistas, por lo que resultaba crucial que su imagen en el extranjero estuviera cargada de feminidad, disciplina, gracia, obediencia y orden, ya que ésa sería la imagen que el mundo se llevaría de la España franquista. Con esas palabras se expresaba el embajador de España en Chile, José María Dussinague, en la visita que los Coros y Danzas hicieron al país en 1949:

> "Después de advertir lo perfecto del espectáculo, de irlas conociendo una a una y sentirse impresionado por la admiración que cada una se gana, sintetizando casi inadvertidamente todo ello en una idea de conocimiento de la palabra España. Parece como si esta palabra única hubiera adquirido vida, sonrisa, agilidad juvenil; como si fuera identificándose rápidamente con todo lo que hay de arte, de finura, de espiritualidad, de atracción misteriosa e indefinible en la totalidad de ese grupo (…). Me ha asombrado ver cómo estas 125 mujeres se mueven con el más perfecto orden y sumisión a Mercedes [Sanz Bachiller][104], sin una queja ni un gesto de resistencia. Solo una disciplina interna en cada una de ellas llevada a un elevado grado de perfección (…)"[105].

Las mujeres que participaron en los Coros y Danzas en los viajes internacionales tenían el papel de transmitir un mensaje con sus cuerpos y acciones (Amador Carretero, 2003). Por una parte, proyectaban un modelo femenino "nacional" mientras que, por otra, enfatizaban su carácter no profesional, mostrando una identidad asociada a ser «hijas de familia». Esta última imagen ilustraba la trascendental posición que la familia tradicional ocupaba en el régimen, a la vez que destilaba prejuicios sexistas hacia aquellas mujeres que se desempeñaban como bailarinas o actrices profesionales.

Resultaba fundamental que el grupo de jóvenes dejara una buena y sólida impresión en todos aquellos países que visitaban. En el caso de Chile, existía un temor previo al viaje relacionado a la ideología del gobierno de Gabriel González Videla (1946-1952), perteneciente al Partido Radical, quien había pasado de apoyar a la Segunda República a

[103] *Revista Consigna*, Año XII, Nº 137, junio de 1952, p. 10.
[104] Mercedes Sanz Bachiller fue una mujer falangista a quien es posible reconocer como una figura transnacional de la Sección Femenina toda vez que participó activamente, junto a Pilar Primo de Rivera, en las fructíferas relaciones establecidas con el ala femenina del régimen de la Alemania nazi durante los primeros años del régimen franquista hasta el final de la Segunda Guerra Mundial (Morant i Ariño, 2014).
[105] *Revista Consigna*, Año XII, Nº 141, octubre de 1952, p. 10 y Año XII, Nº 143, diciembre de 1952, p. 9.

abrazar el anticomunismo cercano a Estados Unidos, para continuar luego con el antifascismo que había respaldado su campaña presidencial (Henríquez Uzal, 2008). Por otro lado, esta visita de las falangistas encontró a las mujeres chilenas viviendo el ascenso del movimiento feminista a través de una consistente movilización que les llevó a conseguir el derecho al sufragio municipal en 1934 y el sufragio universal en 1949. Este proceso tenía sus antecedentes en las últimas décadas del siglo XIX y en la creciente presencia de las mujeres en el ámbito laboral, profesional y académico desde entonces, lo que culminó en la importante conformación del MEMCh, ya mencionado en el capítulo tres (Gaviola, 1986; Kirkwood, 1986). Todos esos aspectos preocupaban a las mujeres de la Sección Femenina por el tipo de recibimiento que obtendrían en la población a causa del régimen español y del modelo de mujer que exportaban. Por esta razón, frente a la influencia feminista en la sociedad chilena, la Sección Femenina realizó una intensa labor propagandística con las familias más influyentes de las clases dirigentes y así conseguir el respaldo indirecto al franquismo, como hacía en todos los países que visitaban (Amador Carretero, 2003; Asunción Criado, 2017).

La principal actividad que realizaron las mandos en Chile fueron charlas sobre la labor de formación de Sección Femenina y su misión, a las que invitaban a jóvenes pertenecientes a Acción Católica Femenina, al Instituto Chileno de Cultura Hispánica y al Coro Ana Magdalena Bach, compuesto por jóvenes de la alta sociedad chilena (Tessada, 2017a). Por lo demás, y a pesar de las prevenciones iniciales, no parece que fuera demasiado grande el temor de que el movimiento feminista chileno influyera en las jóvenes falangistas de los Coros y Danzas. Según, al menos, el dominico A. Figar…

> "(…) el conocimiento de lo ignorado para ellas las hace pensar, comparar y medir lo propio con lo extranjero (…). Su formación cultural y religiosa las aísla de novedades que no pueden sentir ni las hará variar de conducta. Tomarán de cada sitio lo mejor. En Chile hay mucho que recoger (…)"[106].

6.2 El ideal de mujer hispánica: el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano

El resultado de las redes creadas a partir de la gira de los Coros y Danzas por América Latina de 1949 se tradujo en la realización del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano de 1951 en Madrid. Este encuentro internacional se llevó a cabo en un momento histórico en el que comenzaba a debatirse con fuerza el papel de las mujeres en la sociedad occidental a raíz de las transformaciones políticas, económicas, sociales y culturales ocasionadas por la Segunda Guerra Mundial. Conocido es el hecho de que el conflicto bélico amplió notablemente las oportunidades de ingreso de las mujeres en el espacio público y en el mercado laboral, en ausencia de los varones movilizados (Bock, 1993; Nash, 2004).

Al reconocer este escenario de cambios estructurales para las mujeres en el mundo, la Sección Femenina se propuso consolidar su influencia en Hispanoamérica a través de la defensa del hispanismo como un valor cultural y espiritual que vertebrara a la comunidad

[106] "'Aquí todo es España, en lo más depurado de Chile', nos dice el R.P. Antonio C. Figar, dominico", *El Diario Ilustrado*, 9 de noviembre de 1949, p. 5 citado en Tessada, (2017a: 210).

hispana. Ese objetivo implicó que sus esfuerzos alcanzaran a nuevos destinatarios y abandonara, entonces, la movilización de los españoles que vivían en los diferentes países del continente americano. El nuevo foco de sus políticas apuntaba a la atracción de las mujeres de las élites hispanistas y católicas de América Latina, lo que significó un giro fundamental en su política exterior. En esa dirección, España pretendía apaciguar las transformaciones estructurales que experimentaba el papel tradicional de las mujeres a nivel internacional, por lo que el Congreso se presentaba como una oportunidad de proponer a los países hispanoamericanos y Filipinas una base de principios morales cristianos comunes que guiara a las mujeres del mundo hispánico. Como lo describió la española Raquel Payá, una de las asistentes al congreso, en su reportaje que cubría el evento publicado en la *Revista Española de Pedagogía*, la idea consistía en "lograr un acercamiento espiritual entre todas las naciones que tienen un común lazo hispánico" (1951: 475). En dichos compromisos, España se proclamaba tutora de las acciones que debían desplegar estas mujeres de la élite en sus propios países para asegurar la supervivencia del legado hispano y católico. En consecuencia, Pilar Primo de Rivera indicó en el discurso inaugural del Congreso que "dentro de la complejidad de los problemas, dentro de la diversidad de naciones, no pueden a rajatabla trazarse reglas, pero sí pueden darse unas normas orientadoras dentro de lo que a todos nos es común"[107].

En aquel mismo discurso inaugural, y como Delegada Nacional de Sección Femenina, Pilar Primo de Rivera presentó el Congreso como una reunión femenina, pero jamás feminista. La explicación era que no se proponían negar las "cualidades propias" de las mujeres y reconocían la importancia de su presencia en todos los ámbitos de la vida, pero siempre en ayuda del hombre y subordinada a él. En su discurso, la diferencia con las feministas radicaba en que éstas buscaban bastarse a sí mismas y, por ende, "viene a hacerse un producto árido y seco, en el que no se alberga la más mínima calidad humana"[108].

Es fundamental mencionar que el Congreso se celebró en 1951 con motivo del quinto centenario del nacimiento de Isabel la Católica. Sus organizadoras se veían a sí mismas herederas del ejemplo de una mujer fuerte como había sido la reina de Castilla y se sabían lo suficientemente capaces de liderar y sostener las relaciones internacionales transoceánicas entre ambos territorios que, gracias a su reinado, habían sido una vez posibles. Según la revista *Consigna,* si Isabel era "la madre de América"[109], las mujeres de la Sección Femenina asumían de buen grado la responsabilidad de salvaguardar la hispanidad como herencia común entre España y sus antiguas colonias, con un sentido civilizatorio:

> "(…) es quizá la mujer, más que el propio conquistador y que el colonizador, la responsable directa de la hispanización del orbe nuevo (…).

[107] "I Congreso Femenino Hispanoamericano 1451-1951", *Revista Consigna*, Año XI, Nº 127, agosto de 1951, p. 48.
[108] "I Congreso Femenino Hispanoamericano 1451-1951", *Revista Consigna*, Año XI, Nº 127, agosto de 1951, p. 46.
[109] *Revista Consigna*, Año XV, Nº 170, marzo de 1955, p. 18.

> Es la mujer la directa creadora del trasplante de la cultura española, exigiendo para sus hijos el mismo clima social y el mismo ambiente que imperaba en la Metrópoli"[110].

En ese sentido, las falangistas sabían que era necesario reconocer que las mujeres participaban en el espacio público, en la universidad y la vida profesional y que eso era imposible de negar. Por lo tanto, el objetivo del Congreso era aún más decisivo al tener sus participantes que establecer los cauces por los que se ordenaría la actuación y el lugar de las mujeres en los nuevos tiempos, sin abstraerla de su verdadero territorio: el hogar.

Al evento asistieron 587 congresistas, con un total de 229 ponencias. Los países que participaron fueron Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Filipinas, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Puerto Rico, Santo Domingo, Uruguay y Venezuela. España como anfitriona fue la que concentró la mayoría de colaboraciones (70), seguida de Chile (44), Argentina (27) y Perú (20). A través de las mujeres, el falangismo se exhibía como una alternativa viable en la lucha entre marxismo y capitalismo en la que se encontraba el mundo. Con esa disposición, la planificación del Congreso no se limitaba únicamente a los días en que se desarrollaría, sino que buscaba implicar directamente a las mujeres latinoamericanas y filipinas en la formación falangista. De este modo, si la ponencia enviada por una congresista era aceptada, el gobierno español y la Sección Femenina cubría parte de los gastos del viaje y la estancia en España. Pero si la ponencia, además, era seleccionada para leerse en el pleno, estas congresistas eran invitadas a permanecer tres meses en el país. La agraciada podía dedicar los dos meses siguientes posteriores al Congreso a viajar por las provincias españolas más destacadas y a realizar un breve curso en el Castillo de la Mota, sede nacional de Sección Femenina (Tessada, 2017a: 221).

Las comisiones temáticas del Congreso fueron cinco. Primero, la mujer en la religión (la mujer en la religión, en la moral y en la familia). Respecto a estos temas, destacaron las conclusiones que estipulan la creación y conservación de una conciencia moral contra el divorcio, la restauración del matrimonio cristiano y las medidas de anticoncepción. Segundo, la mujer en la educación (la mujer en la educación intelectual, en las profesiones, en la educación física y en la educación para el hogar). En tercer lugar, la mujer en la política (la mujer en la política, en la comunidad social, en la sanidad, en el patrimonio cultural popular, en el derecho, la delincuencia infantil y Filosofía del derecho). En esta sección, se le atribuyó considerable importancia a la formación de las mujeres en la sanidad y a los problemas de la asistencia social y el mundo rural. Cuarto, la mujer en la guerra y, quinto, la mujer en el mundo hispánico, último apartado en el que se definieron las características esenciales que debían describir a todas las mujeres (Payá, 1951).

La preparación del Congreso por parte de Chile corrió a cargo de la sección femenina del Instituto Chileno de Cultura Hispánica. A su vez, algunas instituciones chilenas enviaron a personas adheridas a participar de este encuentro. Ejemplo de ello

[110] *Revista Consigna*, Año XV, Nº 170, marzo de 1955, p. 19.

fueron la Escuela de Servicio Social, representada por Rebeca y Adriano Izquierdo, la Escuela de Servicio Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile, mediante la presencia de la asistente social Luz Tocornal[111] y la Escuela de Servicio Social "Alejandro del Río", a través de Mireya Kerbernhard[112], egresada, y Olga Freddy[113], secretaria académica de la Academia de Visitadoras Sociales en San Vicente de Paul. El entusiasmo de estas profesionales por participar en el Congreso evidencia el protagonismo que las visitadoras o asistentes sociales tenían en la intervención y educación de las familias chilenas de los sectores populares durante el siglo XX.

De las cuarenta ponencias presentadas, el único tema general que no se trató fue el de la "la Mujer en la Guerra". Así, ponencias destacadas abordaron problemáticas como la mujer en la moral chilena, la mujer como educadora en el hogar y su papel en la familia, el matrimonio y la educación de los hijos. Al mismo tiempo, se presentaron trabajos sobre la mujer en distintas profesiones, la participación femenina en la política, la función de las visitadoras sociales católicas, el Servicio Social en Chile, la intervención en la sanidad nacional, el Patronato Nacional de la Infancia, el papel de la revista femenina, la presencia de las mujeres en la universidad, la creación de centros femeninos en los Institutos de Cultura Hispánica y la misión histórica de la mujer chilena[114].

En las ponencias de las mujeres chilenas se enfatizó mucho que la participación política de las mujeres debía estar restringida al voluntariado y que su formación debía limitarse a profesiones que fueran de la mano con su femineidad, como el trabajo social, la educación de la infancia y la enfermería. Estos planteamientos aparecían muy unidos a la idea de una maternidad universal en la que "el instinto natural de madre" debía extender los límites de la propia familia y ponerse al servicio de la beneficencia y de la labor de la Iglesia católica. En aquel entonces, en Chile se vivían años de tensas transformaciones que obligaron a las expositoras a definir una «verdadera identidad femenina nacional» que fuera común a todas las chilenas, sin importar si habitaban la ciudad o el campo. Por lo tanto, no es extraño que el mundo rural fuera abordado en las redacciones presentadas por las delegadas chilenas si se piensa en la labor realizada por las esposas de los latifundistas en conjunto con las visitadoras sociales católicas para conseguir la regeneración del campesinado chileno, a quien se le consideraba "carente de sólida base moral" y con "gran tendencia al alcohol", como reza el trabajo perteneciente a Sara Philippi Izquierdo. Presidenta de la Sección Cultural Femenina del Instituto Chileno de Cultura Hispánica, su

[111] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/463, Relación de instituciones y personas que envían adhesiones al Primer Congreso Hispanoamericano Femenino, apartado de Chile.
[112] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/463, Correspondencia entre la Escuela de Servicio Social "Alejandro del Río" y el Círculo Cultural Medina de Madrid, 11 de abril de 1951.
[113] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/463, Temario del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano.
[114] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Actas de la Secretaría de Comisiones para las ponencias de los diferentes grupos temáticos del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano.

ponencia titulada *Apostolado de la mujer en la organización campesina chilena* planteaba recoger la tradición de cuidado y asistencia que la clase dirigente chilena había tenido con los trabajadores agrícolas durante el período colonial y que se había perdido con la introducción del liberalismo en la legislación republicana del siglo XIX. Además, pone énfasis en la necesaria educación que debían recibir las mujeres campesinas en economía doméstica e higiene para mejorar las condiciones de vida de la familia rural y disminuir la mortalidad infantil, como también en la urgente formación religiosa que estaba ausente en los campos. Para ello, apunta a la voluntad de las mujeres que fueran esposas, hijas o hermanas de terratenientes para, con su intervención reformadora, prevenir la llegada del comunismo, que se extendía por las ciudades, a la población campesina[115].

En otros aspectos, la madre de la expositora anterior, Sara Izquierdo de Philippi, criticó mucho al movimiento feminista chileno por cuestionar la diferencia que existía entre la mujer y el hombre. Lo mismo hizo Alicia Gutiérrez Lea-Plaza y afirmó que el feminismo no era necesario para la mujer chilena debido a que su origen hispánico, que a su vez era matriarcal, le otorgaba ya la "supremacía en carácter permanente, y cuándo [sic] se disfruta de una posesión, no se preocupa uno de justificarla con leyes o sistemas [sic]"[116]. Suponía que no se debían aceptar nuevas armas por temor a la pérdida del patrimonio de los antepasados españoles.

A su vez, Izquierdo de Philippi consideraba que la mujer era compañera del hombre por ley divina y que perseguir la igualdad en el estilo de vida y en las actividades sólo amenazaba la continuidad de la sociedad. Agregaba que esto causaría lucha y competencia y pondría en riesgo a la mujer por ser "la parte más débil" y saldría "necesariamente perjudicada y tal vez vencida, causándose así un daño enorme a la humanidad y a su propia felicidad, porque nunca se es feliz cuando se contraría la vocación esencial"[117]. Otro punto que criticaba era que la igualdad había llevado a las mujeres a participar como combatientes en la guerra, como había ocurrido en la Batalla de Stalingrado, lo que contradecía su capacidad de dar vida. Y frente a esta última cualidad, denunciaba "la ruina del hogar abandonado; la camarada en vez de la esposa; la esterilidad voluntaria en vez del hijo"[118]. Acusó a las feministas de destruir el "verdadero papel de la mujer y sus verdaderas aspiraciones "femeninas"" en vez de preocuparse del problema más importante: "el trabajo de la mujer que tiene a cargo una familia" y la necesaria formación que debía recibir para "devolverle su feminidad". Así, era "solamente a través de su fe religiosa como

[115] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Sara Philippi Izquierdo, "Apostolado de la mujer en la organización campesina chilena".
[116] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Alicia Gutiérrez Lea-Plaza, "La moral en la mujer chilena", p. 23.
[117] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Sara Izquierdo de Philippi, "Feminismo verdadero. La misión de la mujer", pp. 4-5.
[118] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Sara Izquierdo de Philippi, "Feminismo verdadero. La misión de la mujer", p. 5.

podrá ella valorizar a su propio ser" y comprender "la imagen de la Virgen Madre como el exponente más alto a que ha podido llegar la mujer"[119]. Se afirmaba que las clases de economía doméstica, puericultura y labores femeninas no serían suficientes si se añadían al plan de enseñanza masculino, sino que la educación debía realizarse teniendo en cuenta la fisionomía, cualidades e intereses femeninos, considerados naturales. Esta era la manera de garantizar que aún cuando la mujer se viera en la necesidad de trabajar o por voluntad estudiara una profesión, "preferirá aquellas que le permitan ejercitar las fuerzas maternales que son la base vital de la sociedad"[120]. De la misma manera, estaba convencida de que el feminismo no había penetrado del todo a la sociedad porque

> "en Chile, la tradición católica, legada por los conquistadores españoles, y la fé [sic] arraigada en el seno mismo de la familia y fuerte sobre en la mujer, ha hecho que el feminismo propiamente dicho, nunca haya tenido gran resonancia. Sólo ha venido a tomarsele [sic] en cuenta muy entrado el siglo actual, pero sin caracteres agresivos y sin significar grandes luchas ni grandes victorias"[121].

En otro ámbito, se hizo muchísimo hincapié en la calidad de la "raza chilena". En un recorrido por el desarrollo histórico de Chile, desde la fundación de Santiago hasta el siglo XX, Alicia Gutiérrez Lea-Plaza destacó en su ponencia la laboriosidad de la élite chilena, heredada –en sus palabras– de su origen principalmente vasco. Luego mencionó a la clase media, a la que criticaba por su liberalismo y su visión laica de la sociedad, además de ser "una clase sin tradición, que constituye un gran peligro para el país, pués [sic] entre la aristocracia y el pueblo, no es ésta, la clase intermedia que sirva de suavizadora, sino por el contrario de un cúmulo de odios". Finalmente, habló del "pueblo mestizo, con bastante predominio del aporte blanco, porque la sangre india en Chile es muy pobre. Del mestizaje con el andaluz heredaron el ingenio y del indígena lo fatalista"[122]. No fue lo único que mencionó para enfatizar la superioridad de las clases dirigentes en cuanto a su componente étnico. En las primeras páginas de su trabajo rescató el innegable aporte de la mujer española al llegar al territorio chileno durante el proceso de conquista en el siglo XVI frente a la "moral absolutamente negativa" de los pueblos indígenas. Para tal afirmación, se apoyaba en su falta de sentido religioso, sus infracciones de las normas tradicionales, el adulterio, el hurto y lo difícil que había sido su cristianización porque "el poco elemento

[119] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Sara Izquierdo de Philippi, "Feminismo verdadero. La misión de la mujer", p. 10.
[120] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Sara Izquierdo de Philippi, "Feminismo verdadero. La misión de la mujer", pp. 11-12.
[121] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Sara Izquierdo de Philippi, "Feminismo verdadero. La misión de la mujer", p. 12.
[122] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Alicia Gutiérrez Lea-Plaza, "La moral en la mujer chilena", pp. 13-14.

que había era subersivo [sic] y flojo"[123]. Es aquí cuando rescata profundamente el papel de la mujer hispana durante el proceso de colonización española porque había sido ella la responsable de transmitir la moral a la mujer indígena y, en consecuencia, lograr la conservación de las tradiciones e integrar las costumbres castellanas con las del pueblo chileno: "le enseñó el hábito del trabajo en el hogar, donde debia [sic] hacer todo desde ordeñar la vaca hasta hacerse su propia ropa. También le dió [sic] el hábito del hogar, donde debia [sic] velar por sus hijos y vivir solamente para un hombre"[124]. Ciertamente, tal como las españolas subrayaban el papel de la mujer española en la colonización de Hispanoamérica, las chilenas lo hacían con la mujer católica perteneciente a la élite nacional a lo largo de la historia del país. En otras palabras, dicha figura había sido clave para la supervivencia de la tradición histórica chilena heredada del período colonial, a pesar de las influencias extranjeras que habían intentado penetrar en la idiosincrasia nacional durante la primera mitad del siglo XX.

Por otro lado, criticó duramente la formación entregada en las escuelas públicas desde los años veinte porque, al carecer de una base religiosa, era responsable de la inmoralidad que aquejaba a la sociedad chilena, sobre todo tras el ingreso de las mujeres a la fábrica y la vida política. Sumada a la educación laica, agregó la negativa influencia del cine norteamericano que había provocado un catastrófico panorama porque "las madres ya no se preocupan tanto de sus hijas, las dejan salir solas y ellas flirtean como sus hijas, como ellas bailan y como ellas fuman". En su trabajo fue muy crítica con las mujeres jóvenes que estudiaban una carrera, viajaban solas, conducían su propio coche, que practicaban todos los deportes, que tenían la misma intelectualidad de los hombres y que, por lo tanto, entraban al matrimonio en igualdad con sus maridos. Decía "¿qué medio existe para que acepte la dependencia en que se mantuvo a sus hermanas de otros tiempos lejanos?"[125] y profundizaba en la problemática del divorcio y el impacto en el hogar que tenía el trabajo de la mujer fuera de él. Después, añadía que "hoy día nuestra juventud quiere liberarse de la tutela maternal, quiere la libertad, no comprende todavía que (…) la maternidad es un gran misterio, no sólo en cuanto a la parte fisiológica, sino como dignidad y prerrogativas de la mujer"[126]. Para Gutiérrez Lea-Plaza, el destino de los pueblos estaba en los brazos de una mujer y que por esa razón debía no sólo ser la reina del hogar, sino que también preocuparse de la función social y cívica que significaba la formación de los futuros hombres que gobernarían las masas y conducirían la vida

[123] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Alicia Gutiérrez Lea-Plaza, "La moral en la mujer chilena", p. 3.
[124] Ibid.
[125] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Alicia Gutiérrez Lea-Plaza, "La moral en la mujer chilena", p. 16.
[126] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Alicia Gutiérrez Lea-Plaza, "La moral en la mujer chilena", p.18.

pública[127]. Estrechamente relacionado a esto, terminaba denunciando el problema de la madre soltera y las nefastas consecuencias que tenía para la moralidad y la paz social, y apuntaba a la falta de formación religiosa y moral que no se entregaba en las escuelas, ya que

> "si tiene el hijo y si es que lo llega a conservar, no lo quiere porque lo vé [sic] como causa de su desgracia y entónces [sic] esa pequeña criatura vá [sic] creciendo con malos instintos que desarrollándose en mal ambiente lo impulsarán más tarde por la senda de la degradación y del vicio"[128].

A través de las inquietudes presentadas por todas las participantes en el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, se llegaron a acuerdos transversales para todos los países asistentes. La declaración de principios recogió el propósito primordial del reconocimiento de la existencia de una manera iberoamericana de ser y de pensar[129], resultado de la integración de elementos hispanolusitanos con otros propios de América y Filipinas. Siguiendo esta línea, se enumeraron una serie de características que unificaban a estos países. Entre ellas se identificaban el concepto cristiano de la vida, la concepción de la familia como unidad fundamental de la sociedad, conformada por el matrimonio indisoluble, así como la estimación de la dignidad de la mujer como pieza clave para la existencia de la familia. A su vez, se plasmó el reconocimiento de los valores de las culturas aborígenes y, finalmente, la integración religiosa y militante de la vida, la cual debía estar al servicio de un providencial destino de salvación[130].

Seguidamente, en el Congreso se hizo hincapié en la necesidad de abolir las leyes de divorcio y de aquellas que garantizaban el acceso y uso de métodos anticonceptivos porque trastornaban la familia y la sociedad de cada nación iberoamericana. También, se profundizó en el papel que las mujeres iberoamericanas y filipinas tenían con las clases populares por ser más supuestamente proclives a la "inmoralidad" como consecuencia de la injusticia social, lo que ponía sobre la mesa la urgencia de una revolución social exclusivamente católica. Para cumplir dicha labor, se acordó el necesario regreso de la mujer casada al hogar mediante la implantación del salario familiar y de todas las medidas sociales de protección a la familia que lo hicieran posible[131]. No menos importante fue su recomendación para la abolición de la igualdad legal del concubinato con el matrimonio

[127] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Alicia Gutiérrez Lea-Plaza, "La moral en la mujer chilena", p. 19.
[128] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Ponencias del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Alicia Gutiérrez Lea-Plaza, "La moral en la mujer chilena", p. 22.
[129] Para profundizar sobre la cuestión iberoamericana en el fascismo, revisar a De Lima Grecco y Pereira Gonçalvez (2022).
[130] "I Congreso Femenino Hispanoamericano 1451-1951", *Revista Consigna*, Año XI, Nº 126, julio de 1951, pp. 44-45.
[131] Op. Cit., pp. 46-47.

legal válido para efectos de sucesión, filiación y percepción de seguros sociales en los países hispanoamericanos en que se hubiera instaurado[132].

En cuanto a las acciones sociales y sanitarias, se recomendó la creación de escuelas de visitadoras sociales profesionales y de escuelas en el medio rural para la formación de asistentes. Igualmente, se explicitó la necesidad de intensificar la formación religiosa y ética de las enfermeras y de crear servicios auxiliares para la atención del mundo rural, poniendo como ejemplo el Cuerpo de Divulgadoras Sanitario-Rurales de la Sección Femenina, del que se hablará en los próximos capítulos. Y también se acordó "la coordinación entre España y los países iberoamericanos y filipinos, en lo que se refiere a intercambio de enfermeras, viajes de estudio, creación de becas, de asistencia a cursos, y crear dentro del Organismo Central, la Sección de Enfermeras"[133].

Todos los principios generales que se acordaron entre las participantes permitieron alcanzar uno de los propósitos más importantes del congreso: la construcción de un ideal de mujer hispánica. Este ideal reconocía que la "feminidad" era superior y diferente cuando era religiosa, por lo que todas las mujeres herederas de la hispanidad podían alcanzar la plena realización de su feminidad: su condición de hispánicas iba de la mano con los valores católicos. En relación con este razonamiento, las congresistas concluyeron que la mujer hispánica poseía características esenciales –que debía conservar o recuperar caso de haberlas perdido– que se resumían en torno a la apreciación de la pureza, la virginidad y la maternidad. Debía tener clara consciencia de su misión, de su responsabilidad y de la jerarquía en el hogar, por lo que su amor y su inclinación hacia los deberes domésticos y capacitación para cumplirlos resultaban indispensables. Estas condiciones llevaban a otro punto importante: su intransigencia contra la indisolubilidad del matrimonio y todo aquello que atentara contra el mismo, por lo que debía estar convencida de la atemporalidad de los valores de la cultura hispánica. Se exigía, para ello, tener fortaleza y decisión para defenderlos frente a su negación[134].

Además, lo trascendental del Congreso fue la declaración de la comunidad de naciones que conformaban los países iberoamericanos "que, por su historia, cultura y formas de vida, debe defenderse contra cualquier clase de infiltración extraña que trate de desvirtuar las esencias de su propia personalidad"[135]. Esta proclamación hacía directa alusión a la influencia de Estados Unidos en la región, el crecimiento de la religión protestante en el continente y el avance de las ideologías de izquierda en el mismo.

---

[132] Op. Cit., p. 50.

[133] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/463, Actas de las conclusiones del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Comisión III, La Mujer en la Sanidad.

[134] Op. Cit., p. 52. Barrachina (1991) ha logrado identificar la contradicción que caracterizaba a la Sección Femenina en lo que ella ha denominado el "ideal falangista de mujer" y el "ideal de mujer falangista". Estos conceptos resaltan la curiosidad que implicaba que la organización de mujeres falangistas estuviera integrada por mujeres solteras, mientras imponían el matrimonio como destino a las demás españolas (Morant i Ariño, 2014; Barrera López, 2019).

[135] Ibid.

6.3 Los Círculos Culturares Femeninos Hispanoamericanos

En el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, y para facilitar la defensa del ideal de mujer hispánica, se pactó la creación de una institución que proporcionaría un apoyo efectivo en toda la comunidad hispanoamericana que posibilitara la colaboración de las distintas naciones en toda tarea humana, social, científica, histórica y laboral (Payá, 1951: 475). Los Círculos Culturales Femeninos Hispanoamericanos fueron concebidos por la chilena Sara Philippi y la argentina María Josefina Casas, ponentes del Congreso, siguiendo el modelo de los llamados Círculos Medina[136]. Estos Círculos se dedicaron a difundir la cultura española en el ámbito americano por medio de diversas acciones, pero funcionando al mismo tiempo como mecanismos de atracción de las élites locales de los diferentes países. El objetivo estaba en trabajar por la implementación de los acuerdos y conclusiones establecidas en dicho congreso y "defender y exaltar los valores espirituales de la mujer hispánica, morales y familiares; dentro del hogar, la dignidad dentro del trabajo y la libertad para escoger cada uno su propio destino y la unidad de nuestros pueblos"[137]. De alguna forma representaron, por tanto, el medio más importante de proyección internacional de la Sección Femenina, a la vez que abrían un abanico de posibilidades para muchas mujeres: desde la dedicación a la beneficencia y otras labores hasta viajes de formación a España a través de un sistema de becas (Tessada, 2017a).

Creados al abrigo de los Institutos de Cultura Hispánica del continente, los Círculos Hispanoamericanos se mantuvieron estrechamente vinculados al Instituto de Cultura Hispánica de Madrid y a la Sección Femenina. Su estructura interna era, de hecho, similar a la de Falange, contando con un Servicio Exterior, una sección de Acción Cultural, otra de Música y Folklore, otra de Arte y, finalmente, una de Prensa y Propaganda. Hasta treinta y dos Círculos fueron fundados en América Latina entre 1952 y 1977, en países como Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, México, Perú y Uruguay. De estos países, Argentina y Chile fueron los que más destacaron, a partir de la amistad de la argentina Josefina Ramón Casas y las chilenas Sara Philippi Izquierdo y Gisela Silva Encina con las Jefes de la Sección Femenina, lo que repercutió en la apreciación y

[136] Creados en 1942, los Círculos Medina debían su nombre a Medina del Campo, en cuyo Castillo de la Mota la Sección Femenina había instalado la Escuela de Mandos José Antonio Primo de Rivera. Dependientes de la Regiduría Central de Cultura de la Sección Femenina, organizaban una gran variedad de eventos artísticos y culturales con el objetivo principal de elevar el nivel de la mujer española pudiera desenvolverse de mejor manera en la vida social, cultural y política, además de realizar actividades en su tiempo libre. Sin embargo, su verdadera función era actuar como medio de captación en todos los sectores de la vida nacional. Por este motivo, estaban dirigidos principalmente a mujeres mayores de 18 años, siendo preferente la juventud. En ellos se celebraban conciertos, conferencias, recitales y exposiciones, pero también cursos de enseñanzas de hogar (plancha, cocina, decoración, confección, etc.). No obstante, con la llegada de la nueva era de consumismo durante los años sesenta y la introducción de electrodomésticos en los hogares españoles, se ofertaron cursos como electricidad, mecánica, jardinería, carpintería, tapizado, entre otros, que hasta ese entonces habían estado reservados a los varones (Dueñas Cepeda, 2010: 67-68).

[137] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Conferencia dictada frente al Embajador de España en Chile el 2 de diciembre de 1976 con motivo del 25º aniversario de la fundación del Círculo "Isabel la Católica" en Santiago de Chile, p. 2.

reconocimiento de sus Círculos respectivos. Fueron también mujeres argentinas y chilenas las que compusieron la Junta Central de Coordinadoras de los Círculos, definida en el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano y presidida por la propia Pilar Primo de Rivera (Tessada, 2017a).

En Chile se fundaron tres Círculos: el primero en Santiago a finales de 1951, el segundo en Valparaíso en 1958 y el tercero en La Serena, al norte del país, en 1962. Según la Tercera Memoria del Instituto Chileno de Cultura Hispánica, entre 1953 y 1955 se conformó también una filial del Círculo de Santiago en la ciudad de Punta Arenas, en el territorio austral del país, "para la formación de la juventud y la exaltación de los valores hispánicos"[138]. El Círculo "Isabel la Católica" de Santiago fue fundado apenas regresaron las participantes del Congreso y sus integrantes a partir de la Sección de Intercambio Cultural Femenino del Instituto Chileno de Cultura Hispánica. Según Isabel Jara Hinojosa, la primera directora del Círculo fue Sara Izquierdo de Philippi, descrita por la autora como "católica ferviente, madre del filósofo Julio Philippi, suegra de [el historiador] Jaime Eyzaguirre y presidenta de la delegación chilena en el Primer Congreso Femenino" (2006: 150). Su hija Sara Philippi Izquierdo, asistente a la vez a dicho congreso y ya mencionada, fue quien la sucedió en el cargo.

El trasfondo de la existencia de los Círculos encerraba la búsqueda por influir directamente en la vida de las mujeres, a partir del incremento de la presencia femenina en el mundo laboral formal, la preocupación por la moral de la mujer trabajadora y la ampliación de los derechos políticos para las mujeres chilenas, que sólo en 1952 habían ejercido su derecho al voto en unas elecciones presidenciales. Las mujeres chilenas del Círculo consideraban fundamental reforzar los valores del ideal de la mujer hispánica frente a esa transgresión de su papel tradicional. Además, lo consideraron una oportunidad para cumplir con una de las conclusiones del Congreso Hispanoamericano: "la creación de centros educativos y culturales que posibiliten la realización de estos valores espirituales y religiosos" (Payá, 1951: 477). Por ese motivo, la Sección Femenina enviaba constantemente ejemplares de prensa de la organización y propaganda para difundir en los Círculos, como fue el caso de la revista *Consigna*, repartida en centros pedagógicos y de preparación del profesorado normalista, o de la revista *Teresa*. Desde el Círculo de la Serena, por ejemplo, esperaban "material que nos ayude a mostrar y engrandecer los valores hispánicos que están latentes en cada rincón de nuestra ciudad de profunda raigambre española y esto sólo lo podemos obtener de la Embajada y del Instituto"[139].

Pero sin duda alguna, el mayor fruto de la relación entre la Sección Femenina y sus Círculos hispanoamericanos fue la creación de un sistema de becas para mujeres jóvenes. Las primeras becas no alcanzaron mayor estabilidad durante los primeros años, pero inspiraron el objetivo más importante que perseguirían durante toda la existencia del

[138] *Tercera Memoria julio de 1953 – julio de 1955*, Instituto Chileno de Cultura Hispánica, p. 16.
[139] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de La Serena, Chile, y la Junta Central de Coordinadoras en Madrid, 28 de abril de 1973.

régimen franquista: formar a la juventud de las élites hispanoamericanas en España en el ideario hispanista, la futura clase dirigente de sus países. En sus inicios, las actividades que se realizaron en el Círculo fueron conferencias, foros y proyecciones culturales, además de un taller de folklore. De igual forma se realizaron cursos para el envío de becarias jóvenes a España, las cuales eran seleccionadas a partir de su aprobación, la redacción de una monografía final, la evaluación de su carácter y conducta de acuerdo con los valores de la Sección Femenina y la simpatía personal percibida por las integrantes del Círculo. La idea era que las becarias fueran seleccionadas mediante peticiones presentadas en las embajadas, en las sedes del Instituto de Cultura Hispánica o por intermedio de contactos personales. Las condiciones no eran muy exigentes, salvo no superar los 30 años de edad y ser soltera. No obstante, como el objetivo era acercarse a las élites locales, la beca no incluía un aporte monetario, por lo que no cualquier mujer joven podía adjudicársela. La beca consistía en una estancia de entre cuatro a seis meses en la que visitarían los servicios de Sección Femenina y realizarían los viajes de la Delegación por España[140].

Las socias de los Círculos en Chile participaban tanto en las actividades culturales del Instituto Chileno de Cultura Hispánica como en obras de beneficencia mientras mantenían relaciones de trabajo con Círculos de otros países hispanoamericanos. Los cambios políticos que se produjeron en América Latina a partir de la revolución cubana, el avance de las ideologías de izquierda o la aparición de la línea católica de la teología de la liberación no alteraron este contacto internacional. Sin embargo, en una reunión de las directoras de los Círculos con las Mandos de Sección Femenina realizada en España en 1963, las presidentas hispanoamericanas pidieron que se exigiera un mayor control ideológico de las becarias y mayor vinculación con la comunidad, lo que amplió la línea hispana a una línea también política. A partir de este requerimiento, el Servicio Exterior de Sección Femenina comenzó a establecer una relación activa con grupos hispanoamericanos de carácter nacionalista, anticomunista o cercanos a la ideología de Falange. Reflejo de esta articulación interoceánica fueron la visita de Pilar Primo de Rivera a Chile en 1953, la llegada al país de los Coros y Danzas en 1962 y la de los mandos en 1968.

Vanessa Tessada (2017a) ha logrado realizar un seguimiento de las primeras becarias chilenas que llegaron a España a formarse en las instituciones de la Sección Femenina entre 1947 y 1951. Entre éstas se encontraban Doris Codoceo Contreras, Sara Philippi Izquierdo y Gisela Silva Encina. De ellas, la primera fue becada para estudiar el modelo español de asistencia social, el de protección materno-infantil y el de previsión social, llegando a convertirse en jefa de la carrera de Asistente Social en el Centro Universitario Regional de La Serena de la Universidad de Chile.

Por otro lado, estas primeras hispanoamericanas becadas fueron evaluadas al final de su estancia en España a partir de criterios ideológicos, como lo era su compromiso con el falangismo. El caso de Gisela Silva refleja esta situación. La chilena había estudiado "Estudios Hispánicos" en la Universidad de Madrid y "Problemas Contemporáneos" en la

[140] Becas de residencia para estudiantes extranjeros, Oficio Servicio Exterior de Sección Femenina, 8 de febrero de 1950, citado en Tessada (2017a: 320).

Universidad Internacional Menéndez Pelayo, aparte de realizar un curso de formación en la Escuela de Mandos de Sección Femenina en el Castillo de la Mota y visitar todas las regidurías nacionales. De este modo, las Mandos concluyeron que

> "el tiempo que permaneció en España fué [*sic*] de completa compenetración con nosotras viniendo muchísimos días a la Nacional para tomar notas y apuntes. Vuelve a Chile no sólo con un buen conocimiento nuestro, sino lo que es mucho más importante con nuestra manera de ser, y con gran entusiasmo por organizar algo semejante allí, empezando por la Universidad de Santiago en la que es estudiante de Filosofía"[141].

De todas maneras, no fue hasta después del Congreso Hispanoamericano de 1951 cuando se definió un programa consolidado de becas de Sección Femenina cuya base sería la defensa de la Hispanidad. Este sistema funcionaría bajo un entramado compuesto por tres pilares fundamentales: la misma Sección Femenina, los Círculos Culturales Femeninos Hispanoamericanos y las becarias. Se estipularon nuevos requisitos para obtener cada una de estas becas, con la exigencia de un curso de tres meses mínimo para prepararse como becarias, un ensayo sobre una temática española y, por último, un certificado que recogiera la buena conducta de la postulante por parte del Círculo. Las conferencias de estos cursos abarcaban temas como el Arte español, Historia Contemporánea de España, Legislación y Obras sociales españolas, Organización de la Sección Femenina, Doctrina y Formación moral en la organización falangista y también Actividades y vida de las becarias en la misma. A ello, se sumaban clases sobre temáticas chilenas: Geografía Económica de Chile, Historia de Chile, Legislación social y Literatura chilenas. Estos contenidos eran impartidos por miembros del Instituto Chileno de Cultura Hispánica y del Círculo Cultural Femenino de Santiago, dentro de los que destacaban Sara Phillippi y Gisela Silva en las conferencias que trataban sobre la Sección Femenina y Alicia Gutiérrez Lea-Plaza en las que abordaban la legislación social española[142].

En esta ocasión, las becarias sólo podrían realizar cursos en las Escuelas de la Sección Femenina[143] y lo único que se financiaba era la matrícula, el alojamiento, su manutención y algunos viajes por España, pero continuaba siendo responsabilidad de las candidatas cubrir sus vuelos transatlánticos y los recursos que necesitaran en los cinco meses que durara su estadía en España. Durante este período, debían formarse en la Escuela Mayor de Mandos, que incluía la Granja-Escuela de Aranjuez. También debían visitar las Escuelas Hogar, las cátedras ambulantes y las escuelas de formación, y pasar una

[141] Resumen de actividades del Servicio Exterior 1951-1973 citado en Tessada (2017a: 322).

[142] *Tercera Memoria julio de 1953 – julio de 1955*, Instituto Chileno de Cultura Hispánica, p. 14.

[143] Sección Femenina tenía diferentes instituciones educativas donde formaba a mujeres en carreras que permitían a las mujeres desarrollar habilidades asociadas a su feminidad. Una de ellas era la Escuela Femenina Isabel la Católica en el Castillo de las Navas del Marqués en las que se cursaba Magisterio e Instructoras de Juventudes. Otro ejemplo era la Escuela Onésimo Redondo en Aranjuez, en la que se formaban las Instructoras Rurales. También existía la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Julio Ruiz de Alda. AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/463, Becas hispanoamericanas, Primer Congreso Femenino Hispanoamericano.

temporada en el albergue internacional de Deva en verano. Asimismo, algunas visitaron los poblados creados por el Instituto Nacional de Colonización en diferentes provincias españolas[144]. El propósito final no era simplemente que aprendieran la organización y doctrina de la Sección Femenina, sino que consiguieran impregnarse del "modo de ser falangista" a través de los rituales, la estricta disciplina y la austeridad propias de pertenecer a la organización, por lo que vestían el mismo uniforme que las españolas. Por consiguiente, el compromiso adquirido tras estos cambios en las becas obligaba a las becarias a colaborar con el Círculo a su retorno al país de origen (Tessada, 2017a). No obstante, durante los años cincuenta y sesenta, el número de becas se incrementó y, por lo tanto, los Círculos comenzaron a evaluar no sólo su compromiso ideológico, sino que las cualidades personales y los antecedentes académicos de las postulantes[145]. Entre ellas destacaban la inteligencia, el carácter, la simpatía, la educación, la moral y la religión. Además, se valoraban positivamente las aptitudes especiales, la orientación política, las cualidades para jefe y sus capacidades para el liderazgo, lo que no siempre encontraban en todas las becarias que recibían, como ocurrió con la becaria Liliana Kirsinger Vázquez. Así, es posible leer en su informe que "no logró adaptarse a la vida en comunidad, para la que no estaba capacitada dado su carácter quisquilloso, irritable y falto de energías y de optimismo (…) no cumplió sin embargo con lo que se le había encomendado dentro de sus obligaciones comunitarias"[146]. A su vez, también se consideraba su cercanía con alguna de las integrantes del Círculo, como ocurrió con Paula Fernández Philippi, becaria en el curso 1970-1971, a quien se le destacó "su encanto personal, su distinción y su dulzura" y se afirmó que había obtenido el cariño de las falangistas "además de por ella misma, por ser la sobrina de una gran amiga y colaboradora"[147], muy probablemente Sara Philippi Izquierdo.

Las becarias seleccionadas provenían de instituciones y profesiones vinculadas a la educación, a la intervención en el mundo rural, a la salud y la asistencia social. En 1953, la Sección Femenina acordó conceder nueve becas que fueron otorgadas a Ana Ureta Espiñieira y Rosa María Infante, de la Cruz Roja chilena; Margarita Pérez Donoso, María

[144]AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/463, Becas hispanoamericanas, Primer Congreso Femenino Hispanoamericano.

[145] *Tercera Memoria julio de 1953 – julio de 1955*, Instituto Chileno de Cultura Hispánica, p. 14. Algunos de los trabajos presentados por estas becarias para postular inicialmente a las becas de Sección Femenina se encuentran en el Fondo de Sección Femenina del AGA. Así, es posible mencionar el trabajo de Amelia Allende González sobre Hernán Cortés y Pedro de Valdivia, el de María Isabel Mena González titulado "Formación de la mujer en España a través de la Sección Femenina", el de María Teresa Valenzuela Estevez sobre Isabel de Castilla, el de Isaura Olivera sobre la Escuela Normal Rural de Talca y el de Silvia Sittler Fuentes titulado "Los seguros sociales en España". AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/464, Actas de la Secretaría de Comisiones para las ponencias de los diferentes grupos temáticos del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano.

[146] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Relaciones Internacionales y Servicio Exterior, Signatura 22/417, Informe de las becarias chilenas correspondiente al curso 1971-1972, Chile, Liliana Kirsinger Vázquez.

[147] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Relaciones Internacionales y Servicio Exterior, Signatura 22/417, Informe de las becarias chilenas correspondiente al curso 1970-1971, Chile, Paula Fernández Philippi.

Josefina Besa Ríos y Judith Figueroa Cruz, del Instituto de Educación Familiar; Carmen Gutiérrez Lea-Plaza de la Radio Católica; María Isabel Mena González, del Instituto Pedagógico de la Universidad Católica; María Teresa Valenzuela Estevez y también Judith Vío Henríquez, visitadora social. Por su parte, para la convocatoria de 1954, se concedieron un total de siete becas. Para Estudios Generales de seis meses de duración fueron seleccionadas Elena Eguiguren Rudolphy, Amelia Allende González y Cecilia Hurtado Goycolea, del Hogar Catequístico, y María Olivia Decombe, de la Cruz Roja. Asimismo, para Estudios de Asistencia Social las beneficiadas fueron Elvira Varas Fernández, enfermera sanitaria de Valparaíso, y Silvia Sittler Fuentes, visitadora social. Y, por último, para cursar Estudios Rurales en Aranjuez durante nueve meses se eligió a Isaura Olivera, maestra normalista de la Escuela Normal Rural de Talca[148].

Con el tiempo esto cambió. La apertura que las mujeres hispanoamericanas experimentaron en el espacio público fue una de las consecuencias de los procesos históricos que se vivieron en América Latina durante los años sesenta (Soihet y Power, 2006). Esta evolución se expresó en su participación política, en el aumento de su incidencia en las matrículas universitarias y en su cada vez mayor presencia en el mundo laboral y profesional (Lobato, Arango y Fernández, 2006). Las transformaciones operadas en los países hispanoamericanos fueron percibidas como un problema para la Sección Femenina. En ese momento, la legislación que regularía la participación de las mujeres en el mundo laboral era debatida en España, la cual finalmente fue aprobada en 1961 y respaldada por la organización de Pilar Primo de Rivera (Ofer, 2006; Davidson, 2011). El apoyo de las falangistas no se debió a razones económicas ni a la satisfacción de las demandas de defensores de los derechos de la mujer, sino, de manera exclusiva, a la urgente necesidad de aceptación internacional para el régimen (Valiente Fernández, 1998). El impacto que este escenario tuvo en las becas se tradujo en la extensión de las mismas hasta cubrir entre seis y nueve meses, con posibilidad de renovación. En cuanto a los beneficios económicos, no experimentaron ningún cambio. Desde Chile se expresaba que "(…) se presentaron numerosas personas interesadas en continuar sus estudios en España (…) lamentablemente, al imponerse que deben costearse el viaje de ida y vuelta que es elevadísimo, desisten de participar"[149].

Además, comenzó a cubrir grados completos y otros programas académicos, entre los que se incluían doctorados, cursillos monográficos, diplomas de Psicología, Pedagogía Terapéutica, Bellas Artes y Documentación, entre otras opciones. La clave del cambio estaba en que las mujeres hispanoamericanas deseaban estudiar carreras profesionales y doctorados, pero ya no formarse en carreras de la Sección Femenina[150]. Por esta razón, las

[148] *Tercera Memoria julio de 1953 – julio de 1955*, Instituto Chileno de Cultura Hispánica, p. 15.

[149] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de La Serena y la Junta Central de Coordinadoras, 28 de abril de 1973.

[150] Desde sus propios centros formativos y de enseñanza, la Sección Femenina ofertó diversas profesiones orientadas a formar y a educar a las mujeres sin que perdieran su femineidad. Entre ellas es posible enumerar Enfermera de FET y de las JONS, Ayudante Técnico-sanitario, Divulgadora Rural Sanitario-

becas otorgadas por el Instituto Chileno de Cultura Hispánica eran más atractivas para las jóvenes[151]. Sin embargo, muchas veces esto no era posible también porque las carreras que existían en Chile no tenían un equivalente en España o componían sólo una asignatura dentro del programa de un grado, como ocurría en el caso de Tecnología Médica, carrera que no existía en territorio español[152]. Como se puede apreciar en la correspondencia entre Sección Femenina y los Círculos, esta disyuntiva aparece en el caso de una becaria que era Educadora de Párvulos y que quería una beca para estudiar Pedagogía Terapéutica en una universidad española. Sin embargo, se le sugirió que cambiara de elección. Con la excusa de la edad de la becaria para integrarse "en unas enseñanzas muy bonitas pero un tanto deprimentes y para las que se necesita un grado de madurez", desde Sección Femenina sugirieron que era mejor que cursara estudios en la Escuela de Magisterio de esta organización falangista en Las Navas del Marqués para la Educación Extraescolar y Tiempo Libre del Niño[153].

A pesar de ello, los criterios para seleccionar a las becarias continuaban considerando su afinidad con la ideología afín al régimen y con la defensa de la hispanidad como valores básicos para que la beca fuera concedida, lo que permaneció hasta el final del programa en 1977 con la disolución de la Sección Femenina (Tessada, 2017a). Para ese entonces, de casi ochocientas becarias que había tenido Sección Femenina, 159 eran chilenas[154]. Alicia afirmaba que hasta 1976 se había becado a 200 jóvenes chilenas. Lo importante a destacar es que todas ellas provenían de familias pertenecientes a la élite chilena católica e hispanista o tenían una relación amistosa con los cargos diplomáticos españoles en Chile.

---

social, Profesora de Hogar, Profesora de Música y Danza, Instructora rural, Profesora de Educación Física, Instructora de Juventudes (Dueñas Cepeda, 2010: 64-66).

[151] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 05 de mayo de 1971.

[152] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago de Chile y la Junta Central de Coordinadoras, 5 de mayo de 1971 y 12 de mayo de 1971. También correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Valparaíso y la Junta Central de Coordinadoras, 16 de octubre de 1971.

[153] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre la Regiduría Central del Servicio Exterior y el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de La Serena, 26 de mayo de 1972. Algunos de los estudios cursados por estas becarias entre 1951 y 1963 fueron de Educación del Hogar en la Escuela de Onésimo Redondo y aprendizaje de la labor de Sección Femenina en el Castillo de la Mota, Navas del Marqués y Albergue de Masnou en Barcelona. Otros fueron Asistencia Social, Estudios rurales en Aranjuez, Instructora de Juventudes, Pedagogía, Visitadora Social, Historia Universal y de América, Enfermería, Química y Farmacia y Educación Rural. En 1973, algunas becarias estudiaron Didáctica General, Gimnasia femenina rítmica, Psicopedagogía Terapéutica, Literatura Española, Pintura y Dibujo, Arte, Biología, Educación General Básica, Confección de Ropa, Psicología Social y Educación para el Hogar.

[154] Expediente de Información de los Círculos Culturales Hispanoamericanos de Chile 1965-1975 citado en Tessada (2017a: 338).

6.4 El Servicio Social para las mujeres chilenas

Cabe reconocer que la implementación de un sistema de Servicio Social en Chile similar al existente en la Sección Femenina (Eiroa San Francisco, 1993; Pérez Trompeta, 1996; Rebollo Mesas, 2001; Richmond, 2004) fue propuesta en cuatro oportunidades diferentes, todas sin éxito.

Una de las primeras menciones encontradas respecto al Servicio Social en Chile fue durante el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano en 1951 debido a la ponencia presentada por Mercedes Ezquerra –quien luego sería becaria de Sección Femenina– titulada *El Servicio Social en Chile*[155]. Luego, en la sesión de una de las comisiones del encuentro, y a partir de la explicación entregada sobre el Servicio Social por la española Montserrat Romaña, una de las delegadas chilenas llamada Raquel Barros manifestó claramente que en Chile el gobierno no apoyaría su implementación[156].

No obstante, tuvieron que pasar algunos años para que el Servicio Social volviera a aparecer, esta vez, en el debate público chileno. La primera fue durante el gobierno de Jorge Alessandri (1958-1964). Felicitas Klimpel, cónsul honoraria en Granada por entonces, había sido becaria de las falangistas a finales de los años cuarenta y había estudiado el funcionamiento del Servicio Social español en ciudades como Madrid, Vigo, Barcelona, Granada y la Escuela Nacional de Orientación Rural Onésimo Redondo en Aranjuez[157]. Como abogada, Klimpel publicó en 1962 las bases para el proyecto de ley de lo que denominó el Servicio Femenino de Cooperación. Su iniciativa proponía la cooperación femenina obligatoria y gratuita de toda mujer chilena o extranjera residente, que tuviera entre 15 y 70 años de edad, en diversos organismos e instituciones culturales o asistenciales, públicos o privados. De este modo, el período de este servicio se extendería por seis meses durante dos horas diarias, tras el que las mujeres recibirían un Certificado de Reconocimiento. Si el Servicio de Cooperación se hubiera implementado tal como lo planteaba el proyecto, hubiera sido difícil para las mujeres chilenas eludirlo toda vez que su presentación era obligatoria para solicitar un empleo, expedir un título profesional y optar a cualquier ascenso laboral. También lo era para solicitar el pasaporte, la licencia de conducir y postular a cargos de representación popular. Las únicas mujeres que podrían eximirse del cumplimiento del Servicio de Cooperación hubieran sido aquellas con algún defecto físico o enfermedad incapacitante y las madres con hijos bajo su tuición o responsabilidad económica. A su vez, quedaban exentas las mujeres religiosas como las novicias, las mujeres trabajadoras que fueran jefas de hogar, las mayores de setenta años y quienes ya hubieran participado en una labor social o cultural gratuita durante más de seis

[155] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/463, Acta de la Secretaría de Comisiones para las ponencias presentadas por el Grupo III del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, Subcomisión "La mujer en la comunidad social".
[156] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/463, Primera acta de la Secretaría de Comisiones para las ponencias presentadas por el Grupo I del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano.
[157] "Chile estudia la implantación del Servicio Social de la mujer", *Teresa*, Nº 133, enero de 1965, p. 17.

meses acreditables (Klimpel, 1962: 281-284). Sin embargo, el proyecto de ley no llegó a ver la luz.

Nuevamente, el estudio de Felicitas Klimpel en España fue útil para evaluar el proyecto de ley presentado por Acción Social de la Mujer en 1964, que proponía un servicio femenino voluntario para mujeres jóvenes con la excusa de la preocupación por fortalecer a la debilitada familia de los sectores populares. Sin embargo, lo que se esperaba realmente era encauzar la creciente participación política femenina en actividades de importante contenido social como, por ejemplo, el bienestar del grupo familiar y su actuar en casos de emergencia y desastres naturales. De esta manera, la intención era movilizar la capacidad de servicio y de sacrificio atribuida histórica y socialmente a las mujeres. Asimismo, la iniciativa incluía la formación en contenidos vinculados al manejo del hogar y su futuro desempeño como madre y esposa (Tessada, 2017a: 288-290).

El siguiente intento por crear un Servicio Social fue durante el gobierno de Salvador Allende (1970-1973). Durante la Unidad Popular, se propuso crear un servicio obligatorio de voluntariado dirigido a las jóvenes entre 16 y 21 años de edad, destinado al trabajo en los centros de cuidado diario –como las guarderías populares que buscaba crear el gobierno– y hospitales durante tres meses. Entre los argumentos utilizados para defenderlo aparecía la oportunidad de las mujeres de participar en la creación del nuevo proyecto de país y "terminar con la pasividad de la mujer, quien ha sido siempre una espectadora de los grandes eventos en la Historia"[158]. También se habló de disminuir su dependencia económica a través de la instrucción e incluso se mencionó que este Servicio Social prepararía a las mujeres mediante el enfrentamiento práctico a los problemas materno-infantiles que vivirían como futuras madres. El mismo Salvador Allende lo presentó en 1972 como "un gran honor para cada muchacha chilena entregar unos pocos meses de su vida para cuidar a los niños, el futuro y lo más preciado que tiene nuestra nación"[159]. Aun así, el inconveniente principal de la izquierda fue la no consideración y la evasión de aquellas problemáticas que incumbían directamente a las mujeres en materia de igualdad con los hombres, por lo que se aseguró que dichos avances para la liberación femenina vendrían de la mano del triunfo en la lucha de clases (Kirkwood, 1986: 28). Al mismo tiempo, el proyecto se consideró controvertido y tropezó con una gran oposición de la derecha. Hubo quienes acusaron al gobierno de intentar adoctrinar en el marxismo a las jóvenes, por medio de las cuales educarían a la infancia en los principios de una "dictadura comunista". Otros afirmaron que estas muchachas podrían funcionar como espías al ingresar en sus hogares al transgredir el espacio privado (Baldez, 2002: 101).

La instauración de este servicio apareció estrechamente ligada a la Secretaría Nacional de la Mujer –creada en este gobierno– en un intento por movilizar políticamente a las mujeres de izquierda. Existía temor en el oficialismo frente a la gran capacidad de

[158] Declaración de Carmen de Fonseca, una abogada del gobierno de la Unidad Popular, *Revista Qué Pasa*, 20 de julio de 1972 citado en Baldez (2002: 100).
[159] Declaración de Salvador Allende, *Diario Clarín*, 28 de noviembre de 1972 citado en Baldez (2002: 101).

organización de las mujeres de la derecha y de aquellas que se posicionaban en contra del proyecto de la Unidad Popular y rechazaban la instauración del socialismo por la vía democrática (Rojas Mira, 1994b), movilización que se explicará en el siguiente apartado.

Por último, el cuarto intento por establecer el Servicio Social en Chile, y esta vez a imagen y semejanza de la Sección Femenina española, fue propuesto por Sara Philippi y Gisela Silva en 1974, durante la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet. Mas, a pesar de la reconocida labor política y social que estas mujeres comenzaban a realizar en nombre del régimen pinochetista, recibieron la negativa definitiva por parte de la Junta Militar y nunca se volvió a proponer un proyecto similar (Tessada, 2017a).

6.5 Los Círculos Culturales Femeninos Chilenos frente a la Unidad Popular

Cuando Salvador Allende llegó a la presidencia en 1970, nadie logró prever que serían las mujeres de la élite y de las clases medias las que se organizarían para crear una férrea oposición (Baldez, 2002). Existía mucho temor frente a la pérdida de privilegios por parte de estos sectores de la sociedad, sumado a la escasez de alimentos y productos básicos a raíz del boicot económico que sufrió la Unidad Popular por parte del mundo empresarial en alianza con la CIA, como ya se ha mencionado. Esta situación fue determinante para que las mujeres se organizaran y asaltaran el espacio público de la calle en torno a la «Marcha de las Cacerolas Vacías»[160] a finales de 1971. Así lo explicaban Alicia Gutiérrez Lea-Plaza y Rosa María Infante, Directora y Sub-directora respectivamente del Círculo Cultural Hispanoamericano de Santiago "Isabel la Católica", en una de sus primeras cartas tras del golpe de Estado de 1973:

> "Las mujeres que veíamos todos estos problemas en nuestros hogares, fuimos las primeras que como en una clarinada, dimos el primer toque de alerta sobre lo que estaba sucediendo. Esto fué [sic] en Diciembre de 1971 con la célebre Marcha de las Cacerolas Vacías, de allí en adelante los hechos se fueron sucediendo vertiginosamente hasta terminar en un paro cívico de todos los gremios del país. Las mujeres le pedían en magnas concentraciones al Presidente que renunciara"[161].

Esta primera manifestación permitió a decenas de mujeres valorar su capital político en la sociedad y el impacto de sus acciones, por lo que decidieron crear la organización que más relevancia tendría en la oposición contra el gobierno de Salvador

[160] La «Marcha de las Cacerolas Vacías» corresponde a una manifestación pública que aconteció el 2 de diciembre de 1971 en la que miles de mujeres a lo largo de todo Chile salieron a protestar contra el desabastecimiento. Su característica forma de hacerlo, golpeando ollas o cacerolas vacías, dio nombre a la movilización. La intención era evidenciar su oposición a las políticas aplicadas por el gobierno durante la visita de Fidel Castro a Chile. Como antecedente, es posible mencionar las protestas de las mujeres brasileñas contra el gobierno de João Gulart. Estas mujeres decidieron salir a la calle a golpear cacerolas llevando sus rosarios, lo que marca la diferencia con el movimiento chileno al no involucrar este último el componente católico de manera explícita en la movilización femenina (Power, 2008b; Toro Céspedes, 2015).

[161] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, octubre de 1973.

Allende: el Poder Femenino. Como afirma Margaret Power (2008a), Poder Femenino logró tener una amplia capacidad de convocatoria al reunir a mujeres provenientes de distintos partidos políticos, a otras del mundo independiente y a quienes no habían tenido actividad política previa. La cooperación entre mujeres pertenecientes a diversas afiliaciones fue posible al lograr disminuir el protagonismo del partidismo porque se presentaban como un movimiento apolítico con el objetivo de derrocar a la Unidad Popular. De esta forma, su capacidad de convocatoria tuvo éxito porque se centraron en el sexo y no en la clase, como hacía la izquierda, es decir, en su condición transversal de mujeres. En consecuencia, la oposición de las mujeres surgió en defensa de su hogar y de sus hijos, denunciando que las políticas del gobierno hacían imposible para ellas cumplir con sus deberes y responsabilidades maternales (Baldez, 2002). Un grupo de mujeres profesionales declaró una vez acontecido el golpe de Estado que

> "la capacidad de sacrificio y la inagotable fortaleza que sólo da la maternidad permitieron evitar males irreparables e incluso ayudaron a los maridos a soportar este difícil período de angustia, a sabiendas de que los hijos nacían y crecían en condiciones deplorables para su desarrollo anímico y biológico. Por otra parte, a ello se agregaba el ausentismo obligado del hogar y el parcial abandono de las actividades profesionales y laborales, lo que provocaba una total disminución del rendimiento en beneficio de la familia y de la comunidad. El régimen marxista nos estaba transformando en madres irresponsables y en profesionales deficientes al alejarnos forzadamente de nuestros hogares y de nuestros lugares de trabajo" (Navas de Siefer, 1973: 4).

De este modo, el mundo doméstico del hogar transgredió los límites de su accionar e invadió la calle para visibilizar sus problemáticas en lo público. En palabras de Sonia Montecino, "el ruido de las cacerolas vacías es el ruido-lenguaje de la insubordinación de la madre ante la amenaza del caos. Si la madre protesta es porque su propio orden (el cotidiano) está cuestionado" (1996b: 107). Esta perspectiva es respaldada por las declaraciones de Carmen Saenz, presidenta de las mujeres del Partido Nacional en 1972, cuando dijo que "las chilenas no estamos entrenadas políticamente, pero sí estamos preparadas espiritualmente para oponernos a todo lo que dañe a la familia"[162]. En esa dirección, "el lugar de la mujer-madre operó como un lugar político" (Godoy Ramos, 2023: 45) en el que se posicionaban como madres y anticomunistas. Este lugar manifestaba un rechazo a las reformas educativas y de salud del gobierno de la Unidad Popular. Además, mostraba un claro descontento con la intromisión del Estado en lo que muchas mujeres consideraban era parte de su rol maternal porque se convertirían en "máquinas de hacer bebés" y sus hijos perderían, entonces, su identidad e individualidad (Baldez, 2002: 110). Sara Navas, líder de la campaña contra el proyecto de la Escuela Nacional Unificada (ENU) y posteriormente nombrada por Pinochet como Delegada de la Comisión

[162] "Carmen Saenz: hija de la libertad de pensamiento", *Revista Eva*, marzo de 1972, pp. 40-41 citado en Toro Céspedes (2015).

Interamericana de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la Organización de Estados Americanos (OEA) para representar a Chile, explicó que

> "En orden de tener el derecho a una educación, tú hubieras tenido que registrar a tu recién nacido dentro de los primeros días [de nacimiento] (…) y desde esa fecha, el Estado se haría cargo de la educación del niño: el niño tendría que asistir a la guardería impuesta por el Estado, la cual sería de cuidado diario en el primer período de la vida del niño, y luego prekindergarten, luego kindergarten… y si tú no registrabas a tu hijo dentro de 40 días, tú no tendrías el derecho a tener leche, o atención médica, porque la salud también iba a estar controlada por el Estado. Era una forma de alejar a los niños recién nacidos de sus madres"[163].

A pesar de mantener vínculos constantes con los partidos políticos de la derecha, Poder Femenino mantuvo su identidad y agenda propia al reclutar a mujeres de todas las clases sociales que estuvieran descontentas con la Unidad Popular. No obstante, las mujeres que lideraban la organización pertenecían a la clase alta y se movilizaban teniendo conciencia de su pertenencia social (Godoy Ramos, 2023). Entre ellas se encontraban las que militaban en el Partido Nacional y que contaban con recursos económicos, acceso a los medios de comunicación, a la élite y a las Fuerzas Armadas. A su vez, estaban las representantes de la Democracia Cristiana que utilizaron su influencia en los Centros de Madres y se acercaron a mujeres pobres y de clase obrera mediante el apoyo a las huelgas de los mineros del yacimiento El Teniente[164]. Muchas mujeres de las clases acomodadas tenían los recursos y el tiempo para participar en estas organizaciones. La razón se debía, principalmente, a que no trabajaban ni dentro ni fuera del hogar –disponían de servicio doméstico– y tenían teléfono y automóvil, lo que facilitaba los canales de comunicación y su movilidad para reuniones (Power, 2008a).

Las mujeres del Círculo Cultural Hispanoamericano de Santiago de Chile igualmente se posicionaron en contra de la Unidad Popular. De esta manera, mientras muchas familias de la élite abandonaban el país, las hispanistas decidieron permanecer en Chile y continuar con las actividades del Círculo. Esta resolución estuvo clara sobre todo cuando el director del Instituto Chileno de Cultura Hispánica en ese momento, Carlos Sánchez, se mudó al extranjero y las socias se hicieron responsables de la continuidad de su funcionamiento. El Círculo se transformó en la trinchera política y cultural de defensa de la hispanidad y la correspondencia entre las mujeres hispanistas chilenas y las falangistas en España reflejó el miedo y la crisis que vivían (Tessada, 2017a). Una de las ayudas que envió la Sección Femenina al Círculo consistió en diez certificados en blanco para adjudicaciones de becas que podrían utilizar para huir del país si era necesario por

[163] Sara Navas (5 de noviembre de 1993). *Entrevista realizada por Lisa Baldez*, citado en Baldez (2002: 109-110).

[164] Además, hubo otras organizaciones de mujeres opositoras que se constituyeron como, por ejemplo, Solidaridad, Orden y Libertad (SOL), resultado de la fusión de un grupo de mujeres de Patria y Libertad y un Frente Democrático Femenino (Baldez, 2002).

medio de concesiones de visados de estudio. Desde la Regiduría Central del Servicio Exterior escribían al Círculo que…

> "Pilar está recibiendo peticiones de ayuda de personas que la han conocido aquí y está desolada pues quisiera atenderlas a todas y como sabeis [sic] la Sección Femenina no alcanza. A pesar de ello, en el caso particular de Sarita no dudó un momento en conceder las becas que le pedía"[165].

La ayuda de la Sección Femenina a las chilenas del Círculo estaba motivada por la batalla cultural entre los valores hispanos y católicos y lo que denominaban como "el cáncer marxista", además de los lazos personales forjados durante las décadas de trabajo previas. La respuesta de Sara Philippi a una de las decenas de cartas enviadas entre chilenas y españolas transparentaba la profundidad y cercanía del vínculo cuando expresaba su agradecimiento: "gracias por los Certificados que me habéis enviado, he entregado tres a Alicia Gutiérrez, tres a Gisela Silva y cuatro me he dejado yo. Ya os avisaremos en caso que vayan otras personas con ellos, es un alivio poder contar con ellos, en caso de urgencia"[166]. También recurrieron a las falangistas para colaborar activamente en contra del gobierno de Salvador Allende. En una de estas misivas explicaron que "se ha formado un grupo político que está leyendo con mucho interés a José Antonio [Primo de Rivera], pero desgraciadamente los libros que yo tenía que eran 3, los he dado, pero me han solicitado más ¿sería posible que me enviaras otros?"[167].

Durante los años que perduró el gobierno de la Unidad Popular, las mujeres chilenas del Círculo Cultural Hispanoamericano se ciñeron a un rol de protección, sacrificio, cuidado y religiosidad mezclado con una clara convicción político-ideológica. A través del mismo, su anticomunismo fue transparentado, pero sobre todo lo fue su compromiso con el modelo hispanista de mujer falangista (Tessada, 2017a). Una vez que las Fuerzas Armadas ejecutaron el golpe de Estado, desde el Círculo manifestaron que "tenemos confianza en el destino de nuestra Patria y fé [sic] en la Honorable Junta Militar que defenderá nuestros valores hispánicos (…)"[168]. Al mismo tiempo, desde España la respuesta de Sección Femenina confirmaba que "es indudable que en la hispanidad, nuestros caminos se ensanchan allá y los vuestros afianzan aquí, donde está parte del

[165] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 07 de octubre de 1971.
[166] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 28 de octubre de 1970.
[167] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 05 de mayo de 1971.
[168] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, octubre de 1973.

origen"[169]. Para las chilenas, lo acontecido el 11 de septiembre de 1973 era el equivalente al triunfo del bando nacional en la Guerra Civil Española porque el gobierno de la Unidad Popular representaba el mismo peligro que el Frente Popular español. Esta misma interpretación realiza Kirsten Weld (2018), quien explica que un sector importante de la derecha chilena utilizó las narrativas controvertidas sobre este conflicto para establecer un marco emocional y afectivo con el que legitimar la intervención armada en Chile. El triunfo del bando nacional interpretado como una nueva reconquista cristiana frente al marxismo sirvió como hito para justificar la violenta purga que la dictadura pinochetista llevó a cabo de los elementos extranjeros que no se relacionaban a sus raíces hispanas anticomunistas.

6.6 La Secretaría Nacional de la Mujer y la Sección Femenina

Una de las cartas que escribió Alicia Gutiérrez Lea-Plaza en octubre de 1973, un mes después del golpe de Estado, decía que "como contribución a la Junta de Gobierno el Círculo elaboró un anteproyecto parecido a las Cátedras fijas vuestras y por las declaraciones de prensa de las Señoras de los comandantes algo se ha recogido de nuestro proyecto"[170]. Este anteproyecto, continuaba ella en otra misiva, había sido creado a partir "del recuerdo que tenía de la visita efectuada a Villa Verde, la cual en esa ocasión me impactó profundamente"[171]. La ejecución del proyecto presentado fue encargada a la Secretaría Nacional de la Mujer, que había sido refundada en sus bases para dejar atrás la impronta que se le había otorgado durante el gobierno de la Unidad Popular. Esta institución comenzó a funcionar en octubre de 1973, pero las integrantes del Círculo Cultural Hispanoamericano de Santiago ingresaron a tomar control de la misma en diciembre de ese mismo año, cuando Sara Phillippi Izquierdo fue nombrada la nueva secretaria nacional[172]. La siguiente secretaria nacional fue Carmen Grez de Anrique (agosto 1974 – mayo 1981), quien compartía el anticomunismo y había participado en diversas organizaciones civiles como el Centro de Madres de Providencia o la Cruz Roja[173]. A ella le siguió Amelia Allende González (mayo 1981–agosto 1982), una de las primeras becarias del Círculo donde se había desempeñado como asesora durante los años

[169] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 10 de diciembre de 1973.
[170] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 14 de octubre de 1973.
[171] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 24 de octubre de 1973.
[172] La primera mujer a cargo de la Secretaría Nacional de la Mujer fue Carla Scassi de Lehmann, entre octubre y diciembre de 1973 (Landaeta, 2023). Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Diez años de voluntariado. Memoria 1973-1983*, Secretaría Nacional de la Mujer, 1984.
[173] Información extraída de la página de presentación de todos los ejemplares de la revista *Amiga*, en la que se detallaba la composición jerárquica de la Secretaría Nacional de la Mujer entre 1981 y 1982.

sesenta, además de miembro de la dirección y Junta Ejecutiva del Instituto Chileno de Cultura Hispánica[174].

El trabajo de la Secretaría Nacional de la Mujer se volcó a gestionar el voluntariado de las mujeres a partir de la movilización que se había organizado contra Salvador Allende (Caiozzi, 2013). La organización Poder Femenino se disolvió por exigencia de las Fuerzas Armadas por significar una alternativa política independiente a las mujeres que no se condecía con los papeles de género tradicionales que el nuevo régimen buscaba incentivar (Power, 2008a; Godoy Ramos, 2023). De esta manera, la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile –institución de la que se hablará en los próximos capítulos– se convirtieron en las dos organizaciones de mujeres más importantes, presididas ambas por Lucía Hiriart, esposa de Augusto Pinochet. En 1978, la institución contaba con presencia en todas las regiones del país a nivel provincial, comunal y local y sus voluntarias sobrepasaban las 10.300 personas[175].

La Secretaría Nacional de la Mujer surgió a partir de una iniciativa de la Secretaría General de Gobierno –luego Ministerio en 1976– en la que se creó la Dirección de Organizaciones Civiles, compuesta por cuatro secretarías: de los Gremios, de la Juventud, de la Cultura y de la Mujer (Lechner y Levy, 1984; Jara Hinojosa, 2008). La dictadura de Pinochet no renunció totalmente a la movilización social o a la existencia de cuadros políticos civiles, sino que los promovió, a diferencia de otros autoritarismos en el Cono Sur. En ese sentido, la creación de sus dos secretarías más importantes, la de la Mujer y la de la Juventud, debían transformar en bases de apoyo a los civiles que respaldaron el golpe de Estado para entregar legitimación al régimen. Su función era actuar como intermediarias entre la sociedad y el Estado durante los años en que la dictadura aún no había definido su proyecto y estaban prohibidos los partidos políticos, los sindicatos y las organizaciones sociales, por lo que alcanzaron su auge entre 1973 y 1978 (Valdivia Ortiz de Zárate, 2013).

Según el decreto que fijó las atribuciones de estas instituciones, la Secretaría Nacional de la Mujer debía lograr la integración de las mujeres en el desarrollo social, cultural y económico del país, a través de su trabajo organizado y voluntario. Para dicho fin, podía formar a voluntarias mediante cursos y desplegar programas destinados a su capacitación, difundir los valores familiares, destacar la importancia de la mujer y cooperar en la orientación para su mejor desempeño como madre, cónyuge y ama de casa. De la misma forma, debía realizar actividades culturales al alcance de grupos o personas de escasa preparación intelectual y colaborar con las políticas que contribuyeran a la formación y desarrollo del niño en la familia. Por lo demás, su contribución era requerida

[174] *Tercera Memoria julio de 1953 – julio de 1955*, Instituto Chileno de Cultura Hispánica, p. 15.
[175] Secretaría Nacional de la Mujer, *Memoria 1977-1978*, p. 2.

en las tareas de otros Ministerios que estuvieran vinculadas a sus objetivos y en otras organizaciones femeninas existentes[176].

La labor de la Secretaría Nacional de la Mujer no se reducía a la divulgación de sus principios y valores ideológicos ni a la capacitación de las madres, sino que se centraba en generar una movilización activa de las mujeres a favor del régimen a través del voluntariado (Caiozzi, 2013). Por su parte, la misma Secretaría presentaba la promoción y la canalización del apoyo de las mujeres al régimen entre sus objetivos, lo que explicitaba su rol político. De este modo, es necesario aproximarse a esta institución desde el adoctrinamiento como su característica esencial (Lechner y Levy, 1984). Así, tanto la difusión como sus actuaciones fueron utilizadas como mecanismos de disciplinamiento y control hacia las mujeres para atribuirles la responsabilidad de ser la base de soporte de la dictadura (Valdés, 1987). Es decir, en la medida que la mujer reprodujera su papel de educadora y transmisora de los valores familiares, al mismo tiempo era instrumentalizada para difundir socialmente la doctrina moral de la dictadura. En definitiva, la política de género implementada por el Estado autoritario no se traducía en reforzar la labor de madre para relegarla al hogar, sino en movilizarla en defensa del régimen y extender así su maternidad a la sociedad como voluntaria. ¿Cómo lograba este resultado? Inculcando en las mujeres chilenas el miedo al marxismo por medio de la retórica de la escasez de alimentos durante el gobierno de la Unidad Popular, miedo a la política como fragmentadora de las familias, miedo al caos social acontecido en esos años como consecuencia de la lucha de clases. Todos estos escenarios, repetidos incansablemente, permitieron construir el imaginario de las Fuerzas Armadas como salvadoras de la patria y garantes de orden. En esa dirección, por lo tanto, "Pinochet no concibió a la mujer como un ente pasivo, sino como un sujeto activo funcional a los intereses de reconstrucción moral y económica de la Nación" (Caiozzi, 2013: 104).

Una de las similitudes importantes entre la Secretaría Nacional de la Mujer y la Sección Femenina es que ambas presentaban rasgos que configuran un perfil propio a los regímenes con un partido organizado en torno a un líder carismático (Lechney y Levy, 1984; Munizaga y Letelier, 1988; Caiozzi, 2013). Si bien la dictadura chilena carecía de partidos políticos, a diferencia del Movimiento que sustentaba al régimen franquista, logró instaurar un liderazgo personalista encarnado en el general Pinochet. Más aún, la fe en el gobierno de Pinochet, el profundo agradecimiento hacia su persona y el apoyo irrestricto a su figura se constituyeron en elementos clave que reflejan la manera en que la institución femenina fomentaba la identificación total de sus dirigentes y voluntarias con el dictador. Este fenómeno queda claramente ilustrado en las palabras de Carmen Grez durante el Primer Seminario para Delegadas Regionales de la Secretaría en 1976:

> "Excelentísimo Señor Presidente: la mujer que enfrentó el peligro, que luchó en la calle y que sintió un gran temor ante el porvenir, hoy

[176] Artículo 10, Decreto 11, Fija atribuciones de la Secretaría General de Gobierno, Ministerio Secretaría General de Gobierno, Publicación 31 de diciembre de 1976, Promulgación 30 de noviembre de 1976 Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, p. 3.

> experimenta una gran tranquilidad. El hogar ha vuelto a la normalidad, la familia está unida; sus hijos ya no están marchando en las calles ni participando en huelgas. Esa mujer que hoy ha vuelto a preocuparse de muchos valores olvidados, está aquí, frente a usted para decirle que no existen palabras que expresen el agradecimiento que siente por haberle devuelto la vida. Por eso, ella ofrece su servicio voluntario. No necesita premios ni honores; sólo desea tener la oportunidad de manifestar su agradecimiento, ayudando en la tarea de resurgimiento nacional y continuar defendiendo a Chile de sus enemigos internos y externos"[177].

Margaret Power (2008a) destaca la habilidad especial de la derecha para formular proyectos que respondieran a las necesidades de las mujeres en el ámbito doméstico y en el espacio público al ofrecerles soluciones concretas, al mismo tiempo que rechazaba el discurso respecto a la opresión de la mujer. Eso es lo que plantean las mujeres del Círculo en el Anteproyecto presentado a la Junta de Gobierno. En su documento exponen que crearían Cátedras en las que dirigirían cursos a las madres sobre mantenimiento del hogar, cocina, alimentación, costura, puericultura, primeros auxilios y trabajos artesanales. Sus hijos tendrían guarderías (sala cuna y jardín infantil) o, si estaban en edad escolar, participarían de programas extraescolares como deportes, música, pintura o artesanía y clubes literarios, incluso refuerzo en algunas asignaturas del colegio. Por su parte, también existirían talleres para la juventud, los padres de familia y los abuelos (las abuelas formaban parte del grupo de las madres). Conjuntamente, las Cátedras dispondrían de consultorios jurídicos, policlínicos, asistentes sociales y sacerdote. El objetivo detrás de esta propuesta se resumía en que "tomando la familia completa, en muy corto plazo se mejorará el nivel social en toda la amplitud de la palabra"[178] y se consolidaría la institución familiar. La misión de las voluntarias de la Secretaría Nacional de la Mujer era ser portadoras de la espiritualidad en la familia como madres patriotas y, a su vez, luchar contra la amenaza marxista a ese orden familiar. De este modo, se "transfiere el ámbito de la autoridad del espacio público-político de vuelta al familiar" (Lechner y Levy, 1984: 95).

Durante la primera mitad de los años setenta, años en que Chile y España coincidieron en sus respectivos regímenes dictatoriales, estos países mantuvieron una relación activa. La dictadura de Pinochet inició en 1973 y el régimen de Francisco Franco finalizó en 1975, lo que significó que por dos años compartieran temporalmente su existencia. Es más, Augusto Pinochet fue el único jefe de Estado –junto con Rainiero de Mónaco y el rey Hussein de Jordania– en viajar a Madrid para los funerales de Franco. Sin embargo, la Sección Femenina no se disolvió hasta 1977, por lo que pudo continuar las actividades internacionales que venía desarrollando en conjunto con las mujeres chilenas por décadas. El decreto de 1976 estipulaba que la Secretaría Nacional de la Mujer debía

[177] "La Secretaría Nacional de la Mujer informa: Compromiso con Chile", *Revista Amiga*, abril de 1976, Nº 3, p. 35.

[178] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 24 de octubre de 1973. En esta carta va adjunto el documento de redacción del Anteproyecto presentado por el Círculo a la Junta de Gobierno.

fortalecer sus relaciones con embajadas, organismos internacionales e instituciones femeninas extranjeras[179]. Con este respaldo, la continuidad de la relación entre las mujeres de esta institución y la Sección Femenina se mantuvo al verse favorecida por la cercanía de Gisela Silva con Pilar Primo de Rivera y su compromiso con el régimen cívico-militar chileno. Al mismo tiempo, el lazo entre ambas instituciones fructificaba mediante la cooperación de Sección Femenina con material para el organismo de mujeres chilenas. Fue habitual el envío de muchos libros sobre los programas falangistas relacionados a la alfabetización de adultos, encuadramiento de juventudes femeninas, Escuelas de Hogar, puericultura, educación y alimentación, economía doméstica y turismo, como ocurrió cuando Amelia Allende ocupó el cargo de Jefa de Comunicaciones de la Secretaría (Tessada, 2017a). Y no sólo se les pedía material de difusión, sino que incluso se pidió a la Sección Femenina algunas becas para formar a las mujeres sobre la transmisión de los discursos de género, como queda reflejado en una carta de 1976 dirigida a Carola Pereyra Santalla, jefa de la Sección de Relaciones Exteriores de Sección Femenina y secretaria de la Junta Central de Coordinadoras. En dicha misiva se solicitaba conceder una beca a María Teresa Alé Alul, periodista que trabajaba junto a Amelia Allende en Revista *Amiga*, para que aprendiera sobre el funcionamiento de la prensa femenina falangista, como Revista *Teresa* y las revistas de *Hogar*[180].

Cabe destacar que, en una de las cartas enviadas a Alicia Gutiérrez del Círculo por parte de Pereyra, queda explicitado el acuerdo por un convenio de ayuda y colaboración cultural y técnica entre España y Chile que el Almirante José Toribio Merino fue a gestionar hasta el país hispano en 1975[181]. El convenio implicaba cooperación universitaria y otros niveles educativos, convalidación de estudios y títulos profesionales, intercambios artísticos y culturales, donaciones a bibliotecas y becas para estudiantes de ambos países. De todos modos, la relación entre ambos países se consolidó con la firma del Acuerdo de Cooperación ese mismo año, el que estableció un plan de colaboración y asistencia recíprocas entre la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer. Específicamente, se estipulaba la colaboración "en materias relativas al funcionamiento de Escuelas de Capacitación Rural, Formación de Dirigentes, Cátedras Ambulantes y Escuelas de Artesanía"[182]. Además, en ese mismo acuerdo se pactó una nueva visita de los Coros y Danzas, que finalmente nunca se realizaría como consecuencia del término del régimen franquista, y la continuidad del programa de becas de Sección Femenina, el que

[179] Artículo 10, Decreto 11, Fija atribuciones de la Secretaría General de Gobierno, Ministerio Secretaría General de Gobierno, Publicación 31 de diciembre de 1976, Promulgación 30 de noviembre de 1976 Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, p. 3.

[180] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, junio de 1976. Registro de entrada Nº 1.816 con fecha de 05 de julio de 1976.

[181] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 28 de enero de 1975.

[182] *Política Cultural del Gobierno de Chile*, Asesoría Cultural de la Junta de Gobierno y el Departamento Cultural de la Secretaría General de Gobierno, p. 69.

no se había visto interrumpido e incluso había becado a finales de 1973 –luego del golpe de Estado– a Isabel Margarita Fernandois Huerta, sobrina del Almirante Ismael Huerta, Ministro de Relaciones Exteriores de Pinochet[183].

De esta manera, a principios de 1975, Carola Pereyra viajó a Chile y visitó los Círculos Culturales Femeninos y la Secretaría Nacional de la Mujer, participó en reuniones con Gisela Silva y Sara Philippi, con esposas de generales y Lucía Hiriart en calidad de Primera Dama. Asimismo, pudo conocer y supervisar las actividades desarrolladas en el país, a partir de lo que concluyó que "la labor de las cátedras ambulantes aquí en Chile sería de la máxima utilidad, ya que el problema de aislamiento de las zonas rurales es muy grande"[184]. Por otro lado, Carmen Grez y Gisela Silva viajaron a España como invitadas de Pilar Primo de Rivera y recorrieron diversas instalaciones e instituciones pertenecientes a Sección Femenina, acompañadas siempre por Carola Pereyra[185]. Entre ellas es posible enumerar la Escuela de Especialidades Julio Ruiz de Alda –donde se formaba a profesoras de Hogar y asistentes técnico-sanitarias– y la Escuela de Formación Profesional Femenina María del Pilar Ruiz Liñarez[186]. Del mismo modo, visitaron la Cátedra Fija José Antonio en Fuencarral (Madrid), donde se desarrollaban tareas educativas y asistenciales, y la Escuela Nacional de Instructoras Rurales Onésimo Redondo, en la que se enseñaban técnicas agrícolas y del hogar en las Granjas-Escuelas. Incluyeron en ese viaje una visita a la sede central de Sección Femenina en Madrid y aprendieron en ella la organización de sus departamentos en detalle y el programa completo de labores que realizaban. Igualmente, conocieron la Ciudad Escolar Francisco Franco en la que acogían y educaban a la infancia en situación familiar irregular, las Guarderías Infantiles y los Hogares Rurales, los que funcionaban como centros permanentes de formación femenina en el mundo rural. Estos tres lugares fueron útiles como modelo para lo que se hizo posteriormente en Chile (Grez Cook, 2015: 68-69).

Este viaje de las mujeres de la Secretaría Nacional de la Mujer a España tuvo un importante impacto en las actividades que desarrollaron a su regreso al país, sobre todo en los sectores rurales, de lo que se hablará en los próximos capítulos. Así, Carmen Grez "llegó profundamente impactada y con grandes deseos de ponerse a trabajar a la brevedad para mandar gente becada a las Navas del Marqués y Escuela Hogar"[187]. De acuerdo con este plan, la Sección Femenina concedió algunas becas –gestionadas a través del Círculo

[183] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Valparaíso y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 26 de noviembre de 1973.
[184] Informe de Carola Pereyra", "Cátedra Ambulante" en Reuniones de comisiones hispanoamericanas 1975-1976 citado por Grez Cook (2015: 67).
[185] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 25 de noviembre de 1975.
[186] *Oficio Confidencial*, embajador Francisco Gorigoita Herrera de Chile en Madrid, 1944/170 del 12 de diciembre de 1975, Vol. 1975, p. 1 citado en Grez Cook (2015: 67).
[187] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 28 de junio de 1976.

de Santiago– para la formación de jóvenes chilenas como Dirigentes de Juventudes en la Escuela de las Navas del Marqués[188] y otras concedidas por el Convenio Cultural, Científico y Técnico Hispano-Chileno ya mencionado para que, a su regreso, estas becarias trabajaran en la Secretaría Nacional de la Mujer en una Cátedra de Capacitación[189]. Aunque, de entre todas las políticas y el asistencialismo de Sección Femenina dirigido a las mujeres y sus familias, eran las Cátedras Ambulantes las que tenían más posibilidades de ser replicadas en Chile[190]. Lo mismo queda reflejado en las memorias de Pilar Primo de Rivera:

> "En el Círculo Femenino de Santiago («Macul») en Chile, había organizada una granja-escuela que era un calco de la nuestra de Aranjuez. Estaba dirigida por una ex-becaria y, cosa emocionante, en la salita de mandos tenían una mesa camilla como las nuestras. Todo lo de este país estaba organizado por Sarita Philippi (…). La labor que en estos años se hizo ha dejado allí una impronta muy grande" (Primo de Rivera, 1983: 200).

Sin embargo, Sección Femenina dejó de existir en 1977 y, con ello, también se terminaron las becas que la organización ofrecía a la Secretaría. Las dos últimas becarias fueron la hija y una de las sobrinas de Amelia Allende, en ese entonces Vicesecretaria Nacional de la institución[191]. Lo curioso de esta relación durante los últimos años es que la labor de los Círculos Culturales en Chile alcanzó su mayor importancia a partir de 1973, justo al mismo tiempo que la Sección Femenina comenzaba a decaer a raíz del final del régimen franquista (Grez Cook, 2015). A pesar de su abrupta desaparición, es importante recalcar que la Sección Femenina se mantuvo vigente durante los cuarenta años de extensión del régimen franquista. Esto le permitió construir vínculos duraderos y productivos no sólo dentro de las fronteras españolas, sino incluso en otros países, especialmente en Hispanoamérica, aunque en su momento no fuera una tarea fácil de realizar.

El golpe de Estado contra Salvador Allende fue el hito que abrió los caminos a las mujeres chilenas que habían participado en los Círculos y habían sido beneficiarias de las becas españolas. Fue sólo a partir de la instauración del régimen dictatorial de Pinochet que sus aprendizajes adquirieron relevancia práctica al ocupar cargos en la Secretaría Nacional de la Mujer y ejercer el mismo papel que Sección Femenina había desempeñado en la dictadura española. Alicia Gutiérrez expresaba en una de sus últimas cartas: "tengo

[188] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 23 de junio de 1976.
[189] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Conferencia dictada frente al Embajador de España en Chile el 2 de diciembre de 1976 con motivo del 25º aniversario de la fundación del Círculo "Isabel la Católica" en Santiago de Chile, p. 3.
[190] Informe sobre la visita a España de la Sra. Carmen Grez, Secretaría Nacional de la Mujer, 12 de diciembre de 1975 citado en Tessada (2023: 229).
[191] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 28 de mayo de 1976.

que agradecer a Sección Femenina todo cuánto me enseñó, pues eso mismo me ha servido inmensamente para poder desarrollar mi cargo y adecuar lo aprendido a las necesidades de Chile"[192].

Ahora bien, la posibilidad de replicar el funcionamiento de la institución falangista dentro del régimen pinochetista no se limitó a la transposición valórica y programática de la Sección Femenina, sino que a su vez incluyó su estructura jerárquica y su diferenciación de clase (Peinado Rodríguez, 2012). El voluntariado constituyó una organización formal de carácter jerárquico que se desplegó por todo el país. Como institución dependiente directamente del gobierno, su articulación se realizó en torno a diversos departamentos temáticos (capacitación y voluntariado, comunicación y cultura, coordinación cívica e instituciones, asistencia jurídica) que contaban con subjefaturas (capacitación, voluntariado, relaciones públicas, comunicaciones, cultural e internacional) y éstas, a su vez, con secciones específicas (técnica, rural, coordinación trabajo voluntario, difusión y documentación). Asimismo, su acción fue formulada territorialmente con la presencia administrativa de secretarías regionales, provinciales y municipales. La jerarquía no sólo se manifestaba en el organigrama institucional, sino que también se evidenciaba en la naturaleza vertical de las directrices y los programas establecidos por las autoridades nacionales. Estos eran transmitidos de manera descendente, desde instancias como la propia secretaria nacional, hacia las dirigentes regionales, provinciales y comunales, quienes se encargaban de implementarlos a nivel local a través de las voluntarias.

Al mismo tiempo, es posible advertir la clase socioeconómica a la que pertenecían dependiendo del tipo de voluntarias del que se trataba. En el caso de las delegadas, quienes ocupaban cargos de dirigencia, pertenecían a estratos socioeconómicos altos o medios-altos y correspondían a aquellas de mayor compromiso ideológico y de trabajo con el régimen pinochetista. Esto quedaba claro a partir de tres parámetros identificados por Norbert Lechner y Susana Levy (1984) y María Antonella Caiozzi (2013). El primero, estas mujeres eran tratadas de "damas" o "señoras" en los reportajes de Revista *Amiga*, principal medio de comunicación escrito de carácter mensual de la Secretaría. El segundo, debido a las características estratificadas de la sociedad chilena, era notorio que sus apellidos pertenecían a familias tradicionales presentes en el país por generaciones y delataban sus redes sociales. Y, por último, al ser una labor completamente voluntaria, ocupar un cargo directivo dentro de la institución no se retribuía monetariamente, por lo que significaba que estas mujeres podían prescindir de una remuneración. Aun así, no es posible confirmar que todas las dirigentes territoriales pertenecieran a la misma clase social. Sin embargo, en algunas ocasiones su nombramiento se realizaba a través de recomendaciones personales entre las delegadas. Por otro lado, es probable que aquellas voluntarias que ocupaban posiciones inferiores dentro de la jerarquía territorial de la

[192] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Cooperación, Signatura 22/395. Correspondencia entre el Círculo Cultural Femenino Hispanoamericano de Santiago y la Regiduría Central del Servicio Exterior, 12 de julio de 1976.

Secretaría y que ejecutaban labores asistenciales en sus respectivas localidades formaran parte de la clase media o clase media-baja, ya que no eran mencionadas de manera individual en los reportajes. Además, las voluntarias locales, que no ocupaban cargos formales ni gozaban de la plena confianza de las delegadas, carecían de una relación directa tanto con las autoridades de la Secretaría como con las del régimen militar. Del mismo modo, aunque el nacionalsindicalismo buscaba eliminar las diferencias de clase con el fin de erradicar la lucha de clases que, según sus defensores, había llevado a España a la decadencia, esta intención no se vio reflejada en la práctica dentro la organización femenina de Falange. Por el contrario, el clasismo fue un elemento configurador de las delegadas nacionales (Ofer, 2006; 2017; Peinado Rodríguez, 2012). De esta manera, así como lo plantea Matilde Peinado Rodríguez para el caso de la Sección Femenina, "aunar elitismo, inmovilismo social y miedo era garante, a su vez, de una sociedad sin matices, sin conflictos, sin ideología" (2012: 75).

Tanto la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer compartían la contradicción de promover un rol de género hacia las mujeres que no se condecía del todo con la labor desempeñada por las delegadas, aunque con notables diferencias. Cuando Marie Aline Barrachina (1991) logró distinguir entre «el ideal de mujer falangista» y «el ideal falangista de mujer» dentro de la organización femenina franquista, también identificó que el problema al que se vieron enfrentadas las españolas fue la construcción de un proyecto de retorno al hogar que fuera compatible con la experiencia adquirida fuera de él durante la Segunda República y la guerra civil. Es decir, un ideal femenino que no omitiera su condición de mujer al intervenir en favor de la nación y que no se asimilara a las mujeres políticas y parlamentarias del período republicano. En ese sentido, la Secretaría Nacional de la Mujer coincidía con la institución española. La dictadura pinochetista equiparó la política con el caos y la violencia, y aunque su rol de adoctrinamiento era evidente, el voluntariado femenino fue considerado un acto de servicio a la patria basado en los principios de cooperación y unidad. En ese contexto, la labor de las voluntarias fue concebida como una cruzada de carácter espiritual (Caiozzi, 2013). Tanto la falangista como la voluntaria chilena de la Secretaría era militante civil de sus respectivos regímenes (Lechner y Levy, 1984; Barrachina, 1991).

No obstante, mientras una mujer falangista podía pertenecer a la Sección Femenina mientras no contrajera matrimonio y debía abandonar la organización en cuanto lo hiciera (Barrachina, 1991; Martins Rodríguez, 2012), las mujeres de la Secretaría Nacional de la Mujer podían conciliar su papel de madre y esposa con el de voluntaria y el de trabajadora. De este modo, Pilar Primo de Rivera nunca cumplió con la tríada "matrimonio, hijos, hogar" que se inculcaba a las mujeres de la España de Franco (Almansa Martínez, 2005). En contraste, la presidenta de la Secretaría y esposa de Pinochet, Lucía Hiriart, sí siguió dicho modelo y era destacada en muchos de los reportajes de Revista *Amiga* como un ejemplo de madre y mujer patriota[193]. También lo hicieron las mujeres que ostentaron el

[193] En la editorial del Nº 11 de Revista *Amiga* sobre la mujer chilena, se habla de Lucía Hiriart en estos términos: "Hoy la mujer chilena nuevamente se ha enfrentado a una tarea de magnitud: reconstruir Chile,

cargo de Secretaria Nacional y el de delegadas porque significaba tener el conocimiento necesario para ocupar dicha responsabilidad. Eugenia Garrido de Vargas, Delegada Provincial de la Quinta Región en Chile, casada y madre de dos hijos, compartía este criterio en abril de 1977 "porque para trabajar en la Secretaría de la Mujer hay que tener la comprensión del grupo familiar y, principalmente, del marido"[194]. Incluso el general Pinochet reconocía los avances en derechos que las mujeres chilenas habían obtenido a lo largo del siglo XX en el ámbito laboral, pero enfatizaba que lo más importante era su función maternal. Así lo planteó en un discurso dirigido a miles de dirigentes femeninas en abril de 1974:

> "Chile necesita y agradece el aporte técnico de sus profesionales femeninas, y lo aprecia en el alcance de su brillante capacidad. Pero no subestima por eso la labor anónima de las mujeres que trabajan en el laboratorio silencioso del hogar, velando por resguardar el más precioso capital de la nación: el cuidado de sus hijos, esperanza futura de la Patria"[195].

Es importante señalar que las mujeres profesionales representaban un sector reducido de la población chilena. Además, el sistema neoliberal implementado durante la dictadura forzó principalmente a las mujeres de los sectores medios y populares a incorporarse al mercado laboral, especialmente en el sector terciario de la economía, como los servicios y el comercio (Salazar y Pinto, 2012). En este escenario, la Secretaría Nacional de la Mujer fue autorizada a participar en los Programas de Capacitación Laboral del Programa de Empleo Mínimo[196], a través del que muchas mujeres de los sectores populares pudieron generar algunos ingresos económicos para sus hogares. Esta iniciativa buscó satisfacer necesidades materiales de hospitales, escuelas y jardines infantiles, entre otras, reflejando así el carácter que comenzaría a adoptar el nuevo Estado subsidiario. Ejemplos de ello eran frecuentes en las páginas de *Amiga*, en las que se mostraba con orgullo la participación de la institución:

> "En un local de la población General Oscar Bonilla funciona, desde diciembre, un taller laboral que pretende abastecer de vestuario a jardines infantiles y a niños de escasos recursos de la comuna de Puente Alto [Región Metropolitana]. En este centro de costura laboran dieciséis personas del

---

y en ello, la Primera Dama de la Nación, señora Lucía Hiriart de Pinochet, ha sabido dar ejemplo. No ha vacilado en dedicar horas, minutos, días, meses y años a trabajar por Chile. Por lograr el renacimiento del país", Revista *Amiga*, marzo de 1977, Nº 11, p. 3.

[194] "Visión de una Delegada: Historia de Chile: Fundamental para las voluntarias", *Revista Amiga*, abril de 1977, nº 15, p. 51.

[195] "Mensaje a la mujer chilena", discurso pronunciado por Augusto Pinochet en acto de la Secretaría Nacional de la Mujer, Santiago de Chile, 24 de abril de 1974.

[196] El Programa de Empleo Mínimo (PEM) fue un plan creado por el Ministerio del Interior en 1974 en el que se convocó a la población cesante e inactiva económicamente a trabajar por un tercio del salario mínimo durante la dictadura cívico-militar. El objetivo era contener el descontento social y evitar las revueltas de la mano de obra "desocupada", a quienes se les encargó el saneamiento y mejoramiento de condiciones ambientales en poblaciones y campamentos, reparaciones de vías de acceso a escuelas, policlínicos y parvularios, construcción y reparación de carreteras, caminos y puentes, construcción y limpieza de canales y obras de regadío, trabajo en talleres artesanales, entre otras actividades que permitieron al Estado ahorrarse 1.340.8 millones de dólares entre 1975 y 1982 (Morales, 1984).

> empleo mínimo, asesoradas técnicamente por voluntarias de la Secretaría Nacional de la Mujer. Durante el tiempo que está funcionando, se han elaborado diferentes prendas de vestir, realizadas algunas con ropa usada y otras, con telas nuevas. Además, se ha contado con el valioso aporte de hilos "Cadena"[197].

La misma finalidad se encontraba detrás del cumplimiento del Servicio Social por parte de las mujeres españolas durante seis meses. Además del perfeccionamiento en el cuidado del hogar para su futuro matrimonio a través del aprendizaje de conocimientos básicos para ejercer su rol de madres, existía un motivo más evidente: la función caritativa hacia personas desfavorecidas y la infancia vulnerable, lo que perpetuaba las prácticas históricas de beneficencia en España (Dueñas Cepeda, 2010). La diferencia radicaba en que esta vez se llevaba a cabo con una perspectiva científica alcanzada mediante la formación en diversas escuelas, aunque todas coincidían en el mismo objetivo: "ayudando (…) al Estado con su trabajo personal que evita el empléo (sic) personal de personal retribuido y hace más fácil la creación y funcionamiento de Instituciones sociales de todas las clases"[198]. Por lo tanto, durante la guerra, las mujeres desempeñaron funciones mecánicas o técnicas, atendieron como enfermeras, trabajaron en los lavaderos del frente y en los parques de artillería. Ya finalizado el conflicto bélico, su labor se concentró en tareas administrativas, la confección de ropa en talleres, la confección de canastillas para familias de los sectores populares que tuvieran recién nacidos, la atención en comedores y cocinas y hogares infantiles[199], entre otras instituciones, como Auxilio Social (Cenarro, 2006). De este modo, en ambos países el campo de acción de las mujeres fue delimitado en el espacio público a actividades que no rompieran con su feminidad, es decir, se les encomendaban acciones que representaban prolongaciones de su vocación supuestamente natural de madre y educadora (Lechner y Levy, 1984; Cenarro, 2011).

El Servicio Social contaba con una fase teórica y una fase práctica, en las que aprendían sobre todo religión, historia de España, convivencia social, corte y confección, puericultura postnatal, higiene, cocina, economía doméstica, medicina casera, trabajos manuales, labores, lavado y planchado, industriales rurales –para las habitantes del mundo rural–, y formación familiar y social[200]. En el caso de la Secretaría Nacional de la Mujer, las capacitaciones a las voluntarias abarcaban Orientación cívica y Actualidad nacional, Orientación familiar, Educación al consumidor, Educación para el hogar, huertos familiares, salud y primeros auxilios y diversos seminarios (Lechner y Levy, 1984: 67). El día, la hora y el lugar de su realización se anunciaba en los periódicos de la localidad en la que se desarrollarían, y Revista *Amiga* solía publicar alguna noticia sobre la participación de las mujeres en estas clases.

Tal como el voluntariado femenino de la Secretaría operaba con un fuerte componente ideológico, el Servicio Social falangista actuaba como una herramienta de

[197] "Taller laboral en Puente Alto", Revista *Amiga*, marzo de 1976, Nº 2, p. 28.
[198] Sección Femenina de la FET y las JONS, *Creación del Servicio Social*, 1948, p. 7.
[199] Op. Cit., p. 1.
[200] Op. Cit., pp. 3-5.

persuasión política (Richmond, 2004: 48). A través de su ejecución, el Estado quería conseguir el adoctrinamiento de las futuras madres y la corrección y regeneración de aquellas mujeres que se habían acercado peligrosamente al bando republicano durante la guerra (Peinado Rodríguez, 2012). Definido por Pilar Primo de Rivera como "una especie de «servicio militar» femenino, con algunas excepciones" (1983: 103), el Servicio Social se había creado en 1937 para movilizar el esfuerzo de la mujer española durante la guerra civil en servicio directo a la patria y el Estado, por lo que encerraba un sentido de deber nacional y no de obligación. Sin embargo, prontamente esto cambió al ser exigido como requisito para obtener el título de cualquier profesión, desempeñar empleos en empresas concesionarias de servicios públicos o bajo la fiscalización o intervención del Estado, optar a las plazas vacantes de la Administración pública, obtener el pasaporte, pertenecer a centros y asociaciones artísticas, deportivas y de recreo y adquirir la licencia de conducir y de caza y pesca[201]. Además, existían ventajas por su cumplimiento, como la preferencia en la atención médica en hospitales y la gratuidad en las medicinas (Almansa Martínez, 2005).

Según ex falangistas entrevistadas por Matilde Peinado Rodríguez, el Servicio Social constituía una imposición estatal que finalmente hizo que la Sección Femenina fuera impopular y desacreditada socialmente (2012: 118). Simultáneamente, Cristina Roda Alcantud (2018) sostiene que el compromiso de las mujeres españolas con la labor y el mensaje ideológico de la organización falangista fue limitado, ya que muchas cumplían el Servicio Social con el objetivo de acceder a determinados empleos o para evitar enfrentarse al régimen. Ese es un aspecto que resalta en la dictadura de Pinochet, en la que se tenía claro que las mujeres, principalmente de los sectores populares, se acercaban a las actividades y operativos de la Secretaría Nacional de la Mujer por supervivencia (Lechner y Levy, 1984). No obstante, esta misma realidad subrayaba la importancia de que la participación de las mujeres en la institución se mantuviera como un acto voluntario. Lucía Hiriart lo expresó claramente en 1977 al ser interrogada por la relevancia que tenía el voluntariado en su perspectiva:

> "Las mujeres pueden ser muy preparadas, pueden ser profesionales y pueden desempeñarse con éxito en variados campos del quehacer nacional. Pero están cumpliendo con una responsabilidad, en alguna medida sujeta a lo que se han impuesto por el salario que reciben. En tanto, creo que la mujer que en forma voluntaria, con una abnegación y un sacrificio enormes, incluso a veces restándole horas a su familia, cumple labores que ella se ha impuesto por sí sola, tiene un gran mérito"[202].

Esta podría ser la razón por la que la idea de implementar un Servicio Social a imagen y semejanza de la Sección Femenina española propuesto por Sara Philippi y Gisela Silva en 1974 fue rechazada por el régimen pinochetista. La prioridad estaba en reclutar a mujeres que creyeran en los valores morales promovidos por la Secretaría y en el proyecto

[201] Op. Cit., pp. 2 y 8.
[202] "La Primera Dama con Revista Amiga", Revista *Amiga*, abril de 1977, Nº 15, p. 11.

político desplegado por el régimen y no en aumentar la legitimidad de las actuaciones e intervenciones sociales a través de la cantidad de voluntarias. Por esta razón, los antecedentes políticos de las mismas eran fundamentales, ya que actuarían como un "ejército femenino" que defendiera y respaldara a la figura de Augusto Pinochet.

CUARTA PARTE:

LA INSTRUMENTALIZACIÓN DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL MEDIO RURAL EN LOS REGÍMENES DE FRANCO (1939-1975) Y PINOCHET (1973-1989)

CAPÍTULO VII: LAS POLÍTICAS DE POBLACIÓN DURANTE LAS DICTADURAS DE FRANCO Y PINOCHET

A pesar de la distancia temporal entre el régimen de Franco y la dictadura cívico-militar de Pinochet, y a pesar de que esta última comenzó cuando el primero estaba en declive, ambos compartieron intereses comunes en la gestión de las poblaciones española y chilena, aunque con notables diferencias. Ambos regímenes dictatoriales articularon un conjunto de acciones con este propósito, vinculando dos elementos clave: la biopolítica y la geopolítica. De este modo, estos pilares de actuación se tradujeron en políticas que incentivaron el crecimiento demográfico y la reorganización territorial de sus habitantes. Ambas dictaduras implementaron medidas específicas respecto a la natalidad y la reconfiguración del espacio urbano y rural con el objetivo de no sólo aumentar su población, sino que también ejercer un control más eficaz de la población según sus intereses ideológicos y estratégicos.

A partir de este análisis, las políticas de población –o demográficas– que tanto el régimen franquista como la dictadura pinochetista implementaron pueden sintetizarse en tres importantes principios: el aumento de la natalidad, la regeneración moral a través de la educación en valores católicos y la centralidad de la familia y, por último, el refuerzo de la seguridad nacional mediante estrategias geopolíticas en el ámbito rural y eugenésicas en el ámbito sanitario.

7.1 La política demográfica: el aumento de la natalidad

Desde antes que finalizara la guerra civil, el régimen franquista definió la política demográfica que desplegaría en todo el territorio español, en la que el aumento de la población constituiría uno de los cimientos del Nuevo Estado. Factores como la disminución de la tasa de natalidad y las miles de bajas durante la guerra civil se convirtieron en temas de discusión cruciales a partir del miedo a la despoblación (Nash, 1996; Bernabeu-Mestre, 2002). Todos los sectores de la economía colapsada de la posguerra carecían de suficiente mano de obra y el régimen necesitaba renovada fuerza física e intelectual para poner en marcha la maquinaria productiva (Polo Blanco, 2006). En esa dirección, y desde la higiene racial, científicos como el psiquiatra Antonio Vallejo Nájera advirtieron que "el Nuevo Estado flaqueará en una de sus más importantes bases si se descuida la política natal, íntimamente articulada con la política racial" (1938: 40). Esta fue una de las innovaciones que el fascismo italiano introdujo al comprender la reproducción de la población más allá de un acto biológico, toda vez que se vinculaba directamente con los intereses de la nación (Saraceno, 1996). Por ello, la promoción de la familia y una política pronatalista se consideraron pilares para el desarrollo económico del país. En ese sentido, el demógrafo Severino Aznar aseguraba que las familias numerosas cargaban "con el peso de España" porque gracias a ellas se mantenía la esperanza de que la nación se convirtiera en una potencia mundial y sin su contribución, la economía nacional perdería una gran cantidad de productores y consumidores (1943: 97-110). En consecuencia, el nuevo régimen promovería un único modelo de familia, alineado con "su

tradición cristiana, sociedad natural perfecta y cimiento de la Nación"[203], según declaraba el Instituto Nacional de Previsión en 1939. Además, se subrayaba que la fecundidad de la familia representaba "una vacuna preventiva contra la descomposición del Estado" porque representaba "los principios espirituales del catolicismo" (Maestro, 1944).

En el caso de Chile, la Junta Militar también consideraba fundamental controlar los movimientos demográficos de la población chilena debido a su importancia para el desarrollo económico y social del país y compartía con el franquismo la idea de la regeneración moral a través de políticas pronatalistas y la defensa de la familia (Jiles y Rojas, 1992; Leiva-Vargas, 2023a). Con ese objetivo, a la relación entre aumento de la población y desarrollo económico se incorporó el reconocimiento de la raíz histórica originaria del Estado chileno como heredero de la tradición católica hispana. Así, se afirmaba en el documento titulado *Política de Población* que ésta no podía contradecir los principios que sostenían la identidad de la nación chilena, forjados "en el contexto del pensamiento cristiano de la vida (…), la fuente básica de donde emanan las principales directrices trazadas para lograr un efectivo desarrollo nacional" (ODEPLAN, 1979: 1).

Al aludir al catolicismo como guía intrínseca para gobernar, el documento recurre al Principio de Subsidiariedad para explicar que el Estado no tiene legitimidad para intervenir en las decisiones del grupo familiar. Este término había sido utilizado por primera vez en la encíclica *Quadragesimo Anno* (1931) por el Papa Pío XI para delimitar las actuaciones del Estado frente a las iniciativas privadas. De la misma forma, la Junta Militar aplicó este principio a la relación entre el Estado y la familia para reconocerle a esta última el derecho a decidir respecto al número de hijos y distancia entre los nacimientos. En otras palabras, el Estado no podía intervenir en la libertad del grupo familiar sin transgredir el principio de subsidiariedad previamente mencionado. Y aunque era de interés nacional que el país "experimentase un crecimiento significativo de su población, puesto que el elemento humano es el recurso fundamental del proceso de desarrollo", no correspondía al Estado incidir directamente mediante políticas en la disminución o aumento de la natalidad (ODEPLAN, 1979: 1-2). A partir de estas declaraciones, el régimen de Pinochet terminaba con las políticas públicas desarrolladas durante los dos gobiernos anteriores (1964-1973) que habían dirigido sus esfuerzos a concienciar a la población sobre la importancia del control de la natalidad para atajar la problemática de la alta mortalidad infantil y materna y la incidencia del aborto provocado, como se ha revisado anteriormente en el capítulo cuatro.

Diferente es la interpretación que el franquismo hizo de las encíclicas católicas. A partir de documentos pontífices como la *Rerum Novarum* (1891), la *Casti Connubii* (1930) y la *Quadragesimo Anno* (1931) ya mencionada, el régimen buscaba la manera de aplicar la doctrina social católica para delimitar la intervención pública en favor de la protección efectiva de la familia y esclarecer el deber subsidiario del Estado con relación al salario mínimo familiar (Collantes de Terán de la Hera, 2012). Así, Pío XI declaró que había que otorgar al trabajador una remuneración suficiente para cubrir su propio sustento y el de su

[203] Instituto Nacional de Previsión, *La Ley de Subsidios Familiares. Su doctrina, normas para su implantación*, Ministerio de Organización y Acción Sindical, 1939 p. 5.

familia para que las madres no se vieran en la obligación de buscar un trabajo remunerado fuera del hogar[204]. En ese sentido, la política social del franquismo no se centró en la dignificación económica del trabajador, sino en alcanzar un salario justo y suficiente para todo el núcleo familiar (Girón de Velasco, 1951: 51). El grado de cuestionamiento del modelo doméstico de mujer que se había alcanzado durante la Segunda República significaba para muchos una fractura social. El avance de un nuevo tipo de mujer, sujeta de derechos y con una identidad propia, vinculada además a la figura de la «Mujer Moderna», fue interpretado como una significativa amenaza por quienes defendían una sociedad basada en valores católicos. Esto significó, durante el franquismo, la exclusión de la nación de otras feminidades que fueron identificadas como "anti-españolas" –las «rojas»– a partir de su estigmatización para luego buscar su "regeneración" (Ramblado Minero, 2008). Un discurso que ya se había manifestado en las mujeres de la derecha católica durante la Segunda República al considerar a estas "anti-españolas" como "anti-mujeres" y, en consecuencia, enemigas de España (Ortega López, 2011: 202-203).

Por ello, el objetivo principal de la legislación social del régimen no apuntaba a mejorar el bienestar de los individuos, sino que a resguardar la disciplina social (Molinero, 2008). En efecto, la política de seguros sociales estaba orientada a mantener la estructura familiar y promover el crecimiento demográfico, siendo precisa la reclusión de las mujeres en el ámbito doméstico para alcanzar dichas metas (Di Febo, 2003; Cenarro, 2011). Así, y tal como lo expone el Fuero del Trabajo publicado en 1938, el compromiso del Nuevo Estado delineaba dos caminos diferenciados para hombres y mujeres. El primero anunciaba la "defensa del trabajador, su vida y su trabajo" y el segundo determinaba la liberación de "la mujer casada del taller y de la fábrica" para lo que el Estado aseguraba que "la retribución del trabajo será, como mínimo, suficiente para proporcionar al trabajador y su familia una vida moral y digna"[205]. De esta manera, la política demográfica y de género, sumadas a las directrices católicas, quedaron aunadas en la Ley de Subsidios Familiares de 1939, la que entregaba un subsidio al salario del trabajador por cada hijo legítimo menor de catorce años que estuviera a su cargo. En su preámbulo expresaba que

> "(…) ha de otorgarse al trabajador –sin perjuicio del salario justo y remunerador de su esfuerzo– la cantidad de bienes indispensables para que, aun cuando su prole sea numerosa, y así lo exige la Patria, no se rompa el equilibrio económico del hogar y llegue a la miseria, obligando a la madre a buscar en la fábrica o en el taller un salario con que cubrir la insuficiencia del conseguido por el padre, apartándola de su función suprema e insustituible, que es la de preparar sus hijos, arma y base de la Nación, en su doble aspecto espiritual y material"[206].

[204] *Carta Encíclica Quadragesimo Anno de su santidad Pío XI sobre la restauración del orden social en perfecta conformidad con la Ley Evangélica al celebrarse el 40° aniversario de la Encíclica "Rerum Novarum" de León XIII*, Capítulo II Doctrina económica y social de la Iglesia, inciso 71.
[205] Fuero del Trabajo, Boletín Oficial del Estado, 10 de marzo de 1938, p. 6179.
[206] Instituto Nacional de Previsión, *La Ley de Subsidios Familiares. Su doctrina. Normas para su implantación*, Ministerio de Organización y Acción Sindical, 1939, p. 7.

Inspirado en la política instaurada en la Italia de Mussolini (Bock y Thane, 1996), el subsidio familiar ofrecía un complemento salarial importante para un padre de familia con hasta doce hijos legítimos a su cargo, el que se incrementaba notablemente a partir del siguiente, lo que permite afirmar que esta normativa surgió como medida de protección para las familias numerosas. Es más, la publicación del Instituto Nacional de Previsión que explicaba el trasfondo de la ley criticaba enérgicamente la afirmación difundida por "técnicos pseudo-científicos adheridos al marxismo" que sostenía que la mortalidad infantil se presentaba con mayor frecuencia entre las familias con un mayor número de hijos. Por esta razón, en la primera página de dicha publicación, se destacaba la falta de fundamento de esta idea, aclarando que "a igualdad de condiciones, el tamaño de la familia no tenía relación alguna con el coeficiente de mortalidad infantil" y que si esta presunción resultaba ser falsa desde el punto de vista sanitario, pues eran sus "consecuencias más graves bajo el aspecto económico-nacional"[207].

Pero los subsidios familiares –que se financiaban de manera tripartita entre el empleador, el trabajador y el Estado– no fueron las únicas estrategias que el régimen franquista utilizó para incentivar la natalidad. De este modo, un decreto de 1941 creaba préstamos de nupcialidad para "favorecer la constitución de nuevas familias y la protección de los hijos". La suma consistía en 2.500 pesetas y podía ascender a 5.000 si lo solicitaba una trabajadora asegurada y "se comprometa a renunciar a su ocupación laboral y a no tener otra en tanto que su esposo no se encuentre en situación de paro forzoso o incapacitado"[208]. Esta medida significaba un incentivo para el retiro de las mujeres del mercado laboral y así, al reemplazarlas en sus puestos de trabajo por varones, reducir las cifras del paro (Molinero, 2008). A su vez, el decreto concedía anualmente un premio de mil pesetas a nivel provincial y de 5.000 pesetas a nivel nacional "para el matrimonio español que mayor número de hijos haya tenido a la fecha del Concurso" o "que en la misma fecha tengan mayor número de hijos vivos"[209]. Por su parte, en 1945 se incluyó el plus de las cargas familiares que significaba un suplemento al salario del cabeza de familia, quien sólo podía ser el marido y padre de familia (Nash, 1996: 301-302).

Asimismo, de la misma manera que se crearon incentivos para la natalidad, también se establecieron prohibiciones dirigidas a impedirla. Una de las más explicitas fue la promulgación de la ley que criminalizaba el aborto y la propaganda anticonceptiva. A través de esta normativa, se identificó la interrupción voluntaria del embarazo como un crimen contra la conservación y la integridad de la raza, cuya protección y la de todos los potenciales miembros de la población española era deber del Estado. La política demográfica obligó a que el cuerpo de las mujeres fuera reducido a lo que Mary Nash denominó "cuerpo reproductor femenino como salvador de la patria de la españolidad" (2015: 159). Por lo tanto, se consideró que todos los comportamientos sexuales cuya

[207] Instituto Nacional de Previsión, *La Ley de Subsidios Familiares…*, p. 5.
[208] *Decreto de 22 de febrero de 1941 por el que se mejora el Régimen de Subsidios Familiares y se crea el Régimen de Préstamos de Nupcialidad y premios a las Familias Numerosas*, Boletín Oficial del Estado, Año VI, Nº 66, 7 de marzo de 1941, p. 1627.
[209] Ibid.

finalidad no fuera la procreación ponían en peligro tanto al individuo mismo como a toda la población, por lo que fueron calificados como aberraciones sexuales (Regueillet, 2011: 231). Por su parte, en el Chile de Pinochet, la política poblacional expresaba radicalmente su rechazo a la esterilización masculina o femenina y al aborto inducido como medios de regulación de la fertilidad. La primera sería permitida exclusivamente por "una imperiosa necesidad de tipo clínico por razones estrictamente médicas". En el caso del aborto, la preocupación se centraba en "la degradación del profundo sentido cristiano de la vida, fundamento común que caracteriza y da cohesión al patrimonio cultural esencial del pueblo chileno" (ODEPLAN, 1979: 3).

Aunque el régimen franquista se empeñara en comunicar lo contrario, y a pesar de los esfuerzos movilizados durante la Segunda República, las políticas de regulación de la fertilidad y el aborto voluntario no habían penetrado realmente en la sociedad española (Nash, 1996; Palacio Lis, 2003a). En el caso de Chile, por el contrario, las políticas de planificación familiar de los años sesenta y setenta consiguieron un alto grado de aceptación en la población, especialmente entre las mujeres chilenas de las zonas urbanas, como ya se ha mencionado previamente. Sin embargo, algunas autoridades veían en estos programas una amenaza para la seguridad nacional, al considerar que podían llevar a la disminución de la población chilena. Entre ellos se encontraba el Mayor del Ejército Julio César von Chrismar Escuti, discípulo de Pinochet y uno de los principales teóricos de la geopolítica chilena como profesor en la Academia de Guerra del Ejército de Chile en los años sesenta[210] y quien, además, fue asesor permanente del régimen militar chileno (Garay Vera, 2019). En uno de sus textos, este militar acusaba tanto a entidades extranjeras como nacionales de causar en el país un "grave deterioro demográfico sufrido en los últimos 15 o 20 años", al que denominaba "genocidio sistemático autoinferido" (1986: 34), y que, según él, los chilenos habían aceptado sin cuestionar. No obstante, el régimen no podía adoptar el tono ni las palabras de Von Chrismar Escuti para promover una política pronatalista. Por esta razón, la Política de Población explicaba que la responsabilidad del Estado se limitaba a proporcionar el "acceso a información fidedigna y altamente profesional sobre las condiciones de salud para sus habitantes" para que la familia pudiera escoger una adecuada planificación familiar, si así lo deseaba, desde el ejercicio de la paternidad responsable. Esto era engendrar un hijo a partir del mutuo deseo en la pareja "en condiciones compatibles de salud física y mental" y así priorizar su bienestar a través de la protección y cuidados en un "ambiente saludable, estimulante y afectivo" y capacitándole para desenvolverse en la sociedad (ODEPLAN, 1979: 2).

[210] A partir de 1975, la educación geopolítica que se dictaba en las Academias Militares chilenas fue extendida a los funcionarios civiles en la Academia Superior de Seguridad Nacional, en la que enseñaba Julio César von Chrismar. Además, la Academia de Guerra del Ejército comenzó a titular profesores civiles de geopolítica para que se desempeñaran en las universidades chilenas, especialmente en la Pontificia Universidad Católica de Chile, ubicada en Santiago. Sin embargo, la enseñanza de la geopolítica no se limitó a las aulas universitarias, sino que fue introducida a la educación pública a través de textos como el Atlas Escolar de Chile, publicado por el Instituto Geográfica Militar, y también mediante los medios de comunicación de masas sobre el proceso de regionalización y los planos para las nuevas carreteras del sur y marítimas (Pittman, 1981: 33).

El énfasis en el ambiente y en el buen estado de salud física y mental de los progenitores respondía a la perspectiva eugenésica que había predominado en las décadas previas y hacían referencia a las condiciones propias de la vida moderna, especialmente urbana, que había transformado la vida familiar. En el documento se hace mención de la incorporación de la mujer al mercado laboral, el costo creciente en la adecuada alimentación, la educación, la salud y la vivienda, lo que se tradujo en una fuerte presión económica y psicológica para las familias de menores recursos. Todas estas variables habían llevado a las familias a buscar la drástica reducción del número de hijos (ODEPLAN, 1979: 2). Estos elementos también se mencionan como los grandes problemas de España. Luis Jordana de Pozas (1938), quien sería consejero director del Instituto Nacional de Previsión, explicaba la crisis de la familia trabajadora como consecuencia del descenso de su nivel económico, que hacía insostenible el mantenimiento de una familia medianamente numerosa. A este escenario se sumaba la falta de apoyo por parte de las clases dirigentes, que habían dejado a los barrios obreros sin suficientes iglesias y sin condiciones de vivienda dignas, lo que había llevado a la clase trabajadora a una pérdida del espíritu religioso y a la erosión de sus hábitos morales. Otros como el ya mencionado Severino Aznar, culpaban al trabajo femenino fuera del hogar como causa del descenso considerable en las tasas de nupcialidad (1942: 25).

Precisamente, la respuesta de la dictadura chilena profundizó las condiciones de desigualdad social y la precariedad de la vida de la población chilena a partir de la implementación del neoliberalismo como sistema económico desde mediados de los años setenta (Moulian y Vergara, 1980; Foxley, 1988; Valdivia Ortiz de Zárate, 2003; Bravo Vargas, 2012). A diferencia de España que atravesaba los duros años de la posguerra, caracterizados por problemas sanitarios como la epidemia de tifus y el hambre entre la población (Jiménez Lucena, 1994; Del Arco Blanco, 2020), el régimen de Pinochet realizó transformaciones en cuanto a la desregulación del mercado y la reducción del gasto público, entre las que destaca la privatización del sistema de salud (Salinas y Tetelboin, 1984), que no contribuyeron a aliviar la presión económica y psicológica a la que se refería la Política de Población. Todo lo contrario: no hubo leyes sobre subsidios familiares para incrementar la natalidad, sino la aplicación de una lógica de mercado que destruyó al Estado Asistencial. En ese sentido, la instauración del Estado subsidiario se tradujo en el traspaso de la responsabilidad pública de asistencia social al individuo o al sector privado como proveedor de servicios. El fomento de la responsabilidad individual en la provisión de seguridad social significó que los subsidios familiares no fueran prioritarios como políticas públicas. Por este motivo, el régimen redujo significativamente el gasto público en bienestar social e implementó programas focalizados exclusivamente en necesidades básicas de la extrema pobreza (Vergara, 1990; Saavedra y Farías, 2014). Además, y como ya se ha mencionado en el capítulo anterior, la crisis económica de 1982 obligó a que las mujeres chilenas se integraran masivamente al mundo laboral, especialmente en el sector de servicios, lo que contradijo la política de género del régimen (Salazar y Pinto, 2012; Tessada, 2012).

En relación con lo anterior, Luna Follegati (2013) explica la biopolítica de la dictadura pinochetista en base a «las figuras de la sobrevivencia», en las que el

neoliberalismo es identificado como una de ellas. En consecuencia, este sistema económico se presenta como un nuevo experimento social en el que el mantenerse vivo se introduce como la única opción de la libertad prometida. La pérdida de mecanismos de seguridad social y protección significaron el desplazamiento de la satisfacción de las necesidades de educación y salud hacia la gestión individual y la responsabilidad familiar (Sembler, 2022). Por lo tanto, esta presión se vio incrementada toda vez que la libertad neoliberal "en tanto *nuda vida*, otorga la posibilidad ineludible de morir de hambre" (Follegati, 2013: 58).

Esta libertad que promovía el neoliberalismo, vinculada al principio de subsidiariedad, condujo a que la dictadura cívico-militar entendiera por planificación familiar que "el bienestar familiar y la salud de la madre y el niño y su aplicación es absolutamente determinada por la libre decisión de la pareja" (ODEPLAN, 1979: 2). Así, la política pronatalista que se incentivaba iba estrechamente de la mano del modelo neoliberal con el objetivo de obtener recursos humanos para la producción o para el ejército. Sin embargo, asegurar el desarrollo económico y la soberanía nacional no eran suficientes sin garantizar el consumo como pieza clave para el funcionamiento del nuevo sistema económico (Leyton Robinson, 2020). En esta transformación absoluta del papel del Estado en la economía, completamente alejada de la visión que había predominado durante gran parte del siglo XX, la natalidad representaba una arista esencial en el nuevo proyecto de sociedad. De esta forma, el régimen necesitaba que la gente se reprodujera lo más posible, en función de los recursos y del trabajo disponible, así como del consumo requerido para sostener los precios, y de esta forma, la economía (Foucault, 2006: 395). No fue casual el enfoque en la maternidad cuando se vinculaba directamente el control de la población con el efectivo desarrollo nacional, es decir, la reproducción para la producción como una estrategia biopolítica de lo materno (Arcos Herrera, 2018).

A pesar de ello, no se implementaron incentivos directos a la natalidad. Lo más cercano a ello, tal vez, sería la oficialización de una costumbre que se arrastraba desde inicios del siglo XX y que se denomina el "Apadrinamiento presidencial", aún hoy vigente. En efecto en 1976 se institucionalizó la tradición que dictaba que el séptimo niño nacido del mismo sexo de forma consecutiva en un matrimonio fuera apadrinado por el presidente de la república en funciones. Las condiciones eran que la familia debía estar en una situación económica vulnerable y el niño no debía haber sido bautizado, mientras que los beneficios incluían la apertura de una cuenta de ahorro y la entrega de un ajuar.

7.2 Regeneración moral: catolicismo, educación y familia

La Segunda República fue acusada de abrir las compuertas de una crisis moral en la sociedad española. Desde el régimen franquista se afirmaba que el período republicano había arrastrado a España a la decadencia a partir de la "relajación de las costumbres" (Prieto Borrego, 2018). En ella no sólo habían influido la agitación social, el incentivo a los nacionalismos y el desorden económico, sino que también la pérdida de los valores culturales tradicionales, la falta de religiosidad, los nuevos derechos adquiridos por las mujeres y el consecuente deterioro de la familia, lo que había profundizado la

"degeneración moral" de la nación (Nash, 1996). Dos grandes ramas colaborarían para revertir este escenario: la educación y la sanidad.

Como afirmara Juan Bosch Marín, jefe de los Servicios de Puericultura del Estado en 1937, era preciso poner en marcha el "saneamiento moral y material de todo el pueblo español" a través de una "política cultural y sanitaria que por medio de los médicos y maestros borre cuantos gérmenes enfermaron la mente y la salud de un magnífico, probablemente único, material humano" (1940: 25-26). Para ello, la familia fue reivindicada y nacionalizada al ser entendida como uno de los baluartes del Estado (Morcillo Gómez, 2015: 122). La familia representaba el elemento esencial de la concepción social del régimen por su evidente potencial como instrumento más eficiente de control social y se presentó a imagen y semejanza de la función estatal, en la que el jefe del Estado se equiparaba al cabeza de familia (Molinero, 2008). Este Nuevo Estado entendió regeneración nacional, redención moral y recristianización como parte de la misma ecuación, por lo que la identidad tanto de hombres como mujeres fue determinada aunando valores nacionales y católicos. Como resultado, el franquismo defendió un modelo de familia patriarcal en el que hogar, religión y patria se identificaban entre sí (Moreno, 2013). En otras palabras, "la regeneración de la raza fue necesariamente sostenida por la regeneración de la institución de la familia" (Richards, 1998: 64). De este modo, la regeneración moral de España fue colocada en manos de las mujeres, a quienes se entregó la responsabilidad de mantener la honra familiar por su supuesta predisposición a mantener una creencia religiosa, lo que fue interpretado como una esperanza para el futuro espiritual de la raza hispana (Richards, 1998: 64). Así, fueron vistas como "las depositarias de los valores patrios, del amor a España, al Cristianismo y a la maternidad" (Narváez Alba, 2010: 256). En consecuencia, se rechazaron el matrimonio civil –porque facilitaba el divorcio–, el control de la natalidad y la flexibilidad de la conducta sexual (Nash, 1996). El régimen implementó medidas severas contra el aborto, los medios anticonceptivos y "contra cuanto se oponga en una u otra forma a la vida, prestigio y honor de la familia cristiana tradicional española" (Bosch Marín, 1940: 28).

Como ha analizado Michael Richards (1998), identificada como el depósito sagrado de tradiciones, la familia española actuaría como una incubadora en la que germinaría y florecería la exaltación de los valores espirituales, aún si no existían las condiciones adecuadas. Las familias, como células de un organismo, defenderían al cuerpo de la nación de infecciones representadas, por ejemplo, por las ideologías de izquierda. Por lo tanto, al considerar que la legislación republicana había quebrantado la sociedad patriarcal y cuestionado la autoridad del varón, el franquismo utilizó el problema demográfico para justificar sus políticas de género (Cayuela, 2014), así como habían hecho el nazismo y el fascismo italiano (Morant i Ariño, 2012; Sánchez Blanco, 2012). La cultura y la religión eran consustanciales a la familia cristiana, por lo que las mujeres debían ser recluidas nuevamente en el hogar, en el que reinaría una atmósfera moralmente purificadora que consolidaría y preservaría los valores raciales hispanos (Richards, 1998: 64).

Por su parte, tal como había hecho el franquismo, Pinochet identificó al catolicismo como la medicina que sería utilizada para extirpar la inmoralidad, los vicios y el marxismo de la población. El régimen pinochetista construyó un discurso en el que acusaba al gobierno de la Unidad Popular de desatar una profunda crisis moral en el país a partir de las iniciativas de planificación familiar y control de la natalidad, las que fueron interpretadas como graves amenazas sobre los valores de la familia o la autoridad de los padres (Sembler, 2022). A partir de ese escenario, se justificó el golpe de Estado como consecuencia del "desquiciamiento moral y económico (…) una absoluta irresponsabilidad o incapacidad que han desmejorado la situación de Chile", por lo que era necesario "deponer al gobierno ilegítimo, inmoral y no representativo del gran sentir nacional (…)"[211]. Por este motivo, el régimen se impuso la tarea de "reconstruir moral, institucional y materialmente al país (…). En definitiva, resulta imperioso cambiar la mentalidad de los chilenos"[212]. De esta manera, la *Declaración de Principios del Gobierno de Chile* del 11 de marzo de 1974 expresaba rotundamente que "la alternativa de una sociedad de inspiración marxista debe ser rechazada por Chile, dado su carácter totalitario y anulador de la persona humana, todo lo que contradice nuestra tradición cristiana e hispánica"[213]. Con esos antecedentes, la Política de Población manifestaba la preocupación que suponía para el Estado que la juventud asimilara como un "medio de bienestar" la interrupción voluntaria del embarazo porque "una nación cuyos habitantes estén perdiendo en la práctica el respeto profundo por su propia descendencia estará menoscabando (…) las propias bases que sostienen su fuerza de proyección universal" (ODEPLAN, 1979: 4).

Con el objetivo de reforzar estos principios, la Junta Militar identificó en la familia uno de los pilares de la reconstrucción nacional al encontrar en ella "su más sólido fundamento, como escuela de formación moral, de entrega y generosidad hacia los semejantes y de acendrado amor a la Patria"[214]. Sería en la familia donde se comprendería la importancia de la transmisión de la vida humana, proceso que no sólo se reducía a la concepción física de un ser, sino que entrañaba simultáneamente el deber de inculcar los valores morales, culturales y espirituales, "misión que constituye la responsabilidad por excelencia del núcleo familiar" (ODEPLAN, 1979: 4). El régimen decretaba que "en la familia, la mujer se realza en toda la grandeza de su misión, que la convierte en la roca espiritual de la Patria. De ella sale también la juventud, que hoy más que nunca debe incorporar su generosidad e idealismo a la tarea de Chile"[215]. En consecuencia, como se

[211] "Bando Nº 5, Santiago, 11 de septiembre de 1973", Centro de Estudios Miguel Enríquez, Archivo Chile. Disponible en https://www.archivochile.com/Dictadura_militar/doc_jm_gob_pino8/DMdocjm0023.pdf Consultado el 29 de junio de 2024.
[212] "Declaración de Principios del Gobierno de Chile, Santiago, 11 de marzo de 1974", Centro de Estudios Miguel Enríquez, Archivo Chile. Disponible en https://www.archivochile.com/Dictadura_militar/doc_jm_gob_pino8/DMdocjm0005.pdf Consultado el 29 de junio de 2024.
[213] Ibid.
[214] Ibid.
[215] Ibid.

verá en los próximos epígrafes, distintas instituciones se dirigieron a las mujeres para reforzar su papel doméstico y, en especial, maternal, como lo fueron la Secretaría Nacional de la Mujer y la Fundación CEMA-Chile (Lechner y Levy, 1984; Valdés, 1987; Caiozzi, 2013; Vargas-Cárdenas, 2020).

La tradición cristiana influyó directamente en la formación valórica y moral que la Junta Militar chilena promovió en la población, sobre todo en las mujeres. Su crítica se dirigía a una nueva imagen de mujer sexualizada que el mercado comenzó a explotar en el país, a través de la pornografía y la exposición de los cuerpos desnudos de las mujeres en bares y cafés durante finales de los años setenta y principios de los ochenta –coincidiendo con el destape español–, lo que contradecía los principios familiares defendidos por el régimen, en el que las madres tenían un papel crucial (Valdivia Ortiz de Zárate, 2014; Hurtado y Browne, 2019). De este modo, la Política de Población relacionaba el aumento de la desnutrición infantil en la población de menores recursos con el abandono total o parcial de la lactancia materna por causas estéticas que las mujeres priorizaban frente a la salud de sus bebés, lo que tenía consecuencias fundamentales en la relación madre-hijo (ODEPLAN, 1979: 3). Así, en los primeros meses del régimen, se controló la apariencia física de la juventud: se realizaron campañas de corte de cabello y barba para los varones y se fijó el largo de las faldas y vestidos para las mujeres, todo con la finalidad de establecer un límite entre la permisividad social de los años previos e implantar el orden deseado por las Fuerzas Armadas (Valdivia Ortiz de Zárate, 2014; Espinosa Hernández, 2023).

La reglamentación de la vestimenta también fue implementada en España. En colaboración con la Iglesia católica, el franquismo enfatizó la importancia del decoro femenino a través del vestuario (Prieto Borrego, 2018). En ese sentido, autoridades religiosas no dudaban en criticar la falta de modestia que algunas mujeres habían exhibido durante la Segunda República, por lo que ordenaban utilizar vestidos que cubrieran piernas, brazos y escote y hacer uso del maquillaje sólo en caso de enfermedad (Di Febo, 2003; Narváez Alba, 2010). Asimismo, se criticó la proliferación de la pornografía en la sociedad española durante los años republicanos (Guillén Lorente, 2021). Por esta razón, el régimen franquista se aseguraba de que el catolicismo guiara la existencia de hombres y mujeres, para lo que adoptó los mandatos cristianos de la Iglesia católica en torno al matrimonio y los transformó en leyes (Morcillo Gómez, 2015). De esta manera, para el régimen era necesario restaurar el viejo orden social cuya base era la familia en tanto que articuladora y redistribuidora de los roles de género adecuados, los que debían aprenderse en ámbitos genéricamente diferenciados. Por lo tanto, el falangismo y el catolicismo como componentes centrales del nacionalcatolicismo trabajaron por la exaltación de la maternidad como misión suprema. El Estado franquista y la Iglesia plasmaron su concepto de familia a través de la maternidad, "centro y cuna de los valores cristianos", donde la mujer –como esposa y madre– actuaría como piedra angular (Peinado Rodríguez, 2010: 156). En estricto rigor, la obligación maternal de cada mujer, entonces, había de ser una responsabilidad que recayera en el conjunto de las mujeres. En otras palabras, los cuerpos de las mujeres, tanto figurativa como biológicamente, fueron interpretados como mecanismos para el deber de la reproducción nacional (Morcillo Gómez, 2015: 142). De forma más explícita, la maternidad

fue definida como "una construcción física y espiritual al Nuevo Estado cuyo corazón era la nación española y católica" (Blasco Herranz, 2014: 55). El papel de las mujeres estaba claramente definido para el régimen y así lo dejó en evidencia Pilar Primo de Rivera al dirigirse a miles de camaradas en el Castillo de la Mota en 1939: "La única misión que tienen asignada las mujeres en la tarea de la Patria, es el hogar (…). Enseñaremos a las mujeres el cuidado del hogar, porque es una pena que mueran tantos niños que son siervos de Dios y futuros soldados de España"[216].

En efecto, la Sección Femenina fue la encargada de vigilar las prácticas de la vida doméstica y los comportamientos de las mujeres para que las políticas del régimen fueran efectivas (Morcillo Gómez, 2015; Barrera López, 2019)[217]. En el caso de Chile, la responsabilidad del éxito o fracaso tanto de la política pronatalista como del proyecto de Refundación Nacional también fue atribuida a las mujeres (Jiles y Rojas, 1992; Leiva-Vargas, 2023a). La Constitución Política de 1980 estableció que la familia era el núcleo fundamental de la sociedad (Sembler, 2022), lo que habilitó que se incentivara una campaña educativa permanente y obligatoria en los diferentes niveles del sistema educacional que "permita el aprendizaje del espíritu materno y paterno mucho antes de que se constituya la unión entre dos personas o el embarazo" (ODEPLAN, 1979: 3). La preocupación del régimen residía en la inexistencia de una formación dirigida a hombres y mujeres para capacitarlos formalmente en el ejercicio de la maternidad y paternidad. En consecuencia, insistía en que los programas de regulación de la fertilidad debían centrarse en garantizar que los niños crecieran en un ambiente familiar caracterizado por el afecto, el cuidado y la protección, entorno en el que les fueran inculcados "elevados valores espirituales y sociales que los estimulen para llegar a constituirse en miembros útiles de la sociedad a la que pertenecen" (ODEPLAN, 1979: 4). Estos valores garantizarían la correcta formación moral que se requería para revertir los cambios sociales que se habían desarrollado en la última década sobre el control de la natalidad y la aceptación del aborto voluntario como método de reducción de la mortalidad materna e infantil (Pieper Mooney, 2009). Es de esta manera que la Junta Militar concibió "al hombre [el ser humano] como un ser dotado de espiritualidad, con la que inicia su desarrollo a partir del momento mismo de la concepción, proceso que debido a la propia noción de trascendentalidad que encierra en símismo [sic], no corresponde ser detenido, ni por sus padres, ni por el Estado" (ODEPLAN, 1979: 5). Aún ante este discurso, el aborto no sería penalizado en su totalidad hasta 1989, luego de perder el plebiscito de 1988 con el que la ciudadanía chilena decidió poner fin al régimen de Pinochet. La derogación del artículo que permitía la interrupción del embarazo por motivos terapéuticos fue uno de sus últimos intentos por entregar la administración del Estado

[216] "Pilar dijo en Medina del Campo, ante las 10.000 camaradas (1939)", *Discursos, circulares, escritos*, Sección Femenina de FET y de las JONS, 1950, pp. 152-153.

[217] Michael Richards explica que las autoridades franquistas se mostraban indignadas cuando los miembros de las familias de republicanos exhibían expresiones de confianza, especialmente durante los primeros años de la posguerra, en los que los falangistas vigilaban a la población de los sectores populares en búsqueda de señales de optimismo ante la inminente derrota de las potencias del Eje en la Segunda Guerra Mundial (1998: 53).

amarrado a los principios morales de lo que entendía debía continuar siendo la nación (Alfaro y Leiva, 2015; Leiva-Vargas, 2023a; 2024).

7.3 Seguridad nacional, geopolítica y eugenesia

Una de las aristas más importantes del Nuevo Estado franquista fue la lucha encarnada que identificó entre la ciudad y el campo. Era en la primera que se concentraban la pobreza, los problemas de higiene, las consecuencias negativas de la industrialización, las masas defensoras de las ideologías socialistas y anarquistas, el trabajo obrero femenino, el alejamiento de la religión y la pérdida de los valores cristianos. Por lo tanto, la ciudad fue considerada como un lugar donde anidaban el desorden social, la degeneración moral y la apatía racial (Alares López, 2011). En otras palabras, los centros urbanos fueron referidos como portadores de enfermedades sociales y morales y, por consiguiente, patologizados (Caprotti, 2006). La esperanza se encontraba en el mundo rural, donde se hallaban resguardados los valores y la más pura esencia de la "raza hispana", las virtudes y la espiritualidad católica, lo que significó el rescate del discurso del «nacional-ruralismo» existente en España desde finales del siglo XIX (Ortega López, 2021a):

> "¡Pobres campesinos, pobres españoles! ¡Sois lo único sano, lo único puro de la Patria! Dais el oro y la vida, lo dais todo por España. Las grandes industrias creadas por el marxismo en la ciudad, podrán venir abajo, pero siempre quedará el campo que produce oro y seguiréis como siempre siendo los campesinos, los que salvéis a España como lo hicieron vuestros abuelos con su trabajo, y vuestras hermanas hilarán otra vez como en los mejores tiempos de la Patria el hilo de España (…) donde viene el sudor, como el soldado la sangre, para la riqueza y grandeza de España"[218].

Tal como había ocurrido en el fascismo italiano, la exaltación del mundo rural y el campesinado constituyó un ingrediente clave del proyecto de regeneración nacional del franquismo (Alares López, 2010; 2011). Por esta razón, el régimen franquista prometió que "el campo sería el semillero de la nueva España, el depósito de la España eterna"[219]. Al identificarlo como el lugar donde residía la fuerza regeneradora de la nación, se propuso elevar el nivel de vida del campo, para lo que implementaría una política de colonización que garantizara el aceleramiento de las obras hidráulicas y otorgara a cada familia campesina una pequeña parcela para destinarla a huerto familiar[220]. Este proceso de "ensanchar el campo" se hizo a través de la fundación de pueblos de colonización y así evitar la migración característica de los años previos de los habitantes del mundo rural al mundo urbano (Del Arco Blanco, 2009; Alares López, 2011).

Además de responder a un intento por solucionar los graves problemas sociales y económicos del campo español agudizados por la guerra civil, la política agraria inicial del

[218] *Amanecer,* 2 de noviembre de 1937 (citado en Alares López, 2008: 31).
[219] Decreto 255 de Unificación de Partidos, del 19 de abril de 1937, Boletín Oficial del Estado, 20 de abril de abril de 1937.
[220] Fuero del Trabajo, Boletín Oficial del Estado, 10 de marzo de 1938, p. 6179.

régimen apuntaba a la reconstrucción de la economía nacional y al abastecimiento de alimentos para la población como consecuencia de la guerra (Gómez Benito, 2004). Pero no sólo eso: el régimen estimó necesario dirigir una reforma de carácter técnico o productivo que descartara la intervención de la estructura de la propiedad y rectificara la reforma agraria iniciada en el período republicano (Guarc Pérez, 2010). De hecho, aunque los productores a menudo tenían diferentes intereses, el retorno al orden agricultor previo a la Segunda República era indispensable para el nuevo orden franquista (Richards, 1998: 127). En esa dirección, la Nueva España agraria estaría integrada por una masa de medianos propietarios ordenados, religiosos y patriotas que habitaran estos nuevos pueblos (Alares López, 2010). Por lo tanto, la política agraria desarrollada por el franquismo tuvo un claro carácter regeneracionista que no tuvo como protagonistas a los jornaleros, sino que a los pequeños y medianos agricultores. Así, sería posible enfrentar los problemas sociales del campo mediante la intensificación de la producción[221] (Del Arco Blanco, 2009). De esta manera, la estabilidad social era favorecida al prevenir posibles reivindicaciones de los sectores rurales más empobrecidos (Guarc Pérez, 2010).

Los pueblos fueron creados en grandes fincas de secano y grandes zonas regables para aprovechar todas las tierras productivas del territorio español (Tordesillas, 2008; Zas Gómez, 2008; Guarc Pérez, 2010; Sabio Alcutén; 2010; Cañas Moya, 2015). En consecuencia, se aprovecharon las cuencas hidrográficas de los ríos Ebro, Duero, Tajo, Guadalquivir y Guadiana para construir un total de 300 pueblos entre 1940 y 1970 (Villanueva Paredes y Leal Maldonado, 1991). Muchos de estos pueblos fueron distribuidos en las tierras de Aragón y Cataluña (Huesca, Zaragoza, Teruel, Navarra, Tarragona, Lérida) y otros en las provincias de Valladolid, Palencia, Burgos, León, Salamanca y Lugo. En la zona central, la construcción de estos poblados se realizó alrededor de Aranjuez, Cuenca y Toledo, mientras que más al sur, se levantaron pueblos en Ciudad Real. Las provincias del este y el oeste central del territorio del país fueron a su vez destinatarias de esta política, destacando Cáceres y Badajoz y también Valencia, Albacete, Alicante y Murcia. Finalmente, en el sur y repartidos por toda Andalucía, los nuevos poblados se crearon en Jaén, Córdoba, Sevilla, Jerez de la Frontera, Cádiz, Granada, Málaga y Almería[222].

[221] No obstante, estos problemas no se resolverían. Tal como lo analiza Michael Richards (1998), la producción en los campos españoles fue dirigida con fines de exportación para pagar la ayuda prestada por la Alemania nazi y la Italia fascista al bando nacional durante la guerra civil. En consecuencia, durante el primer franquismo, el régimen exportó el aceite de oliva, el arroz y el trigo mientras gran parte de España estaba hambrienta y moría por inanición. Sin embargo, la escasez fue utilizada para controlar a la población a partir del condicionamiento conductual de cada persona para la cobertura de sus necesidades básicas. En ese sentido, el control del alimento a través del racionamiento constituyó una pieza importante del terror franquista toda vez que había que obtener una tarjeta para acceder a los productos, por lo que aquellas personas republicanas no podían alimentarse oficialmente.

[222] "Información: Listado de pueblos de colonización", *PH Boletín del Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico*, Nº 52, 2005, pp. 75-77.

El Instituto Nacional de Colonización fue creado con el decreto de 18 de octubre de 1939[223] y las condiciones en las que el proceso se haría quedaron estipuladas en la Ley de Bases de 26 de diciembre de 1939 para la colonización de grandes zonas. Allí se señalaba que el Estado cumpliría una función sanitaria al responsabilizarse de la defensa antipalúdica y construiría las grandes obras de infraestructura necesarias para la conectividad con estos nuevos pueblos mediante el Ministerio de Obras Públicas[224]. Asimismo, la entrega de terrenos para explotaciones familiares tenía un filtro ideológico toda vez que se favorecía a "agricultores ex combatientes y a viudas e hijos de ex combatientes muertos por la Patria o de víctimas de la persecución roja"[225]. Esto no era casualidad porque el "ingente aumento de productividad del suelo español" era una exigencia del "clamor de los combatientes y del pueblo y la sangre derramada por los ideales de la nueva revolución", tal como lo declaraba la ley. De este modo, el régimen deseaba que la entrega de miles de lotes familiares fuera una manera de asegurar que "el campesino libre" trabajara la tierra para colaborar en el engrandecimiento de la Patria y defender su propia libertad como la de la nación si fuese preciso[226].

La política de colonización iba de la mano con el «nacional-ruralismo» que promovía el régimen al identificar al campo como el lugar donde yacía la respuesta para la prosperidad económica que necesitaba España (Ortega López, 2021a). Y no sólo eso. La ciudad representaba la degeneración y la pérdida de los valores tradicionales y ello, además, se vinculaba con las medidas de control de natalidad implementadas durante la Segunda República. En *Ser*, la revista médico-social de la Delegación Nacional de Sanidad de FET y de las JONS, se publicó una tabla que mostraba los porcentajes de matrimonios estériles en España en 1944 según sus regiones. En estas cifras, las regiones que presentaban una menor esterilidad correspondían a Extremadura (9,8), Galicia (9,1) y León (9,1), mientras que el porcentaje más alto pertenecía a Cataluña (12,2). A raíz de esta información, el artículo proclamaba que "en las regiones menos civilizadas, pero más tradicionales, donde aun se conservan puras las viejas costumbres, la esterilidad es menor" y que en lugares como Barcelona era mayor como consecuencia de su alto nivel industrializador. De esta manera, se relacionaba explícitamente que "la vida moderna y la civilización disminuyen la fertilidad de la mujer" (Botella Llusiá, 1944: 50).

Siguiendo a Mary Nash, las mujeres urbanas no habían normalizado el uso de métodos anticonceptivos durante este período, aunque las autoridades franquistas convencían a la sociedad discursivamente de lo contrario (1996). Por este motivo, se rescató el discurso decimonónico que había identificado a las mujeres campesinas como «guardianas de la raza», últimas portadoras del catolicismo y sostenedoras del orden rural patriarcal y tradicional. El régimen convirtió a la mujer campesina en la principal

[223] *Decreto de 18 de octubre de 1939 organizando el Instituto Nacional de Colonización*, Boletín Oficial del Estado, 27 de octubre de 1939, p. 6016.
[224] *Ley de Bases de 26 de diciembre de 1939 para colonización de grandes zonas*, Boletín Oficial del Estado, 25 de enero de 1940, p. 632.
[225] Op. Cit., p. 633.
[226] Op. Cit., p. 628.

protagonista del medio rural, quien tendría la misión de asegurar la preservación de los valores patrios enraizados en un sentimiento nacionalista de carácter organicista, cohesivo y purificador (Ortega López, 2021: 93). La garantía de la reproducción regeneradora y purificante de la raza recaía así en las mujeres del campo español. Fue Sección Femenina la encargada de llevar a cabo la tarea de formar a estas mujeres en el nacionalsindicalismo, la religión, el hogar, la preparación para el cultivo de la tierra, el cuidado y selección de animales domésticos y el fomento de las labores artesanas. Las falangistas emprendían esta labor a través de la Hermandad de la Ciudad y el Campo, institución imitada de la Italia fascista (Marías Cadenas, 2006; Ramos y Colmenar, 2014). Su objetivo principal era evitar "los desplazamientos a las ciudades, cosa siempre perjudicial"[227], por lo que enfatizaban la valoración de los productos regionales por parte de la población local junto a una exaltación del campo con una perspectiva idílica (Di Febo, 2006: 232-233). Si en el mundo rural era donde se encontraba "el depósito de la España eterna", era fundamental detener la migración de las mujeres que lo habitaban hacia las ciudades, en las que se temía que contaminaran su esencia. Por esta razón, las falangistas afirmaban que "sólo habremos servido a la Patria enteramente cuando por nuestra enseñanza se pueblen los campos de niños sanos como manzanas"[228].

El problema rural estaba intrínsecamente vinculado al problema demográfico, tal como lo había planteado Mussolini (Alares López, 2011; Sánchez Blanco, 2012). En sus iniciales pretensiones imperiales antes del final de la Segunda Guerra Mundial, el régimen franquista había declarado que "no hay Imperio sin elevar, espiritualizado, el índice demográfico nacional; y no ascenderá éste sin devolver al campo su potencialidad creadora y desbordante vitalidad"[229]. Ocupar los espacios deshabitados significaba imprescindiblemente que la población española debía aumentar. Por este motivo, la política natalista del régimen pretendía mostrar lo equivocados que estaban los partidarios del neomalthusianismo y, además, regenerar la "raza" en aquellas provincias rurales pauperizadas del país que, supuestamente, representaban las raíces de la población hispana que había "generosamente" entregado a sus hijos durante la guerra (Richards, 1998: 129). El doctor Jesús Villar Salinas, del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional, aseguraba que la intensificación de los cultivos por regadío era un poderoso agente demográfico toda vez que enraizaría al suelo cada vez a un mayor número de familias (1942: 103). Como se puede apreciar en la tabla a continuación, el índice de fertilidad de España al finalizar la guerra civil no sólo era más bajo que el de muchos de los países de la Europa Occidental, sino que también lo era su total poblacional. Sus cifras demográficas se encontraban muy lejos de Francia, el Reino Unido y sus aliados de los regímenes nazi y fascista. Por si eso fuera poco, la Unión Soviética presentaba una tasa de fertilidad muchísimo mayor al de los principales países del continente europeo, con un promedio de 4,55 hijos por mujer, lo que

[227] Conferencia dada en la F.A.E., *Discursos, circulares, escritos*, Sección Femenina de FET y de las JONS, 1950, p. 161.
[228] Discurso de Pilar Primo de Rivera en el IV Consejo Nacional de la Sección Femenina de FET y de las JONS (Madrid), 1940, *Discursos, circulares, escritos*, Sección Femenina de FET y de las JONS, 1950, p. 34.
[229] "Consigna: La sanidad en el medio rural", *Ser, Revista Médico-Social*, Nº4, 1942, s/p.

el bando nacional triunfador español interpretó como una amenaza contundente de dominación. Si los soviéticos tenían una población muchísimo mayor que el resto de los países europeos, el riesgo de invasión era más alto y el potencial humano del ejército español no sería suficiente por no tener la tecnología de Estados como el alemán (Polo Blanco, 2006). Lo único que hubiera podido aportar España si eventualmente se hubiera unido a los países del Eje durante la Segunda Guerra Mundial era su ejército por carecer de otros recursos. En esa dirección, desde la medicina se explicaba la doble finalidad de la maternología. En primer lugar, conseguir el mayor número de hijos para la Patria y, segundo, procurar que éstos sean lo más sanos y robustos posible. Las razones eran simples: "los pueblos con aumento rápido y continuo de la población son los que tarde o temprano terminan imponiéndose a los demás y triunfando en el concierto de las naciones". Por lo tanto, "nada de extraño tiene (…) que nuestro insigne Caudillo quiera que la natalidad española aumente en *cantidad* y *calidad*" (Botella Llusiá, 1944: 47).

Tabla Nº 6: Índice de Fertilidad y Total de población de países europeos en 1939

País	Tasa de Fecundidad	Total de población	País	Tasa de Fecundidad	Total de población
Alemania	2,39	79.375.000	Italia	3,07	42.919.000
Bélgica	2,1	8.092.000	Portugal	3,28	7.709.000
España	2,12	25.878.000	Reino Unido	1,84	46.046.000
Francia	2,17	41.907.000	URSS	4,88	116.047.000

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de Instituto Nacional de Estadística de España y "Total Fertility Rate around the world over the last centuries", OurWorldInData, Gapminder Foundation. La población de Alemania contabiliza también la de la anexada Austria y el total poblacional de la URSS sólo contempla al territorio europeo.

Las bases del Nuevo Estado demandaban el fortalecimiento de España, lo que iba de la mano con la superioridad numérica de una población en aumento. El médico José Botella Llusiá (1944) aseguraba que el problema de España no consistía en los índices de crecimiento poblacional, sino que en la despoblación como característica esencial. A partir de esta afirmación, especificaba que España había sido la nación más poblada de Europa en el siglo XV y que la disminución radical de su población se había debido a la conquista y colonización de América, aun cuando hubiera generado honor y orgullo a la nación. Además, añadía las guerras, el hambre y el mal estado sanitario de sus habitantes que la habían arrastrado a una decadencia de la que apenas había comenzado a recuperarse hasta la instauración de la Segunda República. Por este motivo, el Nuevo Estado otorgaba la oportunidad de recuperar lo perdido. "España tiene prisa en doblar el número de sus habitantes"[230], declaró Pilar Primo de Rivera en 1940. Asimismo, Francisco Franco prometió cuarenta millones de españoles durante su gobierno. Sin embargo, el crecimiento poblacional debía ser legítimo, es decir, los nacimientos debían producirse al interior del

[230] Op. Cit., p. 33.

sagrado vínculo del matrimonio, según los valores cristianos que imponía el régimen (Molinero, 2008; Morcillo Gómez, 2015). Villar Salinas, recientemente mencionado, aclaraba que cada pueblo que quisiera sobrevivirse en el futuro con una población nacional sana y numerosa debía poner su atención en las madres y en la familia (1942: 100). Esta norma estaba enlazada con la política racial que el franquismo perseguiría en su intento por acabar con la influencia marxista en la sociedad. De este modo, los científicos adeptos al régimen elaboraron un discurso que argumentaba la inferioridad y degradación social del bando republicano. Desde la psiquiatría se justificaba que la purificación del espíritu de España debía ser firmemente defendida de la "contaminación" por haber sido alcanzada a un alto costo, como lo eran todas las pérdidas humanas del bando nacional (Richards, 1998: 65). Esa contaminación era representada por ideas extranjeras y decadentes que debían silenciarse. Precisamente, la psiquiatría española rompió con los límites de su especialidad médica y proporcionó un sostén científico a la ideología triunfadora de la guerra civil para que así no sólo se pudiera tratar mentalmente a "los rojos", sino que enseñara a la población la correcta manera de vivir (Cayuela, 2014).

Antonio Vallejo Nájera logró aunar en su concepción de la "raza hispánica" los elementos de la doctrina alemana de higiene racial, pero respetando la doctrina católica. De este modo, el psiquiatra expresó que orientaba la política racial en un sentido "antigeneticista y antimaterialista, concediendo mayor importancia a los factores del medio ambiente que pueden dañar al genotipo racial, que a la salud física del último" (Vallejo Nájera, 1938: 11-12). En otras palabras, la regeneración no podía concretarse a través de prácticas eugenésicas o higienistas de la "raza" debido a que contradecían los principios morales, espirituales y religiosos propios de la Hispanidad. Así lo afirmaba Alfonso de la Fuente, Secretario Nacional de Sanidad: "los geneticistas, seleccionando biotipos y segregando seres tarados, nada tienen que hacer en una nación que considera al cuerpo como simple albergue de un alma con destino eterno" (1943: 4). Ciertamente, la clave de la construcción racial del régimen franquista estuvo en el aspecto cultural: la lengua, el respeto a las tradiciones y la moral católica (Cayuela, 2014). Según lo planteado, Vallejo Nájera veía necesario someter a cada individuo a una "práctica de severa disciplina social totalitaria" para reducir enfermedades sociales como el alcoholismo y la sífilis que degeneraban a la población, por lo que estimaba indispensable "una moralización colectiva hacia el ideal caballeresco de conducta junto con una exaltación de los valores religiosos". A ello, De la Fuente agregaba que "las posibilidades de su potencialidad [los genes] están en relación con la acción unívoca o antagónica del medio ambiental, somos conductistas en tanto actuamos sobre éste para eliminar las causas de morbilidad o de degeneración biológica" (1943: 4).

Sólo el ambiente apropiado podía contribuir al "tratamiento sanitario de la raza", el que debía tener su fuente principal en la familia, "vivero de virtudes cívicas, una coraza contra la corrupción y un depósito de las tradiciones" (Polo Blanco, 2006: 208). La raza hispánica era valiosa en la medida que guardaba el sentimiento espiritual diferencial propio de la Hispanidad, cuyos valores eran la religiosidad, el patriotismo, la responsabilidad moral, los ideales éticos y estéticos del hidalgo español y la austeridad

(Cayuela, 2014). Su regeneración era vital para el éxito del proyecto del Nuevo Estado. Por este motivo, Vallejo Nájera estaba convencido de que el autoperfeccionamiento de cada individuo terminaría por regenerar a la inmensa mayoría:

> "el saneamiento y regeneración eugenésica de un pueblo o raza requiere que se actúe sobre la totalidad de los individuos que la constituyen, y no limitarse a la selección de padres aislados. La regeneración de una raza impone una política que neutralice el daño que puede venirle al plasma germinal de los agentes patógenos, tanto físicos como psíquicos, materiales como morales" (1937: 12).

Este planteamiento guarda cierta continuidad con la línea lamarckiana de la eugenesia aplicada en España durante el primer tercio del siglo XX y que priorizó el protagonismo del ambiente en el que la infancia nacía y se criaba. Del mismo modo, Michael Richards (1998) reconoció la continuidad existente entre el imaginario organicista del franquismo y los planteamientos regeneracionistas de 1898. Por ello, la higiene racial en el Nuevo Estado debía centrarse en crear un medio ambiente social favorable a través de una serie de medidas que fomentaran las buenas costumbres, además de las uniones entre hombres y mujeres sobresalientes tanto en lo moral como en lo genético (Cayuela, 2014). En ese sentido, la eugenesia estaba estrechamente vinculada a la Hispanidad y, por lo tanto, la regeneración de la población española dependía de la predominancia de un entorno cultural y moral católico que rescatara su verdadera espiritualidad. Como se afirmaba desde la Falange, "el desequilibrio orgánico como lógica consecuencia de un mundo en crisis espiritual"[231]. (1943: 84). Así mismo lo sentenciaba el médico I. Agra Varela al afirmar que "no hay mejor eugenesia, eugénica o eugenética, como quiera llamársela, que la educación del pueblo (valores religiosos, sociales, higiénicos, políticos…" (1947: 23).

En la dictadura cívico-militar chilena, la perspectiva eugenésica también adquirió un cariz cultural. Como se ha revisado en capítulos anteriores, la población chilena no podía ser descrita de forma homogénea a través de la identificación de características genéticas y físicas como se hizo en el nacionalsocialismo. En esa dirección, se priorizó el rescate de la cultura chilena caracterizada por elementos específicos que reconocieran su herencia católica. Esta noción aparece expresada en los postulados geopolíticos de Augusto Pinochet en 1974, quien reconocía que

> "Los elementos culturales adquieren tal importancia en la clasificación de las poblaciones que es posible llegar a establecer subdivisiones de la humanidad basándonos en ellos. Existe más realidad al hablar de grupos culturales que de agrupaciones raciales (…). En la actualidad aceptamos que los Estados puedan estar constituidos por agrupaciones humanas de diferentes razas, pero el común denominador será la cultura que actúa como elemento unificador" (Pinochet, 1974: 149).

[231] *Ser: Revista médico-social*, Nº 12, p. 84.

En efecto, los valores tradicionales hispanos y católicos tuvieron un papel esencial en la Refundación Nacional dirigida por la Junta Militar, especialmente en la educación de la población y el protagonismo de la familia. El régimen pinochetista denunciaba en su *Política Cultural del Gobierno de Chile* (1975) la pérdida paulatina del sentido nacional a lo largo de todo el siglo XX y "el desquiciamiento moral de la juventud". Este escenario decadente habría sido consecuencia de la adopción de costumbres, hábitos y conceptos políticos y económicos extranjeros, sin reflexionar sobre su pertinencia para la realidad del país o la idiosincrasia de sus habitantes. Significaba, por consiguiente, que la soberanía chilena se había encontrado amenazada al intentar asimilar el país a "hegemonías mundiales, en las cuales el interés chileno era postergado o desaparecía totalmente"[232]. Con esta visión en mente, la institucionalidad dictatorial anunciaba la construcción de una nueva sociedad que se orientara "en los valores permanentes que emanan de la concepción cristiana occidental de la vida y de las raíces propias de la chilenidad"[233]. Había que recuperar el legado que Diego Portales había dejado durante el siglo XIX y que había hecho de Chile una gran nación: "la chilenización de los chilenos"[234]. La política cultural debía subsanar la degradación espiritual de la población infringida por el marxismo.

No obstante, hay que destacar que la adaptación de ideas higiénicas y eugenésicas propias de los regímenes totalitarios europeos de los años treinta para el diseño de las políticas sociales y la distribución de la población se entrelazó directamente con el sistema neoliberal, violento y autoritario que configuró el modelo específico de control de la población y de regulación social implementado por el régimen (Leyton Robinson, 2015: 342). No es extraño que la política demográfica adquiriera vital importancia para el régimen franquista como para el pinochetista. La razón es bastante crucial: el Estado administra el cuerpo de las mujeres en favor del cuerpo de la nación porque es en ella donde los nacimientos adquieren su dimensión política toda vez que nacer dentro de los límites territoriales del Estado se traduce, generalmente, en pertenecer a la misma (Yuval Davis, 1996). En ese sentido, la racionalización de la procreación en beneficio de la patria se convertía en un mecanismo de protección frente a todo aquello que la negara o la pusiera en peligro (Arcos Herrera, 2018).

Lo anterior explica que una de las principales inquietudes de la Junta Militar estuviera relacionada con la pirámide demográfica que evidenciaba Chile en aquellos años, aunque su situación poblacional era diferente a la española al inicio de la dictadura franquista. Su preocupación se centraba en que el país estaba alcanzando indicadores que lo posicionaban como uno de los países con una de las sociedades más longevas de América Latina. Como menciona el documento de la *Política de Población*, la alarma tenía su origen en que Chile presentaba uno de los menores porcentajes de habitantes entre cero y catorce años en 1979 en el continente y parecía ser una tendencia en aumento (ODEPLAN, 1979: 5). Lo cierto es que Chile y Cuba eran los países que se encontraban

[232] *Política Cultural del Gobierno de Chile*, Asesoría Cultural de la Junta de Gobierno y el Departamento Cultural de la Secretaría General de Gobierno, p. 30.
[233] Op. Cit., p. 38.
[234] Op. Cit., p. 27.

en una fase más avanzada de transición demográfica en comparación con los demás países de la región, cuya fecundidad continuaba descendiendo rápidamente con la consecuente desaceleración de su ritmo de crecimiento poblacional (González, 1979: 15). Como se ilustra en la siguiente tabla, durante este año y entre los países de América Latina, el índice coyuntural de fecundidad de Chile era el tercero más bajo después de Uruguay (2,71) y Cuba (1,76). Chile presentaba una cifra de 2,81 hijos promedio por mujer, muy lejos de los 6,50 de Honduras en Centroamérica, por ejemplo. En cuanto a sus países vecinos, todos tenían cifras más altas: Perú mostraba un 5,17; Bolivia tenía un 5,54 y Argentina también lo superaba en el índice con un 3,34. La explicación de la Junta Militar para este escenario se reducía "a la intensidad con que se han llevado adelante los programas de regulación de la fecundidad" en los gobiernos anteriores, al punto de desatar una crisis de natalidad (ODEPLAN, 1979: 5). Para los nuevos dirigentes del Estado, no tenía sentido incentivar el control de la natalidad para impedir los nacimientos porque Chile no enfrentaba un problema de superpoblación.

Tabla Nº 7: Índice Coyuntural de Fecundidad de países de América Latina en 1979

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de

País	Tasa de Fecundidad	País	Tasa de Fecundidad	País	Tasa de Fecundidad
Argentina	3,34	Ecuador	4,86	Panamá	5,00
Bolivia	5,54	El Salvador	5,23	Paraguay	6,07
Brasil	4,12	Guatemala	6,22	Perú	3,90
Chile	2,81	Haití	5,67	República Dominicana	5,09
Colombia	3,97	Honduras	6,50	Uruguay	5,17
Costa Rica	3,65	México	5,00	Venezuela	4,30
Cuba	1,76	Nicaragua	6,07		

https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad?anio=1979

Este diagnóstico estaba estrechamente relacionado con la preocupación por el despoblamiento de las regiones extremas del país –norte y sur–, las que se encontraban afectadas por procesos de desertificación a causa de una mala estrategia de explotación –en especial sobrepastoreo de animales– que imperaba en estas zonas y el clima inhóspito. La crisis que vivieron Chile y Argentina entre 1977 y 1979 por la disputa soberana sobre el Canal Beagle en la Patagonia y que casi los enfrentó en una guerra acentuó la urgencia del Estado de Chile por poblar efectivamente la Región Austral, conocidas posteriormente como las regiones de Aysén y Magallanes[235]. Por estas razones, la Política de Población

[235] El denominado Conflicto del Beagle fue una disputa territorial entre Argentina y Chile por la soberanía de varias islas al sur del canal homónimo, así como por los espacios marítimos adyacentes en una zona

mandataba que se crearan los incentivos necesarios para que los ciudadanos chilenos colonizaran e incorporaran al desarrollo aquellas zonas despobladas del territorio nacional cuyos recursos naturales se prestasen para ello, además de prometer la creación de infraestructura vial para unir estas regiones australes con el resto del territorio continental y así facilitar su colonización (ODEPLAN, 1979: 8).

La mayor inversión en infraestructura para dicho fin fue la Carretera Austral, construida en dos etapas diferentes: la primera entre 1976 y 1982 y la segunda entre 1982 y 1989. Los objetivos que motivaron su cimentación fueron el fortalecimiento de la soberanía en espacios considerados fronterizos, el poblamiento de "espacios vacíos", la integración física y articulación territorial, la defensa militar, la circulación de reglamentos, mandos y autoridades y el desarrollo y explotación de recursos estratégicos. De esta forma, el trazado del Camino Longitudinal Austral fue concebido como una de las obras de infraestructura de mayor trascendencia geopolítica del siglo XX chileno, con lo que se contribuiría a "hacer de Chile una gran Nación" (Urrutia, 2020: 39). El Almirante José Toribio Medina, miembro de la Junta Militar, destacaba el gran potencial económico que significaba el poblamiento estratégico de los rincones deshabitados del territorio austral. Por una parte, subrayaba la posibilidad para "el turismo masivo y selectivo en uno de los parajes más hermosos de la Tierra, donde la naturaleza soberbia y majestuosa conserva intacto su sabor original". Asimismo, destacaba que había zonas geográficas cuyos recursos naturales estaban superficialmente investigados, como lo era el territorio entre la península de Taitao y Puerto Natales, la que podía convertirse en "un bullente centro económico, y fuerte eslabón entre la Undécima y Duodécima Regiones, contribuyendo así al desarrollo" (Medina, 1984: 264-266).

Sumado a ello, el proceso de regionalización de Chile durante la dictadura cívico-militar estuvo caracterizado por la relación que la Junta Militar estableció entre geopolítica, darwinismo social y seguridad nacional. El ejército chileno era heredero de la tradición geopolítica alemana que había construido los pilares de la expansión territorial del nacionalsocialismo en Europa (Boisier, 2000; Leyton Robinson, 2015). Como explica Cristián Garay (2019), el Comandante en Jefe del Ejército de Chile entre 1947 y 1949, Ramón Cañas Montalva, ya había publicado estudios en los que adaptaba la geopolítica alemana al contexto chileno. En estos trabajos subrayaba la importancia estratégica de recuperar la Patagonia, motivado por la desconfianza que generaba el expansionismo argentino. Esta perspectiva fue posteriormente replicada por otros oficiales en la Academia de Guerra, incluido Augusto Pinochet. Por este motivo, durante la dictadura chilena, coexistieron tanto los principios de la geopolítica alemana como los

estratégica ubicada entre los océanos Pacífico y Atlántico. Ambos países se encontraban bajo regímenes militares, lo que facilitó la escalada de tensiones cuando Argentina rechazó, en 1977, el laudo arbitraje emitido por la reina Isabel II de Inglaterra, solicitado por ambas naciones en 1971. Tras esta decisión, el régimen argentino movilizó tropas hacia la zona en disputa, lo que llevó a Chile a adoptar medidas similares. No obstante, el conflicto no derivó en un enfrentamiento armado (Díaz y Giménez, 2005; Briceño, 2014).

correspondientes a la geopolítica estadounidense, expresados en la Doctrina de Seguridad Nacional.

Para las autoridades militares chilenas, la expansión territorial del Estado tenía que ser interna y no externa. El "espacio vital" –defendido por la Alemania Nazi– se tradujo en la movilización de la población chilena dentro de las fronteras del Estado para repoblar y "sanear" el territorio nacional. De este modo, la ocupación de los "espacios vacíos" se conjugó con las políticas de exterminio de los enemigos internos –políticos y sociales– para garantizar la prosperidad del modelo neoliberal por medio de las empresas inmobiliarias y la privatización de los recursos naturales (Leyton Robinson, 2015). La Junta Militar consideraba que los grandes problemas que ponían en riesgo la seguridad nacional eran los vastos espacios geográficos deshabitados y el desequilibrado desarrollo socioeconómico en toda la geografía del país. Santiago de Chile era la ciudad del país que concentraba la mayor cantidad de población y el mayor nivel de desarrollo. Esta situación ocasionaba que se generaran a su alrededor "cordones de miserias (…) donde yacían latentes la delincuencia y la subversión", como lo expresaba el general Julio Canessa (1982: 21). Así, el Estado fue comprendido como un organismo territorial en el que las variables de seguridad y desarrollo facilitaron el establecimiento de objetivos relacionados a las características geográficas del país y la idiosincrasia de su población. Por lo tanto, el plan de reorganización territorial y estatal requería impulsar el desarrollo económico y subordinar a los sectores populares, lo que obligó a que la nueva reorganización territorial y administrativa de Chile se hiciera considerando criterios regionales, demográficos y económicos. Sólo de esta manera se lograría integrar territorialmente al país, aprovechar mejor sus recursos naturales y distribuir geográficamente a la población con el propósito de evitar los desequilibrios que favorecían la migración campo-ciudad y, en consecuencia, el incremento de la marginalidad y la subversión de las clases más desfavorecidas (Valdivia Ortiz de Zárate, 2015: 177).

En otras palabras, la prioridad era transformar profundamente el país con la finalidad de obtener un mejor control económico para la explotación de monocultivos agroindustriales (pino, eucalipto, salmón) y, a su vez, ejercer un absoluto control político sobre las organizaciones sociales y poblacionales que habían sobrevivido a la dura represión y exterminio del régimen. En ese sentido, "Pinochet no administra solamente la muerte, sino también la vida, la gestión de la población en términos biológicos" (Leyton Robinson, 2015). En efecto, fortalecer y desarrollar el país significaba apostar por el crecimiento económico y el refuerzo del ejército, siempre de la mano de ideales conservadores y católicos que resguardaran a la nación del control de natalidad y la práctica del aborto. La alianza estaba formada: el crecimiento demográfico con fines geopolíticos y económicos se unían al fortalecimiento de la familia como institución sacralizada por el régimen pinochetista para actuar contra la amenaza del marxismo (Grau, 1997: 257).

Para alcanzar ambos objetivos, una de las acciones concretas fomentadas por el régimen fue la fundación de pueblos en los territorios deshabitados, como lo eran las

regiones australes, y así consolidar la soberanía del Estado en esos espacios[236]. Claros ejemplos de este propósito fueron la creación de localidades como Villa Santa Lucía (1982), Villa Amengual (1983) y Melimoyu (1983) en la Región de Aysén, lo que se conjugaba con la instalación de sedes locales de las organizaciones civiles de la dictadura para asegurar la permanencia de las familias en el territorio patagónico, todo en línea con la política de colonización. Una de estas organizaciones fue CEMA-Chile, a través de la que se gestionó la colaboración femenina con los proyectos de la Junta Militar en centros de madres creados en cada uno de los poblados para asegurar la permanencia de sus habitantes en el lugar (Vargas-Cárdenas, 2020; Leiva-Vargas, 2023b).

De esta manera, la respuesta de la dictadura cívico-militar aunó dos factores cruciales: distribuir espacialmente a la población y estimular el crecimiento de la misma. En esa línea, no se desplegaron programas extendidos e inducidos para la regulación de la fecundidad con el fin de reducir la mortalidad materno-infantil. El temor era que este camino liderara a un nuevo estancamiento en la tasa de crecimiento de la población, por lo que el foco se puso en "la calidad de la atención prestada y los programas de ayuda a la maternidad" (ODEPLAN, 1979: 6). Por lo tanto, el plan era conseguir el aumento de la natalidad en el país, sumado a la implementación de políticas que abarcaran la salud, la nutrición, el deporte y la protección a la infancia. Se creía firmemente que "donde se arraiga el poderío moral de un país, y la fuerza de expansión que esta proyección trae consigo, es en la cultura de formación básica que haya adquirido el grueso de su población" (ODEPLAN, 1979: 6). Así, se afirmó que la entrega de valores y principios sumada a la preocupación por la constitución y capacidad física de su población fomentaría "el espíritu de defensa de sí misma" y, por lo tanto, "el grado de cohesión social existente, el sentir comunitario, su arraigo patrio, y los valores que le dan sentido a la vida, y por los que se está dispuesto a morir por defenderlos" (ODEPLAN, 1979: 6). De este modo, la corrupción moral vivida por la sociedad chilena durante el gobierno de la Unidad Popular sólo podría ser reparada "reafirmando por todos los medios posibles el carácter espiritual del hombre" y no sería otra que la familia la que lograría mantener alejada las influencias de "los sistemas sociales foráneos y agresivos" para que la población mantuviera una estructura sana y protegida de la drogadicción, la pornografía y el alcoholismo (ODEPLAN, 1979: 7). En otras palabras, se levantaba un "sentido inmunitario nacional por el medio del cual se construye al otro como elemento patógeno que se debe exterminar para mantener el cuerpo sano de la nación" (Arcos Herrera, 2018: 37).

Este es el planteamiento que el ya citado Mayor Julio César von Chrismar defendía en su visión de la geopolítica que luego el régimen aplicaría al diferenciar entre la seguridad nacional y la seguridad integral. Para él, garantizar la seguridad nacional del Estado era decisivo, la que entendía como la protección contra toda amenaza externa o

[236] "Camino Longitudinal Austral: Obra imponente de la ingeniería universal", *Selección de Revista Amiga, Programa rural Secretaría Nacional de la Mujer*, junio-julio 1982, Nº 7, p. 8.

interna que pusiera en peligro la integridad territorial, las autoridades o las instituciones que lo constituían. No obstante, este concepto le parecía restringido y sin el alcance suficiente para asegurar el bienestar de la nación y su perduración en el tiempo. Para Von Chrismar, la seguridad integral era la estrategia que podía otorgar la mayor estabilidad a Chile toda vez que

> "prevé todo fenómeno que pueda significar una amenaza presente o futura para el Estado (Medicina Preventiva), vigila el aprovechamiento máximo de la capacidad ciudadana en beneficio de los objetivos nacionales y controla el perfeccionamiento de las virtudes ciudadanas (morales, intelectuales y físicas) para evitar todo riesgo de decadencia del Estado y de sus Instituciones fundamentales" (1968: 35).

Es importante reconocer el uso de referencias organicistas propias de los regímenes totalitarios de los años treinta, como el franquismo, en los discursos de diversas figuras públicas de relevancia durante la dictadura cívico-militar de Pinochet para hablar de "la salud del Estado" (Leyton Robinson, 2020). No sólo reflejaba la influencia ideológica de la Hispanidad en la construcción del régimen chileno, ya que las ideas de izquierda significaban traicionar la tradición cristiana en la que se había construido Chile desde los tiempos de la Colonia y que había sido heredada en ese entonces por la república naciente, sino también ponía en evidencia la veta eugenésica de la lucha contra el comunismo que adquirió la política represiva de la Junta Militar chilena. Teniendo esto en consideración, no era sorpresivo que Augusto Pinochet declarara pocos días después del golpe de Estado que "cuando la patria se recupere, cuando salgamos del tumor maligno del marxismo y la gente vuelva a tener confianza en sí, este país recuperará todas sus libertades"[237]. Como afirma Dalila Muñoz Lira (2022), el discurso de la Junta Militar se mezclaba con las ideas de profilaxis social que habían sido populares durante la primera mitad del siglo XX y que en Chile ya se habían utilizado, por ejemplo, en la promulgación de la Ley Maldita de la Democracia[238] en 1948 al catalogar que el "cáncer soviético" estaba corrompiendo la estructura política, social, económica y moral del país. De este modo, los discursos biologicistas funcionaron como propaganda, pero también facilitaron la deshumanización de todas aquellas personas que habían participado, de una u otra manera, en apoyo al gobierno de la Unidad Popular para facilitar su exterminio, tal como la psiquiatría franquista diagnosticó como degenerados a quienes no se conformaban o se mostraban rebeldes con el régimen. Así, en la práctica, la cura se reducía a la burda aplicación de la violencia y a la privación cultural y material (Richards, 1998). Por este motivo, no es

[237] "Este país recuperará todas sus libertades", *El Mercurio*, 22 de septiembre de 1973, p. 10.

[238] Tras una serie de movilizaciones sociales promovidas por el Partido Comunista desde 1946, destinadas a hacer efectivo el programa de gobierno de Gabriel González Videla –el que contemplaba el inicio de la reforma agraria, la ampliación de los derechos de la clase trabajadora y el reconocimiento de derechos civiles y políticos a las mujeres–, el Ejecutivo sometió al Congreso un proyecto de ley que proponía la proscripción de dicho partido. La denominada "Ley Maldita", cuyo nombre oficial era la Ley de Defensa Permanente de la Democracia, fue sancionada en 1948 y privó a los militantes del Partido Comunista de sus derechos políticos durante una década, hasta la derogación de la normativa en 1958 (Huneeus, 2009).

arriesgado trasponer desde el régimen franquista hacia el régimen de Pinochet lo afirmado por Francisco Vázquez García y Richard Climenson cuando explicaron que

> "el enemigo ideológico es pensado y clasificado como un enemigo biológico con rostros más o menos intercambiables (masón, judío, sodomita, comunista); en cualquier caso es necesario aniquilarlo en una empresa de higienización de la raza y de supervivencia de la civilización cristiana" (2011: 217).

Parte del tratamiento que se quiso implementar en la población chilena estaba relacionado a orientar su comportamiento y las mujeres no quedaron al margen del proceso. Según la Junta Militar, había que "extirpar de raíz y para siempre los focos de infección que se desarrollaron y puedan desarrollarse sobre el cuerpo moral de nuestra patria (…) y eliminar los vicios de nuestra mentalidad y comportamiento"[239] y eso incluía los programas de regulación de la fertilidad correspondientes a los años sesenta y setenta. La excesiva influencia ideológica extranjera que operó en estas políticas públicas fueron percibidas como amenazantes por el régimen, lo que desató un alto nivel de desconfianza hacia las instituciones internacionales que operaban en territorio chileno.

Ximena Jiles y Claudia Rojas (1992: 191) explican que Chile fue el único país de América Latina que impidió la realización de la Encuesta Mundial de Fecundidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante los años ochenta. Según una entrevista que estas historiadoras hicieron al médico Benjamín Viel –pionero en los programas de planificación familiar en Chile analizados en el capítulo cuatro de este trabajo– la decisión de restarse de esta instancia estuvo influenciada por Carmen Grez, quien fuera secretaria nacional de la Secretaría Nacional de la Mujer entre 1974 y 1981 y fuera invitada por Pilar Primo de Rivera de visita a España. En ese momento, Grez se desempeñaba como alcaldesa designada de Providencia desde 1983 y había sido elegida por Augusto Pinochet para presidir el Ministerio de la Familia que finalmente el régimen nunca creó. Además, en aquella misma entrevista, Viel relató el conflicto que se inició entre la Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA) y el Ministerio de Justicia cuando la ministra Mónica Madariaga amenazó a dicha institución privada con quitarle su personalidad jurídica si continuaba con sus acciones en pro de la paternidad responsable. Sin embargo, el ministerio no prolongó la situación y la institución siguió prestando sus servicios durante toda la dictadura, aunque con menos protagonismo que en las décadas previas. Ya la Política de Población había establecido en 1979 los parámetros con los que actuaría el Estado frente a las acciones realizadas durante los gobiernos previos de Frei y Allende:

> "Así, el Gobierno de Chile, en pleno respeto a la libertad del hombre, rechaza toda intervención que conlleve intereses demográficos ajenos al profundo sentir de su ciudadanía, sin por ello descuidar su estrecha

[239] *Política Cultural del Gobierno de Chile*, Asesoría Cultural de la Junta de Gobierno y el Departamento Cultural de la Secretaría General de Gobierno, p. 37-38.

> vigilancia y la debida consideración respecto de las implicancias que este proceso guarda con el planteamiento del desarrollo nacional y sus perspectivas de evolución social a largo plazo" (ODEPLAN, 1979: 8).

De este modo, la dictadura fiscalizó a las instituciones de derecho privado dedicadas a la planificación familiar, ya fueran organismos nacionales, instituciones privadas, públicas o universitarias, especialmente si tenían convenios activos con entidades internacionales para evitar la disminución o el estancamiento en el crecimiento poblacional toda vez que era contrario a sus intereses sociales, geopolíticos y económicos. El diseño de la política natalista del régimen desde la óptica geopolítica, por lo tanto, es una expresión más de la dominación ejercida sobre las mujeres por parte de una dictadura militar con claros lineamientos patriarcales. El crecimiento demográfico constituyó un elemento central de la política de seguridad nacional en la que la maternidad fue asignada a las mujeres como deber hacia la patria (Valenzuela, 1987: 84).

CAPÍTULO VIII: LAS MADRES QUE SALVAN LA PATRIA. ACTUACIONES SOBRE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS DICTADURAS DE FRANCO Y PINOCHET

Como se ha venido anunciando, tanto el régimen franquista como la dictadura pinochetista construyeron políticas estatales que reforzaron la maternidad como el deber nacional y social de las mujeres. Uno de los ámbitos más intervenidos para concretar dicho cometido fue la salud materno-infantil. Fue en esta área en que se crearon numerosas legislaciones que delimitaron un espacio restrictivo para la vida de las mujeres españolas y chilenas, a través de la vigilancia que los profesionales y las instituciones sanitarias hicieron sobre sus comportamientos reproductivos con el propósito de velar por el estado de salud de la infancia.

La primera parte de este capítulo aborda este proceso durante el régimen de Francisco Franco. En los primeros subepígrafes se explican las normativas que establecieron las condiciones en que la maternidad sería valorada desde el Nuevo Estado y su relación con las instituciones de salud: el Seguro de Maternidad del SOE y las leyes de Sanidad Infantil y Maternal y Sanidad Nacional. En el tercer subapartado, se analiza la labor que Auxilio Social ejerció en el contexto materno-infantil de las mujeres y niños españoles durante la posguerra, mientras que, en la cuarta y quinta subsección, se indaga en la organización institucional destinada a la atención de la salud materno-infantil y la evolución de la asistencia sanitaria para este grupo poblacional durante la etapa del desarrollismo, ambos en el medio rural.

Por su parte, en el caso chileno, se inicia la segunda mitad de este capítulo con la reestructuración que atravesó el Estado de Chile con la instalación de la dictadura de Augusto Pinochet en cuanto a su Sistema de Salud. lo que continúa con la organización jerárquica creada para la atención sanitaria de la población como consecuencia del nuevo modelo neoliberal en el país y termina con las actividades que los profesionales del área de salud realizaron en el mundo rural con los recursos que tenían a disposición para asistir a las madres y la infancia sin que quedaran excluidos de la modernidad sanitaria.

Finalmente, y a partir del testimonio de diversas mujeres informantes españolas y chilenas que habitaron durante los años de sus respectivos regímenes en los pueblos o el campo, se analizan tanto las políticas de Franco y Pinochet en relación con los métodos anticonceptivos y la regulación de la fertilidad como la evolución de los partos de las mujeres en ambos países en aquellos períodos respectivamente, alejadas de la realidad urbana.

8.1 La salud materno-infantil en el medio rural en la España franquista

8.1.1 El Seguro de Maternidad en el Seguro Obligatorio de Enfermedad

Durante la posguerra, el panorama sanitario de España era desolador. Enfermedades como la tuberculosis, la malaria, las enfermedades venéreas, la difteria y el tifus exantemático asolaron a la población, sumadas a las condiciones de vida insalubres y

la malnutrición que la pobreza de esos años ocasionó (Jiménez Lucena, 1994). Como consecuencia, hubo un retroceso científico en las concepciones sobre la salud que recogió las principales directrices que habían predominado a inicios del siglo XX, es decir, la higiene y la microbiología, en desmedro de las dimensiones sociales que había adoptado la sanidad, las nuevas concepciones sobre epidemiología y la administración sanitaria (Marset, Sáez y Martínez, 1995). Por su parte, el mundo rural se vio principalmente afectado por las graves dificultades económicas y sociales en el período autárquico, debido a que la proliferación de enfermedades infecciosas y parasitarias, como el paludismo y la poliomelitis, agravaron unas condiciones de vida que ya eran precarias durante las décadas previas (Ortega López y Cobo Romero, 2011).

Unos de los grupos poblaciones que fue duramente golpeados durante estos años fueron las madres y la infancia a raíz de las altísimas cifras de mortalidad infantil que la guerra civil y sus consecuencias causaron (Bernabeu-Mestre, et. al. 2006). Este escenario motivó la continuidad de la protección a la maternidad que se había iniciado con la aprobación del Seguro de Maternidad de 1929 y que se había implementado en los albores de la Segunda República, pero en esta oportunidad bajo los nuevos preceptos del Nuevo Estado que convertía a las mujeres en la principal impulsora de sus metas demográficas (Rodríguez Ocaña, 1998). Como explica Ángela Cenarro (2016), el Seguro buscó asumir prestaciones de carácter preventivo y atención sanitaria durante el embarazo y el parto de las mujeres obreras para avanzar en una atención integral de la madre y el niño en establecimientos especializados, tal como se había planificado durante los gobiernos republicanos. Esto implicaba continuar con la enseñanza de la puericultura a las madres y a las profesionales mediante escuelas de formación. Por esta razón, el Seguro de Maternidad fortaleció la inspección médica como vigilancia a las beneficiarias. Además, las funciones de las enfermeras visitadoras fueron delimitadas, su carácter profesional fue reforzado y sus tareas administrativas disminuidas para que pudieran enfocarse en su labor de tutelaje de las madres.

No fue hasta la Ley del 18 de junio de 1942 que se consiguió la ampliación de las beneficiarias y el aumento de las indemnizaciones para el descanso previo al parto y el puerperio, lo que constituyó una vigilancia mayor del descanso obligatorio y de la lactancia como práctica. De esta manera, el seguro establecía un descanso obligatorio de doce semanas, asistencia médica gratuita y una prestación económica correspondiente al 75% del salario de la madre. Además, esta legislación estipulaba que el Régimen Obligatorio de Subsidios Familiares ampliaba sus beneficios al inscribir en el Seguro de Maternidad a las esposas de los trabajadores asegurados en dicho régimen y a las trabajadoras que, ya siendo aseguradas por el mismo, no pudieran serlo en el de Maternidad "por superar el límite de retribución establecido"[240]. Asimismo, la normativa autorizaba al Instituto Nacional de Previsión –el que había perdido su autonomía característica durante los inicios el franquismo– para utilizar "el 25% de los fondos de

[240] Ley de 18 de junio de 1942 por la que se amplían los beneficios del Seguro de Maternidad, *Boletín Oficial del Estado*, Nº 184, p. 4783.

reserva de la Caja Nacional de Subsidios Familiares en la construcción y en la dotación de Hospitales-Cunas, Clínicas y Dispensarios de Maternidad y Puericultura"[241]. Sería en estas nuevas instalaciones sanitarias donde se impartiría la enseñanza de la maternología y la puericultura a las madres, expresión de la continuidad de un papel divulgador que caracterizaba al Seguro de Maternidad desde el período republicano. Este último punto es relevante porque reconocía la necesidad de otorgar estos derechos al mismo tiempo que se exigía a las mujeres obedecer a los médicos en el correcto cuidado de sus hijos. Ahora bien, aunque el adoctrinamiento de las madres en torno a su responsabilidad en la mortalidad infantil había sido una característica presente desde comienzos del siglo XX, durante el franquismo, por primera vez, la educación a las madres no sólo quedó bajo el ámbito de la sanidad oficial, sino que también se integró dentro la política de previsión social del Estado (Cenarro, 2016).

No obstante, el Seguro de Maternidad perduró de manera independiente hasta 1944, año en que entró en vigencia el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) (Rodríguez Ocaña, 1998; Cenarro, 2016). Este seguro fue creado con dos intenciones claras. Primero, la pretensión de alcanzar legitimación social dentro de la clase trabajadora que había sufrido una violencia exacerbada y manifestaba una actitud hostil al régimen resultante tras la guerra civil (Marser, Sáez y Martínez, 1995). Y segundo, otorgar seguridad física a la clase obrera que sufría evidentes insuficiencias alimentarias y sanitarias como resultado del complejo escenario socioeconómico de los años de Autarquía, al punto de disminuir considerablemente la fuerza de trabajo (Cayuela, 2014). Por lo tanto, el seguro social –entendido como un derecho y a la vez como una obligación propia del intervencionismo estatal– implicaba comprender el cuerpo nacional como un organismo vivo con necesidades biológicas específicas, cuya salud era necesario preservar dado que su cuidado implicaba fortalecer la vitalidad de la nación, así como su poder económico y su capacidad de expansión (Vázquez, 2009). De este modo, el SOE representó el dispositivo médico-sanitario más importante del primer franquismo.

De este modo, el Seguro de Maternidad fue incorporado al Seguro Obligatorio de Enfermedad y garantizando a las mujeres beneficiarias los mismos derechos que la previsión anterior les otorgaba: asistencia sanitaria y acceso gratuito a las instituciones destinadas a la protección de la maternidad y la infancia vinculadas a dicho seguro. Este giro reflejó una nueva comprensión de la maternidad, concebida como un componente esencial dentro de las políticas de protección familiar, centradas en el trabajador varón como cabeza de familia. En otras palabras, la mujer trabajadora dejó de ser el sujeto principal de las políticas sociales al ser sustituida por la familia como unidad de protección (Cenarro, 2016).

El Seguro de Maternidad fue capaz de asumir sus funciones a través de la Obra Maternal e Infantil, elaborada en 1936, reorganizada por la institucionalidad franquista en 1939 y aprobada en 1940 (Ruiz-Berdún, 2019). Dentro de la comisión encargada para su

[241] Op. Cit., p. 4784.

reconstitución destacaban Juan Bosch Marín, director de la Escuela Nacional de Puericultura en ese entonces, y Mercedes Sanz Bachiller, fundadora de Auxilio Social (Cenarro, 2016). Aunque finalmente fuera absorbida igualmente por el Seguro Obligatorio de Enfermedad, el propósito de la Obra era diseñar un sistema que reuniera la asistencia obstétrica completa (embarazo, parto y puerperio) y la asistencia pediátrica. Ahora bien, el trasfondo de la misma era dar cumplimiento a lo establecido en el Fuero del Trabajo, es decir, apartar a la mujer del mundo laboral. La preocupación sobre la mortalidad materna e infantil ponía sus ojos sobre la madre trabajadora al identificar que estas cifras eran mucho menores entre las mujeres que no trabajaban. Se les responsabilizaba del aumento de la mortalidad materna e infantil, el incremento de las enfermedades y la esterilidad de la mujer, la disminución de la nupcialidad, el aumento de la lactancia mixta y artificial y el abandono infantil. En ese sentido, el trabajo femenino era entendido como un peligro, lo que hacía necesario mejorar las condiciones en que se realizaba con el fin de reducir su impacto[242].

Una de las iniciativas de la Obra fue la construcción de dispensarios de puericultura y maternología destinados a todas las trabajadoras aseguradas, además de clínicas maternales para "internamiento de obreras que habitan medio inadecuado para dar a luz en su propio hogar"[243]. De estas instituciones, se tiene conocimiento de una establecida en Madrid y otra en Barcelona (Ruiz-Berdún, 2019). En esta última ciudad, un Boletín del Instituto Nacional de Previsión aclaraba que en 1940 la Obra había asistido 7.784 partos de un total de 178.019 obreras afiliadas[244]. El total nacional correspondía a más de medio millón de ellas. Del mismo modo, la Obra promovía la creación de instituciones médico-sociales como guardalactantes, salas de lactancia en fábricas y talleres y guarderías infantiles. El médico José Agra Varela destacaba la "Casita de los Niños", un centro que funcionaba como sala de lactancia y guardería infantil en una fábrica de Vigo. En un artículo publicado en 1944 en la revista médico-social *Ser*, Agra Varela explicaba lo agradecidas que estaban las obreras por contar con un espacio seguro en el que dejar a su hijo durante su horario laboral, lo que incluso influía positivamente en la producción de la empresa para la que trabajaba:

> "Es la satisfacción de una madre que agradece con toda su alma la ayuda prestada por la empresa para que a su hijo no le falte su pecho, lo que supone una crianza en perfectas condiciones de salud. Esta obrera, con su corazón henchido de amor y de agradecimiento (nosotros hemos podido comprobarlo personalmente oyéndolo de labios de una), rinde un mayor trabajo y pone en su labor algo personal, siendo una leal colaboradora de aquella industria para la cual trabaja" (Agra Varela, 1944: 108).

[242] *Boletín de Información,* Instituto Nacional de Previsión, Septiembre de 1941, Nº 9, p. 11-12.
[243] Op. Cit., p. 13.
[244] Ibid.

En este lugar, continuaba este médico, las enfermeras controlaban las vacunaciones de los niños acogidos, especialmente la vacuna antivariólica y la antidiftérica. Al mismo tiempo, el pediatra-puericultor del centro tenía a su cargo una consulta destinada a las madres obreras para resolver sus dudas. Allí también las aconsejaba respecto a la dietética infantil y las educaba para que "en lo sucesivo hará caso omiso de ignorantes consejos de comadres, dándole ocasión para que forme debida y correctamente a su pequeñuelo" (Agra Varela, 1944: 112).

En cuanto a las acciones de la Obra, realizaba consultas para abordar la esterilidad femenina y cumplía una función propagandística sanitaria entre las obreras[245]. De esta manera, la meta principal apuntaba a consolidar la hospitalización del parto, aunque fuera un objetivo difícil de alcanzar en el corto plazo, sobre todo en las zonas rurales, en las que las matronas continuaron monopolizando su asistencia con la supervisión de los médicos de Atención Pública Domiciliaria (Barceló y Montes Muñoz, 2016; Ruiz-Berdún, 2019). Si llamaba la atención que las matronas predominaran en la atención del parto en el mundo rural era porque una de las consecuencias importantes respecto a las profesionales femeninas que tuvo el SOE fue el fin del protagonismo que las matronas habían alcanzado durante la Segunda República mediante el Seguro de Maternidad. Así, aunque el SOE concretó el anhelo del seguro republicano de crear la profesión de la matrona, en 1948 fueron subordinadas a los médicos tocólogos y perdieron la autonomía en la atención al parto a domicilio que habían conservado con la incorporación de los hombres a la atención obstétrico-ginecológica (Rodríguez Ocaña, 1998; Ruiz-Berdún y Gomis, 2017).

8.1.2 La Ley de Sanidad Infantil y Maternal de 1941 y la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944

La importancia que la maternidad y la infancia adquirieron durante el régimen franquista respondía a un escenario internacional en que la población era comprendida como un componente esencial para la fortaleza de la nación. Como hemos revisado previamente, el interés médico y social por las madres y los niños había sido vertebral durante el primer tercio del siglo XX y sólo se había profundizado durante los años republicanos. La diferencia estaba en que, durante el franquismo, la puericultura y los intereses demográficos estuvieron al servicio de intereses ideológicos y políticos como no se había hecho hasta entonces (Cayuela, 2014). A ello respondió la Ley de Sanidad Infantil y Maternal de 1941.

Intrínsecamente ligada a la política pronatalista promovida por el régimen, la ley se proponía "obtener la máxima eficacia en la disminución de la mortalidad infantil, el aumento de la natalidad y el mejoramiento físico de la estirpe"[246]. Con esa meta establecida, esta normativa mandataba la creación de dispensarios, hospitales especializados en el área, comedores para embarazadas y madres lactantes. Así, tanto la

[245] Ibid.

[246] "Ley de Sanidad Infantil y Maternal", *Al Servicio de España y del Niño Español*, Nº 42, agosto de 1941, p. 8.

actividad benéfica privada como la municipal y sanitaria instalada por la Dirección General de Sanidad se vieron respaldadas por la normativa (Rodríguez Ocaña, 1998). Otro punto importante de la legislación era la centralidad que adquirían los centros y servicios de enseñanza, investigación, propaganda y divulgación de la puericultura. Además, decretaba que todo el personal técnico de los servicios médicos de las instituciones sanitarias procedería de los cuerpos médicos especialistas de la Dirección General de Sanidad. Esta última abrigaría la Jefatura de los Servicios de Higiene Infantil y sus correspondientes subdirecciones.

Importante era que reconociera el carácter predominantemente rural de la población española al regular la creación de Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia en los poblados mayores a cinco mil habitantes. Por esta razón, se anunciaba que cada provincia tendría un Servicio Provincial de Sanidad Infantil y Maternal –dependiente de la Jefatura Provincial de Sanidad– que desplegaría los dispensarios y los demás servicios. Estos dispensarios, destinados a localidades que contaran con una población a partir de 2.000 habitantes, llevarían a cabo una función de vigilancia sanitaria hacia las familias, especialmente a las madres. Asimismo, lo harían los dispensarios existentes en los Centros Secundarios y Primarios de Higiene, en los que se abrirían Servicios de Pediatría de urgencia[247]. En adición, y en colaboración con la facultad de Medicina que existiera en la provincia, este Servicio Provincial ejercería una labor docente encaminada al perfeccionamiento de todos quienes se desempeñaran en el medio rural, ya fueran médicos, maestras, matronas, enfermeras puericulturas y demás personal.

Por otro lado, complementaba sus acciones en la ruralidad a través del despliegue de equipos ambulantes a cargo de la misma Jefatura provincial con dos tareas específicas: la lucha contra epidemias como el paludismo, el tracoma, la lepra y la kala-azar (leishmaniosis visceral) y, a su vez, funcionar como cátedra ambulante de puericultura encargada de su difusión[248]. La divulgación sanitaria materno-infantil fue crucial durante la primera etapa del Nuevo Estado, interés compartido por gran parte del cuerpo médico que veía en la España rural un elevado número de individuos sumidos en la ignorancia y el analfabetismo, pero supuestamente dóciles y receptivos (Palacio Lis, 2003a). En concordancia con ello, en 1947, Juan Bosch Marín destacó que existía una relación entre las tasas provinciales de analfabetismo y las de mortalidad infantil durante las primeras décadas del novecientos y que era gracias a la labor divulgadora y supervisora de puericultores, maestras puericultoras y enfermeras que se habían popularizado las normas de higiene que habían resultado en la gran disminución de la mortalidad infantil (43-44). Siguiendo ese planteamiento, la creación de cátedras ambulantes sería útil a dicho propósito debido a que se requería de continuidad en la difusión puericultora para que la enseñanza de las medidas encaminadas a luchar contra la mortalidad infantil surtiera efectos constatables.

[247] Op. Cit., p. 9 y 11.

[248] Op. Cit., p. 10.

La ley también otorgaba la responsabilidad de realizar la propaganda y la divulgación de higiene infantil a la Dirección General de Sanidad y los Servicios provinciales, quienes cooperarían con las Delegaciones Nacionales de Sanidad de la Sección Femenina, por medio de sus divulgadoras sanitarias rurales –lo que veremos más adelante en esta investigación–, de la Hermandad de la Ciudad y el Campo y del Profesorado y Magisterio oficiales. Asimismo, los establecimientos educativos fueron considerados espacios de formación higiénica al declarar obligatoria la enseñanza de la higiene infantil en las escuelas normales de ambos sexos y en las escuelas primarias. Y, además, se explicitaba que los Servicios Oficiales de Sanidad Infantil y Maternal debían prestar toda la ayuda económica posible en relación a personas e instalaciones necesarias en las actividades de enseñanza y propaganda sanitaria que organizara la Falange. Entre estas actividades se incluían las Escuelas de Hogar y los cursos de divulgadoras rurales[249], actividades que se detallarán en el siguiente capítulo.

Todas estas iniciativas quedaron reorganizadas en la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, la que tomó como referencia la anterior Ley de Sanidad vigente correspondiente a 1855 y la Instrucción de 1904. Esta normativa pretendía, en primer lugar, coordinar las actuaciones sanitarias que se encontraban muy dispersas y, por último, desarrollar una labor de protección sanitaria frente a los peligros de las infecciones a través de acciones preventivas e interventoras en materia de salud (Marset, Sáez y Martínez, 1995). En el punto catorce de la ley se regulaba la sanidad maternal e infantil y establecía que la Dirección General de Sanidad tendría el papel de aunar la dirección, coordinación y vigilancia de las Instituciones de Maternología y Puericultura existentes. Así, continuaba definiendo las funciones de los Servicios de Higiene Infantil y Maternal del Estado, las que consistían en brindar atención en maternología, higiene prenatal, asistencia médica maternal, puericultura de la primera y segunda infancia e higiene y protección durante la edad escolar. Al mismo tiempo, tenían la facultad de proponer las medidas legislativas en materia social que fueran en beneficio de la madre y el niño y de garantizar la enseñanza de la puericultura y la higiene infantil en las escuelas e institutos femeninos y normales, además de promover instancias de educación popular sobre estos conocimientos.

Otra de las estipulaciones era la creación de un cuaderno sanitario que poseerían todos los españoles residentes en España que utilizarían desde el momento de su nacimiento hasta cumplir los quince años. En este documento se llevaría el registro de las incidencias más destacadas que afectasen a la salud del niño y el adolescente. También se establecían los servicios dispensariales y hospitalarios de maternología en las grandes ciudades y en localidades donde existieran Centros Secundarios de Sanidad para luchar contra la mortalidad materna e infantil, siempre considerando el total de habitantes para determinar proporcionalmente a esta cifra el número de camas. Esta misma red dispensarial debía ser ampliada en el futuro y se ocuparía del desarrollo y vigilancia

[249] Op. Cit., pp. 12-13.

sanitaria del lactante y del niño de edad preescolar. Sin embargo, sería obligatoria la vigilancia sanitaria de los escolares que asistieran tanto a establecimientos públicos como a los privados particulares, la que sería realizada por médicos que contaran con el título de Puericultor pediatra. En el caso de los Centros Secundarios, este control les correspondería a sus especialistas. Ahora bien, en el caso de las grandes poblaciones, se crearían clínicas infantiles aledañas a las Facultades de Medicina o, en su ausencia, a los Dispensarios centrales, en las que se atendería especialmente a los lactantes e infantes con enfermedades infecciosas.

No obstante, aunque la ley fue aprobada, las instituciones ministeriales no respetaron sus disposiciones y actuaron siguiendo su propio criterio, a excepción del Ministerio de Gobernación. Además, la sanidad continuó bajo la autoridad del Ministerio del Interior y el Estado asumió únicamente la responsabilidad pública de la prevención, mas no la asistencial. Tampoco se modernizaron las directrices epidemiológicas ni sanitarias existentes durante la república, por lo que la prevención de enfermedades transmisibles fue eficaz exclusivamente por haber heredado las políticas que ya se habían creado para enfrentar la problemática (Marset, Sáez y Martínez, 1995: 238).

8.1.3 La labor materno-infantil de Auxilio Social

Numerosas fueron las instituciones que el franquismo desplegaría para conseguir sus propósitos relacionados a la infancia. Muchas de ellas fueron instaladas por Auxilio Social a través de su Obra Nacional-Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño (Cenarro, 2006; Sánchez Blanco, 2012). Aunque su origen se remontaba a 1937 con la creación de comedores benéficos para asistir a la infancia desamparada y huérfana en Valladolid durante la guerra civil, pronto la organización de Mercedes Sanz Bachiller se expandió a otras provincias. Fue en 1940, a través de un decreto, que se le encomendó oficialmente la protección a las madres y los niños de la España franquista y actuó como delegación de servicios del Movimiento Nacional hasta que se convirtió en organismo autónomo de la administración del Estado en 1962, cuando quedó bajo dependencia del Ministerio de Gobernación (Cenarro, 2006).

Según el médico José Botella Llusiá, esta institución no se encontraba inspirada en una normativa de política sanitaria, sino que correspondía a una obra social de asistencia y beneficencia. Su labor no estaba encaminada a un fin sanitario, sino que a un objetivo social, por lo que "si (…) se presta una ayuda sanitaria completa a la embarazada y a la parturiente [sic], ello es debido a que no se puede concebir una ayuda social sin aquélla. Bienestar social y salud no pueden ir de manera alguna desligados" (1943: 57).

Fundó una red de recintos asistenciales destinados a cubrir las necesidades de los niños asistidos según sus edades y actuó principalmente en el ámbito urbano, teniendo presencia en algunos pueblos grandes de las provincias (Rodríguez Ocaña, 1998). Así, se implementaron los Hogares Cuna, que atendían a los niños de cero a tres años y a sus madres; los Hogares Infantiles, en los que niños de tres a seis años eran preparados para el período escolar, y los Hogares Escolares, "donde la educación política adquiría gran

relevancia, ya que era el momento de formar a los hombres del mañana con una correcta educación nacional-sindicalista" (Sánchez Blanco y Hernández Huerta, 2009: 428). En 1941, según la propia documentación de la institución, y sin contabilizar Madrid ni Barcelona, las provincias que más asistidos presentaron habían sido Alicante, Almería, Ávila, Cáceres, Ciudad Real, Jaén, Murcia, Salamanca, Valencia y Zaragoza. Como se observa en la siguiente tabla, gran parte de la asistencia prestada en estas provincias se concentraba principalmente en los pueblos, donde se atendía a un mayor número de niños en comparación con las capitales provinciales. Ejemplos de ello son Ciudad Real, Jaén, Murcia, Salamanca y Soria, además de Cáceres, la que destaca como la provincia con el mayor número de niños asistidos fuera de su capital. De estas provincias, Alicante, Almería, Ciudad Real, Jaén, Murcia y Valencia estuvieron durante mucho más tiempo bajo influencia del bando republicano durante la guerra civil, por lo que en un principio Auxilio Social prestó más atención a estos territorios (Cenarro, 2006).

Tabla Nº 8: Total de niños asistidos en los Centros de Alimentación Infantil de Auxilio Social en 1941

Provincia	Capital	Sin capital
Alicante	1.242	-
Almería	1.632	1.449
Ávila	1.015	-
Cáceres	1.186	3.573
Ciudad Real	375	1.025
Jaén	304	1.965
Murcia	835	1.396
Salamanca	1.591	2.305
Soria	454	973
Valencia	1.340	450
Zaragoza	1.100	-
Total nacional	**63.000**	

Fuente: Delegación Nacional de Auxilio Social (1942), *Obra Nacional-Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño. Labor desarrollada en beneficio de los niños españolas, de 0 a 3 años, durante el año de 1941.*

Hacia finales de la década de 1940, Auxilio Social gestionaba 40 Centros de Maternología, 8 Casas de Maternidad, 40 Comedores de madres gestantes y lactantes y 164 Centros de Alimentación Infantil similares a las Gotas de Leche. Al mismo tiempo, contaba con 2 Hogares Cuna destinados a lactantes, 28 Hogares Infantiles, 70 Hogares Escolares, 36 jardines maternales y guarderías infantiles y 556 Comedores infantiles.

Finalmente, en relación con la atención sanitaria, disponía de un Hogar-enfermería, 3 Hogares antitracomatosos, un Hogar antitricofítico y un Sanatorio infantil antituberculoso (Bravo Sánchez del Peral, 1954: 7). En 1966, la institución mantenía en funcionamiento más de 60 Hogares infantiles, 4 Casas de Maternidad, 5 Centros de Maternología, 10 Comedores Infantiles, 83 guarderías infantiles y 161 Centros de Alimentación Infantil, en los que se asistía a 53.650 niños (López Cano, 1967: 103-105).

Aunque, durante los primeros años de la posguerra, Auxilio Social concentró su interés en las mujeres pertenecientes al bando de los derrotados de la guerra civil, pronto esa disposición fue ampliada a todas las mujeres pobres de la sociedad española y el entorno en el que habitaban. Esta preocupación fue canalizada mediante los controles médicos a las mujeres embarazadas en los que se pretendía identificar algún tipo de dolencia asociada a tuberculosis, alcoholismo y enfermedades venéreas. Para ellas se crearon hogares y comedores de embarazadas, los Hogares de Madres y Colonias de Recuperación y Reposo para madres trabajadoras, donde recibirían la protección, el cuidado y el reposo necesarios para que tanto el embarazo como el parto tuvieran los resultados deseados. Estos cuidados contenían un claro componente eugenésico toda vez que dirigían sus esfuerzos al cuidado y control de la vida en servicio a un fin mayor: la España franquista como nación (Cenarro, 2006: 116). Bajo esa perspectiva, y aunque Auxilio Social no abandonó totalmente el sentido religioso de su actividad, sí transformó la manera en que se había entendido la asistencia benéfica en España hasta ese entonces. Al enfatizar más los perfiles militares, disciplinares, jerárquicos, políticos y patrióticos, este organismo renovó la práctica de la beneficencia gestionada en su mayoría por la Iglesia católica, sobre todo al renegar de la limosna como mecanismo de salvación religiosa y redención del alma de las personas donantes para vincularse más a la fidelidad política, la colaboración patriótica y la creencia ideológica. Por esta razón, lo religioso se entremezclaba con lo patriótico en la educación hacia la infancia: la enseñanza del Padrenuestro para alabar a Dios y la veneración a la patria al cantar el himno falangista eran ejemplo de "la condición de mitad monje mitad soldado propia del nacional catolicismo" (Carasa, 1997: 120). A ello se sumó la formación de las mujeres en torno a la maternidad y el aprendizaje de las destrezas necesarias para cumplir su función como madres, quienes eran educadas también en los principios falangistas cuando la Obra Nacional-sindicalista fue transferida a la Delegación Nacional de la Sección Femenina en 1939.

La vigilancia política comenzaba desde el momento en que las madres o familias querían inscribir a sus hijos en los hogares, solicitándoles las partidas de nacimiento y un reconocimiento médico realizado por los especialistas del Centro de Orientación Diagnóstica. Allí se cumplimentaba una ficha médica personal en la que figuraran los datos de la familia del niño, su medio social, sus antecedentes sanitarios y psicológicos (Sánchez Blanco y Hernández Huerta, 2009). La prioridad estaba en la infancia huérfana y abandonada, pero también en aquella que se encontraba en riesgo por la conducta moral o política de sus padres. Instructores, médicos y cuidadoras eran parte del personal del hogar, pero también desde las delegaciones provinciales contaban con sacerdotes para

actuar como asesores religiosos. En Auxilio Social no sólo se alimentaba a los niños, sino que asimismo se mantenía el control sobre su educación católica y la de sus familias, si la tuvieren. La disciplina era el eje de todas las acciones desplegadas en los comedores y hogares, plasmada en la reglamentación de los horarios tanto de comida, de los ejercicios físicos y formación en higiene, limpieza, orden y cultura como de las charlas político-sociales sobre el Movimiento, la Falange y el caudillo. El control exhaustivo sobre sus vidas y sus familias también terminó por extenderse al ámbito religioso. Datos como si los padres del niño se encontraban casados por la Iglesia, si se encontraba bautizado y si había recibido los sacramentos que correspondiesen eran tan relevantes como conocer si habían participado en actividades marxistas. De esta manera, el sacerdote actuaba como asesor espiritual de la familia y promovía la internación del menor en los hogares de Auxilio Social, así como realizar los bautizos, preparar la comunión o para el matrimonio católico (Cenarro, 2006). Esto era fundamental porque se creía que la situación social de España había sido causada por la mala educación que los niños habían recibido durante la Segunda República, que los había alejado de los valores católicos españoles y los habían reemplazado por el comunismo (Jiménez, Ruiz y Castellanos, 2002: 208). Esa era la razón por la que muchas veces la solicitud de ingreso a los hogares no provenía de las familias de los niños, sino de iniciativas públicas que sustraían a los niños de las familias cuyo comportamiento moral no fuera aceptable para el régimen. Sin constituir hechos aislados, las madres de estos niños podían encontrarse en prisión o sus familias habían apoyado a la República, por lo que no tenían capacidad de reacción en el escenario amenazante de la posguerra. De este modo, los niños eran separados de ellas y terminaban en los hogares de Auxilio Social como parte de un proyecto de reeducación masiva con fines políticos. Los niños perdidos del franquismo, como los denominó Ricard Vinyes (2002), muchas veces fueron entregados a otras familias mejor valoradas por el régimen y su paradero en el futuro fue inubicable (Roig, 2018).

Si las instituciones de Auxilio Social ponían los medios al alcance de los niños y de sus familias para que se redimieran, entonces el acatamiento de la norma que se dictaba desde ellas era lo que permitía distinguir entre quienes podían integrarse a formar parte de la Nueva España o eran irrecuperables, por lo que dependía exclusivamente de los asistidos alcanzar la redención. Si se analiza esta lógica, es posible afirmar que los mecanismos de actuación de Auxilio Social eran similares a los que regían el sistema penitenciario del franquismo, en el que la subordinación y el control espiritual eran los únicos caminos como redención para volver a formar parte del cuerpo nacional (Cenarro, 2006: 140-143). En consecuencia, las soluciones asistenciales y médicas y el adoctrinamiento de Auxilio Social fueran guiadas por una perspectiva eugenésica de tipo lamarckiana toda vez que el régimen rechazó el determinismo biológico para permitirle a la Iglesia, la pedagogía y la psiquiatría "atraer a los descarriados izquierdistas a ese recto camino de la fe cristiana" (Cayuela, 2014: 124). Fueron las fichas sociales y religiosas facilitadas por el Cuerpo de Visitadoras Sociales creado en 1939 al alero de la Oficina de Información Social del Auxilio Social lo que otorgó a las mujeres de la entidad un amplio poder de decisión respecto al destino de la infancia institucionalizada. Estas visitadoras

recolectaban información a través de las visitas a domicilio y los barrios más vulnerables, la que luego era analizada para determinar el tipo de intervención asistencial que se haría a las familias. Por lo tanto, al mismo tiempo que se entregaban ayudas y socorro, se ejercía un control social exhaustivo sobre la población y sus comportamientos. Tal como lo plantea Pedro Carasa, "los falangistas renunciaron a la dimensión individualista de los liberales, pero no abandonaron el control individualizado que aquéllos aprendieron a practicar por medio de los censos y las juntas parroquiales de la beneficencia domiciliaria" (1997: 130). Y esto, como veremos más adelante, también fue claro en la labor de la Sección Femenina en el mundo rural.

8.1.4 Organización de la sanidad maternal e infantil en la ruralidad española

Según el administrador de los Servicios Centrales de Higiene Infantil en 1950, Enrique Bravo Sánchez, estas instituciones dependían de la Dirección General de Sanidad, la que a su vez respondía al Ministerio de la Gobernación. Representaba una continuación de los servicios creados en 1931 durante el período republicano, pero ampliados por la Ley de Sanidad Infantil y Maternal de 1941 (1950: 5). Sus funciones se dividían en ocho departamentos. Primero, el de Puericultura, que debía organizar y dirigir las labores dispensariales, las Clínicas de lactantes y los Hospitales infantiles. Segundo, el de Maternología, que era responsable de los Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia establecidos en las zonas rurales de mayor interés sanitario según sus circunstancias geográficas, estratégicas o agrícolas, y cuyo mayor objetivo era la reducción de la mortalidad infantil en la población que habitaba estas áreas. Para ello cada uno de estos centros de urgencia disponía de diez camas para las madres e instalaciones completas de quirófano, sala de partos, laboratorio y esterilización. De este modo, ambos departamentos debían crear estadísticas de las atenciones realizadas.

En tercer lugar, se encontraba el departamento que gestionaba las Escuelas de Puericultura, encargado de nombrar al profesorado, reajustar sus planes de enseñanza y expedir los títulos y diplomas del personal sanitario correspondiente a "Médico Puericultor y los grados femeninos de Enfermera, Maestra y Matrona Puericultora y Puericultora diplomada"[250]. En cuarta posición estaban los departamentos administrativos responsables de llevar a cabo la gestión económica e instalación de todos los Servicios de Sanidad Infantil y Maternal y la aplicación de los presupuestos determinados por el Estado para dicho fin. En una quinta instancia, existía la división de Personal que gestionaba las plantillas, los concursos, los destinos y nombramientos de los médicos puericultores del Estado, los puericultores ayudantes, los maternólogos del Estado, los maternólogos ayudantes, las enfermeras puericultoras y las matronas auxiliares. El sexto correspondía a la sección de Campañas contra las enfermedades infecciosas que ocasionaban la mortalidad infantil, en especial las de vacunación a los infantes.

[250] En ello destaca la feminización de las profesiones destinadas a auxiliar, colaborar y complementar la tarea del médico como profesional masculino, lo que creaba una jerarquía de subordinación entre mujeres y hombres en relación con sus aspiraciones laborales (Ruiz Berdún, 2019).

La urgente necesidad de aprendizaje que se consideraba necesitaban las madres sobre la manera correcta de criar a sus hijos justificaba la existencia de la octava unidad dentro de los Servicios Centrales, destinado a la Propaganda. Correspondía a ésta la publicación continua de la colección *Al servicio de España y del Niño español*, que recogía trabajos de divulgación sanitario-social sobre la problemática materno-infantil y eran escritos por médicos puericultores. También publicaba una hoja informativa mensual que sintetizaba las noticias e informaciones más destacadas. Asimismo, concentraba sus esfuerzos en la creación de carteles murales de propaganda, hojas volantes de divulgación y cursos radiofónicos de vulgarización, además de la enseñanza de la puericultura a las madres lactantes en los dispensarios de todo el territorio español, a quienes se les hacía entrega de un Diploma de Madre Ejemplar. Y por último, en octavo lugar se encontraba el departamento de Servicio Exterior, el que mantenía relación con otros organismos externos a los Servicios Centrales de Higiene Infantil, como eran la beneficencia general provincial y municipal, el Consejo Superior de Protección de Menores y Juntas Provinciales, organizaciones de asistencia infantil y maternal creadas por el Seguro Obligatorio de Enfermedad, la Obra de Auxilio Social, las actividades sanitarias de la Sección Femenina y el intercambio científico con el extranjero.

Tabla Nº 9: Resumen de las actividades de salud materno-infantil desarrolladas por instituciones dependientes del Servicio Exterior de los Servicios Centrales de Higiene Infantil en 1950

Beneficencia general Provincial Municipal	 46 inclusas 14 dispensarios de puericultura 60 dispensarios para niños enfermos y Gotas de leche
Consejo Superior de Protección de Menores y Juntas Provinciales	111 establecimientos infantiles: Casas cunas, Gotas de leche, dispensarios, guarderías y hogares infantiles
Organizaciones de asistencia infantil y maternal del SOE	8 Residencias maternales 185 ambulatorios de puericultura y pediatría 99 ambulatorios de maternología
Obra de Auxilio Social	33 Centros de maternología 8 Casas de maternidad 38 Comedores de madres gestantes y lactantes 165 Centros de Alimentación infantil (tipo Gota de leche) 2 Hogares Cuna (lactantes) 28 Hogares infantiles (entre 3 y 10 años) 60 Hogares escolares (entre 10 y 14 años) 15 Jardines maternales 22 Guarderías infantiles

	678 Comedores infantiles 1 Hogar-enfermería 3 Hogares antitracomatosos 1 Hogar antitricofítico 1 Sanatorio infantil antituberculoso
Actividades Sanitarias de la Sección Femenina	43 dispensarios de puericultura 4 estaciones preventoriales 51 Centros provinciales de Asistencia sanitaria infantil Campañas sanitarias (vacunación antidiftérica, visitas domiciliarias y campañas contra los trastornos nutritivos del lactante, divulgación sanitario-rural) 1 Cátedra ambulante

Fuente: Información extraída de Bravo Sánchez del Peral (1950: 6-7).

Todas estas actuaciones y normativas buscaban resolver el problema demográfico, es decir, la caída en los nacimientos y las altas cifras de mortalidad infantil. Era fundamental responder a la interrogante respecto al papel que la sanidad debía jugar frente a estas problemáticas y los puericultores estimaban que era urgente desarrollar un "programa totalitario de sanidad y asistencia social infantil" que contemplara el deber de ocuparse de la "sagrada defensa de la raza" (Bernabeu-Mestre, 2002: 127). En ese sentido, Enrique Álvarez Romero, Inspector Provincial de Sanidad de Santander, afirmaba con rotundidad que "la sanidad tiene que ser llevada a la práctica por todos y a pesar de todos, y por ello es preciso sea impuesta enérgicamente, única manera de que sean aceptados sus beneficios, incomprendido por la mayoría" (1939: 3). El mismo médico estaba convencido de que la mortalidad infantil en España era causada por la ignorancia de las mujeres y afirmaba que "no sólo desconocen, sino que no quieren aprender a criar a sus hijos (…) prefieren ser atendidas en el parto por cualquier mujer mal preparada, sin título o con él". Sin embargo, hay que aclarar que sus palabras se referían a "la mujer de la España que no volverá", es decir, a la mujer de la Segunda República porque ahora que gracias a Franco se pensaba por fin en serio en el bienestar de la Patria, las jóvenes de todas las provincias habían comenzado a acudir masivamente a los cursillos de puericultura (Álvarez Romero, 1939: 5).

La labor dispensarial se administraba aplicando un criterio territorial al momento de crear la institucionalidad sanitaria. Las capitales de provincia o en poblaciones que superaran los cien mil habitantes contaban con Servicios Terciarios, los ubicados en cabezas de partido judiciales tenían Servicios Secundarios y aquellos dispuestos en el mundo rural disponían de Servicios Primarios, donde a la vez existían los Centros Maternales de Urgencia, establecidos en poblaciones importantes que estuvieran ubicados al menos a 30 kilómetros de distancia de la capital provincial (Bravo Sánchez del Peral, 1954: 6).

Tabla Nº 10: Centros de sanidad provinciales, comarcales y rurales entre 1950 y 1960

	1950	1960
Servicios terciarios (provinciales)	62	52
Servicios secundarios (comarcales)	94	107
Centros Maternales (rurales)	67	81

Fuente: Información extraída de Bravo Sánchez (1950: 17-21) y Comité de Redacción (1961).

Como se puede apreciar en la tabla anterior, en el plazo de una década los Servicios Secundarios y los Centros Maternales de Urgencia aumentaron, al contrario de los Servicios Terciarios correspondientes a los centros urbanos más grandes en la provincia. De manera más específica, las provincias que experimentaron el aumento de sus Servicios provinciales de sanidad fueron Cádiz, Coruña, Oviedo, Pontevedra, Salamanca, Santa Cruz de Tenerife, Santander, Sevilla y Valencia. A la vez, disminuyeron en las provincias de Alicante, Almería, Madrid y Vizcaya. Por otra parte, y en relación con los Centros Maternales de Urgencia desplegados en el medio rural, sólo se redujeron en Málaga y Segovia. Sin embargo, se incrementaron notablemente en las localidades de Castellón, Ciudad Real, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Las Palmas, Madrid, Murcia, Santander, Sevilla y Valencia (Bravo Sánchez, 1950; Comité de Redacción, 1961). Con todo, es curioso que su distribución regional fuera muy irregular, específicamente porque apenas estaban presentes en las regiones de la mitad norte del país mientras que en el sur de España su densidad es notable (Lanero Táboas, 2021: 125).

El reglamento que regulaba los Centros Maternales de Urgencia declaraba en su capítulo tres que las madres que tenían derecho a acogerse a ellos eran todas aquellas cuyos embarazos estuvieran ya bajo observación y vigilancia del Servicio de Maternología. Por este motivo, era el jefe de este servicio el que sugería el internamiento en el centro apelando a razones sociales o médicas, mientras que el pago se determinaba analizando la documentación correspondiente a la mujer si es que se encontraba adscrita al SOE. El documento fijaba también un régimen de visitas familiares para la internada que podía ser suspendido si las circunstancias sanitarias lo requerían. Ahora bien, la ignorancia atribuida a las mujeres respecto a sus procesos biológicos durante el embarazo cobra relevancia en el texto de la normativa cuando se establece que ingresar al Centro implicaba "el total acatamiento y respeto a las reglas que fija este Reglamento o disposiciones de él derivadas, de cuyo incumplimiento serán personalmente responsables las interesadas, pudiéndose llegar a su externamiento" (Bravo Sánchez, 1952: 10). Esta disposición reflejaba el absoluto control que el personal sanitario buscaba tener sobre la madre como cuerpo reproductor para garantizar el nacimiento en buen estado de un niño, futuro hombre de la nación. Las madres debían obedecer las órdenes de los expertos. De este modo, en 1952 existían 72 Centros repartidos por 26 provincias en toda España, destacando en cantidad Córdoba (6), Jaén (8) y Sevilla (11) (Bravo Sánchez, 1952: 24-25).

En su afán regeneracionista, el régimen se mostraba dispuesto a olvidar todas las medidas republicanas que efectivamente habían reducido la mortalidad infantil durante ese período. El principal motivo era el rechazo al control de la natalidad que había desmoralizado a la familia española, tradicionalmente fecunda, por lo que reproducirse sin límites significaba cumplir con un deber cristiano (Bernabeu-Mestre, 2002). Incluso los puericultores contradecían las directrices neomalthusianas que desde las izquierdas se habían defendido sobre una mayor mortalidad infantil en las clases populares como exclusiva consecuencia de la miseria. Según el médico Antonio Arbelo Curbelo, el problema más grave era el desconocimiento de la puericultura que arrastraba hacia altas tasas de mortalidad infantil y, por lo tanto, no existía razón alguna para disminuir la natalidad en las familias más desfavorecidas (1944: 25). Por este motivo, se aseguraba con urgencia la necesidad de supervisar a las madres más humildes, en otras palabras, "la verdadera proletaria, puesto que es la que si no tiene más hijos, al menos cría más y llega a dar a la Patria más soldados, deseche prejuicios infundados y nutra los Dispensarios" (Álvarez Romero, 1939: 8).

Tabla Nº 11: Servicios prestados en los dispensarios de higiene infantil según ubicación urbana o rural en 1950 y 1960

	Dispensarios Provinciales		**Dispensarios Rurales (Pueblos)**	
	1950	**1960**	**1950**	**1960**
Consultas Prenatales	28.725	22.071	25.570	30.916
Atención Primera Infancia	307.047	301.649	221.994	150.465
Atención Preescolar	80.073	65.790	56.239	48.769

Fuente: Información extraída de Comité de Redacción (1951; 1961).

A lo largo de los años cincuenta, tanto en las provincias como en los pueblos en la ruralidad, las atenciones sanitarias a la primera infancia fueron mayoritarias, debido a la preocupación que existía en torno a la mortalidad infantil en los primeros años de vida de niños y niñas. Sin embargo, estos servicios fueron disminuyendo hacia el final de la década. Lo mismo ocurrió con la atención a la infancia preescolar. Aun así, aunque la atención a la infancia se redujo en el ámbito provincial y rural, las consultas prenatales sólo disminuyeron en las capitales de provincia. En los pueblos, en cambio, estas consultas se incrementaron casi en un 21%, a pesar del descenso que la tasa de mortalidad infantil había experimentado en los últimos años (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002b). Si en 1953 esta cifra era de 53,6 muertes por cada mil nacidos vivos, en 1960 había alcanzado los 35,56 (Comité de Redacción, 1961: 11).

Es posible que el aumento del control a las mujeres embarazadas se explicara a partir del incremento del éxodo rural que se vivía en esos años, por lo que acercar a la población rural la asistencia sanitaria a través de la consulta prenatal pudo significar un intento por retenerlas en los pueblos. Además, en 1959 se había realizado el Censo de Mujeres Campesinas por la Hermandad Sindical de Labradores y Ganaderos con la

colaboración de Sección Femenina. Este censo resultó ser mucho más preciso que el censo del Instituto Nacional de Estadística del año siguiente, sobre todo al contabilizar de manera efectiva la población femenina económicamente activa que realmente existía en la España interior por alcanzar hasta las zonas más recónditas del territorio. Los inicios de los años sesenta significaron un despegue económico para el régimen, lo que se tradujo en la necesidad de incrementar la mano de obra nacional y, en consecuencia, fue necesario matizar la postura oficial sobre el empleo femenino. De este modo, reconocer el aporte económico de las campesinas al país podía ser una alternativa para frenar su migración hacia las ciudades o, incluso, al extranjero (Ortega López y Cabana Iglesia, 2021).

El incremento de las consultas prenatales realizadas a mujeres se evidencia al examinar los lugares con mayor cantidad de atenciones en 1950 y en 1960. En el primer año, las cifras máximas se mantuvieron por debajo de las 2.000 consultas, con excepción de cuatro localidades: Lucena, Córdoba (2.117), Almansa (2.081), Villarrobledo (2.671) y Hellín (2.900), estas últimas tres en la provincia de Albacete. Al contrario, en 1960, estos valores mostraron un aumento significativo. Por ejemplo, Villarrobledo y Lucena alcanzaron 3.009 y 3.963 consultas respectivamente, mientras que Antequera (Málaga) registraba 3.452, lo que las situaba como las tres localidades en las que se reflejaba mayormente esta evolución (Comité de Redacción, 1951; 1961).

Las mujeres fueron llamadas a responder ante la problemática demográfica como principales responsables del descalabro poblacional. Y así como se las exhortaba a parir más niños para España, también se les encomendaban cuatro tareas imprescindibles para combatir la mortalidad infantil. Estos deberes eran criar al pecho a sus hijos mientras no hubiera razón justificada que lo impidiese, aprender y practicar las reglas de la puericultura, recurrir al médico siempre que su hijo presentara signos de enfermedad, especialmente en caso de las diarreas y, finalmente, vacunar a los niños contra la tuberculosis, la viruela, la difteria y la fiebre tifoidea (Bernabeu Mestre, 2002).

Dado el escenario sanitario de la posguerra, era crucial desplazar la atención del contexto social al comportamiento individual como causa del mismo porque no se podía admitir que quienes instauraron el régimen habían desencadenado la guerra civil a partir del golpe de Estado de julio de 1936. En esa dirección, se atribuyó la responsabilidad a las mujeres como madres de la alta mortalidad infantil, pero a través de diferentes maneras. De esta manera, se acusaba a las mujeres de los sectores populares de tener comportamientos y costumbres antihigiénicas mientras que a las mujeres de clase acomodada se les recriminaba su proceder errado de manera indirecta a partir de su estilo de vida social (Jiménez, Ruiz y Castellanos, 2002: 208-209).

Como afirma Josep Bernabeu-Mestre (2002), el programa totalitario de sanidad y asistencia social, incluyendo las actividades de difusión y propaganda, impulsado por las instituciones oficiales sanitarias del franquismo y de instancias de carácter político como la Delegación Nacional de la Sección Femenina, tenía por objetivo último la defensa de la "raza hispana" y buscaba a través de la puericultura reducir la mortalidad y aumentar la natalidad. Por ello se consideraba de vital importancia la divulgación de conocimientos y

de educación a las madres que se suponía ignorantes sobre los principios básicos de la higiene y sus deberes reproductivos, lo que sólo fue posible de llevar a cabo desde la imposición y el control ideológico facilitados por la ausencia de libertades y el contexto de represión política y social instaurado durante la posguerra.

Por esta razón, las visitas domiciliarias fueron cruciales para el régimen para supervisar a las madres. El tratamiento individual significaba identificarlas como la causa de los males que aquejaban a la población infantil. Por este motivo, el desplazamiento del personal sanitario femenino a las viviendas de las mujeres tanto en el ámbito urbano como en el rural establecía una dinámica de vigilancia de los comportamientos y pautas, higiénicas y morales, que las madres debían seguir. Se les entregaban indicaciones preventivas por medio de la observación y la práctica, además de explicarles las razones que justificaban su importancia para la buena salud de la infancia y así originar en las madres interés en la materia. En estas visitas, instructoras sanitarias, enfermeras o las divulgadoras socio-sanitarias de Sección Femenina, como se verá, cumplían no sólo un papel sanitario, sino también divulgador de la higiene con el objetivo de erradicar prejuicios y prácticas nocivas en relación con el embarazo y la crianza (Palacio Lis, 2003a). Miles de visitas domiciliarias fueron llevadas a cabo para completar esta misión, como se visualiza en la siguiente tabla.

Tabla Nº 12: Visitas Domiciliarias efectuadas por Instructoras Sanitarias en los Centros Rurales en 1950 y 1960

1950			1960		
Prenatal	**Postnatal**	**Total**	**Prenatal**	**Postnatal**	**Total**
5.117	34.889	40.006	9.320	32.034	41.354

Fuente: Información extraída de Comité de Redacción (1951; 1961).

Entre 1950 y 1960, se produjo un aumento en las visitas domiciliarias, aunque un análisis de sus propósitos revela variaciones significativas. En este contexto, si bien las visitas postnatales mantuvieron una predominancia a lo largo de la década, su frecuencia disminuyó hacia 1960. En contraste, las visitas prenatales casi duplicaron su número en comparación con 1950, lo que contribuyó al incremento general de las inspecciones. A un nivel más específico, los pueblos que registraron un mayor número de visitas prenatales a principios de los años cincuenta fueron Cieza (Murcia), con 609 visitas; Salvatierra de Barros (Badajoz), con 392 y Almansa (Albacete), con 377. Para finales de la década, Cieza alcanzó las 1.008 visitas, casi duplicando su cifra inicial, mientras que Villarrobledo (Albacete) destacó con 1.108 visitas.

Además de la vigilancia que implicaban las visitas domiciliarias por parte las instructoras sanitarias, éstas podían significar la única atención en materias de salud que recibían las madres y la infancia del mundo rural de manera continua. En los partidos médicos cuya población vivía dispersa, el médico tenía a su cargo la asistencia de varios pueblos, por lo que la mayoría de las veces recorría a caballo las distancias para atender a

todo paciente que lo necesitara. Pero en muchos lugares las plazas de médicos titulares en algunos pueblos nunca llegaron a cubrirse, sobre todo porque los presupuestos y su calidad de vida en aquellos lugares no resultaba atractiva (Comelles, et. al., 2020).

8.1.5 Asistencia sanitaria rural durante el desarrollismo franquista

Aunque se había estimado que para 1960 el 60% de la población estaría protegida por el SOE, la verdad es que apenas sobrepasó el 40%. Lo que sí fue evidente para muchos médicos fue el cambio de su propio estatus entre sus pacientes. Aunque en primera instancia esto no fue perceptible en el mundo rural por la baja afiliación al SOE de sus habitantes –lo que comenzaría a cambiar a partir de 1959–, los médicos advirtieron que los enfermos y su entorno ya no podían ser considerados como actores pasivos como había sido en las décadas anteriores, cuando el médico era visto como un "apóstol de la ciencia". En otras palabras, la pertenencia obligatoria al Seguro había otorgado una confianza a los asegurados que les convirtió en defensores de sus derechos, lo que fue interpretado por los médicos como la pérdida del respeto y la confianza de la población. Incluso, algunos rechazaban la mayor accesibilidad a especialistas, laboratorios, servicios de radiología e instituciones asistenciales porque mermaría el modelo de asistencia rural y, en consecuencia, el médico de cabecera perdería poder (Comelles, et. al., 2020). El gobierno tecnócrata impulsó una política que propició la construcción de instalaciones hospitalarias frente al nuevo escenario demográfico español, caracterizado por la reducción de la mortalidad y el aumento de la tasa de natalidad, lo que hizo que la población aumentara de treinta a treinta y tres millones a lo largo de los años sesenta (Alemany, 2016). De todos modos, era un proceso inevitable toda vez que el SOE había preparado la medicalización del Estado al facilitar la atención sanitaria, incorporar progresivamente nuevos medios diagnósticos y terapéuticos y promover una imagen positiva del hospital a través de la proliferación de residencias provinciales (Vilar-Rodríguez y Pons-Pons, 2018). Este último punto era relevante para algunos médicos que interpretaban la construcción de residencias sanitarias como el anticipo de la desaparición de los hospitales de beneficencia (Lanero Táboas, 2021). Sin embargo, con la extensión de la cobertura asistencial a prácticamente la totalidad de la población trabajadora –de 29% en 1953 a 72% en 1968–, había que crear un gran dispositivo sanitario que respondiera a la alta demanda, así como una red propia de centros y establecimientos sanitarios (Alemany, 2016).

Una vez que el Ministerio del Trabajo anunció la creación de la Mutualidad de Previsión Agraria en 1959, la alarma cundió entre los médicos que se oponían a la extensión del SOE a los trabajadores agrícolas sin revisar los salarios y remuneraciones que recibirían. Otros consideraban que los problemas de la sanidad rural no debían reducirse a una cuestión salarial, sino que se debía abordar su complejidad. El tránsito de un modelo sanitario basado en la beneficencia y en la medicina liberal, pública y privada, hacia uno colectivizado dejaba entrever que la organización de la sanidad en los pueblos era anticuada y no correspondía a los tiempos que se vivían durante los años sesenta (Alemany, 2016; Comelles, et. al, 2020). Por lo general, los médicos consideraban la medicina social como un progreso indiscutible, pero reconocían que su implantación

contribuía aún más a desmantelar sus ya modestas posiciones económicas porque, incluso antes de la llegada de la seguridad social al mundo agrario, ya vislumbraban esta situación toda vez que la emigración estaba despoblando las localidades rurales. Definitivamente, su estatus de médicos generalistas perdía relevancia mientras crecía la demanda y el prestigio de la asistencia especializada y hospitalaria (Comelles, et. al., 2020). En esa dirección, el régimen franquista vio a los médicos con recelo al considerarlos liberales y poco partidarios de integrarse en un sistema colectivo de trabajo cuando el Estado buscaba precisamente incorporarlos como asalariados al sistema de seguridad social (Alemany, 2016).

Para algunas madres en el mundo rural, "los médicos de toda la vida" eran muy valorados en sus comunidades. Eulogia, una mujer oriunda de A Valenza, en la provincia de Ourense, y que tuvo a sus tres hijos en los años sesenta, estaba muy satisfecha con el médico que les controlaba la salud en el pueblo. Contaba en su relato que en A Valenza había un médico que "era el gallego de todo… de todo Ourense, de todos los pueblos de alrededor. Nunca cobraba, pero era echarte el ojo y ya sabía lo que tenías"[251]. Agregaba que este médico tenía también una farmacia y una hermana que era farmacéutica, y por eso tenía acceso a medicamentos que recetaba a sus pacientes. Muchas veces no cobraba por ellos, y entregaba los fármacos a quienes incluso no podían pagarlos. Sin embargo, Eulogia destacaba que, al ser buen médico, era muy estricto con el cuidado de la infancia. En su comentario, es posible identificar la intolerancia del médico con las mujeres que no seguían sus instrucciones:

> "En una ocasión, salí yo… entré yo a la consulta y ¡estaba enfadadísimo! Ese hombre nunca se enfadó por nada. Y yo le dije "pero qué es lo que pasa" y dice "¡qué le voy a pasar, mujer, qué me va a pasar! Esta señora viene aquí ocho días, le di antibióticos pa' que pusiera a la niña y ahora me dice que le hicieron falta para comer y los vendió!". ¡Estaba…! Y ya venía ya… dice "no sé si pasará de esta noche". Y eso a él lo… dice "¡comer se come cualquier cosa, pero al niño había que salvarlo!" y no creo que lo salvara… después ya no le pregunté más porque se enfadaba mucho cuando era una cosa de ésas (…) Los pequeños a él… él era soltero, pero los niños le ¡ufff!... y si veía que no les cuidábamos, eso, eso para él era… porque él procuraba que… él les daba de todo, todo lo que tuviera él, ¿no?"[252].

En Otero de Herreros, un pueblo de la provincia de Segovia, la desobediencia hacia los médicos también es reconocida por Purificación. Ella afirmaba que a Teodoro, el médico del pueblo, no le gustaba que las mujeres o las familias mezclaran la atención médica con la atención de la curandera del pueblo, por lo que, en caso de recurrir a ella, debían hacerlo bajo acuerdo para que él no se enterara. María la Gaitera, como la llamaban, era la curandera y también la partera del pueblo. Purificación decía que "tenía muchos

[251] Eulogia (06 de julio de 2023). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. A Valenza, provincia de Ourense, Galicia [Grabación en dispositivo móvil].
[252] Eulogia, A Valenza, Ourense, Galicia.

ungüentos, que parece que los estoy viendo, en la pérgola de la chimenea, muchos frascos, con ungüentos. Te daba… yo no sé qué hacía, pero salíamos nuevos de ahí"[253].

Según María José Almany (2016), dos actuaciones importantes se promulgaron en España para desarrollar un Sistema Nacional de Salud. La primera fue la Ley de Hospitales de 1962, cuyo propósito consistió en modernizar la estructura hospitalaria para facilitar la transición desde un sistema benéfico a un modelo asistencial hospitalario basado en los principios de la gestión empresarial. De este modo, se buscaba abandonar progresivamente la beneficencia y reemplazar las instalaciones hospitalarias ya existentes, a menudo insuficientes y deterioradas, que operaban de manera descoordinada. En ese sentido, se reconocía que ni el sector privado ni la beneficencia estaban en condiciones de asumir esta tarea, lo que hacía fundamental que el cambio se realizara desde la Seguridad Social. Y la segunda fue la Ley sobre Bases de la Seguridad Social de 1963 que tenía la finalidad de implantar un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación y que universalizara los seguros sociales a toda la población activa. A ella se opusieron fuertemente las compañías de seguros privados porque la normativa las excluía al negar el ánimo de lucro. Por ejemplo, Purificación y su marido no estaban cubiertos por la Ley de Seguridad Social cuando nació su primer hijo en 1969. Él era obrero en el pueblo y autónomo, por lo que tenían un seguro médico de la Unión Previsora, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros. Según su relato, todos los controles de embarazo y los partos de sus cuatro hijos –el primero falleció a los dos meses de vida por diarreas– fueron en la Clínica de la Unión Previsora, ubicada en Segovia capital. La sorpresa fue cuando tras el primer parto de Purificación, el médico les cobró quinientas pesetas por atenderla: "es que eso de los partos, aunque era en la clínica, te entraba la sociedad esa [el seguro privado] te entraba si tenían que hacerte la cesárea, no costaba nada, pero si era parto natural, tenías que pagar"[254].

A mediados de los años sesenta, ya se habían construido medio centenar de Residencias Sanitarias y unos cuatrocientos ambulatorios, lo que requirió un aumento significativo de asistentes técnico-sanitarios (ATS) para cubrir las necesidades de estos nuevos centros. Para responder a esta demanda, se implementó un importante esfuerzo educativo destinado a ampliar las plazas de formación de asistentes técnico-sanitarias –una profesión predominantemente femenina en aquella época– e incluso algunos grandes complejos hospitalarios establecieron sus propias escuelas. Dado que la función de estas profesionales era auxiliar en actividades médicas con un alto componente tecnológico, favorecido por las innovaciones de la época en la materia, la expansión de esta profesión contribuyó a la secularización del personal sanitario. Si bien en un principio algunas instituciones religiosas abrieron escuelas para formar auxiliares sanitarios, pronto las

[253] Purificación (11 de junio de 2024). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Otero de Herreros, provincia de Segovia, Castilla y León [Grabación en dispositivo móvil].
[254] Purificación, Otero de Herreros, provincia de Segovia, Castilla y León.

universidades absorberían a este alumnado al sustituir el título de ATS por el de Diplomado Universitario de Enfermería en 1977. De esta manera, el paulatino reemplazo del personal religioso, históricamente encargado de la atención en los centros de salud, por asistentes técnico-sanitarias fue clave en el proceso de profesionalización de la enfermería (Siles, 1999; León-Sanz, 2020).

Ahora bien, la medicina rural estuvo ausente dentro de los estudios y programas creados que valoraban los cambios sociales que acontecían en España. Así, el I Plan de Desarrollo Económico y Social (1963-1967) apenas abordó este ámbito porque si bien se extendió sobre las enfermedades infecciosas y la importancia del saneamiento, no ahondó en la localización de los centros rurales y su insuficiencia (Comelles, et. al., 2020). Es probable que este cambio se explique por la promulgación de la Ley de Coordinación Hospitalaria de 1962, la que impulsó la incorporación de criterios modernos en la atención hospitalaria en España para alinearla con los estándares europeos. Además, en 1963, la reforma de la Función Pública eliminó las Mancomunidades Sanitarias, creadas durante la Segunda República, y las integró en las Jefaturas Provinciales de Sanidad. Con ello, se consolidó tanto el desmantelamiento de la estructura institucional de ámbito subcomarcal y comarcal establecida por la República para descentralizar el acceso a la sanidad, como la dependencia directa de la Dirección General de Sanidad, todo al mismo tiempo que el SOE establecía su propia organización y priorizaba las inversiones en sus hospitales (Marset, Sáez y Martínez, 1995).

Algo cambió en el II Plan de Desarrollo Económico y Social (1968-1971) que reconocía la problemática de la medicina rural en sus aspectos carentes de infraestructura y condiciones ambientales específicas más que limitarla exclusivamente a una temática de retribuciones económicas para los médicos. Posteriormente, el III Plan de Desarrollo (1972-1976) reconoció la insuficiencia de la infraestructura sanitaria rural al admitir que la población no tenía el acceso satisfactorio ni la asistencia cotidiana que requería, así como la inexistencia de exámenes complementarios. A su vez, aceptaba que la jerarquización impuesta por el SOE transparentaba el desfase del sistema compuesto por médicos titulares y partidos médicos en el medio rural, ya que el primero incluía la hospitalización médica. Por esta razón, los médicos consideraban mucho más atractivas las ofertas laborales en el medio urbano y en los hospitales porque en la ruralidad carecían de instalaciones para cumplir con su trabajo. Frente a este panorama, el III Plan proponía la creación de equipos de salud rurales en las comarcas que fueran coordinados por instancias superiores de atención sanitaria. Aún contando con estos antecedentes, el IV Plan Nacional de Desarrollo reveló que persistía el conflicto entre el Estado y los médicos al evidenciar que las plazas de médicos titulares en el mundo rural no se encontraban del todo cubiertas. Además, los médicos continuaban denunciando que la formación en las facultades universitarias de medicina se centraba en el ejercicio profesional rigurosamente tecnificado, especializado y limitativamente hospitalario, lo que no apuntaba a la preparación de los médicos de familia y mucho menos a quienes fueran a zonas rurales o semiurbanas (Comelles, et. al., 2020: 106-108).

En líneas generales, entre 1963 y 1970 disminuyó claramente tanto el número de hospitales locales como el de camas disponibles en el medio rural, lo que se condice con el proceso de sustitución de un modelo de asistencia sanitaria basado en la beneficencia y en la medicina liberal por otro socializado. La incorporación gradual de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas y la promoción de las residencias sanitarias como un nuevo modelo de hospital se vinculaba directamente con el aumento de la población en el ámbito urbano y no hubiera sido posible sin la ampliación de la cobertura del SOE a los habitantes de la ruralidad. Aun así, los hospitales locales y provinciales representaban en 1963 el 17% de los centros hospitalarios del territorio español y constituían casi un tercio de las camas de hospital. No obstante, se redujeron considerablemente el número de hospitales y de camas disponibles en el mundo rural, lo que fue evidente en los hospitales públicos municipales y en las camas destinadas a medicina general. Respecto a la beneficencia privada controlada por la Iglesia católica, la disminución de centros sanitarios y de camas también experimentó un suave descenso. Al contrario, y frente a esta ausencia, fue la medicina privada la que se vio reforzada en el medio rural al encontrar un mercado basado en las pequeñas clínicas quirúrgicas y maternidades. Y aunque la construcción de nuevos establecimientos sanitarios en la España rural durante el primer franquismo no fue generalizada, sino episódica, igualmente existió una red pública de maternidades y centros de atención pediátrica como los Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia, aunque distribuidos de forma irregular por el territorio del país (Lanero Táboas, 2021).

8.2 La salud materno-infantil en el ámbito rural durante la dictadura de Pinochet

8.2.1 El sistema de salud chileno como una de las “Siete Modernizaciones”

La instalación de la Junta Militar tras el golpe de Estado aquel 11 de septiembre de 1973 cambió radicalmente la relación que existía entre el Estado y la población. A partir del régimen de terror implementado por las autoridades caracterizado por ejecuciones y desapariciones de personas –sobre todo de políticos de izquierda y líderes de organizaciones sociales– para ejercer un completo control de la sociedad civil, se impuso una nueva visión económica que revirtió la nacionalización de las industrias y la reforma agraria (Larraín y Vergara, 2001; Almonacid Zapata, 2017). Esta nueva teoría económica fue liderada por los denominados “Chicago Boys”, un grupo de economistas que se habían formado en la Escuela de Economía de la Universidad de Chicago con el profesor Milton Friedman. Su propuesta, el neoliberalismo, apostaba por un capitalismo sin control de precios ni regulaciones junto a grandes recortes del gasto público en políticas sociales, acciones que permitirían incrementar la productividad de Chile y sus competencias en el mercado internacional. Estas arriesgadas transformaciones en la economía y el Estado chileno sólo fueron posibles debido al estado de caos, confusión y miedo en el que se encontraba sumida la sociedad como resultado de la represión sistemática del régimen y no por su popularidad. A ello se le sumó la prohibición de los partidos políticos, el cierre del Congreso Nacional, la censura en los medios de comunicación y la imposición de la ley marcial (Garretón, 1983). A este mecanismo de acción la periodista Naomi Klein lo ha llamado «la doctrina del shock» (2007).

La Junta Militar planteó como objetivo de su política social la eliminación de la extrema pobreza y, para lograrlo, retiró las funciones de redistribución económica que el Estado había desempeñado a lo largo del siglo XX. Según su argumento, la intervención estatal había agravado las desigualdades sociales al favorecer principalmente a los sectores medios y a los trabajadores asalariados de las áreas económicas más dinámicas. Sin embargo, estos esfuerzos no lograron llegar a las clases más vulnerables de la población, conformadas en gran medida por personas desempleadas, sin estabilidad laboral, trabajadores autónomos y asalariados del sector informal, quienes permanecían fuera del alcance de los sistemas de distribución habituales. De este modo, el régimen determinó que la distribución del ingreso no debía depender de la intervención del Estado, sino del crecimiento económico generado por el libre mercado, lo que permitiría que el "efecto derrame" beneficiara a los grupos sociales más desfavorecidos. En esta línea, el Estado debía renunciar a su papel como promotor de movilidad social y reducir el gasto público, a fin de evitar que los recursos fueran asignados a sectores con menor necesidad. Así, sólo se diseñarían políticas selectivas dirigidas a aquellos sectores de la población incapaces de cubrir sus necesidades básicas por cuenta propia (Vergara, 1990).

Estos cambios marcaron una ruptura con el Estado Asistencial vigente en Chile desde 1925, el que se caracterizaba por una tradición centralista y un fuerte compromiso social. Con la adopción del modelo neoliberal, se inició un proceso de mercantilización de los derechos sociales que reconfiguró el papel del Estado. La reducción de su intervencionismo otorgó al Estado una labor exclusivamente subsidiaria en la provisión de servicios sociales y abrió el camino para una mayor participación privada, lo que transformó la concepción de las responsabilidades en torno a la protección social y estableció un nuevo marco de relaciones entre el Estado, el mercado, las familias y los individuos (Cubillos, 2019).

Con el repliegue del aparato estatal y la implementación de una nueva institucionalidad completamente regida por las leyes del mercado competitivo, los individuos adquirirían, en primer lugar, el derecho de elegir en el mercado los bienes y servicios básicos que necesitaran, sin restricciones de las burocracias estatales. En segundo lugar, obtendrían igualdad de oportunidades, alcanzable únicamente bajo la regulación del mercado en el acceso a las prestaciones sociales. Al establecer una igualdad en el mercado, ninguna persona podría ser discriminada por atributos personales o recursos de poder, permitiendo que sólo el mercado promoviera una distribución equitativa de las oportunidades. Para el régimen era importante asegurar la libertad y la igualdad de oportunidades en la sociedad, pero reconocía que toda la población debía tener acceso a un nivel mínimo de necesidades básicas como alimentación, salud y vivienda. Sin satisfacer estas necesidades, las personas en situación de extrema pobreza no podían participar en el mercado ni ejercer su libertad, lo que impedía una verdadera igualdad de oportunidades. Era en este escenario en el que estaba permitida la intervención activa del Estado como agente subsidiario para erradicar la miseria y asegurar el acceso a bienes y servicios esenciales. Una vez alcanzado este objetivo, las desigualdades restantes serían atribuidas a los méritos individuales de acuerdo con una institucionalidad social subordinada a las

leyes del mercado competitivo. Por esta razón, se impulsó un ambicioso plan de reformas, las "modernizaciones sociales", que incorporaron al mercado el área social a través de la creación de un sistema privado de servicios sociales para los sectores de más altos ingresos. De este modo, las atenciones que recibe el usuario sería directamente proporcional a su aportación económica. Por lo tanto, quienes tuvieran el poder adquisitivo suficiente, podían financiar con sus propios medios las atenciones sociales que antes recibían del Estado (Vergara, 1990).

En consecuencia, José Piñera, Ministro de Trabajo y Previsión Social, puso en marcha su Plan de Siete Modernizaciones en 1979, en el que el primer sector a intervenir sería el sistema sanitario (Cubillos, 2019). Las reformas neoliberales que comenzaron tras el golpe de Estado de 1973 no se limitaron al sistema de salud nacional, sino que también involucraron al sistema de pensiones, a la educación y a la industria nacional, en los que se impulsaron privatizaciones. En el ámbito sanitario, el Ministro de salud entre 1973 y 1974 y miembro de la Fuerza Aérea de Chile, el médico Alberto Spoerer declaró que la asistencia sanitaria no se otorgaría a la población, sino que las personas debían obtenerla (Scarpaci, 1987: 553).

La introducción de las reglas del mercado en el sector salud se hizo a través de dos cambios en la estructura y administración del sistema sanitario. Primero, a partir de 1980, el Servicio Nacional de Salud se descentralizó en 27 autoridades territoriales sanitarias, las que asumieron la responsabilidad de la atención hospitalaria, mientras que la atención primaria de salud se transfirió a los municipios (Unger et. al., 2008). Fueron estos organismos los que administraron los presupuestos de salud que les enviaba el gobierno central, lo que les otorgó únicamente una autonomía fiscal. La descentralización cambió radicalmente la práctica médica y comprometió la calidad de la atención. Esto significó que los pacientes se enfrentaran a condiciones terribles en los centros de salud locales dado que los incentivos para prestar atención sanitaria primaria con un presupuesto fijo recayeron en las municipalidades y los administradores de estos centros. Frente a este escenario, los llamados consultorios de salud comenzaron a recibir reembolsos por cada servicio prestado y, por lo tanto, comenzaron a fomentar servicios innecesarios para cubrir los recursos de todo el mes. Se podían lograr ahorros entre estos centros sanitarios, administradas por el Servicio Nacional de Salud, y así lograr un superávit a fin de año. De este modo, ese dinero se canalizaba nuevamente a los consultorios para concretar proyectos de mejoras de capital y la compra de equipos tecnológicos. El sistema era corrupto, por lo que los médicos incentivaron procedimientos innecesarios en algunos pacientes mientras que a otros se les enviaba de regreso a sus hogares sin ningún tratamiento (Miranda, Scarpaci e Irarrázaval, 1995; Pieper Mooney, 2009).

Y, en segundo lugar, en 1981 fueron creadas las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), seguros privados inspirados en el modelo estadounidense que gestionan las cotizaciones obligatorias de un segmento de la población y proponen planes de cotización más altos (Cubillos, 2019). Las ISAPRES ofrecían hasta ocho mil planes de salud individuales diferentes, los que eran diseñados según criterios de sexo, edad, riesgo

sanitario, primas complementarias y copagos (Unger et. al., 2008). Así, encarnaban el espíritu del libre mercado al permitir a los consumidores seleccionar planes médicos prepagos en función de sus preferencias, características demográficas y necesidades médicas. Además, las compañías aseguradoras adscritas a ISAPRES compraban la mayoría de los servicios sanitarias al sector privado, lo que lo fortaleció enormemente (Miranda, Scarpaci e Irarrázaval, 1995). De esta forma, el principio de libre elección, la descentralización de la administración y de la provisión de servicios, sumado a la creación de instituciones privadas que tuvieran un rol de colectores y prestadores, constituyeron los pilares de la competitividad económica (Cubillos, 2019). No obstante, aunque el régimen confiaba en que los seguros privados de salud se consolidaran como la principal alternativa para la población chilena, la meta de incorporar a cerca de un millón de personas en estos planes para 1984 no se logró. Esa cifra sería sólo superada al inicio de los años noventa, cuando la dictadura de Pinochet ya había terminado y Chile iniciaba una nueva etapa democrática. La demanda de seguros privados provenía particularmente de las clases sociales más altas, y si se considera la crisis económica de 1982, se explica que para 1983 menos del 2% de la población chilena perteneciera a una ISAPRE (Miranda, Scarpaci e Irarrázaval, 1995).

Aunque el régimen priorizara la privatización del ámbito sanitario, debía asegurar que existieran servicios de salud en el sector público y para ello creó en 1979 el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este organismo público, que junto a las ISAPRES perdura hasta la actualidad, tenía por objetivo recaudar y gestionar las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que elegían permanecer en el sistema de salud público o que no podían permitirse contratar un plan de seguro con una ISAPRE. Sin embargo, no significaba que la atención fuera gratuita por no ser privada, por lo que FONASA reconocía cuatro categorías de personas aseguradas. El fondo A estaba destinado a las personas indigentes, el fondo B para personas con ingresos muy bajos, el fondo C estaba integrado por quienes contaran con ingresos medios-bajos y el fondo D por aquellos cuyos ingresos fueran medios-altos. De todos estos grupos, únicamente la categoría A debía atenderse con exclusividad en el sistema público de salud, ya fuera atención primaria o especializada. Diferente situación para las tres categorías restantes, quienes podían elegir la provisión de servicios sanitarios privados, aunque con distintos niveles de copago (Unger et. al., 2008).

Por lo tanto, el régimen aceleró paulatinamente la privatización del sector sanitario mientras que intentó ofrecer con las mismas estructuras existentes atención de salud a los sectores de extrema pobreza. De este modo, declaró que el compromiso del Estado sería entregar salud gratuita a todo aquel que realmente lo necesite, pero que quienes tuvieran como costeársela –es decir, no estuvieran excluidos del mercado– lo deberían hacer mediante la medicina privada. En otras palabras, el gobierno garantizaría la atención sanitaria a un sector de la población sin que eso significara un mayor gasto fiscal. Para ello, el régimen estableció dos ejes que delimitaron la acción del Estado en esta área. La primera medida fue limitar la cobertura sanitaria destinada a los sectores más pobres de la población en base a una medicina muy simple, aunque eso significara el retroceso de la medicina en sus aspectos más caros y sofisticados. Y la segunda consistió en retirar la

responsabilidad del Estado del nivel primario de atención y trasladar la mayor especialización a prioridades secundarias. Todos estos importantes cambios se sumaban a la escasez de recursos básicos, la restricción salarial del personal sanitario y el no pago de horas extras de trabajo, lo que significó el deterioro de la calidad de la atención. En síntesis, el objetivo del régimen era el desmantelamiento y la desaparición del Servicio Nacional de Salud como había existido desde 1952 a medida que fuera posible establecer alternativas privadas para su reemplazo (Salinas y Tetelboin, 1984). Esto tuvo un impacto crucial en la salud de las mujeres toda vez que las nuevas regulaciones desplazaron la medicina preventiva por la medicina curativa. Esta última incluía la información sobre planificación familiar, la que –como veremos más adelante en este capítulo– no fue prioritaria para el régimen hasta bien avanzados los años ochenta. Por este motivo, respecto al orden de atención en los consultorios, fueron los pacientes que necesitaban cuidados de emergencia los prioritarios, seguidos por la atención a mujeres embarazadas y la asistencia materno-infantil y quedando en último lugar la medicina preventiva (Pieper Mooney, 2009).

Con el nuevo sistema, la protección de salud para la madre y el niño, por ejemplo, aseguraba el control de salud materna durante el embarazo de forma gratuito para todas las mujeres gestantes atendidas a través de FONASA y para aquellas pertenecientes a las Cajas de Previsión de las Fuerzas Armadas. No obstante, las embarazadas inscritas a una ISAPRE debían pagar el 100% del arancel correspondiente a este control (Salinas, 1988). Respecto a esto último, el sector materno-infantil fue el único grupo poblacional que se identificó como objetivo para ser beneficiario de programas específicos entre 1974 y 1985, pero que en realidad sólo se dio mayor énfasis a políticas y programas que ya estaban vigentes en Chile desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 (Schermann, 1988; Águila González, 2018).

8.2.2 Organización de la sanidad materno-infantil en la ruralidad chilena

El Sistema Nacional de Servicios de Salud reemplazó en 1979 al Servicio Nacional de Salud que existía en Chile desde 1952 y dividió al país en 27 zonas regionales sanitarias que dependían del Ministerio de Salud. Cada una de estas regiones sanitarias contaban con tres niveles. El primero era el Nivel Dirección, organismos estructurados internamente con un Director de Salud a la cabeza cuya responsabilidad estaba en la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias del Servicio de Salud Regional para cumplir las políticas, normas, planes, programas y directivas que impartiera el Ministerio[255]. El segundo correspondía al Nivel Hospital. El hospital constituía la unidad ejecutiva y funcional del Servicio de Salud Regional y era el encargado de realizar todas o algunas actividades de recuperación, fomento y protección de la salud y de rehabilitación de personas enfermas, a través de atención cerrada, abierta de pacientes referidos y de emergencia. Cada hospital tenía a su cargo a un Director, quien era responsable de la ejecución en el establecimiento de las acciones integradas de salud

[255] *Organización del Sistema Nacional de Servicios de Salud*, Ministerio de Salud, Departamento de Planificación, Organización y Métodos, República de Chile, febrero de 1981, p. 59.

que debían realizarse dentro de su territorio según las políticas, normas y programas establecidos[256]. Y finalmente, el último nivel era el de Establecimientos de Atención Primaria, en los que se desarrollaban funciones asistenciales y sobre el ambiente, en la atención de las necesidades de salud de la población. Aquí existían tres tipos de centros de salud: el Consultorio General Urbano, el Consultorio General Rural y la Posta de Salud Rural[257].

El Consultorio General Urbano era un establecimiento asistencial ubicado en una población urbana para realizar acciones de salud de nivel primario con el objetivo de satisfacer necesidades de atención ambulatoria integral. Para dicho fin contaba con un equipo de profesionales de salud y personal de colaboración determinado según la complejidad requerida de la atención que se otorgara a los usuarios[258]. Por su parte, el Consultorio General Rural se encontraba normalmente ubicado en localidades de 2.000 a 5.000 habitantes y prestaba servicios a la población de un área que no excedía las 20.000 personas. Así, su función era extender las acciones de salud a poblaciones pequeñas y a sus respectivas áreas de atracción. La asistencia sanitaria que ofrecía radicaba en atención ambulatoria de los problemas de morbilidad más frecuentes y que, por su baja complejidad, podían resolverse por un equipo permanente de profesionales y personal auxiliar. Además, otorgaba atención de emergencia las 24 horas[259].

Luego estaba la Posta de Salud Rural. Este centro de salud debía cubrir las necesidades de sectores de población rural de alrededor de 1.000 habitantes concentrados o dispersos, pero que residieran en un radio aproximado de 12 kilómetros. Aun así, el área a cubrir finalmente sería determinada de acuerdo a las condiciones geográficas y de accesibilidad[260].

Tabla Nº 13: Número de Postas de Salud Rural, Consultorios Generales Urbanos y Rurales y Hospitales según las Zonas Geográficas de Chile en 1984

Territorio	Postas de Salud Rural	Consultorios Rurales	Consultorios Urbanos	Hospitales
Zona Norte	122	11	35	21
Zona Central	366	65	67	81
Región Metropolitana	52	11	75	24
Zona Sur	400	19	24	45
Zona Austral	31	0	6	8

[256] Op. Cit., p. 65.
[257] Op. Cit., p. 69.
[258] Op. Cit., p. 70.
[259] Ibid.
[260] Op. Cit., p. 70.

Total	971	106	207	179

Fuente: Información extraída de Giaconi (1985: 36)

Como el régimen había trasladado la atención primaria a la gestión de las municipalidades, los centros sanitarios rurales eran los establecimientos que mayor presencia territorial tenían a lo largo del país. La Región Metropolitana, donde se encuentra Santiago de Chile, concentraba la mayor parte de la población del país, por lo que su porcentaje de habitantes en el ámbito urbano era predominantemente mayor. Esto hacía que fuera la única zona geográfica que concentrara mayor cantidad de consultorios urbanos que rurales. Por el contrario, el resto de habitantes vivían principalmente entre la zona central y la zona sur de Chile y con un alto porcentaje de población rural, lo que explica que tuvieran una gran cantidad de postas de salud rural repartidas por su geografía. Asimismo, debido a la fragmentación geográfica de la Patagonia, caracterizada por un extenso sistema de canales e islas, los centros de salud mayoritarios eran las postas a raíz de la dispersión de sus habitantes en el espacio. En este territorio, los consultorios rurales resultaban innecesarios, y la escasez de centros urbanos limitaba también la necesidad de consultorios en las ciudades. En contraste, la zona central abarcaba un mayor número de regiones administrativas, lo que se relaciona con su alta concentración de postas rurales. En particular, a esta zona pertenecía la región de la Araucanía, que presentaba el mayor número de postas en el país (182) al destacarse por una alta proporción de población rural indígena, principalmente del pueblo mapuche.

Es importante mencionar que, según el documento *Organización del Servicio Nacional de Sistemas de Salud* previamente citado, el único recurso permanente de la posta rural era "la auxiliar paramédico" y era ella quien debía desempeñar acciones de salud ambulatorias de nivel primario sobre las personas y el ambiente. Llama la atención que el documento nombre a este personal en femenino. La respuesta se encuentra en la decisión de reforzar la atención primaria, lo que generó cambios en las políticas de personal de los centros de salud urbanos y rurales. Siguiendo esta normativa, la contratación de profesionales médicos, odontólogos y farmacéuticos fue desplazada frente a una mayor contratación de enfermeras, matronas, nutricionistas y auxiliares de enfermería, profesiones destacadas por su feminización (Giaconi, 1985). Así, serían los consultorios y las postas de salud rurales los lugares en los que se llevarían a cabo las acciones de promoción y fomento de la salud materno-infantil.

8.2.3 Actividades de salud materno-infantil desarrolladas en el mundo rural

En la Posta de Salud Rural se realizaban los programas sanitarios materno-infantiles. Uno de ellos era el Control Prenatal de la mujer embarazada, el que le entregaba atención sistemática y periódica con el objetivo de controlar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones y prepararla física y psicológicamente para el parto y el cuidado de su hijo. También en este establecimiento se llevaba el Control de Puerperio para detectar cuadros mórbidos vinculados al parto o al puerperio, el Control Ginecológico a toda mujer desde los 15 años en búsqueda de alguna patología ginecológica para su

tratamiento oportuno y se enseñaban acciones preventivas, y la Consulta de Enfermedades de Transmisión Sexual. Finalmente, uno de los programas más trascendentales era el denominado Control de Niño Sano, el que consistía en la atención sistemática y periódica proporcionada al niño hasta los seis años –aunque con el tiempo se extendió también al adolescente– para vigilar su normal crecimiento y desarrollo. En éste, uno de los indicadores fundamentales a constatar era el estado nutricional del lactante para enfatizar la importancia de la lactancia materna. Cada infante contaba con su propio Carnet de Salud Infantil y su seguimiento quedaba registrado en su respectiva ficha clínica. También se hacían actividades como la Educación de Grupo, en la que muchas madres eran reunidas en la posta junto a un miembro capacitado del equipo de salud para compartir sus experiencias y lograr cambios de conducta que protegieran la salud de sus hijos. De esta manera, los contenidos de estos talleres estaban destinados principalmente a madres de niños menores de dos años y resaltaban la importancia de la lactancia materna, la estimulación temprana, las técnicas culinarias de alimentación, la higiene y la prevención de accidentes[261]. Referente a los controles, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) fue creado para mejorar la situación nutricional de los niños menores de seis años (lactantes y pre-escolares), embarazadas y nodrizas. Para el régimen pinochetista, la alimentación infantil se convirtió en una bandera de lucha que abordaría mediante estrategias como el Programa de Centros Cerrados de Recuperación Nutricional (CONIN), destinado a recuperar a la infancia en un grave estado de desnutrición. La labor desarrollada desde CONIN contribuyó importantemente a mantener la tendencia decreciente de la tasa de mortalidad infantil que venía experimentando Chile desde los años sesenta y al incremento de la esperanza de vida al nacer. En esa dirección, si el régimen había comenzado con una tasa de mortalidad infantil de 65,2 por cada mil nacidos vivos y una esperanza de vida al nacer de 60,46 años para hombres y 66,8 para mujeres, en el último año de su vigencia la primera se había reducido a 17,1 y la segunda se había alargado a 68,05 y 75,05 años, respectivamente (MIDEPLAN, 1991: 29). Jorge Schermann explica que estos indicadores tradicionalmente utilizados para evaluar el estado de salud de la población fueron utilizados por la Junta Militar "como una prueba conclusiva de las bondades de la política de salud y para desestimar las críticas que esta [sic] ha recibido desde diferentes frentes" (1988: 53).

A pesar de los esfuerzos del régimen por mejorar sus indicadores de salud, era mucho más difícil aplicar estas políticas en el mundo rural, ya fueran acciones concretas o difusión de información. Muchas mujeres ya se habían convertido en madres cuando descubrieron los programas disponibles destinados al cuidado de la salud materno-infantil. Uno de estos casos fue el de Edelmira, quien se enteró recién al tener a su segundo hijo que debía llevarlo a control al hospital de Curacautín. Nacida en 1955, se casó con diecisiete años y se fue a vivir con su marido a una parcela en Villa Santa Julia, un sector perteneciente a Curacautín, provincia del Malleco, Región de la Araucanía. Fue su cuñada la que le contó que debía ir al hospital para que revisaran a su bebé, pero su primera hija

[261] *Manual para Postas y Consultorios Generales Urbanos y Rurales*, Ministerio de Salud, Departamento de Planificación, República de Chile, mayo de 1982, pp. 31-40.

no recibió controles de salud hasta el año de vida: "ahí empecé (…) me anotaron la hija para seguirle los controles a la mayor…y ahí yo la seguí llevando hasta los… los seis años que… que eran de Niño Sano no más… ya después le daban el alta"[262]. Para Edelmira, los controles de salud de sus hijos se convirtieron en algo muy importante y cumplía con llevarlos al hospital a cada uno de ellos cuando correspondiera. Incluso los consejos que las matronas le daban cuando estaba embarazada se convirtieron en información valiosa que luego transmitió a sus hijas ya de adultas:

> "uno hacía las cosas, lo que la matrona le decía a uno po, cuando estaba embarazada y todo, que tenía que cuidarse uno, no andar haciendo desarreglos, en andar haciendo fuerza porque eso podíamos perder la guagua y toda la cuestión, entonces uno como que se mentaliza todas esas cosas cosas…y después uno ya… le transmite todo eso a sus hijas, a sus hijas, porque son cosas que uno las ha vivido"[263].

Es necesario considerar también que, a pesar del crecimiento de la cantidad de postas rurales, algunas mujeres no podían acceder a las atenciones de salud durante su embarazo por impedimento de sus propias parejas. Este fue el caso de Mercedes, oriunda de Paicaví, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío. Su primer hijo nació en 1977, pero nunca tuvo la oportunidad de controlar su embarazo con profesionales de la salud, aunque sabía que era algo que debía hacer:

> "Desgraciadamente me tocó una pareja muy (…) ni siquiera yo me controlé mi primer embarazo (…). No me dejaba que me controlara, tenía que venir a Cañete a controlarme porque en esa época todavía no existía la posta allá en Lloncao, así que no me controlé mi embarazo y… vine una sola vez a control y al poco tuve mi *guagüita* acá… en el hospital (…). Yo sabía que tenía que controlar mi embarazo, pero como le digo, él no me dejaba, decía que eran puras tonteras y así cosas raras"[264].

Como ha planteado asertivamente Fabiola Bahamondes (2016), durante estos años, las mujeres del mundo rural vivieron bajo el yugo de una triple dictadura. Primero, el escenario de un gobierno de facto impuesto por las Fuerzas Armadas. Segundo, el autoritarismo del patriarcado campesino que, aunque ha ido perdiendo fuerza a partir de la modernización del agro con las transformaciones causadas por el neoliberalismo, sigue estando presente, mucho más que en las zonas urbanas. Y, por último, una dictadura de clase al ser mujeres con poca educación y estar insertas en un aparataje que las obligaba –aun hoy– a desempeñarse en labores que no eran bien remuneradas. Por lo tanto, estas condiciones solían obstaculizar su acceso a la salud, incluso dentro de su papel como madres, sin importar los esfuerzos del Estado por alcanzar los rincones más recónditos del territorio nacional.

---

[262] Edelmira (28 de abril de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal.* Curacautín, provincia del Malleco, Región de la Araucanía, Chile [Grabación en dispositivo móvil].
[263] Edelmira, Curacautín, provincia del Malleco, Región de la Araucanía, Chile.
[264] Mercedes (18 de mayo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Cañete, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile. [Grabación en dispositivo móvil].

Tabla Nº 14: Consultas de Atención en Salud Maternal y de Atención en Salud Infantil realizadas en Chile entre 1974 y 1983

Año	Consultas Maternales	Consultas Infantiles
1974	685.730	3.878.888
1975	680.443	3.640.188
1976	718.816	3.884.484
1977	769.963	3.942.076
1978	-	-
1979	1.028.576	5.960.096
1980	1.101.188	6.280.980
1981	1.178.193	6.744.167
1982	1.334.857	7.673.718
1983	1.425.610	8.403.822

Fuente: Información extraída de Romero (1985: 76).

La evolución de las consultas de salud maternal y salud infantil durante los años del régimen de Pinochet reflejan claramente la prioridad que se puso sobre la atención materno-infantil, especialmente una vez que se puso en marcha el nuevo sistema sanitario. Las consultas maternales involucraban los controles prenatales y postnatales, las revisiones ginecológicas y las atenciones de regulación de fecundidad que, como veremos, tuvieron un enfoque diferente en dos etapas distintas. Por su parte, las consultas infantiles contabilizaban los Controles de Niño Sano y las atenciones por morbilidad realizadas. Como se aprecia en la tabla anterior, las cifras prácticamente se duplicaron durante la década de 1980 tanto en la atención a las madres como a la infancia. En 1979 fue la celebración del Año Internacional del Niño, lo que podría explicar el incremento de los esfuerzos de las autoridades por mostrar una preocupación vertebral por las problemáticas sanitarias vinculadas a la población infantil (Vargas-Cárdenas y Leiva-Vargas, 2021; Alfaro, 2023).

Tabla Nº 15: Consultas Prenatales, Postnatales y Controles de Niño Sano según las Zonas Geográficas de Chile realizadas entre 1974 y 1978

	1974		1978	
Territorio	**Prenatal y Postnatal**	**Control de Niño Sano**	**Prenatal y Postnatal**	**Control de Niño Sano**
Zona Norte	36.705	45.616	18.416	35.899
Zona Central	95.777	79.113	43.252	56.593
Región Metropolitana	69.790	166.373	13.240	70.041
Zona Sur	23.840	10.803	9.897	19.596
Zona Austral	4.216	8.724	5.455	14.694
Total	230.328	310.629	90.260	196.823

Fuente: Información extraída de *Anuario del Ministerio de Salud 1979*, Departamento de Planificación, Instituto Nacional de Estadísticas, 1980.

Ahora bien, al analizar sólo los controles prenatales, postnatales y los Controles de Niño Sano a partir de las distintas zonas geográficas del país, se observa que las cifras varían según el territorio. En 1974, la región que alberga la capital nacional registró el mayor número de controles infantiles, cifra que duplicaba la de la zona central, donde se concentraron los controles gestacionales y de puerperio. Sin embargo, en 1978, estos servicios disminuyeron en casi todas las regiones del país. En la Región Metropolitana, los controles se redujeron a menos de la mitad de los que realizados en el primer año del régimen. Las únicas excepciones fueron los Controles de Niño Sano en las zonas sur y austral, que casi se duplicaron. En cuanto a las consultas dirigidas a las madres en estos territorios, se observó una disminución en la zona sur, mientras que en la zona austral experimentaron un leve aumento. Esta tendencia podría explicarse por la alta proporción de población rural en el sur-austral del país, así como por la importancia que adquirieron las visitas domiciliarias del personal sanitario, favorecidas por el incremento de postas rurales en el contexto de las políticas geopolíticas de la dictadura de Pinochet.

Las visitas domiciliarias a las madres constituyeron una de las actividades más trascendentales encargadas a la auxiliar paramédico de la posta de salud rural. Esta atención era proporcionada en el hogar del niño o adolescente con fines de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Igualmente, cumplían una labor de vigilancia para hacer recordatorios sobre el calendario de vacunación, examinar el estado nutricional del lactante o niño y así determinar si era necesario otorgar alimentación complementaria. Pero a la vez servía como mecanismo de identificación y diagnósticos de factores de riesgo para la infancia. Estos factores de riesgo no se limitaban a patologías propias del embarazo o el parto o patologías en el período de recién nacido, sino que

incluían situaciones sociales muy comunes en la realidad rural chilena. De este modo, se especificaba que se trataba de un caso de riesgo si la madre presentaba al menos dos de los siguientes antecedentes: si la edad de la madre era inferior a dieciocho años, si su nivel educacional era bajo (analfabeta o escolaridad básica incompleta, con padre cesante o fallecido), si la mujer era madre soltera con uniones inestables u ocasionales, si tenía cuatro o más niños o si la distancia temporal entre un embarazo u otro era bastante próxima (intervalos intergenésicos inferiores a 2 años o superiores a 4 años). También lo era la ruralidad misma o la marginalidad urbana. Asimismo, era considerado un alto riesgo que los niños presentaran uno sólo de los factores socioeconómicos señalados anteriormente si, además, su peso de nacimiento había sido inferior a 3.000 gramos o si el destete había ocurrido antes del cuarto mes de vida[265].

La especificación en el *Manual para Postas y Consultorios Generales Urbanos y Rurales* transparenta el modelo de familia que fomentaba el régimen, así como sus valores morales y el modelo de mujer promovido por el mismo. Puntualmente, y como ya se ha puntualizado, las autoridades dictatoriales defendían la familia tradicional y condenaban aquellas realidades que no se ajustaran al pensamiento cristiano. En esa dirección, la maternidad fuera del matrimonio o el desapego a la monogamia en el caso de las mujeres eran juzgadas como peligros para la infancia. Estos criterios se tradujeron en la criminalización de la maternidad de mujeres pobres, campesinas e indígenas, lo que muchas veces facilitó la sustracción de los menores recién nacidos o pocos meses después de su nacimiento. Sin el consentimiento de las madres, deliberadamente engañadas, y mediante el aprovechamiento de mecanismos institucionales y del contexto represivo dictatorial, muchos de los niños fueron entregados en adopción irregularmente a familias en el extranjero, tal como han comprobado historiadoras como Karen Alfaro (2018; 2021; 2022) y Cristhina González Sánchez (2019). Esta situación fue mencionada por Norma, una mujer habitante de la ciudad de Coyhaique, en la Región de Aysén, en la que destacaba el papel de las profesionales de salud del hospital para convencer a las madres de renunciar a la custodia legal de sus propios hijos recién nacidos:

> "(…) había un sistema en el hospital que si tú eras soltera y te qu… tenías un hijo… te inducían a que tú le regales… como cualquier cosa… yo no… no… yo mi primera hija la tuve de soltera, tenía veintiún años… y… y yo vi que hart… que bastantes jóvenes que hab… que tenían hijos, que estuvieron junto conmigo en la maternidad… los regalaron sus hijos, pero algunas ni sabían que les estaban regalando… y eso a mí me impactó, eso a mí me marcó mucho… y… y yo de eso quizás la raíz cristiana que yo tengo que me entregaron mis padres (…) yo eso fue lo que más me impactó… lo que más me dolió también… (…) te lo pedían [a tu hijo], para enviarlo quizás a otro país, no lo sé".

Las visitas domiciliarias también funcionaban como herramienta de vigilancia para determinar el nivel de pobreza y vulnerabilidad de la infancia susceptible de ser institucionalizada (González Sánchez, 2019). Por esta razón, distintas profesionales se

[265] Op. Cit., p. 31.

involucraron en la realización de estas inspecciones en los hogares de las madres. De acuerdo con los datos presentados en esta tabla, es posible reconocer a simple vista que, aun cuando matronas y enfermeras participaron en las visitas a domicilios de las madres y los niños que atendían, fueron las auxiliares paramédicos las profesionales que realizaron la mayor cantidad de visitas domiciliarias en 1974 y en 1978. Esto tiene sentido si se recuerda que ellas eran los recursos de personal permanente en las postas de salud del mundo rural, por lo tanto, eran quienes mayor presencia tenían en la atención primaria, sobre todo fuera del ámbito urbano. Así, la zona geográfica que mayor cantidad de visitas domiciliarias presentó en ambos períodos fue la zona central. Aunque los datos del *Anuario del Ministerio de Salud de 1979* no especifiquen si las visitas corresponden al espacio urbano o al rural, el argumento respecto a la zona central como el territorio que concentra a la mayoría de la población nacional después de la Región Metropolitana podría estar relacionado con que sea este territorio en el que se hicieron el mayor número de intervenciones domiciliarias.

Tabla Nº 16: Visitas Domiciliares realizadas por Enfermeras, Matronas y Auxiliares según las Zonas Geográficas de Chile entre 1974 y 1978

	1974			**1978**		
Territorio	**Enfermeras**	**Matronas**	**Auxiliares**	**Enfermeras**	**Matronas**	**Auxiliares**
Zona Norte	20.564	1.981	77.613	12.503	8.919	43.190
Zona Central	32.217	5.315	249.691	42.117	18.622	117.679
Región Metropolitana	40.097	3.409	164.765	40.265	12.463	66.561
Zona Sur	6.033	2.109	54.636	9.150	8.577	53.373
Zona Austral	1.666	1.029	8.233	2.530	2.638	3.355
Total por especialidad	100.577	13.843	554.938	106.565	51.219	284.158
Total	669.358			441.942		

Fuente: Información extraída de *Anuario del Ministerio de Salud 1979*, Departamento de Planificación, Instituto Nacional de Estadísticas, 1980.

A pesar de ello, cuatro años después, las visitas domiciliarias llevadas a cabo por las auxiliares paramédicos se habían reducido a menos de la mitad en la zona central, pero se incrementaron las de matronas y enfermeras. Lo mismo ocurrió en las otras zonas geográficas del país. En consecuencia, el total de visitas domiciliarias a nivel nacional se redujo hacia 1978 a dos tercios de las que se efectuaron en 1974. Es probable que la disposición de disminuir el gasto público en el sector salud durante los años inmediatos que siguieron al golpe de Estado de 1973 mientras se preparaba la reforma sanitaria fuera la respuesta a este fenómeno. Además, si bien durante el régimen se hizo una mayor

inversión económica en la atención primaria de salud que en el servicio hospitalario, ésta fue mucho menor a lo que se había hecho en las décadas previas, por lo que impactó en los recursos que los consultorios –urbanos y rurales– y las postas tenían a disposición para desplegar sus actividades y atenciones (López Campillay, 2018).

En estas visitas domiciliarias, la auxiliar paramédico debía completar una encuesta, actualizada anualmente, que recopilaba información de cada grupo familiar. Los datos que se solicitaban eran los nombres y apellidos del jefe de familia –en masculino–, el domicilio y la distancia entre éste y la ubicación de la posta rural. También se solicitaban los nombres del resto de integrantes de la familia –tratando de seguir el orden de parentesco más directo con el jefe de familia–; la relación familiar con este último; el sexo; la fecha de nacimiento; el estado civil; el nivel de escolaridad; su ocupación; su condición de beneficiarios de previsión social si correspondía y los factores de riesgo vinculados al orden familiar y social que era posible identificar. Finalmente, la encuesta recogía datos relacionados con tres categorías. La primera era la vivienda, interesándose en el material de construcción del techo, las paredes y el suelo; el número de ventanas, de habitaciones y de camas; la existencia de un cuarto de cocina y el estado de conservación del inmueble. El segundo era el saneamiento básico, es decir, el tipo de abastecimiento de agua; tipo de letrinas o disposición de excretas; la disposición de las basuras; la presencia de roedores y la protección de los alimentos. Y, por último, los aspectos socioeconómicos. Entre ellos, aparecían la propiedad de la vivienda, la posesión de medios de comunicación audiovisual, el tipo de cocina y alumbrado eléctrico. Asimismo, se preguntaba tanto por la existencia de un huerto familiar y siembra propia como por la presencia de ganado, aves u otros animales. Y si los había, se buscaba conocer su sistema de encierro, de mantención y su ubicación con respecto a la vivienda[266].

Precisamente es lo que narraba Eduvina, enfermera y auxiliar paramédico rural de la provincia de Arauco, quien con veinticinco años empezó a trabajar primero en Tirúa entre 1976 y 1977 y, un año más tarde, fue traslada a Antiguala. Ella explica en qué consistían las visitas domiciliarias que realizaba en el mundo rural chileno de la zona central:

> "La visita que yo hacía en el campo era de todo, de todo. Por ejemplo, si yo hubiera venido aquí, ésta hubiese sido mi casa, hubiera que conocer la familia, hacer la encuesta si no tenía, ver los problemas de salud que tenía la familia, dejarlo así como en carpetita para ver qué solución darle, ver la higiene de la casa, de cómo vive la gente, si tiene pozo… pozo, no noria, si tiene pozo, baño negro o noria, como el agua, cómo el agua, cómo lo tienen todo eso (…) y yo tenía que enseñarle a hacer la fosa séptica de la casa, esta cosa del baño y todo eso (…). En Antiguala cuando yo llegué había poquitas casas igual, ahí hicimos muchos pozos absorbentes para el agua servida, pozo negro y letrinas

[266] Op. Cit., p. 60.

sanitarias, y los que tenían plata hacían fosa ¿se fija? Y huerto casero, todo eso teníamos que ver"[267].

La realidad de las personas que habitaban estos lugares era de una precariedad socioeconómica muy grande y, por lo tanto, las auxiliares paramédicos rurales eran formadas para enfrentar estos problemas y resolverlos. En su relato es posible identificar la preocupación por las condiciones de habitabilidad de las viviendas, sobre todo en una localidad como Tirúa, donde existe un alto porcentaje de población mapuche. Para Eduvina era fundamental tener una actitud de humildad cuando hacía las visitas en el marco de sus labores como auxiliar de paramédico para obtener la confianza de las familias, sobre todo en casos donde la población indígena recelaba de la medicina occidental y de las instituciones del Estado:

"Yo tenía que especificar si la casa era una choza, si era una *ruka*[268] (…). Y qué hacía la gente, cómo vivía, la situación económica, que era cero, tenía la nada misma la gente, muy pobre (…). Yo llegaba, entraba, me hacía amiga de ellos, así como… había que sentarse en unos cositos chiquititos o en el suelo, no tenían ellos, no tenían nada (…). Uno tiene que llegar a la casa y entrar y hacerse amiga de ellos y no mirar lo que tienen, sino que uno debe hacerse humilde para poder entrar, y así uno conquista a la gente (…). Yo logré hacerme amiga de toda la gente ahí en los pueblos estos, y aquí en Antiguala igual. Yo comprometida total, yo trabajaba de día, de noche, a toda hora porque vivía en una posta"[269].

Un estudio llevado a cabo por un grupo de médicos en la Región Metropolitana– región que alberga la capital nacional– en los años ochenta, sugería que la condición de ruralidad desempeñaba un papel más determinante que la pertenencia al pueblo mapuche al momento de analizar las características que configuraban los comportamientos sanitarios e higiénicos de las familias pertenecientes a esta comunidad indígena. Así, las familias mapuche que vivían en el mundo rural presentaban características como "natalidad elevada, reducido ingreso económico y mayores posibilidades de acercamiento a la medicina folklórica, fuertemente enraizada en su cultura". Por el contrario, los mapuche que vivían en la ciudad mostraban altos indicadores en cuanto a control del embarazo, atención institucional del parto, inscripción oportuna del recién nacido en el registro civil, cumplimiento del calendario de vacunas y Controles de Niño Sano realizado por enfermeras. Todo esto manifestaba un grado importante de incorporación y aceptación de la medicina científica como resultado de un cada vez mayor acceso a la educación formal que ofrecían los centros urbanos (De la Fuente et. al., 1987: 87). Y si bien las postas rurales intentaban acercar las instituciones de salud a los sectores más

[267] Eduvina (17 de mayo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Los Álamos, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile [Grabación en dispositivo móvil].
[268] La *ruka* es el nombre de la vivienda tradicional del pueblo mapuche. Los materiales para su construcción suelen ser tablas de madera de coligüe, tapices de totora, junquillo para el techo o algún vegetal semejante a la paja brava. Su forma es tradicionalmente redonda y puede alcanzar una superficie entre 120 y 240 metros cuadrados. Su entrada principal está ubicada hacia el Este por razones cosmológicas de los mapuche (Goles Barrientos, 2016).
[269] Eduvina, Los Álamos, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile.

aislados del territorio chileno, la falta de conectividad hacía imposible llegar a los lugares más recónditos.

Como se señalaba en el documento *Organización del Servicio Nacional de Sistemas de Salud* ya mencionado, la auxiliar paramédico debía estar en la posta rural, por lo que estas profesionales generalmente vivían en las inmediaciones del lugar. Algunas tenían una vivienda aledaña en la que habitaban con sus propias familias. Para Eduvina su propia maternidad transcurrió entremezclada con su trabajo: "vivía en la posta, mi bebé igual, metidos allá, mis niñitos, pero… tenía una *nana* que me los cuidaba. Así que mis chiquititos siempre se criaron con su *nana*, pero el auxiliar paramédico que en esos años tenía que ser del lugar de origen y vivir en la posta, esas eran las condiciones"[270]. Contar con otra mujer para el cuidado de sus propios hijos fue lo que permitió que Eduvina pudiera cumplir su trabajo sanitario. La auxiliar paramédico debía desplazarse por todo el territorio asignado a su posta rural para brindar atención de salud, lo que le impedía cuidar de sus propios hijos. Tampoco estos niños podían acompañarla en su labor toda vez que no había automóviles para su traslado cuando visitaba a las familias: "ahora tienen de todo, vehículos, toda la cosa, pero antes yo caminaba mi área de acción *a pata*, en una bici que tenía. De esas pisteras tenía, una bicicleta, y en esa venía para acá, para arriba, al campo, iba hasta La Araucana, Quelén, un lugar que queda cerca que es como otra villita"[271]. Era evidente que el papel de madre abnegada defendido por el régimen al mando de Augusto Pinochet no era compatible con la misión educativa y asistencial que Eduvina cumplía en la comunidad rural. Sin embargo, sus cualidades de cuidado y abnegación eran puestas al servicio de la población, como una madre preocupada por el bienestar de los niños que atendía y visitaba.

Otra de las aristas manifestadas en el relato de Eduvina era el abismo que existía entre la normativa de la política de salud y la realidad. Según su opinión, los protocolos de atención sanitaria enviados por las autoridades solían imponer estándares muy elevados que a menudo resultaban difíciles de cumplir en el contexto rural. Las condiciones en estas zonas, frecuentemente afectadas por problemas de conectividad vial, características geográficas y alejadas de los centros urbanos, requerían adaptar las prácticas que las auxiliares paramédicos debían aplicar o enseñar a las madres. Estas adaptaciones respondían tanto a la escasez de recursos en las postas de salud como a las condiciones de pobreza en las que vivían muchas familias. En ese sentido, Eduvina comenta que las personas no solían tener agua potable en sus viviendas y que ni siquiera la posta rural contaba con este servicio:

> "Lo que a mí me enseñaron, no podía, no sé po, tenía que adaptarme a la realidad, no, no podía. Si nos llegaban igual, nos hacían cursos, nos llevaban a capacitación, pero igual si uno tiene una realidad así no puede po, es muy… ¡ni la posta tenía agua potable!

[270] Eduvina, Los Álamos, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile.
[271] Eduvina, Los Álamos, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile.

> No po, tenía pozo con bomba y se sacaba el agua de la tierra, subía arriba (…) era agua así no más y tomábamos, y era rica el agua (se ríe)"[272].

Asimismo, las auxiliares paramédicos tenían la responsabilidad de educar a las madres campesinas en los principios de la higiene y la alimentación infantil. Según su testimonio, Eduvina atendió casos en los que el desconocimiento de las familias rurales era significativo, lo que frecuentemente superaba las expectativas previstas. Esas situaciones le permitían reconocer la importancia de su presencia en el mundo rural y su intervención en el domicilio de la población que atendía. Muchos de esos casos fueron impactantes para ella, como aquel en que los niños de una familia no estaban alimentándose correctamente con la leche en polvo:

> "Yo fui a una casa una vez (…) yo estaba sentada, así como usted ahora y la señora estaba ahí, entonces detrás de mí había una mesa y como los *cabritos* [niños] andaban todos metiditos ahí, le dice una más grandecita así como unos doce años, le dice "mamita" le dice, porque ella también era nieta "¿le doy leche a estos chiquillos?", no le dijo así, no me acuerdo cómo le dijo "ya po" (…) y sabe usted que de repente todos los chiquititos se quedaron calladitos (…) y cuando miro para allá, sabe que una mesa inmunda y cada niñito tenía un montón de leche, estaban comiendo así la leche en polvo, chupando con la lengua. ¡Sabe que yo casi me muero! ¡Oh, quedé tan así impresionada! (…) Me fui a vivir con un kilo de leche y hartas mamaderas y le enseñé a hacer la mamadera, que así tenía que dar la mamadera a la guagua y todo ese cuento (…) estuve como una semana yo ahí, metida, me quedaba un ratito desocupada en la posta y partía con todas las mamaderas a hacerle mamadera a los niños (…). Después los pasé al médico a todos, el médico les dio un antiparasitario para niños porque, imagínese, la mesa era negra, ponían las ollas arriba de ella, ¡era una mesa sucia, sucia, inmunda! Eso se me quedó grabado para el resto de mi vida".

La gran mayoría de las veces, el único contacto que tenían las mujeres del mundo rural precarizado con el sistema sanitario chileno era a través del personal de la posta de salud rural, como hacía Eduvina con las familias de las localidades bajo su supervisión. En otras ocasiones, ese acercamiento era facilitado mediante las rondas sanitarias realizadas por profesionales de pequeños hospitales con infraestructura básica. Este era el caso de Eduardo, matrón originario de la ciudad de Concepción, en la Región del Bío-Bío, quien llegó a los veinticinco años, en 1975, a trabajar a Chile Chico, en la Región de Aysén, junto a su esposa, también matrona, ambos incentivados por la compensación salarial que ofrecía el trabajo en la Patagonia chilena. Luego, en 1979, fueron trasladados a trabajar al hospital de Coyhaique, la capital regional.

Chile Chico, ubicado en el borde del Lago General Carrera, no contaba con la infraestructura vial que tiene en la actualidad. En aquellos años, el único medio para llegar era cruzar desde Coyhaique hacia Argentina y viajar hacia el sur hasta cruzar a Chile nuevamente. O también por vía aérea a cargo de la aerolínea Aerocord, la que hacía un itinerario dos veces por semana. Este sitio era el centro neurálgico del lago y todo el

[272] Eduvina, Los Álamos, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile.

transporte se hacía por vía lacustre o aérea porque los caminos, al ser de tierra, sólo eran utilizables en algunas épocas porque en el largo invierno del clima austral eran intransitables. Por esta razón, la población no se acercaba a Chile Chico para recibir atención sanitaria, lo que significaba que era el personal sanitario el que visitaba los pueblos:

> "Se hacían rondas bimensuales a lo largo de todo el lago ¿ya? Partíamos en Puerto Cristal, Puerto Sánchez, Puerto Murta, dábamos la vuelta alrededor del Lago General Carrera, llegábamos a Río Tranquilo (…) después nos íbamos a León, que era una estación médico-rural, ahí pasábamos la mañana, atendíamos y de ahí nos íbamos directamente a Guadal, y después volvíamos hacia Mallín Grande y ahí volvíamos a Chile Chico ¿ya? Todo eso era vía lacustre, en lanchas, y generalmente recurríamos a la minera que existía acá, que también se ubicaba en Puerto Cristal (…). Teníamos que salir con el fresco en la mañana (…) el Lago General Carrera es muy fuerte, tiene un oleaje terrible y el viento prácticamente en el día es… no para, sólo que cada tres días hay un día solamente que vuela, que no hay viento, entonces salíamos tres, cuatro de la mañana para evitar tanto oleaje, ¿ya? Y por supuesto que los barcos no eran muy resistentes, por lo tanto, teníamos que salir a esa hora"[273].

Lo mismo ocurría cuando Eduardo y su esposa llegaron a trabajar al hospital de Coyhaique en 1979. Allí permanecieron en la Maternidad del hospital, en la que él ejerció durante dos años antes de cambiarse al área de atención primaria para desempeñarse en los consultorios. El equipo de profesionales sanitarios al que él pertenecía tenía a su cargo 30 postas de salud rural y 28 estaciones médico-rurales. Estas estaciones médico-rurales eran puntos intermedios creados por este equipo entre una posta y otra para facilitar la atención sanitaria a la población dispersa por el territorio. Según su relato, éstas podían constituirse en el hogar de algún habitante que ofrecía su vivienda o alguna sede de las juntas de vecinos. En ellas se realizaban los controles de maternidad, las citologías vaginales o el examen de Reagina Plasmática Rápida (RPR), una prueba para la detección de la sífilis. Al mismo tiempo, educaban a las mujeres en el autoexamen mamario para la prevención del cáncer de mama. Todas estas intervenciones sanitarias eran posibles gracias a la determinación del equipo de salud de la Dirección de Atención Primaria de Coyhaique, que iba de pueblo en pueblo semanalmente por vía aérea debido a la inexistencia de caminos hacia la gran mayoría de localidades. Así, volaban a Villa O'Higgins, luego se trasladaban a Tortel o a La Junta, todos pueblos de la Región de Aysén, muy incipientes aún y en los que vivía escasa población. De esta manera, las fechas predeterminadas de las rondas sanitarias semanales permitían que los habitantes del mundo rural más alejados de cualquier centro urbano tuvieran el tiempo de trasladarse a la estación médico-rural, debido a que a veces tardaban dos o tres horas a caballo hasta este punto o incluso debían comenzar su trayecto el día anterior para llegar a tiempo para la atención. En ese sentido, la construcción de la Carretera Austral ya mencionada en páginas anteriores permitió ampliar la conectividad vial entre los distintos pueblos de la Región de Aysén y, con ello,

[273] Eduardo (31 de mayo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Coyhaique, Región de Aysén [Grabación en dispositivo móvil].

no sólo el alcance de las intervenciones sanitarias fue incrementado, sino también el de otras instituciones del Estado.

8.3 Regulación de la fertilidad en el mundo rural bajo el régimen de Franco y el de Pinochet

La Ley de 24 de enero de 1941 para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista marcó un retroceso crucial con las políticas de la maternidad consciente y la legalización de la interrupción del embarazo que se habían impulsado durante la Segunda República en España. En efecto, la nueva legislación franquista representó el punto álgido de la punición legal de la interrupción voluntaria del embarazo (Barrera López, 2024). En consonancia con la política protanatalista del régimen franquista, toda práctica que condujera a un aborto fue criminalizada y se establecieron diferentes penas a los farmacéuticos, los médicos, los practicantes y las matronas que participaran en el procedimiento según su nivel de implicación. Lo mismo ocurría con cualquier persona que interviniera, lo que incluía a la mujer embarazada dependiendo de su consentimiento. En paralelo, según el texto de la normativa "la divulgación pública, en cualquier forma que se realizare, de medios o procedimientos para evitar la procreación, así como todo género de propaganda anticoncepcionista, será castigado"[274].

Como ya se ha venido adelantando, el régimen ensalzó la maternidad. La capacidad reproductiva de las mujeres fue entendida tanto a nivel biológico como social, es decir, en cuanto a parir a sus hijos y a educarlos en los valores católicos. Por esta razón, el matrimonio fue comprendido como el único camino para garantizar el sostenimiento y la estabilidad material mínimos para las mujeres, además de la única salida social y estilo de vida que el régimen les reservaba como adecuado. La maternidad sólo fue aceptada dentro del matrimonio, lo que explica que la soltería femenina se concibiera de manera negativa y en términos de fracaso para quien se encontrara en esta situación, sobre todo porque los motivos solían recaer en la mujer. Ser una mujer soltera implicaba ser asociada a algún tipo de carencia o defecto físico o moral, una anormalidad y motivo de vergüenza (Roca i Girona, 1996). Sin embargo, este perfil discursivo fue propio de los primeros años del régimen frente a las pérdidas demográficas de la posguerra y el contexto internacional a favor de políticas pronatalistas. Según Alejandro Camino y Darina Martykánová (2021), este discurso constituyó parte del entramado propagandístico del franquismo en sus inicios y que, al fracasar el proyecto falangista con la derrota del Eje en la Segunda Guerra Mundial, las pautas de mujer y hombre ideal del catolicismo fueron imponiéndose progresivamente. De este modo, mientras las falangistas establecían el matrimonio y el convento como los únicos destinos posibles para las mujeres, incluso cuando algunas optaban por la soltería para continuar con su labor política, el movimiento católico seglar femenino aceptaba con buenos ojos a una mujer soltera que siguieran un camino virtuoso (Pérez del Puerto, 2015; Gutiérrez Vega, 2022). Aun así, el franquismo insistió en atribuir

[274] *Ley de 24 de enero de 1941 para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista*, Boletín Oficial del Estado, 2 de febrero de 1941, p. 769.

a las mujeres la función de la maternidad y el aprendizaje de normas de higiene y cuidado de los niños, por lo que el papel como madre y esposa abnegada al servicio y cuidado de otras personas mantuvo continuidad durante el régimen (Rabazas y Ramos, 2006).

Lo que permitió que el franquismo tuviera tanta facilidad para acaparar ideológicamente todos los ámbitos de la sociedad fue su alianza con la Iglesia católica. La defensa del laicismo en el Estado por parte de la institucionalidad de la Segunda República había conseguido que apoyar a Franco y al régimen fuera crucial para que la institución no perdiera su poder e influencia en el país. Esta sería la explicación de la alianza clave entre falangismo y catolicismo en el caso español y la razón por la que el régimen encomendó a la Iglesia la construcción de la sexualidad y las relaciones entre hombres y mujeres (Casanova, 2013). Así, la educación femenina buscaba que las mujeres asumieran la importancia de su destino para convertirse en madres y esposas ejemplares y que aceptaran sus supuestas características propias para dicha labor (Roca i Girona, 2003). Entre ellas, se destacaban la "inferioridad intelectualidad, impresionabilidad y fragilidad, transmisora de los valores esenciales de la ideología dominante, emotividad y sumisión" (Manrique, 2003: 85). La Iglesia católica sabía que la manera de reestablecer el orden social tradicional perdido durante el período republicano era cubriendo todos los espacios donde podrían generarse rebeldías, por lo que erradicó el laicismo de las aulas y la educación se convirtió en uno de sus más importantes mecanismos de adoctrinamiento. De esta forma, difundió tanto desde la escuela como desde el púlpito un ideario sobre la moral, la familia y el matrimonio basado en el sometimiento sistemático de la mujer (Toboso, 2007).

Con este objetivo, la Sección Femenina asumió un papel protagónico en la formación de las madres (Barrera López, 2019). Desde sus primeras publicaciones, sus páginas estuvieron enfocadas en aconsejar a las mujeres para dirigir los hábitos y las acciones que las destacarían en su rol materno. Así, las falangistas manifestaban sus intenciones en una de sus revistas en 1938:

> "Se trata de conseguir una abundancia de hijos, pero entiéndase bien que la cosecha además de numerosa ha de ser sana, y para que el fruto no esté contaminado hay que empezar por el árbol (…). Por lo tanto a la futura madre hay que formarla desde la primera infancia, empezando por la buena dirección de la lactancia materna, haciendo más tarde una vida al aire libre y con una constante labor contra la carencia solar"[275].

Las falangistas hacían hincapié no únicamente en la maternidad, sino que en la maternidad prolífica. Frecuentes eran los artículos elogiando a las madres que tenían más de tres niños y los criaban con alegría dentro de sus reducidas posibilidades económicas. Lo importante era demostrar que el compromiso con España era de todas las mujeres y que no existían excusas para incumplir con el deber patrio. Así, sus críticas a las políticas de control de natalidad implementadas durante la Segunda República reflejaban su desaprobación a un enfoque que, según su criterio, había hundido a España:

[275] "Futuras madres", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, febrero de 1938, p. 17.

> "Frente a las funestas teorías del malthusianismo –tan desacreditadas, incluso desde el punto de vista económico y social–, se alza victoriosa la moralidad cristiana del Nacionalsindicalismo. Cuando nuestra Patria resurge gloriosa de esos años de dolor y de esperanza, la fecundidad de una Raza pobladora de mundos, cobra hoy toda su excelsitud en la sagrada función maternal de la mujer española"[276].

Esa maternidad prolífica era ensalzada en las páginas de *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista* como ejemplo de la bendición de Dios en el resurgimiento nacional. Se anunciaba que "la noble función maternal logra, en su fecundidad, dar muchos hijos a la Patria. Los partos triples se suceden en el territorio nacional, frente a aquella inmoralidad edonística [sic] de otros países menos afortunados"[277]. De esa forma se trataba de "excelente mujer, madre admirable" a quien había tenido trillizos "sanos, magníficos, expresión de una vitalidad racial enorgullecedora". En la revista se mencionaban cuatro casos de partos triples en otros lugares de España. Lo importante que se destacaba en estos casos, en las palabras de Sección Femenina, era que correspondían a "familias humildes a las que Dios otorga la riqueza de los hijos en santa y bendita fecundidad"[278].

La organización femenina de Falange proyectó internacionalmente su crítica al uso de medidas que frustraran la reproducción e impidieran a las mujeres asumir la maternidad como supuesto llamado de la naturaleza que debían cumplir. En el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano celebrado en 1951, uno de los grupos de trabajo dedicado a la mujer en la moral tenía como objetivo "crear y conservar una conciencia moral que vaya contra las costumbres o leyes que de ella se separen como son divorcio, medidas anticoncepcionistas…" (Payá, 1951: 476). La explicación subyacía en la premisa de la "impureza" de las mujeres. Como explica Clara Gutiérrez Vega (2022), las mujeres fueron concebidas como cuerpos potencialmente pecaminosos[279], cuya sexualidad debía ser controlada, reprimida y limitada a fines reproductivos. La conservación de la virginidad hasta el matrimonio, por lo tanto, fue articulada como único medio para alcanzar la perfección. Y aunque se asumía que el cumplimiento de su función maternal, a través del acto sexual, implicaba romper con el halo de pureza con el que había sido imbuida, la procreación prolífica –en el marco de la política pronatalista del régimen– permitía que su cuerpo alcanzara tal purificación.

No obstante, como han investigado Agata Ignaciuk y Teresa Ortiz Gómez (2016), a pesar de la estricta normativa del régimen, algunas mujeres lograron controlar la natalidad

---

[276] "Alegría de los hijos", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, junio de 1940, p. 16.
[277] Ibid.
[278] Ibid.
[279] En relación con el concepto de "purificación", Michael Richards (1998: 54) expone cómo en algunos colegios femeninos durante el primer franquismo no se les permitía a las niñas y adolescentes comulgar durante los días de su menstruación. Además, en 1940, se intentó resucitar la práctica de bendecir a las madres que volvían a asistir a misa luego de su parto para purificarlas simbólicamente, una costumbre que las obligaba a esperar arrodilladas en las puertas de la Iglesia para recibir la bendición del sacerdote antes de entrar.

en sus familias. Muchas de ellas no tomaban la decisión conscientemente al inicio de sus matrimonios, pero cuando alcanzaban una cantidad de hijos suficiente, deseada o acorde a su capacidad socioeconómica, buscaron –muchas veces junto a sus maridos– mecanismos para impedir un nuevo embarazo. Según Josune Aguinaga Roustan (1989), entre estos métodos, el más frecuente era el coitus interruptus, sobre todo en los primeros años del régimen. Ya a partir del inicio del desarrollismo en los años sesenta, la píldora anticonceptiva comenzó a ganar terreno, aunque sin convertirse en la técnica más usada entre la población.

La influencia del turismo que atraía a miles de extranjeros a España provenientes de otros países de Europa Occidental no ayudó a continuar con el velo sobre los avances científicos en anticoncepción. Los médicos reconocían a finales de los años cincuenta sentirse asediados por su propia clientela femenina respecto a los métodos de contracepción (Rodríguez Ocaña, Ignaciuk y Ortiz Gómez, 2012: 480). Otros recetaban anovulatorios a sus pacientes para tratar problemas hormonales relacionados a la menstruación irregular, pero no mencionaban el carácter anticonceptivo del fármaco que les recetaban, por lo que estas mujeres reducían la probabilidad de concebir un embarazo sin ser conscientes de ello (Ignaciuk y Villén, 2018). Los médicos eludían la definición como contraceptivo para no infringir la ley española en vigor y evitar, además, posibles reticencias por parte del ambiente religioso que predominaba en la época (Rodríguez Ocaña, Ignaciuk y Ortiz Gómez, 2012). Pero los medios de comunicación comenzaron a publicar reportajes sobre la píldora e incluso a desmitificar ciertas creencias respecto a su uso. Un claro ejemplo de ello es un artículo del periódico *Nueva Rioja* en Logroño y fechado en 1973 en el que un médico explicaba que el uso de la píldora no causaba malformaciones en los fetos ni aumentaba las probabilidades de padecer cáncer de mama en las mujeres. También se señalaba como absurdo que las mujeres usuarias de la píldora fueran drogadictas, lo que demuestra el tipo de argumentos que se esgrimían para disuadirlas de adquirir este fármaco[280]. Aun así, se seguía destacando la maternidad prolífica. En el número del día anterior de *Nueva Rioja* se publicó un reportaje sobre la entrega de los Premios Nacionales de Natalidad, que ese año recayeron en Jaén, Las Palmas de Gran Canaria, Alava, Valladolid, León, Cádiz, Málaga, Ourense y La Coruña[281]. Y veinte días después, el periódico incluía un reportaje sobre el matrimonio Herrero-Somalo en la misma provincia que tenía trece hijos[282].

En los últimos años del régimen, las mujeres con estudios medios y de entorno urbano tenían más resuelto el miedo al embarazo o el valor de la virginidad no tenía tanto peso, aunque si se encontraban en relaciones de pareja estables, asumían que éstas las llevarían al matrimonio. En el caso de las mujeres del mundo rural, temían mayormente al qué dirán y sus propias familias, quienes vigilaban el comportamiento sexual de sus hijas

[280] "Según el doctor Abril: «No se puede sostener el atribuir a «la píldora» las malformaciones infantiles», *Nueva Rioja*, 22 de marzo de 1973.
[281] "Franco presidió la entrega de los premios nacionales de natalidad", *Nueva Rioja*, 21 de marzo de 1973.
[282] "Una gran familia en todos los sentidos", *Nueva Rioja*, 10 de abril de 1973.

(Ignaciuk y Villén, 2018). En Otero de Herreros, Purificación, contaba su experiencia una vez que fue a la revisión ginecológica aun estando soltera y la relevancia que tuvo para ella que el médico no le creyera sobre su estado de virginidad:

> "Yo fui… no sé si era de mi ginecólogo o qué era… de estas que íbamos entonces… íbamos a la revisión (…) bueno, yo me acuerdo que me preguntó si había… y dije yo, lo pensaría después "y por qué me pregunta a mí este hombre que…?". Y luego no estaba tu madre eh… conmigo, mi vieja… que si había hecho el matrimonio de soltera… y yo "me quiero casar virgen, yo de soltera nada", se quedó mirando "sí, sí", él se echó a reír y digo "por qué me pregunta", "pero bueno, cómo no te lo voy a preguntar"[283].

El esposo de Purificación, presente en la conversación, relató las dificultades que enfrentaban las mujeres con hijos nacidos fuera del matrimonio. Como el régimen sólo reconocía como válida la maternidad dentro del sagrado vínculo del matrimonio, los hijos ilegítimos no eran aceptados dentro de los valores fundamentales del catolicismo (Roca i Girona, 1996). En las comunidades rurales, la sociedad juzgaba duramente a las jóvenes que quedaban embarazadas sin estar casadas, situación que podía provocar su exclusión y una deshonra para su familia. En este caso, ambos tenían muy asumidas las consecuencias que este escenario podría haber significado para ellos:

> "Antes, la mujer que salía p'alante, la mujer que se quedaba en estado, la chica, eso aquí en los pueblos y eso ¡era como un crimen! (…) Había [en el pueblo], pues siempre salía alguna…y aquello era un crimen, vamos. Me acuerdo de María Luisa y David cuando aquello, la pobre… se va al tren, la pobre (…). Ni la dejaban salir de casa, nada (…). Yo sí que he andado con chicas, la verdad, que he andado con chicas, pero mi madre siempre nos lo advertía eh. "Mijo, usted no me daría más disgusto que si sacáis a alguna p'alante". Siempre me decía, sí. Y claro, tenías en cuenta eso también, no creas que no (…). Hasta muchas se iban de casadas a vivir con… por ahí porque no podían estar con los padres ya porque les hacían la vida imposible. Aquello era como un crimen, como si se mataba, se suicidaba, entonces pos lo mismo. Y si no, no entraban en el camposanto. Eso era en una habitación aparte, en el depósito"[284].

Esta fue la situación en la que se vio involucrada Eulogia – ya presentada–, cuando se dio cuenta que estaba embarazada de su novio con tan sólo dieciocho años en 1961. Ella confesaba que las advertencias de su madre siempre habían sido claras respecto al embarazo fuera del matrimonio y no quería comentárselo porque temía su reacción. A raíz de esta situación considerada escandalosa, contaba ella, se casó con quien aun actualmente es su marido cuando tenía dos meses de embarazo y siendo ambos muy jóvenes:

> "Tanto es que iba embarazada y no lo sabía ni mi madre, ni mi suegra ni nadie. Nadie. Y mi suegra, como él vivía en el centro, pues le iba a comprar a mi madre a la plaza. Entonces le dijo "señora (…) se van a casar los rapaces". Mi madre tenía un carácter… "¡¿Qué rapaces?!", "No, rapaces porque anda embarazá" (golpe en la

[283] Purificación, Otero de Herreros, provincia de Segovia, Castilla y León.
[284] Purificación, Otero de Herreros, provincia de Segovia, Castilla y León. Intervención de su esposo.

> mesa). Llegó a casa… "¡¿pero tú eres tonta o qué eres?!", "¿Por qué?", "¡Tengo que enterarme por los de afuera que te vas a casar y que andas embarazada!". Y dije "¡ay mamá, por Dios!". Con el miedo que le tenía porque… era muy buena, pero era… y nada, y nos casamos, yo con dieciocho y él con diecinueve. Iba a hacer los veinte. Y tuve al mayor que ahora tiene 61 años"[285].

Tanto Eulogia como Purificación desconocían los mecanismos anticonceptivos cuando se casaron. La segunda admitió que "en ese entonces no sabíamos planificar, yo por lo menos, ni sabía nada ni sé cómo es eso"[286], pero la primera se enteró por unas amigas que los embarazos se podían evitar con unos anticonceptivos que se compraban en Portugal. Relataba ella que tuvo tres hijos, pero la última niña "ya había salido de rebote". Entonces, decidió unirse a sus amigas para adquirir los fármacos contraceptivos:

> "Sí, íbamos a Portugal, vendían como un supositorio… y teníamos que ir a Portugal a comprarlos que aquí no había nada. ¡No! Las primeras cosas que vimos fue en Portugal. Íbamos a Portugal tres o cuatro y los traíamos porque aquí no se vendían (…). Nosotros íbamos como cuatro o cinco… y ésas iban de los pabellones militares que eran unas amigas mías. Íbamos cuatro o cinco y, bueno, pasábamos el día allí también y nos traíamos las pastillas (risas)"[287].

Es destacable la capacidad de agencia de estas mujeres que el régimen había concebido como sumisas en un primer momento. Mujeres educadas en los códigos del catolicismo que de pronto deseaban controlar su natalidad y buscar activamente maneras de conseguirlo. Incluso convirtiendo ese proceso en una actividad de disfrute junto a otras mujeres, como ocurría con Eulogia que aprovechaba el viaje a Portugal en búsqueda de anticonceptivos como una escapada por el día entre amigas. Sin embargo, no todas las mujeres conocían sobre los avances en materia de anticoncepción. Algunas no podían acceder a la medicina privada para obtenerlos o no podían costearlos. Por esta razón, otro problema importante que existía en la sociedad española a partir de la ilegalidad de los métodos anticonceptivos eran los abortos clandestinos. En 1942, el médico Romero Girón e Hidalgo explicaba los 160 ingresos por aborto en la Maternidad Provincial de Madrid como consecuencia de "el malestar económico, la moral relajada, herencia de los rojistas, la mala alimentación, etc" (Girón e Hidalgo, 1942: 69-73). En los años setenta, la revista *Teresa* de Sección Femenina comenzó a enfatizar sus reportajes respecto a la incidencia del aborto en España y a explicar su impacto negativo para la sociedad. "El control de nacimientos y el aborto son una solución simplista que no arregla nada"[288], afirmaba en sus páginas el número 259 de la publicación. Este nuevo énfasis respondía al debate internacional que se planteaba en el mundo occidental durante aquellos años sobre el derecho al aborto, sobre todo cuando Francia lo promulgó en 1974. En España, la incidencia del aborto se reflejaba en altas cifras, algo que la misma Sección Femenina reconocía:

---

[285] Eulogia, A Valenza, Ourense, Galicia.
[286] Purificación, Otero de Herreros, provincia de Segovia, Castilla y León.
[287] Eulogia, A Valenza, Ourense, Galicia.
[288] *Teresa*, nº 259, agosto de 1975, p. 13.

> "En España, la agencia Logos publicó un informe en el año 74 en el que decía: «Se realizan unos 100.000 abortos clandestinos al año. Algunas mujeres de buena posición económica prefieren hacerlo en el extranjero. En cuanto a las categorías sociales, unas 14.000 lo hacen por exceso de hijos o falta de vivienda social; unas 15.000, en relación con variables sociológicas, como la promoción de la mujer, la emigración, el turismo, crisis de familia… La prostitución aporta unos 40.000 abortos anuales"[289].

A pesar de la prohibición que tenía el aborto durante el franquismo, las mujeres no dejaron de practicarlo en un intento por recuperar el control sobre sus cuerpos. Inmaculada Blasco (1999c) y Tamara López (2022) han indagado en las actitudes de las mujeres españolas frente al aborto durante los años del franquismo, una en Zaragoza y la otra en Lugo, lo que las llevó a descubrir las características de esta práctica sostenida principalmente en redes femeninas. En un país en el que la prohibición legal de la venta y divulgación de métodos anticonceptivos fue altamente ineficaz, sumadas a la no poco frecuente actividad sexual prematrimonial, el aborto constituyó una realidad como había existido en décadas previas que habían llevado a plantear su legalización durante el período republicano. El periódico riojano ya citado previamente publicó en diversas ocasiones noticias cuyo fin era disuadir a los lectores del aborto como una opción válida. Una de ellas se titulaba "La ola de abortos pone de manifiesto las graves taras sociales del mundo moderno"[290] y otra criticaba la legalización del aborto en la Alemania Occidental al informar que estaban "La Iglesia y los médicos de la República Federal Alemana, en contra de la legalización del aborto"[291]. De todos modos, la situación legal frente a los anticonceptivos y el aborto no cambió hasta una vez finalizado el régimen. Así, la anticoncepción hormonal fue legalizada en 1978, los dispositivos intrauterinos lo hicieron en 1981 y, finalmente, el aborto terapéutico fue parte de la normativa en 1985 (Rodríguez Ocaña, Ignaciuk y Ortiz Gómez, 2012).

En contraposición, las políticas de regulación de la fecundidad en Chile adquirieron un cariz similar al del franquismo, pero que evolucionó en otra dirección hacia los últimos años de la dictadura de Pinochet. En un comienzo, a través del Ministerio de Salud, el régimen pinochetista apoyó las políticas de planificación familiar para obtener el respaldo de la población. Con ese propósito, autorizó a las matronas funcionarias del Servicio Nacional de Salud para prescribir anovulatorios y continuar con la instalación de dispositivos intrauterinos en las mujeres de los sectores populares en un intento de evitar las muertes por abortos sépticos y los altos índices de mortalidad neonatal. No obstante, una vez que la *Política de Población* de 1979 ya citada entró en vigencia, la postura del régimen dio un drástico giro hacia el pronatalismo. Este cambio no respondía exclusivamente al nuevo modelo económico ni a la Doctrina de Seguridad Nacional, sino

[289] "El aborto: este niño podría no haber nacido", *Teresa*, nº 263, diciembre de 1975, p. 18.
[290] "Botella Lluisa: «La ola de abortos pone de manifiesto las graves taras sociales del mundo moderno», *Nueva Rioja*, 21 de marzo de 1973.
[291] "Bonn: La Iglesia y los médicos de la República Federal Alemana, en contra de la legalización del aborto", *Nueva Rioja*, 22 de marzo de 1973.

que a la necesidad de Pinochet de conquistar la simpatía de la Iglesia católica que era contraria a los métodos de anticoncepción, pero además significaba una relación conflictiva a partir de las violaciones sistemáticas de los derechos humanos perpetradas por la dictadura (Jiles y Rojas, 1992).

De este modo, el aumento significativo de la población se convirtió en un objetivo deseable. Sin embargo, no era incumbencia del Estado poner en práctica medidas para incrementar o disminuir la natalidad del país, ya que esto era interpretado como una decisión familiar. Por lo mismo, los servicios e información sobre regulación de la fecundidad se mantendrían al mínimo y se promovería el derecho inalienable a la vida para disuadir a las mujeres de consentir el aborto como un mecanismo válido para elegir sobre su maternidad (ODEPLAN, 1979). En ese sentido, también restringió el acceso a la esterilización femenina al condicionarla a la edad de la mujer, el número de hijos que ya tuviese y la autorización de su pareja o conviviente, sumado a la resolución de una comisión médica[292]. Hay que recordar que la población chilena había aceptado notablemente las políticas de planificación familiar desarrolladas en Chile desde finales de los años sesenta, por lo que esta nueva postura estatal no fue acatada con docilidad. En 1976, algunas mujeres comentaron que en los Centros de Madres les ordenaron dejar de usar métodos para controlar la natalidad bajo el argumento de que Chile necesitaba soldados, y que la píldora y los dispositivos intrauterinos contravenían los valores religiosos y morales. Varias de ellas se negaron a cumplir con esta orden; en respuesta, los Centros de Madres utilizaron los registros médicos para identificar a las usuarias de DIU y presionarlas para acudir a sus centros de salud, donde se les retirarían los dispositivos (Pieper Mooney, 2009: 142).

En consecuencia, la concepción de la sexualidad femenina perdió el enfoque promovido durante los dos últimos gobiernos democráticos, en los que el acto sexual no estaba necesariamente ligado a la reproducción. Entre 1979 y 1985, el régimen pinochetista restableció la relación entre sexualidad y procreación con fines pronatalistas. Aunque no prohibió los programas de educación sexual, los redirigió hacia la promoción de la paternidad responsable y evitó alentar la reducción de la fecundidad. En la práctica, estos programas no se implementaron de manera efectiva, pero se reforzó la idea de que todas las prácticas sexuales debían circunscribirse al ámbito matrimonial. Aun así, en el contexto del nuevo modelo neoliberal, la venta de anticonceptivos no fue prohibida por las autoridades, pero la falta de recursos y de orientación en los consultorios limitó su accesibilidad. Por lo tanto, sólo las mujeres con medios económicos pudieron adquirirlos en farmacias, mientras que aquellas sin acceso a información ni apoyo adecuado se enfrentaron al riesgo del aborto clandestino (Jiles y Rojas, 1992).

[292] Resolución 3, Aprueba el reglamento que establece normas que señala y que deberán cumplir todas las instituciones que comprende el sector salud. Promulgada el 8 de septiembre de 1975 y publicada el 28 de enero de 1976. Disponible en Biblioteca Digital del Congreso Nacional de Chile https://bcn.cl/lSj47Y

En Curacautín, Edelmira –mencionada con anterioridad– vivió la evolución de la política poblacionista del régimen. Su primera hija nació en abril de 1973, unos meses antes del golpe de Estado, y su segundo hijo nació en junio de 1974, cuando la Junta Militar llevaba casi un año en el poder. Ella contaba que después del nacimiento de su segundo hijo, en el hospital de Curacautín le recetaron la píldora anticonceptiva para evitar embarazarse, pero no funcionó del todo bien. Un tiempo después, descubrió que "tenía tres meses de embarazo y yo seguía tomándome las pastillas". En una visita a la matrona confirmó sus sospechas y entonces en 1976 nació su tercera hija. Tras ese parto, le colocaron un dispositivo intrauterino, el que utilizó por cinco años, hasta 1980. Fue durante ese año que su marido la convenció de quitarse el DIU para que "tengamos otro hijo hombre". Sin embargo, tuvieron una hija. Es en este momento en que el relato de Edelmira nos revela el giro respecto a la regulación de la fecundidad que adoptó el régimen:

> "Después ya cuando la tuve… yo lo único que quería era que me operara el doctor. (…) el ginecólogo que había en ese tiempo… y ya yo le suplicaba "doctor, yo quiero que me opere, opéreme, doctor, si no quiero tener más hijos, no ve que mis partos son dolorosos" y un día me dice el… el ginecólogo me dice "mira, chiquilla –me dijo– ¿sabís? Yo no te voy a operar –me dijo– porque eres muy joven… eres muy joven (…) ya, si vas a tener otro hijo, *tiénelo* no más –me dijo– y después ya te pongo la T de Cobre [dispositivo intrauterino] y no te la *sacai* más po" y así fue. Y ahí tuve a la última [hija] y me volvió a poner la T de Cobre (…)"[293].

Asimismo, Eduvina, la enfermera y auxiliar paramédico de Tirúa y Antiguala, especificó que entre 1980 y 1985 se prohibió administrar a las pacientes "tratamiento para no tener bebé". En la posta rural en la que ella trabajaba "no había tratamientos orales (…), no había, no llegaba nada (…) lo único que había era el DIU y ése se lo colocaban sólo a las mujeres que tenían más de… cinco niños"[294]. Esto fue precisamente lo que le ocurrió a Edelmira, a quien sólo después de su quinta hija, el ginecólogo le instaló nuevamente el dispositivo intrauterino.

Por otro lado, y como ya se ha hablado en capítulos anteriores, no se puede olvidar la inspiración geopolítica que tenía la política de población. Ésta quedaba completamente transparentada en la Patagonia chilena y el personal de salud en ese territorio tenía bastante claridad sobre los objetivos del régimen. Eduardo, el matrón cuyo testimonio ya ha sido presentado, explicó la relevancia que tenía para el resguardo de la soberanía nacional el aumento de la población, ya no sólo en el país, sino que específicamente en la Región de Aysén:

> "(…) nosotros dejamos al libre albedrío de la familia, de la pareja, ahora no hay que olvidar que nuestra región era una región ganadera, ¿ya? Ganadera y forestal, por lo tanto, lo que querría la familia que vivía en la parte rural era mano de obra, por lo tanto, ellos tenían la cantidad que quisieran (…). Bueno, seguían los preceptos que

[293] Edelmira, Curacautín, provincia del Malleco, Región de la Araucanía, Chile.
[294] Eduvina, Los Álamos, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile.

> dice la Biblia, o sea, ten los hijos que puedas mantener o tener ¿no cierto? Para que puebles el mundo. En esa época, había que poblar la Patagonia, nuestra necesidad de hoy día, nuestra necesidad poblacional es un habitante por kilómetro cuadrado ¿ya? Hoy somos 108 mil habitantes, entonces… y en esa época, eran los mismos 108 mil kilómetros cuadrados, pero existía menos de la mitad de la población. Por lo tanto, había un habitante cada 10 kilómetros, no cuadraba (…) en esa época, no habían más de 25 mil habitantes y la población más realizada estaba en Coyhaique, Puerto Aysén (…) el 80% de la población total de la región"[295].

Muchas acciones se llevaron a cabo para desarrollar la política poblacionista del régimen, como la autorización del retiro de los dispositivos intrauterinos por parte del personal de salud sin el consentimiento de las usuarias (Pieper Mooney, 2009). Otra acción fue la retirada de afiches que informaban sobre control de la natalidad de los establecimientos de atención de salud porque se afirmaba que era la información disponible la que generaba la demanda de servicios de planificación familiar (Casas y Herrera, 2013). No obstante, los servicios de salud continuaron con los programas de regulación de la fertilidad, pero ya sin la centralidad que los había caracterizado los años anteriores. También se implementaron medidas para desincentivar el trabajo femenino sin prohibir su presencia en el mercado laboral. En esa dirección, las autoridades de la dictadura fueron reacias a la creación de nuevos jardines infantiles y dejaron el cumplimiento del derecho a sala cuna al arbitrio de los patrones en las empresas (Jiles y Rojas, 1992). Una de las disposiciones más severas fue la recomendación emitida en 1978 por el Ministerio de Trabajo, que sugería a los empleadores solicitar pruebas de embarazo y certificados de nacimiento antes de contratar a mujeres, con el fin de evaluar si estarían protegidas por derechos de maternidad. Esta práctica afectó gravemente la contratación femenina en todos los sectores. Con la crisis económica de 1982, tanto los servicios de planificación familiar como los derechos laborales y la protección por maternidad fueron percibidos como abusos del sistema (Casas y Herrera, 2013; Casas y Valenzuela, 2012). El objetivo detrás de estas medidas era simple: incentivar la contratación masculina por sobre la femenina, en coherencia con el modelo familiar promovido por el régimen, que posicionaba al hombre, en su rol de esposo y padre, como cabeza de familia. Sólo en 1987 con la Ley de Protección a la Maternidad, el Estado comenzó a pagar las bajas por maternidad, lo que hizo que la contratación de mujeres fuera menos costosa para las empresas. Las ISAPRES mantenían cláusulas muy restrictivas para cubrir los permisos por maternidad, por lo que las mujeres trabajadoras se encontraban en una situación de compleja vulnerabilidad (Miranda, Scarpaci e Irarrázaval, 1995).

Pero las acciones destinadas a fomentar la natalidad del régimen no perdurarían durante los próximos años. A mediados de los años ochenta, cuando Pinochet cumplía un poco más de diez años en el poder, fue necesario replantear el rechazo a la planificación familiar. Incluso el *Programa Socio-económico 1981-1989* ya establecía que la planificación familiar sólo se aceptaría legalmente si se usaban métodos de prevención y no de interrupción del embarazo, pero que aun así se mantendría el acceso controlado a las

[295] Eduardo, Coyhaique, Región de Aysén, Chile.

medidas de regulación de la fecundidad[296]. Durante toda la permanencia del régimen, fue la APROFA (Asociación Chilena de Protección a la Familia) la que se adjudicó a sí misma la continuidad de la educación sexual, la planificación familiar y la paternidad responsable como había hecho entre los años sesenta y principios de los setenta (Jiles y Rojas, 1992). Su táctica fue transformar su estrategia comunicacional y cambiar su lenguaje para proponer campañas educativas que el régimen no pudo cuestionar. De esta manera, sus propuestas abarcaban la promoción de la paternidad responsable, el óptimo desarrollo de la infancia y la armonía interpersonal de las parejas. Sus programas estaban destinados al personal de hospitales, educadores en escuelas y universidades y otros grupos de la población para abordar una amplia gama de temas como la prevención del aborto, la malnutrición, el abandono infantil, la delincuencia juvenil y la indigencia. Desde la Junta Militar no podían censurar sus campañas porque no incurrían en contradicciones con la política oficial al centrar sus esfuerzos en erradicar la desinformación sobre el cuerpo humano que a menudo comprometía la salud de las mujeres y derivaba en el mal uso de los métodos anticonceptivos, pero sin promover abiertamente su empleo (Pieper Mooney, 2009).

Sin embargo, las políticas pronatalistas implementadas por el régimen contribuyeron a ampliar la brecha de la desigualdad entre los sectores más ricos y los más pobres de Chile. La meta de incrementar la población perseguida por las autoridades no incluía necesariamente el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, sino que estaba centrada en el crecimiento numérico de la población. En ausencia de un Estado sólido que garantizara educación, alimentación, salud y vivienda para las nuevas generaciones, la restricción en la regulación de la fertilidad llevó a un "crecimiento hacia abajo". Dicho de otro modo, los sectores con mayores ingresos disponían de mejores recursos, información y acceso a métodos anticonceptivos a través de la medicina privada, mientras que las clases más vulnerables y empobrecidas experimentaron un aumento de nacimientos no deseados, lo que intensificó la pobreza, el hambre, incluso la carencia afectiva en el caso de muchos niños (Jiles y Rojas, 1992).

Frente a esta realidad, los médicos se posicionaron de diferentes maneras. Mientras algunos ignoraron la problemática, otros apoyaron la perspectiva de la campaña pronatalista. Asimismo, hubo quienes se mostraron preocupados por las consecuencias sociales que este eje de acción tenía. Se insistió en que los obstáculos para acceder al control de la natalidad se traducían en el incremento de las tasas de mortalidad por abortos y la apertura de un mercado negro para la venta de métodos anticonceptivos que se aprovechaba de la urgencia y desesperación de las mujeres de los sectores populares, en particular (Pieper Mooney, 2009). Otros especialistas, como el doctor Fernando Monckeberg, volcaron todos sus esfuerzos en erradicar la desnutrición en la infancia a partir del temor que la falta de la alimentación adecuada tendría en el desarrollo intelectual de estos niños. Como ha demostrado César Leyton Robinson (2024), el programa contra la

[296] *Programa socio-económico 1981-1989*, Ministerio del Interior, República de Chile, p. 27.

desnutrición desarrollado por este médico se enmarcaba dentro de un renovado darwinismo social que asociaba la pobreza con capacidades cognitivas limitadas y, en consecuencia, con un mayor riesgo a que los sectores populares representaran una amenaza social. Según esta perspectiva, una alimentación deficiente derivaba en "la baja calidad biológica de los futuros ciudadanos". Aunque esta perspectiva privilegiaba el determinismo biológico, también consideraba el contexto sociocultural en el que crecía la infancia en situación de pobreza, caracterizado por la precariedad de las viviendas, los barrios, la higiene y la nula existencia de espacios verdes. Además, señalaba que estos niños carecían de una estimulación temprana por la falta de atención por parte de sus padres, quienes se encontraban absortos en la satisfacción de sus necesidades materiales impuesta por la lógica de la supervivencia neoliberal, como explicaba Follegati (2013). En ese sentido, y siguiendo a Leyton Robinson, la mirada de Mockenberg era heredera de la tradición higienista social liberal que se remontaba hasta el siglo XIX, en la que las políticas de higiene ambiental, las reformas urbanísticas, la lucha contra la pobreza y contra las enfermedades apuntaban a evitar "la decadencia de la raza" y garantizar la productividad económica (2024: 142). Una población debilitada no estaba en condiciones de velar por la seguridad nacional o incrementar el desarrollo económico de la nación (Jiles y Rojas, 1992).

Además, a este escenario había que sumar la alta incidencia que habían alcanzado las cifras de embarazo en jóvenes adolescentes durante los años ochenta. Las autoridades sanitarias pudieron comprobar que estas madres provenían en su gran mayoría de los sectores empobrecidos de la sociedad y que apenas alcanzaban los quince años de edad, por lo que muchas se convertían en madres solteras. Eso las llevaba a abandonar la escuela y enfrentaban una vida difícil para ellas y sus hijos al verse limitadas sus posibilidades de salir de la pobreza. Frente a este escenario, se creó el Programa dirigido a adolescentes solteras en situación irregular de la Sección Adolescencia del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 1981 y 1984 (González et. al., 1984). Numerosas razones fueron esgrimidas como causas de esta problemática, desde el papel de los medios de comunicación por incentivar las experiencias sexuales entre la población adolescente. Algunos culpaban a los medios de comunicación por la presentación de imágenes de cuerpos desnudos y pornografía. Otra explicación aludía a los cambios que había experimentado la moralidad femenina al no atribuir el mismo valor a la virginidad que las generaciones anteriores. Y desde la medicina se cuestionó el doble estándar con el que la sociedad chilena medía a hombres y mujeres, el que incentivaba a los primeros a conseguir diversos encuentros sexuales a la vez que los absolvía de enfrentar las consecuencias de sus actos (Pieper Mooney, 2009).

Bajo este panorama social, el Ministerio de Educación se crearon dos nuevos decretos que abordarían la materia de la necesaria educación sexual que la población chilena necesitaba. En 1980, el decreto 4002 modificó el currículum para las escuelas de enseñanza básica para incluir contenido de la reproducción humana, y en 1981, se establecieron nuevos objetivos educaciones para las escuelas de enseñanza superior a través del decreto 300 (APROFA, 1987: 22-23). Con estas medidas se pretendía que el

alumnado aprendiera las características principales de la reproducción y la vida sexual en un esfuerzo por unir las relaciones sexuales con la paternidad responsable. Sin embargo, ninguno de estos contenidos abordó el control de la natalidad ni los métodos anticonceptivos. De la misma manera, en 1983 el decreto 362 extendió los esfuerzos educaciones a todos los niveles del Servicio Nacional de Sistemas de Salud para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual, como también a prisiones, hospitales y lugares de trabajo si era requerido (Pieper Mooney, 2009). Instituciones como APROFA respondieron activamente a las demandas del régimen, adaptando su labor a las directrices oficiales. Así, como detallan Ximena Jiles y Claudia Rojas (1992), esta institución ejecutó programas educativos en torno a la vida familiar y sexual, y en 1983 desplegó el Programa sobre Reproducción Humana y Paternidad Responsable, dirigido a adolescentes varones. Además, APROFA lanzó el Programa Padres y Maestros, que formó a educadores de párvulos en temas de planificación familiar y paternidad responsable, con el propósito de que difundieran esta información entre padres de niños en etapa preescolar. Asimismo, se difundió material informativo, como folletos y diapositivas, enfocado en la prevención del embarazo adolescente.

En consecuencia, el régimen no tuvo alternativa más que retomar la planificación familiar como parte de su política y abandonar relativamente sus aspiraciones pronatalistas, sobre todo a partir de 1985. No obstante, la sexualidad de las mujeres continuó sujeta a la maternidad y las instituciones femeninas que respaldaban a Pinochet persistieron en la promoción del papel de la madre y esposa que servía a Chile.

8.4 Los partos en el mundo rural chileno y español durante sus últimas dictaduras

Si durante el siglo XIX las mujeres fueron representadas como seres frágiles, constantemente enfermas y con defectos que debían ser corregidos, durante el régimen franquista se promovió un modelo de mujer juvenil, esbelta y alegre. Este ideal buscaba incentivar la procreación para asegurar el nacimiento de niños fuertes y sanos, criados en un entorno familiar que respondiera a los valores establecidos (Barrachina, 2003). Por lo tanto, la educación física fortalecería "los músculos pelvianos para tener un buen parto y poder dar a la Patria hijos sanos y fuertes que la defiendan con vigor y honor (los chicos), con abnegación y servicio (las chicas)" (Manrique, 2003: 99). En uno de los artículos en *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista* en junio de 1939, el doctor Francisco Luque Beltrán manifestaba que "puede asegurarse que si desde la adolescencia todas las jóvenes practicaran este ejercicio una docena de veces todos los días, los partos difíciles, dolorosos y peligrosos serían disminuídos [sic] considerablemente"[297].

La responsabilidad del éxito en los partos no recaía únicamente en el estado físico de las mujeres, sino también en la institucionalización del proceso. Según explicaron Juan Bosch Marín, Juan Pedro de la Cámara y Venancio Sáenz de Tejada (1950) durante el III Congreso Hispano-Portugués de Obstetricia y Ginecología en Barcelona, los partos en España en la década de 1940 se realizaban tanto a domicilio como en residencias

[297] "Cultura física", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, junio 1938, p. 40.

maternales. La elección entre ambas opciones dependía, además de la tradición, de las condiciones de higiene en el hogar de la gestante. Así, cuando el domicilio no cumplía con los estándares sanitarios adecuados, presentaba dificultades para la asistencia doméstica –fenómeno denominado "distocia social"– o la mujer padecía alguna enfermedad que podía complicar el parto, como cardiopatías o tumores, se recomendaba el internamiento en una residencia maternal para garantizar una atención óptima. En otras palabras, los partos considerados anormales o que presentaban complicaciones durante su transcurso se atendían en instituciones. Únicamente cuando el parto se consideraba de bajo riesgo y la vivienda cumplía con los mínimos requisitos higiénicos, se permitía su atención a domicilio.

Como ya se ha mencionado, y a pesar del aumento numérico de profesionales, durante los primeros años del franquismo las matronas perdieron autonomía al impedírseles la asistencia de los partos normales a domicilio, salvo como auxiliares del médico. José Agra Varela decía que "es necesario que la última [la matrona] conozca perfectamente su posición y sepa cuándo termina su actuación y comienza la del tocólogo" (1947: 29). El caso es que aún en 1949 más de la mitad de los nacimientos atendidos dentro del marco del Seguro Obligatorio de Enfermedad fueron realizados por matronas, aun cuando habían experimentado un leve descenso frente a los años anteriores y los médicos habían incrementado su participación (Ruiz-Berdún, 2019). Ahora bien, en el ámbito rural, en algunas ocasiones ocurría que en algunas localidades pequeñas no existía matrona, por lo que la embarazada recibía el importe de los honorarios correspondientes a la matrona y se buscaba ella misma la asistencia para el parto. Frecuentemente, acontecía en estos casos que la gestante buscara la asistencia a cargo del médico o de algún practicante, pero también algunas recurrían a parteras de sus pueblos, o como las llamaban los médicos, "una asistencia profana" (Bosch Marín, Cámara y Tejada, 1950: 16). Por ejemplo, una matrona de Castellón, Valencia, contaba que en muchos casos las familias mandaban a buscar sólo a la matrona para asistir los partos en el domicilio porque era más económico que también llamar al médico. Cuando acudía el ginecólogo privado, ya fuera por iniciativa de la matrona o no, el precio se elevaba. De todas maneras, si el parto lo atendía la matrona, ella cobraba en mano pero, cuando debía acudir el médico, era éste el que recibía el dinero y luego pagaba a la matrona la cantidad que él considerara oportuna (Alemany, 2016: 112). El cuestionamiento a la atención no profesional adecuada del parto era común en médicos que reconocían los casos que llegaban a hospitales y maternidades provenientes del mundo rural de puérperas con cuadros graves de salud y de fatal pronóstico:

> "¿Qué asistencia se prestó a tales parturientas? El noventa por ciento deben su infección a casos de intrusismo profesional; manos arriesgadas e inexpertas provocaron el trágico cuadro. Otras veces, la intervención de vecinas y familiares han sido el origen de la infección, y por último, la actuación de médicos y comadronas en casos de partos laboriosos con maniobras tocológicas derivadas de versiones, forceps [sic], etc., pueden provocar una infección puerperal que llegue a arrebatar la vida de la mujer" (Agra Varela, 1947: 46).

El Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad de 1948 estimuló el parto sanatorial porque garantizaba hasta ocho días de ingreso en una institución cerrada para partos normales, lo que amplió la contratación de matronas (Rodríguez Ocaña, 1998). Como consecuencia, a comienzos de los años sesenta, las matronas se concentraron en los núcleos urbanos dotados de centros hospitalarios (Arcas Ruiz, et. al., 1994). Además, interpretaron el trabajo en una residencia maternal o en un hospital como una liberación porque ya sus salarios no dependerían de la cantidad de partos que asistieran en el mes, su jornada laboral estaría predeterminada y tendrían el apoyo de otras matronas en caso de algún problema (Alemany, 2016).

El Seguro tenía un claro objetivo medicalizador del parto. Entre 1947 y 1949, 257.111 partos fueron atendidos en el domicilio, mientras que 15.965 fueron albergados en residencias maternales. Sin embargo, en el mundo rural, los partos atendidos en los Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia en 1947 se dividieron en 4.038 partos normales y 862 distócicos. Al año siguiente, se registraron 5.202 partos normales y 912 distócicos (Bosch Marín, Cámara y Tejada, 1950: 6). Entre ambos años hubo un incremento en el número de partos normales atendidos en estos centros sanitarios rurales. De este modo, la prevalencia del parto normal por sobre el distócico en estas instituciones podría representar el desarrollo de la preferencia de parir fuera del domicilio. A pesar de ello, de la totalidad de partos en España, muy pocos se realizaban en instituciones de sanidad, lo que se explicaba por una baja dotación de camas destinadas a maternidad, la poca o nula instrucción durante la vigilancia del embarazo, la necesidad de no abandonar la vivienda por motivos familiares y las dificultades para encontrar ayuda en las labores domésticas durante los días del parto y siguientes (Bosch Marín, Cámara y Tejada, 1950: 5). Asimismo, muchas mujeres parturientas se sentían ambivalentes porque dejar su domicilio y su familia y ponerse en manos de matronas y médicos que no conocían les hizo perder su entorno de privacidad y de cercanía que históricamente habían tenido, aun cuando pensaran que estaban más seguras en hospitales con todo tipo de recursos y una elevada tecnología (Alemany, 2016).

Ahora bien, la existencia de clínicas propias por parte del Seguro, junto con la indicación referente a la "distocia social", contribuyeron significativamente a reducir el rechazo previamente existente hacia el entorno hospitalario y a hacer imprescindible la presencia médica durante el parto (Rodríguez Ocaña, 1998). Por lo tanto, la demanda de partos institucionalizados se incrementó y aparecieron pequeñas clínicas dedicadas, en gran parte, a la atención obstétrica y la asistencia de los partos. Incluso esto motivó el desarrollo de una red de seguros privados de enfermedad que contrataban algunas familias de los sectores populares y de las clases medias. Este proceso logró que la población se familiarizara con el hospital y transformara su percepción en el imaginario colectivo, dejando de ser considerado un establecimiento con características benéficas para personas desamparadas para ser visto como una institución compleja y apropiada para todas las clases sociales (Barceló y Montes Muñoz, 2016). El proceso de medicalización de los partos en residencias maternales o clínicas privadas coincidió con el crecimiento económico en España y, por lo tanto, con la mejoría de la situación económica de muchas

familias, incluyendo los agricultores. Muchos trabajadores agrícolas que tenían un terreno más o menos extenso para el cultivo comenzaron su ascenso socioeconómico, por lo que contratar a un médico y a una matrona para atender a sus esposas durante el embarazo y asistirlas al dar a luz se convirtió en símbolo de estatus. En ese sentido, la atención privada de los partos les permitió distinguirse de aquellas personas que no tenían más alternativa que acogerse a la asistencia sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad (Alemany, 2016).

El Plan de Construcción de Residencias Maternales, implementado a mediados de los años sesenta, apuntaba a alcanzar la hospitalización maternal total para que las mujeres embarazadas beneficiarias no tuvieran que dar a luz en el ambiente inadecuado de sus hogares. Así, la institucionalización del parto avanzó de manera continua durante el franquismo, lo que queda reflejado en las siguientes cifras. Mientras que entre 1942 y 1943 sólo el 1% de los partos fueron atendidos en clínicas a través del Seguro de Maternidad, hacia finales de esa década no superaban el 6%. Sin embargo, para 1950 la cifra aumentó al 10% y, en 1953 alcanzó un 14%. Siguiendo esta tendencia, en 1969 casi la mitad de los partos en España se realizaban fuera del domicilio y eran acogidos en centros de salud, lo que representaba el 45% de todos los nacimientos en el país (Rodríguez Ocaña, 1998).

Como contaba Paula, nacida en 1939 en Urdanta, una aldea de la provincia de Logroño, muchas mujeres querían dar a luz en casa porque era lo que habían conocido, aun cuando se hubiera masificado la hospitalización del parto. Ella misma tuvo sus dos primeros partos en su vivienda ubicada en Bañares, el pueblo donde se trasladó al casarse, a principios de los años setenta. Allí, en el nacimiento de su hija mayor, la asistieron el médico y el practicante y, en el parto de la segunda, dio a luz con la ayuda del practicante, su cuñada y su suegra. No obstante, la tercera y última hija nació en la Clínica Velásquez, en Logroño capital, en 1976. Al pedirle comparar ambas experiencias, ella afirma rotundamente que le gustó mucho más parir "en la clínica porque no me enteré de nada (…). Yo creo que no me pusieron nada [anestesia], pero ni me enteré. Llegué allá, me tumbaron no sé dónde y enseguida nació. ¡Ay qué bien, por Dios! (…) Con la primera me quería tirar por la terraza del dolor que tenía!"[298]. Respecto a sus embarazos, Paula afirmó que nunca los controló con el médico ni con la matrona y tampoco llevó a sus hijas a control. Al preguntarle los motivos, señaló que "no sabía y nadie me dijo que iría" y que, en todo su primer embarazo, nunca se sintió mal, por lo que nunca recurrió al médico. Así, su primer embarazo transcurrió naturalmente "como las vacas: cuando salió, salió". Del mismo modo, al nacer su hija, hizo lo que le pareció bien. Incluso a la primera niña le dio de comer papillas antes del tiempo aconsejado porque sus pechos no tenían leche, entonces, no podía amamantarla. De este modo, su madre –que estuvo viviendo con ella durante ocho días después que nacieron las primeras niñas para cuidarla y ayudarla– al

[298] Paula (04 de julio de 2024). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Grañón, provincia de Logroño, La Rioja [Grabación en dispositivo móvil].

notar que la hija mayor no era bien amamantada, le dio "sopas de pan porque no tiene más que hambre (…) como lo que nos había dado a nosotros de pequeñas"[299].

Esto es algo que jamás habría hecho Lola, quien nació en 1932 en Melias, provincia de Ourense, pueblo en el que ha vivido toda su vida. A lo largo de su relato, repitió en reiteradas ocasiones que su primer hijo lo tuvo a los veintinueve años, pero que antes sufrió un aborto espontáneo. Contaba que nunca supo que debía controlarse y desconocía que había cosas que no podía hacer durante el embarazo, como beber alcohol:

> "(…) porque me encontraba mareada, decía… mareo, bueno, pero eso era el embarazo… o sea que por el embarazo a uno le daba… y otra cosa… que tenía unas botellas, tenía botellas así de bebidas, pero llenas de licor café que hacíamos en casa, licor café y aguardiente compuesta que… que le echan unas hierbas y teníamos aquello y yo me encontraba con mareos y cogía la botella y decía "para que me mareo" (risas)… eran mareos del embarazo (…) es el primer embarazo que fue una tontería no revisarse… claro, no mirar, no tratarse… claro que hay que tratarlos… los embarazos… pero no, nosotros… "es cosa del embarazo… estar mareado, me encuentro malo, eso es cosa del embarazo"[300].

Se puede inferir en su testimonio que atravesar la experiencia del aborto tuvo un impacto crucial en su vida como madre porque luego aceptó sin dudar la intervención de los médicos y las instituciones sanitarias en sus embarazos, sus partos y en la crianza de sus hijos. Así, respecto al nacimiento de sus dos niños, aclaró que "yo ya fui una predilecta… ya hice todo más bien que nadie (…). Yo ya fui al especialista, fui al sanatorio, nacieron en el sanatorio los dos"[301]. Respecto a estas situaciones, médicos como el ya citado José Agra Varela consideraban que "la realidad de la vida ha sido la mejor experiencia, la pérdida de un hijo las hace [a las madres] después escrupulosas en exceso, pero bien está si ello sirve para cuidar aquella vida que tanto representa para ella y para la Patria" (1947: 43). En esa dirección, y en relación con el control de salud sobre sus hijos, Lola afirmó que "se criaron pues lo que ordenaba el especialista, tanto de biberón, tanto de aquello, tanto de lo otro. Después ahora de todo, desde los seis meses, comer de todo. Todo en puré, pero a los seis meses había que meterle de todo"[302]. El miedo que había vivido con el aborto le hizo depositar su completa confianza en la ciencia en los temas relacionados al ámbito reproductivo y cuestionar el trabajo de las parteras tradicionales. Esto quedaba reflejado al hablar sobre los partos de su hermana Carmen, quien vivió cuatro partos en el pueblo con una comadrona y el último en el sanatorio: "la señora Serafina… atendió los partos de mi madre (…) una aficionada como yo que no sabe nada. Sí, sí, la ayudaba sabe Dios cómo. (…) hacía lo que se le ocurría"[303].

---

[299] Paula, Grañón, provincia de Logroño, La Rioja.

[300] Lola (05 de julio de 2023). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Melias, provincia de Ourense, Galicia [Grabación en dispositivo móvil].

[301] Lola, Melias, provincia de Ourense, Galicia.

[302] Lola, Melias, provincia de Ourense, Galicia.

[303] Lola, Melias, provincia de Ourense, Galicia.

A diferencia de Lola, Eulogia dio a luz a sus tres hijos en su domicilio. El primer parto fue atendido por una matrona que vino de la ciudad de Ourense y el médico del pueblo. El tercero, por el médico también. Pero el segundo fue asistido por una comadrona de la localidad, en la que Eulogia confiaba plenamente. Se llamaba Teresa y era "una señora (…) que vivía al lado y era la que recogía a los niños todos de la Valenzana, hacía de comadrona, yo nunca le vi morir a un niño a esa señora, ¡jamás!"[304]. Otras mujeres confiaban también en las parteras de los pueblos. Un claro ejemplo de ello es la historia de Nieves[305], quien nació en 1932 en un pueblo de la provincia de Ávila llamado Casasola. Su primer hijo lo tuvo a los veintidós años, en 1955, en casa de su padre en el pueblo, y tuvo que venir el médico –que vivía en un pueblo cercano llamado Martiherrero– a asistirla porque el bebé no quería salir. Asimismo, su segundo hijo nació en el domicilio que tuvo después junto a su marido y, en esa oportunidad, la atendió la comadrona de Casasola, en quien tenía plena confianza porque tenía mucha experiencia atendiendo los nacimientos de los niños en el pueblo. Del mismo modo, Amelia, también de la provincia de Ávila, pero nacida en la localidad de Cortos en 1927, respaldaba a las parteras del mundo rural: "es que antes había señoras que sabían tanto como el médico. Yo tuve una tía, hermana de mi padre, que daba clases a los médicos según nacían los niños"[306].

Amelia tuvo cuatro hijos: tres niñas y un niño. La primera nació cuando ella tenía vienticuatro años, en 1951. Las siguientes en 1953 y 1956, y el último en 1963. Sus tres hijas nacieron en casa de la madre de Amelia y con ayuda del médico porque la primera venía en posición de presentación de nalgas y la segunda tardó en nacer y casi se asfixia. La tercera representó un parto fácil y el último niño nació en un hospital. Aunque ella quería dar a luz en casa, su madre y su marido arreglaron todo para que fuera internada en el centro hospitalario. Allí permaneció internada ocho días, como se prescribía comúnmente a las madres, pero su experiencia estuvo marcada por la violencia obstétrica (Gallardo Duarte, 2024), lo que refleja que no siempre la experiencia hospitalaria era más segura que el parto domiciliario:

> "Bueno, me pongo de parto. Dice la comadrona [la matrona], dice: "¿habla usted mal de mí?" Digo: "Yo no". Digo: "Es la primera vez que vengo". Y dice: "Bueno, pues veremos a ver si de aquellas historias logra tener". ¿Qué hizo? Me *le* sacó con ventosa y al dar el tirón (…) me sacó la vejiga fuera, me la dejó suelta y me abrió la columna (…). Me tuvieron… se llevaron cuatro horas hasta que me colocaron bien la vejiga (…) y vino un médico nuevo, me estuvo mirando y dice: "(…) tienes la vejiga suelta y hay que operarte". Me operé de la vejiga, quedé bien, y dice: "no la ponemos en tratamiento pa' operarla de la columna" y digo "no" porque antes no habían los adelantos que hay ahora (…) y unas cuantas que se operaron de así de los pueblos que nos conocíamos todos se murieron… después de hacerle dos o tres operaciones. ¿Y

[304] Eulogia, A Valenza, Ourense, Galicia.
[305] Nieves (13 de marzo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Ávila, Castilla y León [Grabación en dispositivo móvil].
[306] Amelia (13 de marzo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Ávila, Castilla y León [Grabación en dispositivo móvil].

sabe usted lo que pensé? Digo: "Yo pa' irme al hoyo siempre y cuando tengo tiempo". No me opero"[307].

Los testimonios de las madres sobre sus experiencias de parto permiten identificar una variedad de opiniones y preferencias en relación con la institucionalización de este proceso. En varios relatos se evidencia una transición del parto en el hogar hacia su realización en una residencia maternal o un hospital. Entre las mujeres que experimentaron ambas prácticas, la mayoría tuvo partos domiciliarios, una costumbre que generalmente cambió en su último embarazo, como fue el caso de Paula (Logroño) y de Amelia (Ávila). Por el contrario, Lola (Ourense) dio a luz en un sanatorio a sus dos hijos, mientras que Eulogia (Ourense) y Nieves (Ávila) siempre dieron a luz en sus hogares o en casa de sus padres, aun cuando fueran asistidas por profesionales sanitarios. En muchos casos, la elección del lugar de parto respondió a sus decisiones personales, el acceso a un seguro privado o a la cobertura de la seguridad social. A pesar de ello, en otras ocasiones, la falta de conectividad con centros de salud debido a la lejanía de los lugares que habitaban representó un factor que comprometió el bienestar o la vida de las mujeres y sus hijos. Este era un problema públicamente identificado por los médicos en el ámbito rural y proponían "crear una vasta red nacional de ambulancias con equipos de urgencia que puedan acudir en caso de necesidad desde la capital más próxima a cualquier punto de nuestra España" (Botella Llusiá, 1943: 56). Como es evidente, esto no sucedió y la ausencia de medios de comunicación como la telefonía en algunos pueblos lo complicó aún más.

En 1940, Nieves tenía ocho años cuando su madre falleció durante un parto. Según relataba, las complicaciones surgieron repentinamente y, al no contar en esa época con coches ni teléfonos para contactar al médico, su padre tuvo que ir desde Casasola hasta Ávila montado en un burro para ir a buscarlo. Claramente, el tiempo que tardó fue excesivo, "así que cuando quiso llegar, ya no hubo remedio"[308]: tanto la madre como el niño habían fallecido. Desde entonces, Nieves asumió la responsabilidad de criar a sus seis hermanos y de atender a su padre en casa, con el apoyo de su abuela paterna. Por otra parte, Paula comentaba que, en caso de dificultades durante el parto o de alguna enfermedad, era necesario recorrer siete kilómetros desde Urdanta hasta Ezcaray a caballo para buscar al médico. Esta situación motivó a sus padres a dejar la aldea y trasladarse a Santo Domingo de la Calzada, una localidad más grande que contaba con la presencia de un médico[309].

Chile también experimentó el incremento sostenido de la institucionalización del parto durante la segunda mitad del siglo XX, especialmente a partir de los años sesenta y setenta, como ya se ha revisado en el capítulo cuatro. Durante la dictadura de Pinochet, las políticas de salud reforzaron la atención al binomio materno-infantil y apuntaron a incrementar la cobertura profesional del parto. Así, si al instaurarse el régimen en 1973 la

[307] Amelia, Ávila, Castilla y León.
[308] Nieves, Ávila, Castilla y León.
[309] Paula, Grañón, provincia de Logroño, La Rioja.

atención profesional del parto representaba el 85,1% de los nacimientos, esta cifra alcanzaba el 98,8% al finalizar su permanencia en el poder (MIDEPLAN, 1991: 31). No obstante, Germán Villagrán y María Candia (1982) ya habían comprobado que en algunas regiones del país el total de los partos realizados en centros de salud era mayor a los que se contabilizaban, a raíz de un registro erróneo que distorsionaba el número de partos domiciliarios en el registro civil. Por esta razón, el porcentaje de atenciones profesionales de los nacimientos en las instituciones sanitarias era mayor del que transparentaban los indicadores oficiales.

El fomento de la institucionalización del parto estuvo intrínsecamente vinculado con la necesidad de reducir los índices de mortalidad materna e infantil, lo que iba de la mano con los objetivos de la política poblacional del régimen. Este objetivo se persiguió a través del aumento de personal sanitario –principalmente, médicos y matronas–, la implementación de reformas en la infraestructura hospitalaria destinada al área de maternidad y la creación de centros de atención primaria de salud en comunidades rurales o en sectores con población vulnerable. De todas maneras, a pesar de la cada vez mayor creación de centros sanitarios, la cantidad de la población rural y su dispersión en determinados territorios influyeron directamente en la cobertura del parto institucionalizado. En definitiva, la gran cantidad de población rural en regiones del centro-sur chileno y los obstáculos propios de las características geográficas fueron determinantes en el acceso a la atención hospitalaria inmediata. Sin embargo, no es posible asumir que sólo la distancia con los centros de salud era la responsable de que no existiera un 100% de partos atendidos por profesionales, ya que también había madres gestantes que eligieron voluntariamente continuar confiando en el trabajo de parteras con experiencia que habían atendido a vecinas o a generaciones anteriores de su familia. Frente a este panorama, las matronas y el cuerpo médicos de los centros de atención de salud expresaban clara reticencia a la continuidad de los partos fuera del hospital. Para ellos, el parto domiciliario era equivalente a la muerte del recién nacido y de su madre, por lo que insistían en la importancia de los controles a las embarazadas y de acercarse al hospital para dar a luz (Águila González, 2018).

Por ejemplo, en los años setenta, en el Hospital de Nueva Imperial, en la Región de la Araucanía, el 20% de los partos eran catalogados como partos distócicos y de ellos, el 87,4% terminaron en operaciones de cesáreas[310]. Respecto a los controles prenatales en el mismo territorio, el 17,5% de las mujeres cuyos partos fueron atendidos en el centro hospitalario no recibieron controles prenatales. De ellas, el 61% provenía de una localidad rural frente al 39% del mundo urbano (Reyes et. al., 1983). Por otra parte, en la provincia

[310] Existen diversos estudios que analizan la incidencia de cesáreas en los partos y su cuestionado incremento, aun cuando la Organización Mundial de la Salud ha declarado que un país no debería superar el 15% de estas intervenciones y que, en la actualidad, se realizan 850.000 cesáreas que podrían evitarse. Uno de los motivos más esgrimidos son las ganancias económicas que generan, sobre todo en los centros de salud privados (Vanegas López et. al., 2021). Entre 1990 y el año 2000, Chile pasó de un 29,7% a un 36,7% de cesáreas en el total de nacimientos. Para el año 2007, ya llegaba al 40%. De ese porcentaje, el 30% correspondía al sector público y el 60% al sector privado (Salinas et. al. 2007).

de Linares, Región del Maule, en 1985, se registraron 4.845 partos, correspondiendo 4.619 a instituciones hospitalarias y 187 a partos no institucionalizados. De este último grupo, 136 ocurrieron en el domicilio de la madre. Los 51 restantes no alcanzaron a llegar al hospital y transcurrieron, en su gran mayoría, en una ambulancia. De los partos domiciliarios, la mayoría de las madres tenía entre 21 y 25 años y todas eran multíparas, es decir, habían tenido otros partos previos en sus hogares. Frente a todos estos antecedentes, hay que mencionar que las tres causas principales de no haber recurrido ellas al hospital fueron, en orden descendente, la presentación de un parto inminente, el desinterés materno y la ruralidad extrema (más de 20 kilómetros de una posta o consultorio de salud rural). Las siguientes razones que lo explican son los problemas familiares que rodeaban a la madre y, luego, la existencia de una partera en el lugar en el que habitaban (Skarmeta et. al., 1987).

En Curacautín, la ya presentada Edelmira dio a luz a su primera hija en el campo con la ayuda de su suegra y su padre. Explicaba que era la única opción que tenía porque "antes pa' llegar a los hospitales era en carreta no más po, no había otro medio". Además, no tuvo opción de considerar si quería un parto atendido en el hospital porque el nacimiento de la niña se adelantó dieciocho días de la fecha estimada que tenía mente:

> "(…) la experiencia más fea que he vivido en mi vida ha sido ésa… porque a mí mi *guagua* como que se me despegó, me faltaban dieciocho días pa'l tiempo que yo tenía que tener mi hija (…) y juntando leña para llevar para la casa y mi viejo estaba tirando avena de la casa de mi papá pa' la casa de nosotros y resulta de que ahí… yo hice este así [hace el movimiento corporal] y da el golpe la carreta, cae en un balconcito así y yo sentí que algo me habían tirado de acá [indica el lugar de su cuerpo en el abdomen], pero yo no tenía idea po qué es lo que podía ser. ¡Y me dolió mucho! Y empecé con el dolor, con el dolor, con el dolor… y ya mi suegra… me empezaron a tironear como tirar un ternero así po cuando… para poder tener mi *guagua*, para que me la sacaran… y asustá porque no sabía qué diablos…"[311].

Tras esa experiencia, en sus embarazos posteriores Edelmira acudió a todos los controles maternales correspondientes en el hospital de Curacautín. Además, llevó a sus hijos para que fueran examinados, como le habían explicado que era necesario hacer. En este establecimiento, la matrona le proporcionaba leche y calcio para su consumo durante la gestación, lo que Edelmira consideró de gran valor. Ella misma reconoció desconocer, durante su juventud, la importancia del calcio en las mujeres embarazadas, lo que atribuyó a la falta de controles médicos en su primer embarazo, situación que le ocasionó la pérdida de varios empastes dentales. Por otro lado, eran las mismas matronas –todas oriundas de la misma zona– las que asistieron todos sus siguientes partos.

En algunas ocasiones, eran los mismos profesionales que trabajaban en los servicios de salud los que presionaron a las parteras para que abandonaran su oficio, con el propósito de restringir las opciones de las mujeres rurales y obligarlas a asistir a los centros hospitalarios. Este fue el caso de una partera en la comuna de Los Lagos, Región

[311] Edelmira, Curacautín, provincia del Malleco, Región de la Araucanía, Chile.

de los Ríos, que fue amenazada por las matronas del hospital. Le dijeron que sería denunciada a la policía por ejercicio ilegal de la medicina para que la encarcelaran si volvía a asistir un parto nuevamente, tal como ya habían hecho con otra mujer, lo que motivó su retiro del oficio (Águila González, 2018: 90-91).

Para el sistema de salud, el problema no residía precisamente en el parto domiciliario, sino más bien en la nula asistencia profesional del mismo. Aunque el hospital era presentado como el lugar más seguro en cuanto a tecnología y condiciones higiénicas por las complicaciones que podían surgir tanto para la madre como para el recién nacido, algunas veces no era posible trasladar a las madres a los centros hospitalarios. En esos casos, era la auxiliar paramédico la que se acercaba al domicilio de la parturienta, como le ocurrió en reiteradas ocasiones a Eduvina en Tirúa o en Antiguala, en la Región del Bío-Bío. Como este era un escenario recurrente, antes de comenzar a trabajar en las postas de salud rural, hizo la mayor parte de su práctica profesional en el área de maternidad del Hospital de Cañete para aprender a asistir partos y atender a los recién nacidos en caso de alguna emergencia. Ella afirma que había que ir a los domicilios a asistir los partos porque la posta no contaba con un medio de transporte para trasladar a las mujeres al centro de salud: "había que ir a las casas porque, además, ¿cómo las ibas a traer? (…) Teníamos un paquete de parto (…) donde venía todo para atender el parto: guantes se tienen que llevar, todo el asunto, una cajita donde se llevaban los materiales y el paquete de parto, ése no tenía que faltar, siempre había dos"[312]. De este modo, si se utilizaban, había que pedir inmediatamente su reposición.

Ahora bien, cuando se trataba de comunidades mapuche, la desconfianza a la medicina profesional resurgía y las profesionales sanitarias lo notaban, así que creaban estrategias para acercarse a ellas: "más encima la gente era mapuche ¿se fija? Más mapuche, entonces tenían mucho miedo y preferían que la partera le atendiera el parto, que la machi[313] le atendiera… entonces era como difícil llegar, había que competir [con la partera]"[314]. Esto motivó a Eduvina a conocer personalmente a las parteras del lugar y hablar con ellas para que las mujeres se convencieran de acudir al centro de salud o al hospital: "yo conocía a todas las parteras que habían, conversaba con ellas, o sea, igual así amena porque si no, no funcionaba la cosa (…) tenía que conversar con ellas, igual después ellas empezaban a mandar a las señoras que se fueran a tener su *guagüita* allá [al hospital]". De esta manera, ella cumplía su papel como profesional sanitaria: incentivar el

[312] Eduvina, Los Álamos, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile.

[313] Según Ángela Castellano, las machi son las intermediarias entre el mundo mapuche y el mundo sobrenatural. Sus espíritus protectores les entregan poderes para combatir a los espíritus malignos. De este modo, son capaces de velar por el bienestar sus enfermos y la comunidad. Generalmente, suele usarse el término "machi" en femenino porque la mayoría son mujeres. Pero, además, los hombres también tienen el espíritu femenino, por lo que se respeta el singular de acuerdo con el mapudungun, la lengua mapuche (2007: 65).

[314] Eduvina, Los Álamos, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile.

parto institucional y abandonar paulatinamente la costumbre del parto domiciliario en manos de una comadrona. O como las llamaba Lola, en Ourense, "una aficionada".

Pero la lejanía de los centros de salud, como las postas rurales, para las familias que habitaban territorios sin la conectividad adecuada muchas veces impedía el parto institucionalizado. La atención de urgencias que significaban traslados a hospitales con mayor infraestructura y profesionales requerían de ambulancias que muchas veces eran incapaces de llegar a tiempo por el mal estado de los caminos, imposibles de transitar en invierno al estropearse con las lluvias y el barro. Esto se sumaba ya al precario transporte con el que contaban los habitantes del mundo rural más aislado, generalmente compuesto por carretas tiradas por caballos. Estos factores fueron los que dificultaron a una joven entre diecisiete y dieciocho años para recibir la urgente atención médica que necesitaba cuando iba a dar a luz en Tirúa entre 1976 y 1977. Eduvina relataba la impresión que le dio encontrarse con aquella compleja situación:

> "(…) una niña que la dejaron en la casa que llegó como a los tres días a la posta y ella tuvo a su *guagüita* y cuando yo se la saqué, venía asomada así la guagua ¿se imagina? Así como cortada la carne de la cabecita y salió y la niña viva, la mujer viva, pero con así cada pierna porque tenía una preeclampsia, pero severa ¿y sabe qué? Yo llamé a la ambulancia cuando llegó la niña y el señor llegó con ella en carreta, un caballero, un hombre humilde. (…) y llegó como a las cinco de la tarde la ambulancia ¡olvídese! Si no pueden pasar, que volviera para acá, ¿y sabe qué? Yo le saqué la guagüita y… muerta, no sé cuántos días tenía la guagüita, y se fue y a ella la llevaron a Concepción. Llegó como a los tres meses, pero quedó con una… un problema mental, quedó… no quedó normal la niña".

Casos como el de esta joven resultaban imposibles de prever cuando el parto se complicaba después de iniciado el proceso. Aunque durante el embarazo hubiera sido factible identificar anomalías que anticiparan futuras complicaciones, no se realizó ningún control prenatal. Este grado de exclusión afectaba a un sector de la población rural, lo que generaba riesgos para su salud y repercutía en los objetivos del régimen, que perseguía la modernización del país. La diversidad geográfica chilena dificultaba un desarrollo homogéneo, ya que la ausencia de infraestructura para satisfacer las demandas sanitarias en regiones extremas contrastaba con la disponibilidad de servicios en grandes ciudades como Santiago de Chile o Concepción, ubicadas en la zona central. Una de estas regiones era Aysén, donde la alta insularidad repercutía en el aislamiento de sus habitantes. Muchas veces acontecían emergencias que eran resueltas a partir de la improvisación, en la que el personal profesional debía resolver situaciones críticas con los escasos recursos a los que tuviera acceso. Así como Eduvina en la Región del Bío-Bío enfrentó en diversas ocasiones la complejidad relacionada con la conectividad, Eduardo –matrón de quien se ha hablado más arriba en este capítulo– debió actuar con rapidez frente a situaciones muy peculiares:

> "una vez llegó… un practicante (…) llegó en un barco como a las cuatro de la mañana, me fueron a buscar y me trajeron una caja de zapatos, una cajita de zapatos con algodón y adentro venía un fetito, ¿ya? Un feto de alrededor cinco meses. Bueno, hicimos todo lo posible, después no tuvo ningún tipo de daño porque venía con

> guaterito [bolsa de agua caliente], venía bien… y cuando llegamos nosotros a ese hospital no había incubadoras, ¿ya? Cuatro incubadoras en el subterráneo guardadas que estaban en desuso (…) Así que, de cuatro incubadoras, hicimos dos. Con la ayuda de unos maestros por ahí, hicimos dos. Controlábamos la temperatura, el oxígeno no había manera de medirlo el oxígeno, por lo tanto, muchas veces teníamos hasta dos prematuros con diferentes necesidades de oxígeno, temperatura, pero no se nos murió ni uno, ¿ya? (…) de Puerto Ibáñez a Chile Chico son dos horas y media, tres horas en el barco y si no hay barco, en esa época no existía la Armada, por lo tanto, no existían patrulleras de alta velocidad o… sino que teníamos que recurrir a la buena voluntad de los capitales [empresarios con barcos], ¿no cierto? Y salir, zarpar para poder salvar una vida.[315]"

Diversos factores complicaban la atención sanitaria en zonas geográficas aisladas. Además de la escasez de hospitales y centros de atención de salud completamente equipados, se sumaban las dificultades de transporte y la ausencia de ambulancias permanentes en aquellas inmediaciones. Hay que considerar también que las políticas económicas durante la dictadura contribuyeron a profundizar las desigualdades sociales, lo que impactó fuertemente a las comunidades rurales. El nuevo sistema neoliberal priorizó la privatización y centralización de los servicios de salud en las ciudades y, en consecuencia, la inversión en áreas rurales y periféricas disminuyó (Vargas-Cárdenas y Leiva-Vargas, 2021). A su vez, la presencia de médicos, enfermeras y auxiliares paramédicos resultaba limitada debido a que las mejores condiciones laborales y salariales se concentraban en las ciudades. No obstante, las regiones de la Patagonia como lo eran Aysén y Magallanes eran un atractivo para algunos profesionales que decidían trasladarse a estos territorios porque los salarios eran más altos por el incentivo asignado a zonas extremas (Peña et. al., 2015). Aun así, los pequeños pueblos ubicados en la zona austral solían compartir al único profesional que permanecía en la posta de salud rural más cercana, quien asumía la responsabilidad de atender a toda la población, incluso en sus domicilios. En ese contexto, con frecuencia la demanda hacia el personal sanitario era requerida simultáneamente por diferentes personas, como en el caso de un parto.

Genoveva, una de las primeras habitantes de La Junta, localidad fundada en 1963 al norte de la Región de Aysén, relató que la posta de salud rural se instaló en el pueblo en 1974, un año después del golpe de Estado. El único profesional sanitario que permanecía de forma permanente en este centro de salud era un auxiliar paramédico llamado Juan. Según su testimonio, en una ocasión, un grupo de personas que vivían a varios kilómetros de La Junta acudió a la posta a caballo para solicitar la ayuda de Juan ante una emergencia. Durante la ausencia del auxiliar paramédico, Genoveva divisó a una mujer en evidente trabajo de parto que caminaba con dificultad junto a su esposo cerca de la casa de su cuñada. Ante esta situación, decidió asistir a la mujer en el parto, a pesar de no contar con experiencia previa. Genoveva señaló que, aunque nunca había asistido un parto, había crecido acompañando a su abuela, quien ejercía como comadrona, lo que le permitió aprender de ella mediante la observación. En su relato, es posible inferir la importancia que

[315] Eduardo, Coyhaique, Región de Aysén, Chile.

tenía la higiene: "'tráeme agüita de alcohol" y me corté bien las uñas con el miedo, me limpié bien las uñas y me lavé bien las manos con alcohol, bien desinfectadas las manos para poder uno meter mano"[316]. Su constante preocupación por la higiene y el miedo a que la madre o el recién nacido sufrieran alguna infección respondían a todo lo que había aprendido "nada más mirando lo que la abuelita hacía". Así, Genoveva explicó con orgullo el trabajo que hizo para que ese niño naciera bien:

> "(…) yo traté de hacer lo que yo le veía que hacía ella, claro, lo que traté, y en eso, ya listo, la guagüita asoma la cabecita y que logra salir la cabecita y me logro pescar de aquí, de esta cosita y ¡paff! ¡Para afuera! "Tijeras"– dije yo. Cortamos [el cordón umbilical], lo empaquetamos, lo lavamos, y en la tarde, yo le dije "tenlo aquí– dije yo– porque la placenta no se nos puede quedar, se va para adentro y ahí sí que… así que atiéndeme el chiquillo, lávamelos y yo voy a tratar" (…) así que logramos a sacar toda y en un paño, llegamos, se la dejamos toda así, a Juanito, envuelto que lo vea, todo lo que hicimos (…) sacamos ese bebecito, un hermoso niño hombre (…) Juanito llegó y ya Juanito se fue para abajo corriendo "¡a ver!, ¿qué hiciste, cabrita?", me decía (ríe) (…) "Qué embarrada te mandaste?, a ver" y fue, revisó el niño, el ombliguito. Fue buena idea, buen porte, se la amarramos bien, el chiquillo limpiecito, la chica botó todo lo que tenía que botar, "está impeque –nos dijo–. Aquí va a tener que ser mi ayudadora de aquí en adelante, cuando… yo no te voy a dejar tranquila– me dijo–. Va a tener que venir"[317].

Si desde los centros de atención de salud el rechazo hacia las comadronas era explícito porque arriesgaban la salud de las madres y la infancia y no contribuían al incentivo de la institucionalización del parto, el caso de Genoveva ejemplifica claramente que las circunstancias excepcionales del aislamiento geográfico podían disolver los límites establecidos por las normativas legales del Ministerio de Salud. Desde ese momento, el auxiliar paramédico de La Junta delegó algunas atenciones maternales en Genoveva cuando él era solicitado en otros casos fuera de la posta de salud rural. El contraste con la amenaza que hicieron las matronas del hospital de Los Lagos a una partera del pueblo es indiscutible. La falta de transporte y los problemas de conectividad, por una parte, y la falta de un número de profesionales suficientes por lo extrema de la Región de Aysén y su densidad poblacional, por otra, facilitaban que estos acuerdos entre profesionales validados por la ciencia y mujeres con conocimientos basados en la tradición y saberes populares convivieran en armonía.

Aunque la expansión de las instituciones de salud y la masificación del acceso a ellas, especialmente en torno a la salud materno-infantil, fue continuada durante los regímenes de Franco y Pinochet, esto no impidió la continuidad del ejercicio de partera en las zonas rurales. Si bien las políticas poblacionistas de ambas dictaduras requerían de la institucionalización del parto con el objetivo de modernizar el país y asegurar la reducción de la mortalidad materna e infantil para garantizar el aumento de la población sana, las

[316] Genoveva (07 de mayo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. La Junta, Región de Aysén, Chile [Grabación en dispositivo móvil].
[317] Genoveva, La Junta, Región de Aysén, Chile.

condiciones de la vida en el mundo rural no permitieron el total reemplazo de las prácticas tradicionales sobre los procesos biológicos de las mujeres de la manera en que ocurrió en el ámbito urbano. El insuficiente número de centros de salud en las zonas rurales, la falta de profesionales sanitarios, la distancia entre éstos y los lugares en los que habitaban las mujeres como la inferior densidad poblacional y la escasez de medios de transporte fueron algunas de las razones que permitieron que la evolución de la institucionalización del parto fuera mucho más lenta que en las ciudades. Además, algunas mujeres continuaron depositando su confianza en las prácticas tradicionales sobre el embarazo y el parto por miedo a la medicina moderna e institucionalizada. No será hasta avanzados los años noventa en Chile que la institucionalización del parto se convertiría en una práctica consolidada tanto en las áreas urbanas como rurales (Águila González, 2018). En España, este proceso experimentó un notable impulso con la consolidación de la sanidad pública y la construcción de hospitales durante los años setenta. El nuevo protagonismo del Estado en la atención sanitaria facilitó la transición hacia la institucionalización del parto hasta lograr que el 99% de ellos ocurriera en centros hospitalarios a principios de los años ochenta (Camargo y Bernis, 2013).

CAPÍTULO IX: LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL MUNDO RURAL A TRAVÉS DE LA SECCIÓN FEMENINA, LA SECRETARÍA NACIONAL DE LA MUJER Y CEMA-CHILE

Si durante ambas dictaduras española y chilena se instauró un discurso tradicional y conservador sobre el papel de la mujer como madre y esposa, eso fue posible porque ambos Estados contaron con instituciones femeninas que gestionaron la participación de las mujeres dentro de los límites establecidos para ellas. Aunque provinieran de sujetas femeninas, la identidad que se reforzaba constantemente no escapaba de la figura de la madre y restringía considerablemente el campo de acción y expectativas que los gobiernos derrocados en España y en Chile, incluyendo las voces científicas que respaldaban sus políticas, habían intentado modelar para ellas.

Para profundizar en la construcción de la maternidad durante los regímenes en ambos países, el primer epígrafe revisa los discursos dirigidos a las madres españolas y chilenas en la prensa de la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer, seguido por un nuevo apartado que reflexiona sobre las contradicciones que el ideal de madre promovido por el franquismo y el pinochetismo generaba al tensionar con la situación socioeconómica que experimentaban España y Chile. La tercera sección acerca el análisis al mundo rural y la construcción que las instituciones femeninas de ambas dictaduras levantaron sobre las mujeres que lo habitaban.

Por último, se revisan las acciones concretas que la Sección Femenina por parte de España y la Secretaría Nacional de la Mujer en conjunto con la Fundación CEMA-Chile desplegaron para atender la salud materno-infantil en el medio rural de sus respectivos países y las distintas estrategias que utilizaron para mantener su influencia en aquellos sectores donde la ausencia del Estado era notoria. A partir de sus respectivas experiencias, se encuentra un hilo común.

9.1 El discurso hacia las madres en las revistas de la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer

En alianza a la política pronatalista implementada por el régimen franquista, fue necesario incentivar la construcción de un discurso conservador que se centrara en la maternidad como la característica fundamental de la definición de feminidad y el significado de ser mujer. Por esta razón, la propagación de valores y enseñanzas tradicionalmente femeninas, además del incentivo de la natalidad, fue realizada a través de los discursos de las autoridades franquistas, las instituciones del Estado, la Iglesia católica, el sistema educacional y el ámbito sanitario, principalmente (Di Febo, 2003; Muñoz Ruiz, 2003; Roca i Girona, 2003). El objetivo era lograr que las mujeres españolas asimilaran un ideal de mujer basado en los principios cristianos, aspiraran siempre al matrimonio y a la maternidad como meta vital y se convirtieran en esposas dependientes y subordinadas a sus maridos (Roca i Girona, 1996; Rabazas y Ramos, 2006). La consolidación de la sociedad que el Nuevo Estado quería disponer necesitaba de la labor de las mujeres en sus hogares, tal como Francisco Franco reconocía en su Mensaje de Fin de Año en 1949:

> "Yo agradezco en esta solemnidad esos sacrificios ocultos que se han venido ofreciendo en el santuario de nuestros hogares. Las mil renunciaciones de nuestras santas mujeres, modelo de abnegación y de trabajo silencioso, a esas fecundas y ejemplares familias españolas, base de nuestra sociedad cristiana, y a cuantos con el esfuerzo diario realizan la tarea de engrandecer a la Patria"[318].

Como ya se ha venido explicando, el valor de las mujeres durante el franquismo estuvo intrínsecamente asociado a su capacidad reproductiva. Esta reproducción fue entendida tanto a nivel biológico como social, es decir, en cuanto a parir a sus hijos y a educarlos en los valores católicos. Por esta razón, el matrimonio fue comprendido como el único camino para garantizar el sostenimiento y la estabilidad material mínimos para las mujeres, además de la única salida social y estilo de vida que el régimen les reservaba como adecuado. La maternidad sólo fue aceptada dentro del matrimonio, lo que explica que la soltería femenina se concibiera de manera negativa y en términos de fracaso para quien se encontrara en esta situación, sobre todo porque los motivos solían recaer en la mujer. Ser una mujer soltera implicaba ser asociada a algún tipo de carencia o defecto físico o moral, una anormalidad y motivo de vergüenza (Roca i Girona, 1996). Para el régimen, la función de las mujeres debía estar dedicada a la maternidad y al aprendizaje de normas sobre higiene y cuidado de los niños, por lo que su papel fue reducido a ser madre y esposa abnegada y estar al servicio y cuidado de otras personas (Rabazas y Ramos, 2006).

Para conseguir que este ideal normativo fuera aceptado por las mujeres, la educación recibida por las jóvenes estaba atravesada por el discurso hegemónico que se había construido principalmente en torno al cuerpo (Roca i Girona, 2003). Uno de los aspectos importantes en este ámbito fue la enseñanza de la Educación Física femenina, la que buscaba fomentar la disciplina, la obediencia y el control sobre los cuerpos de las mujeres. De esta manera, se contribuiría a mejorar las aptitudes de las jóvenes mediante la gimnasia y el deporte, así como su conducta moral y el fortalecimiento de sus cuerpos para cumplir con éxito su función maternal. En esa dirección, se creía necesario que ellas se ejercitaran físicamente, pero de tal modo que su musculatura no se desarrollara para que no se masculinizara, pues se pretendía que adquirieran gracia y belleza en sus movimientos (Manrique, 2003). Este discurso era respaldado por planteamientos científicos de médicos que apoyaban al régimen y compartían la visión patriarcal que difundía sobre las mujeres, guiados por el determinismo biológico que las reducía a cuerpos reproductores al servicio de la nación (Morcillo Gómez, 2015).

Una de las características del discurso dirigido a las madres durante el franquismo fue la reafirmación de la tendencia de excluir la responsabilidad masculina en el estado de salud de los recién nacidos. Si bien durante los primeros años del régimen las

[318] Franco, Francisco, Mensaje de Fin de Año de Francisco Franco (31 de diciembre de 1949). Consultado el 23 de septiembre de 2024. Disponible en http://www.generalisimofranco.com/Discursos/mensajes/00027.htm

enfermedades venéreas, como la sífilis, fueron instrumentalizadas para definir las pautas morales orientadas a la población (Jordi i Roca, 2003), también se abandonó el énfasis en la responsabilidad atribuida a los varones en su propagación, así como en las consecuencias del alcoholismo en los hijos engendrados por ellos. Las mujeres fueron identificadas como las principales responsables del porvenir de la "raza", desde la concepción hasta la correcta formación física y psíquica de sus hijos a través del cuidado adecuado durante el embarazo y el incentivo de la lactancia materna. A partir de este razonamiento, el discurso natalista quedaba atado estrechamente a la aceptación por parte de las mujeres de que su identidad femenina sólo podía alcanzar la mayor realización por medio de la maternidad. En esa dirección, la propaganda se concentró en demostrar su supuesta superioridad biológica y moral para poner sus cuerpos al servicio del interés supremo de la patria (Barrachina, 2003). La política pronatalista era a su vez nacionalista, por lo que el discurso higienista fue exacerbado para que las mujeres comprendieran que de ellas dependía la fortaleza de la "raza hispana" y, con ello, el porvenir de la nación.

Con este objetivo, la Sección Femenina asumió un papel protagónico en la formación de las madres. Desde sus primeras publicaciones, se valoraban el trabajo de las mujeres en el hogar y en la familia como elemento fundamental para las propias mujeres y la sociedad. En sus páginas también se les ofrecía ayuda y consejo tanto en la cocina como en la vestimenta adecuada para distintas ocasiones, pero lo principal se enfocaba en dirigir los hábitos y las acciones que las destacarían en su rol materno. Estos consejos para incentivar la feminidad, aquella esencia que debían poseer todas las mujeres naturalmente, dejaban entrever que tal vez no era tan natural después de todo, porque parecía necesitar de mucho trabajo y esfuerzo para su construcción (Muñoz Ruiz, 2003: 102). Así, las falangistas manifestaban sus intenciones en una de sus publicaciones en 1938:

> "Se trata de conseguir una abundancia de hijos, pero entiéndase bien que la cosecha además de numerosa ha de ser sana, y para que el fruto no esté contaminado hay que empezar por el árbol (…). Por lo tanto a la futura madre hay que formarla desde la primera infancia, empezando por la buena dirección de la lactancia materna, haciendo más tarde una vida al aire libre y con una constante labor contra la carencia solar"[319].

Las falangistas hacían hincapié no únicamente en la maternidad, sino que en la maternidad prolífica. Frecuentes eran los artículos elogiando a las madres que tenían más de tres niños y los criaban con alegría dentro de sus reducidas posibilidades económicas. Lo importante era demostrar que el compromiso con España era de todas las mujeres y que no existían excusas para incumplir con el deber patrio. Así, sus críticas a las políticas de control de natalidad implementadas durante la Segunda República reflejaban su desaprobación a un enfoque que, según su criterio, había hundido a España:

> "Frente a las funestas teorías del malthusianismo –tan desacreditadas, incluso desde el punto de vista económico y social–, se alza victoriosa la moralidad cristiana del Nacionalsindicalismo. Cuando nuestra Patria

[319] "Futuras madres", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, febrero de 1938, p. 17.

> resurge gloriosa de esos años de dolor y de esperanza, la fecundidad de una Raza pobladora de mundos, cobra hoy toda su excelsitud en la sagrada función maternal de la mujer española"[320].

Esa maternidad prolífica era ensalzada en las páginas de *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista* como ejemplo de la bendición de Dios en el resurgimiento nacional. Se anunciaba que "la noble función maternal logra, en su fecundidad, dar muchos hijos a la Patria. Los partos triples se suceden en el territorio nacional, frente a aquella inmoralidad edonística [sic] de otros países menos afortunados"[321]. De esa forma se trataba de "excelente mujer, madre admirable" a quien había tenido trillizos "sanos, magníficos, expresión de una vitalidad racial enorgullecedora". En la revista se mencionaban cuatro casos de partos triples en otros lugares de España. Lo importante que se destacaba en ellos, en las palabras de Sección Femenina, era que correspondían a "familias humildes a las que Dios otorga la riqueza de los hijos en santa y bendita fecundidad"[322].

Asimismo, el discurso médico se encontraba presente de manera constante en las publicaciones del ala femenina de Falange. Eran habituales las directrices escritas por médicos que trabajaban para el Estado franquista en un afán por otorgar de autoridad cualificada al deber que se les exigía a las mujeres. Juan Bosch Marín, ya mencionado como jefe de Puericultura de la Sanidad Nacional, utilizaba un tono paternalista y cargado de culpa que retomaba el tono de los discursos dirigidos a las madres de finales del ochocientos e inicios del novecientos. En uno de los artículos titulado "Consejos de Puericultura" de 1938 afirmaba:

> "La ignorancia de las madres, ocasiona muchas muertes infantiles (…). *Rogar a Dios y obedecer al médico*. He ahí tu papel, en las enfermedades de tu hijo. Lo mejor, en los cinco primeros meses de la vida del niño, leche de mujer (…). La lactancia artificial es difícil, cara y peligrosa. Casi todas las madres pueden criar a sus hijos. No toméis una tan seria determinación, como suprimir el pecho a un hijo y colocarle en peligro de enfermar y morir, sin antes consultar a vuestro médico (…). De lo contrario, pronto habrás de arrepentirte y llorar tu impremeditación (…). ¿Conocéis vuestros deberes de futuras madres? ¿Habéis estudiado Puericultura? Antes de contraer matrimonio, aprended los cuidados higiénicos indispensables a toda madre. No esperéis a adquirir experiencia en el primer hijo, exponiéndole, por vuestra ignorancia, a enfermar y morir (…). El día que todas hayáis aprendido a criar a vuestros hijos según las normas de la moderna Puericultura, la mortalidad infantil descenderá rápidamente, como desea el Caudillo, y haréis una gran obra, al Servicio de España y del Niño español"[323].

---

[320] "Alegría de los hijos", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, junio de 1940, p. 16.
[321] Ibid.
[322] Ibid.
[323] "Consejos de Puericultura", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, octubre de 1938, p. 12.

El incentivo de la lactancia materna y la crítica a la lactancia artificial eran uno de los tópicos más mencionados por estos profesionales. El médico Luis Navas Migueloa, asesor de Sanidad Nacional de Sección Femenina, expresaba en la revista *Consigna* en 1943 que "el niño privado del pecho de su madre pierde uno de los mejores tesoros de su existencia, y una madre que no lacta a su hijo renuncia a una de las misiones más grandes y sublimes"[324]. Y previamente, el médico Pedraza Carrasco afirmaba en 1941 que "una acertada política demográfica requiere, en primer término, llevar el convencimiento a las madres del inapreciable valor que para la frágil vitalidad de sus pequeños tiene la alimentación al pecho". Su discurso finalizaba con una arenga que dejaba atrás la persuasión para transformarse en una orden: "¡MADRE ESPAÑOLA: POR ESPAÑA Y POR LA FALANGE, CRÍA A TU HIJO AL PECHO!"[325]. Este mismo discurso continuaba en 1959 en *Consigna* por parte de la médica Providencia Hervás Gómez, quien aseguraba que "no puede compararse la lactancia artificial a la lactancia maternal (…) y al no vaciar completamente el pecho, se le retire la leche a la madre, de lo que sólo ellas son las culpables"[326].

La Sección Femenina también hacía uso de mecanismos persuasivos para llegar a las mujeres. Ejemplo de ello era el tono personal y el estilo cercano al epistolar del que hacían uso para dirigirse a ellas, lo que permitía que transmitieran sus valores mediante el diálogo y se alejaran de un sistema de difusión acorde al que se dirigía a una masa anónima (Cenarro, 2017). Una de las estrategias utilizadas fue una serie de concursos que realizaron para elegir al niño "más guapo, el más adelantado, el más simpático, el más listo…". La idea era que las madres enviaran fotografías de sus hijos, las lectoras de la revista *Y* votaran por uno de ellos y finalmente Sección Femenina premiara monetariamente al ganador. La justificación de dicha iniciativa consistía en que "el espectáculo de los niños sanos y bien atendidos nos llena a todos de orgullo de raza, más lejos que los puros lazos de sangre o conocimiento"[327]. Lo interesante de esta competición era que debajo de cada fotografía aparecían no sólo el nombre del niño o la niña, su edad y el lugar de nacimiento, sino que también el tipo de lactancia de su crianza, las vacunas que tenía y si era hijo único o tenía hermanos y hermanas. De este modo, entre la edición de la revista de junio de 1942 y marzo de 1943, se pueden contabilizar 110 niños criados con lactancia materna, 48 alimentados con lactancia artificial y 23 con lactancia mixta[328]. Las características de estos niños expuestas públicamente, edición tras edición de los números de revista *Y*, transparentaban los atributos destacables entre las madres: la disciplina en la lactancia materna, la obediencia al personal sanitario y la maternidad prolífica.

[324] "Alimentación natural del lactante", *Consigna*, Nº 31, agosto de 1943 citado en Barrachina (2003: 87).
[325] "Cría a tu hijo", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, junio de 1941, p. 42.
[326] "Lactancia materna", *Consigna*, Nº 224, noviembre de 1959, pp. 50 y 53.

[327] "¿Es tu hijo el más guapo,…?", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, junio de 1941, p. 47.
[328] Estos datos han sido recopilados a partir de las ediciones de *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista* correspondientes al año 1942 (junio, p. 26; julio, p. 40; agosto, p. 36; septiembre, p. 38; octubre, p. 38; noviembre, p. 38 y diciembre, p. 40) y del año 1943 (febrero, p. 44 y marzo, p. 40).

Al considerar la relación existente entre las mujeres de Sección Femenina y algunas mujeres chilenas de la clase dirigente que llegaron a ocupar cargos dentro de la Secretaría Nacional de la Mujer, es posible reconocer muchas similitudes entre el ideal de madre defendido por el franquismo y aquel promovido por la dictadura pinochetista. De la misma manera que hizo el régimen franquista, la dictadura cívico-militar de Pinochet posicionaba a la mujer chilena como instrumento crucial en la refundación nacional que las Fuerzas Armadas instauraban en el país. En esa dirección, su condición de madre fue aprovechada para extenderla a la labor social.

La Secretaría Nacional de la Mujer expresaba en sus publicaciones los lineamientos necesarios para construir la identidad femenina útil para el régimen. Las mujeres fueron cooptadas por las autoridades por ver en ellas un fuerte potencial mediante el que disciplinar a la sociedad, ya que "la madre, actúa como caja de resonancia de los valores autoritarios en el seno familiar (…). Para el gobierno la mujer es un sector estratégico por su especial sensibilidad a los discursos de orden" (Huneeus, 2002: 545). Al mismo tiempo, el culto a la Virgen María fue resaltado como modelo de mujer y madre y la sumisión, la obediencia y la aceptación de la opresión fueron promovidos como valores femeninos a los que debían inclinarse todas las mujeres. Al entrelazar este modelo con la instalación del capitalismo neoliberal en este período, se convirtió en la "reina del hogar", el centro de la vida familiar, lo que la idealizaba en su rol de madre y esposa, pero la dejaba ausente de la política, el trabajo y el poder (Valenzuela, 1987). Augusto Pinochet declaró en 1979 que "la madre es el primer albergue en la vida de los hombres. La mujer desde que se hace madre ya no espera nada en el terreno material; busca y encuentra en su propio hijo la finalidad de su vida (…)"[329]. A su vez, desde la Secretaría Nacional de la Mujer advertían que "si ella no estima como un destino superior su vocación maternal, su papel de esposa y de educadora, es fácil que se sitúe ante el hombre en una posición, o inferior o agresiva, o bien que intente imitarlo y rivalizar con él, perdiendo su identidad femenina"[330]. El papel de la familia, y de la madre en específico, era fundamental para la formación de futuros ciudadanos, por lo que reiteradamente se les recordaba que

> "ustedes son las forjadoras, que esculpen en una materia preciosa, como es el espíritu de sus hijos; allí deben trabajar con amor, dedicación y tesón, para dejar cimentados los valores morales y patrióticos que harán de ellos hombres y mujeres dignos de nuestra Patria"[331].

Al igual que había hecho la Sección Femenina en *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, la Secretaría Nacional de la Mujer, a través de *Amiga*, fomentaba en las mujeres chilenas desde muy jóvenes el ideal de contraer matrimonio y convertirse en madres. En esta revista se publicaron el mismo tipo de artículos que utilizaban un tono familiar y emocional para acercarse a sus lectoras, como a imitación de un diario de vida:

[329] "Conceptos sobre familia", *Revista Amiga*, noviembre de 1979, nº 46, p. 6.
[330] "Valores patrios y valores familiares", *Secretaría Nacional de la Mujer, Cuadernos de Difusión*, Nº 7, 1982, p. 24.
[331] "Editorial: A las madres de Chile", *Revista Amiga*, junio de 1979, nº 49, p. 3.

"Querido diario: (…) ahora yo sueño con llegar un día a casarme. Luego mi ilusión serán los hijos, y cuando los tenga, que éstos sean inteligentes y puedan ser útiles a la sociedad"[332]. También era frecuente que se hiciera hincapié en el tipo de hogar en el que debían crecer los niños, en el que se consideraba trascendental la presencia de la figura paterna. Esta era una forma de asegurar la unión familiar y disuadir a las mujeres de separarse de sus maridos o de aconsejarles de hacer todo lo que estuviera en sus manos para evitar la separación: "este es uno de los motivos por los cuales se insiste tanto en la unidad de la familia dada la necesidad evidente del niño de tener figuras a quien imitar y con las cuales identificarse"[333]. La imagen paterna fue utilizada también por la Junta Militar como metáfora para proyectar a la población chilena como una gran familia. Si los varones fueron concebidos como proveedores y jefes de familia, las Fuerzas Armadas se presentaban como padres de la patria (Caiozzi, 2013; Leiva-Vargas, 2023b). La obediencia a la autoridad fue un eje vertebral tanto en lo público como en lo privado:

> "Ese concepto ha prevalecido también en su hogar, que él [Pinochet] – junto a la Primera Dama, a sus hijos, a sus nietos– ha sabido impregnar de los valores fundamentales del alma nacional. Hoy ese jefe de hogar es el jefe de la gran familia chilena, y hasta ella ha logrado transmitir esos mismos principios que conforman su ser y su personalidad"[334].

Esta característica no aparecía de la misma manera durante el franquismo, ya que nunca se presentó a Franco como una figura paterna universal para los niños nacidos bajo su régimen. Según María Teresa Gallego (1983), la profunda influencia del catolicismo en el régimen español impidió el uso de tales analogías en favor de cuidar el pudor como valor. En su lugar, se hacía referencia al Caudillo como el líder que había conquistado la patria mediante las armas y representaba un actor de rescate por el que se esperaba que toda la población sintiera gratitud. Aurora Morcillo Gómez lo definió mejor al explicar que "el concepto orgánico de la nación entendida como mujer venía a representar a la madre patria como una damisela en peligro necesitada de un héroe varonil dispuesto a acudir a su rescate" (2015: 89).

No obstante, la representación de Augusto Pinochet como el cabeza de familia de la nación chilena propició que la figura de la Primera Dama, Lucía Hiriart de Pinochet, fuera identificada como la madre de Chile, destacándose constantemente su trabajo y cercanía con las niñas y los niños a lo largo del país[335]. Era ella la primera voluntaria nacional. El trabajo de la Secretaría Nacional de la Mujer estaba basado en el voluntariado de las mujeres chilenas, a partir del aprovechamiento de la misma función maternal que la institución afirmaba que las caracterizaba esencialmente. La maternidad social era lo que permitía que el régimen, a través de la Secretaría y CEMA-Chile, fomentara el trabajo

[332] "A los 17", *Revista Amiga*, marzo de 1976, nº 2, p. 32.
[333] "La importancia del padre", *Revista Amiga*, junio de 1976, nº 5, p. 41.
[334] "Presidente Pinochet: Patria y nacionalidad", *Revista Amiga*, septiembre de 1976, nº 8, p. 6.
[335] "La Primera Dama y los niños de Chile, *Revista Amiga*, enero de 1980, nº 48, p. 7.

voluntario de las mujeres fuera del hogar para ponerlo al servicio del país (Vargas-Cárdenas, 2020). Como Secretaria Nacional, Carmen Grez declaró a finales de 1976:

> "La Patria es el lugar donde nacemos, y debemos cuidarla como se cuida a un hijo; la familia es el fundamento de la sociedad. Por lo tanto, Patria y Familia son conceptos básicos para nosotros. (…) siempre me ha emocionado observar el fervor con que trabajan las voluntarias, tanto aquí en Santiago, como en todas las regiones y provincias que he visitado"[336].

Conforme al modelo de género que promovía, era común encontrar en *Amiga* artículos sobre la higiene del hogar y su relación con la salud de la infancia. Esto indicaba que las labores domésticas formaban parte de las responsabilidades femeninas y que, por lo tanto, su correcta realización protegía a la familia. "Muchas veces una diarrea infantil proviene exclusivamente de una olla mal lavada"[337], empezaba una página antes de desplegar una serie de normas dirigidas a las amas de casa para preparar los alimentos. En ese sentido, la salud de los menores y de toda la familia dependía de los conocimientos de la madre y de si se encontraba suficientemente capacitada para ejercer su labor. Asimismo, en nombre de la salud de la infancia, se enfatizaba la lactancia materna y la responsabilidad que tenía la madre de acudir al médico cuando fuera pertinente: "recuerde que: el niño que se alimenta al pecho durante varios meses, está mucho más defendido de las enfermedades y, en especial, de las diarreas"[338]. El año 1979 fue declarado el Año Internacional del Niño por la ONU, por lo que la lactancia materna como un derecho del recién nacido fue un tema mucho más frecuente en los números de la revista durante esos meses. Se explicaba que en ese entonces sólo el 35% de los niños eran alimentados con leche materna en Chile, muy por debajo del 80% característicos de los años cuarenta. El objetivo era lograr subir esa cifra a un 60% y se dejaba muy en claro que "la disminución de la lactancia materna es una de las principales causas de la mortalidad infantil precoz"[339], con lo que se buscaba preocupar a las madres chilenas. Y aunque no con el mismo énfasis que se exponía en *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, también las delegadas chilenas aconsejaban: "es fundamental que toda embarazada no se olvide de practicar algún ejercicio moderado, pues éste es muy sano no sólo para ella sino también para el niño que está por nacer"[340]. No obstante, este tipo de recordatorios apuntaban más bien a mantener la belleza femenina.

Otro de los objetivos consistía en aumentar la cantidad de la población chilena y la revista *Amiga* colaboraba en esta misión al cuestionar a los matrimonios que sólo tenían un único hijo. En sus reportajes se destacaban los problemas de sociabilidad y de dependencia hacia los progenitores si no se tenía hermanos con quienes desarrollar

[336] "Tres años de labor", *Revista Amiga*, octubre de 1976, nº 9, pp. 44-45.
[337] "Higiene en la cocina: vital para toda la familia", *Revista Amiga*, noviembre de 1976, nº 10, p. 39.
[338] "Mamá, no dejes que me dé diarrea", *Revista Amiga*, febrero de 1977, nº 13, pp. 19-20.
[339] "Lactancia materna: un derecho del recién nacido", *Revista Amiga*, noviembre de 1979, nº 46, p. 36.
[340] "Belleza durante el embarazo: Algunos consejos para la futura madre", *Revista Amiga*, diciembre de 1977, nº 23, p. 46.

habilidades de convivencia[341] o las ventajas de tener una familia numerosa para obtener mayor desarrollo de la independencia personal y madurez afectiva y sentido de la realidad[342]. Asimismo, una las aristas abordadas por la revista para incentivar la natalidad fue la disuasión en el uso de la píldora anticonceptiva. Con ese propósito, se mencionaron las implicaciones genéticas y los efectos secundarios de esta misma. No hubo reparos en asegurar tanto que causaba esterilidad y la aparición de malformaciones en recién nacidos como que incrementaba el riesgo de padecer cáncer para las mujeres, pero nunca se mencionaron los beneficios de su uso[343].

Relacionado directamente con lo anterior, la obligatoriedad de la maternidad fue uno de los pilares que el régimen de Pinochet debatió en la redacción de la Constitución de 1980. La influencia nacionalcatólica fue evidente en las declaraciones de Jaime Guzmán durante la discusión en la Comisión Constituyente respecto al derecho a la vida en 1974, las que ya se han reproducido en la introducción de esta investigación. En ese momento planteó contundentemente que el aborto era un crimen contra Dios que traicionaba el destino que había elegido para las mujeres embarazadas, quienes debían entregarse al sacrificio:

> "(…) pero en el caso del aborto se trata de un homicidio y, a su juicio, por trágica que sea la situación en que se vea envuelta la madre (…) ella está obligada siempre a tener el hijo, en toda circunstancia, como parte (…) de la cruz que Dios puede colocar al sur humano"[344].

De esta manera, aunque no se prohibía directamente el uso de métodos anticonceptivos ni el aborto fue penalizado en su totalidad hasta 1989, la vida de la mujer estaba subordinada a la vida del feto. Su cuerpo pertenecía al control del Estado como mecanismo de reproducción biológica y social (Leiva-Vargas, 2023a).

9.2 Las contradicciones del ideal de madre en el régimen de Franco y en el de Pinochet

Aunque en ambas dictaduras se hicieron esfuerzos considerables en beneficio de la difusión de un modelo nacional de madre abnegada, la realidad en ambos países no se acomodaba del todo a este imaginario. Aunque el Fuero del Trabajo del régimen franquista afirmaba que liberaría "a la mujer casada del taller y de la fábrica"[345] y se crearon numerosas barreras a la actividad laboral de las mujeres (Valiente, 2003), existió un porcentaje de ellas que se vio obligado a buscar un empleo formal o informal, incluso en el ejercicio de la prostitución a partir de la posguerra (Borderías, 1993; Prieto Borrego,

[341] "Los dos peligros del hijo único", *Revista Amiga*, febrero de 1977, nº 13, pp. 19-20.
[342] "Las ventajas de una familia numerosa", *Revista Amiga*, octubre de 1977, nº 21, pp. 40-41.
[343] "Los peligros de "la píldora"", *Revista Amiga*, agosto de 1979, nº 43, p. 42.
[344] Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, sesión 87ª, Ejemplar nº 16, República de Chile, 14 de noviembre de 1974, Biblioteca Digital del Congreso Nacional de la República de Chile, p. 14.
[345] Decreto Fuero del Trabajo, Boletín Oficial del Estado, 10 de marzo de 1938, p. 6179.

2006; Núñez Díaz-Balart, 2018). No fue hasta la Ley de 22 de julio de 1961 sobre derechos políticos profesionales y de trabajo de la mujer que esta realidad fue admitida legalmente. Durante los años previos a la ley, cada vez fueron más quienes declaraban que la sociedad había cambiado y que la legislación que prohibía el acceso de las mujeres al mundo laboral cualificado era anticuada y poco práctica. Incluso algunos hombres profesionales que ocupaban cargos públicos importantes se posicionaban a favor por razones vinculadas a la rentabilidad que podría generar la diversificación de la mano de obra de mujeres (Dios Fernández, 2018).

Frente a este escenario, diversas teorías se han planteado sobre las razones que motivaron al régimen franquista a finalmente respaldar su aprobación. Algunos autores afirman que la ley fue motivada por justificaciones económicas (Babiano, 2007: 31-32). Otros explican que las razones económicas no son suficientes para explicar este proceso y que no fue más que resultado de la voluntad de las élites políticas franquistas de obtener reconocimiento internacional (Valiente, 2003). O que esta reforma legal fue una iniciativa de la Sección Femenina con el fin de atraer a las mujeres a su organización para ensanchar sus filas, lo que garantizaría una mayor influencia en las mujeres trabajadoras (Pando Ballesteros, 2001).

Sin embargo, para Eider de Dios Fernández (2018) no fue ninguna de estas hipótesis, sino que fue consecuencia de los propios cambios culturales que estaban sucediéndose en España. Este planteamiento no le impide sostener que la situación social llevó a la Sección Femenina a replantearse la retórica antigua de sus discursos y los signos considerados ya obsoletos. De esta forma, las falangistas desplegaron una política más activa hacia el trabajo de las mujeres y abandonaron su elitismo histórico, acercándose a la mayoría de las españolas para no perder afiliadas. En ese sentido, aún después de proponer el cambio en la normativa, ésta no fue parte de un plan estructurado de la Sección Femenina, sino que una iniciativa aprovechada por las mujeres de azul para proyectar un aire renovado y garantizar su supervivencia en el clima de cambio.

A pesar de ello, este giro profundizó la contradicción que ya existía en la organización falangista: aunque criticaran a las mujeres que trabajaban si estaban casadas o tenían niños pequeños, igualmente defendían las guarderías o divulgaban consejos para compatibilizar el trabajo remunerado con las tareas domésticas. Tal como declaró Pilar Primo de Rivera en su discurso en las Cortes al promulgarse la ley, esta normativa no era feminista, no buscaba la igualdad entre hombres y mujeres, sino únicamente que "la mujer, empujada al trabajo por necesidad, lo haga en las mejores condiciones posibles; de ahí que la ley, en vez de ser feminista, sea, por el contrario, el apoyo que los varones otorgan a la mujer como paso más flaco para facilitarles la vida"[346].

[346] "Con la aprobación de la ley sobre «Derechos Político, Profesionales y de Trabajo de la Mujer», la legislación española sobre derechos femeninos queda a la cabeza del mundo", *Consigna*, Año XXI, Nº 244-245, agosto-septiembre 1961, pp. 31-33.

En el caso de Chile, desde mediados del siglo XX, la cantidad de mujeres que tenían puestos de trabajo formales en el mundo laboral fue en aumento, al igual que el número de aquellas que ingresaban a la universidad, sobre todo desde los años sesenta (Lobato, Arango y Fernández, 2006). Aun así, el discurso de la dictadura de Pinochet promovió la maternidad como tarea principal de las mujeres chilenas, todavía cuando desde mediados de los años setenta el neoliberalismo fue introducido como proyecto económico. Contra su propio programa de género, la instauración del sistema neoliberal significó la integración de las mujeres al mercado laboral como consecuencia de la crisis económica de 1982 y la transformación de las pautas de consumo (Valenzuela, 1987).

Las cifras en ambos países reflejaban la participación de las mujeres en el mercado laboral. En la España franquista se contabilizaba que un 12% de las amas de casa trabajaba fuera del hogar y un 14% lo hacía fuera de ella en 1966 (Valiente, 2003: 147). En el Chile de Pinochet, si el 32,5% de la población total se encontraba económicamente activa en 1982, el 8,5% correspondía a mujeres (Tessada, 2012: 279). En ambos casos existieron discrepancias en el acceso de las mujeres al mundo laboral, en los que se fomentaba el acceso a profesiones y trabajos feminizados vinculados al cuidado (Ofer, 2017; Tessada, 2012). La diferencia radicaba que en España las mujeres casadas nunca dejaron de necesitar la autorización expresa del marido para firmar un contrato formal de trabajo, incluso después de la implementación de la ley de 1961 (Ruiz Franco, 2007). En Chile no existía una legislación que las restringiera en este sentido, pero –como ya se ha explicado– sí el Ministerio del Trabajo recomendó oficialmente en 1978 a los empleadores que exigieran pruebas de embarazo y certificados de nacimiento antes de contratar mujeres para conocer si se encontraban protegidas por derechos de maternidad (Casas y Herrera, 2013).

A pesar de su restricción, tanto la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer reconocieron desde sus inicios en sus publicaciones la presencia de las mujeres en el mundo laboral. En 1941, un artículo de *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista* afirmó que, aunque "la verdadera carrera de la mujer es la de madre de familia (…) algunas necesitan de su trabajo para vivir". Así, publicó una tabla con los puestos de trabajo adecuados para las mujeres sin perder su feminidad, entre los que se encontraban el de secretaria, modista, comisionista o representante, institutriz, maestra, practicante, institutos de belleza, telefonista y una carrera universitaria (se sugerían Filosofía y Letras, Farmacia, Medicina y Derecho)[347]. También se publicaron artículos destinados a mujeres que trabajaban fuera del hogar, como "Horario de belleza para la mujer que trabaja"[348] o "Cocina de la Mujer que trabaja"[349], ambos reconociendo la doble jornada laboral femenina. Ya a partir de los años cincuenta, en la revista de la Sección Femenina llamada *Teresa* se publicaron artículos que reflexionaban sobre la naturaleza de la inferioridad de

[347] "Carreras para la mujer", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, septiembre de 1941, p. 19.
[348] "Horario de belleza para la mujer que trabaja", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, octubre de 1942, p. 26.
[349] "Cocina de la Mujer que trabaja", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, noviembre de 1942, p. 42.

la mujer en el mercado laboral. En ellos, algunos autores afirmaron que esta desigualdad respondía únicamente a cientos de años de discriminación y que la superioridad de los hombres en el mundo laboral y académico permitía la institucionalización de pautas de trabajo agresivas y competitivas que dificultaban la integración de las mujeres (Ofer, 2017). Otros artículos buscaban guiar a las mujeres para reconocer su presencia en diferentes profesiones, pero sin dejar de lado la maternidad:

> "(…) esa ausencia de la mujer en determinadas actividades – la arquitectura, la ingeniería – no es debida a falta de aptitud para ello, sino el peso de mucho tiempo alejada de toda actividad, entregada a un tipo único de vida. Solo hay una limitación, impuesta por la misma condición de la mujer: la maternidad. La casa ha de ser de la mujer siempre. Esto ha de ser salvaguardado a toda costa"[350].

Asimismo, durante la dictadura de Augusto Pinochet en Chile, el régimen afirmaba públicamente que la responsabilidad más importante de las mujeres se encontraba en su familia. La Secretaría Nacional de la Mujer reconocía esta realidad en las páginas de *Amiga*, donde se escribió que "un gran porcentaje de mujeres trabaja fuera del hogar (…). Pero por sobre todo lo que la mujer pueda realizar, está su misión en su propio hogar, como esposa, como madre (…) como núcleo central de la familia"[351]. No obstante, el Estado no podía obviar la participación de las mujeres en el mercado laboral ni su presencia en diferentes áreas profesionales, por lo que *Amiga* destacaba el trabajo de las mujeres profesionales en Chile. En su edición de mayo de 1976, aparece en portada Elizabeth Moreno Goio, una estudiante destacada de la carrera de Medicina en la Universidad de Chile, a quien se elogia en las páginas de la revista por su deseo de trabajar en servicio al país[352]. También la Secretaría realizó un reportaje para recordar a las primeras mujeres profesionales chilenas a finales del siglo XIX con la promulgación del Decreto Amunátegui en 1877[353]. A su vez, a partir de 1980, la revista comenzó a recomendar carreras para las jóvenes chilenas que correspondieran al sector terciario de la economía, ya que muchas mujeres se incorporaron al mercado laboral formal en trabajos urbanos y de servicios como consecuencia de la crisis económica de 1982. De este modo, fueron promocionadas Turismo, Secretariado Ejecutivo Bilingüe, Publicidad, Asistencia Social, entre otras, pero sin encaminar a las mujeres a profesiones de altas remuneraciones o que les permitieran alcanzar cargos directivos o jefaturas (Tessada, 2012: 280). Esto último es curioso todavía más cuando el régimen había nombrado a Mónica Madariaga como Ministra de Justicia (1977-1983). Muchas veces se intentó guiarlas a través de su comportamiento para ejercer uno de estos trabajos. Es el caso del artículo titulado "Una profesional frente a su trabajo: ¿cómo es una buena secretaria?", en el que se detallaban su

[350] "Dolores Medio opina: El problema de hoy, feminismo y antifeminismo", *Teresa*, nº 1, enero de 1954, p. 35.
[351] "Así piensa la Secretaría", *Revista Amiga*, junio de 1976, nº 5, p. 43.
[352] "Nuestra portada", *Revista Amiga*, mayo de 1976, nº 4, p. 9.
[353] "Cien años de un Decreto: Para "estimular a las mujeres a que hagan estudios serios", *Amiga*, mayo de 1976, nº 4, pp. 27-29.

integridad moral y aspecto ético, además de su feminidad en cuanto a sus cualidades humanas como la estética[354].

La relación entre la maternidad y la jornada laboral fue abordada de manera que el horario de trabajo no representara una excusa para el ejercicio de la responsabilidad maternal. Las mujeres de la Secretaría denunciaban que en Chile se miraba "con menosprecio y como una práctica anticuada" el amamantar a los niños, sobre todo en las grandes ciudades, o que las madres no lo hacían por motivos estéticos, y los identificaban como mitos de la vida moderna. Así, se convencía a las mujeres madres y trabajadoras de la importancia de la leche materna para sus hijos:

> "(…) por trabajar fuera del hogar, la madre no puede seguir alimentando a su hijo después de los dos primeros meses. Pero tampoco ésta es una razón suficiente; se puede perfectamente, coordinar ambas obligaciones, ya sea cambiando el horario de amamantamiento, distanciando un poco las comidas del bebé y completando su alimentación con algún relleno"[355].

Lo cierto es que las mujeres, y sobre todo las pertenecientes a las clases populares, debían trabajar para sostener económicamente sus hogares. Si bien Chile no atravesó por una guerra civil como había hecho España, el desmantelamiento del Estado y la privatización de los derechos sociales significaron el empobrecimiento agudo de la población, lo que golpeó a los sectores históricamente más vulnerables del país. Para contener el descontento social y evitar las revueltas de la mano de obra "desocupada", el régimen implementó políticas como el Programa de Empleo Mínimo (PEM) y el Programa de Ocupación para Jefes de Hogar (POJH), en las que se convocó a la población cesante e inactiva económicamente a trabajar por un tercio del salario mínimo. A estas personas se les responsabilizó del saneamiento y mejoramiento de las condiciones ambientales en barrios y campamentos, las reparaciones de vías de acceso a escuelas, policlínicos y centros parvularios, la construcción y reparación de carreteras, caminos y puentes, la construcción y limpieza de canales y obras de regadío, el trabajo de talleres artesanales, entre otras actividades. Estos programas permitieron que el Estado ahorrara hasta 1.340.8 millones de dólares entre 1975 y 1982 (Morales, 1984: 25-31).

9.3 Las mujeres del mundo rural para la Sección Femenina, la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile

El régimen de Pinochet continuó con la naturalización del rol de las mujeres como voluntarias, esposas y madres como una política de gobierno que buscaba instaurar un modelo tanto de familia como de sociedad funcional a su proyecto político. Sin embargo, en el mundo rural, esta perspectiva fue estrechamente vinculada con la Política de Población, sobre todo en las regiones australes del país. El mecanismo implementado consistió en la movilización femenina para la utilización estratégica de los recursos

[354] "Una profesional frente a su trabajo: ¿Cómo es una buena secretaria?", *Amiga*, octubre de 1977, nº 21, pp. 47-48.
[355] "La técnica moderna no ha podido superarla: Lactancia materna", *Amiga*, enero-febrero de 1976, nº 1, p. 21.

naturales disponibles en la región con el objetivo de garantizar la permanencia territorial de las familias y, de este modo, fortalecer la soberanía nacional mediante el aumento de la natalidad en el territorio austral (Vargas-Cárdenas, 2019; Leiva-Vargas, 2023b).

Principalmente en las ciudades, la Secretaría Nacional de la Mujer se integró al Programa de Empleo Mínimo con la finalidad de expandir las labores de cuidado tradicionalmente atribuidas a las mujeres, bajo la presunción de ser inherentes a su naturaleza, hacia otros ámbitos de la sociedad. De este modo, la trascendencia de los límites del espacio doméstico configuraba su maternidad social. No era el Estado el que entregaba los recursos para mejorar la vida de las familias chilenas, sino que sus carencias y necesidades materiales debían ser solucionadas a partir del trabajo de estas mujeres y las voluntarias. *Amiga* informaba de los talleres artesanales creados por la institución y que tenían el objetivo de "dar empleo a las mujeres más necesitadas y con mayor número de cargas familiares, y prestar una ayuda a la mujer que trabaja fuera del hogar, solucionándole los problemas de arreglos y transformaciones de ropa"[356]. Todos los elementos y materiales utilizados en estos talleres –como las máquinas de coser– eran donaciones de las voluntarias de la Secretaría o de otros agentes particulares.

CEMA-Chile desempeñó un papel central también en esta iniciativa. CEMA-Chile fue el nombre que la Junta Militar otorgó a la que fuera la Coordinadora de Centros de Madres durante los años previos de democracia. Su primer nombre en 1974 fue Fundación Graciela Letelier de Ibáñez CEMA-Chile, pero en 1981 fue abreviado (Lechner y Levy, 1984; Valdés y Weinstein, 1993; Tapia Ladino, 1999). En sus mismas publicaciones se definía como una institución de acción social de derecho privado sin fines de lucro que se extendía por todo el país, ajena a proselitismo político o religioso, y que agrupaba a todos los centros de madres con el objetivo de lograr el desarrollo integral de la mujer. Para ello, desarrollaba programas de capacitación para sus socias y desplegaba sistemas específicos de ayuda social para ellas y sus familias. Tal como la Secretaría Nacional de la Mujer, esta fundación era presidida por Lucía Hiriart de Pinochet en su calidad de esposa del Comandante en Jefe del Ejército, desde cuyo cargo emanaba una representación jerárquica de mujeres basada en la división político-administrativa del territorio nacional. Desde allí se preocupó de preparar a voluntarias debidamente capacitadas para organizar a las asociadas a dichos centros, tanto en el mundo urbano como en el rural[357]. Al ser el voluntariado su motor de acción, es importante destacar que CEMA-Chile no contaba con ningún tipo de financiamiento por parte del Estado. A diferencia de la Secretaría Nacional de la Mujer que pertenecía al engranaje institucional del Estado al ser una de las ramas que conformaban la Secretaría General de Gobierno, CEMA-Chile se autofinanciaba a través de ingresos obtenidos mediante los departamentos laboral y artesanal de la fundación. Además, obtenía aportes externos provenientes de un sorteo anual de la empresa estatal de

[356] "El taller "La Agujita" de Concepción", *Amiga*, mayo de 1976, nº 4.

[357] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Fundación CEMA-Chile*, Edición del Departamento de Relaciones Públicas de CEMA-Chile, Litografía Sur.

juegos de azar Polla Chilena de Beneficencia, la exención mensual de los impuestos de los cines y una reunión hípica en los hipódromos de Santiago y Valparaíso[358].

Por medio de las sedes de los Centros de Madres distribuidas a lo largo de todo el país, y siguiendo el mismo camino que la Secretaría, esta fundación encomendó a las mujeres chilenas la tarea de extender el cuidado tradicionalmente ejercido en el hogar hacia la comunidad. Así, bajo el alero de los Centros de Madres, también se impulsó la creación de talleres laborales similares a los de la Secretaría, frecuentemente en colaboración con las autoridades locales o municipales. Estos talleres podían existir en el ámbito urbano como en el rural. En un comienzo, Lucía Hiriart de Pinochet deseaba capacitar monitoras a nivel nacional para que enseñaran cursos intensivos de modas, tejidos y otras manualidades en sus respectivos centros de madres. Detrás de esta formación, existía la intención de entregar herramientas de trabajo a las socias, pero sin que su papel como madre se viera perjudicado:

> "(…) de su esfuerzo depende muchas veces el equilibrio económico de la familia, y la posibilidad de formar su pequeña industria, que a corto plazo les proporcione progreso y bienestar. Los talleres laborales han surgido como una alternativa de grandes alcances para la mujer que trabaja en su casa y no puede descuidar, en la mayoría de los casos, a sus hijos pequeños. (…) les proporciona la oportunidad de formar su propia industria, en un local cercano a su domicilio, y con un horario que no interfiere sus tareas domésticas"[359].

A pesar de estas declaraciones, la realidad era que muchas mujeres asistían diariamente al taller a trabajar y no en pocas ocasiones permanecían hasta tarde en el lugar, lo que les causaba conflictos con sus cónyuges. Esta situación era relatada por las socias del taller rural "El Esfuerzo" ubicado en la localidad de Til Til, Región Metropolitana, quienes fabricaban prendas de ropa escolar y para adultos. Así, decían que "cuando hacemos línea escolar nos ponemos nosotras mismas un horario de trabajo más largo, y estamos hasta las ocho y media de la noche. Claro que al principio los maridos reclamaban, pero ahora ya están acostumbrados"[360]. Aunque la presencia de la mujer en el hogar era un pilar fundamental para CEMA, este último punto destacado en la revista de la fundación ponía de manifiesto la importancia que tenía para las autoridades femeninas el sacrificio que las mujeres chilenas hacían con el fin de servir a Chile, incluso si eso contradecía el discurso de género oficial.

Generalmente, los talleres laborales se instalaban como recomendación de alguna voluntaria de CEMA-Chile en sedes de los centros de madres donde existieran escasas oportunidades de trabajo para las mujeres, sobre todo los ubicados en el medio rural[361]. En

[358] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *CEMA-Chile. La mujer al servicio del Chile de hoy y del futuro*.
[359] "Nuevo sistema de capacitación impulsa CEMA-Chile: El taller laboral", *CEMA-Chile*, Nº 2, Agosto de 1978, pp. 30-31.
[360] "Centro de Madres de Til Til", *CEMA-Chile*, Octubre 1982-Octubre 1983, p. 17.
[361] Ibid.

el caso de La Junta, localidad situada en la Región de Aysén, se estableció un taller artesanal como respuesta a la solicitud de Eugenia Pirzio-Biroli, entonces alcaldesa de Puerto Cisnes, a 132 kilómetros de distancia. Este taller, como todos los asociados a CEMA-Chile, operaba gracias a donaciones de materiales proporcionados por autoridades y visitantes, complementadas con los ingresos generados por la venta de los productos elaborados por las mujeres participantes. En La Junta, las mujeres del Centro de Madres fueron formadas por una monitora proveniente de Puerto Cisnes que las instruyó en el uso del telar chilote y las capacitó para mejorar la técnica y diversificar su trabajo. En un inicio, se les otorgaron cincuenta kilos de lana y, a medida que fueron aprendiendo, llegaron a contar hasta con 250 kilos para trabajar durante todo el año. Con este material debían producir calzado para el hogar y ropa de cama destinada a abastecer al internado escolar local, así como a las comunidades de Puerto Cisnes y Puyuhuapi, esta última ubicada a 45 kilómetros al suroeste de La Junta[362].

Esta labor respondía a la necesidad de suplir la falta de ropa de abrigo tanto para los estudiantes de dicho internado como para los habitantes de las localidades aledañas, problemáticas comunitarias y domésticas fundamentales que el nuevo Estado subsidiario no estaba dispuesto a atender. En este contexto, recaía sobre las mujeres del taller artesanal una gran responsabilidad, toda vez que mejorar las condiciones de vida de estos estudiantes, entre otros beneficiarios, dependía exclusivamente de su producción. Como en todos los talleres laborales a nivel nacional, todas ellas recibían un salario proveniente de un porcentaje de las ventas que concretaban[363]. En La Junta, el pago correspondía a 5.000 pesos mensuales de la época para cada socia. No obstante, la capataz del taller –es decir, la Jefa del Taller, que en La Junta era Genoveva– recibía el doble por ejercer el control de calidad de lo producido. Conforme a ello, esta dinámica aunaba dos aspiraciones geopolíticas del régimen: la domesticación del territorio inhóspito y despoblado se lograba también a través de la domesticación de las mujeres que lo habitaban, quienes asumían un rol disciplinado y esencial en la resolución de estas carencias y aseguraban el asentamiento de la población en un momento en que muchos migraban en búsqueda de mejores oportunidades (Leiva-Vargas, 2023b).

Por otro lado, aunque los beneficios en cuanto a capacitación técnica y productos materiales que creaban para sus familias constituían un apoyo concreto en la vida de estas mujeres, este trabajo dependía de CEMA-Chile como fundación privada y asistencialista y no respondía a una política pública del Estado. Lo que se quería inculcar a las mujeres rurales era que su calidad de vida podía mejorar a través de su propia iniciativa, esfuerzo e inventiva y que la participación del Estado no era necesaria de forma directa (Leiva-Vargas, 2023b). Serían ellas mismas, mediante las ganancias obtenidas de la venta de su producción, quienes podrían adquirir los materiales para continuar su trabajo y,

[362] Información extraída de la entrevista ya mencionada realizada a Genoveva, La Junta, Región de Aysén, Chile.

[363] "'La remuneración que tenemos nos sirve mucho, yo pedí un préstamo y gracias a este trabajo lo pude pagar", señala la socia Delfina Avello", "Centro de Madres de Til Til", *CEMA-Chile*, Octubre 1982-Octubre 1983, p. 16.

dependiendo de su nivel de disciplina, incluso podrían resolver sus necesidades personales de vestimenta creando unidades para uso personal, como explicaba Genoveva.

En la revista de CEMA-Chile era común encontrar reportajes sobre los diferentes talleres artesanales repartidos en el territorio nacional. Así se destacaba un taller de mimbre ubicado en la localidad de Los Sauces, en la Región de la Araucanía, en el que las socias del Centro de Madres creaban cunas para bebés con dicho material. En sus páginas se reiteraba que "la mayor preocupación de los centros de madres consiste en realizar trabajos y aprender manualidades con los elementos existentes en cada región del país, ya que se facilita así el ingreso económico de aporte a los hogares"[364]. Otro taller, ubicado en Renca, Región Metropolitana, reunía a mujeres que se capacitaron en bordado con una antigua técnica llamada "petit point", e incluso algunas de sus hijas comenzaron a unirse al grupo, interesadas por aprender[365]. Lo mismo se destacaba del Centro de Madres de Temucuicui, Región de la Araucanía, donde un grupo de socias pertenecientes al pueblo mapuche tejían telares propios de su cultura con la ayuda de una rueca, creaciones que eran muy apreciadas por los turistas que visitaban el bazar de CEMA-Chile en la comuna de Ercilla[366].

En la misma línea de la formación a las mujeres campesinas, la dirección regional de CEMA-Chile de la Región de la Araucanía tenía un convenio con el Internado de Educación Rural (IER) de la comuna de Loncoche desde 1978. Este acuerdo había sido facilitado por la directora del establecimiento, Clementina Quezada, quien a su vez era voluntaria de CEMA-Chile y tenía a su cargo el taller laboral de la localidad. El convenio consistía en destinar algunos cupos anuales a hijas de socias de los centros de madres de la región para que se educaran en el internado y así brindarles un oficio como jóvenes rurales y campesinas para que, posteriormente, pudieran continuar otro tipo de estudios. Su programa diario iniciaba a las 6:45 y continuaba con clases hasta las cinco de la tarde, siendo corte y confección el oficio principal. Al mismo tiempo, aprendían todo lo relacionado a la creación de huertos caseros y las materias que cursaban incluían avicultura, la apicultura (la crianza de abejas), la arboricultura y la cunicultura, es decir, la crianza de conejos, clases en las que las estudiantes interiorizaban aprendizajes sobre su reproducción, alimentación, cuidados y preparación para el consumo. En el caso de estas jóvenes, el voluntariado de CEMA-continuaba pendiente de su bienestar y les aportaba vestimenta y materiales necesarios[367].

Las acciones desarrolladas por CEMA-Chile en el mundo rural bajo la dictadura de Pinochet resuenan bastante con la misión dirigida por la Sección Femenina a las mujeres que habitaban los pueblos y los campos españoles durante el franquismo de la mano de la Hermandad de la Ciudad y el Campo. Pilar Primo de Rivera había enviado un mensaje a

[364] "Taller de mimbre en la IX Región", *CEMA-Chile*, Nº 6, Noviembre de 1979, p. 33.
[365] "Taller de Renca: Rescatando el pasado", *CEMA-Chile*, Edición Aniversario, Octubre de 1986, pp. 8-9.
[366] "Temo Cui Cui: En el telar mapuche", *CEMA-Chile*, Edición Aniversario, Octubre de 1986.
[367] "En los huertos de Loncoche", *CEMA-Chile*, Edición Aniversario, Octubre de 1986, pp. 27-28.

las Delegadas Locales de la organización en 1945 en el que transparentaba su preocupación por la migración de la población rural hacia las ciudades como consecuencia de la necesidad. En esa dirección, y siguiendo la ideología de Falange sobre la importancia del campo en los principios del partido, la Delegada Nacional proponía

> "enseñarles nosotras a las camaradas campesinas a sacar el mayor beneficio posible de la tierra que poseen, enseñándoles, por medio de la Hermandad de la Ciudad y el Campo las industrias caseras, el cuidado y selección de animales domésticos, el arreglo y el adorno de la casa campesina, labores artesanas que luego, por medio de los Sindicatos, puedan vender; en una palabra, todo aquello que suponga elevar su nivel económico y cultural, arraigándoles de una manera más fuerte a la tierra en que viven para que no vengan a instalarse en las ciudades (…)"[368].

En efecto, en 1941, el ala femenina de Falange anunció la creación del proyecto de las Granjas Escuelas Rurales, solicitando formalmente el apoyo y la protección de Francisco Franco para garantizar su implementación. Ese mismo año, la primera de estas granjas fue inaugurada en Valencia y el Consejo Nacional de la Sección Femenina aprobó la construcción de cincuenta más. La precaria situación de las mujeres campesinas durante la Autarquía hizo que las falangistas articularan una serie de servicios e iniciativas formativas y laborales destinadas a estas mujeres para cubrir las necesidades asistenciales de los territorios más afectados (Ramos y Colmenar, 2014). Por esta razón, la primera intención de este proyecto era incrementar los ingresos de las familias campesinas mediante actividades agropecuarias gestionadas por mujeres. La iniciativa buscaba que el cabeza de familia pudiera continuar con su labor agrícola tradicional, mientras que su esposa e hijas se encargaran de una industria doméstica y familiar en los confines de su propio hogar. Así, se pretendía evitar su incorporación a fábricas o talleres con entornos de convivencia mixta, considerados inapropiados por los ideales del régimen (Gallego Méndez, 1983).

Por lo tanto, las Granjas Escuelas tenían un profundo propósito ideológico que tenía dos vertientes. La primera, como se puede deducir, era consolidar la presencia de las mujeres en el hogar y la huerta como "guardianas de la raza". La segunda, intrínsecamente relacionada con la anterior, consistía en incrementar la natalidad y refrenar el flujo migratorio del campo a las ciudades. Pero el verdadero trasfondo de estas acciones se encontraba en las expectativas de engrosar las filas de Falange al conquistar a los habitantes del mundo rural, quienes eran considerados "un vasto grupo apolítico, joven, libre y alegre" (Ortega López y Cobo Romero, 2017: 86). Sin embargo, y a diferencia de los talleres de CEMA-Chile, sólo la jefa de la granja podía ser remunerada y las plazas restantes como auxiliares rurales eran cubiertas por las jóvenes que debían cumplir el Servicio Social obligatorio. En un comienzo, los cursos fueron impartidos por técnicos del Ministerio de Agricultura y, posteriormente, por las Instructoras Rurales formadas por

[368] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Mensaje de la Delegada Nacional a las Delegadas Locales, Guadalupe, Consejos Provinciales, 1945, p. 79.

Sección Femenina (Ramos y Rabazas, 2007). Las especialidades más importantes que se realizaron fueron la cunicultura, la apicultura y la sericicultura, es decir, la crianza de conejos, de abejas y del gusano de seda. Los conejos no sólo complementaron la producción extra de carne, sino que se aprovecharon sus derivados como las pieles, el curtido y la confección, tal como hicieron posteriormente las socias de CEMA-Chile. Otras opciones abarcaban la avicultura, la jardinería, la horticultura, las industrias lácteas, la porcinocultura, entre otras. Para el buen desarrollo de estas industrias, la Regiduría Central de la Hermandad de la Ciudad y el Campo distribuía semillas y animales seleccionados para su reproducción (Gallego Méndez, 1983). De esta manera, la Sección Femenina afirmaba que "formando profesionalmente a la mujer campesina a fin de que sea ella cooperadora en el sostenimiento de la familia, sin abandonar sus deberes de esposa y madre, obligación primordial" (Ayala, 1940: 26).

El trabajo de las Granjas Escuelas fue de la mano con la creación de los pueblos de colonización. Si el habitante ideal de los nuevos poblados era un varón sano, de entre 23 y 50 años de edad, con claras aptitudes para el trabajo agrícola, con buena conducta y correctos valores morales, además de estar casado y con hijos, entonces la domesticidad y la reproducción fueron identificados como los elementos constitutivos de la feminidad rural. La subordinación femenina que implicaba este razonamiento se traducía en la asignación diferenciada de espacios y funciones en la vida cotidiana de los nuevos pueblos (Cabezas Vega, 2023). En esa dirección, la exaltación de la vida rural y la necesidad de continuar con la economía agraria mediante las diversas enseñanzas dirigidas a las campesinas fueron comprendidas como elementos clave para mejorar la calidad de vida de sus familias (Ramos y Rabazas, 2007). Se decía de estas mujeres que iban a "dar sus mejores energías a la producción nacional y serán artífices del bienestar de la familia campesina mediante el aumento del haber en la economía agraria" (Ferrari, 1941). Según el informe de la Granja-Escuela "Santa María del Pilar" de la Sección Femenina de Belchite (Zaragoza) de 1966, las mujeres del pueblo realizaron un curso de Economía doméstico-rural que siguió la especialidad de avicultura dictada por el director técnico y asesor de la granja. Éste mismo les dio algunas clases de porcinocultura, quien además fue responsable de las clases prácticas junto con la Jefe de Granja. Asimismo, su formación se complementaba con clases de Floricultura y Artesanía Rural. También recibían contenidos de Cultura General, Economía Doméstica, Formación Político-Social y Labores Domésticas dictadas por la Jefe de Escuela. A su vez, la Jefe de la Granja impartió clases de cocina, el Asesor Religioso de la Granja se encargó del programa de Religión y el médico del pueblo dio un taller de Higiene y Puericultura[369]. Todos estos antecedentes reflejaban que el bienestar de la familia rural dependía de las mujeres como esposas y madres en todos los aspectos, al que se sumaban las industrias agropecuarias.

No obstante, la mayor similitud entre las actividades formativas que Sección Femenina desarrolló en el campo español y aquellas que se realizaron en Chile coincide

[369] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 23/2533. Informe del curso de formación doméstico-rural para campesinas celebrado en la Granja-Escuela "Santa María del Pilar" de la Sección Femenina de Belchite (Zaragoza), 22 de diciembre de 1966.

con la creación de la Escuela Familiar Agrícola en 1952, que luego sería absorbida por la Pontificia Universidad Católica de Chile en sus Fundaciones de Vida Rural. Esta escuela fue creada por inspiración de Sara Philippi[370], Gisela Silva y Silvia Cabrera, unas de las primeras becarias de la organización femenina de Falange en España. Si Philippi había manifestado un temprano interés por la situación de las mujeres campesinas chilenas en su ponencia en el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano, el conocimiento de Cabrera provenía de su experiencia en España en la Escuela de Instructoras Rurales de Aranjuez[371].

Hasta 1982, la Fundación de Vida Rural había llegado a tener tres Escuelas Agrícolas Femeninas, ocho anexas y tres Escuelas Primarias Rurales. Una de ellas, la Escuela Agrícola Femenina "Dolores Valdés de Covarrubias", fue trasladada desde Macul a Pirque como consecuencia del crecimiento del radio urbano de la Región Metropolitana para mantener su contexto rural. Su directora era Silvia Cabrera[372]. Esta institución en particular acogía a 120 estudiantes que, al finalizar sus estudios, obtenían el título de Práctico o de Técnicos Agrícolas de Nivel Medio. Con dicho fin, se buscaba "capacitar al alumnado en técnicas y prácticas agrícolas y del hogar, tanto para la preparación individual, como para la orientación de la familia rural en aspectos tales como desarrollo agropecuario, industrias caseras y educación para el hogar"[373]. La semejanza con los objetivos de la Sección Femenina en el ámbito rural durante el franquismo es transparente, aún más cuando se esperaba que las jóvenes campesinas adquirieran "la estimulación del espíritu empresarial en la producción agropecuaria y en el autoabastecimiento familiar"[374]. Además, su educación se dirigía a que estas estudiantes desarrollaran "el espíritu de superación en los más variados aspectos de su vida, estimulándole su aprecio por el trabajo en el campo y el hogar"[375] y a que se convirtieran en "vivo testimonio de esa catolicidad que es nuestro emblema y nuestro sello particular"[376]. La idea de la Fundación Vida Rural fue ampliar el campo ocupacional de las egresadas de sus escuelas, por lo que desarrollaron Programas de Extensión Rural en diferentes comunidades que fueron financiados mediante el Fondo Social de Su Excelencia el Presidente de la República y aportes del Ministerio de Agricultura. Estos programas apuntaban a promover el desarrollo integral de las campesinas y se sintetizaban en cuatro áreas: Huertos Familiares y Crianza

[370] Actualmente, el nombre de Sara Philippi Izquierdo continúa ligado al mundo educacional. La fundación La Protectora de la Infancia, con una trayectoria de 130 años y de notable influencia católica, cuenta con un Centro Parvulario llamado Sara Philippi Izquierdo, a la vez que existe, desde el año 2005, una fundación vinculada al ámbito educacional que lleva el mismo nombre. Información disponible en https://protectora.cl/centro-parvulario/

[371] AGA Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 22/395. Conferencia dictada frente al Embajador de España en Chile el 2 de diciembre de 1976 con motivo del 25º aniversario de la fundación del Círculo "Isabel la Católica" en Santiago de Chile, p. 5.

[372] "Escuela Familiar Agrícola: Treinta años de experiencia", *Selección de Revista Amiga, Programa rural Secretaría Nacional de la Mujer*, junio-julio 1982, Nº 7, p. 18.

[373] Discurso del Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile en la inauguración del nuevo local de la Escuela Agrícola "Dolores Valdés de Covarrubias" a raíz de su traslado desde Macul a Pirque, 28 de abril de 1982, p. 4.

[374] Ibid.

[375] Ibid.

[376] Op. Cit., p. 5.

de Animales Menores, Educación del consumidor con énfasis en alimentación, Equipamiento del Hogar, Sanidad ambiental e Higiene y, por último, Uso de Servicios de la Comunidad[377]. El testimonio de una estudiante de la Escuela de quince años de edad que fue publicado en la edición rural de Revista *Amiga* en 1982 reflejaba el tipo de educación que recibían las jóvenes en el internado: "jamás imaginé encontrar aquí a amigas y a profesores tan cariñosos y comprensivos. A mí me gusta lo agrícola y como me contaron que además aquí enseñaban a ser buena dueña de casa, quise ingresar. Al terminar los estudios quiero volver a mi casa y criar animales en un terreno propio"[378]. En consecuencia, la Escuela Agrícola Femenina cumplía su propósito: entregar una formación técnica a las campesinas para incrementar la producción en el mundo rural y reforzar el ideal de madre y esposa que promovía el régimen pinochetista.

La relación entre las ex becarias de Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer permitió que Sara Philippi Izquierdo como Secretaria Ejecutiva de Fundación Vida Rural y Carmen Grez de Anrique como Secretaria Nacional de la Mujer facilitaran la firma de un convenio entre ambas instituciones en 1976. Uno de los principales puntos del acuerdo establecía la cooperación de la Secretaría Nacional de la Mujer en las zonas rurales donde funcionaban los programas de la fundación y del Fondo de Educación y Extensión Sindical[379]. También la Secretaría se comprometía a colaborar con sus publicaciones y con su personal de capacitación y la Fundación Vida Rural garantizaba realizar "en las áreas rurales los proyectos concretos que estime conveniente la Secretaría Nacional de la Mujer"[380].

9.4 Acciones sanitarias de la Sección Femenina dirigidas a las madres y la infancia en el medio rural

9.4.1 Las divulgadoras sanitarias rurales

Cuando Francisco Franco otorgó a la Sección Femenina la misión de elevar el nivel sanitario y cultural de la nación para ayudar así al Estado en su lucha contra la mortalidad infantil, también les encomendó "velar por la sanidad nacional en aquellos rincones españoles a los que no podía llegar el Estado"[381]. Pilar Primo de Rivera había afirmado que la organización femenina de Falange quería ayudar al Estado en su labor sanitaria y social cooperando con la Delegación Nacional de Sanidad y todos aquellos centros que trabajasen por el bienestar social y sanitario de España[382]. Para llevar a cabo

[377] Op. Cit., p. 6.
[378] "Escuela Familiar Agrícola: Treinta años de experiencia", *Selección de Revista Amiga, Programa rural Secretaría Nacional de la Mujer*, junio-julio 1982, Nº 7, p. 20.
[379] El Fondo de Educación y Extensión Sindical fue creado en 1967 con la finalidad de promover la educación gremial, técnica y general de los trabajadores agrícolas, especialmente por medio de la creación de Escuelas Profesionales o de la concesión de becas a los trabajadores o a sus familiares para estudiar y perfeccionarse en las escuelas o universidades, entre otros objetivos. El detalle de la ley se encuentra disponible en https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=3704&idVersion=1968-01-12
[380] "Cooperación para las áreas rurales", *Revista Amiga*, julio de 1976, nº 6, p. 21.
[381] "Labor sanitariosocial de la Sección Femenina, *Ser, Revista Médico-Social*, Nº46, 1946, p. 35.
[382] Op. Cit., p. 34.

esta labor, y tras las conclusiones del IV Consejo Nacional de Sección Femenina que permitieron que el presidente de la Junta política de Falange Española lo aprobara, se creó en 1940 el Cuerpo de Divulgadoras Sanitario-Rurales (Gallego Méndez, 1983).

Las Divulgadoras Sanitarias Rurales, vinculadas a la Hermandad de la Ciudad y del Campo, desempeñaban un trabajo similar al de las auxiliares de enfermería o puericultura con el propósito de mejorar las condiciones de vida de las familias en los pueblos y en el campo a nivel material, moral y cultural. Su papel se distanciaba de la simple beneficencia para ejercer labores de enseñanza hacia las madres de las áreas rurales por medio de visitas domiciliarias guiadas por una perspectiva científica y moderna (Marías Cadenas, 2011). La percepción que se tenía de las mujeres campesinas era la de personas ignorantes, mucho más que las madres de las ciudades. El régimen franquista rescató la perspectiva proveniente de inicios del siglo XX que culpabilizaba a las mujeres por las cifras de mortalidad infantil como consecuencia de su ignorancia y su resistencia a seguir las recomendaciones científicas de los médicos (Palacio Lis, 2003a). Por este motivo, las divulgadoras se comprometieron a revertir este panorama a través de la divulgación de la higiene y la puericultura. Su principal tarea era acabar con los consejos de crianza que pervivían en las mujeres campesinas, siempre alejados del carácter científico: "criar a los hijos con chorizo, darles, a los tres meses, corteza de pan mojada en vino tinto, rehuir la higiene por la estúpida pretensión de prevenir enfermedades, es una vergüenza e ignorancia que se resisten a abandonar tantas madres pueblerinas (…)"[383].

Su trabajo consistía en acercarse a las mujeres embarazadas para visitarlas, orientarlas y facilitarles una canastilla completa de las que confeccionaban las cumplidoras del Servicio Social, si es que la familia se encontraba en necesidades económicas. También le correspondía inscribirlas en los Cursos de Madres Ejemplares que se realizaban en los Centros de Puericultura de Sanidad y en los Centros de Asistencia. Asimismo, les hacía entrega de una Cartilla de la Madre y otra de Higiene que eran elaboradas por la Sección Femenina con instrucciones prácticas de mucha utilidad. Las Divulgadoras debían actuar siempre bajo la dirección del médico y así educar a las madres respecto a la nutrición y cuidado de su hijo, por lo que les enseñaba a preparar biberones, papillas, zumos de fruta[384]. Según María José Ruiz Somavilla e Isabel Jiménez Lucena (2001), la subordinación al médico respondía a la estricta vigilancia y control que se ejercía sobre las acciones de las divulgadoras toda vez que no podían tener iniciativa propia. En otras palabras, su intervención era instrumental porque sólo se les permitía la realización de actividades no cualificadas. En ese sentido, se les prohibió ayudar a las mujeres durante el parto o asistir a las consultas de higiene prenatal en centros de Sección Femenina para que no aprendieran labores propias del médico o la matrona. Además, en ningún caso debían aplicar un tratamiento a un paciente sin la autorización previa del

[383] "Cómo luchan las divulgadoras rurales II", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, 01 de septiembre 1940, p. 14.
[384] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 23/4949. Folleto del Cuerpo de Divulgadoras Sanitario-Sociales, 1963.

médico, lo que justificaba la existencia de una seria supervisión incluso al momento de comprar material sanitario como pinzas o jeringas.

En 1940, Sección Femenina estrenó una película documental de la labor de las divulgadoras sanitarias rurales titulado *Nuestra misión*. En sus imágenes se pretendía mostrar un día de trabajo normal en la vida de una divulgadora en los pueblos de España. Llama inmediatamente la atención el contraste entre la pulcritud de su aspecto físico y el de las precarias madres que atendía: esta profesional era joven y agraciada, desprendía feminidad, su peinado era ordenado y estaba sutilmente maquillada. Su uniforme consistía en una falda y blusa azul marino y un delantal blanco con las flechas y yugo bordados como símbolo de la Falange, además de usar tacones blancos. La voz en off femenina del vídeo anunciaba desde un comienzo que la intervención de las divulgadoras en el medio rural tenía un trasfondo ideológico vinculado a la política poblacionista y racial del régimen franquista. En los primeros sería "la mejor falangista aquella jefe que por su intervención haya logrado evitar la muerte de cien niños en su provincia y mejor la que evitara la muerte de mil". Y seguía aclarando que "las mujeres de la Falange no queremos que los hogares se queden sin hombres que defiendan y engrandezcan a la patria"[385].

Considerando que las mujeres campesinas en España no tenían un contacto frecuente con los aparatos del Estado, la labor de las divulgadoras sanitarias rurales fue crucial como mecanismo de control social para el régimen (Gallego Méndez, 1983). Así, las falangistas supervisaban tanto si la natalidad y la maternidad se producían de acuerdo a las normas morales del régimen como las posibilidades económicas de las familias. En *Nuestra Misión*, el discurso enunciado reflejaba la percepción salvacionista que la Sección Femenina tenía de su propio trabajo a partir de la evaluación negativa que hacían del último gobierno republicano. Explicaban que "nos metimos en la Falange porque España no nos gustaba y la Falange cambió todo nuestro ser (…). Para todas las madres de España sin mirar condición ni procedencia, con tal de salvar a un niño de la muerte, las falangistas no han escatimado nunca ni su esfuerzo ni su presencia (…) en la ruina que nos dejaron los rojos se nos encuentra a nosotros". Lo curioso era que la figura de la divulgadora sanitaria rural estaba inspirada en la enfermera visitadora del período republicano, la que fue perdiendo protagonismo en las instituciones sanitarias oficiales durante el franquismo en favor de las falangistas encuadradas en la Regiduría de Divulgación y Asistencia Sanitario-Social (Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena, 2001). Este relevo era crucial porque la presencia de las divulgadoras en los pueblos representaba la preocupación del Nuevo Estado dentro de un marco ideológico nacional-sindicalista que buscaba acercar la justicia social a todos, siempre desde una intervención científica y moderna (Oroz, 2016).

Existían tres escuelas de formación para las divulgadoras: Escuela José María de Pereda (Polanco-Santander), la Escuela Castillo de Olite (Castellón de la Plana) y la

[385] *Nuestra misión*. Reportaje cinematográfico de la labor que las divulgadoras sanitario-rurales de la Sección Femenina realizaron todos los días en las ciudades y pueblos de España, Departamento Nacional de Cinematografía, 1940. Catálogo de Filmoteca Española. Ficha técnica: https://catalogos.cultura.gob.es/RAFI/cgi-rafi/abnetopac/O14262/IDccfb741e?ACC=161

Escuela Alto de Los Leones (Segovia) (Ramos y Colmenar, 2014). El título de divulgadora se obtenía después de cursar solamente un mes y medio de clases teóricas, pero dos años de prácticas obligatorias. Además, su trabajo era completamente voluntario y no cobraban un salario. La justificación para ello se encontraba en que éstas no requerían de "un exceso de conocimientos, [sino] requerían vocación y una formación especial, que le haga sentir con alegría su misión de sacrificio, ya que no puede encontrarse otra compensación mejor que el de ayudar a evitar pérdidas de vidas humanas"[386]. Si la formación teórica impartida a las divulgadoras se concentraba en un período de mes y medio mientras que su práctica se extendía por dos años, parece evidente que el título de divulgadora sanitaria rural funcionaba como una fachada para un trabajo no remunerado. Por este motivo, esta labor recaía principalmente en mujeres solteras de áreas rurales, ya que las jóvenes de zonas urbanas rechazaban asumir tareas tan arduas sin compensación económica (Marías Cadenas, 2011). Ante las condiciones extenuantes de su desempeño, la Sección Femenina solicitó formalmente una gratificación para las divulgadoras como reconocimiento al sacrificio realizado (Gallego Méndez, 1983). En respuesta, la Dirección General de Administración Local estableció en 1944 que los ayuntamientos con divulgadoras activas en su término municipal debían asignarles una gratificación mensual de entre 75 y 100 pesetas[387]. No obstante, algunos ayuntamientos mostraron resistencia a dicha medida, lo que llevó a la Sección Femenina a insistir en la remuneración de estas mujeres, interpretada no como un salario, sino como un reconocimiento por el cumplimiento de su deber (Marías Cadenas, 2011).

Durante los años sesenta, los cursos de formación para Divulgadoras Sanitarias Rurales continuaban realizándose. Es así como en 1966 se celebraron cursos en las provincias de Almería, Castellón, Santa Cruz de Tenerife, Santander y Valencia. En ellos, 116 estudiantes consiguieron el diploma como divulgadoras. En 1967, las provincias elegidas fueron Barcelona, Málaga, Oviedo, Santa Cruz de Tenerife y Valencia y aprobaron 144 jóvenes como divulgadoras. No obstante, el problema de la falta de remuneración persistía. Se afirmaba que, aunque algunas divulgadoras cobraban gratificación, ésta era insuficiente para cubrir sus necesidades, lo que estaba generando una gran cantidad de bajas[388].

Estos sacrificios incluían que las divulgadoras se desplazaran entre pueblos cercanos la mayoría de las veces caminando para poder concretar su misión, pero Falange utilizaba esta realidad para enfatizar el heroísmo de estas mujeres en el mundo rural para alcanzar hasta el lugar más recóndito del campo español en la lucha contra la mortalidad infantil, descenso que la Sección Femenina no tenía reparos en atribuirse, como lo transparentaba Pilar Primo de Rivera en la revista *Consigna* en 1948:

---

386 "Misión de la divulgadora rural", *Consigna*, Nº 6, p. 15.

387 *Boletín Oficial del Estado*, Dirección General de la Administración Local, 12 de noviembre de 1944, p. 8497.

388 AHPA, Sección Femenina, Delegación Provincial de Sección Femenina de Palencia, Acción Divulgadora y Asistencia Social y Sanitaria, Signatura Caja 16/3, Cuerpo de Divulgadoras de la Sección Femenina, Sin fecha, pp. 2-3.

> "(…) y yo creo que las camaradas han sido una eficaz ayuda para los médicos, principalmente en el medio rural, donde ese ejemplar Cuerpo de Divulgadoras, desde el año 1940, no perdona trabajo ni sacrificio, por duro que sea, con tal de salvar la vida de un niño. Y todo esto desinteresada y ampliamente, buscando a la vez que a la madre necesitada de consejo, los desórdenes morales o materiales que haya en cada familiar, para remediarlos también. Y ha sido tan eficaz su labor, que ahí están las estadísticas de mortalidad infantil publicadas por la Dirección General de Sanidad, con una disminución asombrosa desde el año 1942, debida principalmente a los propios médicos, como es natural; pero, en gran parte también, al esfuerzo de la Sección Femenina, que además de poner el elemento humano, aún saca fondos de su exiguo presupuesto para llegar a donde el Estado no alcanza"[389].

En ese sentido, destacaba, por ejemplo, la labor de la divulgadora de Piedrahita en Ávila que atendía dos pueblos más, "para lo cual tiene que andar más de cinco kilómetros diarios a cada uno, comprobándose que desde que presta sus servicios ha disminuído [sic] la mortalidad infantil". Asimismo, se nombraba a la divulgadora de Villajimena, Palencia, quien se desplazaba caminando seis o siete kilómetros diarios para visitar a las madres embarazadas, entregarles cartillas de racionamiento y supervisar la higiene de sus hogares. O la divulgadora de Castilmimbre, Guadalajara, que "a fuerza de observaciones hechas a las madres ha conseguido que éstas atiendan mejor a los hijos, no habiéndose registrado en lo que va de año [1946] ninguna defunción infantil"[390]. Pareciera ser que el énfasis de Sección Femenina en la labor realizada por sus divulgadoras sanitarias rurales tenía no sólo fines propagandísticos. Durante los años de autarquía que siguieron al final de la guerra civil, el desempeño de las divulgadoras permitió el acercamiento de la ideología del régimen en torno a la política pronatalista a los pueblos y atender necesidades sociales y sanitarias sin que fuera necesario la instauración de un sistema de sanidad público o un sistema de Seguridad Social. Por lo tanto, que las divulgadoras ejercieran como voluntarias, aún cuando se determinó posteriormente una remuneración para ellas, significó que su trabajo representara un sistema de asistencia social a bajo costo. Y, tal como lo plantea Sescún Marías Cadenas (2011), es innegable que el régimen se aprovechó del sacrificio y vocación numerosas de estas voluntarias para consolidar su credibilidad en el mundo rural al atribuirse el crédito por los logros obtenidos por las intervenciones de las divulgadoras en los diferentes pueblos que recorrían de manera constante.

Según los datos publicados por Sección Femenina en *Ser, Revista Médico-Social* en 1946, el ala femenina de Falange contaba con 999 divulgadoras sanitarias rurales que habían aprobado sus cursos de formación. A su vez, contabilizaba a 694 enfermeras visitadoras falangistas, quienes actuaban exclusivamente en las ciudades.

[389] "Hojas de la Falange. Discurso de Pilar Primo de Rivera", *Consigna*, Nº 85, 1948, p. 26.
[390] "Labor sanitariosocial de la Sección Femenina, *Ser, Revista Médico-Social*, Nº46, 1946, p. 37.

Tabla Nº 17: Síntesis de los servicios prestados por las Divulgadoras Sanitarias Rurales y las Enfermeras Visitadoras de Sección Femenina entre 1940 y agosto de 1945

	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Total
Visitas a niños	5.237	427.070	868.117	1.017.568	1.021.022	979.830	4.318.844
Charlas enseñanza a madres	-	74.805	223.108	390.820	183.581	160.579	1.032.893
Canastillas repartidas	-	4.563	16.380	17.667	24.829	7.047*	70.486
Niños atendidos con medicamentos y ropas	5.421	170.493	322.499	484.241	580.263	547.982	2.110.899
Total servicios:	**10.658**	**676.931**	**1.430.104**	**1.910.296**	**1.809.695**	**1.695.438**	**8.533.122**

*Faltan los repartos hechos en navidad, que son los más importantes.
Fuente: Tabla extraída de "Labor sanitariosocial de la Sección Femenina, *Ser, Revista Médico-Social*, Nº46, 1946, p. 36.

En la tabla anterior que recoge la incidencia de las acciones realizadas por la Sección Femenina tanto en el ámbito urbano como en el rural, se observa un incremento sostenido en las visitas domiciliarias a la infancia, alcanzando nuevamente casi el millón en 1945. Ahora bien, según documentación perteneciente a Sección Femenina, si en 1944 había 3.713 divulgadoras en activo[391], resulta al menos cuestionable que el total de atenciones domiciliarias a niños llegara a 1.021.022, incluso si dicha cifra incluyera las visitas concretadas por las enfermeras en las ciudades. Por este motivo, y debido al carácter propagandístico de la labor del Cuerpo de Divulgadoras Sanitarias Rurales, es posible que las cifras de las acciones de Sección Femenina fueran alteradas por las falangistas.

A pesar de ello, la misión de las divulgadoras no se reducía al ámbito sanitario, ya que en los pueblos debían actuar como representantes del Instituto Nacional de Previsión y Sindicatos "para conseguir que todos los trabajadores cobren los subsidios correspondientes, Familiar, Maternidad, Vejez y Accidentes del Trabajo"[392]. En muchas ocasiones organizaron cursillos de divulgación sanitaria rural con la colaboración del Instituto Nacional de Previsión para dar a conocer el Seguro de Maternidad y sus prestaciones sanitarias y económicas mediante la entrega de cartillas divulgadoras[393]. Estos cursillos se anunciaban generalmente en la radio o en la prensa y se le recordaba a la población la importante labor que realizaban las divulgadoras "luchando activamente en la campaña contra la mortalidad infantil, cumpliendo las consignas dadas por el Caudillo a

[391] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Alcance y Acción de la Sección Femenina, 1953, p. 29.

[392] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 23/662. Guión Num. 10. Divulgación y Asistencia Social Sanitaria. Labor que se realiza en el medio rural, p. 53.
[393] "La colaboración en los cursillos de sanidad rural", *Boletín de Información*, Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, Nº7, julio 1940, pp. 6-7.

las mujeres de Falange"[394]. También se les pedía convencer a todos los niños de la localidad de incorporarse al Frente de Juventudes para que recibieran una formación nacionalsindicalista. El fin último era "la captación de las familias para Dios y la Falange" y debían conseguirlo intentando remediar todas las problemáticas que estuvieran a su alcance. Para ello, las divulgadoras repartían alimentos dietéticos, vestimentas y medicamentos. Asimismo, entregaban canastillas para el recién nacido a toda madre que lo solicitase, aunque se les exigía la presentación del certificado del matrimonio por la Iglesia (Maceiras-Chans et. al., 2018). Como parte del control social que la Sección Femenina extendía en el ámbito rural español, la tarea más importante de las divulgadoras después de su rol sanitario, era facilitar nuevos matrimonios, bautizos y comuniones en las familias que atendía (Gallego Méndez, 1983; Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena, 2001). Un ejemplo de ello fue la actuación de las divulgadoras de Buenavista, en Tenerife, quienes "han venido verificando una gran labor espiritual preparando a niños para la Primera Comunión, bautizos, bodas, Auxilios Espirituales, en lo que han puesto toda su mayor voluntad y cariño"[395]. Sin embargo, incentivar los bautizos y los matrimonios fue parte de su trabajo en los primeros años del franquismo porque, ya durante los años cincuenta, su enfoque se dirigió a los hábitos morales y religiosos. En otras palabras, la vigilancia a la población fue estricta respecto a la pertenencia a otros credos religiosos o el incumplimiento de los sacramentos católicos (Marías Cadenas, 2011).

9.4.2 Campañas de Vacunación, Campañas de Higiene y Campañas de Alimentación Infantil

También habituales fueron las campañas de vacunación. Una de las primeras iniciativas que tuvo Sección Femenina fue la Campaña de Vacunación Antidiftérica en la población infantil entre uno y cuatro años de edad (Cordovilla Pinto, 2006; González García, 2016; Maceiras Chans et. al., 2017a). Éstas se ejecutaron durante los años 1941, 1942 y 1943 con un gran protagonismo de las divulgadoras sanitarias rurales que debían visitar domicilios para recabar información de los niños que debían ser vacunados y convencer a las madres de su importancia. No obstante, a partir de un decreto de 1944, la Dirección General de Sanidad tomaría el relevo de la campaña y declararía obligatoria la vacuna antidiftérica, actuando la Sección Femenina sólo como colaboradora (Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena, 2001). Para alcanzar a la mayor cantidad de población posible, la actuación se realizaría a nivel provincial. Los médicos debían comunicar obligatoriamente a cada Jefatura Provincial de Sanidad el total de niños vacunados a través de un parte emitido semanalmente. Desde allí, la información era trasladada a la Dirección General de Sanidad, donde se supervisaba el cumplimiento nacional de las vacunaciones. Entonces, al finalizar cada año, se publicaban los resultados de la campaña mencionando expresamente el número de vacunaciones concretadas en los municipios más poblados de cada provincia (González García, 2016).

[394] "Sección Femenina: Notas", *El correo de Zamora*, 01 de febrero de 1941, p. 4.
[395] "Labor sanitariosocial de la Sección Femenina, *Ser, Revista Médico-Social*, Nº46, 1946, p. 37.

Las falangistas solían encontrarse frecuentemente con la desconfianza que las mujeres campesinas demostraban hacia la medicina moderna, lo que exasperaba a las divulgadoras: "¡Y esa resistencia a la vacunación! Cuántas divulgadoras rurales, después de buscar ánimos en su propia fe, de reafirmarse en su fervor falangista, impuestas en su sacrificio de andariegas por burgos serranos o rústicas aldeas manchegas, se lamentan, bordeando la desesperanza: ¡no quieren vacunar a sus hijos!"[396]. De este modo, el primer paso fue realizar una intensa campaña de propaganda mediante la proyección del documental *Luchemos contra la difteria* en todas las provincias de España. El segundo fue la distribución de propaganda escrita sobre la relevancia de la vacuna frente a los peligros de la enfermedad, además de difundirla a través de los medios de prensa y la radio. Y tercero, las falangistas se preocuparon de que todos los niños asistieran los días y horas designadas para su vacunación en los centros sanitarios correspondientes, visitándoles divulgadoras o enfermeras visitadoras –dependiendo de si los niños habitaban los pueblos o las ciudades– para indagar sobre las causas de su inasistencia, la que generalmente se explicaba por el descuido de la familia[397]. Cuando todas estas intervenciones no funcionaban, a veces las divulgadoras debieron abandonar el diálogo, tal como se mencionaba en la prensa de la organización: "¡Si te digo que en alguna parte hubo que amenazar con recoger las cartillas de abastecimiento a quienes no presentasen a sus criaturas!"[398].

Tabla Nº 18: Estadística de la Campaña de Vacunación Antidiftérica entre 1941 y 1945

	1941	1942	1943	1944	1945	Totales
Camaradas movilizadas	2.132	376	2.057	1.127	762	6.454
Visitas realizadas	126.287	54.648	127.147	27.162	9.603	344.847
Vacuna aportada por SF (dosis)	240.000	196.100	134.000	37.000	15.000	622.100
Niños vacunados en la capital	125.303	57.977	41.866	15.524	2.623	243.293
Niños vacunados en pueblos	364.203	132.267	134.365	33.733	8.364	672.932

Fuente: "Labor sanitariosocial de la Sección Femenina, *Ser, Revista Médico-Social*, Nº46, 1946, p. 39.

[396] "Cómo luchan las divulgadoras rurales I", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, 01 de agosto 1940, p. 18.
[397] "Labor sanitariosocial de la Sección Femenina, *Ser, Revista Médico-Social*, Nº46, 1946, p. 39.
[398] "En el campo y en la ciudad: Enfermeras y divulgadoras", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, 01 de septiembre 1941, p. 12.

En la tabla anterior, y según los datos manejados por la Sección Femenina, el mayor número de vacunaciones se efectuó en los pueblos. Infiriendo desde estos datos, las falangistas asociaban el alcance de las vacunas al trabajo realizado por sus camaradas durante las visitas a las familias. Aun así, es posible observar que a partir de 1944 su impacto en el total de niños vacunados se redujo drásticamente, coincidiendo con el traspaso de la gestión de la campaña a la Dirección General de Sanidad. Este cambio impactó no sólo en la cantidad de dosis aportadas por la Sección Femenina, sino que en el total de vacunas administradas por sus enfermeras visitadoras y divulgadoras sanitarias rurales. Sin embargo, otros investigadores han comprobado que las actividades de vacunación en las que participó la Sección Femenina en la provincia de Valencia fueron poco constantes y carentes de uniformidad, toda vez que mostraron importantes desigualdades territoriales. Los obstáculos a los que se enfrentaron las divulgadoras en los pueblos estuvieron relacionados con la negativa de las madres a vacunar a sus hijos, la falta del total de vacunas necesarias que ocasionó que algunos niños no obtuvieran la segunda dosis de la misma y las dificultades para llevar correctamente el registro de quienes habían sido vacunados (Maceiras-Chans et. al., 2017).

Entre 1944 y 1949, las campañas de vacunación perdieron protagonismo y no fue hasta el inicio de los años cincuenta, cuando hubo un incremento en las muertes por difteria, que se incentivaron nuevamente las vacunas en la población infantil. De este modo, se registraron 97.990 vacunas en 1950 administradas por las falangistas, cifra que descendió a 38.172 al año siguiente[399]. Para ese entonces, la Sección Femenina perdió protagonismo frente a la aparición de laboratorios y empresas de vacunación privadas y el paulatino reemplazo de sus programas intervencionistas por un trabajo asistencial y educativo más institucionalizado y profesionalizado (González García, 2016).

Otra de las principales actividades desplegadas por las divulgadoras sanitarias rurales fueron las Campañas de Higiene. Éstas consistían en la visita a domicilio de la divulgadora a las viviendas donde sospechara que las condiciones higiénicas eran precarias, por lo que recolectaba información sobre el estado sanitario de cada uno de los habitantes en la ficha social-familiar. Una vez en conocimiento de las condiciones higiénicas de cada vivienda, debía desarrollar una labor de enseñanza de la higiene adaptada a la situación de cada familia que atendiera. A su vez, repartiría la Cartilla de la Madre y la Cartilla de Higiene y organizaría pequeñas charlas destinadas a las familias y mujeres de los casos que veía. Respecto a las tareas de asistencia y socorro, la divulgadora entregaría al grupo familiar utensilios de aseo como jabón, vestimenta para los niños, hatillos, canastillas para recién nacidos y cal, con la que encargaría el encalado de la vivienda como medio desinfectante. Luego de la entrega de este material, era necesario que continuaran las visitas a la vivienda por parte de la divulgadora para establecer una estrecha vigilancia con tal de impedir su venta. Finalmente, la Sección Femenina organizaba concursos por grupos de casas para premiar a "las familias más limpias y

[399] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Alcance y Acción de la Sección Femenina, 1953, p. 31.

obedientes" con vestimenta para sus hijos o utensilios de cocina o para el hogar[400]. En el caso de las personas afectadas por enfermedades parasitarias, eran enviados a los Centros de Desinsectación y se les cambiaban en su vivienda las mantas y los colchones[401].

Tabla Nº 19: Campaña de Higiene de 1945 (enero a agosto)

Camaradas movilizadas	2.621
Pueblos donde se realizan	1.258
Visitas realizadas	106.464
Viviendas atendidas	24.126
Cartillas de Higiene repartidas	24.126
Carteles murales colocados	24.126

Fuente: "Labor sanitariosocial de la Sección Femenina, *Ser, Revista Médico-Social*, Nº46, 1946, p. 38.

Si bien las cifras que se presentan en esta tabla reflejan una incidencia considerable de las divulgadoras en los pueblos respecto a las visitas realizadas en el marco de la Campaña de Higiene de 1945, la edición de abril de la revista *Y* afirmaba que hasta ese momento se habían llevado a cabo 6.250 visitas, realizadas por 880 camaradas que habían atendido 1.059 viviendas[402]. Cabe preguntarse de qué manera la Sección Femenina logró aumentar en diecisiete veces el total de visitas a viviendas en los pueblos con el triple de falangistas colaborando en esta tarea en tan sólo cuatro meses o si efectivamente corresponde a una alteración de las cifras manejadas por el ala femenina de Falange.

Otra tarea que asumieron las divulgadoras sanitarias rurales en los pueblos fue registrar el acceso a agua potable, servicio clave para mejorar la higiene en el medio rural. Por medio de las fichas social-familiares podían comunicar a la Regiduría Central la cantidad de pueblos que no contaban con este servicio. Luego, en coordinación con la Hermandad de la Ciudad y el Campo, se hacía la gestión para conseguir la instalación de agua potable en los pueblos donde este servicio no existía. Magdalena –actualmente de 102 años de edad–, en Ricobayo, en la provincia de Zamora, contaba que ella fue una de las primeras del pueblo en tener agua potable en su casa gracias al Ayuntamiento:

> "me dice una vecina "–Magdalena, me ha dicho el alcalde que el que quiera meter el agua en las casas que puede ir", "–mira, aunque esté tres días sin comer...". Es lo primero que hago, meter el agua, y así lo hice (…) ¡hombre! Eso es una gloria… llegas a un sitio, le das al grifo, es una maravilla… y antes teníamos que ir al río (…) o ibas a una fuente que estaba una esperando

[400] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 23/662. Guión Num. 10. Divulgación y Asistencia Social Sanitaria. Labor que se realiza en el medio rural, pp. 54-55.
[401] "Campaña de higiene", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, abril-mayo 1945, p. 26.
[402] Ibid.

> a que emanara, ibas a otra fuente, estabas esperando que emanara… ¡yo no! Yo cogía un burro que tenía, le ponía las alforjas, metía los cántaros y marchaba por agua al río donde íbamos a lavar (…) yo no estaba esperando la… hay tres fuentes, pero no están surtidas de agua…"[403].

Asimismo, parte de la tarea de la divulgadora era desplegar la Campaña de Alimentación Infantil organizada por la Delegación Nacional de Sección Femenina cuando encontraba problemas de nutrición en los niños que atendía. Las divulgadoras rurales sanitarias tenían la responsabilidad constante de implementar esta campaña, cuyo objetivo era prevenir la mortalidad infantil causada por trastornos nutricionales. En primer lugar, esta obra se distinguía por una intensa labor propagandística que exigía a las divulgadoras alcanzar todos los hogares con lactantes. Estas mujeres actuaban como intermediarias para asegurar que la madre y el lactante recibieran la vigilancia médica requerida y supervisaban su asistencia a los controles correspondientes. Otro requisito de la campaña era la organización de pequeñas clases de puericultura entre las madres de manera colectiva. Si esto no era posible, entonces debían intensificar los consejos en cada vivienda que visitaran, lo que debía ir de la mano con la entrega de alimentos dietéticos para que las madres aprendieran la técnica correcta de preparación. Cuando esto ocurría, se vigilaba que la entrega de la leche –sobre todo aquella leche en polvo de la Ayuda Social Americana a partir de 1953– fuera en pequeñas cantidades. El reparto de los alimentos era sistematizado y registrado y consistía principalmente en leche en polvo y harina. La importancia del consumo de productos lácteos fue una de las vértebras de la política contra la mortalidad infantil que sostuvo el régimen. Por ejemplo, la Regiduría Provincial de Divulgación de Huesca declaró a la Regidora Central de la Sección Femenina haber recibido 2.496 kilos de leche por parte de PROLAC en 1968 que se repartieron en diferentes municipios de la provincia[404]. Además, la cantidad de leche y otros alimentos destinados a cada niño se encontraba estipulada previamente, lo que obligaba a las mujeres a asistir casi semanalmente a la consulta para que la divulgadora o el médico pudiera llevar el registro de la alimentación del niño mediante la Cartilla de la Madre[405]. Respecto a este último punto, P. Sánchez, la Regidora Provincial de Divulgación de Madrid, comunicaba a las divulgadoras sanitarias rurales en 1965 a través de la resolución nº 767 que el reparto de leche PROLAC debería hacerse a los niños menores de siete años y a las madres gestantes y lactantes, correspondiendo a cada persona la cantidad de 750 gramos al mes, por considerarse un complemento alimenticio[406].

---

[403] Magdalena (15 de julio de 2024). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Ricobayo, provincia de Zamora, Castilla y León [Grabación en dispositivo móvil].

[404] AHPHU, Delegación Provincial de Sección Femenina de Huesca, Caja M-29, Personal, Prensa y propaganda, Juventud, Trabajo y Divulgación. Informe de la Regiduría Provincial de Divulgación a la Regidora Central de las Actividades durante el año 1968, p. 3.

[405] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 23/662. Guión Num. 10. Divulgación y Asistencia Social Sanitaria. Labor que se realiza en el medio rural, p. 54.

[406] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 23/662. Resolución Nº 767 firmada por la Regidora Provincial de Madrid de Divulgación y Asistencia Social-Sanitaria.

La clave detrás de las visitas domiciliarias era el control y la vigilancia sobre las mujeres rurales. Por esta misma razón, y con la excusa de enseñar a las madres la correcta preparación de la papilla, las divulgadoras tenían el deber de visitar diariamente la vivienda de las niñas y los niños que atendían para asegurarse de que la harina fuera utilizada adecuadamente, pero también de que la madre no la vendiera ni intercambiara por otros productos. En estas visitas, la divulgadora no sólo debía recoger información sobre el estado sanitario de los integrantes de la familia, sino que se sumaban datos sobre la calidad de la vivienda, la higiene, la composición familiar y el cumplimiento de los sacramentos de la Iglesia católica, quedando todo registrado en las fichas social-familiares que necesitaban cumplimentar (Gallego Méndez, 1983). Josefina Ara Alzuria, Delegada Local de Sección Femenina de Binefar, en la provincia de Huesca, escribió en el informe de los trabajos realizados entre 1962 y 1964 la situación de una familia que fue auxiliada por la organización femenina de Falange:

> "Existe una familia que se alberga en una cueva, que consta de un matrimonio y dos niñas estas de 9 y tres años de edad respectivamente, a dicha familia se le ha entregado: una cama, un colchón, dos mantas, tres sábanas, ect. [sic] etc. asi como una bateria [sic] de cocina. La niña de 9 años, ingreso en el Colegio de Religiosas Esclavas del Inmaculado Corazon de Maria [sic] que se halla en esta localidad, en calidad de externa, dichas Religiosas le han regalado el uniforme completo y Sección Femenina un par de zapatos"[407].

Los donativos materiales resolvían necesidades inmediatas de las familias, pero no así los problemas sociales que se desprendían del escenario económico de la posguerra o de la desigualdad socioeconómica históricamente establecida. Sescún Marías Cadenas (2011) explica que la asistencia que Sección Femenina otorgaba a las familias se interpretaba como el encuadramiento político de estas personas con Falange, por lo que las instituciones del régimen se veían beneficiadas con una especie de compensación sociopolítica que dejaba "en deuda" a la población asistida. Aunque la entrega de alimentación y otros enseres era de carácter gratuito, el objetivo detrás de estas campañas era la imposición de unos valores y conductas homogéneos que funcionaban como condicionantes para continuar percibiendo estas ayudas. En ese sentido, las divulgadoras trabajaban como agentes que perseguían la adscripción de los habitantes de los pueblos al sistema asistencial franquista y generaba una condición de dependencia de estas familias con el Estado. En el caso presentado, por ejemplo, la permanencia de una de las hijas de este grupo familiar en el colegio católico privado iba de la mano con el cumplimiento de otras normas para que pudieran continuar recibiendo los enseres de Falange.

[407] AHPHU, Delegación Provincial de Sección Femenina de Huesca, Caja M-15/3, Informes de las Delegaciones Locales. Informe de los trabajados realizados durante los años 1962 al 1964, Josefina Ara Alzuria, Delegada Local de Sección Femenina de Binefar.

Tabla Nº 20: Labor Sanitaria de la Regiduría de Divulgación en Pueblos de la provincia de Teruel en el año 1961-1962

	Niños socorridos con leche			Niños atendidos con:			
	Lactantes	**Edad preescolar**	**Leche (kg)**	**Alimentos**	**Medicamentos**	**Hatillos y canastillas**	**Consulta Médica**
Griegos	2	3	40	-	4	7	-
Alcañiz	-	-	-	-	-	4	150
Alcorisa	8	9	90	-	5	9	-
Calanda	10	8	90	-	-	8	20
Calaceite	-	-	-	-	-	3	-
Mas de las Matas	7	-	-	-	-	2	-
Mazaleón	6	8	60	-	-	5	3
Torrecilla de Alcañiz	9	6	70	7	5	2	8
Báguena	8	3	48	-	4	5	6
Bello	2	5	25	-	-	2	-
Caminreal	9	10	50	-	-	6	-
Rudilla	1	3	20	-	-	1	-
Hijar	8	10	50	-	-	5	-
Andorra	5	4	30	-	-	6	-
Sarrión	8	10	45	-	-	5	-
Monreal del Campo	-	-	-	-	-	3	-
Villafranca del Campo	3	2	20	-	-	4	-
Ojos Negros	2	7	40	-	-	4	4
Torrijo del Campo	2	3	20	-	-	2	-
Escucha	2	-	10	-	-	2	-
Gargallo	2	5	20	-	-	2	-
Utrillas	2	3	20	-	-	2	5
Rubielos de Mora	10	6	40	-	2	2	-
Alba	4	5	20	-	1	4	-
Bronchales	3	4	10	-	-	-	-
Alfambra	5	7	30	-	2	4	-

Cella	2	6	30	-	-	3	-
Puebla de Valverde	6	7	40	-	-	4	-
Teruel	36	50	300	-	13	18	-
Villel	2	5	30	-	1	2	-
Mata de los Olmos	6	7	30	-	-	-	-
Belmonte de	3	7	35	-	-	1	-
Villarquemado	4	1	20	-	-	4	-
Total	**177**	**204**	**1.333**	**7**	**37**	**131**	**196**

Fuente: AHPTE, Delegación Provincial de la Sección Femenina de Teruel, Caja SF 35/4, Fichas provinciales de Divulgación y Asistencia Social y Sanitaria. Regiduría de Divulgación, Labor Sanitaria, Año 1961-1962.

La tabla anterior es un ejemplo del trabajo que 39 divulgadoras sanitario rurales desempeñaron en 33 pueblos de la provincia de Teruel en el año 1961-1962 dentro de la Campaña de Alimentación Infantil. A partir de esta información, es posible asegurar que la entrega de leche en polvo constituía una parte central del programa y que se entregaba mayoritariamente a la infancia preescolar en comparación con los lactantes. La cantidad de niños lactantes y en edad preescolar socorridos con leche en polvo en cada pueblo no superó los diez beneficiarios respectivamente, a excepción de la capital provincial, en la que las cifras aumentan abruptamente. Y las ayudas más entregadas por las divulgadoras no fueron los medicamentos ni los alimentos, sino que las canastillas y hatillos de vestimenta, encontrándose las cifras más altas en Alcorisa y Calanda, sin contar los datos de Teruel como localidad. Ahora bien, llama la atención los pocos controles médicos realizados en los niños por parte de la Sección Femenina. Así, mientras en la mayoría de los pueblos no hay registro de su práctica, en Alcañiz se llevaron a cabo 150 de los mismos.

En otras oportunidades, las Instructoras Rurales dictaban cursos sobre Alimentación y Nutrición, como aquel realizado en el Hogar Rural de Valfonda de Santa Ana, provincia de Huesca. En estas clases participaron alrededor de veinte mujeres, pero eran poco constantes en su asistencia. Por otro lado, la instructora rural encargada del curso, María Isabel Merino, explicó que los contenidos no habían generado tantas intervenciones por parte de las asistentes: "creo que la razón fué [sic]: Miedo unas de otras por no decir los alimentis [sic] que tomaban en los distintos hogares"[408]. Esto podría haber generado rechazo al curso mismo por resultarles ajenas a su cotidianeidad las propuestas alimentarias de la profesora.

Por otro lado, la Sección Femenina colaboraba con servicios de otras instituciones sociales y sanitarias que proporcionaban asistencia materno-infantil con presencia en

[408] AHPHU, Delegación Provincial de Sección Femenina de Huesca, Caja M-95, Asistencia Social 1961-1976. Curso de "Alimentación y Nutrición" de 9 a 14 de junio de 1975 en el Hogar Rural de Valfonda de Santa Ana (Huesca), María Isabel Merino, Instructora Rural.

distintos lugares del territorio español. Una de ellas era la Beneficencia Provincial, cuyas camaradas participaban en dieciséis provincias: Albacete, Almería, Badajoz, Baleares, Bilbao, Burgos, Cáceres, Castellón, Guadalajara, León, Lugo, Ourense, Soria, Tarragona, Toledo y Zamora. Otra era la Obra de Ayuda Nacionalsindicalista, concentrándose en Huesca, Santander, Burgos, Ávila, Castellón, Madrid, La Coruña, Lugo y Zaragoza. Los dos últimos servicios correspondían al Control del Racionamiento Infantil (Málaga, Valencia, Murcia, Granada, Cádiz, Huelva, Albacete y Lugo) y la Asistencia a Madres (Zamora, Granada, Cádiz y Palencia).

Asimismo, la Falange femenina instaló, por iniciativa propia, sus propios centros sanitarios tanto en el mundo urbano como en el rural. Sin embargo, la mayoría de estos se concentraba en los pueblos, probablemente, porque la regeneración del campo español formaba parte del ideario vertebral de la Sección Femenina, lo que lo convertía en una prioridad. De este modo, en las ciudades estableció 20 Dispensarios (10 en Barcelona y 10 en Madrid) y 4 Clínicas repartidas en Jaén, Málaga, Valencia y Vigo. En cambio, creó 27 Centros Rurales de Higiene Infantil en las siguientes localidades: Sallent y Vich (Barcelona), Las Rozas (Madrid), Ronda (Málaga), Alcira y Bocairent (Valencia), Alcázar de San Juan (Ciudad Real), Motril (Granada), Barbastro (Huesca), Moratalla y Cehegín (Murcia), Piedrasblancas (Oviedo), Plasencia, EIbar, Fuenterrabía, Escoriaza y Vergara (San Sebastián), Almansa (Albacete), Teis (Vigo), Peñausende, Morales del Vino, Losacio de Alba y Granja de Moreruela (Zamora), Lagunilla (Salamanca), Guareña (Badajoz) y Coca (Segovia)[409].

Por otro lado, las falangistas tenían presencia en los pueblos a través del nombramiento de Delegadas Locales. En el pueblo de Cella, en la provincia de Teruel, fue nombrada María Luisa como Jefa Local del Movimiento. Según el relato de María Luisa, ella fue nombrada con este cargo por haber participado desde muy niña en los campamentos de verano organizados por la Sección Femenina. Su padre la envió a ella y a su hermana al albergue de las falangistas cuando otros padres en Cella no querían. María Luisa lo explica diciendo "si fuera ahora dirían "–Mi padre no nos deja que nos signifiquemos". Pero entonces decían "–Es que mi padre tiene miedo"[410]. De esta manera, la Sección Femenina le otorgó el cargo cuando ella tenía dieciséis o diecisiete años. Ella no le contó a nadie que había sido nombrada Jefa Local del Movimiento en representación de las falangistas, por lo que ejercía esa función como una actividad cualquiera sin tener conocimiento total de la capacidad que tenía (eso lo aprendió muchos años después leyendo sobre el régimen, dice). Una vez acudió al pleno del Ayuntamiento, como le habían comunicado que debía hacer según su cargo, pero al llegar allí…

> "me dijo el alguacil: "–Ay, hija". Le dio pena que yo fuera allí y decía "–¿Pero a esta muchacha qué le hacen pa' venir aquí? ¡Pobre criatura! ¡No vengas! No se te ocurra venir, pero ¿dónde vas? No se te ocurra venir. ¡Pero

[409] "Labor sanitariosocial de la Sección Femenina, *Ser, Revista Médico-Social*, Nº46, 1946, p. 39.
[410] María Luisa (02 de septiembre de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Cella, provincia de Teruel, Aragón [Grabación en dispositivo móvil].

> bueno, pero bueno! (…) Por favor, con tantos hombres, tú aquí sola…". Y aquello me llamó tanto la atención que ya no volví y tampoco me llamaron nadie más. Y nada, que no, que no. No tenía ni voz ni voto allí, nada" [411].

Por lo tanto, la labor de María Luisa se redujo a solicitar canastillas a la Delegación Provincial de Sección Femenina cuando eran requeridas por alguna madre del pueblo y entregárselas y, también, a pesar a los bebés porque, al ser Jefa Local del Movimiento, le habían otorgado una báscula pediátrica: "Yo tenía el peso (…) yo no controlaba a nadie. Como sabían que María Luisa tenía un peso, que era de Falange, pues "vamos a pesarlo allí". Sin más. (…) A lo mejor habría madres que querrían saberlo porque a lo mejor les habrían informado en algún momento la Sección Femenina…"[412]. Con esto, ella se refería a que las madres del pueblo habían sido instruidas previamente sobre la importancia de controlar el peso de sus bebés, probablemente por la Sección Femenina en las Cátedras Ambulantes o por las Divulgadoras Sanitarias Rurales. De este modo, ella facilitaba a las madres la báscula para que controlaran ellas mismas el peso de sus hijas e hijos.

9.4.3 La labor sanitaria de las Cátedras Ambulantes

La misión regeneradora que había iniciado el Cuerpo de Divulgadoras Sanitarias Rurales durante los primeros años del régimen a través de su labor enfocada en la lucha contra la mortalidad infantil mediante las campañas de vacunación, las campañas de higiene y las campañas de alimentación infantil fue continuada por las Cátedras Ambulantes (Marías Cadenas, 2011; Pérez Moreno, 2011; Morales y Vieitez, 2017). Estas aulas educativas itinerantes, llamadas por Luis Suárez "escuelas de formación intensiva montada sobre ruedas" (1992: 191), buscaban atender las necesidades de educación cultural, religioso-moral y económica de la población rural.

Su origen puede rastrearse hasta principios de los años cuarenta, cuando Sección Femenina publicó en revista *Y* en septiembre de 1944 un reportaje en el que explicaba la composición motorizada de los coches-remolques que componían la Cátedra Ambulante[413]. Similares a las Misiones Pedagógicas desarrolladas durante el período republicano español, su inspiración directa provenía de las relaciones establecidas entre la Sección Femenina y el ala femenina del régimen nazi durante los años que el Tercer Reich se mantuvo vigente (Morant i Ariño, 2014). Sin embargo, la proliferación de las Cátedras Ambulantes de Sección Femenina desde la década de 1950 en las zonas rurales de las provincias podía responder a las continuas quejas de las divulgadoras que afirmaban que sus labores en los pueblos excedían el ámbito sanitario porque eran conscientes de que formaban parte de la única regiduría que llegaba a sus habitantes (Marías Cadenas, 2011).

Según las mismas palabras de la organización falangista, "las Cátedras Ambulantes (…) nacieron por la necesidad de llegar a las mujeres de zonas rurales, con el fin de

[411] María Luisa, Cella, provincia de Teruel, Aragón.
[412] María Luisa, Cella, provincia de Teruel, Aragón.
[413] "Cátedra ambulante Francisco Franco Nº 1", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, septiembre de 1944, pp. 16-17.

incorporarlas al momento actual de la vida española"[414]. A pesar de centrarse en un enfoque formativo para las mujeres campesinas, la labor de asistencia social y sanitaria no quedó al margen de esta nueva fase en las actuaciones de la Sección Femenina. La Cátedra Ambulante se componía de cuatro camiones con cuatro remolques que recorrían los pueblos con un máximo de 5.000 habitantes y aldeas para desplegar una tarea de divulgación sanitaria y de enseñanza a las mujeres que habitaban estas localidades[415]. Como las Cátedras suponían un mecanismo importante de propaganda local, algunos ayuntamientos rurales entregaban subvenciones para que éstas llegaran a sus localidades. Pero, por lo general, las Cátedras Ambulantes eran financiadas por la Delegación Nacional de Sección Femenina, la Diputación Provincial del pueblo que se visitaba, el Instituto Nacional de Colonización y la Jefatura Provincial del Movimiento. Al mismo tiempo, como este proyecto debía permanecer un mínimo de dos meses en cada lugar al que llegaba, cada equipo de Cátedra no podía cubrir más de cinco pueblos al año. Ahora bien, conforme a un acuerdo establecido con el Instituto Nacional de Colonización, uno de los pueblos al que debía ir la Cátedra Ambulante debía pertenecer a una zona de colonización. Otros podían ser elegidos por influencias o condiciones arbitrarias, lo que finalmente conseguía que fuera difícil que estas aulas itinerantes aterrizaran en localidades con necesidades importantes o urgentes que resolver (Marías Cadenas, 2011).

La Cátedra Ambulante estaba compuesta por siete afiliadas a la Sección Femenina que conformaban el profesorado: la Jefe de la Cátedra, una médica puericultora, Enfermera o Divulgadora, una profesora de Industrias Rurales, una profesora de Corte y Cocina, una profesora de Labores y Trabajos manuales, una Instructora de Juventudes y una Instructora de Música. Durante un mes o más tiempo si se estimaba conveniente, las mujeres que se inscribían voluntariamente a las clases recibían lecciones relacionadas al Hogar (Corte y Confección, Cocina, Economía doméstica, Convivencia social, Labores y Trabajos manuales), Cultura General (Religión, Historia, Política, Lucha contra el Analfabetismo, Gimnasia y Deportes) e Industrias Rurales (Apicultura, Avicultura, Cunicultura, Curtido de pieles, Confecciones peleteras, Industrias Lácteas, Porcinocultura y Floricultura)[416].

Uno de los coches-remolques consistía en una Clínica dotada de Rayos X e instrumentos especializados para reconocimientos y curaciones. A su vez, disponía de sala de reconocimiento con su mesa correspondiente, armarios para medicamentos, una cama plegable, una báscula para pesar a los bebés, armarios de bandejas y un pequeño servicio higiénico[417]. Esto facilitaba tanto la enseñanza de la puericultura, la higiene y medicina casera a las madres del pueblo como el despliegue de una completa campaña sanitaria en

[414] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Cátedras de Sección Femenina. Organización, Madrid, 1965, p. 4.
[415] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Cátedra Ambulante Francisco Franco, Madrid, 1955.
[416] Ibid.
[417] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Cátedras de Sección Femenina. Organización, Madrid, 1965, p. 11.

sintonía con la lucha contra la mortalidad infantil. Además, aprovechando la motorización de la clínica, la médica que participaba en la Cátedra –junto a la Jefa de la misma u otra profesora– se desplazaba a las aldeas próximas para dar charlas, realizar vacunaciones y reconocimientos con los Rayos X, repartir medicamentos y entregar alimentos dietéticos, siempre enfocándose en la infancia. Cualquier reconocimiento que hiciera y vacunaciones que concretara, debía informarlos mediante una ficha a la Dirección General de Sanidad para colaborar con la labor sanitaria del Estado. Así, permitía que muchas personas que habitaban lugares aislados de las provincias españolas recibieran la atención sanitaria que era difícil, por no decir imposible, de obtener de otra manera debido a los largos desplazamientos que necesitaban hacer para llegar a pueblos de mayor tamaño que sí tenían un médico[418].

Para las falangistas era de especial importancia involucrar al médico del pueblo en las actividades de la Cátedra, ya fuera dictando una parte del programa o que les explicara las necesidades de la localidad y, así, enfatizar algunos temas sobre otros dependiendo de ellas. Con ese motivo, la médica puericultora debía entregar al médico del pueblo todas las fichas de los reconocimientos efectuados para que estuviera al tanto. La finalidad era que, una vez la Cátedra marchara, la labor iniciada allí pudiera continuar. Lo mismo se exigía para desarrollar la campaña de vacunación si era necesario: siempre se debía actuar bajo la aprobación del médico[419].

Aunque se intentaba convocar a la mayor cantidad de madres y jóvenes mujeres para las charlas de puericultura, su asistencia no era condicionante para que todos los niños hasta la edad escolar asistieran a consulta en la clínica de la Cátedra porque esta última instancia era prioritaria. Aun así, la misión de la médica puericultora, más que en las clases y en la clínica, estaba en las visitas domiciliarias para lograr formarse un concepto real del pueblo que le permitiría orientar a la población con conocimiento de causa. Su atención debía centrarse en la higiene personal, la higiene de la vivienda, el cuidado del niño en todos sus aspectos y la higiene del pueblo (si contaba con fuentes, lavaderos, basureros, entre otros elementos). Esta misma gestión le ayudaría a determinar la entrega de canastillas a las madres de recién nacidos[420].

No obstante, había Cátedras que se desplazaban a los pueblos que no contaban con la clínica como coche-remolque. En esos casos, la profesora encargada de la sección de sanidad podía ser una enfermera o una divulgadora, independiente de si en la localidad que visitaban ya había alguna desempeñando el cargo. En el aspecto general, las actividades a su cargo no diferían, pero luego había diferencias cruciales. El contraste más significativo respecto a la labor de la médica puericultora radicaba en la subordinación al médico que debía cumplir la enfermera o la divulgadora para no cruzar los límites de las acciones que

[418] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Cátedra Ambulante Francisco Franco, Madrid, 1955.
[419] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Cátedras de Sección Femenina. Organización, Madrid, 1965, pp. 74-75.
[420] Ibid.

le estaban permitidas. En esa dirección, la divulgadora no podía tomar determinaciones sanitarias sin la autorización del médico del pueblo. Del mismo modo, la Jefe de la Cátedra y la Divulgadora debían visitar al médico para explicarle la misión de la Cátedra y solicitar su consentimiento para desarrollar el aspecto práctico de las clases de puericultura. Asimismo, todas las charlas que ella decidiera hacer debían ser con la autorización y bajo la vigilancia del médico. Lo mismo si no se habían llevado a cabo las campañas de vacunaciones correspondientes en la localidad[421].

Tabla Nº 21: Labor Sanitaria de las Cátedras Ambulantes en pueblos de las provincias de Guadalajara (1946-1948), Ávila (1948-1950) y Teruel (1951-1952)

	Guadalajara		**Ávila**		**Teruel**	
	Brihuega	**Sacedón**	**Arenas San Pedro**	**Villanueva (Umbrías)**	**Mora de Rubielos**	**Aliaga**
Niños reconocidos	107	320	135	637	221	598
Vacunas antidiftéricas	50	No hubo vacuna	153	93	7	758
Madres en clases de Puericultura	-	65	57	58	18	150

Fuente: AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Alcance y Acción de la Sección Femenina, 1953, pp. 59-63.

En esta tabla aparecen los pueblos de cada una de estas provincias con mayores y menores atenciones en los años en que recibieron a la Cátedra Ambulante, lo que demuestra la disparidad que existía entre unos lugares u otros. Estas diferencias podían responder a la cantidad de habitantes de cada localidad, al interés de las madres en apuntarse a las clases dictadas por la Cátedra y a la llegada previa o tardía de las campañas de vacunación.

El caso de las Cátedras Ambulantes en Palencia, las que operaron entre 1953 y 1977, ofrece una visión concreta del impacto de este programa en las comunidades rurales. Un ejemplo significativo ocurrió en el pueblo de Guisando, particularmente en el período 1971-1972, donde se observaron mejoras en la salud de la población infantil al experimentar la disminución de las enfermedades nutricionales a partir de las clases de Alimentación y Nutrición. Además, se continuaron las campañas de vacunación de Polio y Triple (contra difteria, tos ferina y tétanos) en los niños. Se destacaba también que, como consecuencia de la Cátedra, el pueblo había nombrado a una Delegada Local de la Sección Femenina y a una Divulgadora Sanitaria[422].

[421] AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Cátedras de Sección Femenina. Organización, Madrid, 1965, p. 78.

[422] AHPP, Delegación Provincial de Sección Femenina de Teruel, Cátedras: Actividades, Memorias, Programación, 1968-1977, Caja 18/3, Cuestionario a cumplimentar sobre la labor realizada y continuidad de la misma en los pueblos por donde ha pasado la cátedra durante el curso 1971-1972.

Por último, el Cuerpo de Divulgadoras Sanitarias Rurales celebraba Cursos de Madres Ejemplares, en los que se educaba a las madres en conocimientos de puericultura. En un informe del Departamento de Educación Sanitaria, se calculó que entre 1966 y 1967 se habían desarrollado 494 de estos cursos. A su vez, existía una queja porque no todas las provincias los realizaban y las falangistas estaban convencidas de que se podía incrementar su número con la planificación suficiente desde la Delegación Nacional de Sección Femenina para que presionara a las Delegadas Provinciales. Por otra parte, insistían en que continuaba la tendencia que asociaba los cursos con la distribución de canastillas en vez de valorar su aporte educativo, situación contra la que luchaban desde un principio[423]. Aun así, había lugares donde las madres no participaban de estos cursos, ni siquiera por obtener el beneficio de la canastilla. En el marco de las actividades de la Cátedra Ambulante realizada entre el 20 de mayo y el 03 de julio de 1968 en el municipio de Horche, provincia de Guadalajara, se registró un informe en el que la divulgadora expresó que "el curso de madres ejemplares lo hicimos en Horche pero fueron muy apáticas, a pesar de la propaganda que hicimos por todos los medios llegando a visitar todo el pueblo casa por casa no pudimos"[424]. En otras localidades, estos cursos no se pudieron realizar porque el médico no vivía en ninguno de los pueblos asistidos, pero se afirmaba que "las madres asistieron con mucho interés a las clases de puericultura que les di yo [la divulgadora de la Cátedra]"[425].

9.5 Acciones sanitarias de la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile dirigidas a las madres y la infancia en el ámbito rural

Como parte de la agenda mundial de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1979 fue decretado como el Año Internacional del Niño. La dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet llevaba casi cinco años en el poder y era cuestionado internacionalmente por las constantes denuncias de violaciones a los derechos humanos que proliferaban en los medios de comunicación de todo el mundo occidental. En medio de esta contingencia, el régimen aprovechó de universo a la celebración del Año Internacional del Niño para limpiar su imagen pública a través de la instrumentalización de la infancia. En esta labor, Lucía Hiriart de Pinochet como esposa y madre del dictador, jugó un papel central como presidente de la Comisión Nacional para el Año Internacional del Niño (Alfaro, 2023).

En marzo de ese año, la Primera Dama publicó su discurso sobre el acontecimiento en la revista de CEMA-Chile en el que afirmó que el niño "es la nueva simiente, que debe ser cuidada con amor, dedicación, esmero, cuyo crecimiento debe ser tanto en calidad como en densidad". Estas palabras no eran casuales, ya que se aunaban con la Política de

[423] AHPA, Sección Femenina, Delegación Provincial de Sección Femenina de Palencia, Acción Divulgadora y Asistencia Social y Sanitaria, Signatura Caja 16/3, Cuerpo de Divulgadoras de la Sección Femenina, Sin fecha, p.1.

[424] AHPG, Sección Femenina, Delegación Provincial de Sección Femenina de Guadalajara, Caja 050, Ficha de Divulgación y Asistencia Social-Sanitario en Horche, 20 de mayo al 03 de julio de 1968.

[425]AHPG, Sección Femenina, Delegación Provincial de Sección Femenina de Guadalajara, Caja 050, Ficha de Divulgación y Asistencia Social-Sanitario en Mazuecos, 05 de febrero al 23 de marzo de 1968.

Población del régimen con un eje pronatalista y sanitario que se ponía en marcha ese mismo año. Continuaba luego añadiendo que "nuestro país puede con orgullo considerar uno de los países que, en los últimos años, se han preocupado de los niños incrementando su apoyo con aportes humanos y económicos importantes"[426]. En efecto, durante la dictadura se crearon nuevas instituciones dedicadas específicamente a la infancia. No obstante, aunque existía un interés estatal por abordar las problemáticas de este grupo poblacional, las intervenciones no se implementaron como políticas públicas en sentido estricto. En su lugar, se promovió la participación del sector privado mediante fundaciones y corporaciones, que en muchos casos dependían del trabajo voluntario de mujeres para suplir las carencias en las áreas no atendidas por el Estado. De este modo, el régimen procuró proyectar internacionalmente la viabilidad de un modelo de Estado subsidiario, en el que lo público no se consideraba un pilar imprescindible para enfrentar los desafíos sociales.

Tanto la Secretaría Nacional de la Mujer como la Fundación CEMA-Chile, ambas presididas por Lucía Hiriart, desarrollaron iniciativas enfocadas en la atención a las madres y la infancia. Sin embargo, estas no fueron las únicas instituciones destinadas a estos propósitos. Entre otros de los organismos creados destinados a dicho fin fse encontraban la Fundación Nacional de Jardines Infantiles y Navidad, la Corporación de Ayuda al Niño Limitado (COANIL) y la Corporación de Ayuda al Menor (CORDAM). Mientras que la primera estaba bajo el mando de Lucía Hiriart, las dos últimas eran presididas por las esposas de los integrantes de la Junta Militar. Además, existían organizaciones de voluntariado orientadas al ámbito de la salud. Entre estas destacaban las Damas de Rojo, quienes prestaban servicios como voluntarias en los hospitales; las Damas de Amarillo, encargadas del ropero del hospitalizado; las Damas de Rosado, voluntarias en Postas de Salud Urbanas y Rurales; las Damas de Calipso, vinculadas al Hospital de Niños Dr. Exequiel González Cortés; y las Damas de Lila, asociadas a la Corporación de Nutrición Infantil (CONIN), fundada en 1975 por el médico Fernando Mockenberg Barros (Hiriart, 1985: 10-11).

9.5.1 Las actividades sanitarias de la Secretaría Nacional de la Mujer

En 1976, el primer número de *Amiga*, la revista de publicación mensual de la Secretaría Nacional de la Mujer, planteaba el servicio como parte esencial de la vida de la mujer chilena. En ella se describía que educar a los hijos, apoyar al marido, mantener unida a la familia, aprovechar los recursos para administrar bien el hogar y aprender a ahorrar eran sus misiones más importantes como esposa y madre, pero su labor como ciudadana se traducía en "entregar algunas horas para lograr el bienestar de todos los chilenos". Ante todas esas tareas, se planteaba como interrogante "¿qué significa

[426] "Discurso de la Primera Dama de la Nación, Sra. Lucía Hiriart de Pinochet, presidenta de la Comisión Nacional para el "Año Internacional del Niño"", *CEMA-Chile*, Nº 4, marzo de 1979, p. 4.

considerar a Chile como la meta más importante?". La respuesta: "en una palabra, es servir"[427].

Muchas mujeres voluntarias se acercaron a la Secretaría Nacional de la Mujer para servir a Chile, es decir, para colaborar con las diversas actividades de atención que se desplegaron destinadas a los sectores más vulnerables del país, en especial las mujeres y la infancia. La Secretaría tenía la misión de difundir los valores patrios y familiares, elevar el nivel de vida de la familia chilena e informar sobre las políticas y programas de gobierno, en particular, la red social del Estado. Muchas de ellas eran mujeres profesionales diferentes áreas: abogadas, enfermeras, asistentes sociales, profesoras, matronas y nutricionistas. Desde sus respectivas profesiones y como voluntarias realizaban labores educativas, de asistencia técnica, orientación social y jurídica, de investigación y también sanitarias (Hiriart, 1985: 39).

9.5.1.1 Capacitaciones y cursos de formación para las madres

Unas de las tareas más importantes de la Secretaría Nacional de la Mujer fueron las capacitaciones y los cursos de formación que realizaba a la comunidad a través de las monitoras. Éstas eran voluntarias que, siempre con los conocimientos delimitados por la institución, dictaban cursos sobre primeros auxilios, sobre higiene del hogar y prevención de accidentes. Muchas de estas clases se destinaban a las socias de los centros de madres de CEMA-Chile y a las juntas de vecinos luego de identificar sus necesidades más urgentes. También llevaban a cabo capacitaciones en materias de puericultura y cooperaban con charlas destinadas a las madres embarazadas que se atendían en el Hospital de Rancagua, en la Región de O'Higgins, centro sanitario que atendía a mujeres de toda la provincia. Asimismo, en algunas localidades se llevaron a cabo cursos de higiene pre y postnatal, como ocurrió en el municipio de Angol, en la Región de la Araucanía[428].

Otra labor indirecta como formación a las madres fue la distribución de la cartilla *Doña Juanita*, la que en algunas ocasiones aparecía impresa en los números de revista *Amiga*. Esta serie fue reemplazada por tres tipos de cartillas distintas clasificadas: *Juanita y su Hogar*, *Juanita Campesina*, *Juanita y la Ley*, lo que causó que su tiraje se redujera a sólo 10.000 y 20.000 ejemplares. En la primera de estas tres, se publicaban recetas de cocina para cada día del año, se explicaba la importancia de la leche en el consumo familiar, el equilibrio en la ingesta de frutas y verduras en la alimentación diaria y la prevención de accidentes en el hogar. En la segunda, se profundizaba en industrias rurales como la avicultura, la sericicultura y la cunicultura que podían desarrollar las mujeres campesinas en sus hogares. Y, por último, la tercera, correspondía a las instrucciones y la planificación de un huerto casero. Las cartillas recopilaban la información para que las habitantes del mundo rural –y del mundo urbano si tenían el espacio exterior en sus

[427] "Así piensa la secretaría", *Revista Amiga*, enero-febrero de 1976, nº 1, p. 25.

[428] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Diez años de voluntariado. Memoria 1973-1983*, Secretaría Nacional de la Mujer, 1984.

viviendas para hacerlo– aprovecharan al máximo sus recursos en su propio beneficio y el de sus familias, tal como había hecho la Sección Femenina durante el franquismo, y así mejorar la alimentación del grupo familiar.

Dentro de lo que podría considerarse una labor de formación, la Secretaría Nacional de la Mujer facilitó la preparación de niños y niñas para recibir su primera comunión, siguiendo el ejemplo que las ex becarias de Sección Femenina que integraban el equipo directivo de la institución habían aprendido en España. El único registro que existe de esta instancia es la intervención realizada en el Centro Abierto Diurno de Pucón –programa abordado en el siguiente apartado–, una localidad a las orillas del Lago Villarrica en la Región de la Araucanía[429]. Si bien no hay motivos publicados que expliquen esta actividad, podría inferirse que respondió tanto al alto índice de población campesina e indígena que habitaba los alrededores del municipio como a la lejanía de sus lugares de residencia.

9.5.1.2 Lucha contra la desnutrición infantil

Como ya se ha mencionado en el capítulo anterior, la desnutrición infantil fue una de las grandes preocupaciones que se atendieron durante el régimen de Pinochet por temor a las consecuencias que tendría para niñas y niños no recibir una alimentación adecuada que permitiera su desarrollo cognitivo y físico en óptimas condiciones (Leyton Robinson, 2024). Con el objetivo de colaborar en las campañas de alimentación de la infancia vulnerable, la Secretaría creó y participó en diversos programas.

Los Centros de Atención Diurna (CAD) fueron una iniciativa creada por la Secretaría Nacional de la Mujer con el propósito de prevenir la vagancia, la delincuencia y la drogadicción en los menores de extrema pobreza. Funcionaban en las ciudades y en algunos pueblos, eran atendidos por las voluntarias de esta organización femenina y estaban dirigidos a niños y niñas en edad escolar, de seis a catorce años. El programa era financiado por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) mientras que la administración estaba a cargo de la Fundación Paula Jaraquemada Alquizar, nombre en homenaje a una heroína de la Independencia de Chile[430].

Los niños acudían diariamente a estos centros y permanecían en ellos durante las horas en que no asistían a los establecimientos educacionales. Allí recibían tres comidas diarias y regresaban a sus hogares por las tardes. Ahora bien, aunque la finalidad de los CAD estaba en otorgar una alimentación equilibrada a la infancia, lo cierto es que las voluntarias inculcaban también a los niños y las niñas los valores patrios y familiares que promovía el régimen. Así, realizaban programas de reforzamiento escolar, orientación familiar, Historia de Chile, orientación cívica, actividades culturales y deportivas. Al mismo tiempo, sus padres recibían una formación por parte del centro que consistía

[429] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, "Actividades especiales regionales", *Diez años de voluntariado. Memoria 1973-1983*, Secretaría Nacional de la Mujer, 1984.
[430] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Objetivos y programas de la Secretaría Nacional de la Mujer*, Santiago de Chile,1982, pp. 10-11.

principalmente en psicología infantil, educación al consumidor y actualidad nacional (Hiriart, 1985: 47). De esta forma, la educación al consumidor involucraba aprendizajes relacionados con el consumo de leche y sus beneficios a partir de la entrega gratuita de leche en polvo de manos del Ministerio de Salud. El único requisito para recibirla era cumplir con los controles periódicos de salud, tanto de la embarazada como del niño, en el consultorio más próximo al lugar de residencia[431].

Tabla Nº 22: Relación entre pueblos con Centros de Atención Diurna y el número de niños que atendían hasta 1982

Comuna	Nº Niños	Comuna	Nº Niños
Pica	100	San Clemente	120
Freirina	60	Empedrado	60
Illapel	65	Retiro	80
La Ligua	80	Quechereguas	100
La Calera (2)	200	Aguas Negras	100
Llay-Llay	100	Bulnes	100
Catemu	100	Quirihue	100
Cabildo	150	Lebu	100
Peralillo	100	Mulchén	50
Marchigue	25	Huépil	80
Rengo	100	Vilcún	100
Curepto	120	Pitrufquén	200
Molina	100	Mariquina	120
Pelarco	210	Purranque	130

Fuente: Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Objetivos y programas de la Secretaría Nacional de la Mujer*, Santiago de Chile,1982, p. 11.

En la tabla anterior, se han descartado las ciudades y capitales regionales para identificar el número de Centros de Atención Diurna en los pueblos del territorio chileno, distribuidos de norte a sur. Si la documentación señala que existían 63 centros en total que atendían a 8.445 niños, en el mundo rural se contaba con 28 de ellos, los que recibían a 2.950 niños. Es decir, los pueblos concentraban un tercio de la atención a la infancia en estas instituciones a nivel nacional.

Otra medida en la que colaboraban las voluntarias de la Secretaría Nacional de la Mujer eran los Centros Abiertos, establecimientos que funcionaban según instrucciones del Servicio Nacional de Salud y que atendían gratuitamente a niños entre dos y seis años en situación de extrema pobreza. Estaban destinados a familias que no podían entregar a sus hijos una adecuada alimentación, educación y atención médica, por lo que su finalidad era contribuir a la disminución de la desnutrición infantil y, al mismo tiempo, aliviar la economía de familias de menores recursos[432]. Además, junto al Ministerio de Educación,

[431] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Programa de Educación al Consumidor, La Leche*, Secretaría Nacional de la Mujer.
[432] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Atención Especial a Menores: Centros Abiertos, Secretaría Nacional de la Mujer*, s/f.

la Secretaría capacitó al personal auxiliar que atendía a los niños de los CAD y a sus voluntarias.

Conforme a la misión de servicio de sus voluntarias, la presencia de la Secretaría Nacional de la Mujer también se mostraba en la colaboración con la Corporación de Nutrición Infantil (CONIN), lo que le permitía participar en conjunto a los servicios de salud en la organización de nuevos centros para la atención de niños desnutridos o dictar cursos sobre alimentación materno-infantil tanto fuera como dentro de los policlínicos. Ejemplos de ello en el medio rural fueron la creación de un plan piloto contra la desnutrición infantil en conjunto al Servicio Nacional de Salud en la localidad de Tierra Amarilla, Región de Atacama; la apertura de un comedor para madres embarazadas en Casablanca, Región de Valparaíso, la organización de una sala cuna para niños desnutridos en Collipulli y la colaboración en el Plan de Alimentación Complementaria, en el que se repartían alimentos y leche en polvo, en Traiguén, ambos municipios pertenecientes a la Región de Atacama[433]. Respecto a la sala cuna en Collipulli, *Amiga* explicaba que las voluntarias "consideran que la labor puede aumentarse, y están preocupadas de detectar nuevos casos de niños que requieran de cuidados especiales, para incorporarlos a la sala cuna en un plazo muy breve"[434]. Estas palabras demuestran que la Secretaría Nacional de la Mujer utilizaba sus iniciativas para atender al binomio materno-infantil como una tarea de vigilancia hacia las madres, especialmente en el ámbito rural.

9.5.1.3 Atención sanitaria en centros de salud rurales

Conocida fue la actuación de las voluntarias profesionales del ámbito de la salud de la Secretaría en los centros sanitarios en las zonas urbanas y rurales. Su intervención en ellos iba en el marco de la atención a la infancia, pero también de la formación de las madres. De este modo, estas mujeres participaron en la atención del dispensario de salud rural en la entrega de medicamentos en Placilla, Región de O'Higgins, y en Puerto Claro, Región de los Lagos. Del mismo modo, entregaron atención permanente en el policlínico del municipio de Hualqui y la asistencia sanitaria a embarazadas en colaboración con el Servicio Nacional de Salud en Curanilahue, ambas localidades ubicados en la Región del Bío-Bío. También estuvieron presentes colaborando con las madres y recién nacidos con necesidades socioeconómicas en el Hospital de Puerto Natales, Región de Magallanes[435]. Además, en otras maneras de colaborar, la Secretaría Nacional de la Mujer solía organizar actividades para recaudar fondos para promover la creación de nuevos centros de salud. Así, *Amiga* informaba en 1976 de la colaboración de la Secretaría en la creación de una tienda de ropa de segunda mano en San Carlos, una localidad en la Región del Bío-Bío, en la que las personas de escasos recursos podían adquirir su vestimenta. En la noticia se añadía que todo el dinero reunido a partir de las ventas iría a la construcción de una nueva

[433] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, "Actividades especiales regionales", *Diez años de voluntariado. Memoria 1973-1983*, Secretaría Nacional de la Mujer, 1984.
[434] "Sala Cuna en Collipulli", *Revista Amiga*, marzo de 1976, nº 2, p. 39.
[435] Ibid. Si bien Puerto Natales es una ciudad, al estar ubicada en la Región de Magallanes, es tratada como parte del medio rural por su aislamiento geográfico con el resto del país al estar ubicada en la región chilena más austral y sólo poder acceder a ella a través de la vía aérea.

posta de salud materno-infantil porque la existente carecía de comodidad y de higiene[436]. La misma revista informaba de la creación de una nueva posta de primeros auxilios en Chalinga, un pueblo de 700 habitantes ubicado en la Región de Coquimbo, organizada por las voluntarias de la Secretaría. Se añadía que, gracias a la gestión del alcalde de una comuna cercana, habían logrado que el centro de salud contara con luz eléctrica y agua potable. Además, la nueva posta funcionaba todos los días y era visitada una vez a la semana por una matrona. Por otro lado, más al sur, se había inaugurado otra posta de salud en un sector denominado Taulemu, próximo a Placilla, localidad ya mencionada. Allí eran dos enfermeras del Servicio Nacional de Salud quienes, junto a las voluntarias, atendían a los niños, entregaban la leche a las madres y realizaban el control de las embarazadas[437].

9.5.1.4 Campañas sanitarias especiales

Al igual que la Sección Femenina, la Secretaría Nacional de la Mujer colaboró en las distintas campañas de vacunación que se desplegaron en Chile, sobre todo en aquella contra la polio. La participación de sus voluntarias se extendió en su mayoría por las ciudades, como Calama (Región de Antofagasta) y Punta Arenas (Región de Magallanes) y no en los pueblos ni áreas rurales. Cabe mencionar, que participaron a su vez en las campañas contra la pediculosis en la infancia, habiéndose registrada una sola en Arica (Región de Tarapacá)[438].

9.5.2 CEMA-Chile y la atención rural de la salud materno-infantil

La Fundación CEMA-Chile tenía un trabajo tan implicado con la salud materno-infantil como lo tenía la Secretaría Nacional de la Mujer. Si bien su papel principal era la capacitación de las mujeres que se inscribieran como socias de los centros de madres para que desarrollaran habilidades para desempeñarse en algún taller laboral o artesanal de la institución, también desarrollaba programas específicos de ayuda social que proporcionaban ayuda económica, habitacional, laboral, sanitaria, educacional y profesional[439]. Entre los beneficios que las socias tenían se contaban las atenciones médicas brindadas por convenidos mantenidos por CEMA-Chile con diversas entidades de salud, entrega de medicamentos, de prótesis, sillas de ruedas, anteojos, billetes de transporte por trámites de salud, facilidades para la realización de trámites en hospitales, entre otros. De este modo, las socias podían recibir atención médica y dental mediante los convenios de la fundación y ciertos centros sanitarios mediante la presentación de su carnet de CEMA-Chile, lo que les otorgaba costos reducidos[440]. En 1985, la fundación había facilitado 47.507 casos de salud atendidos en especialidades médicas como

[436] "San Carlos: "Baratillo" con un doble objetivo", *Revista Amiga*, agosto de 1976, nº 7, p. 47.
[437] "Postas de primeros auxilios en Chalinga y Taulemu", *Revista Amiga*, marzo de 1976, nº 2, p. 31.
[438] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, "Actividades especiales regionales", *Diez años de voluntariado. Memoria 1973-1983*, Secretaría Nacional de la Mujer, 1984.
[439] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Fundación CEMA-Chile*, Edición del Departamento de Relaciones Públicas de CEMA-Chile, Litografía Sur.
[440] Ibid.

pediatría, ginecología, obstetricia, medicina interna, oftalmología, odontología, exámenes de laboratorio y otras ramas sanitarias[441].

En muchas ocasiones, estas prácticas generaban la afiliación de las mujeres a los centros de madres para hacer uso de estas ventajas. Era innegable que pertenecer a un centro de madres era una oferta atractiva, por lo que la vigilancia de las voluntarias a cargo de cada una de las sedes era muy estricta. Las voluntarias sabían que muchas de las socias ingresaban a CEMA-Chile por interés económico, pero una vez dentro de la institución, se les exigía un compromiso moral-ideológico. Así, cada vez que una socia se retiraba del centro de madres y abandonaba la fundación, se informaba a CEMA Central que ya no pertenecía a la misma para evitar que usufructuara con el carnet sin pertenecer ya más como socia (Lechner y Levy, 1984).

9.5.2.1 Policlínicos

CEMA-Chile no sólo generaba convenios con otras instituciones de salud en beneficio de sus socias, sino que también contaba con su propia red de policlínicos en el medio urbano y en el rural. Estos centros contaban con la atención de profesionales de salud, eran financiados con fondos generados en las sedes de las que dependía su ubicación[442] y brindaban cobertura sanitaria a las socias, sus cónyuges y sus hijos. Este importante detalle reforzaba el ideal de familia que defendían las voluntarias. Además, a través del Departamento de Asistencia Social de la fundación, se les proporcionaba el despacho de recetas médicas gracias a la existencia permanente de medicamentos. Específicamente el ámbito rural, CEMA-Chile prestaba apoyo dando especial relevancia al Control de Niño Sano, a la distribución de leche, al control de las mujeres embarazadas y al Programa de Prevención del Cáncer Cervicouterino y de Mamas (Hiriart, 1985: 25).

En 1981, la fundación contaba con nueve policlínicos: cuatro ubicados en la Región Metropolitana y cinco en regiones y provincias. En la Región Metropolitana, los profesionales que trabajaban en ellos eran cinco médicos remunerados por el Servicio Nacional de Salud, seis médicos remunerados con fondos generales de CEMA-Chile de los que dependen estos policlínicos. Luego, cincos médicos eran voluntarios, tres enfermeras voluntarias de la Cruz Roja y una asistente social[443]. No obstante, el número de policlínicos se incrementó rápidamente y en 1984 ya tenía 35 centros en todo el país (Valdés y Weinsten, 1993).

9.5.2.2 Hogares de la Madre Campesina

En 1978, CEMA-Chile inauguró los Hogares de la Madre Campesina. Según el lugar geográfico en el que se ubicaran, sus nombres cambiaban a Hogares de la Madre Minera o Urbana. Su objetivo era entregar atención gratuita a las mujeres embarazadas

[441] "Atención médica y dental para las socias", *CEMA-Chile*, Edición Aniversario, Octubre de 1985, pp. 73-75.
[442] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Fundación CEMA-Chile*, Edición del Departamento de Relaciones Públicas de CEMA-Chile, Litografía Sur.
[443] *CEMA-Chile: Memoria 1981*, Editora Nacional Gabriela Mistral, p. 14.

que habitaran en sectores rurales alejados de los centros de atención de salud especializada[444]. En algunas oportunidades, la Secretaría Nacional de la Mujer colaboró con la formación de un Hogar de la Mujer Campesina, como ocurrió –de norte a sur– con el de Salamanca (Región de Coquimbo), Talca y Cauquenes (Región del Maule), Galvarino (Región de la Araucanía) y Río Bueno y Osorno (Región de los Lagos)[445].

En estos hogares, las madres recibían alojamiento, comidas, controles médicos, atención permanente y charlas sobre puericultura, dictadas por profesionales y expertos, para lo que se solicitaba la asesoría técnica de los servicios de salud del Ministerio[446]. Cualquier mujer del medio rural podía solicitar hospedaje en estos hogares, ya fuera como estación pre-parto o post-parto, o en ambos si médicamente se requería. En diferentes casos, algunas veces las futuras madres necesitaban llegar semanas antes del parto al hogar, sobre todo si se padecían o temían complicaciones en el embarazo. Por este motivo, estas instituciones se ubicaban a poca distancia de la Maternidad del sector con el propósito de acceder fácilmente a los exámenes y controles indicados por el médico o la matrona. Si posterior al parto la madre o el recién nacido presentaba problemas, la estadía en el hogar se extendía por el tiempo que fuese necesario para asegurar la salud de ambos. Incluso, si la residencia de la mujer se encontraba a una distancia muy lejana, podía esperar hasta que su hijo recibiera el primer Control de Niño Sano antes de marcharse a casa. Lucía Hiriart afirmaba que "han llenado una necesidad importantísima en los sectores apartados, y gracias a ellos, (…) se ha disminuido la mortalidad pre y post natal (…) se han reducido los riesgos del parto (…) se ha aminorado en un gran porcentaje la mortalidad infantil" (Hiriart, 1985: 25).

Tabla Nº 23: Número de Hogares de la Madre Campesina y el Número de Atenciones realizadas entre 1979 y 1988

Año	Nº Hogares	Nº Atenciones
1979	38	-
1980	44	-
1981	48	-
1982	64	-
1983	87	8.981
1984	103	24.583
1985	104	22.864
1986	100	17.449
1987	91	10.404
1988	81	-

Fuente: Datos extraídos de Valdés y Weinstein (1993: 100).

[444] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, *Fundación CEMA-Chile*, Edición del Departamento de Relaciones Públicas de CEMA-Chile, Litografía Sur.
[445] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, "Actividades especiales regionales", *Diez años de voluntariado. Memoria 1973-1983*, Secretaría Nacional de la Mujer, 1984.
[446] *CEMA-Chile: Memoria 1981*, Editora Nacional Gabriela Mistral, p. 10.

Según la información arriba presentada, estas instituciones fueron aumentando progresivamente desde su creación en 1976 para alcanzar su máxima presencia en el país en 1985. La proliferación de estos hogares coincide con el giro pronatalista que experimentó el régimen entre 1979 y 1985 (Jiles y Rojas, 1992), como ya se ha revisado en el capítulo anterior. Asimismo, después del año en que las autoridades aceptaron la práctica de la regulación de la fecundidad bajo condiciones concretas e incentivaron la paternidad responsable, la cantidad de hogares y de madres embarazadas atendidas en ellos comenzaron a disminuir hasta caer drásticamente.

Mercedes, habitante de Paicaví, a quien ya se ha presentado, vivió uno de sus últimos embarazos en el Hogar de la Madre Campesina de Cañete, perteneciente a la provincia de Arauco, Región del Bío-Bío. Comentaba que ella estuvo veinte días en el hogar antes de que llegara el momento de su parto. Compartió con muchas mujeres que se encontraban en su misma situación, pero de zonas más lejanas del lugar donde ella residía. Eso le hacía cuestionarse el sentido de su estancia en el hogar porque, según su propio criterio, Paicaví no era una localidad tan lejana de Cañete (se encuentran separadas por 17 kilómetros). A ella le angustiaba pensar en sus otros hijos pequeños que se habían quedado en su casa sin su madre, lo que la hacía sufrir bastante. Su testimonio confirma que algunas madres podían permanecer en el hogar hasta haber superado el primer Control de Niño Sano del recién nacido, ya que ella estuvo ocho días del post-parto en la vivienda y, una vez su hijo fue controlado, ya pudo regresar a casa. Además, Mercedes explicaba que no podía ir sola a los controles del embarazo: "[habían] (…) las encargadas de, porque a uno la llevaban al hospital, los controles, las traían de vuelta (…) porque pensaban que uno se podía escapar si es que iba sola, salía sola". Este testimonio dilucida la vigilancia que CEMA-Chile sostenía con las mujeres que atendía y tensiona la explicación de los documentos oficiales de la Fundación respecto a la voluntad de las madres de acudir a uno de estos hogares. Significaba que no todas las mujeres que se encontraban en los hogares lo estaban por voluntad propia y Mercedes era una de ellas, aunque ella creía que las razones eran médicas porque "era lo que correspondía porque ya uno después cuando tiene su guagüita, dos o tres, de ahí en adelante es como más rápido el parto entonces, por eso, no querían correr el riesgo que lo tuviera en la casa"[447]. De este modo, CEMA-Chile respaldaba los partos institucionalizados atendidos por profesionales.

9.5.3 Colaboración entre la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile

La entrega de ajuares a las madres y sus recién nacidos fue una de las acciones asistencialistas más reconocidas que compartieron ambas instituciones durante la existencia del régimen. Algunas veces los ajuares eran reemplazados por moisés. Sin embargo, los días más emblemáticos en que estos obsequios eran repartidos entre las madres eran los 11 de septiembre de cada año, llamado "el Día de la Liberación Nacional": la conmemoración del golpe de Estado dado por las Fuerzas Armadas contra el gobierno de Salvador Allende en 1973. Este acto se consolidó como una tradición en la

[447] Entrevista realizada a Mercedes el 18 de mayo de 2022 en Cañete, provincia de Arauco, Región del Bío-Bío, Chile.

que Lucía Hiriart visitaba, en dicha jornada, diversas Maternidades de los hospitales de la Región Metropolitana para hacer entrega de un ajuar a cada niño que hubiera nacido durante ese día, así como a aquellos se hubieran aproximado a esa fecha. De este modo, en homenaje el Año Internacional del Niño, la Primera Dama exhortó a todas las voluntarias de las organizaciones que presidía a que repitieran el mismo gesto en regiones y provincias[448]. Así, por ejemplo, lo anunciaba CEMA-Chile en Coyhaique, Región de Aysén, afirmando que el día 11 de septiembre a las 17 horas entregaría de moisés a los recién nacidos en el Hospital Regional ubicado en la misma ciudad[449]. Por su parte, la Secretaría Nacional de la Mujer hizo lo mismo en San Javier, Región del Maule[450].

Sin embargo, dentro del mundo rural, la labor asistencialista más importante que llevaban a cabo tanto CEMA-Chile como la Secretaría Nacional de la Mujer eran los operativos cívico-militares. Estos operativos constituían acciones coordinadas entre las Fuerzas Armadas y algunas organizaciones civiles destinadas a palear diferentes deficiencias en los barrios más vulnerables de las ciudades y en los sectores rurales del país de difícil acceso. Estas intervenciones se realizaban por un corto período de tiempo, usualmente un día o dos, y brindaban servicios sociales básicos a la población, como peluquería, revisiones médicas, reparaciones de averías en las casas, entre otras (Silva Hidalgo, 2017).

Los operativos estaban orientados a consolidar el modelo subsidiario del Estado y a reforzar la imagen de apoyo social del régimen hacia la población, lo que hacía que tuvieran un claro trasfondo político. De esta manera, aunque a simple vista buscaban resolver necesidades inmediatas de los habitantes del mundo rural, estas acciones unían el ejercicio de un fuerte control político con la difusión de propaganda por parte de las instituciones dictatoriales. En muchas ocasiones, estos operativos se realizaban en la sede rural de los centros de madres, la que generalmente representaba la única presencia de una institución en varios kilómetros de zonas apartadas. En ese sentido, la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile participaban en los operativos a través de sus voluntarias, las que desplegaban servicios de atención médica a las madres y la infancia, higiene y distribución de alimentos, vestimenta y otros enseres. Además, todas las asistencias sanitarias proporcionadas por estas instituciones femeninas se hacían en coordinación con los servicios de salud del Estado. Al mismo tiempo, desarrollaban talleres de capacitación a las mujeres rurales para que adquirieran habilidades prácticas y herramientas que les permitieran aportar a la economía de sus hogares, como la preparación de alimentos aprovechando los recursos disponibles en sus territorios y tejidos, y fomentar su autogestión en las comunidades.

---

[448] "Primera Dama de la nación saluda a los recién nacidos", *CEMA-Chile*, Nº 6, Noviembre de 1979, pp. 12-13.

[449] "Cema Regional en Operativo Social", *El Diario de Aysén*, 02 de septiembre de 1979, p. 5.

[450] Instituto Iberoamericano de Berlín, Signatura F95/55:3, Formato Microfilm, "Actividades especiales regionales", *Diez años de voluntariado. Memoria 1973-1983*, Secretaría Nacional de la Mujer, 1984.

Como ejemplo, los funcionarios de la Gobernación Provincial de Talca, Región del Maule, expresaron a la prensa que previo a los operativos cívico-militares se hacían encuestas previas en los sectores –urbanos o rurales– a los que se planificaba visitar para establecer las principales necesidades en materias socioeconómicas y vitales. Este operativo al que ellos se referían se realizó en el sector de Cruce de Empedrado, cerca de la ciudad de Talca. A él acudieron las autoridades provinciales encabezadas por el Gobernador Teniente Coronel de Ejército Hamilton Rosales Berrueta. Junto a ellos, se sumaron profesionales de salud, asistentes sociales y de previsión social, asesores judiciales, educadores, personal del Registro Civil, Vialidad, Agricultura, Servicio de Vivienda y Urbanismo, voluntarias de la Secretaría Nacional de la Mujer y CEMA-Chile, entre otros[451].

Las características de los operativos cívico-militares en el medio rural, sumado a las autoridades y personal profesional que los acompañaban, se traducían en la focalización de todo el entramado institucional del régimen articulado en un lugar específico con el fin de atender a la población que mayormente excluida se encontraba tanto material como geográficamente. El protagonismo que adquirían las mujeres y la infancia como destinatarios de las atenciones prestadas aparecía como reflejo de las aspiraciones de la dictadura en el ámbito sanitario y eugenésico, demográfico y geopolítico. El mejoramiento del estado de salud de la población, especialmente de la infancia, el deseable aumento de los habitantes de regiones y el aprovechamiento de los recursos disponibles en ellas para evitar la migración a las ciudades y así proteger la soberanía en los territorios más aislados del país recayeron en las mujeres rurales, cuidadosamente instrumentalizadas en su papel de madres a través de las instituciones gubernamentales como la Secretaría Nacional de la Mujer y fundaciones de carácter privado como CEMA-Chile. Estrategia que, considerando las relaciones establecidas por décadas entre la Secretaría y la Sección Femenina de Falange en España, se asemeja lo suficiente a la experiencia desarrollada por la organización femenina falangista en los pueblos mediante la labor de las Divulgadoras Sanitarias Rurales y las Cátedras Ambulantes.

Aunque ambos regímenes se desarrollaron en contextos políticos y temporales diferentes, tanto para las mujeres de la Sección Femenina como para las de la Secretaría Nacional de la Mujer el mundo rural constituyó un espacio en el que compartieron un ideario ideológico conservador. Con estrategias aprendidas de unas a otras –y luego adaptadas– durante varias décadas, los frutos no fueron menores para ambas instituciones. Utilizaron el asistencialismo de las actividades sanitarias materno-infantil para promover el papel tradicional de madre que defendían, reforzaron el control sobre la población que habitaba el campo y los pueblos y, a la vez, generaron legitimación a los regímenes que les permitían expandir sus proyectos institucionales y conservar su poder.

[451] "Acción Cívico-Militar en sector Cruce Empedrado", *La Mañana (Talca)*, 23 de mayo de 1980.

QUINTA PARTE:

CONCLUSIONES

Hasta el final de la guerra civil en España en 1939 y hasta el golpe de Estado en Chile en 1973, ambos Estados habían transitado caminos similares que les habían llevado a tomar acciones para abordar la problemática demográfica de la infancia. Desde finales del siglo XIX, el desarrollo de la eugenesia y la puericultura motivaron a los Estados como España y Chile a poner su atención en la salud de la infancia y en la responsabilidad de las madres frente a la mortalidad infantil. El primer tercio del siglo XX llevó a estos países a crear instituciones que abordaran la problemática, primero desde la beneficencia y luego desde la intervención pública. Proliferaron discursos de distintas áreas del conocimiento, en especial desde la medicina, que alertaban sobre la gravedad de la situación sanitaria infantil y las acciones que debían iniciarse para revertirla. Se crearon institutos y escuelas de puericultura, patronatos de protección a la infancia, las gotas de leche…

La intervención a la maternidad se tradujo en políticas sobre la lactancia materna, seguros de maternidad, la creación de guarderías infantiles y un complejo entramado profesional en el que visitadoras sociales y enfermeras actuaron como intermediarias entre el Estado y las voces de los médicos para vigilar a las madres de los sectores populares y, posteriormente, también rurales de la población española y chilena. Una vigilancia que trascendió los límites de la democracia y continuó incluso bajo los regímenes dictatoriales de Franco y Pinochet. Aún durante los procesos democratizadores de la sociedad española y la chilena, las autoridades gubernamentales y científicas comprendieron a las mujeres desde su vertiente maternal. Sus derechos fueron adquiridos desde su posición social como madres y no como personas sujetas de derechos. No obstante, las políticas sanitarias destinadas a la salud materno-infantil fueron creadas con el propósito de resolver necesidades concretas de las mujeres que veían que sus hijos fallecían sin poder hacer nada al respecto. También con la intención de contener el descalabro demográfico que este panorama tenía en los Estados a nivel económico. Así, con la meta de detener la mortalidad infantil, los científicos –y, en especial, los médicos– apuntaron a las mujeres como principales responsables. En conjunto a esta perspectiva, el control de la natalidad como alternativa para evitar los embarazos no deseados y las maternidades prolíficas –que, según se planteaba, incrementaban la pobreza y la desigualdad social– se promovió como un mecanismo de intervención pública que alcanzó protagonismo durante la Segunda República española y el gobierno de la Unidad Popular en Chile. La diferencia radicó en el grado de aceptación que la población femenina manifestó respecto a la anticoncepción y el aborto en ambos países.

Aunque el régimen de Francisco Franco y la dictadura de Augusto Pinochet iniciaron con una diferencia de treinta y cuatro años, la larga duración de la primera permitió que compartieran al menos dos años de coexistencia. Sin embargo, el vínculo entre el falangismo español y las élites chilenas que respaldaron la acción de las Fuerzas Armadas contra Allende podía rastrearse hasta los orígenes mismos de su existencia. Esta relación evolucionó con el transcurso de la guerra civil y la consolidación del régimen franquista a inicios de los años cuarenta. Como se ha revisado en esta investigación, la labor internacional de las sedes del Instituto de Cultura Hispánica en los países hispanoamericanos como Chile consiguieron preservar el legado cultural de España en un

momento histórico en el que se cuestionaba su legitimidad. Muchos intelectuales, políticos e incluso militares chilenos, como el mismo Augusto Pinochet, participaron de las actividades e iniciativas que el Instituto Chileno de Cultura Hispánica desarrollaba desde la faceta cultural que había adoptado la política exterior del franquismo una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial.

La influencia del hispanismo nacionalcatólico hacia la élite chilena se vio reflejada en los principios que legitimaron la instauración de la dictadura cívico-militar chilena, como explicó Isabel Jara Hinojosa (2008). Destacan entre ellos los paralelos que los sectores conservadores y tradicionales chilenos hicieron entre la experiencia de la Unidad Popular con el gobierno republicano del Frente Popular, en su lucha contra el marxismo por transgredir la tradición hispánica de la nación chilena. Esta perspectiva facilitó la identificación del régimen de Pinochet con la defensa del cristianismo y del marxismo con un sentimiento antipatriota, de la misma manera que Franco había hecho al autoproclamarse como líder de la Santa Cruzada contra el comunismo ateo. Es importante también recordar que el pinochetismo recogió la negación de la lucha de clases del hispanismo para fortalecer el dominio de las clases dirigentes en la sociedad, un dominio que no se reducía a la condición socioeconómica, sino también a características étnicas y raciales.

No obstante, la productiva relación entre el régimen franquista y Chile obtuvo uno de sus mayores frutos a partir de las conexiones establecidas por la Sección Femenina con las mujeres de la élite chilena. La proyección internacional desarrollada por el Servicio Exterior de la organización falangista femenina permitió el establecimiento de lazos que perduraron por décadas, basados en la expansión de la cultura hispana, pero también en la difusión de los valores católicos hacia los países hispanoamericanos. La realización de instancias como el Primer Congreso Femenino Hispanoamericano y, consiguientemente, la creación de los Círculos Culturales Femeninos fueron trascendentales para consolidar el ideal de sociedad que difundía el régimen franquista más allá de los límites geográficos de España para alcanzar a los territorios de sus antiguos virreinatos. De esta manera, la intención imperialista de los inicios del franquismo se tradujo en una influencia cultural y valórica que garantizó la supervivencia de la herencia colonial en América y, concretamente, en Chile.

La movilización femenina que la realización de este encuentro internacional despertó en los círculos de las élites de los países hispanoamericanos, como Chile y Argentina, propició el terreno adecuado para la defensa de un ideal de mujer hispánica (Tessada, 2017a). Este modelo de feminidad sería protegido y cultivado a través del ámbito educacional y el sistema de becas creado por la Sección Femenina para invitar a mujeres jóvenes a conocer la organización y las instituciones implementadas por las falangistas en el territorio español, tal como se ha planteado que las mujeres de la Alemania Nazi hicieron con las españolas en su momento y que Antonio Morant i Ariño ha comprobado en su tesis doctoral (2014).

El mantenimiento de esta relación transatlántica entre mujeres españolas y chilenas, sumada a la labor que realizaba el Instituto Chileno de Cultura Hispánica, facilitó la extensión y penetración del franquismo y forjó espacios de refugio y nido para la derecha tradicional y conservadora chilena que no dudó en apoyar a las Fuerzas Armadas en su contrarrevolución a inicios de los años setenta. Así como el Ejército chileno era admirador de los héroes españoles del período de conquista de Chile y de las hazañas del bando sublevado durante la guerra civil –como aquella acontecida en el Alcázar de Toledo–, las mujeres chilenas admiradoras del legado hispano que pertenecían a los Círculos Culturales Femeninos temían que el gobierno de Allende desembocara en una guerra civil, como revelaba su correspondencia con las falangistas. El eje de movilización contra la Unidad Popular fue la maternidad: el marxismo amenazaba la continuidad de la familia y el bienestar de los hijos.

La dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet entregó un terreno fértil para las mujeres que llevaban décadas trabajando en la preservación del ideal de mujer hispánica y en los valores morales católicos de la sociedad que querían construir. Las mujeres de la élite chilena defensoras de la Hispanidad habían tenido la oportunidad de descubrir con sus propios ojos las acciones desplegadas por las falangistas. Por lo tanto, todos los conocimientos obtenidos a través de los viajes transatlánticos de las becarias chilenas de Sección Femenina y sus estudios en la península Ibérica encontraron el momento histórico y el contexto ideal para poner en práctica sus aprendizajes autoritarios y asistencialistas en Chile. De este modo, cuando presentaron el Anteproyecto a la Junta Militar con su propuesta de actuaciones dirigidas a movilizar a la mujer chilena para colaborar con la Refundación Nacional, lo hicieron con el conocimiento de la existencia de las relaciones entre los Círculos Culturales Femeninos chilenos y el Instituto Chileno de Cultura Hispánica y algunas de las personalidades y autoridades que ocuparían puestos relevantes dentro del nuevo régimen. Este escenario les permitió ocupar los cargos de la refundada Secretaría Nacional de la Mujer y actuar sabiendo que tendrían una buena acogida. Es crucial destacar que, aunque el régimen franquista se encontraba viviendo sus últimos años y había experimentado sendas transformaciones a lo largo de sus cuarenta años de vigencia, las chilenas que se instalaron en la Secretaría Nacional de la Mujer habían sido becarias durante el primer franquismo, por lo que el discurso de género falangista que habían aprendido de las españolas respondía a sus tintes más conservadores. Su reconocimiento al aporte profesional de las mujeres sólo era consecuencia del propio desarrollo que los derechos de las mujeres vivieron en Chile durante la segunda mitad del siglo XX y el neoliberalismo que la dictadura pinochetista finalmente implementó.

Al régimen de Pinochet le favorecía la institucionalización del respaldo femenino que había obtenido el golpe de Estado de 1973. La política demográfica que perseguía con el objetivo de incrementar la cantidad de población, y así asegurar el funcionamiento de la economía neoliberal y el ejercicio de la soberanía territorial al ocupar espacios deshabitados del país, necesitaba de un modelo de mujer que abrazara la maternidad como misión por la patria. La Sección Femenina difundió un ideal de esposa y madre prolífica que rescataba, además, la relevancia de las mujeres campesinas. Este eje de acción fue

aprovechado por las autoridades del régimen español en su política de colonización, en la que el mundo rural adquirió importancia y la fundación de nuevos poblados requería de mujeres que fortalecieran la economía familiar sin migrar a las ciudades. De la misma manera, similar al franquismo, la dictadura cívico-militar chilena fundó nuevos pueblos en las regiones de la Patagonia chilena para ocupar efectivamente el territorio y las instituciones femeninas como la Secretaría Nacional de la Mujer y la nueva fundación CEMA-Chile asumieron la tarea de instruir a las mujeres rurales para asegurar su permanencia en esos lugares en un momento en que la migración a centros urbanos no era deseable por el Estado.

Las políticas pronatalistas asumidas por Franco y Pinochet respondían a contextos históricos diferentes, pero es posible reconocer elementos comunes en ambas. Si bien la dictadura chilena actuaba en sintonía con la Doctrina de Seguridad Nacional, esto no fue un obstáculo para que incorporara la inspiración eugenésica e higiénica que había detrás del aumento de la cantidad de niños sobre la calidad de su salud. Tampoco lo fue para la utilización del lenguaje biológico y organicista con el que se referían las autoridades a la problemática demográfica y valórica de la población chilena, ni para que surgiera la inquietud geopolítica de ocupar los territorios vacíos con recursos económicos desaprovechados. Una población sana y abundante para ambos países era sinónimo de seguridad.

Aun así, la preocupación por el bienestar sanitario de la infancia se contradecía con el papel que el Estado desempeñó en la salud materno-infantil. Para el caso de España, el régimen franquista instauró el Seguro Obligatorio de Enfermedad desde los primeros años, pero excluía a buena parte de la población, sobre todo a las familias rurales. Y no sería hasta los años sesenta, con la aprobación de la Seguridad Social y el aumento de las instituciones hospitalarias, que las atenciones materno-infantiles se ampliarían a nuevos segmentos poblacionales. Este sistema convivía con la existencia de cada vez más seguros privados y clínicas, el que se mantuvo hasta la muerte de Franco. Por otro lado, en el caso de Chile, el neoliberalismo propició el desmantelamiento del Estado Asistencial –y con ello también del Servicio Nacional de Salud que había existido desde 1952– y el auge de las aseguradoras y las instituciones hospitalarias privadas. En consecuencia, la gran pérdida de presupuesto en el sector salud tuvo un profundo impacto en las atenciones sanitarias que recibían las madres y la infancia en el sector público. La escasez de recursos en los centros de salud también golpeó al mundo rural, lo que obstaculizó el alcance de estas políticas a la población que vivía alejada de las ciudades. De este modo, los avances que se habían realizado por democratizar el acceso a la salud en España hasta la Segunda República y en Chile hasta el gobierno de la Unidad Popular fueron desintegrados. Lo que hubo en su reemplazo fue el regreso a dinámicas asistencialistas y benéficas, principalmente feminizadas, con bastante recorrido histórico en estos países, pero de las que se había intentado prescindir con el avance de una intervención estatal y pública.

Tanto en el régimen franquista como en el pinochetista, la salud de la infancia fue instrumentalizada con fines propagandísticos para legitimarse frente a la población. En

España se hizo para enfrentar las desgarradoras consecuencias demográficas, económicas y sociales a las que se debía la amplia miseria que había dejado el desarrollo de la guerra civil. En cambio, en Chile, se enfatizó la preocupación por la infancia para contrarrestar las denuncias y la campaña internacional de desprestigio que se había desatado por las violaciones sistemáticas de los derechos humanos de las que se acusaba a Pinochet. En esta estrategia, tanto la Sección Femenina como la Secretaría Nacional de la Mujer –como institución gubernamental– y CEMA-Chile –como fundación privada– tuvieron un papel protagónico. Sus iniciativas para resolver necesidades económicas y materiales de las familias españolas y chilenas y, luego también otorgarles asistencia sanitaria, camuflaban la función de control social que ejercían en los residentes de los barrios de los centros urbanos como en los campos y pueblos de las zonas rurales. En el mundo rural, a través de la intervención asistencialista llevada a cabo por las Divulgadoras Sanitarias Rurales en España y por las voluntarias profesionales sanitarias en Chile, se lograba conocer el estado higiénico de las viviendas, la composición familiar de los hogares, la legitimidad o ilegitimidad de los niños que nacían, la vigilancia de la maternidad prolífica y la regulación de la fertilidad. Incluso el cuestionamiento o la adhesión a los valores promovidos por los respectivos regímenes. Tanto las falangistas como las mujeres de la Secretaría y de CEMA-Chile supervisaban los comportamientos de las madres, aunque con el pretexto de expandir las políticas sociales y sanitarias que estos nuevos gobiernos autoritarios desplegaron. Una población sana y abundante era sinónimo de seguridad: una seguridad biológica, pero también política.

De esta manera, las iniciativas falangistas dirigidas a las madres españolas, y en concreto a las habitantes del mundo rural, no sólo fueron aprendidas por quienes serían las integrantes de la Secretaría Nacional de la Mujer, sino que fueron capaces de adaptarlas a la diversa realidad geográfica chilena. Sin replicar con total exactitud el modelo de género difundido por la Sección Femenina, la Secretaría logró conservar el ideal de mujer hispánica y transformarlo en uno de los pilares valóricos del régimen de Pinochet. Si la Refundación Nacional rescataba la tradición hispánica y cristiana que caracterizaba la historia de Chile, el ideal de mujer y madre del franquismo –adaptado a las exigencias neoliberales– fue fácil de incorporar al proyecto social, cultural y educacional que las autoridades chilenas buscaban construir. Para ello, fue esencial el acercamiento que estas instituciones femeninas tuvieron con el mundo rural en el ámbito sanitario. Actuaciones como las cátedras ambulantes y sus clínicas en los pueblos españoles y la participación de la Secretaría en los operativos cívico-militares en las zonas rurales chilenas, sumada a la instalación de policlínicos en los pueblos por parte de CEMA-Chile, permitieron acercar la vigilancia autoritaria a sectores aislados geográficamente de la población. La enseñanza de la higiene y la puericultura a las mujeres campesinas y rurales que acompañaba a estas intervenciones sanitarias perseguían la incorporación de prácticas modernas y el abandono de costumbres poco científicas por parte de las habitantes de estos territorios. Así, detrás de este propósito estaba la búsqueda de la modernización de estos Estados, al mismo tiempo que se inmunizaba –utilizando el lenguaje organicista de estos regímenes– a la población de las influencias de ideologías de izquierda poco cristianas. Lo mismo se hizo en el

ámbito educacional con la Fundación Vida Rural a la que pertenecía Sara Philippi Izquierdo, en el que se entremezclaba la enseñanza a las mujeres de los conocimientos para trabajar el campo con los aprendizajes para convertirse en buenas amas de casa y madres.

Respecto al aporte de esta investigación a la historiografía, hay cuatro puntos de importancia que es necesario destacar.

Primero, la utilización de la historia comparada, debido a que los estudios comparados son muy escasos y mucho más si se abordan desde la salud materno-infantil. Por lo tanto, este trabajo constituye una nueva oportunidad para ampliar los conocimientos tanto del régimen franquista como pinochetista desde un nuevo ángulo, destacando los elementos que compartían tanto en el ámbito político como específico de las políticas sanitarias destinadas a la maternidad y la infancia, además de aquellas características diferenciadoras.

Segundo, es necesario puntualizar la historia transnacional. Los estudios sobre la dictadura de Augusto Pinochet más allá de las fronteras chilenas han focalizado su atención principalmente en la relación existente entre Chile y Estados Unidos. El papel desempeñado por la administración de Richard Nixon junto con Henry Kissinger y la CIA es un ámbito conocido en las investigaciones que se centran en el régimen chileno. También lo son las relaciones de los Chicago Boys chilenos que se formaron en la Escuela de Chicago con el economista Milton Friedman y que, posteriormente, facilitaron la instalación del sistema neoliberal en Chile. Sin embargo, el vínculo existente entre la dictadura de Pinochet y el franquismo forma parte de las nuevas investigaciones que se están desarrollando hace no más de veinte años, concentrándose sobre todo en los últimos diez. El reconocimiento de las relaciones cultivadas durante décadas entre el régimen franquista y políticos, intelectuales y militares chilenos permiten comprender el importante flujo ideológico que se consolidó transatlánticamente. Estas mismas fructíferas relaciones sostenidas entre las mujeres de Sección Femenina y aquellas chilenas que participaban activamente en los Círculos Culturales Femeninos permitieron el rápido accionar de las últimas cuando se derrocó al gobierno de la Unidad Popular. El pronto surgimiento del proyecto que luego constituiría la reformada Secretaría Nacional de la Mujer prueba la preparación formativa que estas mujeres habían adquirido a partir de su educación en las instituciones falangistas, así como la colaboración que las mujeres de la Sección Femenina estaban dispuestas a prestar para continuar con el legado de su labor en España. Y si el régimen franquista no hubiera finalizado en 1975, derivando en la disolución de la Sección Femenina en 1977, probablemente el sistema de becas instaurado décadas antes hubiera continuado, como queda transparentado en la correspondencia entre la organización falangista y la Secretaría durante 1976.

Tercero, aunque esta no es la primera investigación centrada en la relación entre Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer, sí es la primera que lo hace desde un ámbito concreto, como lo es la salud materno-infantil. Y lo hace comparando las iniciativas desplegadas por ambas instituciones en sus respectivos medios rurales –sumando a CEMA-Chile– y profundizando en la influencia que las falangistas tuvieron en

las mujeres chilenas para inspirar el tipo de actividades que desarrollaron para atender la salud de las madres y la infancia. Por consiguiente, si las mujeres falangistas adoptaron influencias provenientes de la Alemania Nazi y la Italia fascista para estructurar su modelo organizativo y sus prácticas, no es aventurado afirmar que las mujeres chilenas también fueron receptoras de estas ideas a través de las enseñanzas impartidas por la Sección Femenina. En este contexto, es completamente posible establecer una línea de influencia transnacional que conecta las intervenciones en el mundo rural y el ideal de maternidad promovidos por los regímenes de Hitler y Mussolini con la Sección Femenina, y desde esta última hacia la Secretaría Nacional de la Mujer en Chile, luego de añadir los elementos hispanistas propios de Falange. En otras palabras, es corroborable que las actividades dirigidas a las mujeres campesinas y habitantes del medio rural chileno por parte de las instituciones femeninas del régimen de Pinochet y los valores de domesticidad y maternidad promovidos por el mismo estaban imbuidos de ejes de actuación rastreables hasta las dictaduras europeas protagonistas de la Segunda Guerra Mundial.

Y, por último, sin limitarse a comparar las iniciativas desarrolladas por las organizaciones femeninas de los regímenes franquista y pinochetista, este trabajo involucra el análisis de entrevistas realizadas a mujeres habitantes del mundo rural de distintas provincias tanto de España y Chile que vivieron sus maternidades durante estos períodos históricos. En sus relatos, fue posible identificar la prohibición del acceso a la regulación de la fecundidad, la importancia que fueron adquiriendo los controles de salud en sus embarazos y el control sanitario de la infancia, reflejado en su respectivo incremento, la evolución de la institucionalización del parto, la utilización de seguros privados de salud para acceder a partos en centros de asistencia sanitaria y hasta la internación de las mujeres embarazadas en los Hogares de la Mujer Campesina, en el caso de Chile. Contar con sus testimonios ha otorgado una ventana que ha permitido comprender el impacto que las políticas de salud materno-infantil desarrolladas durante el franquismo y el pinochetismo tuvieron en la manera en que estas mujeres ejercieron su maternidad. A partir de estos, la huella que las políticas autoritarias dejaron en muchas mujeres dentro de lo que ellas consideran un ámbito de su vida privada se hace visible.

Ahora que se han acusado los puntos más importantes de esta tesis doctoral, es menester resaltar la apertura de nuevos caminos de investigación que quedan como interesantes inquietudes a desarrollar. ¿Qué sucedió con la relación entre las mujeres de la Sección Femenina y la Secretaría Nacional de la Mujer cuando la organización falangista se disolvió en 1977? ¿Estas redes continuaron en el tiempo o fueron interrumpidas ese año? Además, podría indagarse en si esta relación de colaboración se replicó en otros países hispanoamericanos. Hay que recordar que dentro de las creadoras de los Círculos Culturales Femeninos Hispanoamericanos se encontraba María Josefina Casas, una ponente argentina del Primer Congreso Femenino Hispanoamericano. ¿Influyeron las políticas de género vinculadas a la maternidad y el ideal de mujer hispánica promovidos por Sección Femenina en la dictadura militar que vivió Argentina entre 1976 y 1983? Finalmente, una nueva comparación podría abordar la reacción de los movimientos feministas locales a las políticas de la organización femenina falangista y de la Secretaría

Nacional de la Mujer y CEMA-Chile. Y, avanzando en el marco temporal, un nuevo trabajo podría enfocarse en el impacto que la labor de la Sección Femenina y de la Secretaría Nacional de la Mujer tuvo en el desarrollo de políticas dirigidas a las mujeres y a las madres en los respectivos procesos de transición democrática tanto de España como de Chile.

ANEXOS

Preguntas de la Entrevista Semi-Estructurada realizada a las madres del mundo rural en España y Chile

¿Cómo fue tu infancia en el pueblo? ¿Quiénes componían tu familia?

¿Estás o estuviste casada? ¿Cómo has conocido a tu marido? ¿Querías casarte con él? ¿Cuándo te casaste?

¿Cuándo nació tu primer hijo? ¿Y los siguientes?

¿Qué sabías sobre los embarazos antes de casarte? ¿Tu madre te habló de sexualidad antes de casarte?

¿Has controlado tu embarazo con algún médico o matrona? Si es así, ¿quién te enseñó que debías asistir a controles de salud? Si no lo has hecho, ¿por qué?

¿Cómo han sido tus partos? ¿Quién te atendió? ¿Has ido a algún centro de salud o has tenido un parto en la vivienda? Si has vivido las dos experiencias, ¿cuál te ha gustado más? ¿Cuál recomendarías?

¿Cómo has alimentado a tus hijos recién nacidos? ¿Has amamantado o has utilizado otro tipo de alimentación?

Si los niños enfermaban, ¿recurrías al médico o a alguna curandera que viviera en el pueblo?

¿Había algún centro de salud en el pueblo o relativamente cerca?

¿Llevabas a tus hijos a controlar su salud regularmente?

¿Alguna vez vinieron al pueblo las mujeres de Falange/Sección Femenina? ¿Qué recuerdas que hicieran aquí? (Pregunta válida para España)

¿Conocías CEMA-Chile? ¿Alguna vez participaste como socia? Si es así, ¿por qué elegiste asistir a los centros de madres? (Pregunta válida para Chile)

¿Recuerdas si en el pueblo hubo alguna madre soltera? ¿Qué se pensaba de las mujeres que tenían hijos sin estar casadas?

¿Conocías alguna manera de evitar quedarte embarazada? ¿Las mujeres hablabais de esas cosas entre amigas o con las mujeres de la familia?

¿Cómo era la relación con tu marido?

¿En el pueblo se sabía de casos de hombres que maltrataran a sus esposas?

Anexo Nº 1:

TOCOPILLA: Clausura del curso de Educación al Consumidor, dictado por monitoras de la Secretaría a las socias del Centro de Madres "Las Orquídeas".

Revista Amiga, Nº 74, marzo de 1982, p. 38.

Anexo Nº 2:

El estudio práctico de la avicultura está presente en el programa.

Jóvenes que asisten a la Escuela Agrícola Femenina "Dolores Valdés Covarrubias" en clases prácticas de avicultura. *Revista Amiga*, Nº 77, junio de 1982, p. 21.

Anexo Nº 3:

ANGOL.- En un hogar de menores de la Comuna de Angol, una voluntaria de la Secretaría dictó una charla sobre historia de Chile. Esta actividad -dirigida esta vez a los niños- forma parte del programa permanente de la Secretaría, ya que constituye parte de su misión fundamental: difundir los valores patrios.

Revista Amiga, Nº 78, julio de 1982, p. 48.

Anexo Nº 4:

CAD: Atención también para las madres.

Una voluntaria de la Secretaría Nacional de la Mujer enseña a las madres a utilizar la leche en polvo. *Revista Amiga*, Nº 17, junio de 1977, p. 50.

Añexo Nº 5:

Operativo cívico-militar en localidad rural de Los Ángeles, Región del Bío-Bío.
Revista Amiga, Nº 77, junio de 1982, p. 5.

Anexo Nº 6:

"En el asentamiento "El Principal de Pirque" un menor recibe los beneficios de los Operativos de Salud que organiza este sector de CEMA-Chile, gracias al espíritu de profesionales del Área Médica de Investigaciones".
CEMA-Chile, Nº 1, octubre de 1977, p. 15.

Anexo Nº 7:

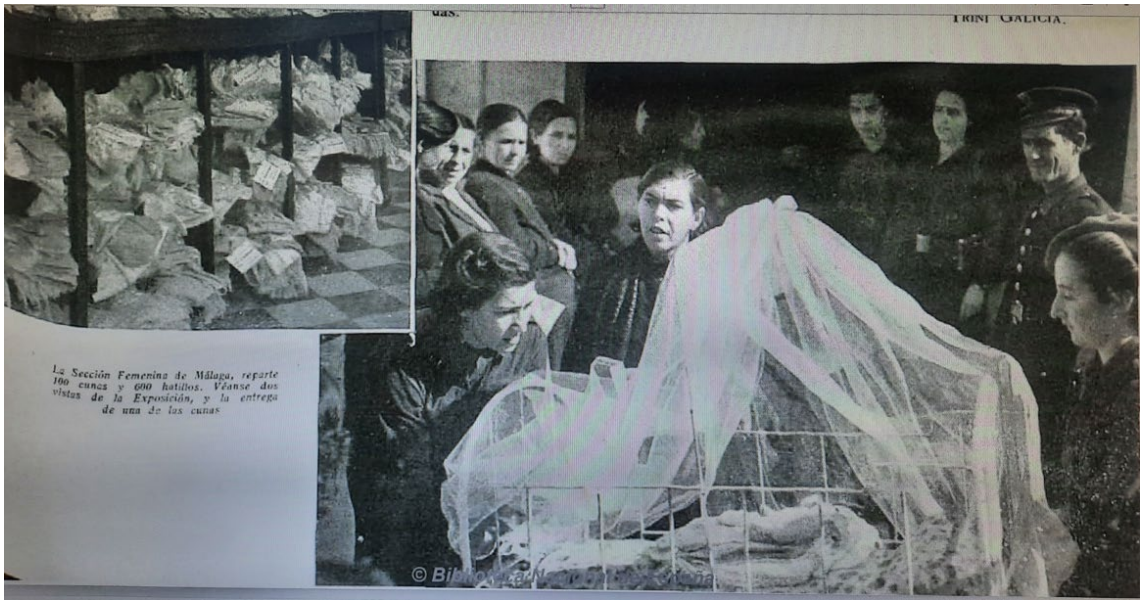
"La atención es diurna y nocturna, y para ello el policlínico cuenta con una ambulancia de su propiedad. Los días jueves un médico ginecólogo atiende controles de embarazo de las socias del sector".

CEMA-Chile, Nº 2, agosto de 1978, p. 25.

Anexo Nº 8:

CEMA-Chile, Nº 8, mayo de 1980, p. 55

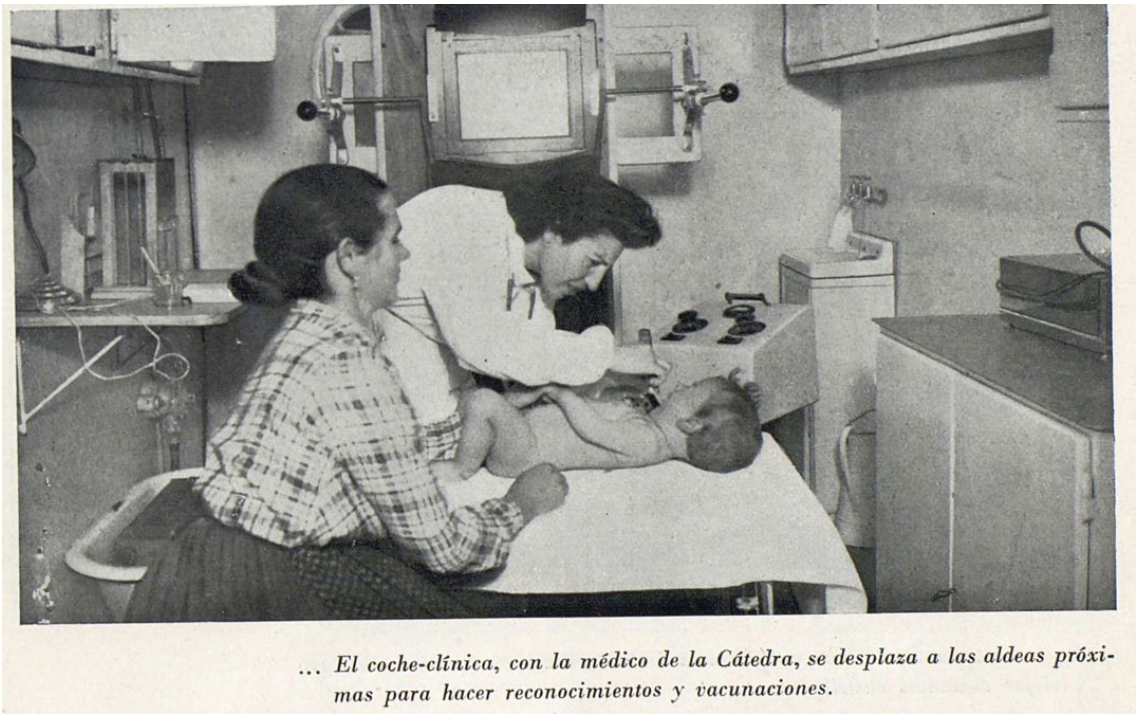
Anexo Nº 9:



La Sección Femenina de Málaga, reparte 100 cunas y 600 hatillos. Véanse dos vistas de la Exposición, y la entrega de una de las cunas

Entrega de canastilla y hatillos.
Y, revista para la mujer nacionalsindicalista, 1 de junio de 1940, p. 23.

Anexo Nº 10:



... *El coche-clínica, con la médico de la Cátedra, se desplaza a las aldeas próximas para hacer reconocimientos y vacunaciones.*

AGA, Delegación Nacional de Sección Femenina, Departamento de Coordinación, Signatura 12/230. Cátedra Ambulante Francisco Franco, Madrid, 1955.

Anexo Nº 11:

Divulgadora Sanitaria Rural baña a un niño mientras la madre observa su método.
Y, revista para la mujer nacionalsindicalista.

Anexo Nº 12:

Divulgadora enseña a la madre la preparación del alimento y las prácticas higiénicas. Falange Española, *La Sección Femenina. Historia y Organización*, Madrid, 1952, p. 104.

ARCHIVOS Y FUENTES

ARCHIVOS, BIBLIOTECAS E INSTITUCIONES

Archivo General de la Administración (Alcalá de Henares)

Delegación Nacional de Sección Femenina

Archivo Histórico Provincial de Ávila (AHPA)

Documentos citados a pie de página

Archivo Histórico Provincial de Guadalajara (AHPG)

Documentos citados a pie de página

Archivo Histórico Provincial de Huesca (AHPHU)

Documentos citados a pie de página

Archivo Histórico Provincial de Logroño

Periódico *Nueva Rioja*

Archivo Histórico Provincial de Palencia (AHPP)

Documentos citados a pie de página

Archivo Histórico Provincial de Teruel (AHPTE)

Documentos citados a pie de página

Archivo Histórico Provincial de Zamora

Periódico *El correo de Zamora*

Biblioteca Municipal de Talca (Región del Maule, Chile

Periódico *La Mañana*

Biblioteca Provincial de Coyhaique (Región de Aysén, Chile)

Periódico *El Diario de Aysén*

Biblioteca Nacional de Chile

Periódico *La Reforma*.

Periódico *El Mercurio.*

Boletín *La Mujer Nueva.*

Revista Amiga, Secretaría Nacional de la Mujer.

Selección de Revista Amiga, Programa rural Secretaría Nacional de la Mujer.

Secretaría Nacional de la Mujer, *Memoria 1977-1978.*

Revista CEMA-Chile.

CEMA-Chile: Memoria 1981, Editora Nacional Gabriela Mistral.

Discurso de Luis Calvo Mackenna, *Primer Congreso de las Gotas de Leche*, Santiago de Chile, 1920.

"Las Gotas de Leche", *Almanaque del Patronato Nacional de la Infancia*, Santiago de Chile, Imprenta Cervantes., 1923.

Cruz Roja Chilena, "Cartilla de Puericultura de la Sociedad Chilena de Pediatría", *Revista Chilena de Pediatría*, Vol. 1, Nº 4, 1930.

Decreto-Ley sobre Protección a la maternidad obrera, Imprenta y Litografría La Ilustración, Santiago de Chile, 1926.

Ley y Reglamento de Maternidad Obrera del Código del Trabajo, Imprenta Yankee, Santiago de Chile, 1936.

Boletín Médico de la Caja de Seguro Obligatorio, Año I, Nº 9, febrero de 1935.

"Conferencia Europea de Higiene Rural", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 11(3), marzo 1932.

"Conclusiones" en "Racionalización de los Servicios de Asistencia, Sanidad y Previsión Social", *BMCH*, Años XII, Nº 396.

Births, abortions, and the Progress of Chile, *Field Staff Reports*, American University Field Staff, 19 (2), 1972.

Atención materno-infantil en Chile, Servicio Nacional de Salud, Departamento de Atención Materno-Infantil y Fomento de la Salud, Santiago de Chile, 1954.

Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960, Dirección General del Servicio Nacional de Salud, Santiago de Chile, 1961.

Programa Nacional de Leche. Instructivo para personas que participan en labores educativas, Servicio Nacional de Salud, 1972.

Por qué el medio litro de leche. Carta abierta a las madres chilenas, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.

Salud materno-infantil y bienestar familiar. Proposiciones de cambios y estrategias de Salud para la década 1971-1980, Publicación PESMIB, Nº 2, Santiago de Chile, 1972.

Política Cultural del Gobierno de Chile, Asesoría Cultural de la Junta de Gobierno y el Departamento Cultural de la Secretaría General de Gobierno.

Tercera Memoria julio de 1953 – julio de 1955, Instituto Chileno de Cultura Hispánica.

Padre Osvaldo Lira: en torno a su pensamiento. Homenaje en sus 90 años, Santiago de Chile, Editorial Zig-Zag, Universidad Adolfo Ibáñez, 1994.

Política Cultural del Gobierno de Chile, Asesoría Cultural de la Junta de Gobierno y el Departamento Cultural de la Secretaría General de Gobierno.

Manual para Postas y Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Ministerio de Salud, Departamento de Planificación, República de Chile, mayo de 1982.

Organización del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Departamento de Planificación, Organización y Métodos, República de Chile, febrero de 1981.

Anuario del Ministerio de Salud 1979, Departamento de Planificación, Instituto Nacional de Estadísticas, 1980.

Programa socio-económico 1981-1989, Ministerio del Interior, República de Chile.

Biblioteca Nacional de España

Y, revista para la mujer nacionalsindicalista

Revista Consigna

Revista Teresa

Ser: Revista médico-social

Discursos, circulares, escritos, Sección Femenina de FET y de las JONS, 1950.

"La colaboración en los cursillos de sanidad rural", Boletín de Información, Caja Nacional de Seguro de Accidentes del Trabajo, Nº7, julio 1940.

Delegación Nacional de Auxilio Social (1942), Obra Nacional-Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño. Labor desarrollada en beneficio de los niños españolas, de 0 a 3 años, durante el año de 1941.

Boletín de Información, Instituto Nacional de Previsión, Septiembre de 1941, Nº 9.

Asociación Protectora De Los Niños, Nueva Cartilla Higiénica para las Madres, Imprenta de Antonio López y Compañía, Valencia, 1910.

Instituto Nacional de Previsión, *Seguro Obligatorio de Maternidad*, Madrid, 1934.

Instituto Nacional de Previsión, *La Ley de Subsidios Familiares. Su doctrina, normas para su implantación*, Ministerio de Organización y *Carta Encíclica Quadragesimo Anno de su santidad Pío XI sobre la restauración del orden social en perfecta conformidad con la Ley Evangélica al celebrarse el 40º aniversario de la Encíclica "Rerum Novarum" de León XIII*, Capítulo II Doctrina económica y social de la Iglesia, inciso 71.

Instituto Nacional de Previsión, *La Ley de Subsidios Familiares. Su doctrina. Normas para su implantación*, Ministerio de Organización y Acción Sindical, 1939, p. 7.

Archivo Digital del Colegio Médico de Chile

Cuadernos médico-sociales:

De la Fuente, María, González, Julia, Muñoz, Hugo, Muñoz, Fernando, Yentzen, Gladys (1976): "Nivel de vida y salud. Análisis por regiones y concepto de pobreza extrema (PEX)", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 17, Nº 4, pp. 13-20.

De la Fuente, María et. al. (1987): "Algunas características de las familias mapuches del consultorio La Pincoya. Estudio de casos y controles. Santiago 1984", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 28, Nº 2, pp. 83-89.

González, Electra et. al. (1984): "Características socioeconómicas de adolescentes embarazadas en situación irregular", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 25, Nº 3, pp. 100-105.

Labra, María Eliana (2004): "Medicina social en Chile: Propuestas y debates (1920-1950)", *Cuadernos médico-sociales (Chile)*, º 44, pp. 207-219.

Mardones, Francisco (2006): "Planes y programas de salud en Chile (con especial consideración de los de salud materno-infantil y nutrición)", *Cuadernos médico-sociales*, 46, pp. 66-73.

Reyes, Eduardo et. al. (1983): "Atención de parto distócico en el Hospital de Nueva Imperial (Novena Región) (Análisis de cinco años: 1975-1979)", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 24, Nº 1, pp. 39-46.

Rosselot, Jorge (1966): "Regulación de la natalidad en el Servicio Nacional de Salud de Chile", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 7, Nº 2, pp. 16-22.

Schermann, Jorge (1988): "Las políticas de salud y su impacto en los sectores populares. Chile 1974-1986", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 29, Nº 2, pp. 47-61.

Skarmeta, Marcos et. al. (1987): "Análisis de partos no institucionales. Provincia de Linares. Años 1984-1985-1986", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 28, Nº 3, pp. 127-137.

Villagrán, Germán y Candia, María (1982): "Algunos factores que influyen en el inadecuado Registro de Partos sin Atención Profesional", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 23, Nº 3, pp. 18-21.

Depósito Digital de Documentos de la Universidad Autónoma de Barcelona

Colección *Al Servicio de España y del Niño Español:*

Álvarez Romero, Enrique (1939): "Higiene infantil e Instructoras de Sanidad", *Al Servicio de España y del Niño Español*, Nº 13, Ministerio del Interior, Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar.

Bosch Marín, Juan (1940): "Política familiar y sanitaria", *Al servicio de España y del niño español*, Nº 27, Dirección General de Sanidad.

Bravo Sánchez del Peral, Enrique (1950): "La Sanidad Infantil y Maternal en España: su organización actual, servicios que comprende, legislación vigente", *Al Servicio de España y el Niño Español*, Nº 153-154, Ministerio del Interior, Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar.

Bravo Sánchez del Peral, Enrique (1952): "Centros maternales y pediátricos de urgencia", *Al Servicio de España y el Niño Español*, Nº 178, Ministerio del Interior, Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar.

Bravo Sánchez del Peral, Enrique (1954): "Organización y legislación de los servicios de sanidad infantil y maternal en España", *Al Servicio de España y el Niño Español*, Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, Año XVII, Nº 191.

Comité de Redacción (1951): "Servicios centrales de sanidad infantil y maternal: memoria del año 1950", *Al Servicio de España y el Niño Español*, Nº 166, Ministerio del Interior, Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar.

Comité de Redacción (1961): "Memoria de la labor desarrollada por los Servicios de Sanidad Infantil y Maternal durante el año 1960", *Al Servicio de España y el Niño Español*, Nº 275-276, Ministerio del Interior, Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar.

Instituto Iberoamericano de Berlín (Alemania)

Diez años de voluntariado. Memoria 1973-1983, Secretaría Nacional de la Mujer, 1984. Formato Microfilm.

Fundación CEMA-Chile, Edición del Departamento de Relaciones Públicas de CEMA-Chile, Litografía Sur. Formato Microfilm.

Objetivos y programas de la Secretaría Nacional de la Mujer, Santiago de Chile,1982. Formato Microfilm.

Programa de Educación al Consumidor, La Leche, Secretaría Nacional de la Mujer. Formato Microfilm.

Atención Especial a Menores: Centros Abiertos, Secretaría Nacional de la Mujer, s/f. Formato Microfilm.

Recursos digitales

Boletín Oficial del Estado (www.boe.es)

Gaceta de Madrid (www.boe.es/diario_gazeta)

"El doctor Long entra en el servicio del Gobierno de Chile como asesor sanitario", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 4 (8), agosto de 1925, pp. 283-284. Disponible en https://iris.paho.org/handle/10665.2/14040

Informe presentado por el doctor J. D. Long al Gobierno de Chile, a la Terminación de sus funciones como Asesor Técnico del Servicio Nacional de Salubridad de ese País, 8 de enero de 1927. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/13935/v6n5p409.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Franco, Francisco, Mensaje de Fin de Año de Francisco Franco (31 de diciembre de 1949). Consultado el 23 de septiembre de 2024. Disponible en http://www.generalisimofranco.com/Discursos/mensajes/00027.htm

Declaración de Principios del Gobierno de Chile, Santiago, 11 de marzo de 1974", Centro de Estudios Miguel Enríquez, Archivo Chile. Disponible en https://www.archivochile.com/Dictadura_militar/doc_jm_gob_pino8/DMdocjm0005.pdf

Bando Nº 5, Santiago, 11 de septiembre de 1973", Centro de Estudios Miguel Enríquez, Archivo Chile. Disponible en https://www.archivochile.com/Dictadura_militar/doc_jm_gob_pino8/DMdocjm0023.pdf

Resolución 3, Aprueba el reglamento que establece normas que señala y que deberán cumplir todas las instituciones que comprende el sector salud. Promulgada el 8 de septiembre de 1975 y publicada el 28 de enero de 1976. Disponible en Biblioteca Digital del Congreso Nacional de Chile https://bcn.cl/lSj47Y

Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, sesión 87ª, Ejemplar nº 16, República de Chile, 14 de noviembre de 1974, Biblioteca Digital del Congreso Nacional de la República de Chile.

Dirección General de Estadística, *Censo de Población de la República de Chile, levantado el 15 de diciembre de 1920*, Sociedad Imprenta y Litografía Universo, Santiago de Chile, 1925. Disponible en www.memoriachilena.gob.cl

Código Sanitario de la República de Chile, Decreto con Fuerza de Ley 226, de 15 de mayo de 1931, artículo 119, publicado en el Diario Oficial de 29 de mayo de 1931. Biblioteca Digital del Congreso Nacional de la República de Chile.

Decreto de Ley 725, Diario Oficial de la República de Chile, 31 de enero de 1968. Biblioteca Digital del Congreso Nacional de la República de Chile.

"Discurso de Salvador Allende en el Día Internacional de la Mujer, 8 de marzo de 1973", *Textos de Salvador Allende* 1973, Biblioteca Clodomiro Almeyda, Partido Socialista de Chile, 2016.

Discurso del Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile en la inauguración del nuevo local de la Escuela Agrícola "Dolores Valdés de Covarrubias" a raíz de su traslado desde Macul a Pirque, 28 de abril de 1982. Disponible en https://archivouc.uc.cl/bitstream/handle/123456789/11949/131.pdf?sequence=1&isAllowed=y

"Información: Listado de pueblos de colonización", *PH Boletín del Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico*, Nº 52, 2005, pp. 75-77. Disponible en https://www.iaph.es/revistaph/index.php/revistaph/article/view/1908

Núñez de Pineda y Bascuñán, Francisco, *Cautiverio Feliz y razón de las guerras dilatadas del Reino de Chile*, Colección de Historiadores de Chile y documentos relativos a la Historia Nacional, Tomo III, Santiago de Chile, Imprenta del Ferrocarril, 1863).

Decreto 602 del Ministerio de Salud Pública que crea los Consejos Locales de Salud, 21 de septiembre de 1971, artículo 4. Disponible en https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=169362.

Decreto 602 del Ministerio de Salud Pública que Crea los Consejos Locales de Salud, 21 de septiembre de 1971, artículo 5. Disponible en https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=169362.

¿Qué sería del campesino sin su mujer?, Corporación de la Reforma Agraria, Santiago de Chile, 1968. Disponible en www.memoriachilena.gob.cl

Artículo 10, Decreto 11, Fija atribuciones de la Secretaría General de Gobierno, Ministerio Secretaría General de Gobierno, Publicación 31 de diciembre de 1976, Promulgación 30 de noviembre de 1976 Biblioteca Digital del Congreso Nacional de Chile.

Carta Encíclica Rerum Novarum del Sumo Pontífice León XIII sobre la situación de los obreros. Disponible en https://www.vatican.va/content/leo-xiii/es/encyclicals/documents/hf_l-xiii_enc_15051891_rerum-novarum.html Consultado el 06 de marzo de 2024.

Filmoteca Española

Nuestra misión. Reportaje cinematográfico de la labor que las divulgadoras sanitario-rurales de la Sección Femenina realizaron todos los días en las ciudades y pueblos de España, Departamento Nacional de Cinematografía, 1940. Catálogo de Filmoteca Española. Ficha técnica: https://catalogos.cultura.gob.es/RAFI/cgi-rafi/abnetopac/O14262/IDccfb741e?ACC=161

TESTIMONIOS

Entrevistas Provincias de España

Amelia (13 de marzo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Ávila, Castilla y León [Grabación en dispositivo móvil].

Nieves (13 de marzo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Ávila, Castilla y León [Grabación en dispositivo móvil].

Lola (05 de julio de 2023). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Melias, provincia de Ourense, Galicia [Grabación en dispositivo móvil].

Eulogia (06 de julio de 2023). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. A Valenza, provincia de Ourense, Galicia [Grabación en dispositivo móvil].

Purificación (11 de junio de 2024). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Otero de Herreros, provincia de Segovia, Castillo y León [Grabación en dispositivo móvil].

Paula (04 de julio de 2024). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Grañón, provincia de Logroño, La Rioja [Grabación en dispositivo móvil].

Magdalena (15 de julio de 2024). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Ricobayo, provincia de Zamora, Castilla y León [Grabación en dispositivo móvil].

Entrevistas Provincias de Chile

Norma (05 de mayo de 2021). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Coyhaique, Región de Aysén [Grabación en dispositivo móvil].

Edelmira, (28 de abril de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Curacautín, provincia del Malleco, Región de la Araucanía [Grabación en dispositivo móvil].

Genoveva, (07 de mayo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. La Junta, provincia de Aysén, Región de Aysén [Grabación en dispositivo móvil].

Eduvina, (17 de mayo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Los Álamos, provincia de Arauco, Región de Atacama [Grabación en dispositivo móvil].

Mercedes, (18 de mayo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Cañete, provincia de Arauco, Región de la Araucanía [Grabación en dispositivo móvil].

Eduardo, (31 de mayo de 2022). *Entrevista correspondiente a archivo personal*. Coyhaique, Región de Aysén [Grabación en dispositivo móvil].

OTRAS FUENTES

Agra Varela, José (1944): "La Casa de los Niños", *Ser: Revista médico-social*, Nº 34-35, pp. 106-112.

Agra Varela, I. (1947): "Herencia y eugenesia", *Ser: Revista médico-social*, Nº 59, pp. 21-24.

Agra Varela, José (1947): "Mortalidad infantil, causas y remedios", *Ser: Revista médico-social*, Nº 63, pp. 27-32.

Agra Varela, José (1947): "Higiene prenatal", *Ser: Revista médico-social*, Nº 66, pp. 37-47.

Aleu, Riera, Dolores (1883): *De la necesidad de encaminar por una nueva senda la educación higiénico-moral de la mujer*, Discurso para optar al grado de doctor en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Aguirre, Romero (1912): "El cuidado del embarazo y la asistencia del parto como factores de protección a la infancia", *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y Actas*, Imprenta Barcelona, Santiago de Chile.

Allende, Salvador (1939): *La Realidad Médico-Social chilena (síntesis)*, Santiago de Chile, 1939.

Álvarez Junco, José (1986): "La Comisión de Reformas Sociales: intentos y realizaciones" en *De la beneficencia al bienestar social: cuatro siglos de acción social*, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

APROFA (1976): *Investigaciones sobre Planificación Familiar*, Santiago de Chile.

APROFA (1987): *Memoria APROFA. Historia de la Asociación.*

APROFA (2010): *Aborto en Chile. Argumentos y testimonios para su despenalización en situaciones calificadas*, Chile.

Arbelo Curbelo, Antonio (1944): "Contribución al estudio del problema de la denatalidad", *Al Servicio de España y el Niño Español*, Nº 80-81, Ministerio del Interior, Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Sección de Maternología, Puericultura e Higiene Escolar.

Arreola, Teresa (1976): "Programas de control natal: arma del imperialismo" en Aranda, Clara Eugenia, et.al., *La mujer: explotación, lucha, liberación*, Colección Temas de Actualidad, México, Nuevo Tiempo.

Avendaño, Onofre (1944): "Sobre mortalidad materna por causas obstétricas en Chile", *Boletín Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 9, Nº 4, Julio 1944, pp. 179-

202 citado en Zárate Campos, María Soledad (2008b): "Las madres obreras y el Estado chileno. La Caja del Seguro Obligatorio, 1900-1950" en Montecino, Sonia (Comp.), *Mujeres chilenas: Fragmentos de una historia*, Santiago de Chile, Ediciones Catalonia.

Avendaño, Onofre (1975): *Desarrollo histórico de la planificación de la familia en Chile y en el mundo*, Santiago de Chile, Editorial APROFA.

Ayala, Emilio (1940): "Ciudad y campo. La maestra rural y las industrias agropecuarias", *Consigna*, Nº 1, Diciembre 1940, pp. 24-26.

Aznar, Severino (1942): "Las fronteras del Seguro Social", Instituto Nacional de Previsión, Madrid, Suc. M. Miniesa.

Aznar, Severino (1943): "El régimen de los subsidios familiares, la fraternidad cristiana y las consignas del Nuevo Estado", *Revista Internacional de Sociología*, Nº 2-3, pp. 97-110.

Bosch Marín, Juan (1947): *El niño español en el siglo XX*, Madrid, Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina.

Bosch Marín, Juan, Cámara, Juan Pedro de la y Sáenz de Tejada, Venancio (1950): *270.000 partos. Sus enseñanzas sanitarias. Observaciones sobre la asistencia tocológica prestada en el Seguro Obligatorio de Enfermedad durante los años 1947 a 1949*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Instituto Nacional de Previsión, Caja Nacional de Seguro de Enfermedad.

Botella Llusiá, José (1943): "Problemas actuales de la maternología en la Obra Nacionalsindicalista de Protección a la Madre y al Niño", *Ser, Revista médico-social*, Nº 12, pp. 53-60.

Botella Llusiá, José (1944): "Problemas demográficos de la maternología española", *Ser, Revista médico-social*, Nº 33, pp. 47-52.

Calvo Mackenna, Luis (1916): "Propaganda de la lactancia materna en las Gotas de Leche", *Primer Congreso Americano del Niño*, Santiago de Chile, Imprenta Universitaria.

Campos Menéndez, Enrique (1974), Departamento Cultural de la Secretaría General de Gobierno.

Canessa, Julio (1982): "Visión geopolítica de la regionalización chilena", *Seguridad Nacional*, Nº 24, pp. 13-36.

Castells i Ballespí, Martina (1882): *Educación física, moral e intelectual que debe darse a la mujer…*, Memoria leída en el Acto de recibir la investidura de Doctor, Facultad de Medicina de la Universidad Central, Madrid.

Cereceda, Berta (1937): "Servicio Social Rural", *Servicio Social Rural*, Año XI, Nº 3.

Chrismar Escuti, Julio von (1968): *Geopolítica: leyes que se deducen del estudio de la expansión de los Estados*, Santiago de Chile, Instituto Geográfico del Ejército.

Chrismar Escuti, Julio von (1986): "Percepción de algunos problemas geopolíticos de Chile: su trascendencia en la Seguridad Nacional", *Revista Chilena de Geopolítica*, Vol. 2, Nº 2, pp. 23-48.

Commentz, Alfredo (1912): "Estadísticas de mortalidad, natalidad y morbilidad en diversos países europeos y en Chile", *Primer Congreso de Protección a la Infancia*, Santiago de Chile.

Curtis, William Eleroy (1888): *The capitals of Spanish America*, New York, Harpers & Brothers.

Cutanda, Luisa (1906): "Algo sobre feminismo", *La Escuela Moderna,* Nº 188, citado en Fagoaga, Concha (1985): *La voz y el voto de las mujeres. El sufragismo en España, 1877-1931*, Barcelona, Icaria.

De la Fuente, Alfonso (1943): "Raza", *Ser: Revista médico-social*, Nº 12, pp. 3-6.

De la Rigada, María Encarnación (1900): "La Higiene y la Educación de la Mujer Española", *La Escuela Moderna*, 111.

De Larra y Cerezo, Ángel (1909): "Educación protectora de los párvulos", *Pro Infantia*, 2.

Eyzaguirre, Jaime (1968): *Hispanoamérica del dolor*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

Fernández-Shaw, Félix (1959): "Hispanoamericanismo, panamericanismo, interamericanismo", *Revista de Estudios Políticos*, Nº 107, pp. 163-190.

Ferrari, F. (1941): "Obra de la Hermandad de la ciudad y el campo: las Granjas-Escuelas", *Y, revista para la mujer nacionalsindicalista*, diciembre de 1941, pp. 40-41.

Gallego, Ferran (2016): "El fascismo como problema o el fascismo sin problema: la experiencia española en la crisis europea de los años treinta" en Cobo Romer, Francisco et. al. (eds. lit.), *Fascismo y modernismo: política y cultura en la Europa entreguerras (1918-1945)*, Granada, Editorial Comares.

Garrido, Fanny (1912): "Los niños. De cómo se salvan vidas en la primera infancia", *Pro Infantia* 38.

Giaconi, Juan (1985): "Organización y estructura del sector salud en Chile, 1974-1984. Análisis preliminar" en Jiménez de la Jara, Jorge (ed.), *Política y sistemas de salud. Análisis preliminar de la década 74-83*, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria.

Girón de Velasco, José Antonio (1951): *Quince años de política social dirigida por Francisco Franco. Discurso de apertura del I Congreso Iberoamericano de Seguridad Social, 22 de mayo de 1951*, Madrid.

Girón e Hidalgo, Romero (1942): "Estadística de tratamiento de 160 casos de aborto incompleto", *Ser: Revista médico-social*, Nº 7, pp. 69-73.

Gomien, Gladys (1937): *Servicio Social Rural en Chile*, Santiago de Chile.

González, José María (1955): *El día de Colón y la Hispanidad*, Oviedo, Gráficas Lux.

González, Gerardo (1979): "El contexto demográfico de las políticas de población en América Latina" en CELADE, *La Política de Población en América Latina, 1974-1978*, Cuadernos del CELADE.

Haro, Francisco (1934): "Concepción y anticoncepción" en Noguera, Enrique y Huerta, Luis (dirs.), *Primeras Jornadas Eugénicas Españolas. Genética, eugenesia y pedagogía sexual*, Madrid, Morata.

Hiriart, Lucía (1985): *La mujer chilena y su compromiso histórico*, Santiago de Chile, Editorial Renacimiento.

Huerta, Luis (1925): "Maternidad consciente. Idiosincrasia maternal", *Generación Consciente*.

Infante, Sergio (1971): "Bases de la política de salud materno-infantil del gobierno de Chile", *Boletín APROFA*, julio.

Jordana de Pozas, Luis (1938): *Política familiar del Nuevo Estado*, Santander, Aldus, S.A. de Artes Gráficas.

Klimpel, Felicitas (1962): *La mujer chilena (El aporte femenino al Progreso de Chile) 1910-1960*, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello.

Lira, Osvaldo (1974): "Nación y nacionalismo" en Arce Eberhard, Alberto y Campos Menéndez, Enrique (comps.), *Pensamiento nacionalista*, Santiago de Chile, Ediciones Gabriela Mistral.

López Cano, José (1967): "La Obra Nacional de Auxilio Social. Evolución, situación y perspectivas" en *Problemas fundamentales de Beneficencia y asistencia social*, Madrid, Ministerio de la Gobernación.

Maestro, Manuel (1944): *Los seguros sociales en España*, Madrid, Instituto Nacional de Previsión.

Maeztu, Ramiro de (1934): *Defensa de la Hispanidad*, Madrid, Gráfica Universal.

Marañón, Gregorio (1920): "Biología y Feminismo", *Conferencia pronunciada en la Sociedad Económica de Amigos del País*, Sevilla, 21 de febrero de 1920 en *El Siglo Médico*, números del 10, 13, 27 de marzo y 10 de abril de 1920.

Marfan, Antonin (1899): *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*, París, Steinheil.

Marín, Juan (1934): "Hacia la nueva moral. Educación sexual y matrimonio controlado", *Medicina Moderna*, Vol. 8, Nº2.

Martí Ibáñez, Félix (1937): *La reforma eugénica del aborto: Aborto y maternidad en la revolución* social, Generalitat de Catalunya, Consejería de Sanidad y Asistencia Social.

Martínez Vargas, Andrés (1924): "Prólogo" en Castellsaguer, Joaquín, *Maternidad. Tratado de Maternología. Medicina, Higiene, moral y jurisprudencia del matrimonio, embarazo y parto*, Mataró, h. Abadal editores.

Matus Benavente, Víctor (1938): "El problema del aborto", *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 3, Nº 3.

Merino, José Toribio (1984): "El mar en la colonización austral", *Revista de Marina*, Vol. 101, Nº 750, pp. 258-269.

MIDEPLAN (1991): *Evolución de las Políticas Sociales en Chile 1920-1991*, Departamento de Planificación y Estudios Sociales, División de Planificación, Estudios e Inversión, Ministerio de Planificación, Chile.

Montebruno, Piero y Delgado, Alejandra (2012): "La vía chilena hacia el aborto", Revista The Clinic Online, 13 de marzo. Disponible en https://www.theclinic.cl/2012/03/13/la-via-chilena/. Consultado el 3 de julio de 2023.

Montenegro, Juan de (1912): "Vulgarización del aseo corporal y del baño en las clases populares y en especial en los niños", *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y Actas*, Imprenta Barcelona, Santiago de Chile.

Montseny, Federica (1937): "Un mitín de Mujeres Libres en Valencia", *Revista Mujeres Libres*, 11.

Navas de Siefer, Sara, et. al. (1973): *Testimonio de las profesionales chilenas ante el cambio de gobierno 1973*, Santiago de Chile, Editora Nacional Gabriela Mistral.

Noguera, Joaquín (1930): *Moral, eugenesia y derecho*, Madrid, Morata Ediciones.

Nóvoa Santos, Roberto (1929): *La Mujer, Nuestro Sexto Sentido y Otros Esbozos*, Madrid, Biblioteca Nueva.

ODEPLAN (1979): *Política de Población. Política poblacional aprobada por su excelencia el Presidente de la República y publicada en el Plan Nacional Indicativo de Desarrollo (1978-1983)*, Santiago de Chile.

Ortega y Gasset, José (1959): *España invertebrada*, Revista de Occidente, Madrid.

Pablo VI (1968): "Encíclica Humanae Vitae", *Revista Católica*, Santiago de Chile.

Pascua, Marcelino (1933): "El presupuesto de Sanidad", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8(1), pp. 59-65.

Pascua, Marcelino (1934): *La mortalidad infantil en España*, Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad.

Payá, Raquel (1951): "I Congreso Femenino Hispanoamericano", *Revista Española de Pedagogía*, Vol. 9, Nº 35, pp. 475-478.

Pinochet Ugarte, Augusto (1974): *Geopolítica*, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello.

Primo de Rivera, Pilar (1983): *Recuerdos de una vida*, Madrid, Ediciones Dyrsa.

Rathbone, Eleanor (1924): *The Disinherited Family: A Plea for the Endowment of the Family*, Londres, E. Arnold, citado en Allen, Ann Taylor (2012): "*Lost in traslation?* Una perspectiva transnacional y comparativa de la historia de las mujeres" en Cova, Anne (ed.), *Historia comparada de las mujeres. Nuevos enfoques*, Oviedo, Trabe.

Rodríguez, Hildegart (1930): *El problema eugénico. Punto de vista de una mujer moderna*, Madrid, Gráfica Socialista.

Rodríguez Barros, Javier (1923): "Hacia la despoblación", *Revista Médica de Chile*, Vol. 51, Nº11-12, pp. 788-805.

Ruiz-Funes, Mariano (1934): "La nueva política y la maternidad consciente" en Noguera, Enrique y Huerta, Luis (Eds.), *Genética, Eugenesia y Pedagogía sexual. Libro de las primeras jornadas eugénicas españolas*, Madrid, 1934, Tomo I.

Santa Cruz, Elvira (1920): "La caridad privada y las Gotas de Leche", *Primer Congreso de las Gotas de Leche*, Santiago de Chile.

Valdés, Ismael (1919): *Cartas sobre el problema de la infancia*, Santiago de Chile, Balcells & Co.

Valenzuela, Félix (1933): *El libro de las madres*, Santiago de Chile, Editorial Cultura.

Valenzuela, Guillermo, Juricic, B., Horwitz, A, Garafulic J, Pereda, E. (1956): "Atención Médica en el Servicio Nacional de Salud: la política y sus realizaciones", *Revista del Servicio Nacional de Salud*, Vol. 1, Nº 2, pp. 233-277.

Vallejo Nájera, Antonio (1937): *Eugenesia de la Hispanidad y regeneración de la raza*, San Sebastián, Editorial Española.

Vallejo Nájera, Antonio (1938): *Política racial del Nuevo Estado*, San Sebastián, Editorial Española S.A.

Vicencio, Alcibíades (1912): "La organización del Instituto de Puericultura", *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y Actas*, Imprenta Barcelona, Santiago de Chile.

Vicuña Mackenna, Benjamín (1872): *Miscelánea: colección de artículos, discursos, biografías, impresiones de viaje, ensayos, estudios sociales, económicos, etc.: 1849-1872, Vol. I*, Santiago de Chile, Editorial El Mercurio.

Vicuña Mackenna, Benjamín (1944): *Páginas escogidas. Selección*, Buenos Aires, Ángel Estrada y Cia. S.A. Editores.

Vidal Perera, Augusto (1910): "Las escuelas de Puericultura", *La Escuela Moderna*, Nº 228.

Viel, Benjamín (1967): "Resultados del programa de planificación familiar que se efectúa en el sector urbano del área occidente de la ciudad de Santiago. Abril de 1964 a junio de 1967", *Revista Médica de Chile*, Vol. 95, Nº 9.

Villar Salinas, Jesús (1942): *Repercusiones demográficas de la última guerra civil española. Problemas que plantean soluciones posibles*, Madrid, Sucesora de Minuesa.

Watterson Moody, Helen (1899): "The true meaning of motherhood", *Ladies' Home Journal*, 16(6), p. 12 citado en Apple, Rima D. (1987): *Mothers and Medicine. A Social History of infant feeding, 1890-1950*, The University of Wisconsin Press.

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo Arriaza, Nicolás (2012): "'La Voz del Campo", La política agraria del Partido Comunista durante el Frente Popular, 1936-1940" en Ulianova, Olga et. al., *1912-2012: el siglo de los comunistas chilenos*, Universidad de Santiago de Chile.

Agostoni, Claudia (2002): "Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México al cambio de siglo (XIX-XX)", *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, Vol. N° 18(1), pp. 1-22.

Águila González, Daniela (2018): "Parteras tradicionales del sur de Chile. El oficio de partear en el marco de la Política de Planificación Familiar de la Dictadura Militar (1979-2016), Tesis para optar al título de Profesor de Historia y Ciencias Sociales, Valdivia, Universidad Austral de Chile.

Aguilar, Paula Lucía (2012): "Gobernar el hogar: la domesticidad y su problematización en los debates de la cuestión social en la Argentina (1890-1940)", *Revista de Ciencias Sociales: Políticas sociolaborales y desigualdad en América Latina*, Universidad de Costa Rica, N° 135-136, pp. 97-111.

Aguilar, Paula Lucía (2013): "Domesticidad e intervención: el "hogar" en los debates de la cuestión social (1890-1940)", *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, N° 6, pp. 43-58.

Aguilar, Paula Lucía (2014): *El hogar como problema y como solución. Una mirada genealógica de la domesticidad a través de las políticas sociales. Argentina 1890-1940*, Buenos Aires, Ediciones del CCC.

Aguinaga Roustan, Miren Josune (1989): "Descenso de la fecundidad y modernización en la sociedad española: Análisis comparativo de las Encuestas de Fecundidad 1977 y 1985", *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, Vol. 7, Nº 3, pp. 7-22.

Aguirre, Rosario (1997): "El maternalismo en las políticas sociales" en Hola, Eugenia y Portugal, Ana María (eds.), *La ciudadanía a debate*, Santiago de Chile, Ediciones de las Mujeres, Isis Internacional.

Alares López, Gustavo (2008): *Colonos, peritos y mayorales. Intervención estatal y transformación agraria en Valmuel y Puigmoreno (Teruel, 1953-1971)*, Instituto de Estudios Turolenses.

Alares López, Gustavo (2010): "El vivero eterno de la esencia española. Colonización y discurso agrarista en la España de Franco" en Sabio Alcutén, Alberto (coord.), *Colonos, territorio y Estado: los pueblos del agua de Bardenas*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.

Alares López, Gustavo (2011): "Ruralismo, fascismo y regeneración: Italia y España en perspectiva comparada", *Ayer*, Nº 83, pp. 127-147.

Allen, Ann Taylor (2005): *Feminism and motherhood in Western Europe, 1890-1970: The maternal dilemma*, New York, Palgrave.

Allen, Ann Taylor (2012): "*Lost in traslation?* Una perspectiva transnacional y comparativa de la historia de las mujeres" en Cova, Anne (ed.), *Historia comparada de las mujeres. Nuevos enfoques*, Oviedo, Trabe.

Aguilera Hernández, Isabel María y Rodríguez Pérez, Margarita (2008): "La Gota de Leche onubense: la asistencia y el control del niño sano en la primera mitad del siglo XX", *Híades: Revista de historia de la enfermería*, Nº 10, 1, pp. 465-475.

Alemany Anchel, María José (2016): *De mujeres y partos. Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX*, Valencia, Universitat de Valéncia.

Alfaro Monsalve, Karen y Leiva-Vargas, María José (2015): "¿Decisión de mujeres? El debate político institucional en torno al aborto durante la posdictadura en Chile (1989-2015)", *Revista Austral de Ciencias Sociales*, nº 28, pp. 83-97.

Alfaro Monsalve, Karen (2018): "Una aproximación a las apropiaciones de menores y adopciones irregulares bajo la dictadura militar en el sur de Chile (1978-2016). Memorias de Alejandro", *Revista Austral de Ciencias Sociales*, Nº 34, pp. 37-51.

Alfaro Monsalve, Karen (2021): "Niños y niñas chilenos adoptados por familias suecas. Proximidad diplomática en tiempos de Guerra Fría (1973-1990)", *Historia Crítica*, pp. 71-94.

Alfaro Monsalve, Karen (2022): "Madres que buscan hijos e hijas. Adopciones forzadas de niños y niñas del sur de Chile 1973-1990", *Revista de Historia*, Vol. 29, Nº 2, pp. 243-267.

Alfaro Monsalve, Karen (2023): "Lucía Hiriart en el Año Internacional del Niño (1979). La primera dama y el poder sobre la vida", *Historia 396*, Vol. 13, Nº 2, pp. 1-20.

Almansa Martínez, María Pilar (2005): "La formación enfermera desde la Sección Femenina", *Enfermería global: revista electrónica trimestral de enfermería*, Vol. 4, Nº 2, 11 pp.

Almonacid Zapata, Fabián (2017): "La reforma agraria de la dictadura militar en el sur de Chile: parceleros en las provincias de Valdivia y Osorno, 1973-1989", *Historia Agraria*, Nº 71, pp. 175-207.

Álvarez Peláez, Raquel (2005): "Evolucionismo y eugenismo en las políticas sociales latinoamericanas" en Colom González, Francisco (ed.), *Relatos de nación. La construcción de las identidades nacionales en el mundo hispánico Vol. II*, Madrid, Iberoamericana.

Álvarez Peláez, Raquel (2007): "Biología, medicina, higiene y eugenesia. España a finales del siglo XIX y comienzos del XX" en Salavert Fabiani, Vicent y Suárez Cortina, Manuel (coord.), *El regeneracionismo en España: política, educación, ciencia y sociedad*, Universitat de Valencia.

Amador Carretero, Pilar (2003): "La mujer es el mensaje: los Coros y Danzas de la Sección Femenina en Hispanoamérica", *Feminismo/s*, Nº 2, pp. 101-120.

Amador Carretero, Pilar y Ruiz Franco, Rosario (2007): *La otra dictadura. El régimen franquista y las mujeres*, Universidad Carlos III de Madrid.

Anderson, Bonnie S. y Zinsser, Judith P. (2009): *Historia de las mujeres. Una historia propia*, Madrid, Editorial Crítica.

Andrés Granel, Helena (2020): *Maternidad consciente y voluntaria. Eugenesia y emancipación femenina en el anarquismo español 1900-1939*, Bilbao, Universidad del País Vasco.

Apple, Rima D. (1987): *Mothers and Medicine. A Social History of infant feeding, 1890-1950*, The University of Wisconsin Press.

Arana Amurrio, José Ignacio de y Fernández Menéndez, José Manuel (2018): "La Escuela Nacional de Puericultura", *Cuadernos de Historia de la Pediatría Española*, Nº 16, pp. 50-58.

Arcas Ruiz, Pilar et. al. (1994): "Las matronas en Granada. El ejercicio profesional en la provincia (1927-1960)", *Las mujeres en la historia de Andalucía: actas del II Congreso de Historia de Andalucía*, pp. 223-236.

Arcos Herrera, Carol (2018): "Feminismos latinoamericanos: deseo, cuerpo y biopolítica de lo materno", *Debate feminista*, Vol. 55, pp. 27-58.

Arenal, Celestino del (1994): *La política exterior de España hacia Iberoamérica*, Madrid, Editorial Complutense.

Aresti, Nerea (2000): "El ángel del hogar y sus demonios. Ciencia, religión y género en la España del siglo XIX", *Historia Contemporánea*, Nº 21, pp. 363-394.

Aresti, Nerea (2001): *Médicos, donjuanes y mujeres modernas: los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*, Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

Asunción Criado, Ana (2017): "El folclore como instrumento político. Los Coros y Danzas de la Sección Femenina", *Revista Historia Autónoma*, Nº 10, pp. 183-196.

Babiano Mora, José (2007): "Mujeres, trabajo y militancia laboral bajo el franquismo (materiales para un análisis histórico" en Babiano Mora, José (Ed.), *Del hogar a la huelga, trabajo, género y movimiento obrero durante el franquismo*, Madrid, Editorial Catarata.

Bahamondes Carrasco, Fabiola (2016): "Centros de Madres en el Chile rural. Un espacio de seguridad. "Cociendo, costureando, entablando un entramado social", *Revista Nomadías*, Nº 22, pp. 83-100.

Baldez, Lisa (2002): *Why Women Protest. Women's Movements in Chile*, Cambridge, Cambridge University Press.

Ballester, Rosa y Balaguer, Emilio (1995): "La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España", *Dynamics: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, Nº 15, pp. 177-192.

Barbieri, Teresita de (1983): "Políticas de población y la mujer. Antecedentes para su estudio", *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 45, Nº 1, pp. 293-308.

Barceló, Josep y Montes Muñoz, María Jesús (2016): "Cómo nacían los tarraconenses. Evolución del modelo de asistencia al parto en la Cataluña franquista", *Musas*, Vol. 1, Nº 2, pp. 3-19.

Barona Vilar, Josep Lluís y Bernabeu Mestre, Josep (2008): *La salud y el Estado: el movimiento sanitario internacional y la administración española, 1815-1945*, Valencia, Universidat de València.

Barona Vilar, Josep Lluís (2014): "El programa de la Rockefeller Foundation con la Sociedad de Naciones sobre salud internacional" en Campos Marín, Ricardo, González de Pablo, Ángel, Porras Gallo, María Isabel y Montiel, Luis (dir.), *Medicina y poder político: XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

Barrachina, Marie-Aline (1991): "Ideal de la mujer falangista. Ideal falangista de la mujer", *Las mujeres y la guerra civil española*, Jornadas de Estudios Monográficos.

Barrachina, Marie Aline (2003): "Discurso médico y modelos de género: pequeña historia de una vuelta atrás" en Nielfa Cristóbal, Gloria, *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*, Universidad Complutense de Madrid.

Barrachina, Marie-Aline (2004): "Maternidad, feminidad, sexualidad. Algunos aspectos de las Primeras Jornadas Eugénicas Españolas (Madrid, 1928 – Madrid, 1933)", *Hispania: Revista española de historia*, Vol. 64(218), pp. 1003-1026.

Barrera López, Begoña (2019): *La Sección Femenina 1934-1977. Historia de una tutela emocional*, Madrid, Alianza Editorial.

Barrera López, Begoña (2024): "La punición franquista del aborto. La ley de 1941 en perspectiva", *Vegueta: Anuario de la Facultad de Geografía e Historia*, Vol. 24, Nº 1, pp. 157-182.

Bengoa, José (1996): *Historia del pueblo mapuche (siglo XIX y XX)*, Santiago de Chile, Ediciones Sur.

Bernabeu-Mestre, Josep y Gascón Pérez, Encarna (1995): "El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria", *Dynamis: Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, N° 15, pp. 151-176.

Bernabeu-Mestre, Josep (1998): "Transición sanitaria y evolución de la medicina (diagnóstico, profilaxis y terapeútica), 1885-1942", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XVI, II, pp. 15-38.

Bernabeu-Mestre, Josep (2000): "La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933", *Revista española de salud pública*, Vol. 74, Nº 5-6, pp. 1-13.

Bernabeu-Mestre, Josep (2002): "Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950", *Revista de Demografía Histórica – Journal of Iberoamerican Population Studies*, Vol. 20, Nº 1, pp. 123-144.

Bernabeu-Mestre, Josep, Caballero Pérez, Pablo, Galiana Sánchez, María Eugenia y Nolasco Bonmatí, Andreu (2006): "Niveles de vida y salud en la España del primer franquismo: las desigualdades en la mortalidad infantil", *Revista de Demografía Histórica*, Vol. 24, Nº 1, pp. 181-201.

Bhabha, Homi K. (1994): *The Location of Culture*, London and New York, Routledge.

Birn, Anne Emmanuelle (2008): "Historiography of infant and child health in Latin America" en Commacchio, Cynthia, Golden, Janet y Weisz, George (eds.), *Healing the world's children. Interdisciplinary perspectives on child health in the twentieth century*, Montreal, McGill-Queen's University Press.

Blasco Herranz, Inmaculada (1997): "La Sección Femenina en Teruel: sus orígenes y organización durante la Guerra Civil y la posguerra" en Rújula López, Pedro Víctor (coord.), *Entre el orden de los propietarios y los sueños de rebeldía: el Bajo Aragón y el Maestrazgo en el siglo XX*, Grupo de Estudios Masinos.

Blasco Herranz, Inmaculada (1999a): *Armas femeninas para la contrarrevolución. La Sección Femenina en Aragón (1936-1950)*, Universidad de Málaga.

Blasco Herranz, Inmaculada (1999b): "Las mujeres de la Sección Femenina de Falange: sumisión, poder y autonomía" en Segura Graíño, Cristina y Cerrada Jiménez, Ana Isabel, *Las mujeres y el poder: representaciones y prácticas de vida*, Madrid, Asociación Española de Investigación de Historia de las Mujeres.

Blasco Herranz, Inmaculada (1999c): "Actitudes de las mujeres bajo el primer franquismo: la práctica del aborto en Zaragoza durante los años 40", *Arenal: Revista de historia de las mujeres*, Vol. 6, Nº 1, pp. 165-180.

Blasco Herranz, Inmaculada (2000): "Las mujeres de la Sección Femenina de Falange: sumisión, poder y autonomía" en Seguro Graíño, Cristina y Cerrada Jiménez, Ana Isabel (coord.), *Las mujeres y el poder: representaciones y prácticas de vida*, AEIHM.

Blasco Herranz, Inmaculada (2001a): "Organizaciones femeninas católicas durante la posguerra: el caso de Zaragoza" en Ruiz Carnicer, Miguel Ángel y Frías Corredor, Carmen (coord.), *Nuevas tendencias historiográficas e historia local en España: actas del II Congreso de Historia Local de Aragón*, Universidad de Zaragoza.

Blasco Herranz, Inmaculada (2001b): *Organización en intervención pública de las mujeres católicas en España (1919-1950)*, Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza.

Blasco Herranz, Inmaculada (2002a): "Tenemos las armas de nuestra fe y de nuestro amor y patriotismo; pero nos falta algo". La Acción Católica de la Mujer y la participación política en la España del primer tercio del siglo XX", *Historia Social*, Nº 44, pp. 3-20.

Blasco Herranz, Inmaculada (2002b): "La acción católica de la mujer y la participación política femenina durante la dictadura de Primo de Rivera" en Forcadell Álvarez, Carlos, et. al. (coord.), *Usos públicos de la Historia: comunicaciones al VI Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea, Vol. 1*.

Blasco Herranz, Inmaculada (2005a): "Sección Femenina y Acción Católica. La movilización de las mujeres durante el franquismo", *Gerónimo de Uztaris*, Nº 21, pp. 55-66.

Blasco Herranz, Inmaculada (2005b): "Género y religión: de la feminización de la religión a la movilización católica femenina. Una revisión crítica", *Historia Social*, Nº 53, pp. 119-136

Blasco Herranz, Inmaculada (2014): "Género y nación durante el franquismo" en Michonneau, Stéphane y Núñez Seixas, Xosé (eds.), *Imaginarios y representaciones de España durante el franquismo*, Madrid, Editorial Casa de Velázquez.

Blasco Herranz, Inmaculada (2016): "¿Católicas a la calle? Género y religión en el movimiento católico (1890-2013)" en Bosch, Aurora y Saz, Ismael (coord.), *Izquierdas y derechas ante el espejo: culturas políticas en conflicto*, Valencia, Tirant humanidades, pp. 253-274.

Blom, Philipp (2008): *The Vertigo Years. Europe, 1900-1914*, New York, Basic Books.

Bock, Gisela (1993): "Pobreza femenina, derechos de las madres y Estados del bienestar" en Duby Georges y Perrot, Michelle, *Historia de las mujeres en Occidente, Vol. 5, El siglo XX*, Madrid, Taurus.

Bock, Gisella y Thane, Patricia (1996): *Maternidad y políticas de género: la mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Bock, Gisela (1996): "Antinatalismo, maternidad y paternidad en el racismo nacionalsocialista" en Bock, Gisella y Thane, Patricia (coord.), *Maternidad y políticas de género: la mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Boisier, Sergio (2000): "Chile: la vocación regionalista del gobierno militar", *EURE (Santiago)*, Vol. 26, Nº 77, pp. 81-107.

Bolufer, Mónica (2010): "Madres, maternidad: nuevas miradas desde la historiografía" en Franco Rubio, Gloria (Coord.), *Debates sobre la maternidad desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX),* Barcelona, Icaria Editorial.

Borderías, Cristina (1993): *Entre líneas: trabajo e identidad femenina en la España contemporánea: la Compañía Telefónica, 1924-1980*, Barcelona, Icaria.

Borrás Llop, José María (2002): "El trabajo infantil en el mundo rural español (1849-1936). Género, edades y ocupaciones" en Martínez Carrión, José Miguel (ed. lit.), *El nivel de vida en la España rural: siglos XVIII-XX*, Universidad de Alicante.

Bravo Vargas, Viviana (2012): "Neoliberalismo, protesta popular y transición en Chile, 1973-1980", *Política y Cultura*, Nº 37, pp. 85-112.

Briceño Monzón, Claudio (2014): "La frontera chilena-argentina: la controversia por el Canal del Beagle", *Tiempo y espacio*, Vol. 32, Nº 62, 221-261.

Brito, Alejandra (2002): *De mujer independiente a madre, de peón a padre proveedor. La construcción de identidades de género en la sociedad popular chilena 1880-1930*, Concepción, Ediciones Escaparate.

Cabezas Vega, Laura (2023): "Espacio y género en los poblados de colonización del franquismo", *Historia Social,* Nº 107, pp. 65-83.

Caine, Bárbara y Sluga, Glenda (2000): *Género e Historia: Mujeres en el cambio sociocultural europeo, de 1780 a 1920*, Madrid, Narcea Ediciones.

Caiozzi, María Antonella (2013): "Guerra psicosocial, género y populismo: las 'voluntarias' de la Secretaría Nacional de la Mujer durante el régimen militar chileno, 1973-1980", *Revista Encuentros Latinoamericanos*, Vol. II, nº 2, pp. 70-121.

Calero Delgado, María Luisa (2018): "Política urbanística y salud pública. Los médicos-higienistas y las ciudades saludables", *Andalucía en la historia*, Nº61, pp. 32-35.

Camargo, Ana M. y Bernis, Cristina (2013): "Variación temporal de los resultados del embarazo en España (1980-2007) según el lugar de nacimiento", *Antropo*, Vol. 29, pp. 109-123.

Camino, Alejandro y Martykánová, Darina (2021): "La soltería virtuosa: dignidad, utilidad y el discurso sobre el celibato femenino en la España contemporánea (1850-1950)", *Historia contemporánea*, Nº 66, pp. 337-370.

Campo Peirano, Andrea (2008): "La nación en peligro: el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930" en Zárate Campos, María Soledad, *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Campos Marín, Ricardo (1990): "La instrumentalización de la mujer por la medicina social en España a principio de siglo: su papel en la lucha antialcohólica", *Asclepio*-II, pp. 161-173.

Campos Marín, Ricardo (1999): "El movimiento higienista español ante el 98" en Ruiz-Manjón Cabeza, Octavio y Langa Laorga, María Alicia (eds. lits.), *Los significados del 98:*

la sociedad española en la génesis del siglo XX, Biblioteca Nueva: Universidad Complutense de Madrid, pp. 393-402.

Cañas Moya, Manuel María (2015): "Estella del Marqués: Un pueblo de colonización en Jerez de la Frontera", *El documento destacado*, Nº 5, pp. 1-14.

Cañellas, Antonio (2014): "Las políticas del Instituto de Cultura Hispánica, 1947-1953", *Historia Actual Online*, Nº 33, pp. 77-91.

Caprotti, Federico (2006): "Patologías de la ciudad: hipocondría urbana en el fascismo italiano", *Bifurcaciones: Revista de Estudios Culturales Urbanos*, Nº 6. Disponible en https://www.bifurcaciones.cl/006/Caprotti.htm Consultado el 14 de septiembre de 2024.

Carasa, Pedro (1997): "La revolución nacional-asistencial durante el primer franquismo (1936-1940)", *Historia Contemporánea*, Nº 16, pp. 89-140.

Cárdaba García, Rosa María, Muñoz Conejero, Eva y Cárdaba García, Inés (2018): "La Gota de Leche de Segovia", *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, Vol. 27, Nº 4, pp. 229-229.

Carner, Françoise (1992): "Estereotipos femeninos en el siglo XIX" en Ramos Escandón, Carmen (coord.), *Presencia y transparencia: la mujer en la Historia de México*, México, El Colegio de México.

Casado Ruiz, Yolanda, Revuelta Eugercios, Bárbara, Ramiro Fariñas, Diego y Mazzoni, Stanislao (2021): "¿Medicalización de la maternidad? Pacientes y usos de la Casa de Maternidad de Madrid a principios del siglo XX" en Otero Carvajal, Luis Enrique y De Miguel Salanova (eds.), Santiago, *Sociedad urbana y salud pública. España, 1860-1936*, Madrid, Los libros de la Catarata.

Casanova, Julián (2013): "La iglesia de Franco y el destino de la mujer" en Nash, Mary (coord.), *Represión, resistencias, memoria. Las mujeres bajo la dictadura franquista*, Granada, Editorial Comares.

Casas, José (2008): *La memoria como testimonio y como historia oral: la dictadura militar y la memoria*, Seminario Internacional de Políticas de la Memoria, Buenos Aires, Centro Cultural de la Memoria Alberto Conti.

Casas Becerra, Lidia y Valenzuela Rivera, Ester (2012): "Protección a la maternidad: una historia de tensiones entre los derechos de infancia y los derechos de las trabajadoras", *Revista de derecho (Valdivia)*, Vol. 25, Nº 1, pp. 77-101.

Casas Becerra, Lidia y Herrera, Tania (2013): "Protección a la maternidad versus derechos de maternidad para las trabajadoras en Chile: una reseña histórica", *Temas de Salud Reproductiva*, Nº 7, pp. 58-67.

Casero-García, Estrella (1995): "Los coros y danzas de la Sección Femenina: teoría y práctica", *Cairon: revista de ciencias de la danza*, nº1, 65-72.

Casero-García, Estrella (2000): *La España que bailó con Franco: Coros y Danzas de la Sección Femenina*, Madrid, Editorial Nuevas Estructuras.

Castellano, Ángela (2007): "Guardiana del espíritu de un machi y sus sueños", *Index de Enfermería*, Vol. 16, Nº 57, pp. 65-69.

Castro Arcos, Javier (2015): "Estados Unidos y la guerra por el desarrollo: el control de la natalidad en Chile, 1960-1970", *Revista Complutense de Historia de América*, Vol. 41, pp. 95-120.

Catalán, Carlos y Munizaga, Gloria (1986): *Políticas culturales estatales bajo el autoritarismo en Chile*, Santiago de Chile, Centro de Indagación y Expresión Cultural y Artística.

Cayuela, Salvador (2014): *Por la grandeza de la patria. La biopolítica en la España de Franco (1939-1975)*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.

Cebreiros Iglesias, Ana (2013): "Movilización femenina para ganar una guerra. Las actividades de retaguardia de Sección Femenina en Galicia" en Ruiz Carnicer, Miguel Ángel (coord.), *Falange, las culturas políticas del fascismo en la España de Franco (1936-1975)*, Vol. 2, Instituto Fernando El Católico.

Celaya, Beatriz (2012): "El discurso médico del franquismo: persistencia de un modelo sexualizado de mujer" en Osborne, Raquel (ed.), *Mujeres bajo sospecha. Memoria y sexualidad 1930-1980*, Madrid, Editorial Fundamentos.

Cenarro, Ángela (2006): *La sonrisa de Falange. Auxilio Social en la guerra civil y en la posguerra*, Barcelona, Editorial Crítica.

Cenarro, Ángela (2011): "Trabajo, maternidad y feminidad en las mujeres del fascismo español" en Aguado, Ana y Ortega López, Teresa (eds.), *Feminismos y antifeminismos. Culturas políticas e identidades de género en la España del siglo XX*, Universitat de València.

Cenarro, Ángela (2016): "Entre el maternalismo y el pronatalismo: el Seguro de Maternidad en los orígenes de la dictadura de Franco (1938-1942)", *Ayer*, Nº2: pp. 47-70.

Cenarro, Ángela (2017): "La Falange es un modo de ser (mujer): discursos e identidades de género en las publicaciones de la Sección Femenina (1938-1945)", *Historia y política: Ideas, procesos y movimientos sociales*, Nº 37, pp. 91-120.

Chávez-Zúñiga, Pablo y Soto-Lara, José Julián (2018): "La primera estadística sanitaria infantil de la provincia de Santiago de Chile (1860-1929), *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 39, Nº1, pp. 149-174.

Collantes de Terán de la Hera, María José (2012): "La política social en el Nuevo Estado franquista: protección a las familias numerosas", *Homenaje al profesor José Antonio Escudero, Vol. 2*, Universidad Complutense de Madrid.

Collantes Gutiérrez, Fernando (2007): "La desagrarización de la sociedad rural española, 1950-1991", *Historia agraria*, Nº 42, pp. 251-276.

Collier, Simon (1991): "Chile" en Bethell, Leslie, *Historia de América Latina, Vol. 6: América Latina independiente, 1820-1870*, Barcelona, Editorial Crítica.

Colmenar Orzaes, María del Carmen (2005): "La protección a la primera infancia en España en el primer tercio del siglo XX" en Naya Garmendia, Luis María y Dávila Balsera, Paulí, *La infancia en la historia: espacios y representaciones,* Donostia, Erein.

Colmenar Orzaes, María del Carmen (2008a): "Maternología y educación en la España del siglo XX: la Escuela Nacional de Puericultura" en Juan Borroy, Víctor Manuel (ed. lit., *Museos pedagógicos. La memoria recuperada: Museo pedagógico de* Aragón, Gobierno de Aragón, Ayuntamiento de Huesca.

Colmenar Orzáez, María del Carmen (2008b): "Nodrizas y lactancia mercenaria en España durante el primer tercio del siglo XX", *El Pajar: Cuaderno de Etnografía Canaria*, Nº 25, pp. 117-129.

Colmenar Orzáes, María del Carmen (2009): "La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el franquismo", *Historia de la educación: Revista interuniversitaria*, Nº 28, pp. 161-183.

Colmenar Orzáes, María del Carmen (2016): "Instructoras rurales y mujeres campesinas. Su proyección en las revistas de la Sección Femenina (1940-1977) en Ramos Zamora, Sara, *Entre lo doméstico y lo público: capacitación profesional de las mujeres rurales en España (1940-1977)*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Comelles i Esteban et. al. (2020): "Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979)" en Martínez Pérez, José y Perdiguero Gil, Enrique (coord.), *Genealogías de la reforma sanitaria en España*, Madrid, Los Libros de la Catarata.

Connelly, Matthew (2008): *Fatal Misconception. The Struggle to control world population*, Cambridge, Massachusetts, The Belknap Press of Harvard University Press.

Connelly Ullman, Joan (1972): *La Semana Trágica*, Barcelona, Editorial Ariel.

Cordovilla Pinto, Montserrat (2006): "Las campañas sanitarias de la Sección Femenina y su contribución a la reducción de la mortalidad infantil en la posguerra (1940-1950)", *VI Encuentro de investigadores sobre el franquismo:* Zaragoza, 15, 16 y 17 de noviembre.

Correa Sutil, Sofía, et. al. (2001): *Historia del siglo XX chileno*, Santiago de Chile, Editorial Sudamericana.

Correa Sutil, Sofía (2005): *Con las riendas del poder. La derecha chilena en el siglo XX*, Santiago de Chile, Editorial Sudamericana.

Cova, Anne (1996): "El feminismo y la maternidad en Francia: teoría y práctica política, 1890-1918" en Bock, Gisella y Thane, Patricia (coord.), *Maternidad y políticas de género: la mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Cruz Artacho, Salvador (2003): "Caciquismo y mundo rural durante la Restauración" en Gutiérrez Lloret, Rosa Ana, Zurita Aldeguer, Rafael y Camurri, Renato (coord.),

Elecciones y cultura política en España e Italia (1890-1923), Valencia, Universitat de Valencia.

Cubillos Celis, Paula (2019): "Neoliberalismo, focalización e infancia en Chile: 1973-2010", *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 81, Nº 3, pp. 611-636.

Cuesta, Josefina (1986): "Hacia el seguro de maternidad. La situación de la mujer obrera en los años veinte" en García Nieto, María del Carmen (ed.), *Ordenamiento jurídico y realidad social de las mujeres, siglos XVI a XX*: *Actas de las IV Jornadas de Investigación Interdisciplinaria*, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, Seminario de Estudios de la Mujer.

Cuesta, Josefina (2012): "La maternidad en España, primer tercio del siglo XX. Encrucijada de trabajo, salud y género", *Diversités Recherches et Terrains*, Nº 3, pp. 3-22.

Davidson, Jessica (2011): "Women, Fascism and Work in Francoist Spain: The Law for Political, Professional and Labour Rights", Gender & History, Vol. 23, Nº 2, pp. 401-414.

De la Torre, Rosario (1985): "La prensa madrileña y el discurso de Lord Salisbury sobre las "naciones moribundas". Londres, Albert Hall, 4 de mayo 1898", *Cuadernos de historia moderna y contemporánea*, Nº 6, pp. 163-180.

Del Arco Blanco, Miguel Ángel (2009): "Ensanchando el campo. La política de colonización del franquismo (1936-1975)" en Fernández-Crehuet, Federico, *Derecho, memoria histórica y dictaduras*, Granada, Editorial Comares.

Del Arco Blanco, Miguel Ángel (ed. lit.) (2020): *Los "años del hambre". Historia y memoria de la posguerra franquista*, Madrid, Editorial Marcial Pons Historia.

Delgado Gómez-Escalonilla, Lorenzo (1988): *Diplomacia franquista y política cultural hacia Iberoamérica, 1939-1953*, Madrid, CSIC.

Delgado Gómez-Escalonilla, Lorenzo (1992): *Imperio de papel: acción cultural y política exterior durante el primer franquismo*, Madrid, CSIC.

Delgado Gómez-Escalonilla, Lorenzo (2003): "La política latinoamericana de España en el siglo XX", *Ayer*, Nº 49, pp. 121-160.

Devés, Eduardo (2018): *Los que van a morir te saludan. Historia de una masacre. Escuela Santa María, Iquique, 1907*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.

Díaz, César y Giménez, Mario (2005): "Dos dictaduras en el límite de la guerra: El testimonio editorial del conflicto del Beagle (1977-1979)", *Question*, Vol. 1, Nº 6. Disponible en https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/29766 Consultado el 20 de septiembre de 2014.

Di Febo, Giuliana (2003): "«Nuevo Estado», nacionalcatolicismo y género" en Nielfa Cristóbal, Gloria (ed.), *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*, Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid.

Di Febo, Giuliana et. al. (2006): "Tiempos de silencio" en Morant, Isabel (dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina, Vol. IV, del siglo XX a los umbrales del XXI*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Di Liscia, María Silvia (2006): "Mujeres, familia y salud en Argentina y Chile" en Morant, Isabel (dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina, Vol. III, del siglo XIX a los umbrales del XX*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Di Liscia, María Silvia (2017): "Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930)", *Historia Caribe*, Vol. XII, Nº 31, pp. 159-193.

Diego Pérez, Carmen y González Fernández, Montserrat (1990): "Hacia una maternología y puericultura científicas: la propuesta eugénica" en *Mujer y educación en España, 1868-1975, VI Coloquio de Historia de Educación*, Universidad de Santiago de Compostela.

Dios Fernández, Eider de (2018): "La señora azul y las mujeres trabajadoras. La Sección Femenina en los años sesenta", *Historia del Presente*, Nº 32, pp. 57-72.

Dobry, Edgardo (2010): "Panamericanismo, hispanidad, nacionalismo argentino", *Olivar: revista de literatura y cultura españolas*, Nº 14, pp. 61-70.

Donzelot, Jacques (2023): *La policía de las familias. Familia, sociedad y poder*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Duarte Montserrat, Àngel (2002): "La creación del bloque soviético en la Europa del Este y la Guerra Fría" en Pérez Sánchez, Guillermo y Martín de la Guardia, Ricardo (coord.), *La Europa del Este: del telón de acero a la integración en la Unión Europea*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Dueñas Cepeda, María Jesús (2010): "La construcción de las relaciones de género en la ideología de la Sección Femenina, 1934-1977" en Prieto Borrego, Laura (ed.), *Encuadramiento femenino, socialización y cultura en el franquismo*, Málaga, Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.

Durán Sandoval, Manuel (2014): "Género, cuerpo, gimnasia y sexualidad en los manuales educaciones higienistas y eugenésicos en Chile, 1870-1938", *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, Vol. 18, Nº 1, pp. 35-58.

Dussel, Enrique (2001): "Eurocentrismo y modernidad (Introducción a las lecturas de Frankfurt)" en Mignolo, Walter (Comp.), *Capitalismo y geopolítica del conocimiento. El eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo*, Buenos Aires, Ediciones del Signo.

Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (1990): *Por su propio bien: 150 años de consejos a las mujeres*, Madrid, Taurus.

Eiroa San Francisco, Matilde (1993): "Trabajo asistencial. El servicio social de la Sección Femenina" en López Beltrán, María Teresa (ed. lit.), *Las mujeres en Andalucía*: actas del 2º Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer en Andalucía, Vol. 2.

Escalante, Jorge (2000): *La misión era matar. El juicio a la caravana Pinochet-Arellano*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.

Espigado Tocino, Gloria (2018): "«El Ángel del Hogar»: uso y abuso historiográfico de un arquetipo de feminidad" en Galleco Franco, Henar (ed. lit.), *Feminidades y masculinidades en la historiografía de género*, Granada, Editorial Comares.

Espinosa Hernández, Patricia (2023): "A 50 años del Golpe civil-militar en Chile: de la estética de la resistencia a la estética del acomodo", *Altre Modernità: Rivista di studi letterari e culturali*, Nº 30, pp. 13-22.

Espinoza, Vicente (1988): *Para una historia de los pobres de la ciudad*, Santiago de Chile, Ediciones Sur.

Fagoaga, Concha (1985): *La voz y el voto de las mujeres. El sufragismo en España, 1877-1931*, Barcelona, Icaria.

Fanon, Frantz (2009): *Piel negra, máscaras blancas*, Madrid, Ediciones Akal.

Faure, Eyleen (2018): "Memoria, género y cuerpo: apuntes para la composición de nuevas tramas de recuerdo", *Athenea Digital*, Vol. 18, Nº 3, pp. 1-19.

Feria Vázquez, Pedro (2018): "Del Mediterráneo al Cono Sur: las transiciones a la democracia de Chile, Portugal y España en perspectiva comparada", *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, Vol. 22, Nº 2, pp. 103-135.

Flecha García, Consuelo (1999): "La educación de la mujer según las primeras Doctoras en Medicina de la Universidad española, año 1882", *Dinamys*, Nº 19, pp. 241-278.

Folchi, Mauricio (2007): "La higiene, la salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile (1843-1925)" en Loreto López, Rosalva (coord.), *Perfiles habitacionales y condiciones ambientales. Historia urbana de Latinoamérica, siglos XVII-XX*, México.

Follegati Montenegro, Luna (2013): "De las prácticas de muerte a la sobrevivencia: apuntes para la comprensión biopolítica de la dictadura militar en Chile", *Sociedad Hoy*, Nº 25, pp. 47-63.

Foucault, Michel (2000): *Defender la sociedad*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2014): *Seguridad, territorio, población*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2020): *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber,* Madrid, Siglo XXI Editores, 31ª edición.

Foxley, Alejandro (1988): *Experimentos neoliberales en América Latina*, México D.C., Fondo de Cultura Económica.

Freyer, Hans (1950): "Consecuencias sociales y políticas del aumento de población en el siglo XIX", *Revista de estudios políticos*, Nº 51, pp. 125-133.

Fuller, Norma (1996): "En torno a la polaridad machismo-marianismo", *Hojas de Warmi*, Nº 7, pp. 11-18.

Galiana Sánchez, María Eugenia y Bernabeu-Mestre, Josep (2006): "El problema sanitario en España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. LVIII, Nº 2, pp. 139-164.

Galiana Sánchez, María Eugenia (2021): "Enfermería y salud pública en España en el primer tercio del siglo XX" en Otero Carvajal, Luis Enrique y De Miguel Salanova (eds.), Santiago, *Sociedad urbana y salud pública. España, 1860-1936*, Madrid, Los libros de la Catarata.

Gallardo Duarte, Romina (2024): "La violencia obstétrica y sus estándares de protección en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos" en *Estudios sobre Género y Derecho*, Lima, Asociación Civil Derecho y Sociedad.

Gallego Méndez, María Teresa (1983): *Mujer, Falange y Franquismo*, Madrid, Taurus.

Garay Vera, Cristián (1996): "La recepción del hispanismo: la instalación del Instituto Chileno de Cultura Hispánica (1939-1948)", *Revista de Historia*, Vol. 1, Nº 6, pp. 122-146.

Garay Vera, Cristián (2019): "Ramón Cañas Montalva (1896-1977). Consejero geopolítico de las administraciones radicales en Chile, 1938-1952", *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, Vol. 14, Nº 2, pp. 83-106.

García, Armando (1999): "El desarrollo de la eugenesia en Cuba", *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, Vol. 51, Fasc. 2, pp. 85-100.

García, Armando y Álvarez, Raquel (1999): *En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*, Madrid, CSIC.

García Nieto, Víctor (2010): "Epónimos en Medicina Pediátrica (6) ¿Quién fue Luis Morquio?", *Canarias Pediátrica*, Vol. 34, N° 1, pp. 47-50.

Garretón Merino, Manuel Antonio (1983): *El proceso político chileno*, Santiago de Chile, FLACSO-Chile.

Garrido Vargas, Mabel (1995): *Del rancho al conventillo. El problema habitacional de los sectores populares en Santiago de Chile, 1860-1920: una primera aproximación*, Tesis de Licenciatura, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Gaviola, Edda (1986): *Queremos votar en las próximas elecciones. Historia del movimiento femenino chileno 1913-1952*, Santiago de Chile: Centro de Análisis y Difusión de la Condición de la Mujer.

Gaviola, Edda, Lopresti, Lorella y Rojas, Claudia (1988): *Nuestra historia de mujeres*, Santiago de Chile, Ediciones La Morada.

Gil Pecharromán, Julio (2008): *Con permiso de la autoridad. La España de Franco (1939-1975)*, Madrid, Temas de hoy.

Gill, Lesley (2004): *The School of the Americas: military training and political violence in the Americas*, Durham, Duke University Press.

Godoy Ramos, Carmen Gloria (2023): "Género y política en la movilización de mujeres contra la Unidad Popular y en el discurso público de la dictadura en Chile", *Historia 396*, Vol. 13, Nº 2, pp. 21-50.

Goles Barrientos, Ivannia (2016): *Guía de diseño arquitectónico Mapuche: para edificios y espacios públicos*, Santiago de Chile, Ministerio de Obras Públicas.

Gómez Benito, Cristóbal (2004): "Una revisión y una reflexión sobre la política de colonización agraria en la España de Franco", *Historia del presente*, Nº 3, pp. 65-86.

Góngora, Álvaro, Arancibia, Patricia y Vial, Gonzalo (2000): *Chile (1541-2000). Una interpretación de su historia política*, Santiago de Chile, Editorial Santillana.

González Calleja, Eduardo y Pardo Sanz, Rosa María (1993): "De la solidaridad ideológica a la cooperación interesada (1953-1975) en Pérez Herrero, Pedro y Tabanera, Nuria (coords.), *España/América Latina: un siglo de políticas culturales*, Madrid, Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI).

González Calleja, Eduardo (1994): "¿Populismo o captación de élites?: luces y sombras en la estrategia del Servicio Exterior de Falange Española" en Álvarez Junco, José y González Leandri, Ricardo, *El populismo en España y América*, Madrid, Catriel.

González Calleja, Eduardo (2011): *Contrarrevolucionarios: radicalización violenta de las derechas durante la Segunda República*, *1931-1936*, Madrid, Alianza Editorial.

González Canalejo, Carmen (2002): "Las nodrizas en Almería: ¿Oficio o rol biológico?" en *La Mujer, Actas del III Congreso de Historia de Andalucía*, Córdoba, Obra social y cultural Cajasur, pp. 331-348.

González Cangas, Yanko (2020): «Así van a ser ustedes porque así los estamos formando»: Juventud, adoctrinamiento y fascistización en la dictadura chilena, 1973-1983", *Historia y memoria*, Nº 20, pp. 97-134.

González Castillejo, María José (1994): "El discurso higienista como instrumento de control social y cohesión familiar en el primer tercio del s. XX" en Rowland, Rober J. y Moll Blanes, Isabel (coord.), *La demografía y la historia de la familia*, Congreso Internacional Historia de la Familia: Nuevas perspectivas sobre la sociedad europea: Murcia, Universidad de Murcia.

González García, Alberto (2016): "La Sección Femenina y las campañas de vacunación obligatoria contra la difteria en España en las páginas de La Vanguardia (1940-1955)", *Vínculos de Historia*, Nº 5, pp. 309-329.

González Moya, Maricela y Zárate Campos, María Soledad (2019): "Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX", *Salud Colectiva*, 15, pp. 1-14.

González Pérez, Teresa (2005): "La atención a la infancia y la instrucción de las madres en Canarias" en Dávila, Paulí y Naya, Luis, *La infancia en la historia: Espacios y representaciones*, San Sebastián, España: Gobierno Vasco.

González Pérez, Teresa (2008): "El aprendizaje de la maternidad: discursos para la educación de las mujeres en España (siglo XX)", *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales,* Nº 46, pp. 91-117.

González Pizarro, Sergio (2018): "Los muertos de la Plaza Montt. Imaginarios a partir de la masacre obrera del 21 de diciembre de 1907 en el puerto de Iquique-Chile", *Diálogo Andino*, Nº 55, pp. 29-41.

González Sánchez, Cristhina (2019): *Rol de los agentes públicos y privados en las adopciones irregulares e informales de niños/as mapuche durante la dictadura civil-militar en la Provincia de Cautín, Región de la Araucanía, 1973-1990*, Tesis para optar al grado de magíster, Valdivia, Universidad Austral de Chile.

Gorelik, Adrián (2003): "Ciudad, modernidad, modernización", *Universitas Humanística*, Nº 56, pp. 11-27.

Grau, Olga (1997): *Discurso, género y poder. Discursos públicos: Chile 1978-1993*, Santiago de Chile, LOM Ediciones.

Grez Cook, Francesca (2015): "El hispanismo en las mujeres chilenas: las influencias franquistas en la Secretaría Nacional de la Mujer, Chile 1973-1989", *Revista Izquierdas*, Nº 25, pp. 54-75.

Grez Toso, Sergio (2003): *La Cuestión Social en Chile. Ideas y debates precursores (1804-1902)*, Santiago de Chile, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.

Grez Toro, Sergio (2004): *Debates en torno a la historia social, una aproximación desde los historiadores.* Ciclo de charlas preparatorias para la I Jornada de Historia Social. Disponible en http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122852/Historia_social_Importancia_y_vigencia_en_la_actualidad_Sergio_Grez.pdf?sequence=1

Griffin, Roger (2010): *Modernismo y fascismo: la sensación de comienzo bajo Mussolini y Hitler*, Madrid, Ediciones Akal.

Guarc Pérez, José (2010): "El Instituto Nacional de Colonización y la transformación de Bardenas-Ejea" en Sabio Alcutén, Alberto (coord.), *Colonos, territorio y Estado: los pueblos del agua de Bardenas*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.

Guillén Lorente, Carmen (2021): "Novelas, cuplés, postales y cine: una aproximación a las representaciones erótico-pornográficas durante la Segunda República Española", *Vínculos de Historia*, Nº 10, pp. 371-389.

Gunn, Simon (2011): *Historia y teoría cultural*, Publicacions de la Universitat de València, Guada Impresores.

Gutiérrez, María Teresa (2010): "Proceso de institucionalización de la higiene: Estado salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX", *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, Vol. 12, N° 1, pp. 73-97.

Gutiérrez Vega, Clara (2022): *Cartografía del universo represivo franquista contra las mujeres: espacios de disciplina y castigo*, Tesis doctoral inédita, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.

Guy, Donna J. (1998): "The Politics of Pan-American Cooperation: Maternalist Feminism and the Child Rights Movement, 1913-1960", *Gender & History*, Vol. 10, N°3, pp. 449-469.

Hall, Catherine (2002): *White, Male and Middle Class: Explorations in Feminism and History*, Cambridge, Policy Press.

Hamre, Martin Kristoffer (2019): "Norwegian Fascism in a Transnational Perspectiva: The Influence of German National Socialism and Italian Fascismo on the Nasjonal Samling, 1933-1936", *Fascism*, Nº 8, pp. 36-60.

Harmer, Tanya (2011): *Allende's Chile and the Inter-American Cold War*, Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Henríquez Uzal, María José (2008): *Los mil días hispano-chilenos. 1970-1973*, Tesis doctoral, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.

Herrera, Susana (2008): "Aborto inducido: ¿un secreto de mujeres o una problemática de género?" en Montecino Aguirre, Sonia, *Mujeres chilenas. Fragmentos de una historia*, Santiago de Chile, Editorial Catalonia.

Hidalgo Dattwyler, Rodrigo (2002): "Higienismo, beneficencia católica y vivienda obrera en Chile a finales del siglo XIX", *Estudos Ibero-Americanos, PUCRS*, Vol. 28, Nº 1, pp. 65-83.

Hobsbawm, Eric (2007): *La era del imperio, 1875-1914*, Buenos Aires, Paidós.

Huertas, Rafael y Novella, Eric (2013): "Sexo y modernidad en la España de la Segunda República. Los discursos de la ciencia", *Revista ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, Vol. 189-764, pp. 1-9.

Huneeus, Carlos (2002): *El régimen de Pinochet*, Santiago de Chile, Editorial Sudamericana.

Huneeus, Carlos (2009): *La guerra fría chilena: Gabriel González Videla y la Ley Maldita*, Santiago, Debate, Random House Mondadori.

Hurtado, Marcela y Browne, Rodrigo (2019): "'Café con piernas", una pornotopía a la chilena: sexualidad y espacio en una instalación neoliberal", *Estudos Ibero-Americanos*, Vol. 45, Nº 3, pp. 114-122.

Iglesias Aparicio, Pilar (2001): "Pioneras de la medicina del siglo XIX a través de sus escritos", *Revista Internacional de Culturas y Literaturas*, Nº 24, pp. 32-64.

Ignaciuk, Agata y Ortiz Gómez (2016): *Anticoncepción, mujeres y género: la "píldora" en España y Polonia (1960-1980)*, Madrid, Los Libros de la Catarata.

Ignaciuk, Agata y Villén Jiménez, Alba (2018): "¿Una pequeña revolución sexual? Experiencias de sexualidad y anticoncepción de mujeres andaluzas entre los años cincuenta y ochenta del siglo XX", *Dynamis: Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, Vol. 28, Nº 2, pp. 303-331.

Illanes, María Angélica (1990): *"Ausente, señorita". El niño chileno, la escuela para pobres y el auxilio 1890/1990.* Santiago de Chile, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.

Illanes Oliva, María Angélica (2003): "La revolución solidaria. Las Sociedades de Socorros Mutuos de Artesanos y Obreros: un proyecto popular democrática, 1840-1887", *Polis: Revista Latinoamericana*, Nº 5, s/p.

Illanes Oliva, María Angélica (2007): *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.

Illanes Oliva, María Angélica (2010): *"En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...)" Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973, (hacia una historia social del siglo XX)*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Protege Red de Protección Social.

Iruzubieta Barragán, Francisco Javier (2017): *Enfermería y género en la atención socio-sanitaria municipal de Logroño: Casa de Socorro y Gota de Leche*, Tesis doctoral, Alicante, Universidad de Alicante.

Jara Hinojosa, Isabel (2006): *De Franco a Pinochet: el proyecto cultural franquista en Chile, 1936-1980*, Santiago de Chile, Facultad de Artes, Universidad de Chile.

Jara Hinojosa, Isabel (2008): "La ideología franquista en la legitimación de la dictadura militar chilena", *Revista Complutense de Historia de América*, Vol. 34, pp. 233-253.

Jara Trecanahuel, Elba et. al (2020): *Cuaderno pedagógico de mapudüngun. Revitalizando el mapudüngun y la cultura mapuche en la región del Maule*, Subdirección Nacional de

Pueblos Originarios, Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio, República de Chile.

Jiles, Ximena y Rojas, Claudia (1992): *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, Santiago de Chile, CORSAPS.

Jiles, Ximena (2009): "Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile" en Valdés, Teresa y Busto, Mirén (eds)., *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*, Santiago de Chile, FLACSO.

Jiménez Lucena, Isabel (1994): "El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943): el uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del "Nuevo Estado"", *Dynamis: Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, Nº 14, pp. 185-198.

Jiménez Lucena, Isabel, Ruiz Somavilla, María José y Castellanos Guerrero, Jesús (2002): "Un discurso sanitario para un proyecto político: la educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo", *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, Vol. 54, Fasc. 1, pp. 201-218.

Jiménez Lucena, Isabel, Sánchez, Dolores y García Díaz, Celia (2008): "Regular, negociar, resistir. Biopoder y lucha por la hegemonía sobre el cuerpo de las mujeres en la España Contemporánea" en Ortiz Gómez, Teresa (et.al.) (coord.), *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*, XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Granada, 11-14 de junio de 2008, Universidad de Granada.

Joseph, Gilbert M. (2020): "What We Know and Should Know: Bringing Latin America More Meaningfully into Cold War Studies" en Joseph, Gilbert M. and Spenser, Daniela (eds.), *In from the cold: Latin America's new encounter with the Cold War*, Durham, Duke University Press.

Juliano, Dolores (2012): "Tiempo de Cuaresma. Modelos de sexualidad femenina bajo el franquismo" en Osborne, Raquel (ed.), *Mujeres bajo sospecha. Memoria y sexualidad 1930-1980*, Madrid, Editorial Fundamentos.

Kallis, Aristotle (2003): "'Fascism', 'Para-fascism' and 'Fascistization': On the Similarities of Three Conceptual Categories", *European History Quarterly*, Vol. 33, Nº 2, pp. 219-249.

Kirkwood, Julieta (1986): *Ser política en Chile: las feministas y los partidos*, Santiago de Chile, FLACSO.

Klein, Naomi (2007): *La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre*, Barcelona, Paidós.

Knibiehler, Yvonne (2001): *Historia de las madres y la maternidad en Occidente*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Kohn Loncarica, Alfredo G. (1985): "Médicos argentinos graduados en universidades extranjeras", *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, Vol. 37, Fasc. 1, pp. 351-384.

Kornbluh, Peter (2023): *Pinochet desclasificado. Los archivos secretos de Estados Unidos sobre Chile*, Santiago de Chile, Ediciones Catalonia.

Koven, Seth y Michel, Sonya (1990): "Womanly duties: Maternalist politics and the origins of the Welfare States in France, Germany, Great Britain and the United States, 1880-1920", *The American Historical Review*, Vol. 95, Nº 4, pp. 1076-1108.

Kropotkin, Piotr (2021): "La Comuna de París", *Libre Pensamiento*, Nº 107, pp. 75-86.

Landaeta, Romané (2023): "Los viajes de Lucía Hiriart y la imagen de mujer abnegada: La otra cara de la dictadura chilena", *Historia Actual Online*, Nº 62, pp. 161-173.

Lanero Táboas, Daniel (2021): "Franquismo y política social: una aproximación crítica a las políticas de vivienda y asistencia sanitaria", *Historia del presente*, Nº 38, pp. 31-47.

Larraín, Felipe y Vergara, Rodrigo (eds.) (2001): *La transformación económica de Chile*, Santiago de Chile, Centro de Estudios Públicos.

Latour, Bruno (2011): *Pasteur: guerre et paix de microbes. Suivi de irréductions*, París, La découverte.

Lavrin, Asunción (2006): *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay 1890-1940*, Santiago de Chile, LOM Ediciones.

Leaño Álvarez del Castillo, Antonio (1990): "Hispanidad y Panamericanismo", *Torre de los Lujanes: Boletín de la Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País*, Nº 15, pp. 169-182.

Lechner, Norbert y Levy, Susana (1984): *El disciplinamiento de la mujer. Notas sobre la vida cotidiana 3*, Santiago de Chile, FLACSO.

Leiva Olea, María Belén (2013): *Madre de familia, madre de la patria. El proyecto femenino y la Secretaría Nacional de la Mujer en la dictadura de Pinochet (1973-198*0), Tesis de grado, Universidad Austral de Chile.

Leiva-Vargas, María José (2023a): "Mujeres y madres de bien. Hispanismo nacionalcatólico y aborto durante las dictaduras de Franco y Pinochet", *Revista de Historia*, Vol. 30, Nº 1, 23 pp.

Leiva-Vargas, María José (2023b): "CEMA-Chile y las madres campesinas en La Junta, Región de Aysén, durante la dictadura cívico-militar. El caso de Genoveva (1974-1990)", *Historia 396*, Vol. 13, Nº 2, pp. 119-144.

Leiva-Vargas, María José (2024): "La dictadura de Pinochet: la Patria, el Ángel del Hogar y la criminalización del aborto" en Alfaro Monsalve Karen (comp.), *Familias,*

maternidades e infancia bajo la dictadura militar. Una aproximación histórica desde el sur de Chile (1973-1990), Concepción, Editorial Escaparate.

Lemebel, Pedro (2003): *Zanjón de la Aguada*, México, Editorial Planeta.

León-Sanz, Pilar (2020): "La Iglesia católica en el sistema hospitalario español (1942-1986): Continuidades, cambios, asociacionismo" en Martínez Pérez, José y Perdiguero Gil, Enrique (coord.), *Genealogías de la reforma sanitaria en España*, Madrid, Los Libros de la Catarata.

Levert, Florence (2009): "L'«élevage» des bébés à Fécamp (1894-1928)", *Ethnologie française*, Vol. 39, Nº 1, pp. 141-149.

Lewis, Jane (1996): "Modelos de igualdad para la mujer: el caso de la ayuda estatal para la infancia en la Gran Bretaña del siglo XX" en Bock, Gisella y Thane, Patricia (coord.), *Maternidad y políticas de género: la mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Leyton Robinson, César y Huertas, Rafael (2012): "Reforma urbana e higiene social en Santiago de Chile. La tecno-utopía liberal de Benjamín Vicuña Mackenna (1872-1875)", *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 12, Nº1, pp. 21-44.

Leyton Robinson, César (2015): "Geopolítica y ciudad gueto: Erradicaciones eugenésicas en la Dictadura Militar. Santiago de Chile 1973-1990" en Leyton Robinson, César, Palacios, Cristián, Sánchez, Marcelo (eds.), *Bulevar de los pobres: racismo científico, higiene y eugenesia en Chile y América Latina en lo siglos XIX y XX*, Santiago de Chile, Ocho Libros Editores.

Leyton Robinson, César (2020): *La ciencia de la erradicación. Modernidad urbana neoliberalismo en Santiago de Chile, 1973-1990*, Madrid, Editorial CSIC.

Leyton Robinson, César (2024): "Darwinismo social y alimentación: la aportación de Fernando Monckeberg al programa de erradicación de la desnutrición en la dictadura militar chilena", *Llull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, Vol. 47, Nº 94, pp. 135-157.

Lima Grecco, Gabriela de (2019): "La pluma azul en la república andina: Samuel Ros, un escritor falangista exiliado en Chile (1937-1938)", *Historia 396*, Vol. 9, Nº 3, pp. 41-71.

Lischnewska, Maria, "Leitsätze" en Stöcker, Helene (ed.) *Petitionen*, citado en Stoher, Irene (1996): "Las tareas domésticas y la maternidad: debates y política en el movimiento de mujeres de la Alemania Imperial y la República de Weimar" en Bock, Gisella y Thane, Patricia (coord.), *Maternidad y políticas de género: la mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Llanos Reyes, Claudio y Lanfranco, María Fernanda (2017): "La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico-política", *Anuario de Estudios Americanos*, 74, 2, pp. 675-703.

Lobato, Mirta, Arango, Luz Gabriela y Fernández, María Teresa (2006): "Trabajo y profesionalización" en Morant, Isabel (dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina, Vol. IV, del siglo XX a los umbrales del XXI*, Madrid, Ediciones Cátedra.

López Campillay, Marcelo (2018): *¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.

López Fernández, Tamara (2022): "Aunque me cueste la vida. El aborto en Lugo durante el franquismo (1945-1966)", *Arenal: Revista de historia de las mujeres*, Vol. 29, Nº 2, pp. 649-678.

Loredo Narciandi, José Carlos y Jiménez Alonso, Belén (2014): "Pequeños ciudadanos: la construcción de la subjetividad infantil en la primera puericultura española e hispanoamericana", *Universitas Psychologica*, 13(5), pp. 1955-1965.

Luna, Lola G. (2001): "Contextos históricos discursivos de género y movimientos de mujeres en América Latina", *Hojas de Warmi*, Nº 12, pp. 35-47.

Luna, Lola G. (2009): "Familia y maternalismo en América Latina, siglo XX" en Lorenzo Pinar, Francisco Javier (ed.), *La familia en la Historia*, Ediciones Universidad de Salamanca.

Luna Freire, Maria Martha de y Otávio Ferreira, Luiz (2008): "Enseñando a las mujeres a ser madres: Medicina, maternalismo y prensa femenina en el Brasil (1910-1930)" en Ortiz Gómez, Teresa (et.al.) (coord.), *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*, XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Granada, 11-14 de junio de 2008, Universidad de Granada.

Lvovich, Daniel y Bohoslavsky, Ernesto (2009): "Elitismo, violencia y degeneración física en los diagnósticos de las derechas argentina y chilena (1880-1945)", *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos* (en línea), Debates. Disponible en http://journals.openedition.org/nuevomundo/57777

Maceriras-Chans, José Manuel, Galiana Sánchez, María Eugenia y Bernabeu Mestre, Josep (2017a): "La Sección Femenina en las campañas de vacunación del primer franquismo: el caso de la provincia de Valencia (1941-1958)", *RECIEN: Revista Científica de Enfermería*, Nº 13, pp. 5-23.

Maceriras-Chans, José Manuel, Galiana Sánchez, María Eugenia y Bernabeu Mestre, Josep (2017b): "Las actividades socio-sanitarias de las divulgadoras rurales de la Sección Femenina de la Falange en la comarca de La Ribera" en Ferragud, Carmel (coord.), *Biografies, mèdiques, sanitat municipal, educación sanitària i epidèmies a la Ribera del Xúquer durant el segle XX*, Universitat de Valencia, 2017, pp. 140-160.

Maceriras-Chans, José Manuel, Galiana Sánchez, María Eugenia y Bernabeu Mestre, Josep (2018): "Enfermería y control social: las actividades socio-sanitarias de la Sección Femenina de Falange en la ciudad de Valencia (1940-1977)", *Enfermería global: revista electrónica trimestral de enfermería*, Vol. 17, Nº1, pp. 270-293.

Maján Gil, Natividad (1991): *La protección a la infancia en España a través de la obra de Rafael Ulecia y Cardona y de los consultorios de niños y gotas de leche*, Tesis doctoral inédita, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

Manrique, Juan Carlos (2003): "La educación física femenina y el ideal de mujer en la etapa franquista", *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, Vol. 3, Nº 10, pp. 83-100.

Marchante, José Luis Alonso (2016): *Menéndez: rey de la Patagonia*, Buenos Aires, Editorial Losada.

Marchante, José Luis Alonso (2019): *Selk'nam: Genocidio y resistencia*, Santiago de Chile, Editorial Catalonia.

Marías Cadenas, Sescún (2006): "Agrarismo, actividad sindical y movilización femenina en los pueblos: historia de la Hermandad de la Ciudad y el Campo", *VI Encuentro de investigadores sobre el franquismo: Zaragoza, 15, 16 y 17 de noviembre*, Comisiones Obreras.

Marías Cadenas, Sescún (2011): *Por España y por el campo. La Sección Femenina en el medio rural oscense (1939-1977)*, Huesca, Instituto de Estudios Altoaragoneses.

Marset Campos, Pedro, Sáez Gómez, José Miguel y Martínez Navarro, Fernando (1995): "La salud pública durante el franquismo", *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiatumque Historiam Illustrandam*, Vol. 15, pp. 211-250.

Martins Rodríguez, María Victoria (2012): "Sección Femenina: modelos de mujer durante el Franquismo" en Osborne, Raquel (Ed.), *Mujeres bajo sospecha. Memoria y sexualidad 1930-1980*, Madrid, Editorial Fundamentos.

Matus del Pino, Andrea (2018): *"Ustedes las culpables". Construcción de la figura femenina a través de los problemas infanto-maternos en Santiago de Chile (1900-1940)"*, Tesis de Grado, Valdivia, Universidad Austral de Chile.

Mazower, Mark (2001): *La Europa Negra. Desde la Gran Guerra hasta la caída del comunismo*, Barcelona, Ediciones B.

Menéndez Navarro, Alfredo y Rodríguez Ocaña, Esteban (2006): "La tardía intervención higiénica en el medio rural español: el caso de la lucha contra la anquilostomiasis, 1910-1960", *La Mutua (Madrid)*, nº 16, pp. 71-86.

Mínguez Blasco, Raúl (2012): "Monjas, esposas y madres católicas: una panorámica de la feminización de la religión en España a mediados del siglo XIX", *Amnis. Revue d'études des sociétés et cultures contemporaines Europe-Amérique*, nº 11. Disponible en https://journals.openedition.org/amnis/1606. Consultado el 15 de enero de 2025.

Miranda, Ernesto, Scarpaci, Joseph e Irarrázaval, Ignacio (1995): "A decade of HMOs in Chile: market behavior, consumer choice and the state", *Health & Place*, Vol. 1, Nº1, pp. 51-59.

Molinero, Carme (2008): *La captación de las masas. Política social y propaganda en el régimen franquista*, Madrid, Editorial Cátedra.

Molinero, Carme (2011): "El acceso a los archivos y la investigación histórica", *Ayer*, Vol. 81, Nº 1, pp. 285-297.

Montecino, Sonia (1990): "Símbolo mariano y constitución de la identidad femenina en Chile", *Estudios Públicos*, 39, pp. 283-290. Disponible en https://www.estudiospublicos.cl/index.php/cep/article/view/1474/2502

Montecino, Sonia (1996a): *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno*, Santiago de Chile, Editorial Sudamericana.

Montecino, Sonia (1996b): "Dimensiones simbólicas del accionar político y colectivo de las mujeres en Chile. Una propuesta de lectura desde la construcción simbólica del género" en Luna, Lola G. y Vilanova, Mercedes (comp.), *Desde las orillas de la política. Género y poder en América Latina*, Barcelona, Edición del Seminario Interdisciplinar Mujeres y Sociedad, Universitat de Barcelona.

Montero, Feliciano (1986): "Catolicismo y reforma social en España en el tránsito del siglo XIX y XX" en *De la beneficencia al bienestar social: cuatro siglos de acción social*, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Montero, Claudia (2013): "El feminismo en debate. Mortalidad, maternidad y puericultura. Diálogo del discurso feminista con discursos sociales en la década del treinta en Chile", *Meridional. Revista chilena de Estudios Latinoamericanos*, Nº 1, pp. 99-128.

Morales, Eduardo (1984): *Política de empleo y contexto político: el PEM y el POJH*, Santiago de Chile, FLACSO.

Morales Villena, Amalia y Vieitez Cerdeño, María Soledad (2014): "La Sección Femenina en la "llamada de África": Saharauis y guineanas en el declive del colonialismo español", *Vegueta: Anuario de la Facultad de Geografía e Historia*, nº 14, 117-133.

Morales Villena, Amalia y Vieitez Cerdeño, María Soledad (2017): "Intervención femenina en el mundo rural franquista (España, 1939-1975). Las Cátedras Ambulantes de la Sección Femenina de la Falange Española y su labor de divulgación sanitaria y social", *Historia Questoes & Debates*, 65(1): pp. 175-205.

Morant i Ariño, Toni (2012): «Para influir en la vida del Estado futuro»: discurso –y práctica– falangista sobre el papel de la mujer y la feminidad, 1933-1945, *Historia y Política*, Nº 27, pp. 113-141.

Morant i Ariño, Toni (2014): *Mujeres para una ""Nueva Europa"": las relaciones y visitas entre la Sección Femenina de Falange y las organizaciones femeninas nazis"*, Tesis para optar al grado de doctor, Universitat de València.

Morata Marco, Eva María (1999): "La respuesta del higienismo a la «cuestión social»" en Ruiz Manjón, Octavio y Langa, Alicia (eds.), *Los significados del 98: la sociedad española en la génesis del siglo XX*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Morcillo Gómez, Aurora (2015): *En cuerpo y alma. Ser mujer en tiempos de Franco*, Madrid, Siglo XXI Editores.

Moreno, Claudia (2004): "La madre chilena, domesticación de la mujer. Los discursos higienistas ligados a la maternidad (1870-1920)" en Cisterna, Natalia y Stecher, Lucía, *América Latina y el Mundo. Exploraciones en torno a identidades, discursos y genealogías*, Centro de Estudios Culturales Latinoamericanos, Universidad de Chile.

Moreno, Mónica (2013): "La dictadura franquista y la represión de las mujeres" en Nash, Mary, *Represión, resistencias, memoria. Las mujeres bajo la dictadura franquista*, Granada, Editorial Comares.

Moreno Almendral, Raúl (2014): "Franquismo y nacionalismo español: una aproximación a sus aspectos fundamentales", *Hispania Nova: Revista de historia contemporánea*, Nº 12.

Morris, Meaghan (1993): "Metamorphoses at Sydney Tower" en Carter, Erica, Donald, James and Squires, Judith (eds.), *Space and Place: Theories of Identity and Location*, London, Lawrence and Wishart, citado en Gunn, Simon (2011), *Historia y teoría cultural*, Universitat de Valencia.

Moulian, Tomás y Vergara, Pilar (1980): "Estado, ideología y políticas económicas en Chile, 1973-1978", *Colección estudios CIEPLAN*, Nº 3, pp. 65-120.

Munizaga, Giselle y Letelier, Lilian (1988): *Mujer y régimen militar*, Santiago de Chile, Centro de Estudios de la Mujer.

Muñoz Lira, Dalila (2022): "Intervenir el cuerpo social e individual. Metáforas de una sociedad higienizada en los periódicos El Mercurio, La Tercera y la Revista Ercilla durante la dictadura cívico-militar chilena, 1973-1975", *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Jujuy*, Nº 62, pp. 19-40.

Muñoz Pradas, Francisco (2012): "Las Gotas de Leche y el descenso de la mortalidad infantil urbana en España (1900-1936)", *Revista de Demografía Histórica – Journal of Iberoamerican Population Studies*, Vol. 30, Nº 2, pp. 127-164.

Muñoz Pradas, Francisco (2016): "La implantación de las Gotas de Leche en España (1902-1935): un estudio a partir de la prensa histórica", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 68(1), pp. 1-34.

Muñoz Pradas, Francisco (2021): "Las Gotas de Leche en España (1903-1934): la difusión de una innovación sanitaria" en Otero Carvajal, Luis Enrique y De Miguel Salanova (eds.), Santiago, *Sociedad urbana y salud pública. España, 1860-1936*, Madrid, Los libros de la Catarata.

Muñoz Ruiz, (2003): "Las revistas para mujeres durante el franquismo: difusión de modelos de comportamiento femenino" en Nielfa Cristóbal, Gloria (ed.), *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*, Instituto de Investigaciones Feministas, Universidad Complutense de Madrid.

Murillo, Juan Pablo, Salaverry, Oswaldo y Franco, Gustavo (2008): "País enfermo y despoblado. Debates sanitarios y proyectos de desarrollo en el Perú en la primera mitad del siglo XX" en Ortiz Gómez, Teresa (et.al.) (coord.), *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*, XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Granada, 11-14 de junio de 2008, Universidad de Granada.

Narváez Alba, (2010): "Maternidad, patriotismo y religión: pilares de un ideal femenino" en Prieto Borrego, Lucía (ed.), *Encuadramiento femenino, socialización y cultura en el franquismo*, Málaga, Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.

Nash, Mary (1988): "Género, cambio social y la problemática del aborto", *Historia Social*, Nº 2, pp. 19-35.

Nash, Mary (1993): "Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900-1939" en Duby, Georges y Perrot, Michelle (coords.), *Historia de las mujeres en Occidente, Vol. 5, El siglo XX*, Madrid, Taurus.

Nash, Mary (1995): "La reforma sexual en el anarquismo español" en Hofman, Bert, Tous, Pere Joan, Tietza, Manfred (coord.), *El anarquismo español y sus tradiciones,* Madrid, Iberoamericana Vervuert.

Nash, Mary (1996): "Pronatalismo y maternidad en la España franquista" en Bock, Gisela y Thane, Pat (eds.), *Maternidad y políticas de género*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Nash, Mary (2004): *Mujeres en el mundo. Historia, retos y movimientos*, Madrid, Alianza Editorial.

Nash, Mary (2015): "Vencidas, represaliadas y resistentes. Las mujeres bajo el orden patriarcal franquista" en Casanova, Julián (coord.), *Cuarenta años con Franco*, Barcelona, Editorial Crítica.

Navarrete, Roxana (2018): "Dictadura militar y construcción de modelos femeninos en la provincia de Valdivia, entre 1973-1974", Contextos: Estudios de humanidades y ciencias sociales, N° 39.

Nerín, Gustavo (2007): *La Sección Femenina de Falange en la Guinea Española, 1964-1969*, Barcelona, Ceiba Ediciones.

Nielfa, Gloria (2006): "La regulación del trabajo femenino. Estado y sindicatos" en Morant, Isabel (dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina, Vol. III, del siglo XIX a los umbrales del XX*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Novak, Michael (1983): El espíritu del capitalismo democrático, *Estudios Públicos*, Nº11. Disponible en https://www.estudiospublicos.cl/index.php/cep/article/view/1832

Núñez Díaz-Balart, Mirta (2018): "Los muros caídos de la decencia. La prostitución en el franquismo de posguerra" en Egido León, Ángeles, Montes Salguero, Jorge, *Mujer, franquismo y represión: una deuda histórica*, Ciudad Real, Editores Sanz y Torres.

Ofer, Inbal (2006): "La legislación de género de la Sección Femenina de la FET. Acortando distancias entre la política de élite y la de masas", *Historia y política: Ideas, procesos y movimientos sociales*, Nº 15, pp. 219-242.

Ofer, Inbal (2017): "Teresa, ¿revista para todas las mujeres?: Género, clase y espacios de la vida cotidiana en el discurso de la Sección Femenina (1960-1970)", *Historia y política: Ideas, procesos y movimientos sociales*, Nº 37, pp. 121-146.

Ofer, Inbal (2018): "Entre culturas políticas: la Sección Femenina de la FET durante el primer franquismo (1936-1945)", *Historia del presente*, 31, pp. 27-40.

Oroz, Elena (2016): "Nuestra Misión (1940): Maternidad simbólica y regeneración nacional en la propaganda cinematográfica de la Sección Femenina", *Letras femeninas*, Vol. 42, Nº1, pp. 86-100.

Ortega López, Teresa (2011): "¡Cosa de coser…y cantar! La derecha antiliberal y el adoctrinamiento político de la mujer de clase media en la Segunda República" en Aguado, Ana y Ortega López, Teresa (eds.), *Feminismos y antifeminismos. Culturas políticas e identidades de género en la España del siglo XX*, Universitat de València.

Ortega López, Teresa y Cobo Romero, Francisco (eds). (2011): *La España rural, siglos XIX y XX. Aspectos políticos, sociales y culturales*, Granada, Editorial Comares.

Ortega López, Teresa (2021a): "«Guardianas de la raza». El discurso «nacional-agrarista» y la movilización política conservadora de la mujer rural española (1880-1939)" en Ortega López, Teresa María y Cabana Iglesia, Ana, *«Haberlas, haylas». Campesinas en la historia de España en el siglo XX*, Madrid, Marcial Pons, Ediciones de Historia.

Ortiz Valenzuela, María Gabriela (2006): *Eugenesia en Chile. El camino hacia la manipulación racial de un pueblo mestizo, 1900-1940*, Tesis de Grado, Santiago de Chile, Universidad Finis Terrae.

Osborne, Raquel (2012): "Los castigos a las mujeres. (De la ecuación roja-degenerada al castigo maternal: el caso de Carlota O'Neill)" en Osborne, Raquel (ed.), *Mujeres bajo sospecha. Memoria y sexualidad 1930-1980*, Madrid, Editorial Fundamentos.

Osorio, Carlos G. (2010): "Sobre el origen de la Bacteriología Experimental en Chile", *Revista Médica de Chile*, Vol. 138, Nº 7, pp. 913-919.

Otero Carvajal, Luis Enrique y De Miguel Salanova (eds.) (2021): Santiago, *Sociedad urbana y salud pública. España, 1860-1936*, Madrid, Los libros de la Catarata.

Oxman, Verónica (1983): *La participación de la mujer campesina en organizaciones: los Centros de Madres rurales*, Nº 12, Santiago de Chile, Grupo de Investigaciones Agrarias, Academia de Humanismo Cristiano.

Palacio Lis, Irene (2003a): *Mujeres ignorantes: madres culpables. Adoctrinamiento y Divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Universitat de València.

Palacio Lis, Irene (2003b): "Consejos a las madres": autoridad, ciencia e ideología en la construcción social de la función materna: una mirada al pasado", *Sarmiento Anuario galego de historia da educación*, Nº 7, pp. 61-79.

Palma Maturana, Patricia (2009): "'Lo que deben saber las madres para criar bien a sus hijos'. Discurso médico-social pediátrico en las Cartillas de Puericultura. Chile, 1912-1929", *Segundas Jornadas Nacionales de Historia Social*, La Falda, Córdoba, Argentina. Disponible en https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9732/ev.9732.pdf

Pando Ballesteros, María de la Paz (2001): "Relaciones de género, familia y trabajo en el mesofranquismo", *Faces de Eva. Estudos sobre a mulher*, Nº 5, pp. 225-252.

Pardo Sanz, Rosa María (1995): *Con Franco hacia el Imperio. La política exterior española en América Latina 1939-1945*, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Pavez Rosales, Gustavo (2019): *"Revolución sexual en Chile" La implementación de la píldora anticonceptiva como política pública. Estudio de la situación en Santiago 1965-1968*, Seminario de Grado, Universidad de Chile.

Paxton, Robert (2005): *Anatomía del fascismo*, Barcelona, Ediciones Península.

Peinado Rodríguez, Matilde (2012): *Enseñando a señoritas y sirvientas. Formación femenina y clasismo en el franquismo*, Madrid, Editorial Catarata.

Peña, Sebastián et. al. (2015): "El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, una estrategia multidimensional para atraer y fidelizar a médicos en las zonas rurales", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 55, Nº 1 y 2, pp. 7-21.

Perdiguero Gil, Enrique (comp.) (2004): *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.

Pérez Brignoli, Héctor (2010): "América Latina en la transición demográfica, 1800-1980", *Población y salud en Mesoamérica*, Vol. 7, Nº 2, pp. 1-29.

Pérez del Puerto, Ángela (2015): *Más allá de las naciones. La defensa de la feminidad católica a través del proyecto educativo de Acción Católica en España y Estados Unidos (1940-1950)*, Tesis para optar al grado de doctor, Universidad Autónoma de Madrid.

Pérez Ledesma, Manuel (1986): "La Comisión de Reformas Sociales y la cuestión social durante la Restauración" en *De la beneficencia al bienestar social: cuatro siglos de acción social*, Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.

Pérez Moreno, Heliodoro (2011): "La asistencia sanitaria como función circumformativa de la Cátedra Ambulante de Huelva (1956-1977)", *Cuestiones pedagógicas: Revista de Ciencias de la Educación*, Nº 21, pp. 127-228.

Pérez Trompeta, Ángel (1996): "La formación de la mujer española en la Sección Femenina de FET y de las JONS: la enciclopedia para cumplidoras del servicio social", *Indagación: revista de historia y arte*, Nº 2, pp. 163-180.

Pettinà, Vanni y Sánchez Román, José Antonio (2015): "Beyond US Hegemony: The Shaping of the Cold War in Latin America", *Culture & History, Digital Journal*, Vol. 4, Nº1, e001.

Pick, Daniel (1989): *Faces of Degeneration: An European disorder c.1848-c.1918*, Nueva York, Cambridge University Press.

Pieper Mooney, Jadwiga (2009): *The politics of motherhood: maternity and women's rights in twentieth century Chile*, Pittsburgh, Penssylvania, University of Pittsburgh Press.

Pittman, Howard T. (1981): "Algunas tendencias geopolíticas específicas en los países del ABC. Nuevas aplicaciones de la ley de las áreas valiosas", *Revista de Ciencia Política*, Vol. 3, Nº 1-2, pp. 27-70.

Poblete Vargas, Javiera (2015): "Políticas del amor materno, Chile 1927-1937", *HYBRIS, Revista de Filosofía*, Vol. 6, Nº 2, pp. 65-100.

Polo Blanco, Antonio (2006): *Gobierno de las poblaciones en el primer franquismo (1939-1945)*, Cádiz, Servicio de Publicaciones Universidad de Cádiz.

Power, Margaret (2008a): *La mujer de derecha: el poder femenino y la lucha contra Salvador Allende, 1964-1973*, Santiago de Chile, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.

Power, Margaret (2008b): "Las mujeres conservadoras en Brasil y Chile" en Morant, Isabel (dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina, Vol. IV, del siglo XX a los umbrales del XXI*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Prieto Borrego, Lucía (2006): "La prostitución en Andalucía durante el primer franquismo", *Baética: Estudios de Historia Moderna y Contemporánea*, Nº 28, 2, pp. 665-688.

Prieto Borrego, Lucía (2018): *Mujer, moral y franquismo: del velo al bikini*, Universidad de Málaga.

Quintanas, Anna (2011): "Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares", *ISEGORÍA, Revista de Filosofía Moral y Política*, Nº 44, pp. 273-284.

Rabazas Romero, Teresa y Ramos Zamora, Sara (2006): "La construcción del género en el franquismo y los discursivos educativos de la Sección Femenina", *Encounters on education*, Nº 7, pp. 43-70.

Ramblado Minero, María de la Cinta (2008): "Madres de España / Madres de la anti-España: la mujer republicana y la transmisión de la memoria republicana", *Entelequia: Revista interdisciplinar*, Nº 7, pp. 129-137.

Ramos Zamora, Sara y Rabazas Romero, Teresa (2007): "Mujeres e instrucción rural en el desarrollismo español", *Historia de la educación: Revista interuniversitaria*, Nº 26, pp. 221-256.

Ramos Zamora, Sara y Colmenar Orzaes, Carmen (2014): "Mujeres rurales y capacitación profesional en el franquismo a través de la prensa femenina (1939-1959)", *Educació i Història: Revista d'Història de l'Educació,* Nº 24, pp. 135-171.

Rebollo Mesas, Pilar (2001): "El Servicio Social de la mujer de Sección Femenina de Falange: su implantación en el medio rural" en Miguel Ángel Ruiz Carnicer (coord.), *Nuevas tendencias historiográficas e historia local en España: actas del II Congreso de Historia Local de Aragón (Huesca, 7 al 9 de julio de 1999)*.

Regueillet, Anne-Gaëlle (2011): "Norma sexual y comportamientos cotidianos en los diez primeros años del franquismo (1939-1949): noviazgo y sexualidad" en Guereña, Jean Louis (ed.), *La sexualidad en la España contemporánea (1800-1950)*, Servicio de Publicaciones Universidad de Cádiz.

Richmond, Kathleen (2004): *Las mujeres en el fascismo español. La Sección Femenina de la Falange, 1934-1959*, Madrid, Alianza Editorial.

Roca i Girona, Jordi (1996): *De la pureza a la maternidad: la construcción del género femenino en la postguerra española*, Madrid, Ministerio de Educación y Cultura, Subdirección General de Museos Estatales.

Roca i Girona, Jordi (2003): "Esposa y madre a la vez: construcción y negociación del modelo ideal de mujer bajo el (primer) franquismo" en Nielfa Cristóbal, Gloria, *Mujeres y hombres en la España franquista: sociedad, economía, política, cultura*, Universidad Complutense de Madrid.

Rocha, Víctor (2001): "Las mujeres en la construcción del Estado Benefactor: las visitadoras sociales y los Frentes Populares (1938-1948)", *Cyber Humanitatis*, 19. Disponible en https://cyberhumanitatis.uchile.cl/index.php/RCH/article/view/8895

Roda Alcantud, Cristina (2018): "Las mujeres en la universidad durante el franquismo: el Servicio Social obligatorio como forma de discriminación" en Romano Martín, Yolanda, Velázquez García, Sara y Bianchi, Mattia, *La mujer en la historia de la universidad. Retos, compromisos y logros*, Universidad de Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.

Rodogno, Davide, Struck, Bernhard and Vogel, Jakob (2015): *Shaping the Transnational Sphere. Experts, Networks and Issues from the 1840s to the 1930s*, New York City, Berghahn Books.

Rodríguez López, Sofía (2010): "La Sección Femenina. La imagen del poder y el discurso de la diferencia", *Feminismo/s*, Nº 16, pp. 233-257.

Rodríguez Ocaña, Esteban (1983): Rodríguez Ocaña, Esteban (1983): "La Academia de Higiene Social de Düsseldorf (1920-1933) y el proceso de constitución de la Medicina Social como especialidad en Alemania", *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 3, pp. 231-264.

Rodríguez Ocaña, Esteban (1985): "Aspectos sociales de la pediatría española anteriores a la Guerra Civil (1936-1939)" en Peset Rieg, José Luis, *La ciencia moderna y el conocimiento del Nuevo Mundo: actas de la I Reunión de Historia de la Ciencia y de la Técnica de los Países Ibéricos e Iberoamericanos (Madrid, 25 a 28 de septiembre de 1984)*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Rodríguez Ocaña, Esteban (1987): *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rodríguez Ocaña, Esteban (1990): "La asistencia colectiva en España, hasta 1936", en Álvarez Junco, José (coord.), *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 321-359.

Rodríguez Ocaña, Esteban (1992): *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*, Madrid, Akal.

Rodríguez Ocaña, Esteban (1994): "De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene" en *Historia y medicina en España. Homenaje al Profesor Luis S. Granjel*, Valladolid, Consejería de la Cultura y Turismo de la Junta de Castilla y León, pp. 237-249.

Rodríguez Ocaña, Esteban (1998): "La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España", *Historia Contemporánea*, Nº 18, pp. 19-52.

Rodríguez Ocaña, Esteban (2001): "La salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX" en Atenza Fernández, Juan y Martínez Pérez, José (coord.), *El centro secundario de higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Rodríguez Ocaña, Esteban (2005): *Salud Pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*, Universidad de Granada.

Rodríguez Ocaña, Esteban (2010): "Salud pública y política agraria liberal en España. La Inspección de Sanidad del Campo (1910-1918)", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. LXII, Nº 2, pp. 327-352.

Rodríguez Ocaña, Esteban, Ignaciuk, Agata y Ortiz Gómez, Teresa (2012): "Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre "la píldora" en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979)", *Dynamis: Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, Vol, 32, N° 2, pp. 467-494.

Roig, Neus (2018): *No llores que vas a ser feliz. El tráfico de bebés en España: de la represión al negocio (1938-1996)*, Barcelona, Ático de los libros.

Rojas Mira, Claudia (1994a): "Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático", *Debate feminista*, Año 5, Vol. 10, pp. 185-214.

Rojas Mira, Claudia (1994b): *Poder, mujeres y cambio en Chile (1964-1973). Un capítulo de nuestra historia*, Tesis para optar al grado de Maestría en Historia, México D.F, Universidad Autónoma Metropolitana.

Rojas-Mix, Miguel (1978): "El Hispanismo: Ideología de la dictadura en «Hispanoamérica»", *Araucaria de Chile*, Nº 2, pp. 47-59.

Rojas Novoa, María Soledad (2017): *La protección de la infancia en América: una problematización histórica del presente. El caso del Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes (1916-1989)*, Tesis doctoral inédita, Universidad de Buenos Aires.

Rollet, Catherine (1994): "La mortalité des enfants dans le passé: au-delà des apparences", *Annales de démographie historique*, Nº 1, pp. 7-22.

Rollet, Catherine (2004): "La protection de l'enfance en France: entre traditions et modernité (1874-1945)" en Perdiguero Gil, Enrique (comp.), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.

Romero, María Inés (1985): "Recursos humanos en salud en Chile. Análisis de una década" en Jiménez de la Jara, Jorge (ed.), *Política y sistemas de salud. Análisis preliminar de la década 74-83*, Santiago de Chile, Corporación de Promoción Universitaria.

Rosemblatt, Karin (1996): "Por un hogar bien constituido. El Estado y su política familiar en los Frentes Populares" en Godoy, Lorena, Hutchison, Elizabeth, Rosemblatt, Karin y Zárate, María Soledad, *Disciplina y desacato: construcción de identidad en Chile. Siglos XIX y XX*, Santiago de Chile, SUR, CEDEM.

Rosemblatt, Karin (2000): *Gendered compromisos: political cultures and the state in Chile, 1920-1950*, Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina Press.

Ruiz-Berdún, Dolores y Gomis, Alberto (2014): "La matrona y el Seguro de Maternidad durante la Segunda República (1931-1936)", *Matronas Profesión*, Vol. 15(3), 2014, pp. 76-84.

Ruiz-Berdún, Dolores y Gomis, Alberto (2017): *Compromiso social y género. La historia de las matronas en España en la Segunda República, la Guerra Civil y la Autarquía (1931-1955)*, Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

Ruiz-Berdún, Dolores (2019): "Objetivo: reploblar España: El Plan Nacional Ideal de la Obra Maternal e Infantil" en González Bueno, Antonio y Baratas Díaz, Luis Alfredo (ed. lit.), *Ciencia útil, investigación básica y aplicada en Farmacia y Ciencias de la Vida durante el Franquismo*, Madrid, Ediciones Complutense.

Ruiz-Berdún, Dolores (2020): "Las dificultades de las matronas en la España rural del siglo XX" en Martínez Pérez, José y Perdiguero Gil, Enrique (eds.), *Genealogías de la Reforma Sanitaria en España*, Madrid, Los libros de la Catarata.

Ruiz Franco, Rosario (2007): *¿Eternas menores? Las mujeres en el franquismo*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Ruiz Somavilla, María José y Jiménez Lucena, Isabel (2001): "Un espacio para mujeres. El Servicio de Divulgación y Asistencia Sanitario-Social en el primer franquismo", *Historia Social*, Nº 39, pp. 67-86.

Saavedra, Juan y Farías, Fernando (2014): "Construcción neoliberal de la política social chilena en el discurso de Pinochet", *Revista Katál, Florianópolis*, Vol. 17, Nº 1, pp. 22-30.

Sabio Alcutén, Alberto (2010): "Una política de colonización superada por los colonos: Aragón, 1940-1975" en Sabio Alcutén, Alberto (coord.), *Colonos, territorio y Estado: los pueblos del agua de Bardenas*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.

Salazar, Gabriel (1985): *Labradores, peones y proletarios. Formación y crisis de la sociedad popular chilena del siglo XIX*, Santiago de Chile, Ediciones Sur.

Salazar, Gabriel y Pinto, Jorge (1999a): *Historia contemporánea de Chile, Vol. 2, Actores, identidad y movimiento*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.

Salazar, Gabriel y Pinto, Jorge (1999b): *Historia contemporánea de Chile, Vol. 1, Estado, legitimidad y ciudadanía*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.

Salazar, Gabriel y Pinto, Jorge (2002): *Historia contemporánea de Chile, Vol. 3, La economía: mercados, empresarios y trabajadores*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.

Salazar, Gabriel y Pinto, Jorge (2012): *Historia contemporánea de Chile, Vol. IV, Hombría y feminidad*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.

Salazar-Agulló, Modesta, Bernabeu-Mestre, Josep, Ramos-Salas, Encarnación y Galiana-Sánchez, María Eugenia (2020): "Madres y enfermeras: el modelo de cuidados a la infancia en la colección «Al servicio de España y del niño español» (1938-1964)", *Recién, revista científica de Enfermería*, Nº 1, pp. 1-10.

Salinas, Darío y Tetelboin, Carolina (1984): "Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979", *Estudios sociológicos*, Vol. 2, Nº 5-6, pp. 351-385.

Salinas, Judith (1988): "Protección social de la maternidad y la infancia: recopilación de disposiciones legales vigentes. Chile, 1988", *Cuadernos médico-sociales*, Vol. 29, Nº 2, pp. 62-70.

Salinas, Hugo et. al. (2007): "Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención", *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, Nº 18, pp. 168-178.

Sánchez, Pura (2012): en "Individuas de dudosa moral" en Osborne, Raquel (ed.), *Mujeres bajo sospecha. Memoria y sexualidad 1930-1980*, Madrid, Editorial Fundamentos.

Sánchez Blanco, Laura y Hernández Huerta, José Luis (2009): "La educación política de los Hogares de Auxilio Social en el franquismo" en Berruezo Albéniz, María Reyes y Conejero López, Susana (coord.), *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009*, Vol. 2, Universidad Pública de Navarra.

Sánchez Blanco, Laura (2012): "Las políticas demográficas italiana y española: l'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia y la Obra Nacional-Sindicalista de Protección a la Madre y al Niño" en Botta, Patrizzia, et. al. (coord.), *Rumbos del hispanismo en el umbral del Cincuentenario de la AIH*, Vol. 7 Historia, Roma, Bagatto Libri.

Sánchez Crespo, Ángel (2019): "La semana trágica de Barcelona", *Clío: Revista de historia*, Nº 217, pp. 34-41.

Sánchez López, Rosario (1990): *Mujer española, una sombra de destino en lo universal: trayectoria histórica de Sección Femenina de Falange (1934-1977)*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Santillana, A. (1964): "Criterios de clasificación de la población en rural y urbana", *Revista de economía política*, Nº 36, pp. 71-82.

Sanz Gimeno, Alberto y Ramiro Fariñas, Diego (2002): "Infancia, mortalidad y niveles de vida en la España interior. Siglos XIX y XX" en Martínez Carrión, José Miguel (ed. lit.), *El nivel de vida en la España rural: siglos XVIII-XX*, Universidad de Alicante.

Sanz Gimeno, Alberto y Ramiro Fariñas, Diego (2002b): "La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte", *Cuadernos de Historia Contemporánea*, Vol. 24, pp. 151-188.

Sapag, Pablo (2016): "El Chile de Allende y la España de Franco. Una alianza inesperada favorecida por la tensión entre Washington y Santiago", *Ayer*, 104 (4), pp. 203-228.

Sapriza, Graciela (2006): "La hora de la eugenesia: las feministas en la encrucijada" en Morant, Isabel (dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina, Vol. III, del siglo XIX a los umbrales del XX*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Saraceno, Chiara (1996): "Una redefinición de la maternidad y la paternidad: género, pronatalismo y política social en la Italia fascista" en Bock, Gisella y Thane, Patricia (coord.), *Maternidad y políticas de género: la mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Saz Campos, Ismael (2013): "Fascismo y nación en el régimen de Franco. Peripecias de una cultura política" en Ruiz Carnicer, Miguel Ángel (ed.), *Falange. Las culturas políticas del fascismo en la España de Franco (1936-1975)"*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.

Scarpaci, Joseph (1987): "HMO Promotion and Privatization in Chile", *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, Nº 12, pp. 551-567.

Schwarcz, Lilia Moritz (2017): *El espectáculo de las razas. Científicos, instituciones y cuestión racial en el Brasil, 1870-1930*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Scott, Joan (1996): "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en Lamas, Marta (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG.

Scott, Joan (2011): "Género: ¿todavía una categoría útil para el análisis?", *La manzana de la discordia,* Enero –Junio, Vol. 6, Nº 1.

Sembler, Camilo (2022): "Familia y sociedad en la génesis de la Constitución de 1980", *Revista Temas Sociológicos*, Nº 31, pp. 157-181.

Serrano, Sol (2009): *¿Qué hacer con Dios en la República? Política y secularización en Chile (1845-1885)*, Santiago de Chile, Fondo de Cultura Económica.

Siles González, José (1999): *Historia de la Enfermería*. Alicante, Aguaclara.

Silva, Bárbara y Henríquez, Rodrigo (2017): "El Frente Popular: Representaciones sobre la ciudadanía en Chile, 1930-1950", *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*, Nº 103, pp. 91-108.

Silva Hidalgo, Robinson (2017): "Disputar el territorio popular. Operativos cívico-militares durante el ciclo de protestas en la dictadura chilena (1983-1986)", *Tiempo Histórico*, Nº 15, pp. 89-112.

Simón Lorda, David y Rúa Domínguez, María Luisa (2018): "La Gota de Leche: salud pública, beneficencia e higiene infantil (Ourense-Galicia, 1912-1933)", *Cuadernos de atención primaria*, Vol. 24, Nº 1, pp. 52-56.

Soihet, Rachel y Power, Margaret (2006): "Ciudadanía, derechos políticos y representación política" en Morant, Isabel (dir.), *Historia de las mujeres en España y América Latina, Vol. IV, del siglo XX a los umbrales del XXI*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Spivak, Gayatri Chakravorty (2003): "¿Puede hablar el subalterno?", *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 39, pp. 297-364.

Stehrenberger, Cecile Stephanie (2012): "Los Coros y Danzas de la Sección Femenina en Guínea Ecuatorial. Un caso de estudio del vínculo entre política de género y colonialismo" en Osborne, Raquel (ed.), *Mujeres bajo sospecha. Memoria y sexualidad 1930-1980*, Madrid, Editorial Fundamentos.

Stepan, Nancy (1991): *The hour of eugenics: race, gender and nation in Latin America*, Ithaca, Nueva York, Cornell University Press.

Stevens, Evelyn (1977): "El marianismo" en Pescatello, Ann, *Hembra y macho en Latinoamérica*, México, Editorial Diana.

Stoher, Irene (1996): "Las tareas domésticas y la maternidad: debates y política en el movimiento de mujeres de la Alemania Imperial y la República de Weimar" en Bock, Gisella y Thane, Patricia (coord.), *Maternidad y políticas de género: la mujer en los Estados de bienestar europeos, 1880-1950*, Madrid, Ediciones Cátedra.

Suárez Cortina, Manuel (2007): "Sociedad, cultura y política en la España de entre siglos" en Salavert, Vicente y Suárez Cortina, Manuel (eds.), *El regeneracionismo en España. Política, educación, ciencia y sociedad*, Universitat de Valencia.

Suárez Fernández, Luis (1992): *Crónica de la Sección Femenina y su tiempo*, Madrid, Asociación Nueva Andadura.

Sznajder, Mario (2022): "El fascismo en Chile en el siglo XX" en Lima Grecco, Gabriela de y Pereira Gonçalvez, Leandro (eds.), *Fascismos iberoamericanos*, Madrid, Alianza Editorial.

Szot Meza, Jorge (2002): "Reseña de la salud pública materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000", *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, Vol. 67, Nº 2, pp. 129-135.

Tapia Ladino, Marcela (1999): "La mujer y los Centros de Madres. Estudio de los discursos presidenciales dirigidos a mujeres entre los años 1964-1980". Tesis para optar al grado de Magíster en Historia, Universidad de Concepción.

Taylor Allen, Ann (2012): "Lost in translation? Una perspectiva transnacional y comparativa de la historia de las mujeres" en Cova, Anne, *Historia comparada de las mujeres. Nuevos* enfoques, Oviedo, Editorial Trabe.

Tessada, Vanessa (2010): "La Secretaría Nacional de la Mujer y la Sección Femenina. Ecos hispanistas en la dictadura militar chilena (1973-1990)", *Cuadernos Kóre,* Nº 3, pp. 62-70.

Tessada, Vanessa (2012): "Modelando el bello sexo. El modelo femenino en las dictaduras de Franco y Pinochet a través de las revistas femeninas 'Y, revista para la mujer' y 'Amiga'", *Investigaciones históricas*, Vol. 32, pp. 263-282.

Tessada, Vanessa (2017a): *Las estrategias de proyección internacional de la Sección Femenina española hacia Latinoamérica y su recepción en Chile: 1937-1977*, Tesis doctoral, Universidad de Valladolid.

Tessada, Vanessa (2017b): "La fundación de las Secciones Femeninas Exteriores en América Latina: retaguardia de mujeres durante la Guerra Civil Española" en Carrellán Ruiz, Juan Luis*, La Guerra Civil Española: estudios y reflexiones desde Chile*, Santiago de Chile, Centros de Estudios Bicentenario.

Tessada, Vanessa (2019): "El Servicio Exterior y la Sección Femenina de FET y de las JONS. Intentos de acercamiento con América Latina (1938-1950)", *Historia 396*, Número Especial, pp. 19-40.

Tessada, Vanessa (2021): "Organización y proscripción del falangismo en Chile. La Falange y sus Secciones Femeninas en el exterior (1936-1939)" en Velasco Martínez, Luis (coord.) y Madueño Álvarez, Miguel y Azcona Pastor, José Manuel (ed. lit.), *Camisas azules en Hispanoamérica (1936-1978). Organización política y prosopografía del falangismo en Ultramar*, Madrid, Dykinson: Universidad Rey Juan Carlos.

Tessada, Vanessa (2023): "El influjo del falangismo español en Chile: la Secretaría Nacional de la Mujer y la recepción de los modelos y políticas de la Sección Femenina de FET y de las JONS", *Historia 396*, Vol. 13, Nº 2, pp. 209-238.

Thomàs i Andreu, Joan María (2001): *La Falange de Franco: fascismo y fascistización en el régimen franquista (1937-1945)*, Barcelona, Plaza & Janés Editores.

Tinsman, Heidi (1995): "Los patrones del hogar: esposas golpeadas y control sexual en Chile rural, 1958-1988" en Godoy, Lorena, Hutchison, Elizabeth, Rosemblatt, Karin y Zárate, María Soledad, *Disciplina y desacato: construcción de identidad en Chile, siglos XIX y XX*, Santiago de Chile, SUR, CEDEM.

Tinsman, Heidi (2008): "La tierra para el que la trabaja: política y género en la reforma agraria chilena", *Perspectivas. Revista de Trabajo Social*, Universidad Católica Silva Henríquez, Año XIII, Nº 19, pp. 53-67.

Toboso, Pilar (2007): "El discurso de la Iglesia en la dictadura de Franco: mujeres educadas para la sumisión, *XI Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia*, Departamento de Historia, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Tucumán.

Tordesillas, Antonio Álvaro (2008): "Pueblos de colonización en la cuenca del Duero" en Pérez Escolano, Víctor y Calzada Pérez, Manuel (coord.), *Pueblos de colonización durante el franquismo: la arquitectura en la modernización del territorio rural*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico.

Toro Céspedes, María Stella (2015): "Las mujeres de derecha y las movilizaciones contra los gobiernos de Brasil y Chile (1964-1973)", *Revista Estudos Feministas*, 23(03): 406, pp. 817-837.

Torres, Isabel (1986): "Los conventillos en Santiago (1900-1930)", *Cuadernos de Historia*, 6, pp. 67-85.

Tosh, John (1994): "What Should Historians do with Masculinity? Reflections on Nineteenth-century Britain", *History Workshop Journal*, Vol. 38, Issue 1, pp. 179-202.

Unger, Jean Pierre et. al. (2008): "La reforma neoliberal de la sanidad chilena: una valoración y una crítica", *Panorama social*, Nº 7, pp. 44-53.

Urrutia, Santiago (2020): "'Hacer de Chile una gran Nación". La Carretera Austral y Patagonia Aysén durante la dictadura cívico-militar (1973-1990)", *Revista de Geografía Norte Grande*, Nº 75, pp. 35-60.

Valdés, Teresa (1987): *Las mujeres y la dictadura militar en Chile*, Santiago de Chile, FLACSO.

Valdés, Teresa y Weinstein, Marisa (1993): *Mujeres que sueñan. Las organizaciones de pobladoras en Chile: 1973-1989*, Santiago de Chile, FLACSO.

Valdés, Ximena, et. al. (1983): *Historias testimoniales de mujeres del campo*. Santiago de Chile, PEMCI & Academia de Humanismo Cristiano.

Valdés, Ximena, Caro, Pamela y Peña, Daniela (2001): "Género, familia y matrimonio: la visión de las visitadoras sociales católicas entre 1930 y 1950", *Revista de la Academia*, Nº 6, pp. 177-206.

Valdés, Ximena y Rebolledo Loreto (2015): "Géneros, generaciones y lugares: cambios en el medio rural de Chile Central", *Polis. Revista Latinoamericana*, Vol. 14, Nº 42, pp. 491-513.

Valdivia Ortiz de Zárate, Verónica (2003): *El golpe después del golpe. Leigh contra Pinochet*, Santiago de Chile, Ediciones LOM.

Valdivia Ortiz de Zárate, Verónica (2013): "Were Women and Young People the Heart of the Pinochet Regime? Rise and Decline of the Secretariats", *Hispanic American Historial Review*, 93:4, 547-583.

Valdivia Ortiz de Zárate, Verónica (2014): "¿Las "mamitas de Chile"? Las mujeres y el sexo bajo la dictadura pinochetista" en Pinto, Julio (ed.), *Mujeres. Historias chilenas del siglo XX*, Santiago de Chile, LOM Ediciones.

Valdivia Ortiz de Zárate, Verónica (2015): "La democracia dictatorial pinochetista: regionalización y municipios", *Avances del Cesor*, Vol. 12, Nº 12, pp. 171-187.

Valenzuela, María Elena (1987): *Todas íbamos a ser reinas. La mujer en el Chile militar*, Santiago de Chile, Centro de Estudios Sociales (CESOC).

Valiente Fernández, Celia (1998): "La liberalización del régimen franquista. La ley de 22 de julio de 1961 sobre derechos políticos, profesionales y de trabajo de la mujer", *Historia Social*, Nº 31, pp. 45-65.

Valiente Fernández, Celia (2003): "Las políticas para las mujeres trabajadoras durante el franquismo" en Nielfa Cristóbal, Gloria (Ed.), *Mujeres y hombres en la España franquista: Sociedad, economía, política y cultura*, Madrid, Editorial Complutense.

Vanegas López, Jairo et. al. (2021): "Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética", *Acta Bioethica*, Vol. 27, Nº1, pp. 119-126.

Vargas-Cárdenas, Marcela (2019): "*Ser madre rural en el sur de Chile". Mandatos familiares y estrategia geopolítica durante la dictadura cívico-militar, 1973-1989.* Tesis para optar al grado de Magíster, Universidad Austral de Chile.

Vargas-Cárdenas, Marcela (2020): "No queremos ser servidas. Queremos servir a Chile". Rol de los Centros de Madres (CEMA) en el sur rural de Chile, 1973-1983", *Revista Austral de Ciencias Sociales*, Nº 39, pp. 75-94.

Vargas-Cárdenas, Marcela y Leiva-Vargas, María José (2021): La salud materno-infantil en los Cuadernos médico-sociales: análisis histórico de los mandatos familiares durante la dictadura cívico-militar en el sur de Chile, 1973-1990", *Revista de Historia*, Vol. 28, Nº1, pp. 514-540.

Vázquez García, Francisco (2009): *La invención del racismo. Nacimiento de la biopolítica en España 1600-1940*, Madrid, Akal.

Vázquez García, Francisco y Cleminson, Richard (2011): *Los Invisibles. Una historia de la homosexualidad masculina en España, 1850-1939*, Granada, Editorial Comares.

Vega, Eulalia (2007): "Mujeres y asociaciones obreras frente al Seguro Obligatorio de Maternidad durante la Segunda República" en Borderías, Cristina (ed.), *Género y políticas del trabajo en la España Contemporánea*, Barcelona, Icaria Editorial.

Velásquez Rivera, Edgar (2002): "Historia de la Doctrina de Seguridad Nacional", *Convergencia, Revista de Ciencias Sociales*, Año 9, Nº 27, pp. 11-39.

Venegas Espinoza, Fernando (2021): "Mutualismo en Chile Central: la clase trabajadora y la seguridad social (1848-1922)", *Revista de Historia (Concepción, Chile)*, Vol. 28, Nº 2, pp. 334-391.

Verdugo Aguirre, Patricia (1989): *Los zarpazos del Puma. La Caravana de la Muerte*, Santiago de Chile, Ediciones Chile-América CESOC.

Vergara, Pilar (1990): "La política social y los programas hacia la extrema pobreza del gobierno militar chileno", *Papers, Revista de Sociología*, Nº 35, pp. 27-60.

Vilar-Rodríguez Margarita y Pons-Pons, Margarita (2018): "El sistema hospitalario público y privado en España en las primeras décadas del franquismo (1942-1963)" en Vilar-Rodríguez Margarita y Pons-Pons, Margarita (ed. lit.), *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986)*, Madrid, Marcial Pons.

Villanueva Paredes, Alfredo y Leal Maldonado, Jesús (1991): *Historia y evolución de la colonización agraria en España, Vol. III*: La planificación del regadío y los pueblos de colonización, Madrid, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

Vinyes, Ricard, Belis, Ricard y Armengou, Montse (2002): *Los niños perdidos del franquismo*, Barcelona, Editorial Plaza & Janés.

Walsh, Sarah (2019): "Restoring the Chilean race: Catholicism and Latin eugenics in Chile", *The Catholic Historical Review*, 105(1), pp. 116-138.

Weld, Kirsten (2018): "The Spanish Civil War and the Construction of a Reactionary Historical Consciousness in Augusto Pinochet's Chile", *Hispanic American Historical Review*, 98:1, pp. 77-115.

Westad, Odd Arne (2007): *The Global Cold War: third world interventions and the making of our times*, Cambridge, New York, Cambridge University Press.

Wilson, Kathleen (2003): *The Island Race. Englishness, Empire and Gender in the Eighteenth Century*, London and New York, Routledge.

Yuval-Davis, Nira (1996): "Género y nación: articulaciones del origen, la cultura y la ciudadaní", *Arenal: Revista de historia de mujeres*, Vol. 3, Nº 2, pp. 163-175.

Zárate Campos, María Soledad (1999): "Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920", *Revista Nomadías*, Nº1, pp. 163-182.

Zárate Campos, María Soledad (2008a): *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Zárate Campos, María Soledad (2008b): "Las madres obreras y el Estado chileno. La Caja del Seguro Obligatorio, 1900-1950" en Montecino, Sonia (Comp.), *Mujeres chilenas: Fragmentos de una historia*, Santiago de Chile, Ediciones Catalonia.

Zárate Campos, María Soledad (2009): "Embarazo y amamantamiento: cuerpo y reproducción en Chile" en Góngora, Álvaro y Sagredo, Rafael, *Fragmentos para una historia del cuerpo en Chile*, Santiago de Chile, Taurus.

Zárate Campos, María Soledad (2010): "El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil en Chile, 1900-1950" en Sciolla, Carolina (comp.), *Historia y Cultura de la alimentación en Chile. Miradas y saberes sobre nuestra culinaria*, Santiago de Chile, Editorial Catalonia.

Zárate Campos, María Soledad y Godoy Catalán, Lorena (2011): "Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, Vol. 18, pp. 131-151.

Zárate Campos, María Soledad y González Moya, Maricela (2015): "Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973", *Historia Crítica*, Nº 55, Bogotá, pp. 207-230.

Zárate Campos, María Soledad (2016): "Parto, crianza y pobreza en Chile" en Sagredo, Rafael y Gazmuri, Cristián (dir.), *Historia de la vida privada en Chile*, Santiago de Chile: Aguilar Chilena Eds.

Zárate Campos, María Soledad (2018): "Señora, su hijo no va a morir: enfermeras y madres contra la mortalidad infantil, Chile, 1950-1980" en Cordero, Macarena, *Rastros y gestos de las emociones*, Santiago de Chile, Editorial Universidad Adolfo Ibáñez.

Zas Gómez, Evaristo (2008): "Los pueblos de colonización en Galicia durante el franquismo: una propuesta de ordenación del disperso" en Pérez Escolano, Víctor y Calzada Pérez, Manuel (coord.), *Pueblos de colonización durante el franquismo: la arquitectura en la modernización del territorio rural*, Junta de Andalucía, Instituto Andaluz del Patrimonio Histórico.