

**LA ACCIÓN SILENCIOSA DE LAS MUJERES ENTRE LAS VOCES DE LOS  
DEMÁS: LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN COLOMBIA ENTRE 1960 Y 1980**

**MARÍA CAMILA MARTÍNEZ VELASCO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE HISTORIA  
BOGOTÁ, D.C. 2013**

**LA ACCIÓN SILENCIOSA DE LAS MUJERES ENTRE LAS VOCES DE LOS  
DEMÁS: LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN COLOMBIA ENTRE 1860 Y 1980**

**Trabajo de grado para optar por el título de Historiadora**

**Presentado por:  
MARÍA CAMILA MARTÍNEZ VELASCO**

**Directora  
ANGELA MARÍA JARAMILLO DE MENDOZA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE HISTORIA  
BOGOTÁ, D.C. 2013  
4 de febrero de 2013**

**RECTOR DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
JOAQUÍN EMILIO SÁNCHEZ GARCÍA S.J.

**DECANO ACADÉMICO**  
GERMÁN MEJÍA PAVONY

**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE HISTORIA**  
RAFAEL DÍAZ DIAZ

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE HISTORIA**  
SILVIA COGOLLOS AMAYA

A:

*Mi mamá, mi papá y mi hermana,  
por su apoyo incondicional.*

*A mi abuela,  
presente en cada una de estas páginas.*

*A Sebastián,  
por caminar siempre mi lado.*

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	6
1 CONTEXTO GENERAL.....	10
1.1 De la asistencia religiosa a la legitimación de la medicina. El papel de los médicos en el crecimiento poblacional .....	11
1.2 Superpoblación y Desarrollo.....	19
1.3 Las mujeres y la familia durante la explosión demográfica .....	23
2 LA ACCIÓN SILENCIOSA DE LAS MUJERES ENTRE LAS VOCES DE LOS DEMÁS .	29
2.1 Los médicos y la anticoncepción: Ciencia, creencias religiosas, posiciones políticas ¿a qué obedecer?.....	30
2.2 La posición de la Iglesia Católica ¿Dónde están las mujeres?.....	43
2.3 Los incompatibles: Iglesia Católica y pensamiento socialista .....	57
3 ESTADO, LEY Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	67
3.1 Planificación familiar. La difusión entre el vacío legal.....	67
3.2 Nuevas realidades, normas anteriores. ....	79
4 CONCLUSIONES .....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	89

## INTRODUCCIÓN

Durante la segunda mitad del siglo XX se vivieron en Colombia, con mucha más fuerza que antes, importantes procesos que permitieron un paulatino mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres, procesos que aún recorren el largo camino hacia la igualdad de género. Estos están relacionados con el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos, así como una transformación en la forma de pensar el papel de las mujeres en la sociedad, cada vez más lejano de aquel rol único de esposa y madre para abrirse a las posibilidades antes destinadas solamente al género masculino.

La posibilidad de controlar el número y espaciamiento de los hijos es inseparable del ejercicio de la libertad sobre el propio cuerpo y sobre el propio destino. La anticoncepción permitió que esta posibilidad pudiera materializarse, sin embargo, la anticoncepción no fue vista desde sus primeros años de uso, por lo menos en nuestro país, como una herramienta para la práctica de la libertad como hoy podemos entenderla, es decir que durante las décadas de los sesenta y setenta, a diferencia de lo que se puede pensar, el uso de métodos anticonceptivos pocas veces estaba relacionado con un deseo de romper con los roles establecidos en una sociedad patriarcal, esa mirada sobre los métodos se fue configurando con el tiempo, mientras las mujeres se apropiaban de los cambios, mientras construían para ellas nuevos horizontes. Si no se puede hablar para este periodo de una ruptura radical ¿Qué fue lo que sucedió en estos años? Adentrarme en esa pregunta es lo que pretendo en este trabajo de investigación.

La importancia de estudiar las décadas de los sesenta y los setenta se justifica porque durante esos años tuvo lugar la fuerte discusión sobre la necesidad, la pertinencia y la moralidad del uso de anticonceptivos. La planificación familiar no fue una problemática que afectó solamente a las mujeres o que fue tenida en cuenta únicamente por ellas, de hecho fue uno de los temas más polémicos de la época y muchos actores sociales se pronunciaron fuertemente apoyando o rechazando esta práctica. La superpoblación durante estas dos décadas, además, fue interpretada por el Estado colombiano como un elemento

que entorpecía el camino hacia el desarrollo, de tal manera que las discusiones alrededor de la planificación familiar no se limitaban, de ninguna manera, a sus consecuencias para la familia y la vida privada. Por esta razón analizaré la posición de los diferentes actores sociales que más se pronunciaron sobre la problemática: Iglesia católica (principal opositor) la comunidad médica (Profamilia, Ascofame y los médicos particulares), algunos seguidores del pensamiento socialista, el Estado colombiano y, por supuesto, las mujeres.

A partir de la década de los ochenta, la anticoncepción no solo había logrado una gran difusión y aceptación, sino que, desde el ámbito nacional e internacional, ya no era concebida como un modo de lograr el desarrollo de los países, sino como un derecho humano básico, la anticoncepción entró en una nueva etapa, con retos y objetivos totalmente diferentes a los de las décadas anteriores. Es claro que los grandes cambios en la mentalidad de una sociedad determinada (en este caso en cuanto a la conformación de la familia, la sexualidad como parte integrante de los derechos de las personas y las mujeres como individuos dueños de su cuerpo) son procesos que implicaron polémicas, discusiones, tiempos de incertidumbres y luchas. Este tipo de cambios no pueden darse rápidamente, no hubiera sido posible el paso de un total desconocimiento de métodos anticonceptivos modernos a la proclamación y práctica de los Derechos sexuales y Reproductivos. En las décadas de las que me ocupó tuvieron lugar las discusiones y se entretajeron las condiciones que permitieron la transición.

Tanto los defensores de la anticoncepción como los más fuertes opositores buscaron la manera de manifestar su posición y llamar la atención de la ciudadanía, dejando a los historiadores las huellas para reconstruir por lo menos parte de sus enfrentamientos. Para esta reconstrucción fueron importantes las publicaciones realizadas por Profamilia, que incluyen una amplia descripción de los programas y el crecimiento de la entidad, sus respuestas a los principales opositores y las voces de sus primeros líderes, así como testimonios de algunas de sus primeras usuarias y funcionarias. La Iglesia Católica aclaró su posición oficial por medio de las Encíclicas y los representantes de la Iglesia en Colombia transmitieron su interpretación de esta nueva realidad en publicaciones periódicas, de ellas tomé la *Revista Javeriana*, que durante estas décadas publicó una gran

cantidad de artículos sobre la anticoncepción, no solamente de autores jesuitas, sino representantes de distintas comunidades religiosas. El Estado nos muestra su posición por medio de la agenda de gobierno y el marco normativo. Ascofame, por su lado, llevó a cabo diferentes estudios desde una perspectiva de investigación en demografía, desarrollada en un departamento creado específicamente para eso: El departamento de Estudios de Población (DEP). Las mujeres, en cambio, utilizaron el silencio como estrategia para actuar en medio de una sociedad resistente a sus libertades sexuales. Aunque las mujeres no publicaron, como los demás, libros y artículos sobre su forma de pensar la planificación familiar, nos dejaron familias mucho más pequeñas y una de las transiciones demográficas más impresionantes del continente.

Antes de describir y analizar las discusiones que tuvieron lugar en estas décadas es necesario aclarar el contexto en que se dieron, por lo tanto ese será el propósito del primer capítulo. Como parte importante del primer capítulo incluyo el papel de la medicina desde comienzos del siglo XX, no solo en su proceso de legitimación como agente asesor del gobierno en cuanto a la creación de políticas públicas, sino como elemento fundamental en el fenómeno del crecimiento poblacional. Aclararé también el marco económico dentro del que era pensada la anticoncepción y la posición de las mujeres en este momento histórico.

En el segundo capítulo analizaré las diferentes posiciones de los actores ya mencionados y la forma como se manifestaron. Es importante en este capítulo evidenciar que en todos los discursos, tanto de los opositores como de los defensores de la anticoncepción, hay una clara ausencia de las mujeres y de lo que para ellas podría significar la planificación. Los puntos importantes de las discusiones eran el desarrollo económico, la moralidad o inmoralidad de los métodos y la participación internacional en la financiación de las campañas de Profamilia.

El papel estatal será analizado en el tercer capítulo, en el que busco explicar las contradicciones en el accionar del Estado colombiano, pues a pesar de que afirmaba que la planificación familiar era una gran necesidad para lograr el desarrollo económico, no se



involucró en la prestación de estos servicios ni en la difusión de información, tampoco mostró interés en la creación de un marco normativo al respecto.

### *Algunas consideraciones conceptuales*

Por último, encuentro importante realizar una aclaración sobre los conceptos que serán utilizados. Aunque el término *control natal* y *planificación familiar* suelen ser utilizados como sinónimos de anticoncepción, existen diferencias importantes entre ellos.

*La anticoncepción* se refiere a todo acto, elemento o sustancia que impida la unión del óvulo con el espermatozoide o que contribuya a que alguna de estas células germinales, masculina o femenina no se formen suficientemente. El concepto anticoncepción no tiene una connotación diferente de esa.

*El control natal*, en cambio, se refiere a una “coerción masiva, estatal o privada para controlar el número de nacimientos de un país, grupo o raza”. Una campaña de este tipo es igualmente violenta que una imposición pro natalista en cuanto no cuenta con la decisión libre de los individuos y el cuerpo de las personas solo es visto como un instrumento para lograr una u otra meta política, económica, militar, etc. Este tipo de estrategia no fue llevada a cabo en nuestro país. (Arias Londoño, 1988, pág. 129)

*La planificación familiar*, aunque incluye necesariamente la anticoncepción, no lo hace de la misma manera que el control natal. La planificación familiar se refiere a la decisión, tomada libremente por los individuos o las parejas, de planear el número y espaciamiento de sus hijos. Es, claramente, más humana que el control natal y está ligada de forma definitiva con la libertad de las personas. La distribución de anticonceptivos en Colombia fue llevada a cabo por Profamilia bajo la perspectiva de Planificación familiar. (Arias Londoño, 1988, pág. 129)

## 1 CONTEXTO GENERAL

Durante los años sesenta del siglo XX comenzaron a utilizarse en Colombia los métodos anticonceptivos modernos dentro de los cuales se encuentran la píldora anticonceptiva y el dispositivo intrauterino, los más utilizados durante las primeras décadas. La planificación familiar fue introducida al país por la asociación privada Profamilia en 1965 y tuvo tanto éxito que la reducción de nacimientos entre 1960 y 1990 ha sido interpretada como una transición demográfica sin precedentes en América Latina. Aunque el éxito de las campañas de Profamilia es indiscutible, es casi inevitable preguntarse cómo pudo entrar y propagarse tan rápidamente esta práctica en un país tan religioso como el nuestro. Es tentador responder a esta pregunta recurriendo a argumentos como la revolución femenina, el cambio en la mentalidad de los colombianos en cuanto a la maternidad y el rol de la mujeres en la sociedad, o las nuevas ideologías de libertad y rebeldía que vienen a la mente al pensar los años sesenta, pero no encontraremos la respuesta en ninguno de estos caminos. Durante la década de los sesenta y setenta no existía una sola forma de interpretar la planificación familiar, las reacciones que desató en diferentes sectores sociales muestra que no es posible dar una sola explicación para su difusión, este será tema del capítulo siguiente, en el presente me propongo plantear el contexto que hizo posible la llegada de los métodos anticonceptivos. Dentro de este contexto incluyo: el papel de la medicina durante la primera mitad de siglo y cómo su accionar fue uno de los factores importantes en el fenómeno del crecimiento poblacional; la interpretación de la explosión demográfica en el ámbito nacional e internacional y la posición social de las mujeres durante las décadas de los sesenta y setenta. Aunque la anticoncepción artificial comenzó a mediados de los sesenta, considero importante aclarar las condiciones que se fueron creando durante la primera mitad del siglo XX y configuraron un clima propicio para las transformaciones de los años sesenta.

## **1.1 De la asistencia religiosa a la legitimación de la medicina. El papel de los médicos en el crecimiento poblacional**

Durante las primeras décadas del siglo XX la salud en Colombia seguía manejándose de la misma manera que en el siglo XIX: la atención a los enfermos de clases altas la realizaba un médico dentro de las viviendas, mientras que los hospitales estaban destinados a la población pobre. No solo existía una gran diferencia entre las personas que prestaban el servicio (médicos en el caso de las personas adineradas y monjas o hermanos en el caso de los pobres), sino que mientras la atención médica era un servicio particular, los hospitales hacían parte de una unidad mayor y muy diferente: la beneficencia o caridad. Era dentro de este marco donde se encontraba la asistencia pública que incluía, aparte de los hospitales, asilos para indigentes, ancianatos, orfanatos, comedores comunales, entre otros, todos a cargo de comunidades religiosas, cuyos miembros eran responsables no solo del cuidado de las personas, sino también de la administración de las instituciones. Esto no quiere decir que la Iglesia católica se haya encargado de la asistencia de forma autónoma y sin la participación estatal, sino que la relación entre las comunidades religiosas y el Estado era más que cercana, era contractual. El Estado contrataba a las comunidades religiosas para encargarse de las instituciones tanto en la parte administrativa como en la prestación de los servicios.

En el caso de Cundinamarca, por ejemplo, la entidad estatal encargada de llevar a cabo la contratación fue la Junta General de Beneficencia. Esta fue creada por la Gobernación de Cundinamarca en 1869 para manejar todo lo concerniente a la asistencia pública. Esta institución estatal decidió contratar a una comunidad religiosa, la Congregación de las Hermanas de la caridad Domínicas de la Presentación, principalmente por dos razones: la primera, su larga experiencia en el cuidado de los enfermos y los pobres; la segunda, porque el voto de pobreza permitió que la remuneración económica que debía asumir el Estado fuera poco exigente:

Esta forma de contratación por parte del Estado implicaba sin duda un modelo de asistencia social. Modelo que viene de Europa, principalmente de Francia que se adaptó al

caso colombiano, en donde se pretendía que las instituciones fueran administradas de la forma más transparente y organizada posible, pero también de la manera más económica y sin lugar a dudas las congregaciones cumplieran con estos requisitos a cabalidad. (Carvajal, 2011, pág. 77)

El caso de la congregación de las Hermanas de la caridad Dominicas de la Presentación es una muestra interesante del funcionamiento de la asistencia pública entre 1870 y 1960 porque el modelo implementado para la contratación de esta comunidad fue utilizado con otras órdenes religiosas en casi todas las ciudades del país. Las hermanas llegaron de Francia a Bogotá en 1873 por solicitud de la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca para hacerse cargo del Hospital San Juan de Dios y, posteriormente, de otros hospitales, asilos y orfanatos en otras ciudades de Colombia. La Junta General de beneficencia contactó a la comunidad través del consulado colombiano en Francia y redactó un contrato que comprendía detallada información sobre las obligaciones y responsabilidades que correspondían a las dos partes (el Estado colombiano y la comunidad de religiosas).

Las Hermanas estaban a cargo de la inspección y dirección interior del Hospital, particularmente en lo relativo al buen orden y moralidad. Tuvieron la vigilancia sobre los enfermos y demás sirvientes, y la Hermana Superiora contratada, recibía y despedía a los sirvientes cuando fuera necesario [...] Las Hermanas tenían la responsabilidad de hacer las compras diarias del mercado recibiendo fondos por parte del inspector de los artículos, pero no se podían comprar los víveres al por mayor.

El Estado se comprometió con las Hermanas a suministrar un alojamiento independiente, a darles los muebles y alimentos convenientes, el lavado y el alumbrado, a proveerles sábanas, fundas de almohadas, manteles, servilletas, toallas, limpiónes, mangas y delantales de trabajo. (Carvajal, 2011, pág. 54)

La participación de las comunidades que llegaron de otros países (principalmente europeos) fue de vital importancia, como nos dice Marco Palacios, “sin los contingentes aportados por las 86 comunidades femeninas y 28 masculinas que llegaron al país entre 1887 y 1960, no podría explicarse la influencia de la Iglesia en la educación y los hospitales, en obras sociales.” (Palacios, 2002, pág. 530)

Este sistema se mantuvo sin muchas transformaciones hasta la década de los treinta, cuando empezó a haber cambios en la forma de concebir la asistencia social. En 1938 se creó el Ministerio de Trabajo, higiene y prevención social luego de que la Academia Nacional de Medicina aconsejó que la asistencia pública debía concentrarse en la atención médica domiciliaria, la consulta externa y la protección infantil. (Carvajal, 2011, pág. 34). En 1946 el Ministerio se dividió en Ministerio de Trabajo y Ministerio de Higiene y dos años después se creó la Escuela de auxiliares de enfermería general y obstetricia en el Instituto materno infantil del Hospital San Juan de Dios. Esto último significó que muchas mujeres que no pertenecían a las comunidades religiosas podían obtener formación académica y práctica en atención de los enfermos y podían ejercer acorde a las normas de la medicina. Estos cambios hacen parte de la entrada en escena de un actor social fundamental: la comunidad médica.

Los médicos entraron gradualmente en la asistencia social, sin que esto signifique que las comunidades dejaran de hacer parte de ella, pues lo fueron hasta los años sesenta. Lo que sucedió fue que las hermanas y hermanos en las diferentes instituciones comenzaron a tener funciones mucho más limitadas y específicas que antes (administración y alimentación de los enfermos) y se creó dentro de los hospitales una dirección a cargo de un médico, una nueva autoridad que, por su carácter científico, debía obedecerse.

¿Por qué aclarar el funcionamiento del sector de la salud y el papel de la comunidad médica desde una fecha tan temprana, cuando la anticoncepción moderna tuvo lugar en la década de los sesenta? La respuesta a esta pregunta que puede estar haciéndose el lector es que los médicos comenzaron a tener una participación importante en las políticas de población llevadas a cabo por el Estado a partir de esta época. La opinión de los médicos en cuanto a problemáticas de salud pública, desarrollo y progreso se convirtió en un factor importante para el gobierno a la hora de crear políticas y, de esta manera, los médicos se fueron convirtiendo en un grupo asesor de los gobernantes por su autoridad fundamentada en su formación científica. Esta posición fue un logro para los médicos que desde principios de siglo buscaban que se reconociera su importancia y criticaban cualquier otra práctica que no estuviera fundamentada en la ciencia sino en la “ignorancia” y la

“superstición” del pueblo atrasado. Con esto me refiero, por supuesto, a la medicina popular y —en el caso particular de la atención médica a las mujeres— a las comadronas o parteras que llevaban siglos atendiendo los partos y que fueron remplazadas por la práctica ginecológica y obstétrica. (Restrepo, 2006) A partir de los años treinta los médicos fueron afianzando su autoridad y tuvieron un papel trascendental en el crecimiento poblacional que experimentó el país, como veremos más adelante.

La atención médica y sus grandes avances tecnológicos fueron vitales en la primera mitad del siglo XX pues permitieron un mayor control de las epidemias que cobraban la vida de miles de personas. Este control de enfermedades contagiosas era interpretada por los médicos como una acción importante en la lucha por el progreso y se encontraba dentro de una unidad mayor, en la cual los médicos encontraron el vehículo infalible para su legitimación: la higiene (Gutiérrez, 2010, pág. 84).

La higiene era presentada por los médicos e ingenieros sanitarios como un instrumento de modernización y de progreso y tenía dos vertientes, la privada y la pública. La primera se enfocaba en la educación personal en relación con las normas de urbanidad, aseo y civismo (Hernández, 2002, pág. 39). La higiene pública tenía que ver con la sanidad de los puertos, el control de los alimentos, atención y conminación de leprosos y el control de epidemias. La relación de la higiene con el progreso tenía que ver con la entrada de Colombia a la economía mundial por medio de la exportación de productos agrícolas, principalmente el café, por lo que la atención a la sanidad de los puertos y la salud de los trabajadores (que permitía un mayor rendimiento) eran de vital importancia para el Estado.

La limpieza de la ciudad, los puertos, las aguas, el mejoramiento de las obras públicas como el acueducto y el alcantarillado, fueron una preocupación constante durante la primera mitad de siglo, no solo por la nueva economía cafetera, sino por un creciente “temor al pueblo” que estaba naciendo entre las familias de las clases más altas (de donde procedían los políticos y los médicos) que argumentaban que las costumbres, formas de vida y condiciones higiénicas en las que vivían los sectores populares eran un peligro para la sociedad y una muestra inequívoca de su atraso. (Noguera, 2003, pág. 208) Aunque estas

razones —que podrían considerarse peyorativas— hayan tenido un fuerte peso para que la comunidad médica actuara en el mejoramiento de la higiene pública y privada, es importante aclarar las ganancias que la población encontró en esta intervención. Por ejemplo, es un hecho que durante la primera mitad del siglo XX hubo un aumento de la esperanza de vida de la población, un descenso de la mortalidad y un mejoramiento de la calidad de vida. Durante los primeros años del siglo XX, el número de hijos por mujer oscilaba entre ocho y dieciséis aunque podían alcanzar los veinte, sin embargo, muchos morían debido a las precarias condiciones sanitarias de las viviendas y al tratamiento de las aguas de consumo, de tal manera que el tamaño de las familias no era en realidad tan extenso, debido a que la mortalidad infantil era muy común. (Jaramillo, pág. 1) A partir de los años 20 la población comenzó a aumentar por el recurso médico contra la viruela, el tifo y la malaria. (Jiménez, 2004, p. 275)

El temor al pueblo, al que hice referencia anteriormente, se hizo más visible a partir de la epidemia de gripa que tuvo lugar en Bogotá en 1918 y que amenazó con diseminarse por otras partes del país de forma muy rápida. Aunque no fue la única causa para que se llevaran a cabo las políticas de higiene, sacó a la luz las condiciones de vida de la mayoría de la población pobre. (Gutiérrez, 2010, pág. 83) Generalmente una familia entera vivía en una sola habitación —muchas veces sin ventanas— que cumplía casi todas las funciones, servía de dormitorio, concina, comedor, etc., lo que evidencia el estado de hacinamiento que no permitía mantener mejores condiciones higiénicas. (López, 2011, pág. 43) Este bajo nivel de calidad de vida no fue interpretado como un problema de la distribución de la riqueza y el olvido del Estado, sino como muestra de que estos grupos no eran civilizados y que sus costumbres debían ser modificadas con urgencia, como evidencia el trabajo de Mario Hernández:

El discurso higienista era a la vez modernizante y moralista. Lo primero porque suponía que sus bases científicas llenas de verdades incontrovertibles, permitirían acceder al mundo moderno del progreso y al desarrollo económico. Lo segundo, porque se instalaba en el comportamiento de las personas bajo la forma de un código moral sin lo cual lo único posible era vivir en la barbarie, la ignorancia y el vicio. La higiene se instaló para reforzar el código moral que venía de la urbanidad. (2002, pág. 55)

De esta idea de progreso, incluso surgieron iniciativas para la construcción de barrios obreros en Bogotá que lograran que las familias pobres cambiaran sus hábitos por medio de una vivienda digna. Esta vivienda, sin embargo, debía estar lejos del centro de la ciudad y de los barrios o zonas donde habitaban las clases más altas. Este proceso de urbanización estaba fundamentado en la segregación espacial por estar ligado directamente con la aparición y fortalecimiento de la burguesía capitalista que no solo habitaba en la ciudad sino que buscaba hacer de ella la metrópoli de sus sueños. (Mejía Pavony) Para lograr esto, la transformación del paisaje urbano era fundamental, pero no solamente era importante la transformación de las ciudades en cuanto a su diseño y aseo, sino que también las costumbres tradicionales del pueblo debían transformarse para ir de la mano con la modernización y el progreso.

Aunque la construcción de muchos proyectos de viviendas obreras por parte del Estado no se llevó a cabo, el argumento de su necesidad era que el espacio y la forma de habitarlo determinaban el comportamiento y las prácticas de las personas, por lo tanto, modificar el espacio encauzaría a la población y se lograría “civilizar, educar y sacar de los vicios a los pobres aglomerados de las ciudades y, de paso, transformar el paisaje y la estructura urbana” (Hernández, 2002, pág. 49).

Es importante resaltar que las leyes que existieron con relación a la construcción de barrios obreros fueron resultado de trabajos publicados por médicos. Es decir que sí se estaba legitimando en el país esta comunidad científica como un grupo que podía acompañar las políticas de población. Por ejemplo, la ley 32 de 1918 sobre las especificaciones de construcción y habitabilidad de las viviendas obreras estaba basada en el trabajo del médico Alfredo Ortega, (Rueda, 2000, pág. 9) más adelante, el doctor Camilo Tavera Zamora describió cómo debía ser la agrupación de estos barrios y la distribución de los espacios en las viviendas:

Se deban levantar 5 barrios obreros separados con una capacidad de 280 casas para albergar 1400 familias repartidas en 12 manzanas [...] Cada casa deberá componerse de



tres piezas habitables, cocina, WC y deberá tener entrada particular independiente. Una de las habitaciones puede destinarse en el día para comedor y por la noche para dormitorio de los niños. Las habitaciones deben ser claras, ventiladas, suficientemente amplias y las ventanas que den directamente a la calle o a un patio. (Rueda, 2000, pág. 11)

Entonces, las casas de los barrios obreros que se buscaba construir debían contar con diferenciación de los espacios (cocina, sala, dos dormitorios, baño) y mecanismos de ventilación. La división de los espacios era característica de las casas de las elites, a quienes los pobres debían tratar de imitar en cuanto fuera posible, esto incluía sus hábitos de alimentación y de vestido. (López, 2011, pág. 17) La ruana y las alpargatas (prohibidas para los choferes de transporte público por el decreto 425 de 1936) por ejemplo, fueron combatidas como símbolo del atraso, muchos trabajadores, de hecho, ni siquiera usaban alpargatas, sino que solían caminar descalzos, costumbre muy difícil de erradicar. Estas costumbres tradicionales fueron foco de lucha para las élites, así como la chicha, por ser una bebida artesanal de origen indígena, que los obreros consumían como bebida principal.

Como afirmé anteriormente, independientemente de la carga peyorativa de algunas de las medidas tomadas en estas décadas, es un hecho que las acciones de la medicina tanto en su práctica directa con los pacientes como en su participación como asesor del Estado tuvieron consecuencias positivas en la salud de la población. La atención a los partos y el avance de la tecnología médica en este y otros campos permitió una reducción en la mortalidad infantil. El control de las epidemias, de las aguas, etc., también logró una reducción en la mortalidad general y el aumento de la expectativa de vida. Obviamente no se puede otorgar toda la responsabilidad de estos cambios solamente a los médicos, sino que sus acciones estuvieron articuladas a la búsqueda de modernización y urbanización como puntos importantes en el gobierno durante la hegemonía liberal, así como también lo fueron las reformas a la educación, el aumento de la exportación, entre otros.

De todas las transformaciones que se dieron durante este período me interesa particularmente una: el crecimiento poblacional. Lo interesante de éste fenómeno es la contradicción que comprende, pues el aumento de la población es un indicador del funcionamiento de algunas políticas de desarrollo y progreso, pero fue visto por muchos

como un obstáculo para lograr esas mismas metas. Fue dentro de este marco donde se abrió las puertas a la anticoncepción como una herramienta para controlar una nueva amenaza poblacional. Esta nueva amenaza ya no estaba relacionada con las enfermedades, la mortalidad, las condiciones higiénicas, la falta de urbanidad y civismo de los pobres. No, el problema comenzó a ser el incremento de los índices de supervivencia de la población en general y de la población pobre en particular. La población pobre estaba creciendo de forma alarmante y, aunque las familias de elite también crecían, estas no eran vistas como un peligro para el orden establecido ni sufrirían dificultades para brindar a sus integrantes una buena calidad de vida.

El aumento de la población fue, entonces, una de las consecuencias tanto de la transformación en la forma de habitar la ciudad, el mejoramiento de las obras públicas, (alcantarillado y acueducto), las políticas de higiene y la intervención médica en sus diferentes formas. Este crecimiento poblacional se intensificó de forma extraordinaria en la década de los cincuenta y la primera mitad de los sesenta, siendo éste el periodo en el cual la tasa de crecimiento tuvo los niveles más altos del siglo, fenómeno conocido como “explosión demográfica” (Medina, 2005, pág. 79). La población se duplicó y la esperanza de vida aumentó de forma significativa, subió de 44 años en 1938 a 61 años en 1978 (Flórez, 1990, pág. 23).

El acelerado crecimiento poblacional comenzó a disminuir a partir de la segunda mitad de la década de los sesenta. La natalidad comenzó a descender de forma acelerada principalmente como consecuencia de las campañas de planificación familiar. Esta ruptura que comenzó durante los años sesenta fue tal que algunos autores han llegado a caracterizar la experiencia de Colombia como una transición demográfica sin precedentes. (Flórez, 1990, pág. 24) Las primeras dos décadas de esta transición (años sesenta y setenta) son el escenario del problema histórico que busco analizar en este trabajo.

## 1.2 Superpoblación y Desarrollo

A partir los años cincuenta coincidieron dos procesos que empezaron a relacionarse fuertemente: la ya mencionada explosión demográfica y la creación del concepto de *desarrollo económico y tercer mundo*. Después de la Segunda Guerra Mundial hubo un “descubrimiento” por parte de Europa y Estados Unidos de las condiciones masivas de pobreza en las que se encontraban los países de América Latina, Asia y África. Las condiciones de pobreza existentes en estas poblaciones eran vistas como amenazas para los países desarrollados, de esta manera los problemas sociales y económicos de América Latina irrumpieron en el panorama internacional, como nos dice Arturo Escobar:

Si en las economías del mercado los pobres eran definidos como carentes de aquello que los ricos tenían en términos de dinero y posesiones materiales, los países pobres llegaron a ser definidos en forma análoga en relación con los patrones de riqueza de las naciones económicamente más adelantadas. Esta concepción económica encontró un parámetro ideal en el ingreso anual per cápita [...] En 1948, cuando el Banco mundial definió como pobres a aquellos países con ingreso per cápita inferior a 100 dólares, casi por decreto dos tercios de la población mundial fueron transformados en sujetos pobres. (1998, pág. 55)

Lo que interpreto de lo citado anteriormente es que a partir de la segunda posguerra, ante los ojos de Europa y Estados Unidos, el rasgo principal de los países de Latinoamérica era la pobreza y la única solución a sus problemas sociales era el crecimiento económico y el desarrollo. Esta teoría se convirtió en una verdad incuestionable, el desarrollo económico se vio como la única salida, el único camino a la salvación y justificaba la intervención internacional. Antes de continuar quiero recordar, teniendo en cuenta lo expuesto a lo largo del capítulo, que en Colombia ya existían discursos y prácticas que permitieron que la teoría del desarrollo de la posguerra se implantara con facilidad, por ejemplo, se estaba fortaleciendo desde la década de los treinta un ideal de modernización como única forma de acabar con las supersticiones de la población y sus prácticas tradicionales consideraras arcaicas.

En el caso particular de Colombia, desde julio hasta noviembre de 1949, visitó el país una misión económica organizada por el *Banco Internacional de Reconstrucción y fomento* con el objetivo de crear un plan de desarrollo. El grupo que llegó contaba con 14 expertos en diversos temas como el comercio exterior, transporte, agricultura, salud, vías fluviales, entre muchos otros. (Escobar, 1998, pág. 57) Esto quiere decir que se buscaba estudiar las condiciones de los países del tercer mundo y realizar una intervención de diversas ciencias y disciplinas en la política, así como lo hubo en el caso de la higiene y la medicina en la primera mitad de siglo.

La pobreza, como uno de los factores que dieron forma al discurso del subdesarrollo, estaba ligada directamente a la sobrepoblación, por lo tanto controlar la natalidad en los países tercermundistas se convirtió en un objetivo no solo de los países desarrollados, sino de los mismos Estados latinoamericanos. En la agenda de gobierno de Colombia el control natal fue expuesto durante las décadas de los sesenta y setenta como una estrategia para salir del subdesarrollo y esto convertía a la población en un objeto de intervención en cuanto a su reproducción. (Cabal, 2012, pág. 31)

La hipótesis predominante que los gobiernos de la época construían, o mejor, acogían, frente a la fecundidad, era la necesidad de reducirla en la medida en que obstaculizaba el ahorro privado y público: una alta tasa de fecundidad exigía a las familias distribuir más sus ingresos, lo cual afectaba su posibilidad de ahorrar o de tener un tipo de consumo favorable para el desarrollo de los mercados e industrialización. Asimismo la alta fecundidad se traducía en más población en edad escolar y en una mayor demanda de inversión estatal en servicios sociales de salud y educación. (Cabal, 2012, pág. 40)

El contexto de la Guerra Fría y el temor al comunismo tenían que ver también con el interés de los Estados Unidos en la intervención en la política y economía de Colombia y con la creación del “problema de la población”.

En cuanto al ámbito nacional, el año en el que Profamilia comenzó a recibir a sus primeras usuarias (1965) coincide con los primeros años del Frente Nacional. Este acuerdo entre el partido liberal y el conservador, aunque logró disminuir considerablemente la violencia y el sectarismo, redujo el espectro político al negar los derechos a nuevos movimientos o grupos con ideologías diferentes a los partidos

tradicionales. Estos nuevos grupos que empezaron a tomar fuerza en esta época fueron aquellos inspirados en los postulados revolucionarios marxistas, principalmente el Ejército de Liberación Nacional (ELN), Ejército Popular de Liberación (EPL), y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC). La proliferación de grupos e intelectuales simpatizantes de las ideologías de izquierda estaba ligada a los acontecimientos que marcaron la época a nivel mundial como lo fueron la Revolución Cubana y la Guerra de Vietnam dentro del marco general de la Guerra Fría. Algunos autores afirman que el gobierno de los Estados Unidos, al ver las posibles amenazas comunistas en diferentes países de América Latina, incluyendo a Colombia, buscó la manera de aplacar los ánimos de las masas menos favorecidas que estaban encontrando en las ideologías de izquierda las posibles soluciones que el gobierno colombiano se empeñaba en negarles. La estrategia para mantener el orden fue condensada en la Alianza para el progreso. Esta estrategia de intervención buscaba mantener la estabilidad política y frenar el comunismo mediante la ayuda económica que permitiera crear condiciones para el desarrollo económico del continente. (Rojas, 2010, pág. 92) Se trataba de establecer programas que proporcionaran ayuda exterior, asesoramiento científico, personal capacitado y una combinación de planificación agrícola e industrial para demostrarles a los «países emergentes» que siguiendo la concepción liberal capitalista el desarrollo económico podía aliviar la pobreza y mejorar los niveles de vida de modo más ordenado y pacífico que la alternativa comunista. (Rojas, 2010, pág. 94)

El gobierno de Colombia siguió las propuestas estadounidenses y fue partidario de sus políticas, ideología y métodos para lograr la modernización y frenar el avance socialista. Entonces, teniendo en cuenta la circulación de las ideologías de izquierda, no era conveniente para las elites políticas ni para el gobierno estadounidense que la población continuara creciendo y evidenciando cada vez más las condiciones de inequidad y formando una masa tan numerosa que no podría frenarse si llegaba a tomar las armas. Una vez más las medidas a tomar para lograr el progreso estaban relacionadas con un gran temor al pueblo.

¿Fue el Estado, entonces, el que se encargó de llevar a cabo las campañas de planificación que encontraba tan importantes para el país? La respuesta es no. Analizaré esta contradicción en el tercer capítulo de este trabajo, por ahora basta explicar que Profamilia fue la encargada de esta tarea. Este hecho se articula con el contexto político anteriormente explicado, puesto que los recursos económicos con que contaba Profamilia provenían en su totalidad de los Estados Unidos y las autoridades científicas que se encargarían de darle legitimidad y fuerza al discurso de la planificación familiar serían, una vez más, los médicos.

La medicina se involucró de nuevo en una intervención a la población, esta vez a partir de la investigación en demografía, uno de los estudios que empezó a ser considerado necesario para permitir el tránsito de una sociedad tradicional a una moderna. Como nos dice María Margarita Fajardo, “la investigación demográfica intentó explicar la relación entre población y desarrollo, las implicaciones para la demanda de servicios de salud y los comportamientos reproductivos de las familias. De esta forma se lograba afirmar, por medio de la cuantificación, la necesidad de intervención del entonces llamado «problema de población»” La investigación en demografía por parte de la comunidad médica se llevó a cabo fundamentalmente por parte de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Esta asociación fue creada en 1959 con el fin de crear un programa académico homogéneo en el país, pero poco a poco fue ampliando sus funciones. En 1965 creó la División de Estudios de Población (DEP) para investigar el “problema de la población” y el papel del control de la fecundidad en ese fenómeno social. (Fajardo, 2007, pág. 219) Es importante anotar que Ascofame (al igual que Profamilia) fue apoyada por entidades estadounidenses entre las cuales se encuentran la fundación W.R Kellog, la Universidad de Kentucky, la Agencia internacional de desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud, además, fue financiada desde sus comienzos por la Fundación Ford. (Samper, 2009, pág. 23)

No quiero decir con esto que las motivaciones de la comunidad médica hayan sido desde el principio permitir y afianzar la dominación a nuestro país por parte de una

potencia económica dentro del discurso del Tercer Mundo, ni que la totalidad de sus miembros haya planeado su intervención en la población como una estrategia para mantener el orden político establecido. Pero sí hay que tener en cuenta que la fuerza con la que se implantó el discurso del desarrollo y el fervor con el que se aceptó como única forma de lograr un mejoramiento de las condiciones del país logró que la ciencia médica le apostara a esta teoría el futuro de Colombia y se mostrara como un agente que tenía las capacidades de impulsar y fortalecer ese desarrollo.

### **1.3 Las mujeres y la familia durante la explosión demográfica**

Durante este periodo de gran crecimiento y posterior descenso poblacional hubo cambios no solo en la forma de pensar a la población, sino que se fueron transformando las dinámicas sociales, especialmente en cuanto a la conformación de la familia. En el periodo de gran crecimiento poblacional se fue creando un tipo de familia muy extensa en la que el número de hijos por mujer oscilaba entre ocho y dieciséis que, a diferencia de las décadas anteriores, sí sobrevivían. (Jiménez, 2004, pág. 276) La familia extensa, característica del período comprendido entre los años cuarenta y los años sesenta, implicó unas dinámicas en las que el rol de la mujer como madre y esposa se mantuvo y se afianzó, pues esta concepción sobre los roles femeninos y masculinos no era discutible. Ser hombre implicaba, como nos dice Juanita Barreto, “la negación de cualidades consideradas típicamente femeninas como la ternura, el servicio a los demás, la paciencia, la delicadeza” (1995, pág. 364). El espacio de los hombres era la vida pública, la política (para aquellos de cierto nivel social) y, definitivamente, el trabajo fuera del hogar. La función de los hombres en su hogar consistía en proveer los recursos económicos y ser la figura de autoridad. Las mujeres, por otro lado, eran las encargadas del cuidado de la familia. Los espacios de crecimiento personal o laboral que se encontraban fuera de casa no eran de fácil acceso a las mujeres principalmente porque no se consideraban compatibles con su naturaleza y sus funciones en la familia y la sociedad. Es importante recordar que este estereotipo de la feminidad incluía a todas las mujeres sin importar la posición social o la raza y era

transmitido por medio de la misma familia, la escuela y la religión. Entonces, de acuerdo a esta forma de entender la sociedad y la familia, la distribución de las tareas (cuidado de la familia y el hogar por un lado y manutención y autoridad por el otro) se realizaba de acuerdo a la naturaleza hombre/mujer. Esta organización lograba una forma de vida que se fundamentaba en el equilibrio, independientemente de lo que podamos pensar (con nuestra mentalidad actual) de esta configuración de las diferencias o si estamos o no de acuerdo con ellas. Claro que este equilibrio no significaba que hubiera igualdad, pues hombres y mujeres mantenían una relación jerárquica en la que las mujeres estaban siempre en un nivel inferior. Sin embargo, el contrapeso de las obligaciones era la estructura de la mayoría de las familias.

Si el orden de la sociedad funcionaba a partir de este equilibrio, ¿Qué pasa si éste comienza a tambalear? Desde mediados del siglo comenzaron a darse cambios con respecto a las mujeres en la sociedad colombiana. Algunos de estos cambios fueron la adquisición del derecho al voto (que las mujeres ejercieron por primera vez al participar en el plebiscito de 1957 que legitimó el Frente Nacional, alcanzando el 42% del total de los votos) la posibilidad de ser propietaria, el aumento en el número de mujeres que participaban en el ámbito laboral, y, tema central de este trabajo, la opción de controlar su fecundidad. (Reyes & Velázquez, 1995, pág. 257).

Es muy importante tener en cuenta que estos cambios no significan que la forma de percibir a la mujer haya cambiado mucho en estas décadas. Aunque se abrieron nuevos espacios (mayor acceso al trabajo remunerado y a la educación superior) y nuevas libertades (la posibilidad de tomar en sus manos su sexualidad y las decisiones sobre su maternidad), esto no significó que haya podido salir del todo del estereotipo que todos conocemos. Esta resistencia en la forma de pensar a las mujeres se relaciona estrechamente con la afirmación de Yolanda González: “Si consideramos uno a uno los cambios, ninguno se produjo pensando en cambiar la situación de la mujer. Pero todos juntos, sin proponérselo, la llevaron a una nueva situación” (González Y. , 1995, pág. 263) Por ejemplo, la participación de las mujeres en el mercado laboral muchas veces fue producto



de la necesidad de su aporte en la economía del hogar. Incluso si sus motivos para entrar al mercado laboral hubieran respondido a una búsqueda de independencia económica o el cumplimiento de un deseo propio, esta participación no quebró su figura como madre y esposa, sino que significó un aumento de responsabilidades, el equilibrio se rompió. Las mujeres trabajadoras de estas décadas (incluso muchas el día de hoy) asumían las responsabilidades de su empleo y también las del hogar. Al terminar la jornada laboral debían llegar a su casa a continuar con las labores domésticas (arreglar la casa, cuidar a los niños y ayudarles con sus tareas, hacer la comida, lavar la ropa, etc.) Cuando los hombres participaban de estas actividades sus acciones eran consideradas “ayudas” pues esas tareas no hacían parte de sus responsabilidades dentro de la familia y no eran vistas como actividades correspondientes al género masculino, tanto los trabajos de limpieza como la crianza. (Caballero, 2012, págs. 48-49) El trabajo, aunque permitió más independencia por la ganancia de ingresos propios, no cambió realmente el rol de la mujer como pilar del hogar, a ese papel se le adicionaron otros.

Cuando pensamos que la participación en el trabajo remunerado ha permitido a las mujeres acercarse más a la situación de igualdad con los hombres, olvidamos que los roles masculinos no han cambiado mucho y que las responsabilidades que generalmente se le atribuyen corresponden al trabajo fuera del hogar. Teniendo esto en cuenta, la mayoría de las mujeres trabajadoras realizaban (y aún realizan) jornadas mucho más largas que sus compañeros, esto no puede entenderse como una relación de igualdad. Esta doble carga laboral no es una realidad que se encuentre solo en Colombia, sino que es una constante en casi todos los países occidentales:

En el mundo occidental y en los últimos 20 años, se calcula que la implicación de los hombres en el trabajo doméstico progresó solamente en un 10%. En Estados Unidos, las mujeres que laboran fuera de su casa, como los hombres, realizan el 75% del trabajo doméstico y obtienen alrededor de media hora de ayuda diaria de sus compañeros o maridos. Se sabe también que los padres pasan cuatro veces menos tiempo que las madres con sus hijos e hijas. En cuanto al cuidado material de los hijos e hijas (bañarlos, vestirlos, alimentarlos), una mujer francesa, asalariada, consagra en promedio 42 minutos diarios a este cuidado y los hombres, entre 6 a 10 minutos. (Thomas F. , 2008, pág. 161)

Entonces, que las mujeres hayan logrado participar en otros espacios dentro de la estructura social no implica que lo hayan hecho en condiciones de igualdad ni que hubieran recibido ayuda por parte de su familia. No quiero decir que las mujeres realizaran la totalidad de las tareas domésticas y de crianza estando en total desacuerdo con esas tareas, para ellas mismas el papel de cuidadoras de su hogar, de su esposo y sus hijos continuó siendo importante en sus vidas y para muchas esta no era una responsabilidad cuestionable, tanto que la participación laboral logró despertar en muchas un sentimiento de culpa, una sensación de abandono de la crianza, lo que evidencia que la consideraban una responsabilidad fundamentalmente suya. (Cabal, 2012, pág. 45)

En cuanto a la anticoncepción, puede incluirse en la afirmación de la Yolanda Gonzáles, es decir que cuando los anticonceptivos llegaron a Colombia no estaban ligados a la búsqueda de libertades, a la entrada de la mujer al mundo político, a brindarles ayuda para su crecimiento profesional y personal. No. Los beneficios y libertades que podían brindar a las mujeres fueron un efecto de la aparición de la anticoncepción, pero nunca su fin. Por ejemplo, para el Estado, el crecimiento poblacional era un asunto de desarrollo, no de derechos, la forma como afecte la anticoncepción a los individuos en su vida personal, familiar y laboral no tenía todavía un lugar en la discusión. Profamilia y Ascofame incluían en sus argumentos sobre la importancia de la anticoncepción, la disminución de la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida de las familias, pero nunca el cambiar la estructura de esta institución. Esta era una opinión compartida por la mayoría de las personas de las diferentes clases sociales durante los años sesenta y setenta, incluyendo a la mayoría de las mujeres, como explicaré con más profundidad en el capítulo siguiente. Es por esto que afirmo que la anticoncepción y la participación laboral no pueden asociarse de forma indiscutible con la liberación femenina, la rebeldía contra las tradiciones patriarcales o el total cambio de rol de las mujeres en la familia y la sociedad. En los años sesenta y setenta esas formas de interpretar la planificación y el trabajo no hacían parte de la mentalidad de la gran mayoría de la población tanto masculina como femenina.

La asociación entre la planificación familiar y los derechos humanos puede ser rastreada —en Colombia— a partir de los últimos años de la década de los setenta, cuando las mujeres empezaron poco a poco apropiarse de los cambios, de su cuerpo, de su fecundidad y, de forma paralela a ese proceso, fueron apareciendo grupos feministas a partir de 1975. Hubo dos tendencias en estas organizaciones: la primera estaba conformada por feministas con militancia en partidos políticos y la segunda por feministas independientes o pertenecientes al “feminismo autónomo” (Méndez, 1994, pág. 184). Esto es importante porque el feminismo en Colombia, así como en otros países de América Latina, ha tenido varias formas organizativas y ha luchado contra la opresión de las mujeres desde una gran gama de instancias políticas, (Saporta, 1994, pág. 77) la ideología de la izquierda, por ejemplo, tuvo mucho peso sobre el feminismo en los primeros años del movimiento en América Latina porque éste coincide con el surgimiento de diferentes movimientos sociales y grupos guerrilleros en medio de la reafirmación de un Estado represivo frente a la protesta social. Sin embargo, a pesar de las muchas diferencias que podían tener en cuanto a su organización y pensamiento político, todas las feministas de las diferentes tendencias defendieron la libre decisión sobre el cuerpo y la no penalización del aborto. (Méndez, 1994, pág. 187) No voy a adentrarme en las luchas feministas en este trabajo, hago mención de ellas precisamente para aclarar que durante el periodo de los sesenta y casi toda la década de los setenta todavía no se puede hablar, en Colombia, de una defensa por los derechos sexuales o la anticoncepción por parte de ninguna organización de ideología feminista, esta importante contribución en defensa de los derechos humanos tuvo lugar más adelante.

Puedo afirmar, entonces, que las mujeres en las décadas de las que me ocupo todavía no se apropiaban de los cambios con miras a una lucha por la igualdad y el cambio de su rol tradicional. Para el Estado colombiano la planificación familiar era una herramienta para mejorar la situación económica del país al controlar el crecimiento poblacional, visto como una amenaza para la consecución del desarrollo. La comunidad médica, por su parte, tuvo un papel fundamental durante la primera mitad del siglo XX al legitimarse como autoridad científica y como agente que podía asesorar al gobierno en

cuanto a las políticas de intervención en la población, además, su participación en el gran mejoramiento de la salud de la población colombiana mediante la práctica privada y políticas públicas es innegable, es decir que las acciones de intervención por parte de la comunidad médica son inseparables del crecimiento poblacional y también lo serán, como explicaré en el siguiente capítulo, del descenso de la fecundidad.

## **2 LA ACCIÓN SILENCIOSA DE LAS MUJERES ENTRE LAS VOCES DE LOS DEMÁS**

Florence Thomas se ha referido en diferentes ocasiones a los anticonceptivos, especialmente la píldora, como la piedra angular de la revolución de las mujeres. “La anticoncepción moderna es la piedra angular de nuestra liberación, de nuestra emancipación, palabra tan bella que significa salirse de las manos de alguien” (Thomas, 2008, pág. 48). Los métodos anticonceptivos permitieron la separación de la sexualidad y la maternidad, permitieron a las mujeres encontrar nuevas posibilidades de vida que no se limitaran al rol tradicional de madres y esposas al que habían sido confinadas hasta el siglo XX:

Durante siglos, las mujeres-madres sin saberlo todavía, eran personajes errantes, sin «habitación propia», no tanto física, sino sobre todo subjetiva, sin un sí-mismo como referente de su propia existencia, y debían permanecer como simples herramientas de la naturaleza. El deseo de procrear era para ellas el único posible y legítimo. Su anatomía era su destino, con muy pocas excepciones, su único destino. (Thomas, 2000, pág. 94)

Dentro de estas nuevas posibilidades de vida, de descubrimiento de sí mismas y participación en actividades fuera del hogar se encuentra la posibilidad de la educación superior y la mayor participación laboral remunerada. A esos dos puntos anteriores se le puede sumar una nueva forma de vivir la sexualidad sin miedo al embarazo. Sin embargo, aunque la anticoncepción cumple un papel vital en la emancipación de las mujeres (digo cumple porque esa revolución no ha terminado) esta revolución pacífica no se dio de forma inmediata con la llegada de los métodos sino que se fue configurando en la medida en que las mujeres se apropiaban de los cambios que estaban viviendo a mitad de siglo XX. Esta apropiación y posterior revolución silenciosa la han llevado a cabo las mujeres, muchas veces, sin ayuda del Estado, o de sus esposos y amigos. Ha sido, por el contrario, un proceso que ha encontrado en el camino grandes resistencias culturales en medio de las cuales poco a poco, las mujeres han aprendido a ser dueñas de su cuerpo y su destino (Thomas, 2008, pág. 76). El uso de los métodos anticonceptivos como una herramienta para

la práctica de la libertad fue, entonces, un proceso paulatino. La emancipación de las mujeres, cuando comenzó, lo hizo de forma silenciosa, casi imperceptible pero constante.

Es aquí donde comienzan a surgir preguntas. ¿Cómo afirmar que la mayoría de las mujeres que empezaron a tomar su sexualidad y maternidad en sus manos lo hicieron solas, sin la participación de los hombres?, ¿dónde queda entonces el papel de los médicos que introdujeron la anticoncepción en nuestro país, hombres en su totalidad?, ¿Cómo se puede afirmar que el Estado no respaldó a las mujeres en su búsqueda de libertad sexual y reproductiva si afirmaba que el control de la natalidad era una necesidad? ¿Cuál fue la posición de la Iglesia católica en la problemática del control natal y la posición de la mujer? Estas son las preguntas en las que quiero adentrarme en este capítulo.

La anticoncepción tuvo una rápida acogida en nuestro país y la polémica durante sus primeras dos décadas de uso fue muy fuerte. En esta polémica tuvieron lugar diferentes actores sociales entre los cuales están la Iglesia católica, la comunidad médica, el Estado, diferentes grupos de ideología socialista y, por supuesto, las mujeres. Al analizar la posición de estos actores sociales frente a la anticoncepción veremos cómo, durante estos primeros años, las mujeres como individuos libres y como sujetos de derechos no entraban dentro de los discursos de la planificación familiar. Estos estaban ligados casi exclusivamente al desarrollo económico y a la moral cristiana, en los cuales el papel de las mujeres estaba determinado, una vez más, por su condición de madre. Es decir que la anticoncepción no fue relacionada en sus primeros años con el empoderamiento de las mujeres, excepto, y no siempre, por ellas mismas.

## **2.1 Los médicos y la anticoncepción: ciencia, creencias religiosas, posiciones políticas ¿a qué obedecer?**

Los anticonceptivos modernos (principalmente la píldora y el dispositivo intrauterino) empezaron a ser distribuidos en Colombia a mediados de los años sesenta y

fueron principalmente dos organizaciones las encargadas de este proceso: Profamilia<sup>1</sup> (entidad privada sin ánimo de lucro creada en 1966) y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Antes de la fundación de Profamilia —de la que hablaré más adelante— en 1964, se creó dentro de Ascofame la División de Estudios de Población (DEP) para llevar a cabo investigación en demografía, epidemiología del aborto, planificación familiar y educación sexual con ayuda de la Fundación Ford. (Samper, 2009) La creación de este departamento surgió a partir de la preocupación que se estaba generando a nivel mundial por el crecimiento poblacional. En Colombia las investigaciones sobre la explosión demográfica comenzaron en los años sesenta, pero para ese tiempo ya era, en otros países, un tema central por ser relacionado directamente con la pobreza y así fue recibido y promovido en nuestro país, como lo evidencia la posición del doctor Gonzalo Echeverri, primer director de Profamilia:

Para un país o territorio determinado, el crecimiento poblacional se «dispara» — como se dice hoy— en forma súbita e imprevista, a un ritmo mucho más acelerado del usual, en tanto que los recursos no pueden aumentarse de la misma manera. Entonces, si estos no aumentan o si no se frena el crecimiento demográfico hasta hacerlo más acorde con los recursos, necesariamente decaerá el nivel de vida en vez de mejorar, y la población estará cada vez más empobrecida [...] Como no resulta fácil aumentar los recursos al ritmo necesario, habrá que pensar en moderar el ritmo de crecimiento demográfico. (1991, pág. 8)

Después de la creación del DEP, tuvo lugar en Cali la primera Asamblea Panamericana de Población. La declaración que se creó al final de la asamblea reconoció el aumento de la población como uno de los más graves de América Latina y recomendó tomar las siguientes medidas: iniciar inmediatamente estudios socioeconómicos y demográficos, crear programas de planificación familiar, desarrollar políticas gubernamentales de población y crear asociaciones privadas que se encargaran de adelantar campañas mientras los gobiernos implementaran políticas de población. (Echeverri, 1991, pág. 32)

---

<sup>1</sup> El nombre bajo el cual está registrada la entidad desde marzo de 1966 fue Asociación Pro-bienestar de la familia colombiana, sin embargo, a partir de 1968 comenzó a ser llamada simplemente PROFAMILIA por razones de practicidad, sin perder nunca su nombre oficial.

En cuanto a la realización de estas sugerencias, se puede afirmar que los estudios sobre la población y su relación con el desarrollo fueron llevados a cabo por el departamento de estudios de población de ASCOFAME, los programas más importantes de planificación familiar fueron durante los primeros años liderados por Profamilia y las políticas gubernamentales no existieron a pesar de que el Estado estaba de acuerdo con la visión catastrófica de la explosión demográfica. La ausencia de políticas por parte del gobierno se explica por el temor a las reacciones que esto podía despertar en la Iglesia católica, cuya influencia y poder en estos años del siglo XX no pueden negarse. El primer director de Profamilia, Gonzalo Echeverri se refiere al gobierno colombiano de la siguiente manera:

Un gobierno claramente consciente de la importancia del problema, al menos en los altos niveles de autoridad, pero cauteloso y dispuesto a no enfrentarlo directamente para no crearse dificultades con la Iglesia y con algunos sectores políticos, lo cual lo pone en la difícil posición de “quiero hacer las cosas pero de manera que no se vea que las estoy haciendo” o de que “si hay otro que haga las cosas, pues mejor, no se lo impedimos, lo dejamos hacer y... que afronte las consecuencias”. (Echeverri, 1991, pág. 58)

El gobierno no prohibió la anticoncepción pero tampoco se involucró en las campañas, en la difusión de información o en la creación de espacios para la educación sobre una problemática que consideraba trascendental para el país. Lily Bucheli, una de las más importantes funcionarias de Profamilia y promotora de sus programas dice al respecto: “El gobierno ha aceptado a Profamilia pero no se asocia con ella para no enfrentar polémicas. Mejor dicho, nos deja hacer lo que él no hace y así, cerrando un ojo, no tiene problemas con la Iglesia”. (Galvis, 1995, pág. 147)

Para continuar con el papel de la comunidad médica, es importante aclarar que hubo una gran diferencia entre Ascofame y Profamilia que permite entender mucho mejor el camino que recorrió la anticoncepción en Colombia. Aunque las dos entidades estaban conformadas por médicos, Ascofame era una entidad que se había legitimado como agente asesor del gobierno y estaba conformada por los decanos de siete facultades de medicina, seis de universidades públicas y una privada: Universidad de Antioquia, Universidad de Caldas, Universidad de Cartagena, Universidad del Cauca, Universidad Nacional,



Universidad del Valle y la Pontificia Universidad Javeriana. (Samper, 2009, pág. 12) Los decanos de las universidades públicas no tenían la misma libertad de acción en la problemática de la anticoncepción que tenían los médicos en una entidad privada, no solo por su relación como asesores del gobierno, sino por hacer parte también de instituciones educativas estatales. En cuanto a la única universidad privada, tenía una posición aún más complicada a la hora de apoyar campañas de planificación familiar, pues se trata de una universidad católica.

Echeverry nos recuerda la difícil posición de Ascofame: “La DEP quería utilizar métodos modernos y eficaces, pero manteniendo una actitud prudente para no provocar enfrentamientos. Con este fin estableció en los centros Pilotos programas clínicos de evaluación del método del ritmo y buscó la colaboración del clero invitando sacerdotes a participar directamente en los programas.” (1991, pág. 37) En estos centros pilotos donde la DEP buscaba prestar servicios de planificación familiar se brindaba a las parejas (que voluntariamente lo solicitaran) cursos de cinco sesiones acerca de reproducción humana, paternidad responsable, demografía y anticoncepción, siempre con la presencia y participación de un sacerdote, luego se procedía a la evaluación médica y prescripción de anticonceptivos y, por último, el seguimiento clínico del método que la pareja haya decidido utilizar. (Echeverri, 1991, pág. 53) El proceso no solamente era largo, sino que era excluyente, es decir que no se brindaban los servicios a mujeres que los solicitaran sin una pareja. Además, la presencia y participación de un sacerdote implicaba que no se prescribían métodos artificiales con excepción de la píldora en circunstancias excepcionales (más adelante explicaré por qué la píldora era más tolerada en la Iglesia que otros métodos) y que la educación sexual era, en realidad, una charla sobre la doctrina católica, de tal manera que las decisiones de las parejas no eran realmente libres, la información no era de ninguna manera imparcial.

Profamilia, a diferencia del DEP, no tenía ninguna relación con el Estado colombiano ni con la Iglesia católica y fue ésta independencia la que le permitió avanzar en sus programas de planificación con mucha más libertad. Profamilia se fundó por la

iniciativa de un médico ginecólogo: Fernando Tamayo, que en su práctica privada comenzó a darse cuenta de la necesidad que las mujeres bogotanas tenían de controlar su vida reproductiva. Como mencioné en el capítulo anterior, solo la población perteneciente a los estratos más altos podía tener acceso a la atención médica privada, de tal manera que eran las mujeres de las clases altas las que conocían y podían utilizar los métodos modernos que eran recetados por aquellos ginecólogos que no tenían conflictos entre su práctica de la medicina y sus creencias religiosas. Fernando Tamayo era uno de ellos. No solo recetaba la píldora, sino que empezó a aplicar dispositivos intrauterinos a partir de 1965 traídos por él mismo desde Estados Unidos. Los métodos podían ser recetados y aplicados por los médicos particulares desde que hubo conocimiento de la existencia de la píldora en Colombia (1960) pues no había una prohibición explícita a la anticoncepción, pero no muchos lo hacían, por desconocimiento de su funcionamiento o por razones morales o religiosas.

A medida en que las mujeres de estrato alto iban al consultorio de Fernando Tamayo y obtenían métodos anticonceptivos, las mujeres que trabajaban para ellas (como las empleadas domésticas) empezaron a pedir consultas, evidenciando que realmente existía un deseo o necesidad por parte de las mujeres de limitar sus embarazos. (Dáguer & Riccardi, 2005, pág. 26) De esta manera acudían al consultorio cada vez más mujeres de bajos recursos, así como las de clases más pudientes, en busca de píldoras anticonceptivas y dispositivos intrauterinos, despertando en el ginecólogo la idea de crear una entidad privada encargada exclusivamente de proveer estos servicios a las mujeres de todas las clases sociales. En esta iniciativa también tuvo que ver que sus colegas —con quienes compartía el edificio en donde se encontraba su consultorio— estaban en contra de la aplicación del dispositivo intrauterino ya sea por convicciones religiosas o por el miedo a perder a sus pacientes, pues como dije anteriormente, no todos los médicos estaban de acuerdo con el uso de anticonceptivos artificiales.

Ahora, es un hecho que desde antes de la creación de Profamilia, su fundador comenzó a poner en las manos de las mujeres los productos que Florence Thomas entiende como la piedra angular de la revolución femenina. Tamayo afirma que las razones de las mujeres de estratos bajos para planificar era la pobreza misma y que esa se convirtió

también en su motivación. (Dágner & Riccardi, 2005, pág. 27). El estudio citado anteriormente y publicado por Profamilia contiene una afirmación que encuentro muy oportuna para entender las motivaciones y la posición de la institución frente a las mujeres:

El doctor Fernando Tamayo Ologastri nunca militó en las filas de las utopías. Buscaba hacer bien su trabajo antes que convertirse en un demógrafo o un seguidor del feminismo. “Yo quería llenar el vacío de la gran necesidad sentida entre las mujeres, porque no me dejaban hacer planificación en los hospitales —asegura—. Lo demográfico era secundario. Leía sobre el tema para poder pedir apoyo económico”. (2005, pág. 28)

A partir de lo anterior interpreto varias cosas. 1) que la condición de pobreza de muchas pacientes y la negativa del Estado a respaldar sus necesidades de planificación familiar fueron dos fuertes motivaciones para la creación de Profamilia. 2) que el discurso de la explosión demográfica era el único que permitía conseguir cualquier tipo de financiación, es decir que esa era la variable de la anticoncepción que se consideraba realmente importante, si se hubiera solicitado ayuda argumentado que las mujeres tenían una “sentida necesidad de planificar” por diversas razones, la financiación probablemente no hubiera llegado. 3) que la posición de las mujeres en la sociedad, su rol, sus posibles libertades y la posible adquisición de derechos sobre su sexualidad no tenían todavía un lugar en el pensamiento de los pioneros de la planificación familiar.

En cuanto a la primera observación, es evidente que la posición del fundador de la entidad iba de la mano con el discurso del desarrollo creado en la posguerra (del que hablé en el primer capítulo) que explicaba la pobreza como consecuencia directa del crecimiento poblacional. Es decir que la relación entre la economía y la población que se aplicaba para explicar la situación de las naciones también se aplicaba a las familias (menos población = mayor desarrollo económico de las naciones subdesarrolladas. Menos hijos = mejores condiciones de vida de las familias de bajos recursos). No quiero decir con esto que Profamilia nació para apoyar el discurso de dominación y hacer más espesa la cortina de humo que buscaba disimular las verdaderas causas de la pobreza, pero sí pienso que algunos médicos (especialmente ginecólogos) actuaron con la firme convicción de que su disciplina debía contribuir —con la anticoncepción— al bienestar de las familias en cuanto a sus condiciones económicas, mas no a las mujeres en cuanto a sus libertades. El discurso

del desarrollo económico era percibido por muchos, por la mayoría de las personas, como una verdad indiscutible, por lo tanto, la comunidad médica actuó de acuerdo a lo que consideraba correcto y justo. En cuanto a los beneficios para mujeres, el aspecto en el que la medicina sí se fijó fue en el mejoramiento que el espaciamiento de los embarazos representaba para la salud materna y fue éste el argumento puramente médico para defender y argumentar que existía realmente una necesidad de controlar la natalidad.

Con referencia a la segunda observación, debido al casi inexistente interés del Estado colombiano por crear políticas de planificación familiar o apoyar aquellas creadas por entidades privadas, estas últimas tuvieron que buscar ayuda internacional. Profamilia comenzó sus actividades en 1966 con donaciones de sus fundadores y luego solicitó asistencia económica a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). Al recibir el apoyo que no encontró dentro del país, Profamilia abrió la primera clínica de planificación familiar en el centro de la ciudad, más puntualmente en la avenida Caracas con calle 34, donde continúa funcionando la sede principal. A partir de ese momento, la entidad no paró de crecer y aumentaba cada día su número de usuarias de tal manera que a finales del mismo año de su fundación prestó servicios de planificación familiar a 6.689 mujeres. (Echeverri, 1991, pág. 57)

Hasta ahora apenas he mencionado a los médicos particulares sin ahondar mucho en su posición. Antes de hacerlo quiero aclarar que dentro de lo que entiendo por comunidad médica se encuentran las dos ya mencionadas entidades (Profamilia y Ascofame) y los médicos particulares. Decidí hacer esta distinción porque no es posible generalizar la posición de los médicos en este problema histórico. Es claro que las dos entidades estaban a favor de la planificación familiar aunque actuaron de manera diferente por limitaciones de ASCOFAME ya mencionadas y por el carácter privado de Profamilia, pero ¿cuál era la posición de los médicos que no pertenecían a estas entidades?

Un estudio llevado a cabo por el Departamento de Estudios de Población y publicado en 1968 buscó dar respuesta a esta pregunta y los hallazgos son muy interesantes. Se realizaron diferentes encuestas entre las que se encuentra la *Encuesta al cuerpo médico*

*de Medellín sobre opiniones y actitudes hacia el problema demográfico y la planificación de la familia* (1965) con el objetivo de entender los factores favorables o desfavorables a la Planificación. Según Mario Jaramillo Gómez, quien hizo parte de la investigación, “Uno de esos factores, quizás el más importante, es el cuerpo médico, tanto en lo que toca a su actitud emocional y a sus principios religiosos, a su mayor o menor información sobre el tema, como a su conducta ante los pacientes que demandan de él consejo y guía” (División de Estudios de Población (DEP), 1968, pág. 44)

Otras dos encuestas que vale la pena analizar sobre la opinión del cuerpo médico son: *Actitudes de los profesores de las facultades de medicina acerca del crecimiento demográfico y métodos de control de la natalidad en Colombia* y, por último, *Actitudes de los médicos colombianos hacia el problema de la población y planificación familiar*.

En la primera encuesta mencionada se encontró que no todos los médicos consideraban estar bien informados con respecto a la planificación familiar, pues el 44% afirmó no contar con la información adecuada, es decir que había una formación débil en las universidades en este tema. Aunque en general el estudio afirma que había una actitud positiva hacia la planificación (el 80% aconsejaban algún método a las pacientes si ellas lo solicitaban) también hubo rechazo por parte de muchos por razones morales o religiosas. Dos médicos, de hecho, se negaron a responder la encuesta y argumentaron encontrarse indignados por encontrarla contraria a la moral médica y católica. También se encontró que la especialidad era un factor que influía en la aprobación o desaprobación de los métodos anticonceptivos, siendo los ginecólogos los más “liberales”, luego los pertenecientes a otras especialidades y, por último, los higienistas, es decir aquellos que ejercían en salud pública. En este mismo orden se encontraban en cuanto a su conocimiento sobre planificación familiar. (División de Estudios de Población (DEP), págs. 40 - 48) En este punto es importante recordar que son los organismos de salud pública los que atendían a la población de bajos recursos mientras las mujeres de clases altas acudían a los ginecólogos en sus consultorios privados, es decir que las mujeres pobres eran atendidas por el sector más resistente del cuerpo médico hacia la anticoncepción mientras las mujeres de estratos más altos eran atendidas por aquellos que eran mucho más abiertos y tenían, por su misma

especialidad, un mayor conocimiento. Es entendible, entonces, el rápido crecimiento Profamilia, pues en realidad era al único lugar donde las mujeres de bajos recursos podían acudir en busca de métodos anticonceptivos a un costo accesible, sin ser juzgadas por su estado civil o simplemente por el deseo de no tener que pasar por un embarazo no deseado.

Ahora, en relación con los métodos anticonceptivos como tal, el 72% de los encuestados respondió que aconsejaba o alguna vez aconsejó el método del ritmo, el 62% anovulatorios, el 11% el condón, el 3% óvulos vaginales, el 2% diafragma, el 2% dispositivo intrauterino, el 2% coito interrumpido, el 1% jaleas espermicidas, coito interfemoral 1% aconsejaba la continencia total 1%.

En la segunda encuesta, *Actitudes de los profesores de medicina acerca del crecimiento demográfico y métodos de control de la natalidad en Colombia* los encuestados fueron docentes de la Universidad del Valle, Universidad Nacional de Colombia, universidad de Cartagena, Universidad de Antioquia, Universidad del Cauca, Universidad de Caldas y el Hospital Militar Central. De los 94 médicos a los que se les solicitó su colaboración, dos se rehusaron a contestar la encuesta. En cuanto a las actitudes frente a la planificación, ninguno de los entrevistados la rechazó cuando el embarazo pudiera significar un riesgo para la mujer que ya ha sido madre. En cambio, en el caso de una paciente sana, solo el 48.9% brindaría información sobre anticonceptivos si la paciente la solicita. El punto es cuáles métodos aconsejarían y cuáles no. 50% de los encuestados recomendaría la píldora, 35% el método del ritmo y 33.3% el dispositivo intrauterino. El 51.2% se oponía a algún método. (págs. 59 - 63)

La tercera encuesta *Actitudes de los médicos colombianos hacia el problema de la población y planificación familiar*, entre otros datos similares a la encuesta anterior, mostró que el 90% de los profesionales médicos era partidario de una reducción de la tasa de crecimiento de la población en el país. Sin embargo hacían una distinción entre las familias de altos y bajos recursos: el 95.4% encontraban deseable que las familias de bajos recursos tengan entre dos y cuatro hijos y se inclinaban a favor de familias más grandes para los grupos con mayor status socioeconómico. El 70% afirmó utilizar métodos anticonceptivos

con sus parejas (el 80% de los encuestados eran casados, el 89% eran católicos) prefiriendo en general el método del ritmo, la píldora y el condón. (págs. 72 - 87)

Es imposible afirmar que existía un consenso entre los miembros del cuerpo médico en cuanto a las diferentes variables de la problemática de la anticoncepción. Las opiniones eran muy diversas y respondían en realidad, no solo a su formación, sino a sus creencias religiosas, posiciones políticas y morales. Sí se puede, sin embargo, encontrar tendencias más pronunciadas o con más seguidores que otras. Por ejemplo, la relación entre el subdesarrollo y la sobrepoblación era para la mayoría obvia y frases como las que citaré en seguida se repiten con frecuencia en el estudio:

“Todavía lo expuesto por Malthus se encuentra en el orden del día. Los estómagos aumentan en proporción alarmante, los cerebros y brazos siguen en huelga”.

“En Colombia la explosión demográfica es un problema como país subdesarrollado que es”.

Otra opinión generalizada era que las parejas de menos recursos debían tener menos hijos que aquellas de mayores ingresos.

“Considero que en el caso de una mujer de muy escasos recursos económicos como es el común de nuestras mujeres y contemplando la dificultad tremenda para educar un hijo a ese nivel, sí considero que debe aconsejarse la restricción de la natalidad. En un segundo caso, cuando los padres tienen facilidades de educarlos, creo que se debe aconsejar una mayor procreación para tener mejores ciudadanos” (pág. 63)

Esta afirmación viene de uno de los sectores con mayores niveles educativos del país y es expresada con naturalidad, como una verdad que no necesita discusión. Está, además, escrita con un tono que busca mostrarse compasivo mientras el autor afirma que los buenos ciudadanos se forman en las clases altas. Se puede encontrar opiniones todavía más crudas que la anterior:

“La fecundidad incontrolada desvía recursos médicos a atención de desnutridos, rehabilitación de psicópatas y prostitutas por hambre” (pág. 46)

Después de leer estas últimas respuestas plasmadas en la encuesta es comprensible que algunos sectores de la sociedad se hayan alarmado y hayan temido que la anticoncepción se convirtiera en una herramienta que amenazara a la población pobre o que fuera instrumento de dominación de las clases altas que prefieren, para que no cambie su posición en la sociedad, ignorar o disfrazar las causas de la pobreza y culpar a las madres y padres de bajos recursos de la propia situación económica. El último médico cuyas palabras cité responsabiliza al crecimiento poblacional del hambre, la desnutrición, la prostitución e incluso la psicopatía. Claro que había también opositores a estas miradas:

“Ni en Colombia ni en Latinoamérica el problema de la explosión demográfica puede existir, porque son países muy extensos y ricos; lo que hace falta es educación para aprovechar los recursos” (55)

“yo no creo que sea un problema. Creo que han hecho un gran escándalo con la explosión demográfica.” (pag. 55)

Los anteriores comentarios coinciden con los argumentos utilizados por la oposición socialista a la anticoncepción —de la que hablaré más adelante— para criticar no solo la afirmación de que en América Latina y Colombia en particular no tiene los recursos para poder alimentar a su población en el futuro, sino la creencia tan firme en esta teoría que cierra los espacios de discusión.

La mayoría de los médicos que se opusieron a la prescripción de métodos anticonceptivos tuvieron razones religiosas más que pensamiento socialista. Muchos seguían las directrices de la jerarquía católica porque realmente estaban de acuerdo con su posición:

“Me opondría a los otros métodos [diferentes del ritmo y anovulatorios], porque no son aceptados por la jerarquía eclesiástica. Si los métodos aceptados fallan, consideraría el problema no ya como de orden religioso sino como un problema médico o socio-económico”

“Envío a los pacientes para que el sacerdote autorice indicarle un método si así lo requiere” (pag. 49)



“Generalmente, por no apartarme de las normas de la Iglesia, solamente aconsejo el método de Ogino” (pag. 49)

Otros médicos católicos seguían las normas de la Iglesia pero sin estar del todo convencidos de que ésta tuviera la razón al prohibir los métodos artificiales, tal vez esperando a que la Iglesia tome una posición más flexible debido a las consecuencias que podía acarrear el crecimiento poblacional:

“Como médico católico no puedo recetar drogas ni dispositivos mecánicos. No sé cuándo se permitirá pero creo que tiene que llegar a eso. Estados Unidos con tres hijos por matrimonio no puede resolver sus problemas, nosotros con nuestra economía mucho menos. Actualmente me parece insoluble el problema y no le veo salida” (pag. 49)

“Solamente el Ogino. Como buen católico no acepto los otros, aunque creo que la Iglesia los va a tener que aceptar por las buenas o por las malas porque la situación ya no da espera.” (pag. 49)

“Como médico católico que soy, la instruyo sobre el método del ritmo y le aconsejo anovulatorios. Si después el ritmo falla una o dos veces, me sentiría a conciencia autorizado para indicar un procedimiento de mayor seguridad” (pag. 61)

A diferencia de lo que se puede pensar, la situación de los médicos no era sencilla porque muchas veces sus creencias religiosas, su posición política y su profesión les daban distintas direcciones y sus decisiones profesionales afectaban, literalmente, la vida de otros. Muchos optaron por hacer lo que no afectara su conciencia (lo ordenara quien lo ordenara) otros mostraron su molestia con las contradicciones de la época, pues cualquier decisión que un médico tomara podía ser vista por algún sector de la sociedad colombiana como irresponsable, inmoral, peligrosa, etc. También corrían el riesgo de caer en el desprestigio y perder a sus pacientes más conservadoras. El siguiente testimonio, por ejemplo, es de uno de los profesionales que se negó a contestar la encuesta argumentando que:

“Yo a este punto no le trabajo; este es un problema que en el país no se puede tratar ni darle solución. El doctor Lleras dice públicamente ante el micrófono: «Hay que controlar la población», y la Iglesia está dando otras normas, ¿qué hace uno? Aquí donde cada cual tira para su lado no se puede y por eso yo no le trabajo a esto. Además no es mi especialidad”

Claramente, la posición de la Iglesia era muy importante para la mayoría de los médicos e influía no solo en los métodos que prescribían, (o en el hecho de que no recomendaran ninguno) sino que la posición moral de los médicos era transmitida a sus pacientes y algunas veces la ayuda que ellas pedían era negada.

Sin conocer la posición de la Iglesia católica, no es posible comprender las reacciones de la población hacia sus postulados, incluyendo las de los médicos particulares, los que apoyaban y trabajaban en Profamilia y mucho menos la posición más complicada de los que hacían parte de la División de Estudios de Población de Ascofame. Para esclarecer más el panorama de la polémica, el siguiente actor que tiene lugar en este análisis es esa institución tan poderosa cuyas palabras y enseñanzas caminaban por las calles y las casas, acompañando a miles de personas en su trabajo, en sus prácticas cotidianas, en su vida privada, en su sexualidad. Pero antes de llegar allá retomaré una vez más, de forma explícita, el cuestionamiento que está siempre presente en este trabajo: ¿qué posición tienen las mujeres en estos discursos?

En las fuentes sobre las perspectivas de la comunidad médica, las pocas referencias que encontré sobre las mujeres en relación con la anticoncepción tienen que ver con:

1) Los graves riesgos de salud que en algunas mujeres implica un nuevo embarazo. Éste es el único argumento de los médicos a favor de la anticoncepción que se centra *únicamente* en las mujeres y está relacionado con su rol inquebrantable de madre, porque si no presenta ningún riesgo no existe motivo para que decida planificar, a menos que sea de estrato bajo.

2) Su papel en el desarrollo económico. El cuerpo de las mujeres, cuando la planificación solo se entiende dentro del plano económico, es un instrumento político. El cuerpo de las mujeres se convierte en una variable del juego de la economía y las relaciones internacionales.

3) No hay muchas menciones a las mujeres, sino a las parejas. La planificación familiar se relaciona inmediatamente en las fuentes con una relación conyugal. No se habla de sujetos, de individuos, se habla de familias. Las mujeres

somos, en estos discursos, invisibles, como nuestras necesidades y deseos. Fuimos pensadas siempre dentro del marco del matrimonio.

4) Si las mujeres casi no se nombran, su rol está muy lejos de ser cuestionado.

Es posible afirmar que los métodos anticonceptivos no hubieran podido llegar a manos de tantas mujeres si no hubiera sido por algunos médicos, especialmente los ginecólogos particulares y los de Profamilia. Sin embargo, la mayoría de estos profesionales no percibieron el abanico de posibles libertades y opciones de vida que los nuevos “instrumentos del desarrollo” iban a crear en la mente de las mujeres, no pensaron que la anticoncepción podría convertirse en un detonante de curiosidad, de deseo de vivir lo que antes no era posible, creando una fuerza que parecía inofensiva y pasajera pero cambiaría el rumbo de nuestra Historia, para el que muchos no estaban preparados.

## **2.2 La posición de la Iglesia Católica ¿Dónde están las mujeres?**

La Iglesia católica fue catalogada, junto con el socialismo y el machismo como como una gran enemiga de la planificación familiar. Me atrevo a decir que algunas veces se ha hablado de la posición de la Iglesia sin detenerse a analizarla con cuidado. Silvia Galvis, politóloga de la Universidad de los Andes afirma:

Las doctrinas que se oponen a la planificación niegan a las personas la libertad de escoger y pretenden imponer sus creencias con la fuerza de las amenazas. En eso radica la diferencia contundente entre Profamilia y, por ejemplo, el clero católico y en su momento, el dogma comunista. Información más libertad ha sido la consigna de Profamilia, desinformación más obediencia ciega, la contraseña de los fanatismos.

Dos fanatismos que llevan decenios de desmesuras y estridencias y que, pese a su incompatibilidad ideológica —uno deífico, el otro ateo—, hace 30, 40 años, cuando un puñado de hombres y mujeres empezaron a difundir la necesidad de la reproducción en el mundo, se unieron en el ataque contra este derecho humano. No lo dice una voz aislada. La historia misma se ha encargado de demostrar estas dos certezas: que la fe de Roma y el clero marxista, fueron dos ejércitos aliados para combatir el control de la natalidad en las naciones del Tercer mundo. (Galvis, 1995, pág. 6)

Profamilia sí fue una entidad que buscaba ayudar a las mujeres sin juzgarlas por su estado civil o creencias religiosas y sí hubo fuerte oposición por parte de la Iglesia y algunos sectores socialistas. Estos dos últimos actores sociales tenían puntos en común en sus razones para oponerse a los programas de planificación llevados a cabo por las entidades privadas y por los gobiernos, no solo en Colombia sino en otros países. Sin embargo, aunque la autora resalta este punto, nunca explica cuál o cuáles fueron las coincidencias entre la Iglesia y los defensores del socialismo (de esto hablaré más adelante), de hecho, presenta la oposición de estos grupos a la anticoncepción como una alianza que existió únicamente para juntar fuerzas en contra de la planificación, alianza por conveniencia pura, sin ninguna razón justificada, afirma que la oposición estaba basada en obediencia ciega y desinformación. Nada más alejado de la realidad. Afirmar que la Iglesia no estaba bien informada es totalmente falso, la Iglesia estaba mucho más al tanto de la problemática de lo que se suele pensar y tomó las decisiones que tomó, dictó las normas que dictó con pleno conocimiento de las complejas realidades del momento.

En 1964 se creó y reunió en Roma la *Comisión sobre el control de la natalidad*. Una comisión creada por la Iglesia, conformada por 50 integrantes no solo pertenecientes a la institución, sino profesionales de diferentes países y diversas disciplinas como la sociología, teología, biología, medicina y demografía con el fin de examinar la problemática del control natal desde tres categorías: teológica, demográfica y médica. El objetivo era, precisamente, obtener un amplio conocimiento y discusión sobre problema para que el Papa Pablo VI pudiera tomar decisiones informadas y hacer un pronunciamiento sobre la posición oficial de la Iglesia frente al control natal. (Correspondenz, 1965, pág. 16)

El pronunciamiento del Papa llegó el 25 de julio de 1968 con la Encíclica *Humanae Vitae*, cuatro años después de las primeras reuniones de la comisión. Durante estos años de estudio de la problemática, el Papa pidió a los creyentes paciencia y espera, recomendó abstenerse de usar los métodos modernos hasta que se definiera la situación, en palabras de un miembro de la comisión: “Es imposible ofrecer una respuesta inmediata. Este enorme problema lleva tiempo. Pero está siendo discutido con la mayor seriedad en plena

colaboración con el Papa Paulo VI. Diga a quienes esperan una respuesta que esta seriedad es la mejor garantía de una solución que haga justicia a las necesidades del pueblo” (Correspondenz, 1965, pág. 19)

La anterior era una petición muy difícil de realizar, pues mientras la Iglesia analizaba la problemática y pedía paciencia, otros sectores se movían con rapidez. Profamilia, para ese año, contó con donaciones de la Fundación Ford y del Population Council, lanzó un proyecto de expansión con la apertura de 10 nuevos centros de planificación familiar para contar a finales de 1968 con 17 centros en 12 capitales departamentales y cerca de 50.000 usuarias nuevas. (Echeverri, 1991, pág. 93). La posición de la Iglesia todavía no era clara, es decir que durante los dos primeros años de existencia no se puede afirmar que la entidad privada actuó totalmente en contra de las normas de la jerarquía eclesiástica, pues estas todavía no estaban definidas. Muchos fieles pensaron de esta manera y utilizaron métodos modernos con la esperanza de que la Iglesia, después de estudiar el problema con ayuda de profesionales de diferentes ciencias, tomara una posición más flexible. Como afirma Hernán Vergara, uno de los opositores que más se pronunció:

“Los gobernantes empeñados en la planificación familiar y toda la burocracia anexa a estos programas han decidido prescindir de la posición de la Iglesia. También gran número de esposos católicos, dando por seguras ciertas tolerancias o sin paciencia para esperar las decisiones del Papa, se anticipan a adoptar anticonceptivos químicos y aún mecánicos.” (Vergara Delgado, 1967, pág. 188)

Cuando se dio a conocer la encíclica *Humanae Vitae*, mucho más rígida de lo esperado, muchos (incluso miembros de la misma Iglesia) se sintieron más decepcionados que culpables, como nos dice José de Rosa, S.J:

En algunos países, numerosos conyugues católicos, a pesar de las reiteradas advertencias de Pablo VI a permanecer fieles a la costumbre tradicional, esperaban imprudentemente, incluso por parte de personas responsables, que la Iglesia misma, para cambiar o al menos para mitigar el rigor de su moral conyugal, había creído en conciencia permitir el empleo de productos anticonceptivos. La decisión del Papa, contraria a su expectación, no hizo otra cosa que desilusionarlas e irritarlas; incluso, pudo parecerles directamente una indebida violación de su conciencia personal. (De Rosa S, J. , 1969, pág. 398)

Es entendible que una mujer católica o una pareja católica, después de un tiempo de utilizar los métodos anticonceptivos, probar su eficacia y no tener problemas de conciencia no obedeciera la nueva Encíclica pues llegó, para muchos, demasiado tarde.

El problema no solo fueron las ágiles acciones del sector privado durante el periodo de espera por la decisión papal, sino un fragmento ambiguo de una Encíclica anterior, la Encíclica *Populorum Progressio* del 16 de marzo de 1967. Esta encíclica tenía como objetivo manifestar la posición del Papa frente al subdesarrollo. En un párrafo el Papa hizo afirmaciones que por su imprecisión dieron a entender a los fieles alrededor del mundo que las discusiones de la comisión estaban girando hacia la aceptación de la planificación familiar y eso creó —sin proponérselo— no solo esperanzas en los fieles, sino cierto clima de tranquilidad de conciencia, un clima que parecía prometer más libertad. El párrafo es el siguiente:

Es cierto que muchas veces un crecimiento demográfico acelerado añade sus dificultades a los problemas del desarrollo; el volumen de la población crece con más rapidez que los recursos disponibles y nos encontramos aparentemente encerrados en un callejón sin salida. Es pues, grande la tentación de frenar el crecimiento demográfico con medidas radicales. Es cierto que los poderes públicos, dentro de los límites de su competencia, pueden intervenir, llevando a cabo una información apropiada y adoptando las medidas convenientes, con tal de que estén de acuerdo con las exigencias de la ley moral y respeten la justa libertad de los esposos. [...] Es a los padres a los que les toca decidir, con pleno conocimiento de causa, el número de sus hijos, aceptando sus responsabilidades ante Dios, ante ellos mismos, ante los hijos que han traído al mundo y ante la comunidad a la que pertenecen, siguiendo las exigencias de su conciencia, instruida por la ley de Dios auténticamente interpretada y sostenida por la confianza en El. (Pablo VI, 1998, pág. 30)

Después de la Encíclica citada anteriormente, la posición oficial de 1968 sobre el control natal no pudo ser más inesperada, tanto que, como dije anteriormente, causó polémica dentro de la misma Iglesia. La carta *Humanae Vitae* expresó que las conclusiones a las que llegaron los miembros de la Comisión no se consideraban definitivas porque algunas se separaban de la doctrina moral cristiana sobre el matrimonio. (Pablo VI, 1998, pág. 8) Es decir que aunque en el Vaticano se estudió y escuchó las opiniones de los especialistas, sus sugerencias no fueron aceptadas y el Papa se mantuvo inflexible en

cuanto a la prohibición de métodos anticonceptivos artificiales. El argumento fue que los esposos tienen, al unirse, la misión de transmitir la vida y por lo tanto no pueden considerarse libres para actuar “arbitrariamente”, sino que deben “conformar su conducta a la intención creadora de Dios, manifestada en la propia naturaleza del matrimonio y de sus actos y constantemente enseñada por la Iglesia”. (Pablo VI, 1998, pág. 12).

Los métodos naturales, como el método del ritmo, siguieron siendo los únicos permitidos pues “Dios ha dispuesto con sabiduría leyes y ritmos naturales de fecundidad que por sí mismos distancian los nacimientos”, aunque también se aceptó el uso de métodos llamados “terapéuticos”, es decir, aquellos formulados para curar alguna enfermedad o irregularidad del organismo, siempre y cuando no sean realmente queridos. (Pablo VI, 1998, pág. 17) Este argumento se aprovechó muchísimo por parte de las mujeres y los médicos para poder utilizar la píldora anticonceptiva, alegando que se usaba como medio para “curar irregularidades del ciclo menstrual de las mujeres”.

La píldora fue, desde comienzos de la década de los sesenta, tolerada por la Iglesia cuando se utilizaba como complemento temporal del método del ritmo, pues la irregularidad del ciclo menstrual hace que este método natural sea aún más inseguro. La Iglesia aceptó que ese margen de error amerita la ayuda temporal de medicamentos hormonales mientras la mujer regula su ciclo. Prueba de esto son las conclusiones a las que llegó una mesa redonda que tuvo lugar en Medellín en 1963, donde más de 100 médicos y también un alto número de sacerdotes se reunieron para aclarar el uso lícito o ilícito de la píldora mientras se esperaba la posición oficial de la Iglesia. (Salazar Londoño S.J., 1963, pág. 463) Los resultados fueron los siguientes: El uso de la píldora se consideró lícito cuando la mujer presenta trastornos ginecológicos, siempre y cuando el medicamento realmente tenga un efecto curativo del trastorno. También se consideró lícito su uso para regular ciclos menstruales y permitir después del tratamiento, como dije anteriormente, mayor efectividad del método de la continencia periódica. Hubo también algunas situaciones en las que no se logró decidir si era o no conveniente el uso. Dentro de estas circunstancias está el periodo post-parto, la formulación del medicamento para anticipar o retrasar la menstruación y, la más increíble de todas: “Para inhibir la ovulación en una

mujer soltera o casada cuando se encuentra en pleno riesgo de ser violada” (Salazar Londoño S.J., 1963, pág. 425)

La píldora se consideraba inmoral cuando la mujer libremente decidía, como dueña de su cuerpo, evitar un embarazo, pero se discutía la posibilidad de encontrarla moralmente aceptable para evitar un embarazo causado por violación. Es la moralidad del uso la píldora la que se discutía, no la violación. En lugar de buscar la manera de proteger a las mujeres de la violación en cualquier circunstancia, se pensaba en frenar las consecuencias biológicas de esa violencia de la que se aceptaba iba a ser víctima. Una vez más se muestra, y de una forma muy cruda, cómo las mujeres y sus intereses pasaron a segundo plano en esta problemática. Esta indiferencia contra la violencia hacia las mujeres no es solo un asunto religioso o una realidad colombiana, sino que ha sido un problema presente en casi todo el mundo. En un estudio sobre la píldora anticonceptiva en Francia en 1972, un médico afirmó oponerse a su uso con excepción de algunos casos particulares, entre ellos el siguiente:

En muchas parejas el marido es alcohólico y eso no es un misterio para nadie. A nivel de las relaciones sexuales, la mujer es continuamente violada por su cónyuge. ¿hay que defenderla? ¡Eso es evidente! Y como en este instante no hay ninguna posibilidad de educación del marido, la píldora permitirá que esta pareja no tenga una progenie demasiado abundante. (Genouël, 1972, pág. 150)

Antes de seguir quiero aclarar que la discusión sobre la píldora y la violación se dio en una reunión a la que asistieron sacerdotes y médicos, pero no puede tomarse como un postulado de la Iglesia católica en general ni de la comunidad médica en general. De hecho la referencia citada es la única en la que encontré este tema.

La píldora, por las razones que sean, resultó ser el único método tolerado por la Iglesia, fue mucho menos atacada que el dispositivo intrauterino, considerado no preventivo sino abortivo:

Con base en los conocimientos científicos que siguen precisándose, el uso del dispositivo intrauterino, anillo o espiral, ocasiona cada vez que hay fecundación la muerte de un ser humano en las etapas iniciales de su desarrollo. Esta es una situación inaceptable para toda persona que comparta la declaración de los derechos Humanos, el primero de los



cuales es el derecho a la vida, y en este caso concreto el derecho a nacer. (Cifuentes, 1971, pág. 51)

Después de dejar claro cuáles son los métodos prohibidos, la encíclica *Humanae Vitae* explica que algunas de las graves consecuencias de su uso incluyen la infidelidad de los conyugues y la posibilidad de que los hombres empiecen a considerar a sus esposas como instrumentos de “goce egoistico” y no como una compañera respetada y amada. (Pablo VI, 1998, pág. 19). Para hablar en el lenguaje utilizado por los promotores de la planificación familiar, Pablo VI da su propia definición de *paternidad responsable*.

En relación con las condiciones físicas, económicas, sociológicas y sociales, la paternidad responsable se pone en práctica ya sea con la deliberación ponderada y generosa de tener una familia numerosa, ya sea con la decisión tomada por graves motivos y en respeto con la ley moral, de evitar un nuevo nacimiento durante algún tiempo o por tiempo indefinido. (Pablo VI, 1998, pág. 12)

Ahora, ya aclarada la posición oficial de la institución, es importante mencionar que no todos sus representantes en Colombia ni en otros países se dirigían a la población como lo hacían las altas jerarquías eclesiásticas, es decir dando respuestas a los otros actores de la problemática y explicando las razones por las cuales la Institución tomó una u otra decisión. A las normas dictadas por la Iglesia, con su clara posición patriarcal, se sumaba la cultura machista de nuestro país, dando como resultado una resistencia muy fuerte a posibles libertades de las mujeres. La visión de paternidad responsable, por ejemplo, fue entendida por los creyentes en Colombia con la resumida y famosa frase “hay que tener los hijos que dios mande” o con la afirmación, también muy difundida, de que los matrimonios deben tener todos los hijos como sean capaces de engendrar, alimentar y educar en una vida humana y cristiana. (Valtierra S.J, 1965, pág. 552)

La intimidación se utilizó como herramienta para evitar que los métodos anticonceptivos se convirtieran en un factor que cambiara la posición de las mujeres y su rol en la sociedad. Con intimidación me refiero a las advertencias que las mujeres escuchaban sobre el pecado y sobre la reputación que podían obtener al utilizar anticonceptivos, especialmente las mujeres solteras, que quedaban más expuestas que las casadas a la condena social y la estigmatización. La iglesia también difundía la idea de que

las mujeres que utilizaban anticonceptivos transgredían las normas de su naturaleza y su papel fundamental, como lo muestra la opinión de un sacerdote jesuita:

La prácticas anticoncepcionales cuando se generalizan son un verdadero atentado contra la natalidad, se desintegra el instinto creador y surge esa especie de mezcla sin distinción entre los sexos, el hombre se hace más afeminado y la mujer se masculiniza. Es un resultado fatal de la confusión de los sexos y el olvido de sus funciones esenciales de padre y madre. (Valtierra S.J, 1965, pág. 551)

Esta fatalidad de la confusión de los roles de los hombres y mujeres tiene que ver con que las características femeninas se solían relacionar con la debilidad, la sumisión y, obviamente, la vida doméstica, mientras que el hombre se pensaba como poseedor de fortaleza, independencia y autoridad. Teniendo esto en cuenta, difundir la idea de que la anticoncepción podía hacer de un hombre un “afeminado” logró hacer más fuerte el rechazo hacia la anticoncepción por parte de los hombres, como veremos en algunos testimonios más adelante.

Las encíclicas también fueron interpretadas acorde a la cultura machista, pues aunque el Papa no responsabiliza únicamente a las mujeres de una posible infidelidad, sino que la piensa como un error en el que pueden caer los dos conyugues, es así como se interpretó en Colombia, pues en nuestro país a los hombres no se les condena socialmente por ser infieles, a las mujeres sí. De hecho, todavía hoy en día la infidelidad de un hombre es más tolerada y no afecta su reputación, mientras que las mujeres son condenadas socialmente por este tipo de conductas.

Otro ejemplo de estas interpretaciones es que aunque el Papa afirma que el hombre puede perder el respeto a su esposa para utilizarla como “goce egoístico” en vez de esto se afirma en Colombia que la anticoncepción acerca a las mujeres al estado de prostitución: “Lo decimos con pena pero es verdad: al obrar de esta manera, la mujer legítima queda reducida prácticamente al a condición de prostituta” (Benavides S.J, 1964, pág. 29)

Tanto la primera como la segunda afirmación muestra a la mujer como una persona cuya existencia está sujeta a los deseos de otro. En primer lugar, ¿el sexo practicado por las mujeres sin la búsqueda de procreación no puede ser visto como goce? ¿Sólo los hombres

sienten placer sexual? En cuanto a la segunda afirmación, ¿tener relaciones sexuales sin buscar un embarazo es lo mismo que vender el propio cuerpo? ¿las únicas cosas que puede recibir una mujer en sus relaciones sexuales son hijos o dinero?

Como vemos, todavía no existía en el horizonte mental un lugar para el erotismo, el placer y la sexualidad de las mujeres, sus posibilidades frente a la sexualidad parecían reducirse a madres, esposas (fieles o infieles) o prostitutas. Con lo anterior quiero decir que casi todas las consecuencias inmorales que se supone trae consigo la anticoncepción fueron cargadas en los hombros de las mujeres, ellas fueron catalogadas de prostitutas y de infieles, de dar la espalda a su instinto procreador y a su rol esencial... o a su único rol: ser madres. Algunas mujeres, con los testimonios de sus experiencias, pueden evidenciar mejor cómo alrededor de la anticoncepción no había actitudes favorables al cambio de rol de las mujeres. Elvira Gonzáles, quien vivió su etapa reproductiva en este periodo, relata al respecto:

“Yo tenía como 14 años (la edad de mi mamá cuando se casó) y mi mamá como 13 hijos, cuando escuché por primera vez lo del control de la natalidad. Resulta que fuimos a hacerle visita a una señora que acababa de tener un niño y la señora tenía un radio Phillips grandísimo donde estaban pasando las noticias. Entre las noticias dijeron que se acababa de descubrir un nuevo método que eran unas pastillas que servían para no tener tantos hijos. Mamá cogió a reírse y le dijo a la dueña de la casa que se llamaba Mónica: «¿Si oyó, comadre, que ahora sí hay métodos para no tener tantos hijos?». Entonces, otra señora que estaba en la visita comentó: «¡Uy!, Virgen María Purísima, esto sí va a ser el fin del mundo. ¿Entonces, que va a ser de nosotras las mujeres? Si nosotras fuimos creadas para poblar la tierra, lo dijo Nuestro Señor en la Biblia: creced y multiplicaos».

Este testimonio no muestra una excepción, sino la situación de gran parte de las mujeres en nuestro país, no solo en cuanto a la cantidad de hijos que tenían durante la primera mitad del siglo XX, sino en la concepción que tenían de sí mismas debido a la forma como fueron educadas y, obviamente, por la influencia católica. Estaba tan aceptado incluso por las mujeres que ser madres y esposas era su deber, que cuando la mujer del testimonio escuchó que existían formas para no tener hijos no se le ocurrió qué podía hacer una mujer con su vida. Es importante recordar que las mujeres también son parte de la

cultura de la sociedad en la que viven, y han participado, en este caso, del pensamiento machista, en su vivencia y en su transmisión, las mujeres estuvieron, al igual que los médicos, apoyando diferentes perspectivas y no vieron la anticoncepción de forma unánime. No es posible con ellas, así como con ningún otro actor social, generalizar su posición y afirmar que todas las mujeres han estado siempre separadas de esta forma de pensar el mundo que separa tajantemente las oportunidades y realidades de las mujeres de aquellas de los hombres, por esta razón afirmo que la revolución de las mujeres fue paulatina.

Al principio, durante estos años de los que me ocupó en esta investigación, ni siquiera las mismas mujeres eran tan conscientes del cambio que estaban generando en la cultura. Me refiero a que solo el hecho de planificar (con cualquier método) no significa una emancipación, no significa querer cambiar de rol social, no significa transformar radicalmente la forma de pensar la maternidad. Es posible que su uso de anticonceptivos por parte de las mujeres se haya relacionado más, en un comienzo, con el cansancio, la cantidad de trabajo y la responsabilidad que implica la crianza de un número muy elevado de hijos, más que una revolución sexual. Entonces, lo que hizo en las mujeres el uso de anticonceptivos fue que permitió que con el tiempo y, al vislumbrar las posibilidades hacia el futuro, las mujeres empezaran a pensarse a sí mismas fuera de las casillas establecidas para ellas desde hace siglos.

Si bien todavía no se estaba dando en Colombia una emancipación en voz alta por parte de las mujeres, si aún no salían a las calles a gritar y exigir el reconocimiento de sus derechos, sí se puede encontrar en este periodo acciones silenciosas pero significativas en pro de una mayor libertad. Por ejemplo, era muy frecuente el uso de la anticoncepción a escondidas de sus parejas. Al saber que era muy probable que los hombres se negaran a la planificación (debido a la difundida creencia sobre la infidelidad) y decidieran no darles permiso a sus esposas para planificar (los médicos solían pedir una autorización de los esposos), muchas mujeres decidieron simplemente no contarles:

“Me fui a un centro de higiene y le pedí al médico que me formulara la píldora. El doctor me preguntó si mi esposo estaba de acuerdo, yo le dije que no. Entonces me dijo

que él me las formulaba pero que viera a ver cómo hacía para esconderlas” (Galvis, 1995, pág. 18).

Este testimonio nos muestra cómo las mujeres encontraban en algunas personas, principalmente médicos, una especie de cómplices para lograr de sus objetivos de forma silenciosa, aunque estas personas no buscaran o no pensarán siquiera en una transformación del orden social. Nayibe Ruíz Romero también tuvo una experiencia como esa cuando, después de tener su cuarto hijo decidió hacerse la ligadura de trompas:

Mi esposo era de los que creían que si uno planificaba era porque quería estar con otros hombres. Un pensamiento muy machista, y como él es muy machista, su pensamiento era: “Si ésta no queda embarazada, con lo joven que es se acuesta con cualquiera y yo no lo voy a saber” (...) Un día volví donde el doctor Rafael Uribe y le dije mentiras, que mi marido no se encontraba en la ciudad y que por eso no me había acompañado. Entonces, el problema fue conseguir la sala de cirugía porque el hospital era atendido por monjas y el síndico no daba permiso para que se hicieran esas operaciones (...) Al fin me operó. Todavía me acuerdo de la fecha: 2 de octubre de 1972, a las siete de la mañana y me costó 200 pesos. Yo tenía 27 años. Fue a escondidas del hospital y de mi marido. (Galvis, 1995, pág. 66)

Esta decisión de resistencia silenciosa se dio en todos los estratos y fue una manera que las mujeres encontraron de obedecer a sus deseos sin el riesgo de recibir una respuesta negativa o violenta. Muchas lo hicieron por miedo, otras, como Lucy Jaimes, cuya experiencia citaré a continuación, lo hacían porque les parecía lógica esa salida, porque creían que la forma más inteligente de hacer con su cuerpo lo que querían no era manifestar sus deseos abiertamente sino evitando que su autonomía fuera vista, por decirlo de alguna manera, moviéndose con las reglas del juego y con las posibilidades:

Yo comencé con pastillas [...] a mi marido no le conté porque no sabía si lo iba a aceptar y yo no quería una cantaleta diaria, no quería que eso se convirtiera en motivo de pelea. Yo creo que uno debe ser muy leal y muy sincero con su marido, pero hay cosas que no se les debe contar a ellos. Uno tiene que actuar con lógica, ser pensante, para eso Dios le dio a uno facultades. Eso es algo que yo siempre he tenido presente, lo que conviene y lo que no conviene. (Galvis, 1995, pág. 116)

Lo que nos dicen estos testimonios es que todas las discusiones y confrontaciones entre instituciones, disciplinas, autoridades eclesiásticas y políticas sobre el desarrollo económico, sobre la moral, sobre la infidelidad, no fueron elementos que, en general, las

mujeres tuvieran muy en cuenta a la hora de planificar, pues, aunque a nadie aparte de ellas le importara, tenían sus propias razones personales y no decidían si quedar embarazadas o no para estar a favor o en contra del desarrollo, para esperar a que el Papa se pronuncie o no. No estoy afirmando que las mujeres hayan estado ausentes en la problemática, todo lo contrario, mientras los hombres discutían en voz alta sobre el tema, miles de mujeres actuaban silenciosamente, casi sin ser percibidas, pero a una velocidad impresionante, dando los primeros pasos de la lucha que a finales de los años 70 saldría a las calles. El papel de las mujeres no puede considerarse pasivo, fueron ellas las que actuaron aunque no lo manifestaran aún en voz alta, ellas llevaron a cabo la acción más importante en la reducción de la natalidad en el país tomando las herramientas traídas por Profamilia. Las mujeres jugaron con las reglas de su momento, muchas buscaron la forma de actuar sin ser percibidas porque conocían bien el funcionamiento de la estructura social y la posición en que se encontraban. Fue el silencio el que les permitió hacer uso de su libertad, aunque hoy pueda causar trabajo a algunos entender una acción como libre si no puede realizarse ante los ojos de los demás.

Entonces, la opinión de la Iglesia no logró crear culpabilidad en gran parte de sus creyentes por más católicas que fueran porque, como dije anteriormente, las mujeres encontraron sus propios motivos para planificar, motivos diferentes a los pensados por la Iglesia, diferentes a las metas del Estado o de Profamilia:

Antes [de planificar] fui a confesarme y le dije al padre lo que iba a hacer. El me contestó que yo que derecho tenía de negarle la vida a los hijos, que supiera que estaba cometiendo un pecado muy grande. Eso me dijo, pero yo ya me había prometido a mi misma «hasta aquí llegué yo ya no tengo más hijos», de manera que, por encima de mi marido, de las monjas, del síndico del hospital y de la voluntad eclesiástica, me fui para Profamilia, y eso que yo era muy católica. Mejor dicho soy muy católica, voy a misa, hago los primeros viernes, confieso y comulgo. Pero le digo que yo no creía estar cometiendo ningún pecado. Me parecía más un deber conmigo misma. (Galvis, 1995, pág. 66)

Claro, no puedo decir que no existieron excepciones. También hubo casos de mujeres cuyas creencias y miedos frenaron cualquier intención de planificar. Este es el caso de Olga Montaña:

Me acuerdo que cuando uno hablaba del anoblar<sup>2</sup> la gente decía «¡uy! Eso es para no tener hijos y solamente la toman las mujeres malas». Eso era lo que se decía y yo lo creía y por eso no la tomaba, porque no quería ser una de esas mujeres. Y para completar, desde pequeña, yo siempre había oído que las mujeres se casaban para tener todos los hijos que Dios mandara. [...] Le tenía miedo al embarazo. No, al fin no me tomé el anticonceptivo porque el temor al infierno pudo más y quedé embarazada por segunda y tercera vez. Fue el miedo a llenarme de hijos el que me llevó a la conclusión de que, si no podía evitarlos, tenía que separarme. (Galvis, 1995, pág. 84)

Este es un testimonio que da cuenta tanto de la influencia de la Iglesia y las estrategias de intimidación como del miedo a la condena social, al desprestigio, a ser vista como una “mala mujer”, maldad que seguramente se refería a conductas sexuales que no se consideraban propias de las mujeres sino de los hombres, como tener varias parejas sexuales.

Como dije al principio de este capítulo, la planificación, a escondidas o no de los esposos, permitió que aumentara el número de mujeres participando en el mercado laboral remunerado, pues las responsabilidades de crianza y la imposibilidad de espaciar los embarazos hacía que las actividades fuera del hogar no fueran de fácil acceso para muchas. Me parece necesario agregar la palabra «remunerado» porque el trabajo doméstico que las mujeres han realizado prácticamente toda la vida no solo no se encuentra en esa categoría, sino que no es reconocido, como si cuidar de un hogar y de todos sus miembros no requiriera esfuerzo o como si no fuera sido transcendental en la calidad de vida de millones de familias. Como lo dice Florence Thomas:

Las mujeres del mundo entero no han dejado un solo día de trabajar, no han dejado un solo día de estar al frente de la dinámica cotidiana de la vida y de su mantenimiento, ocupándose de la limpieza del mundo, del hambre del mundo, de las enfermedades del mundo, de los tejidos del mundo, de los consuelos del mundo, de los dolores de estómago y de aquellos del alma del mundo. (Thomas, 2008, pág. 54)

El trabajo remunerado fue más accesible que antes a las mujeres, independientemente de si tomaran o no la decisión de participar en él. Es decir que es menos complicado acceder al mercado laboral cuando se puede planear los embarazos, pero esto no quiere decir que todas las mujeres que tuvieron acceso a la planificación decidieron,

---

<sup>2</sup> Anoblar fue una de las primeras píldoras anticonceptivas que llegaron al país.

en consecuencia, trabajar. Tampoco quiere decir que la anticoncepción haya sido el motivo principal que impulsó a que las mujeres buscaran un empleo fuera de su hogar. De hecho, algunas encontraban justo que hubiera un equilibrio, una repartición de las cargas, es decir que si la mujer era madre y era responsable por la casa, no debía ser responsable también de la parte económica, Lucy Jaimes, una mujer que planificó y decidió tener solo dos hijos, comenta:

No trabajé ni quería trabajar después de casada. Mi vida ha sido de total dedicación a mi marido y a mis hijos y me hubiera parecido terrible tener que salir a trabajar porque hacía falta plata para el arriendo y el mercado [...] Si uno se metía en el cuento de tener hijos, de ser sumiso, de ser leal, también tenía que haber una recompensa. A mí no me parecía justo casarse para seguir moliendo y encima responder por la casa, servir al marido y cuidar a los hijos. (Galvis, 1995, pag. 121)

El anterior es un buen ejemplo de la plena participación de las mujeres en la estructura tradicional de la familia y en que muchas sí estaban de acuerdo con esa distribución de roles y responsabilidades aun haciendo uso de la planificación familiar. También es una muestra de la conciencia que tenían algunas personas de que el trabajo remunerado traía consigo una adición de cargas, no una transformación del rol tradicional en el hogar. El testimonio citado me parece oportuno para mencionar, una vez más, que no es posible generalizar la posición de las personas que vivieron esta problemática, incluyendo a las mujeres.

En el caso de las mujeres que decidieron acceder al mercado laboral, ganar su propio dinero empezó a trazar el camino hacia la independencia económica o, por lo menos, a la menor dependencia. Este es uno de los pasos más importantes que las mujeres dieron durante el siglo XX, pero, como siempre, hubo grandes resistencias culturales. Hoy es el día en que las mujeres, en promedio, seguimos ganando menos que los hombres en todos los campos laborales siendo o no profesionales. (www. elespectador.com, 2012) Las mujeres comenzaron su trayectoria en el mercado laboral, y muchas siguen trabajando, en condiciones de inequidad, pero no me refiero solamente a la desigualdad salarial. El papel de las mujeres como cuidadoras de la casa, encargadas de la limpieza, la crianza de los hijos y el cuidado la pareja no se transformó, se mantuvo y para muchas mujeres todavía se



mantiene. El rol no cambió, sino que a este se le adicionó la jornada laboral fuera del hogar. (Cabal, 2012, pág. 30) El logro de obtener más autonomía mediante el trabajo remunerado no significó necesariamente un mejoramiento en la calidad de vida, sino muchas más responsabilidades que no eran compartidas con sus parejas. ¿Cómo podría mejorar la calidad de vida de una mujer que, después de trabajar las mismas horas que su esposo, llega en las noches a hacer la comida, lavar los platos, ayudar a los niños con las tareas y prepararlo todo para el día siguiente? ¿Esta forma de vida puede realmente entenderse como una elevación del estatus de las mujeres? Este es un interrogante que vale la pena tener en cuenta no solo para entender la problemática de las mujeres y la anticoncepción en los años sesentas y setentas, sino la realidad de nuestros días, casi cincuenta años después de la polémica de la planificación familiar.

Como dije en algún punto del análisis, no se le puede adjudicar a la anticoncepción por sí sola una transformación cultural ni una revolución. Los medicamentos anovulatorios o los dispositivos intrauterinos no pueden eliminar elementos culturales fuertemente arraigados con su solo uso, tampoco son suficientes para hacer que las personas cambien rápidamente su forma de concebir la familia. No se puede afirmar que los métodos anticonceptivos son buenos o malos en sí, es el uso que se les dé, las intenciones de su distribución y promoción lo que puede ser calificado de correcto, incorrecto, revolucionario, inmoral, honesto, deshonesto, contestatario, etc. Como cualquier otro avance científico y tecnológico, la anticoncepción puede ser utilizada para una infinidad de objetivos e interpretada de diversas formas.

### **2.3 Los incompatibles: Iglesia Católica y pensamiento socialista**

Como he mencionado varias veces, el argumento de que la superpoblación era un peligro y un agravante de la situación económica justificaba, a los ojos del Estado y de gran parte de la población en general, la distribución de anticonceptivos. Lo que la Iglesia católica tenía en común con algunos seguidores del pensamiento socialista era precisamente

el no estar de acuerdo con el control de la natalidad como medio para combatir la pobreza. Estos dos actores de la polémica, aparentemente incompatibles, consideraban que la actitud casi obsesiva con el tema de la “explosión demográfica” no estaba de acuerdo con la realidad, sino que más bien se exageró demasiado la desproporción entre los recursos y la población para que se mantuviera sin mayores inconvenientes la dominación de un grupo humano (una minoría) sobre los otros, es decir que sobredimensionar el problema del crecimiento poblacional permitía disfrazar la verdadera causa de la pobreza, es decir, la distribución inequitativa de la riqueza. Dos autores pueden dar cuenta de estos puntos en común. En 1964 Carlos Benavides S.J. publicó en la Revista Javeriana:

Se está exagerando el problema de la superpoblación de un modo que casi llega al ridículo. [...] si hoy día mucha gente no come, ni tiene donde vivir no es por la sobrepoblación ni porque la tierra no tenga reservas con qué satisfacer las necesidades. Es por egoísmo de los hombres que acaparan y acaparan, que no tienen reparo en destruir alimentos para que suban o se mantengan los precios.” (Benavides S.J, pág. 27)

En 1974 la Universidad Nacional de Colombia publicó un trabajo que contiene una perspectiva muy similar a la anterior en cuanto al a exageración de la magnitud del crecimiento poblacional, esta vez, desde una mirada socialista:

Una tremenda explosión demográfica es falsa, porque si bien es cierto que los hombres se han multiplicado en los pueblos, también se han multiplicado los medios de producción debido a los avances técnicos en la agricultura y la ganadería. El error resulta en que estos medios de producción se encuentran concentrados en unas pocas manos y por tal motivo los explotadores de turno recurren al genocidio masivo como es el control de la natalidad para poder seguir explotando esos medios de producción. (Padilla, 1974, pág. 11)

Los argumentos de algunos autores socialistas, como el citado anteriormente, para oponerse a la planificación se apoyaron en algunas afirmaciones realizadas por Engels, Lenin y Stalin, como son las siguientes:

“La más franca de las declaraciones de guerra de la burguesía contra el proletariado es la teoría de la población de Malthus, abominable blasfemia contra la naturaleza y contra la humanidad. Malthus tiene razón a su manera cuando pretende que hay siempre un exceso de población; se equivoca cuando pretende que existen más seres humanos de los que podrían alimentar los medios de subsistencia producidos.” (Engels, citado en Padilla, 1974)

“El pequeño burgués, desesperado de su porvenir busca la salvación en la limitación de los nacimientos. El obrero sabe que su clase triunfará; así es el enemigo del malthusianismo. Lucha para que sus hijos sean más felices y con sus combates prepara la victoria [...] Somos enemigos absolutos del malthusianismo, de esa tendencia propia de la pareja pequeño burguesa y egoísta” (Lenin, citado en Padilla, 1974)

“El hombre es el capital más precioso. El pueblo tiene la necesidad de nuevos combatientes, los hijos que suben hacia la luz.” (Stalin, citado en Padilla 1974)

Claramente la Iglesia no tenía los mismos ideales y propósitos políticos de los sectores de izquierda. Adentrarme en las luchas y fundamentos de este último grupo no es un objetivo de esta investigación, lo que quiero aclarar es que La Iglesia y algunos autores socialistas sí estuvieron de acuerdo, realmente, en algunos argumentos que los llevó a rechazar la planificación familiar, no unieron fuerzas de forma injustificada, sino que, a pesar de sus grandes diferencias, tuvieron coincidencias en su forma de interpretar la problemática. Las dos partes afirmaban que sí existían recursos para poder alimentar a la totalidad de la población aunque el número de hijos por mujer aumentara, el problema, para ellos, era la forma cómo se aprovechaban y distribuían esos recursos. Por ejemplo, la revista javeriana publicó en 1964 un artículo en el que se afirmaba que el mundo tenía recursos para alimentar a millones de personas más y que la ciencia avanza con rapidez creando nuevas posibilidades. El problema, entonces, tiene que ver con la distribución inequitativa de la tierra. (El espectro de la natalidad, 1964, pág. 140)

El economista José Consuegra Higgins, en su libro *El control de la natalidad como arma del imperialismo*, afirma que la posición de la Iglesia Católica no era solamente moral, sino que tenía fundamentos económicos razonables:

“A veces se piensa que el planteamiento de la Iglesia es pura y exclusivamente moral y, por lo tanto, un poco ajeno del examen económico y político. Y nada más alejado de la realidad que este concepto. [...] En las encíclicas y pronunciamientos del clero se exponen, con sobrada lucidez, tesis sobre los orígenes de las desigualdades sociales y de sus posibles soluciones.” (1972, pág. 106)

En marzo de 1967 en la Encíclica *Populorum Progressio*, el Papa manifestó la preocupación de la Iglesia católica por los problemas de inequidad entre personas y naciones que se hacen cada vez mayores y no se limitan a las disparidades de recursos

económicos sino al ejercicio del poder de unos sobre los otros: “Mientras que en algunas regiones una oligarquía goza de la civilización refinada, el resto de la población, pobre y dispersa está privada de casi todas las posibilidades de iniciativas personales y de responsabilidad, y muchas veces, incluso, viviendo en condiciones de vida y de trabajo indignas de la persona humana.” (Pablo VI, 1998, pág. 10).

La encíclica buscó plasmar la posición oficial de la Iglesia católica frente al desarrollo, y ésta afirma que no puede entenderse el desarrollo solo desde la perspectiva económica, sino que debe ser un desarrollo integral, y solo esto le permitiría ser auténtico. Con integral se refiere a que no puede haber una diferenciación entre la economía y lo humano. “Si para llevar a cabo el desarrollo se necesitan técnicos cada vez en mayor número, para este mismo desarrollo se exige más todavía pensadores de reflexión profunda que busquen un humanismo nuevo, el cual permita al hombre moderno hallarse a sí mismo.” (Pablo VI, 1998, pág. 18)

Consuegra apoya las afirmaciones de la Iglesia católica en cuanto a la exagerada atención a la explosión demográfica como un nuevo sistema de distracción sin fundamentos válidos desde la economía y también la relaciona con el interés de unos pocos por mantener una posición privilegiada. El autor consideraba, además, la explosión demográfica como una tesis puramente política que sirve a los intereses de países económicamente más poderosos para mantenerse en esa posición y “achacarle a los pueblos sojuzgados la culpa de su propia situación. (Consuegra Higgins, 1972, pág. 21). Es decir que había una interpretación de la anticoncepción como un arma imperialista. Con la frase “países económicamente más poderosos” se refiere, claramente, a Estados Unidos.

Aquí es importante recordar que la totalidad del dinero que financió a Profamilia y al Departamento de Estudios de población de Ascofame provenía de diferentes entidades estadounidenses como la Fundación Ford y Fundación Rockefeller entre otras instituciones que funcionaron como intermediarias entre el gobierno norteamericano y las entidades privadas. De tal manera que en la interpretación de la problemática desde la perspectiva de la dominación de unos sobre otros no solo se incluía a las élites políticas colombianas, sino

a la intervención internacional. Este fue uno de los puntos que más impulsó la oposición a la planificación por parte de los partidarios del socialismo, despertó incluso protestas de algunos estudiantes de las universidades públicas contra de las campañas y de la participación de ASCOFAME en la problemática. (Seltzer & Gómez, 1998, pág. 38) Por ejemplo, algunos trabajos académicos en contra de la financiación de los programas de planificación en Colombia se realizaron con la intención de realizar una denuncia ante la opinión pública, afirmando que el control natal era una forma grave de violencia contra la población colombiana patrocinada por “este genocida imperialismo, que desea matar masivamente al pueblo colombiano con la complicidad de la actual clase dirigente” (Padilla, 1974) Este autor, por ejemplo, coincide con la Iglesia no solo en las razones económicas, sino también en cuanto al comportamiento sexual de las mujeres:

“Una de las causas de la prostitución en nuestro país es el control natal, puesto que conduce a una prostitución legalizada, ya que con los métodos anticonceptivos la mujer no teme quedar embarazada y por tanto se encuentra en igualdad de derechos como el hombre para satisfacer sus deseos sexuales sin ninguna limitación”. (Padilla, 1974)

En este punto es importante aclarar que no estoy afirmando que todos los partidarios del pensamiento socialista hayan tenido estas opiniones acerca de las mujeres, lo menciono para evidenciar que las resistencias hacia la igualdad de derechos entre hombres y mujeres se encontraban en todos los sectores de la sociedad que compartían la misma cultura machista. Es entendible que los simpatizantes de la izquierda y los representantes de la Iglesia coincidieran en sus perspectivas sobre el papel de las mujeres en la sociedad, no podían extraerse del contexto cultural que compartían.

Volviendo a la intervención internacional, los dos actores que estoy analizando compartían la opinión de que los anticonceptivos podrían estar siendo utilizados por el gobierno de los Estados Unidos como un mecanismo de control sobre la población de otros países, esto explicaría su gran interés por financiar a las entidades promotoras de planificación familiar en Latinoamérica. El peligro estaba en que la estrategia era eficaz, es decir que, si se tomaba como una verdad absoluta la tesis de que disminuir los nacimientos era una necesidad para el desarrollo y que este jamás se podría llevar a cabo sin el control demográfico, la intervención iba a ser aceptada fácilmente:

Todo lo que tenga aspecto de combatir la pobreza será considerado probablemente como legítimo y justo [...] ¿En qué base sería y razonable podría un gobierno apoyar una política de asistencia a otro gobierno para reducir la tasa de crecimiento de sus pueblos? ¿Es sólo la simple ilusión de que desterrarían la pobreza y el hambre si se llegara a persuadir a las mujeres que renunciaran o difirieran la maternidad? (McGUIRE, 1962).

El problema empeoraría si esta estrategia, después de aceptada, se utilizara para hacer del control natal un “programa dirigido especialmente a los pobres y a las pobres naciones”. (Valtierra, 1965, pág. 427) El interés de los Estados Unidos por la financiación de Profamilia fue entendido por la izquierda como la consecuencia de un gran temor al aumento relativo de la población latinoamericana con respecto a la norteamericana en el contexto de la guerra fría. Por lo tanto se interpretó la inclinación estadounidense de atacar los problemas sociales de los países en desarrollo como una forma de detener la avanzada comunista. (Fajardo, 2007, pág. 223) Las acciones de los Estados Unidos no podían ser completamente desinteresadas, entonces, para crear cuestionamientos, se solían resaltar las posiciones de los políticos tanto estadounidenses como colombianos, como las siguientes:

En la campaña presidencial de 1960 en los Estados Unidos, se les preguntó a ambos candidatos sobre su actitud en frente de una legislación que autorice la ayuda oficial a los gobiernos que lo solicitaran para reducir el crecimiento de su población. Uno de los acandidatos, Richard Nixon, manifestó que él aprobaría tal legislación y garantizaba su ayuda. Su oponente, el actual presidente, declaró que si éste asunto se presentaba en su consideración lo estudiaría «a la luz de los mejores intereses para la nación» (McGUIRE, 1962, pág. 381)

Ahora, independientemente de si fue o no una estrategia de dominación estadounidense, es un hecho que la teoría de la explosión demográfica como freno del desarrollo se aceptó hasta convertirse en una verdad casi indiscutible. Algunos políticos en Colombia lo dejaban claro cuando se pronunciaban sobre el asunto. Alberto Lleras Camargo, por ejemplo, en la Asamblea Panamericana sobre el control natal en 1965 afirmó:

Latinoamérica está alimentando miseria, presiones revolucionarias, hambre y muchos otros problemas potencialmente desastrosos en porciones que superan nuestra imaginación aun en la edad de la guerra nuclear. La única manera para resolver este problema es el control natal. (Lleras, citado en Padilla, pág. 107)

El mismo año, Carlos Lleras Restrepo, en su candidatura presidencial dio una opinión similar:

Existe ya una convicción generalizada sobre el hecho de que el avance económico y el cambio social se frustrarán o serán insoportablemente lentos si nuestra población sigue creciendo a las tasas actuales. El problema se torna cada día más grave y la solución es el control natal (Lleras, citado en Padilla, pág. 108).

Misael Pastrana Borrero, en una entrevista publicada en el New York Times el 24 de marzo de 1971, expuso:

Cada 22 años a la tasa presente de crecimiento la población se dobla. Esto trae dificultades incalculables en educación, empleo y aún en alimentos. El problema no es simplemente del control de los nacimientos, que es un tema que se complica por las tradiciones religiosas y sociales. Un gran porcentaje del mundo actual proviene de los nacimientos ilegítimos, y aun los comunistas se oponen a la limitación en el crecimiento de la población porque afirman que es un mecanismo de los Estados Unidos para extremar su dominio. (Pastrana, citado en Padilla, pág. 109)

De tal manera que el temor de la Iglesia hacia la completa aceptación de la necesidad del control natal se materializó, la anticoncepción sería vista en estas décadas, por el gobierno colombiano, como una necesidad. Aunque no hayan actuado en la creación de leyes ni políticas al respecto, los gobernantes le atribuyeron a la teoría la importancia suficiente para darle luz verde al sector privado. A diferencia de la perspectiva generalizada de los Estados sobre la solución a la pobreza, la Iglesia insistía en la existencia de los recursos y en que los pueblos debían tener confianza en los avances de la ciencia y la tecnología, así como en la inteligencia de los seres humanos para aprovecharlos (1963, pág. 262).

Consuegra, apoyando la posición de la Iglesia y el socialismo, presentó un análisis del problema desde la economía para tratar de desmentir la tesis de la superpoblación. De todos los argumentos que el autor presenta tomaré —a grandes rasgos— tres que considero importantes para entender su oposición a la teoría de la sobrepoblación como riesgo potencial en América Latina. El primero es que en el periodo comprendido entre 1950 y 1964 las mayores tasas de crecimiento del producto nacional bruto se obtuvieron en los países que presentaron las más altas tasas de crecimiento de la población. Estos países

fueron Venezuela, México, Nicaragua y Perú. Lo contrario sucedió con los países con menor incremento poblacional como Bolivia y Argentina. El segundo argumento, que se relaciona directamente con el primero es que la población ha jugado un papel muy importante en el desarrollo y el progreso en diferentes momentos de la historia. En Estados Unidos, afirma, el ingreso nacional creció a un promedio de 4.8% anual en los sesenta años que van de 1869 a 1938 a pesar de que en los períodos de mayor florecimiento, la población se duplicó no solo por el crecimiento natural de la población, sino por la migración europea. “De ahí que más bien debe deducirse que cuando el desenvolvimiento económico no está trabado por otras causas, el aumento de la población es un importante estímulo al desarrollo” (1972, pág. 32) En cuanto a América Latina, Consuegra recuerda las políticas de población durante el siglo XIX en las que el aumento de la población y la inmigración hacían parte de los planes de las naciones para poder llevar a cabo la explotación de la infinidad de recursos existentes en un territorio tan amplio y rico. El autor cita a Juan Bautista Alberdi que resume este tema de la siguiente forma: “En América aumentar la población es extender el bienestar [...] en América gobernar es poblar”. (1972, pág. 34)

Finalmente, el último argumento del autor es que no hay nada más lejano de la realidad que afirmar que no existen recursos para alimentar a tanta población en el futuro. Los recursos naturales en combinación con los avances científicos podrían lograr el sostenimiento de una población hasta 50 veces mayor a la existente en 1972 si se aprovecharan las enormes cantidades de tierras cultivables que se mantienen inactivas por propietarios ausentes.

Después de haber expuesto los puntos en común entre algunos sectores de izquierda y la Iglesia, quiero aclarar que ésta última nunca se manifestó en contra del desarrollo y del progreso, sino que quiere mostrar que no debe olvidarse la importancia del ser humano en medio de una economía que se mueve por el deseo de obtener cada vez más, el capitalismo va de la mano, al fin y al cabo, de una fuerte cultura del deseo.



Los autores socialistas, al igual que la Iglesia y gran parte de los médicos, no incluyeron dentro de su análisis de la planificación familiar a las mujeres como individuos con sus necesidades ni sus deseos. En ese momento lo que consideraron importante fue la lucha contra la intervención de una potencia económica en nuestro país. Frente a una amenaza como el control de los Estados Unidos sobre la población, la libertad, igualdad y mejoramiento de la posición y calidad de vida de las mujeres en el país no fueron vistos como asuntos prioritarios, estos temas comenzaron a ser tenidos en cuenta, al menos para la discusión, a finales de los sesenta con la participación de mujeres feministas en los partidos de izquierda. (Canavate, 2009, pág. 75)

Teniendo en cuenta el análisis realizado sobre las diferentes miradas, diferentes perspectivas de algunos de los actores sociales más importantes en la problemática de la planificación familiar, puedo concluir que, durante los años sesenta y setenta el cuestionamiento por el cambio en el rol de las mujeres era todavía lejano, incluso para ellas mismas. Sin embargo, por distintas razones las mujeres actuaron, decidieron tener el control de su sexualidad aunque lo hayan hecho (la mayoría) de forma silenciosa, cautelosa y pocas veces con una intención contestataria. Estas acciones fueron mostrando con el tiempo un abanico de posibilidades a las mujeres, haciendo que se empezara cuestionar su papel tradicional. Ahora, la fuerte resistencia cultural no ha permitido que los avances en materia de libertades de las mujeres se den de forma rápida, mucho menos las que tienen que ver directamente con su sexualidad.

La Iglesia católica se mantuvo inflexible en su oposición a la planificación familiar a pesar de estudiar por años las diferentes perspectivas sobre la problemática. La Iglesia fue, definitivamente, el actor social más importante de la oposición que, a pesar de estar fuertemente arraigada en la cultura colombiana no pudo frenar la acción de las parejas (cuando el hombre participaba en la decisión de planificar) o de las mujeres, así como los sectores socialistas tampoco pudieron evitar la rápida difusión de la anticoncepción.

Es innegable la importancia de comunidad médica, especialmente de Profamilia, pues fueron algunos médicos los que abrieron estas nuevas posibilidades para las mujeres.

Sin embargo, es muy difícil afirmar que existía una opinión unánime entre los médicos que no pertenecían a la asociación, puesto que su posición no solo era determinada por su formación científica, sino por sus creencias religiosas, posiciones políticas y morales. Lo que sí es claro es que para la gran mayoría de médicos que apoyaban la planificación, el cambio de rol o de la estructura de la sociedad no iba de la mano con sus motivaciones, limitadas a la perspectiva económica que tenía el Estado colombiano sobre el crecimiento poblacional. La posición de este último fue mencionada de forma muy rápida, pues será el objetivo del capítulo siguiente.

### **3 ESTADO, LEY Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Si existe un actor social importante en una problemática que cambia las dinámicas sociales, familiares, demográficas y económicas de un país, ese actor es el Estado. La trascendencia de la posición estatal en este problema histórico es la razón por la cual su análisis no fue realizado en el segundo capítulo de este trabajo, como se hizo con los otros actores importantes, sino que requiere un espacio propio. El objetivo de este capítulo es analizar el marco normativo sobre la anticoncepción en Colombia —o más bien su ausencia— durante los años sesentas y setentas del siglo XX. Tener en cuenta la ausencia normativa es pertinente en cuanto permite entender el funcionamiento del accionar del sector privado y su rápido crecimiento, asimismo, evidencia el poder de la Iglesia católica en su papel de institución reguladora del orden social y, por último, aclara por qué la anticoncepción se encontraba en una posición de ambigüedad. Esta ambigüedad es uno de los elementos que hicieron de la planificación una práctica complicada y polémica. La posición del Estado colombiano fue de pasividad, pero la pasividad es también una acción que, como otras, tiene diversas implicaciones y consecuencias. Para realizar el análisis tendré en cuenta la forma como la planificación familiar fue pensada en el ámbito internacional y cómo el Estado colombiano asumió esos postulados. También forman parte importante del capítulo las normas vigentes en el momento, a la luz de las cuales algunos profesionales del derecho y representantes de la Iglesia católica interpretaron la planificación familiar.

#### **3.1 Planificación familiar. La difusión entre el vacío legal**

Desde la última década del siglo XX, la planificación familiar en nuestro país hace parte inseparable de los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos como derechos humanos. Estos derechos no están consagrados en un solo cuerpo normativo, sino que sus fuentes se encuentran en el ámbito nacional e internacional. Con relación al primero, su

legitimación se encuentra en la constitución política y su desarrollo se da por medio de la creación de leyes, decretos y otras disposiciones. Por ejemplo, la constitución política de Colombia de 1991, en el artículo 42 del segundo capítulo, dicta: “la pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos”. (Colombia, Constitución Política, 1991, pág. 37)

A partir de la constitución de 1991 la cara de la anticoncepción en la ley es humanitaria, busca el respeto a la dignidad humana y hace parte fundamental de los derechos de las mujeres. Es considerada fundamental porque constituye una base para que los demás derechos puedan materializarse. (Plata, 1988, pág. 139) Sin embargo, para que se haya llegado a este punto pasaron casi tres décadas e innumerables esfuerzos por parte de las entidades internacionales por hacer visible la importancia de la erradicación de las diferentes formas de discriminación hacia las mujeres alrededor del mundo. Los grandes esfuerzos de las Naciones Unidas, por ejemplo, se traducen en los eventos que se llevaron a cabo para lograr que los gobiernos incluyeran en sus políticas el problema de la desigualdad y discriminación hacia las mujeres y que se encargaran de llevar esas políticas a la práctica. Los eventos relacionados directamente con la planificación comenzaron en 1968 con la conferencia sobre Derechos Humanos realizada en Teherán, donde se proclamó por primera vez a la planificación familiar como un derecho básico de la pareja, ligado a la necesidad de erradicar la discriminación hacia las mujeres. (Cruz, 1996, pág. 7) El documento redactado el 12 de mayo como conclusión de la reunión afirma en los numerales 15 y 16, respectivamente:

“La discriminación de que sigue siendo víctima la mujer en varias regiones del mundo debe ser eliminada. Una condición jurídica y social inferior para la mujer es contraria a la Carta de las Naciones Unidas, así como a las disposiciones de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Es necesaria para el progreso de la humanidad la plena aplicación de la Declaración sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.”

“La protección de la familia y del niño sigue siendo objeto de preocupación de la comunidad internacional. Los padres tienen el derecho humano básico de determinar libremente el número y el espaciamiento de sus hijos” (Esser Braun, 1968, pág. 108).

Aunque se haya proclamado la planificación familiar como un derecho humano básico, no se aplicó como tal dentro de los diferentes países. El documento citado proviene de una conferencia, por lo tanto sus conclusiones, aunque son importantes porque ponen sobre la mesa problemáticas que se deben discutir, no tiene un carácter jurídicamente vinculante, es decir que crea compromisos políticos por parte de los Estados, pero no rige dentro de sus normas si no existe esa voluntad por parte de los gobiernos, de tal manera que puede quedarse en palabras y en compromisos que los Estados no cumplen. Eso fue lo que sucedió, puesto que para que los derechos sean derechos y no sueños, tienen que ser exigibles ante alguien. (Londoño A. , 1999, pág. 18)

El mismo documento de la conferencia aclara que no es posible llevar a cabo lo discutido sin la voluntad Estatal:

El objetivo primordial de las Naciones Unidas en la esfera de los derechos humanos es el logro por cada individuo del máximo de libertad y dignidad. Para la realización de este objetivo, las leyes de cada país deben otorgar a cada individuo, cualquier que sea su raza, idioma, religión o credo político, libertad de expresión, así como el derecho a participar en la vida política, cultural y social de su país.

Los Estados deben reafirmar su determinación de hacer cumplir efectivamente los principios consagrados en la carta de las Naciones Unidas y en otros instrumentos internacionales relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales. (Esser Braun, 1968, pág. 107)

Entonces, a pesar de que se reconoció en el ámbito internacional a la planificación familiar como derecho básico en 1968, no rigió de esta manera en nuestro país porque no fue tratada por el Estado como tal.

Esto no significa que el problema de la anticoncepción haya estado totalmente ausente en la agenda de gobierno colombiana. La problemática sí estaba presente en la agenda de gobierno, pero no desde la perspectiva propuesta en Teherán, sino desde una mirada puramente económica, como he explicado en diferentes puntos de este trabajo, la sobrepoblación era vista como un obstáculo para el desarrollo. Entre 1961 y 1970, el crecimiento poblacional se presentó en la agenda de gobierno de la siguiente manera: "...la grande amenaza de este tiempo, consiste en la explosión demográfica, que entre nosotros

no es ya una rigurosa hipótesis estadística sino la realidad que palpamos en cada paso cotidiano." (Lleras Camargo, citado en Cabal, 2010, pag 28) Aunque se aceptó la importancia de la planificación familiar, el gobierno no llevó a cabo ninguna política de intervención. La misma contradicción se presentó entre 1970 y 1974 durante la presidencia de Misael pastrana. En este período se afirmaba en la agenda de gobierno:

Una alta tasa de crecimiento en la población es un obstáculo al desarrollo por las siguientes razones: 1) Significa que una gran proporción de la población es joven y no está produciendo; 2) Menos mujeres trabajan fuera de sus hogares, [...] 4) alta proporción del ahorro y los préstamos externos, debe emplearse en proveer los mismos servicios a mayor número de personas, [...] 5) grandes familias en la clase de altos ingresos conduce a menos ahorro y formación de capital ; 6) La carga en la capacidad administrativa del país incluyendo educación, justicia y todos los servicios empeñados por el Estado crece continuamente [...]; 7) Las masas de pobres y de menos educados aumenta más rápido que la movilidad hacia arriba [...] (Pastrana, citado en Cabal, 2010, pag 28)

Como es evidente, la perspectiva de la planificación como derecho aún no era incluida en la agenda de gobierno de nuestro país.

Seis años después de la conferencia de Teherán, durante la Tercera Conferencia Mundial de Población organizada por las Naciones Unidas en Bucarest en 1974, se reafirmó el derecho a la decisión reproductiva y se amplió su definición para incluir ya no solo a las parejas, sino a los individuos. Al igual que en la conferencia anteriormente citada, se determinó que era vital el papel activo de los Estados en el respaldo de los derechos. Este respaldo debía funcionar mediante el acceso a la información, educación y métodos. (Profamilia, 2007, pág. 21) En Colombia estos puntos solo se llevaron a la realidad, y de forma parcial, por parte de Profamilia. Digo parcial porque no era posible para una entidad privada sin ánimo de lucro, que carecía de apoyo financiero por parte del Estado colombiano, lograr una cobertura de todo el territorio nacional en cuanto a prestación de servicios, información y educación, por lo tanto el acceso a la planificación familiar, a pesar de todos los esfuerzos de la entidad, no era completamente incluyente. Aunque no hubo un cambio real en la participación del Estado después de la conferencia de Bucarest, sí empezó a evidenciarse un giro en la perspectiva que tenía sobre la anticoncepción, este

giro es evidente en la agenda de gobierno entre 1974 y 1978 durante la presidencia de Alfonso López Michelsen: "El factor demográfico es uno de los aspectos fundamentales de una política integral de desarrollo y en ese sentido, se facilitará la información y los medios necesarios para que toda pareja e individuo decida libre y responsablemente sobre el número de hijos" (López, citado en Cabal, 2010, pag 28).

La realización de las conferencias citadas anteriormente muestra que ya se afirmaba en el ámbito internacional que sí debía haber un respaldo estatal a las parejas e individuos que decidieran hacer uso de la anticoncepción, también se estaba discutiendo la importancia de proteger a las personas (en especial a las mujeres) de la discriminación referente a su sexualidad. Es claro que las organizaciones internacionales estaban llamando la atención de los Estados para que entendieran su participación como una responsabilidad, por ejemplo, a partir de 1975 se empezó a dar un lugar prioritario a los derechos de las mujeres y su papel fundamental en el desarrollo de los países, se buscó crear planes de acción para mejorar las condiciones de desigualdad entre hombres y mujeres. Con estos propósitos, las Naciones Unidas convocaron a cuatro conferencias mundiales, al primera se llevó a cabo en México en 1975, la segunda en Copenhague en 1980, la tercera en Nairobi en 1985 y la cuarta en Beijín en 1995. El período comprendido entre 1975 y 1985 fue llamado el decenio de la mujer. (Naciones Unidas, 2000)

Durante la primera conferencia del decenio de la mujer se aclararon los objetivos específicos de acción para llevar a cabo durante los siguientes años:

1. Igualdad plena de género y la eliminación de la discriminación por motivos de género.
2. La integración y plena participación de la mujer en el desarrollo.
3. Una contribución cada vez mayor de la mujer al fortalecimiento de la paz mundial.

Al igual que las demás conferencias, se exhortó a los Estados la creación de metas, prioridades y estrategias para que los objetivos no se quedaran en palabras. Esta conferencia dio un paso muy importante, pues el primero de sus objetivos avanzó cuando se

aprobó en la Asamblea General la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, llamada la “carta de los derechos humanos de la mujer” en 1979. Un punto clave de la importancia de esta convención es que en ella se llega a la conclusión de que el control de las mujeres sobre su propio cuerpo y sobre su fecundidad es una necesidad para poder hacer ejercicio de todos sus otros derechos. Es decir que la planificación familiar se convirtió a partir de la Convención en un requisito, en un derecho que debe ser garantizado para que los demás se materialicen. Esta convención abrió las puertas a una nueva etapa de la problemática, dejando atrás poco a poco la visión puramente económica de la anticoncepción.

La convención marca una gran diferencia con las conferencias anteriores: esta sí es de carácter jurídicamente vinculante, es el primer tratado internacional en que legalmente los Estados adquieren la obligación de eliminar la discriminación contra las mujeres en la salud y en la planificación familiar, es el primer tratado en el que los gobiernos se comprometen a tomar las medidas apropiadas (Plata, 1993, pág. 150). En Colombia, la convención fue aprobada por la ley 51 de 1981. (Colombia C. N., 1981) Desde este momento en nuestro país, por lo menos en el papel, el Estado empezó a involucrarse. La planificación familiar empezó a ser pensada en nuestro país desde una perspectiva distinta, cada vez más alejada de la mirada puramente económica. Sin embargo, la participación del Estado siguió siendo débil y Profamilia continuó siendo la entidad que respondía a la demanda de métodos anticonceptivos, la participación estatal era tan baja que incluso en el año de 1993, según un informe de la Corporación Casa de la Mujer, para 1993 los servicios prestados por el Estado tenían una cobertura únicamente del 20% y Profamilia cubría el 70% de la demanda de métodos anticonceptivos modernos en el país. (Corporación Casa de la Mujer, 1998, pág. 8)

A pesar de que en el ámbito internacional se manifestaba la importancia de la participación estatal desde una perspectiva de derechos desde finales de los sesenta, el Estado Colombiano no llevó realmente a la práctica las recomendaciones internacionales sobre planificación familiar. Durante los años sesentas y setentas, todos estos logros en cuanto a los derechos de las mujeres no eran objetivos aún, por lo menos para el Estado



colombiano. No existió ninguna ley sobre la anticoncepción que acompañara la rápida difusión de los métodos anticonceptivos, tampoco hubo programas educativos ni políticas públicas y mucho menos una garantía contra la discriminación hacia las mujeres y sus decisiones en cuanto a su sexualidad y maternidad.

La ausencia de marco legal permite entender la libertad que tuvo Profamilia para expandirse tan rápidamente y para realizar programas de planificación sin ningún tipo de regulación o vigilancia. Algunos de estos programas fueron criticados por ser considerados peligrosos o irresponsables, como la distribución de píldoras anticonceptivas sin fórmula médica, la aplicación de dispositivos intrauterinos por parte de personal no médico y las estrategias publicitarias realizadas por medio de la radio.

Con relación a la distribución de anticonceptivos, las clínicas de Profamilia contaban con los espacios necesarios para atender a los pacientes de forma apropiada y recibir un alto número de usuarios en manos de personal capacitado: instructoras, enfermeras y médicos ginecólogos. Sin embargo, la entidad creó otro tipo de programas alternos al comprobar que las clínicas no permitían lograr una alta cobertura en los sectores de más bajos recursos por razones como la distancia, el transporte y, muchas veces, por el rechazo de las mujeres a realizarse exámenes ginecológicos. (Echeverry, 1991, pág. 145) Uno de los programas que buscó dar solución a este problema fue el de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos (DCA) en sus dos modalidades, urbano y rural. Mediante la DCA Profamilia distribuía diferentes anticonceptivos como condones, óvulos y píldoras, estas últimas sin fórmula médica. En el programa urbano, la estrategia consistía en capacitar a algunas mujeres de la comunidad a la que se quería llegar para que dieran a conocer y vendieran los métodos anticonceptivos en su barrio. Las mujeres que a quienes se les propuso la participación en el programa eran aquellas que trabajaban o eran dueñas de negocios como peluquerías, misceláneas o tiendas, de tal manera que tuvieran contacto con muchas otras mujeres de su comunidad. Elvia Gonzáles, una de las mujeres que aceptó trabajar en la DCA, recuerda:

Un día apareció por allá en el barrio una señorita de Profamilia y como vio que yo tenía la miscelánea me preguntó si quería vender también anticonceptivos, ¿Y, eso sí se

vende? Fue lo primero que se me ocurrió preguntar. Ellas me dijeron que probara, que me dejaban píldoras a ver cómo me iba. Me fue muy bien y, entonces, ya me dejaron condones, óvulos y tabletas vaginales. Era la primera tienda del Julio Rincón que vendía esas cosas y para completar, me pusieron la bandera de Profamilia grandota y el aviso afuera, pegado en la pared [...] lo que sí aprendí fue todo lo referente a la planificación familiar que las señoritas de Profamilia me enseñaron y que yo les explicaba a las señoras cuando venían a preguntar sobre cómo evitar los hijos [...] Yo no ganaba mucho en la venta de las píldoras, pero me convenía que la gente fuera porque detrás de una caja de óvulos se iba un par de medias, un labial, una caja de polvos y así (Galvis, 2005, pág. 27)

En las zonas rurales, el funcionamiento de la DCA era mucho más complejo, pues las asesoras viajaban a las zonas del país donde las personas no tenían acceso a clínicas de planificación familiar y distribuían diferentes métodos, daban charlas cortas sobre planificación familiar y, muchas veces, aplicaban a las mujeres dispositivos intrauterinos. Aunque las asesoras fueron capacitadas para la aplicación del DIU, los procedimientos se realizaban sin ninguna presencia médica. A pesar de la oposición de muchos a este tipo de distribución, la DCA tuvo tanto éxito que para 1974 surtía a la mitad de las usuarias de la entidad. (Dágner & Riccardi, 2005, pág. 93)

Las dos modalidades de la DCA despertaron fuertes críticas, no solo hacia los métodos como tal, sino a la forma como eran distribuidos. En la facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Javeriana se presentaron dos tesis de grado que buscaban llamar la atención sobre el vacío legal y atacaron directamente estas prácticas del sector privado. Una de ellas, que lleva como título *Necesidad de una legislación en Colombia sobre anticoncepción*, presentada en 1980, plantea que la venta libre, sin ningún tipo de regulación de métodos anticonceptivos atentaban contra la integridad física y moral de las usuarias debido que ellas no conocían los efectos secundarios de estos productos: “Las píldoras causan graves daños en aquellas mujeres con predisposición a aquellas drogas. Como se explicó anteriormente las píldoras son distribuidas por cualquier tendero o peluquero de barrio marginado, ignorantes de los graves daños que puedan sufrir las usuarias.” (Barco, 1980, pág. 62)

En cuanto a este punto es importante anotar que para los años sesenta la dosis de estrógenos utilizada en las píldoras anticonceptivas era tres veces más alta que la utilizada a

finales de siglo. Las publicaciones médicas a partir de 1961 estudiaron casos de mujeres que murieron a causa de problemas cardiovasculares mientras tomaban anticonceptivos, por esta razón empezaron a realizarse estudios, principalmente en Gran Bretaña, para determinar la relación entre la píldora y las enfermedades cardiovasculares. (Marks, 1997, pág. 39) Durante los años setenta el *British committee on safety of drug* confirmó que los altos niveles de estrógeno en las píldoras estaban relacionados con casos de embolia pulmonar, trombosis venosas, trombosis cerebral y trombosis coronaria. A partir de estos estudios y de los informes del *Kingdom's Royal collage of General practitioners* se comenzó a regular y mejorar los anticonceptivos orales de tal forma que son cada vez menos perjudiciales, aunque todavía muchas mujeres no pueden utilizarlos. (Galán, 2010, pág. 218)

Durante los años sesenta y setenta, las usuarias pocas veces estaban enteradas de estos efectos pues todavía no eran muy claros para médicos, mucho menos para las promotoras de Profamilia. La información que brindaban las promotoras tenía que ver con la necesidad de usar los métodos (principalmente por la explosión demográfica y la pobreza, argumentos principales de Profamilia esos años) y cómo hacerlo, pero no se mencionaban las dudas que existían sobre las implicaciones que podían tener en la salud. En cuanto al DIU, el autor de la tesis afirma: “Los dispositivos intrauterinos son colocados en nuestro país por personal no médico sin la capacitación adecuada para realizar tal tarea [...] a Profamilia poco le importa la salud de las mujeres colombianas sino lo importante es bajar a todo costo la tasa de crecimiento de la población colombiana” (Barco, 1980, pág. 62)

Los integrantes de Profamilia mostraron mucha firmeza y compromiso al seguir adelante con las campañas a pesar de los ataques que recibieron y que pudieron ir aún más lejos (como explicaré más adelante), además es innegable su papel en el camino que recorrieron las mujeres para tener su sexualidad en sus manos. Sin embargo, Profamilia realizó procedimientos y campañas que hoy en día podrían parecer cuestionables y que algunos abogados, como el autor citado anteriormente, trataron de evidenciar. La información incompleta que recibían las usuarias así como la realización de tratamientos y

procedimientos sin la presencia de un médico capacitado en espacios carentes de condiciones higiénicas necesarias, hicieron parte de las acciones arriesgadas que llevó a cabo la asociación. Por ejemplo, las promotoras de la DCA aplicaban dispositivos en cualquier lugar del país, sin las condiciones higiénicas básicas, a mujeres que después no tendrían acceso a un control ginecológico. Olga Montaña, promotora de la asociación, recuerda uno de sus viajes por el río Meta hacia Puerto Carreño:

Iba a dar charlas sobre planificación familiar, a mostrar películas, pero también a vender, al por mayor, anticonceptivos, condones y a poner dispositivos. Yo ya había aprendido a aplicarlos. El doctor Miguel Trías me había capacitado para eso, me había enseñado a manejar el instrumental. En el planchón llevábamos una camilla quirúrgica para aplicar los dispositivos y para realizar citologías. Que yo, sin ser médico hiciera eso no le gustaba mucho al doctor Trías, pero era muy importante ofrecerle ese servicio a la gente. Aplicarlos era fácil, lo difícil eran las condiciones en que uno lo hacía (Galvis, 2005, pág. 98).

Este tipo de estrategias de difusión sí arriesgó la salud de algunas mujeres. Aunque el primer director de la asociación afirma que nunca hubo complicaciones importantes en las mujeres de zonas rurales que utilizaron los métodos del programa DCA, incluyendo 10.000 mujeres que utilizaban la píldora (Daguer & Riccardi, pág. 98), no es posible saber realmente si se dieron o no complicaciones. Las mujeres de zonas rurales marginadas no tenían acceso a atención ginecológica y usaban métodos a escondidas de su familia, espacialmente de sus esposos, es decir que cualquier problema grave de salud producto del uso de anticonceptivos no siempre podía ser reconocido como tal.<sup>3</sup>

Ahora, como no había norma alguna que regulara la planificación familiar, ningún programa podía ser denunciado o limitado. La única arma que los opositores tenían en contra de la entidad era el desprestigio y las críticas hacia la moralidad de los empleados de la asociación. Los programas eran vistos por muchos como inmorales, irresponsables o peligrosos para el orden social, pero no eran, de ninguna manera, ilegales. En primer lugar, en cuanto a la creación de asociaciones, artículo 44 de la constitución política vigente en el

---

<sup>3</sup> La única fuente que podría probar la ausencia de efectos secundarios graves en las mujeres de las zonas rurales sería el registro de un seguimiento médico periódico a todas las usuarias de los diferentes métodos, no en encontré ninguna mención a algún tipo de registro en el programa de distribución comunitaria rural.

momento (es decir la de 1886 con sus reformas) dicta: “Es permitido formar compañías, asociaciones y fundaciones que no sean contrarias a la moral o al orden legal. La asociaciones y fundaciones pueden obtener su reconocimiento como personas jurídicas”. (Colombia, Constitución política, 1983, pág. 28) Así, Profamilia obtuvo sin problemas el reconocimiento como persona jurídica en 1966, aunque en los años siguientes algunos protestaron alegando que la planificación sí era transgresora del orden público y que por lo tanto iba en contra de la constitución. (Padilla, 1974) Estas protestas no lograron crear ningún problema para la entidad.

Con relación a las distintas prácticas que llevó a cabo Profamilia, según el artículo 20 de la constitución vigente “los particulares no son responsables ante las autoridades sino por infracción de la constitución y de las leyes. Los funcionarios públicos lo son por la misma causa y por extralimitación de funciones o por omisión en el ejercicio de estas”. (Colombia, 1983, pág. 20) Esto quiere decir, en otras palabras, que todo lo que no estaba prohibido explícitamente por la ley era permitido. El problema, entonces, era que las leyes que regían en ese momento no podían regular un fenómeno que no existía cuando fueron creadas. El control artificial de la natalidad era una realidad completamente nueva que necesitaba un análisis jurídico propio que no se llevó a cabo en Colombia hasta la década de los noventa. La legislación colombiana se limitaba a la licencia del ministerio de salud pública para la importación de los productos —hasta 1970 no se fabricaban en Colombia preservativos ni dispositivos intrauterinos, estos eran importados de Estados Unidos. Las píldoras sí se producían en Colombia, pero con componentes importados— y la regulación de la publicidad de medicamentos en los medios de comunicación (Barco, 1980, pág. 44)

Así como la DCA, la publicidad por medio del uso de medios masivos de comunicación también despertó polémica en la Iglesia católica y en los sectores conservadores, Hernán Vergara, por ejemplo, afirmaba que la propaganda para difundir la planificación familiar era inmoral en cuanto técnica persuasiva que “excluye en principio hasta la posibilidad del libre discernimiento a quienes son sometidos a ella”. (Vergara Delgado, 1967, pág. 184) La oposición a la publicidad radial llegó incluso de los sectores menos esperados: otras asociaciones también afiliadas al *International Planned Parenthood*

*Federaton* (IPPF), pues en 1969 Colombia fue el primer país en escuchar por la radio información sobre planificación familiar. Las asociaciones hermanas de Profamilia interpretaron las campañas radiales como poco serias e inapropiadas, alegando que “la planificación familiar es algo respetable y no una baratija que se anuncia como quien vende coca-cola” (Daguer & Riccardi, 2005, pág. 49) A pesar de este rechazo inesperado a la publicidad radial, esta se siguió realizando y ayudó a aumentar el número de mujeres que se acercaban a las clínicas. Los anuncios indicaban el horario y la ubicación de los dispensarios y destacaban como punto muy importante que cualquier mujer podía acercarse para solicitar los servicios (esta afirmación permitía que se redujera el temor de las mujeres a ser juzgadas o que no se les prestara el servicio por ser solteras, otras por no llevar el permiso de su esposo o algunas por no ser madres aun). Los anuncios se emitían varias veces en el día y al anochecer con una duración de 15 a 30 segundos cada uno. (Bailey & Cabrera, 1981, pág. 495)

La publicidad para fomentar la anticoncepción tampoco infringía en Colombia ninguna ley, pues la única referencia a la publicidad de medicamentos es el artículo 21 del decreto 281 de 1975 que dicta lo siguiente:

Los medicamentos cuya venta requiera fórmula médica, veterinaria u odontológica solo podrán anunciarse en comunicaciones de carácter científico o en otros medios exclusivamente utilizados por médicos, veterinarios u odontólogos [...] Prohíbese la propaganda para estos medicamentos en la prensa y en general, en cualquier medio de comunicación y promoción utilizable por el público. (Colombia, Ministerio de Salud Pública, 1975)

Profamilia, para evitar reacciones demasiado fuertes, decidió no hacer mención alguna de los métodos en sí, sino que trataba en los anuncios sobre la importancia y los beneficios de planificar la familia y, como mencioné anteriormente, terminaba con la información sobre los centros de atención. (Caballos Arévalo, 1991, pág. 119)

Con excepción de la norma citada anteriormente sobre la publicidad y aquella sobre la licencia para la importación de los productos, no existió ninguna otra reglamentación durante las dos décadas de las que me ocupo. Esto llevó a que la interpretación de una nueva realidad a la luz de las normas anteriores a su existencia y el peso de los dictámenes

de la Iglesia católica hiciera más difícil la difusión de la anticoncepción como una decisión libre de culpas. Me refiero con esto a que, si la planificación familiar no se encontraba dentro de un marco normativo que la reconociera como una decisión válida y respetable de cada individuo como dueño de su propio cuerpo, era la religión, el moral y la opinión de algunos líderes políticos las que manifestaban si la práctica era o no legítima. Esto dejaba a la planificación en una posición ambigua.

### **3.2 Nuevas realidades, normas anteriores.**

A lo largo del capítulo he aclarado que no existían normas en Colombia que trataran esta problemática totalmente nueva, de tal manera que, cuando se llevaron a cabo análisis jurídicos sobre la anticoncepción, se hacían necesariamente con las leyes vigentes, leyes que ignoraban por completo esta práctica. Para explicar las implicaciones de la interpretación de este fenómeno a la luz de normas que lo desconocen, haré referencia a un trabajo de grado presentado en 1991 que trata la ausencia de leyes sobre anticoncepción. Cinco meses antes de la promulgación de la Constitución política de 1991 se presentó en la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Javeriana un trabajo de grado, luego publicado, con el título *El control natal y la planificación familiar frente al derecho*. El autor explica cómo, según su interpretación de la ley vigente en el momento, los anticonceptivos eran ilegales y debía existir una ley que diga explícitamente lo que ya las normas contenían de forma implícita. Para argumentar su posición hizo referencia no solo a la constitución política sino al código civil y al código penal, también realizó un trabajo comparativo entre la legislación colombiana y la de otros países occidentales frente a la anticoncepción. En cuanto a la constitución política de 1886, el autor hace referencia al artículo 16 que establece: “Las autoridades de la República están instruidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra y bienes, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y los particulares.” (Colombia, Constitución política, 1983, pág. 19) Evitar un nacimiento por medio de la anticoncepción

era, según el autor, atender contra la vida de un ciudadano colombiano. Esta interpretación fue respaldada con el siguiente argumento:

La ley colombiana coloca como punto de partida para la existencia legal de la persona el momento en que la criatura se separa completamente de su madre y sobreviva a la separación un momento siquiera, y por otro lado se protege la existencia natural o biológica de la persona que en el vientre materno permanece a espera del nacimiento. (Caballos, 1991, pág. 85)

El autor también respalda su posición tomando el artículo 91 del código civil que dicta: “la ley protege la vida del que está por nacer. El juez, en consecuencia, tomará a petición de cualquier persona, o de otro oficio, las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido, siempre que crea que de algún modo peligra” (Código Civil, citado en Caballos, pag. 79)

La tesis buscaba, entonces, respetar la vida del no nacido. Ahora, el argumento podría parecer incoherente, pues si los anticonceptivos evitan el embarazo ¿cuál existencia natural se estaba tratando de proteger? Esta es la parte más complicada de esta interpretación de la ley que, debo decir, no fue aislada sino bastante compartida especialmente por los miembros de la Iglesia católica e incluso algunos médicos: el autor afirma que la ley vigente que debía regir sobre la problemática era aquella correspondiente al aborto, única práctica existente en el marco legal colombiano referente al control de los nacimientos.

Como mencioné en el segundo capítulo de este trabajo, el dispositivo intrauterino fue visto por algunos médicos y por la Iglesia como un método abortivo porque evita que el óvulo fecundado pueda implantarse en el útero de la mujer en el que se crea un ambiente hostil, otros pensaron lo mismo de las píldoras. El autor de la tesis citada apoya esta interpretación y afirma que a las mujeres que utilizaran estos métodos con conocimiento de su funcionamiento les correspondía una condena de uno a tres años de prisión, al igual que al médico —u otra persona no profesional— que realizara el procedimiento, tal como lo dicta el artículo 343 del código penal: “La mujer que causare su aborto o permitiere que otro lo cause incurrirá de uno a tres años de prisión” (Colombia, Código Penal)



Aunque no se consideraba la protección de las mujeres, si se cuestionaba sobre la protección de la vida y los derechos del no nacido, aunque no se pudiera tener la certeza de que haya existido en algún momento (¿cómo saber si en un tiempo determinado hubo o no óvulo fecundado?). Este tema no es una discusión del pasado, el aborto sigue siendo una problemática todavía sin solución en Colombia, la pregunta por el momento en el que comienza la vida continúa siendo uno de los puntos de las discusiones. El aborto ha sido despenalizado solo en las tres circunstancias permitidas por la corte mediante la sentencia C-355 de 2006: la primera, cuando el embarazo es resultado de acceso carnal violento o acto sexual sin consentimiento, inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidos; segunda, cuando está en riesgo la salud física o mental de la madre y tercera, cuando existe grave malformación del feto que haga inviable su vida. (Corte Constitucional, 2006)

A pesar de que no hace parte de mi investigación, vale recordar que muchas mujeres en Colombia no han podido acceder al derecho al aborto en circunstancias excepcionales porque existe todavía una resistencia hacia este tipo de libertades y derechos de las mujeres que empujan a cientos de ellas a clínicas donde se realizan abortos clandestinos.

Cuando alguna mujer está inmersa en alguna de las circunstancias autorizadas por la ley y decide abortar bajo la estricta protección del Estado, encuentra un sinnúmero de impedimentos que entorpecen la materialización de su derecho fundamental. Estos van desde el señalamiento y estigmatización a la que se ven sometidas en algunas instituciones de salud [...] hasta la posición equívoca de funcionarios de la salud que, al igual que los funcionarios judiciales, hacen una interpretación particular de lo ordenado por la corte para evadir el cumplimiento del fallo e impedir la materialización de un derecho legalmente reconocido en nuestro país. (De la Rosa, 2012, pág. 32)

Hago esta corta mención sobre la situación actual del aborto como un ejemplo de que aun cuando las leyes existen, las resistencias culturales y religiosas hacen que los procesos de cambio y evolución en materia de derechos sean difíciles y lentos, en especial los que tienen que ver con la sexualidad femenina. Si esto sucede cuando hay un respaldo legal, es aún más difícil que la autonomía y la libertad de las mujeres en cuanto a su sexualidad y decisiones sobre su maternidad sean respetadas en ausencia de normas que busquen su protección.

Haciendo una revisión del código penal, de haber sido aplicado la sanción hubiera podido ser aún más fuerte para los médicos de Profamilia que para las mujeres. La entidad alcanzó grandes logros en cuanto a la rápida difusión de los anticonceptivos y la transformación de la receptividad de la población hacia ellos, pero la pasividad del Estado y la falta de voluntad política para cumplir con la creación de políticas, promoción de la educación sexual e información sobre planificación familiar, le dejaba a la asociación toda la responsabilidad en estos dos aspectos. Profamilia, entonces, dictaba charlas cortas, hablaba con las promotoras, capacitaba a sus funcionarios y diseñaba folletos informativos. Esta instrucción era muchas veces insuficiente y las usuarias no siempre entendían en un cien por ciento la forma como funcionaban los métodos, (especialmente las personas con menor nivel educativo), lo único que tenían claro era que los métodos evitaban el embarazo y eso era, para ellas, más que suficiente. De tal manera que este desconocimiento podía, en el caso de la implantación del DIU, trasladarle la totalidad de la responsabilidad legal al médico que realizara el procedimiento, pues de acuerdo al artículo 344 del código penal “el que causare aborto sin consentimiento de la mujer o en menor de 14 años incurrirá en prisión de tres a 10 años”. (Colombia, Código Penal) Aclaro que no hubo, aparte de publicaciones religiosas y trabajos académicos, ninguna iniciativa para llevar ningún proceso legal en contra de la entidad ni de las usuarias.

La complicada relación entre el Estado y la Iglesia —regulada por la ley— sumándose a la falta de voluntad política, hacía aún más estática la actitud pasiva del Estado. No era sencillo para los funcionarios del Estado crear normas que fueran contrarias a la moral cristiana y a la religión, protegidas por la constitución política vigente como elemento fundamental para mantener el orden social, como lo dice el mismo preámbulo:

“En nombre de Dios, fuente suprema de toda autoridad, y con el fin de afianzar la unidad nacional, una de cuyas bases es el reconocimiento hecho por los partidos políticos de que la religión católica, apostólica y romana es la de la nación, y que como tal los poderes públicos la protegerán y harán que sea respetada como esencial elemento del orden social y para asegurar los bienes de la justicia, la libertad y la paz, el pueblo colombiano, en plebiscito nacional, decreta...” (Colombia, 1983)

La anticoncepción artificial era para la Iglesia católica, teniendo en cuenta los postulados oficiales de la institución, una amenaza para el orden social, la familia y la permanencia de los roles correspondientes a los hombres y a las mujeres. Este argumento le hacía más difícil al Estado intervenir para crear políticas o apoyar las existentes sin contradecir, de alguna manera, la misma constitución nacional.

En el artículo 53, la constitución abrió la posibilidad de celebrar convenios con la Santa Sede: “El gobierno podrá celebrar con la Santa Sede convenios sujetos a la posterior aprobación del congreso para regular, sobre bases de recíproca deferencia y mutuo respeto, las relaciones entre el Estado y la Iglesia.” (Colombia, 1983, pág. 31) Este artículo permitió que entrara en vigencia el concordato de 1887 que regulaba las relaciones entre el Estado Colombiano y la Santa Sede. Entre otras cosas, el concordato le entregaba a la Iglesia católica la organización y dirección de la educación pública, de tal manera que los contenidos de las enseñanzas en las escuelas, colegios y universidades debían estar acorde con la religión católica. Mediante el artículo 12 del concordato los obispos estarían autorizados para señalar los textos que debían utilizarse en las clases de religión y el gobierno se comprometía a intervenir para que los textos de las demás asignaturas no estuvieran en desacuerdo con la doctrina católica. (González F. E., 2006) Esto quiere decir que la carencia de espacios para la información y la educación sexual en las instituciones educativas no era solo una cuestión de falta de voluntad estatal, sino que la dificultad estaba en que la educación en todos los niveles (desde primaria hasta la universidad) le correspondía de forma legítima a la Iglesia católica y el Estado tenía un compromiso de hacer respetar sus doctrinas, incluso con una misión de vigilancia sobre los profesores y los contenidos de las asignaturas.

Estos acuerdos entre el Estado y la Iglesia católica sobre la educación pública estuvieron vigentes hasta la firma del concordato de 1973 que reemplazó al de 1887 y fue aprobado por la ley 20 de 1974 durante el gobierno de Misael Pastrana Borrero. En este nuevo concordato, en lugar de entregar a la Iglesia total responsabilidad de la educación en las instituciones públicas, mediante el artículo décimo, “El Estado garantiza a la Iglesia Católica la libertad de fundar, organizar y dirigir bajo la dependencia de la autoridad

eclesiástica centros de educación en cualquier nivel, especialidad y rama de la enseñanza, sin menoscabo del derecho de inspección y vigilancia que corresponde al Estado” (Colombia, Congreso de la República, 1974). En las instituciones que no pertenecieran a la Iglesia se mantendrían las enseñanzas de la religión católica pero únicamente en la asignatura destinada a la religión, no en las demás. El artículo 12 aclara este punto:

En desarrollo del derecho que tienen las familias católicas de que sus hijos reciban educación religiosa acorde con su fe, los planes educativos, en los niveles de primaria y secundaria, incluirán en los establecimientos oficiales enseñanza y formación religiosa según el Magisterio de la Iglesia. Para la efectividad de este derecho, corresponde a la competente autoridad eclesiástica suministrar los programas, aprobar los textos de enseñanza religiosa y comprobar cómo se imparte dicha enseñanza. La autoridad civil tendrá en cuenta los certificados de idoneidad para enseñar la religión, expedidos por la competente autoridad eclesiástica. (Colombia, Congreso de la República, 1974)

El Estado propiciará en los niveles de educación superior la creación de institutos o departamentos de ciencias superiores religiosas, donde los estudiantes católicos tengan opción de perfeccionar su cultura en armonía con su fe.

Este nuevo concordato liberó un poco a la educación de la doctrina católica, y el Estado no conservó la obligación de velar por la protección de la doctrina de la Iglesia en las instituciones, pero en general la educación se mantuvo en las manos de la Iglesia y la mayoría de los colegios privados eran católicos. Este dominio de la Iglesia en la educación hacía que para el Estado fuera muy difícil realizar campañas de educación sobre planificación familiar en los colegios. Para encontrar otros mecanismos de información se necesitaba un gran interés estatal y grandes esfuerzos en la búsqueda de nuevas estrategias de difusión. Nada de esto se materializó. En medio de la polémica, el Estado prefirió mantenerse en una posición cómoda en la que su discurso apoyaba la planificación pero dejaba que el sector privado asumiera la responsabilidad, de esta manera se evitaba fuertes reacciones mientras los índices de la natalidad bajaban y cumplían el tan anhelado requisito para el desarrollo.

En este capítulo se evidenció que la participación del Estado durante la polémica que tuvo lugar en Colombia durante los años sesenta y setenta alrededor de la planificación

familiar fue más bien de pasividad, tanto en lo jurídico como en la implementación de políticas, a pesar de manifestar que el control de la natalidad era un elemento importante para alcanzar el desarrollo económico del país. Esta posición se mantuvo estática por décadas a pesar de la fuerte y constante insistencia en el ámbito internacional por la participación de los estados en la materialización de la planificación familiar como derecho básico. En la agenda de gobierno de Colombia sí estaba presente durante estas décadas la importancia de frenar el crecimiento poblacional, pero no desde una perspectiva de derechos —que ya existía a finales de los sesenta— sino desde una mirada económica que interpretaba el crecimiento poblacional como obstáculo para el desarrollo.

El poder de la Iglesia católica, su dominio del sector educativo y la legitimidad de la moral cristiana como elemento importante para el orden social según las leyes colombianas dificultaban aún más la participación del Estado, que le dejó al sector privado la mayor parte de la responsabilidad en cuanto a la distribución de métodos anticonceptivos, educación sexual y difusión de información.

La entidad privada Profamilia recibió todo tipo de críticas por parte de abogados, médicos y de la Iglesia por la forma como distribuía los métodos, pero la ausencia total de leyes al respecto hacía que ninguna práctica llevada a cabo por la entidad fuera ilegal. La ausencia de normas permitió que Profamilia avanzara con una gran libertad y creara las campañas de la manera que encontrara pertinente. Fue esta asociación de carácter privado la que permitió, con errores y aciertos, hacer accesible a las mujeres de todos los estratos una herramienta que les permitiría pensarse a sí mismas de una forma diferente.

## 4 CONCLUSIONES

El uso de métodos anticonceptivos modernos en los años sesenta y setenta del siglo XX suele pensarse como una fuerte ruptura de la concepción tradicional de la maternidad, la sexualidad femenina y el rol tradicional de las mujeres en la familia como pilar del hogar. Esta es una interpretación apresurada. Hubo, sin duda, una gran polémica durante estas dos décadas, la práctica anticonceptiva despertó diferentes reacciones y claro que fue un tiempo de grandes cuestionamientos, entre ellos, hasta qué punto debe el ser humano intervenir en su propia naturaleza, pero las fuertes discusiones entre los diferentes actores no giraban exclusivamente alrededor de las mujeres y de los beneficios que para ellas podía representar la planificación familiar, de hecho, las mujeres pocas veces estaban en el centro del debate y, cuando lo estaban, su papel tradicional no era nunca cuestionado, era defendido como un elemento fundamental del bienestar de las familias y su transformación era vista de forma negativa, como un peligro para la estabilidad familiar y el orden social.

Durante estas décadas las mujeres en general, salvo algunas excepciones, tampoco tomaron la decisión de planificar como un mecanismo para cambiar radicalmente su posición en la sociedad, su papel como madres y esposas era para la mayoría incuestionable. Sus razones para planificar fueron muchas, generalmente relacionadas con el cansancio, las dificultades económicas y los riesgos para la salud que significaban para ellas el encargarse de una familia muy numerosa. La mayor participación de las mujeres en el ámbito laboral o en la educación superior no era, necesariamente, un elemento que cambiara el rol tradicional, sino que se convirtió en una adición al rol existente como pilar de la familia y principal cuidadora de los hijos. Sin embargo, la posibilidad de decidir el número y espaciamiento de los hijos fue creando inquietudes y cuestionamientos sobre el orden establecido, las mujeres poco a poco fueron apropiándose de las nuevas posibilidades que podían abrirse gracias al control de su sexualidad. Los frutos de esta asimilación y reflexión sobre la anticoncepción empezaron a ser visibles, aunque todavía de forma débil a finales de los setenta y comienzos de los ochenta con la aparición de grupos feministas.

La búsqueda del mejoramiento de la situación de las mujeres en los diferentes países y la planificación familiar como un derecho que permitiría estos avances va de la mano, sin duda, de las acciones de la comunidad internacional y su insistencia a los Estados por crear mecanismos legales que apoyen el empoderamiento de las mujeres. Durante los sesenta y setenta, Colombia no siguió estas recomendaciones. Durante estas décadas la perspectiva sobre la planificación familiar no era de derechos y menos derechos de las mujeres. Los diferentes actores que se pronunciaron lo hicieron dentro de la teoría de la disminución de nacimientos como un elemento importante para el desarrollo económico.

La comunidad médica jugó un papel central en este problema histórico desde la primera mitad del siglo XX, periodo en el cual sus avances permitieron (combinados con otros elementos como la creciente urbanización y modernización) que se diera un gran crecimiento poblacional, justificación principal de la entrada planificación familiar en Colombia. El papel de la medicina fue igualmente importante en el aumento de la población como en el posterior descenso. Aquellos médicos pertenecientes a Profamilia y Ascofame fueron quienes hicieron de la anticoncepción una práctica accesible. Los médicos particulares tenían diversas opiniones al respecto y no todos estaban dispuestos a recomendar los métodos anticonceptivos, ya sea por posiciones políticas o creencias religiosas. Es decir que no puede afirmarse que la totalidad de la comunidad médica estaba a favor de la anticoncepción teniendo en cuenta, únicamente, su formación científica.

De los actores sociales que se opusieron fuertemente el más importante fue la Iglesia Católica, no solo por el poder de la Institución en diferentes campos como la educación, sino porque sus principios hacían parte fundamental de la cultura. A pesar de que la gran mayoría de la población era católica, la Iglesia no pudo detener el avance de Profamilia, que crecía cada vez más debido a la alta receptividad de las mujeres que decidieron planificar a pesar de la posible condena social a la que podían exponerse y debido también a la ausencia total de leyes en Colombia sobre anticoncepción.

Otros actores sociales que fallaron en sus intentos por detener el avance de Profamilia fueron los seguidores de las ideologías socialistas que atacaron fuertemente a la

entidad principalmente por su financiación procedente de los Estados Unidos. Sus protestas fueron mucho menos efectivas que todos los ataques de la Iglesia católica.

Estas dos décadas fueron de gran confusión e incertidumbre, existían distintas posiciones frente a la anticoncepción en cuanto a su moralidad, legalidad, legitimidad, pertinencia e incluso en cuanto a su necesidad. La pasividad del Estado contribuyó a que este clima de ambigüedad se mantuviera. En medio de la polémica y de las diferentes manifestaciones de aprobación o desaprobación, en medio de todas las voces que se levantaban desde los diferentes sectores de la sociedad, las mujeres, de forma silenciosa, actuaron. La mayoría de las mujeres tuvieron un papel activo con la ayuda del silencio, dejaron a los hombres discutir sobre las implicaciones sociales, políticas y económicas de la planificación mientras decidían por ellas mismas y por razones que no estaban en la mente de quienes alzaban la voz.



## BIBLIOGRAFÍA

- La limitación de la natalidad y sus problemas de conciencia Declaración de la Asamblea de Cardenales y Arzobispos franceses. (1963). *Revista Javeriana*(298), 262 - 265.
- El espectro de la natalidad. (1964). *Revista Javeriana*(302), 139 - 141.
- www. elespectador.com*. (7 de noviembre de 2012). Obtenido de <http://www.elespectador.com/impreso/negocios/articuloimpreso-204473-mujeres-ganan-menos-los-hombres>
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina División de Estudios de Población (DEP). (1968). *Regulación de la fecundidad Conocimientos, actitudes y prácticas de la población colombiana*. Bogotá: Ediciones Tercer Mundo.
- Bailey, J., & Cabrera, E. (1981). Campañas de radio y planificación de la familia en Colombia 1971-1974. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 494-505.
- Barco, L. E. (1980). *Necesidad de una legislación en Colombia sobre anticoncepción*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Carrera de Derecho.
- Benavides S.J, C. (Julio de 1964). ¿Control de nacimientos o control de uno mismo? *Revista Javeriana*(306), 23-33.
- Cabal, C. H. (2010). *Entre hechos, paradigmas y política: la fecundidad en la agenda de gobierno colombiana entre 1960 y 2010 [trabajo de grado]*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Carrera de Ciencias Políticas.
- Cabal, C. H. (2012). *Maternidad. Ideas colectivas, vivencias de mujeres [trabajo de grado]*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Carrera de Sociología.
- Caballos Arévalo, M. (1991). *El control natal y la planificación familiar frente al derecho [trabajo de grado]*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Jurídicas y económicas.
- Canavate, D. L. (2009). La transgresión de la cultura patriarcal. Movilización feminista en Colombia (1975 - 1995). *La manzana de la discordia*(9), 71 - 85.

- Carvajal, B. C. (2011). La relación entre el Estado y la Iglesia Católica en la asistencia social colombiana: 1870 - 1960. *Sociedad y economía*(20), 223-242.
- Céspedes, C. P. (1974). *El control de la natalidad es: Violación a la soberanía nacional y los Derechos de la familia Colombiana*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Cifuentes, A. (1971). *Planificación familiar Programas y experiencias*. Cali: Fundación Hernando Carvajal.
- Colombia. (1983). *Constitución política*. Bogotá: Temis.
- Colombia. (1991). *Constitución Política*. Bogotá: Canal Ramirez-Antares.
- Colombia. (s.f.). *Código Penal*. Bogotá.
- Colombia, C. N. (7 de julio de 1981). Ley 51 de 1981 por medio de la cual se aprueba la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación a la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre y firmada en Copenhague el 17 de julio de 1980. *Diario Oficial* 35794.
- Colombia, Congreso de la República. (18 de diciembre de 1974). Ley 20 de 1974. Por el cual se prueba el "Concordato y el Protocolo Final entre la República de Colombia y la Santa Sede" suscrito en Bogotá el 12 de julio de 1973. *Diario Oficial No 34.234 No 34.234, de 14 de enero de 1975*.
- Colombia, Ministerio de Salud Pública. (21 de Febrero de 1975). Decreto 281 de 1975, Por el cual se reglamenta el registro de medicamentos, productos alimenticios, cosméticos, materiales de curación, plaguicidas de uso doméstico, detergentes y otros productos que inciden en la salud. *Diario oficial* 34283 del 25 de marzo de 1975.
- Colombia. Presidencia de la República. . (1995). Estereotipos sobre la feminidad. En *Las mujeres en la Historia de Colombia* (Vol. 1). Bogotá: Norma.
- Consuegra Higgins, J. (1972). *El control de la natalidad como arma del imperialismo*. Barranquilla: Universidad del Atlántico.
- Corporación Casa de la Mujer. (1998). *Derechos reproductivos de la mujer en Colombia. Control legal para Derechos Reproductivos y políticas públicas*. Nueva York.
- Correspondence, H. (1965). La comisión sobre el control de la natalidad. *Revista Javeriana*, 16-19.
- Corte Constitucional. (2006). *Sentencia C-355*.

- Cruz, I. (1996). *El papel de la mujer en el sistema de las Naciones Unidas en los países del tercer mundo los avances de México a Beijing [tesis de maestría]*. Bogotá : Pontificia Universidad Javeriana, Magíster en Relaciones Internacionales.
- Dáguer, C., & Riccardi, M. (2005). *Al derecho y al revés La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia*. Bogotá: Profamilia.
- De la Rosa, C. P. (enero-junio de 2012). Reflexiones sobre el aborto: Eficacia de las normas que lo rigen en Colombia. *Revista virtual Inveniendi Iudicandi*, 1(7).
- De Rosa S, J. , J. (Octubre de 1969). Un año después de la "Humanae Vitae". *Revista Javeriana*, 72(359), 397-403.
- Echeverri, G. (1991). *Contra viento y marea: 25 años de planificación familiar en Colombia*. Bogotá: Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, Profamilia.
- Escobar, A. (1998). *La invención del Tercer Mundo construcción y deconstrucción del desarrollo*. Barcelona: Norma.
- Esser Braun, E. (Julio-Septiembre de 1968). La conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán 1968. *Foro Internacional*, 100-110.
- Fajardo, M. M. (enero - junio de 2007). La comunidad médica, el "problema de la población" y la investigación sociodemográfica en Colombia, 1965 - 1970. *Historia Crítica*(33), 210 - 235.
- Flórez, C. E. (1990). *La transición demográfica en Colombia efectos en la conformación de la familia*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Galán, G. (2010). 50 años de la píldora anticonceptiva. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*(75), 217-220.
- Galvis, S. (1995). *Se hace camino al andar La otra historia de la planificación familiar*. Bogotá: Gráficas Ambar.
- Genouël, Y. (1972). *La píldora*. Bogotá: Bilbao Mensajero.
- González, F. E. (1 de junio de 2006). *Biblioteca Virtual. Biblioteca Luis Angel Arango*. Obtenido de <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/mayo1993/mayo1.htm>
- González, Y. (1995). Movimientos de mujeres en los años 60 y 70. En P. d. social, *Las mujeres en la Historia de Colombia*. Bogotá: Norma.
- Gutiérrez, M. T. (enero - junio de 2010). Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX. *Estudios socio-jurídicos*, 12(1), 73 - 97.

- Hernández, M. E. (2002). *La salud fragmentada en Colombia 1910 - 1946*. Bogotá: Instituto de Salud Pública, Departamento de Salud Pública y tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
- Jaramillo, A. M. (s.f.). *Correspondencias familiares e intergeneracionales. Bogotá, Siglo XX [Proyecto de investigación]*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Sociales.
- Jiménez, P. R. (2004). *La familia en Iberoamérica 1550 - 1980*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Juanita Barreto. (1995). Estereotipos de la feminidad. En P. d. social, *Las mujeres en la Historia de Colombia* (Vol. 1). Bogotá: Norma.
- Londoño, A. (1999). *Feminismo, autoconciencia y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Bogotá: Profamilia.
- Londoño, M. A., & Arias Londoño, M. (1988). *Mujer sexualidad y ley*. Bogotá: Presencia.
- López, M. d. (2011). *Salarios, vida cotidiana y condiciones de vida en Bogotá durante la primera mitad del siglo XX*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Marks, L. (1997). Historia de la Píldora anticonceptiva. *Ciencias*, 32-39.
- McGUIRE, C. E. (1962). Los nuevos temores de la superpoblación mundial. *Revista Javeriana*(284), 376-387.
- Medina, M. R. (2005). *Historias reproductivas en el contexto de la transición de la fecundidad [tesis doctoral]*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Centro de estudios demográficos.
- Mejía Pavony, G. (s.f.). *La aventura urbana de América Latina [inédito]*.
- Méndez, N. V. (1994). El camino de la utopía feminista en Colombia 1975 - 1991. En Á. Sonia E, *Mujeres y participación política avances y desafíos en América Latina* (pág. 184). Bogotá: Tercer Mundo.
- Naciones Unidas. (5-9 de junio de 2000). *Las cuatro conferencias mundiales sobre la mujer, 1975-1995: Una perspectiva histórica*. Obtenido de <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer2011.htm>
- Noguera, C. E. (2003). *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Universidad Eafit.

- Pablo VI. (1998). *Carta Encíclica Humanae Vitae sobre la regulación de la natalidad*. Bogotá: Instituto Misionero Hijas de San Pablo.
- Pablo VI. (1998). *Carta Encíclica Populorum Progressio*. Bogotá: Instituto Misionero Hijas de San Pablo.
- Padilla, C. (1974). *El control de la natalidad es: Violación a la soberanía nacional y los Derechos de la familia colombiana*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Palacios, M. A. (2002). *Colombia país fragmentado, sociedad dividida. Su historia*. Bogotá, Colombia: Norma.
- Plata, M. I. (1988). *Los derechos humanos y la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer 1979*. Bogotá: Profamilia.
- Profamilia. (2007). *Modulo de la A a la Zen Derechos Sexuales y Reproductivos*. Bogotá: Profamilia.
- Restrepo, L. J. (2006). *Médicos y comadronas o el arte de los partos La ginecología y la obstetricia en Antioquia 1870 - 1930*. Medellín: La Carreta Editores.
- Reyes, C., & Velázquez, M. (1995). Proceso histórico y derechos de las mujeres años 50 y 50. En P. d. social, *Las mujeres en la Historia de Colombia*. Bogotá: Norma.
- Rojas, D. M. (septiembre - diciembre de 2010). La alianza para el progreso en Colombia. *Análisis político*(70), 91 - 124.
- Rueda, M. X. (2000). *Barrios Obreros Las cruces un barriode crecimiento espontáneo [tesis de maestría]*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Maestría en restauración de monumentos arquitectónicos.
- Salazar Londoño S.J., J. (octubre - diciembre de 1963). Pildoras anovulatorias y Moral. *Universitas médica*, 5(11), 423-427.
- Samper, D. G. (2009). *Memorias para la historia de la Asociación colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME*. Bogotá: ASCOFAME.
- Saporta, N. (1994). Feminismo en América Latina: de Bogotá a San Bernardo. En S. E. Álvarez, *Mujeres y participación política avances y desafíos en América Latina*. Bogotá: Tercer Mundo.
- Seltzer, J., & Gómez, F. (1998). *Family planning and population Programs in Colombia 1965 -1997*. Arlington AV: Population Technical Assistance Proyect.
- Thomas, F. (2000). La píldora anticonceptiva piedra angular de una revolución. En P. G. Hinestrosa, *la píldora anticonceptiva 40 años de impacto social*. Bogotá: Schering AG.

Thomas, F. (2008). *Conversaciones con Violeta*. Bogotá: Ediciones Alfaguara.

Valtierra S.J, A. (noviembre- diciembre de 1965). Control artificial de los nacimientos y paternidad responsable. *Revista Javeriana*(320), 549-559.

Valtierra, Á. (1965). La natalidad y sus problemas. *Revista Javeriana*(319), 425-431.

Vergara Delgado, H. (marzo de 1967). La planificación familiar: ¿desafío a la Iglesia? *Revista Javeriana*, 67(332), 181-189.